

SIMONE AMBROZIN

*VARIÁVEIS PSICOSSOCIAIS E COMPORTAMENTAIS
COMO FATORES DE RISCO NA DOENÇA
CORONARIANA: UMA COMPARAÇÃO ENTRE
HOMENS E MULHERES.*

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina da Universidade Estadual Paulista “Júlio Mesquita Filho”, para obtenção do Título de Mestre. Área de concentração Saúde Pública.

Orientadora: Ana Teresa de Abreu Ramos-Cerqueira.

Botucatu
2002

SIMONE AMBROZIN

*VARIÁVEIS PSICOSSOCIAIS E COMPORTAMENTAIS
COMO FATORES DE RISCO NA DOENÇA
CORONARIANA: UMA COMPARAÇÃO ENTRE
HOMENS E MULHERES.*

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina da Universidade Estadual Paulista “Júlio Mesquita Filho”, para obtenção do Título de Mestre. Área de concentração Saúde Pública.

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO DE AQUIS. E TRAT. DA INFORMAÇÃO
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CAMPUS DE BOTUCATU - UNESP
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: Sulamita Selma Clemente Colnago

Ambrozin, Simone.

Variáveis psicossociais e comportamentais como fatores de risco na doença coronariana : uma comparação entre homens e mulheres / Simone Ambrozin. – 2002.

Dissertação (mestrado) – Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, 2002.

Orientadora: Ana Teresa de Abreu Ramos-Cerqueira

1. Coronariopatias – Aspectos psicológicos 2. Coronariopatias – Aspectos sociais

CDD 616.123

Palavras-chave: Doença coronariana; variáveis sociodemográficas, variáveis psicossociais, fatores de risco comportamentais

Orientadora: Ana Teresa de Abreu Ramos-Cerqueira.

**Botucatu
2002**

AOS MEUS PAIS, JOSELITA E SILVIO :

A vocês, que se doaram por inteiro e renunciaram aos seus sonhos, para que, muitas vezes, eu realizasse o meu, não bastaria dizer muitíssimo obrigado. Portanto, faço da minha conquista instrumento de gratidão e reconhecimento por tudo quanto recebi de vocês.

AGRADECIMENTOS

Gostaria de expressar meus agradecimentos às pessoas que de maneira incisiva contribuíram para esse trabalho.

- À Professora doutora Ana Teresa de Abreu Ramos-Cerqueira, minha orientadora, pela oportunidade, competência e pela dedicação na minha formação profissional. Minha admiração e gratidão.
- Ao Professor Titular Antonio Carlos Cicogna, docente do Departamento de Clínica Médica, pela confiança e incentivo para realização deste trabalho.
- À Professora Titular Sheila Zambello de Pinho, docente do Departamento de Estatística, pela paciência e disponibilidade na análise estatística dos dados.
- Ao Professor-assistente Carlos Alberto Marcharelli, docente do Departamento de Saúde Pública, pela imensa colaboração na construção do banco de dados.
- À Professora doutora Beatriz B. Matsubara, docente do Departamento de Clínica Médica, e Professora doutora Margarethe Aparecida Santini de Almeida, docente do Departamento de Saúde Pública, pela importante contribuição e influência decisiva nas sugestões fornecidas no exame de qualificação.
- Mônica Aparecida Silveira Kron, funcionária do Centro Saúde Escola, pela colaboração no fornecimento de dados de mortalidade de doenças crônicas.

Agradecimentos

- À Mônica Mariano de Almeida, minha amiga, pela dedicação e auxílio na elaboração de tabelas e cálculos.
- À Rosemeire C. Silva, Cássia Kalril, Luciana Pizani e Sulamita S. C. Colnago, bibliotecárias, pela atenção e receptividade com que contribuíram nas pesquisas, no desenvolvimento da ficha catalográfica e na revisão das referências bibliográficas.
- À Professora Terezinha Aragon, pela importante e esclarecedora ajuda na correção gramatical deste manuscrito.
- À Lucilene Cabral, secretária da pós- graduação, do Departamento de Saúde Pública, pela gentileza com que me orientou nos trâmites burocráticos da instituição.
- À Ana Claudia Acerra, pelo capricho na formatação final deste trabalho.
- Aos pacientes que apesar da condição física debilitada aceitaram voluntariamente participar dessa pesquisa. Graças a essas pessoas foi possível a realização deste trabalho.
- À Professora doutora Albina Rodrigues Torres, pela valiosa contribuição na revisão do summary.
- Aos amigos, Mônica, Auristela, Luiz Elias, Luiz Mauro, Adenilza, Ana Cristina e Cristiane pelo carinho e constância nessa trajetória.

Índice

RESUMO

SUMMARY

I – INTRODUÇÃO	12
II – JUSTIFICATIVA	30
III – OBJETIVOS	31
1 - OBJETIVO GERAL	31
2 - OBJETIVOS ESPECÍFICOS	31
IV – METODOLOGIA	33
1 – MÉTODO	33
2 – INSTRUMENTOS	33
3 – PROCEDIMENTO	39
4 – PREPARO DOS DADOS PARA ANÁLISE	39
5 – ANÁLISE DOS DADOS	39
V – CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	40
VI – RESULTADOS E DISCUSSÃO	41
VII – CONCLUSÕES	78
VIII – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	82
ANEXOS	

RESUMO

Considerando o aumento da incidência de doença coronariana em mulheres e a escassez de pesquisas que explorem as diferenças entre os sexos quanto aos fatores de risco para essa patologia, este estudo pretendeu comparar homens e mulheres quanto a variáveis sociodemográficas e fatores de risco psicossociais e comportamentais. Foram estudados 50 homens e 50 mulheres, internados na enfermaria de cardiologia do Hospital das Clínicas – UNESP, com diagnóstico de doença coronariana, aplicando-se formulários e escalas específicos para obtenção de dados relativos àquelas variáveis. Constatou-se que não houve diferenças estatisticamente significantes entre eles com relação às variáveis sociodemográficas, com exceção feita ao estado civil, tendo-se verificado um número significativamente maior de mulheres viúvas. Não houve, também, diferença estatisticamente significativa no que se refere ao luto, apoio social, estratégias de enfrentamento, depressão e ansiedade. A diferença quanto ao uso do tabaco foi estatisticamente significativa: 42,0% dos homens e 28,0% das mulheres utilizaram-no ou estavam utilizando-o. Com relação ao uso excessivo de álcool, avaliado pelo CAGE, também se obteve diferença estatisticamente significativa, tendo pontuado 42,0% dos homens e apenas 2,0% das mulheres. A atividade física era praticada por 32,0% dos homens e 22,0% das mulheres. A participação em programas de reabilitação contava com 8,3% dos homens e 2,4% das mulheres. Constatou-se que 32,0% das mulheres utilizaram contraceptivo oral, 84,0% estavam na menopausa e, destas, 40,0% faziam ou fizeram terapia de reposição hormonal. Quanto ao infarto do miocárdio, houve uma diferença estatisticamente significativa, ocorrendo em 56,0% dos homens e 30,0% das mulheres. O luto recente foi observado em 30,0% dos homens e 26,0% das mulheres. Pôde-se avaliar que 54,0% dos homens e 58,0% das mulheres tinham sintomas de

Resumo

ansiedade e/ou depressão. A escala de avaliação do funcionamento social e ocupacional indicou que 58,0% dos homens e 54,0% das mulheres mostraram um prejuízo nesse aspecto. Com relação às estratégias de enfrentamento, observou-se que a estratégia mais utilizada por homens e mulheres foi a busca de apoio social. O número médio de pessoas que forneciam apoio foi 3,4 para homens e 2,9 para mulheres, ambos referindo satisfação com o apoio recebido.

Pode-se concluir que homens e mulheres apresentaram fatores de risco psicossociais e comportamentais para a doença coronariana, ressaltando-se que os homens se diferenciaram quanto ao uso de tabaco, álcool e infarto.

SUMMARY

This study intended to compare men and women with coronary disease, according to social demographic variables and behavioral and psychosocial risk factors. It was based on the fact that there has been an increase in coronary disease incidence in women in the last years and only a few number of researches exploring the differences between the sexes in risk factor for this pathology. It studied a hundred inpatients, with coronary disease, 50 males and 50 females, who were hospitalized in the cardiology ward of the Clinical Hospital of Botucatu Medical School – UNESP. A structured questionnaire was used to obtain data about social demographic variables, physical activities, tobacco and contraceptives use, psychosocial variables (social support, coping strategies, functional and occupational conditions), psychological morbidity (anxiety and depression; alcohol abuse) which was measured using structured scales. There were no significant statistical differences between genders in the social demographic variables, except for marital status, with a larger number of widows. There were no significant statistical differences related to grief, social support, coping strategies, depression and anxiety. The difference for tobacco use was statistically significant: 42,0% of men and 28,0% of women had used it or were still using it. The difference on alcohol use evaluated through the CAGE, showed a significant statistical difference with 42,0% of men having positive scores against only 2,0% of women. Thirty two percent of men and 22,0% of women practiced some kind of regular physical activity, and that 8,3% of men and 2,4% of women had participated in rehabilitation programs. Thirty two percent of women used oral contraceptive, 84,0% were in menopause and 40,0% of these had received or were receiving hormonal replacement therapy. There was a significant statistical difference related to myocardial infarct, which affected 56,0% of men and 30,0% of women. Recent grief was observed in 30,0% of men and 26,0% of women. It was possible to verify that 54,0%

Summary

of men and 58,0 of women had anxious and/or depressive symptoms. The evaluation scale for social and functional conditions indicated that 58,0% of men and 54,0% of women presented some impairment. The coping strategy more oftenly used by men and women was search for social support. Both women and men reported satisfaction with the received social support and the average number of people who provided this support was 3,4 for men and 2,9 for women.

It can be concluded that men and women presented psychosocial and behavior risk factors for coronary disease, emphasizing that men had significantly more tobacco and alcohol use and infarct incidence than women.

I – INTRODUÇÃO

A medicina, por muito tempo, via o ser humano apenas como um corpo doente. Porém, o seu próprio avanço científico e tecnológico modificou a visão centralizada no orgânico e pôde identificar os limites da prática médica, abrindo espaço para a interdisciplinaridade na área da saúde, com o intuito de compreender o ser humano de forma mais ampla (RAMOS-CERQUEIRA, 1997).

O homem com sua complexidade, inserido no meio social, para ser compreendido em sua totalidade, necessita de uma visão integradora do processo de adoecer que utilize um modelo teórico interligando os fenômenos biológicos, psicológicos e sociais envolvidos nesse processo (GIANNOTTI, 1996).

Essa visão e o modelo teórico decorrente passaram a exigir a atuação do psicólogo na área da saúde.

A atuação da psicologia, nessa área, vem delineando a prática de uma nova especialidade, denominada Psicologia da Saúde, definida por Matarazzo (1980), citado por Ramos-Cerqueira (1997, p.534), como: “o conjunto de contribuições educacionais, científicas e profissionais específicas da psicologia para promover e manter a saúde, prevenir e tratar a doença, identificando fatores etiológicos e diagnósticos da saúde, doença e disfunções correlacionadas, além da análise e melhora do sistema de cuidados à saúde e da política de saúde”.

A contribuição da psicologia para uma melhor compreensão do processo saúde-doença vem aumentando, inclusive pela transição observada nos índices de morbidade e mortalidade. Primeiramente nos países desenvolvidos e, atualmente, nos países em

Introdução

desenvolvimento, verifica-se um predomínio de doenças, como as cardiovasculares, nas quais estão envolvidos fatores de risco comportamentais (TAYLOR, 1999).

As doenças cardiovasculares apresentam um campo propício para a elaboração de modelos teóricos sobre os mecanismos de somatização e para o desenvolvimento de programas de prevenção que considerem os fatores psicossociais (ONGARO, 1994). Neste sentido, a psicologia vem buscando tanto identificar as características específicas da personalidade de pacientes portadores de doenças cardiovasculares (TAYLOR, 1999; SARAFINO, 1990; OLIVEIRA & ISMAEL, 1990) como desenvolver programas preventivos para essa patologia, pesquisando, assim, os fatores de risco resultantes da forma de as pessoas viverem ou se comportarem, por isso denominados fatores de risco comportamentais.

A atuação do psicólogo com pessoas acometidas de doenças cardiovasculares pode dirigir-se ao desenvolvimento ou modificação de hábitos e estilo de vida saudáveis (SARAFINO, 1990).

Comparada com os cuidados usuais, a intervenção psicossocial e psicoeducacional, para os pacientes acometidos de doença coronariana, apresenta efeitos favoráveis até quanto aos fatores de risco biológicos, reduzindo os níveis de colesterol, pressão sanguínea sistólica, peso e batimentos cardíacos (SCHNEIDERMAN et al., 2001).

As doenças circulatórias são as principais causas de morbi-mortalidade nos países mais desenvolvidos e em grande parte dos países em desenvolvimento (MANSUR et al., 2001). As estatísticas sugerem que dois milhões de pessoas morrem, inesperadamente, a cada ano, devido às doenças cardiovasculares. Nos Estados Unidos, com uma população de 260 milhões de pessoas, as estatísticas atuais apontam que cerca de um milhão de pessoas morrem, anualmente, em decorrência da doença cardiovascular. Destas, estima-se que 350 mil, e um número similar no oeste europeu, sejam vítimas de parada cardíaca súbita (TIMERMAN & LAGE, 2001).

Introdução

Os dados publicados pela “Interamerican Heart Foundation” demonstram que, no Brasil, as doenças cardiovasculares representam 34,0% de todas as mortes (GHORAYEB et al., 1996).

No Brasil, estudos de morbi-mortalidade, realizados nos anos de 1979 a 1995, descrevem que, apesar de a variabilidade ser bastante pequena entre as regiões, as doenças isquêmicas do coração predominam nas regiões Sudeste e Sul (CUNHA, 2000). No estado de São Paulo, dados obtidos entre os anos de 1970 e 1992, ajustados por idade, indicaram mortalidade proporcional por doenças cardiovasculares de 33,6% nos homens e de 40,6% nas mulheres, sendo a doença coronariana a principal causa de mortalidade da mulher após a menopausa (GHORAYEB et al., 1996).

Especificamente em Botucatu (SP), dados do núcleo de ação coletiva do Centro de Saúde Escola - UNESP* apontam que, de 1991 a 2001, houve o registro de 683 óbitos por doenças isquêmicas do coração, sendo 396 pessoas do sexo masculino e 287 do sexo feminino.

Com o aumento da expectativa de vida, a idade é citada, em alguns estudos, como um fator predisponente da morbi-mortalidade por doença coronariana (RICH-EDWARDS et al., 1995; SAVOLI NETO et al., 1996; CARVALHO et al., 1996; TAYLOR, 1999; TSANG et al., 2000).

Tsang et al. (2000) apontam que o avanço da idade é um risco para desenvolvimento da doença coronariana em ambos os sexos, sendo 62 anos a idade média de homens e mulheres com doença coronariana.

De acordo com Taylor (1999), estima-se que, nos Estados Unidos, ocorrem, anualmente, um milhão e meio de novos casos de doença coronariana. Um dos aspectos mais significativos é a morte de mais de quinhentas mil pessoas, por ano, após a idade de 75 anos. Nos Estados Unidos, até a idade de 60 anos, somente uma, em cada

* Dados obtidos do Núcleo de Ação Coletiva do Centro de Saúde Escola – UNESP, na cidade de Botucatu no ano de 1991 a 2001 .

Introdução

dezessete mulheres, apresentou um evento coronariano, comparando-se com um, em cada cinco homens. Após os 60 anos, entretanto, a doença coronariana é a primeira causa de morte entre as mulheres (RICH-EDWARDS et al., 2000).

Dados do Datasus (1993–1995), distribuídos em óbitos e mortalidade proporcional feminina, mostram que, no Brasil, 10303 das mulheres que morrem de doenças isquêmicas do coração têm entre 55 e 64 anos, e 43067 têm 65 anos ou mais (CUNHA, 2000). Porém, Chor et al. (1995) referem que, no Brasil, as enfermidades cardiovasculares não são causa importante de mortalidade apenas nos grupos mais idosos. Isso ocorre pelo fato de grande parcela da nossa população encontrar-se em faixas etárias mais jovens, quando comparada à de outros países. Segundo os autores, nos países desenvolvidos, a doença isquêmica é apontada como a causa principal de incapacidade funcional precoce. Esse impacto pode estar ocorrendo de maneira mais acentuada no Brasil, visto que, em 1988, 50,0% dos homens que chegaram a óbito tinham idade inferior a 65 anos. Comparando-se com outros países, essa proporção foi duas vezes maior que a dos EUA, Cuba e Inglaterra. Nesse mesmo ano, a proporção de mulheres brasileiras, com menos de 65 anos, que foram a óbito apontou um total de 31,0%, o que representou cerca de quatro vezes mais do que a ocorrência na Inglaterra.

No que se refere ao sexo, um levantamento do Sistema Estadual de Análise de dados (SEADE) e do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) mostrou que, em 1985, no município de São Paulo, a prevalência de coronariopatias era maior no sexo masculino até os 74 anos; porém, após essa idade, era praticamente igual nos dois sexos (CARVALHO et al., 1996).

Diferentes fatores têm sido apontados como responsáveis por esses altos índices de morbi-mortalidade por doença coronariana.

O papel de fatores comportamentais no desenvolvimento das doenças coronarianas tem sido cada vez mais demonstrado,

Introdução

observando-se que eles correlacionam-se com as maiores taxas de morbidade e mortalidade (TAYLOR, 1999). Essa autora assinala que o sucesso na modificação desses comportamentos tem levado a efeitos benéficos, como reduzir a mortalidade por doenças que se associam ao estilo de vida e prolongar expectativa e qualidade de vida.

Em relação ao estilo de vida e saúde, vários aspectos têm sido estudados, entre eles, a prática de atividade física, a qual se associa a outros comportamentos que auxiliam a saúde das pessoas.

O exercício físico, por meio do seu efeito positivo e mensurável sobre a expectativa de vida, pode influenciar diversas causas de morbidade e mortalidade, entre as quais sobressaem as doenças cardiovasculares. A atividade física rotineira melhora o condicionamento físico, ocasionando menor elevação da frequência cardíaca e da pressão arterial sistêmica, na prática de um determinado exercício, além de se constituir em terapêutica eficaz para o estresse, alterações do sono, ansiedade e depressão (CARVALHO et al., 1996). Esses mesmos autores sustentam que o paciente, quando apresenta um estilo de vida sedentário, deve, ao iniciar uma atividade física, seguir um programa controlado, de intensidade crescente, após uma avaliação inicial, clínica e cardiológica.

Nas prevenções primária e secundária da doença coronariana, deve-se propor uma atividade física regular, de intensidade leve para moderada, sem a excessiva preocupação com exercício diário muito intenso (GHORAYEB et al., 1996). Williams (1998) afirma que a redução no risco de doença coronariana está associada a uma maior adaptação às atividades físicas, que podem contribuir para diminuir diferentes fatores de risco (como, por exemplo, a hipertensão). Refere, ainda, que os benefícios da atividade física dependem da intensidade, quantidade e duração dos exercícios. Para beneficiar o coração, pulmão e circulação, a *American Heart Association* (A.H.A., 1999) propõe que se deve realizar alguma atividade física de forte intensidade, por menos de

Introdução

trinta minutos, três ou quatro dias da semana, ou de moderada intensidade, por mais de 30 minutos, mais vezes por semana.

Luz & Cesena (2001) sugerem que a intensidade do exercício seja regulada, por meio da frequência cardíaca, pelo menos nos pacientes com doença coronariana prévia. A A.H.A. recomenda que as atividades físicas atinjam de 50,0% a 75,0% da reserva de frequência cardíaca para indivíduos com doença aterosclerótica coronariana.

Existem diferenças marcantes entre os sexos, quanto aos aspectos fisiológicos, que devem ser levadas em consideração na programação da atividade física para o sexo feminino (GHORAYEB et al., 1996). Porém, Rich-Edwards et al. (1995) declaram que, em 43 estudos epidemiológicos, desenvolvidos desde 1950, para avaliar a relação do exercício físico na coronariopatia, somente sete incluem mulheres. Esses autores referem que, em quatro estudos prospectivos e dois de caso controle, foram analisados e apresentados dados sobre mulheres, separadamente. Os resultados dessa análise indicaram que a atividade física da mulher diminuiu em 60,0% a 75% o risco para doença coronariana.

Comparando-se outros fatores comportamentais de risco para doença coronariana entre homens e mulheres, verificou-se que há diferenças, por exemplo, em relação ao uso do tabaco. Issa (1996) refere que, para as mulheres, o tabagismo é o maior fator de risco para doença arterial coronariana. Segundo a autora, as mulheres que fumam mais de 20 cigarros por dia têm seis vezes mais chances de ter infarto agudo do miocárdio, quando comparadas às não-fumantes. Nos homens fumantes, o risco aumenta três vezes em relação aos não-fumantes.

Carvalho et al. (1996) indicam que o risco de infarto agudo do miocárdio (IAM) aumentou de 2,4 vezes, nas mulheres que fumavam 15 a 24 cigarros ao dia, para 7 vezes, naquelas que fumavam mais de 25 cigarros diariamente. Para esses autores, a hipótese de que o

Introdução

fumo também exerceria ação antiestrogênica baseia-se na observação de que a menopausa é mais precoce nas mulheres fumantes.

O impacto do uso de tabaco, nas tendências de óbitos por doenças isquêmicas do coração (DIC), demonstrou sua relevância na experiência de 20 anos do Projeto da Karélia do Norte (Finlândia), onde a diminuição da prevalência de tabagismo em 16,0% indicou uma redução de 10,0% na mortalidade por DIC entre os homens. Já nas mulheres, entre as quais houve aumento da prevalência em 9,0%, indicou aumento de 11,0% na mortalidade por essa doença (LOTUFO et al., 1995).

Issa (1996) refere, ainda, que a interrupção do tabagismo está associada à redução de 50,0% a 70,0% do risco cardiovascular nas mulheres. Como já foi apresentado, Wenger (1996) também destaca que o uso do tabaco triplica o risco de infarto do miocárdio, no período pré-menopausa na mulher. Martinez (1999) assinala que estudos epidemiológicos mostraram que indivíduos fumantes têm um risco 2,5 vezes maior de insuficiência coronariana que os não-fumantes. O número de cigarros consumidos diariamente, a profundidade da inalação, a idade em que se começou a fumar e o número de anos de tabagismo são fatores que se associam à mortalidade por coronariopatia.

Martinez (1999) afirma que a interrupção do tabagismo oferece benefícios à saúde a qualquer tempo ou idade. O risco de infarto do miocárdio em homens fumantes é de duas a três vezes maior que entre os não-fumantes. Em mulheres, esse risco também aumenta em uma proporção de 1,5 a três vezes. Considera, ainda, que indivíduos fumantes sem história de coronariopatia, quando interrompem o uso de tabaco, apresentam rápida redução do risco para o infarto do miocárdio. Entretanto, esse risco só se iguala ao das pessoas que não mais fumaram durante longos períodos, entre cinco e vinte anos.

A experiência clínica aponta a dificuldade no controle do tabagismo, pois, freqüentemente, só a ocorrência de um evento como infarto agudo do miocárdio, angioplastia ou cirurgia de revascularização

Introdução

do miocárdio é estímulo suficientemente forte para o indivíduo interromper o uso do tabaco (LUZ & CESENA, 2001).

Rich-Edwards et al. (1995) descrevem que, nos Estados Unidos, embora tenha havido um declínio na prevalência de mulheres fumantes, de 34,0% em 1965 a 24,0% em 1991, o índice de abandono do tabagismo é menor entre mulheres do que entre homens.

Outro fator de risco para doença coronariana é o uso abusivo de álcool.

A prevalência do alcoolismo, em alguns países, depende da religião e da cultura e da relação entre custo do álcool e ganhos com a venda do mesmo. Com os preços acessíveis da bebida alcoólica, os grupos de baixo nível socioeconômico são os mais afetados no consumo do álcool (SHERLOCK, 1995). Essa autora destaca que o excesso de álcool pode ter vários efeitos danosos para a saúde.

Em recente publicação sobre os efeitos do álcool no sistema cardiovascular (*10th Special Report to U.S. Congress on Alcohol and Health*, 2000) é descrito que, por mais de um século, comunidades científicas e médicas vêm considerando o álcool como um fator tóxico para o coração. O uso crônico de altas doses de álcool é visto como interferindo em doenças cardiovasculares, incluindo a doença coronariana. Esse relatório, com base em várias pesquisas, considera, porém, que o uso moderado de álcool pode ser um fator protetor para doença coronariana, quando comparado com a abstinência, propondo que duas doses por dia para homens e uma dose por dia para mulheres podem diminuir o risco de doença cardiovascular para alguns grupos.

No entanto, orientações médicas advertem sobre os efeitos do alcoolismo na interação social, no baixo desempenho no trabalho, nos acidentes, no comportamento agressivo, nas convulsões, tremores e depressão, o que indica, de forma geral, que a ingestão de álcool traz mais prejuízos que vantagens (SHERLOCK, 1995). Assim, reduzir o consumo de álcool integra o conjunto de orientações médicas

Introdução

sobre estilo de vida, ou sobre mudanças no estilo de vida, tanto para prevenir as doenças cardiovasculares como para reduzir a probabilidade de um novo infarto (SARAFINO, 1990).

Kuhn & Rackley (1993) citam fatores de risco para doença coronariana (lipídios, fumo, diabetes *mellitus*, hipertensão arterial, antecedentes familiares, etc.) e comparam as diferenças entre gêneros. Esses autores notaram, por exemplo, que o uso de contraceptivos orais aumenta o risco de doença cardiovascular, especialmente em mulheres mais idosas. Wenger (1996) assinala que o uso de contraceptivo oral associado ao tabaco eleva o risco de doença cardiovascular. Meirik (1997) também observou que o uso de contraceptivo oral se correlaciona com o risco de infarto do miocárdio nas mulheres, sendo este risco aumentado quando associado, por exemplo, ao uso de tabaco.

A morte por infarto do miocárdio é responsável pela maior parte das mortes por doenças cardiovasculares em mulheres com mais de 35 anos que fazem uso de contraceptivos orais e que fumam. Assim, o risco de morte por infarto do miocárdio foi atribuído ao uso de contraceptivo oral em tabagistas pesadas (10 ou mais cigarros por dia); entretanto, entre usuárias que fumavam menos, o risco atribuído foi menor, em todas as idades (SCHWINGL et al., 1999).

A menopausa também tem sido apontada como fator de risco das doenças coronarianas. Wenger (1996) descreve que um número grande de variáveis tem contribuído para o interesse contemporâneo na terapia de reposição hormonal (TRH). Esse autor aponta ser vantajoso o uso da TRH como forma preventiva de doenças coronarianas na mulher após a menopausa. Afirma, também, que o uso da terapia de reposição de estrógeno é benéfico, pois as mulheres apresentam, após a menopausa, muitos mecanismos biológicos desfavoráveis, quando comparadas com os homens. Wenger (1996) sugere, ainda, que, embora poucos estudos avaliem o efeito da combinação da terapia de reposição de estrógeno e progesterona como fator de proteção para as doenças

Introdução

coronarianas, parece haver mais efeito na proteção cardíaca com essa combinação do que quando se faz a TRH apenas com estrógeno. Adrighi (1996) apresenta que a terapia de reposição estrogênica reduz em 50,0% o risco de mortalidade por doença cardiovascular em pacientes sem antecedente cardiovascular, e em 73,0% naquelas com doença cardiovascular prévia. Wenger (1996) afirma, baseado em dados epidemiológicos, que as mulheres, quando são portadoras de doença coronariana ou têm risco para o desenvolvimento dessa doença, podem ser protegidas de doenças cardiovasculares com terapia de reposição hormonal; por outro lado, mulheres com risco de câncer, provavelmente, podem apresentar menos benefícios.

Porém, segundo Luz & Cesena (2001), recentemente, estudos prospectivos randomizados, controlados com placebo, não demonstraram benefícios pelo uso de estrógenos, com ou sem progesterona, sobre a incidência de eventos cardiovasculares ou progressão da doença aterosclerótica coronariana, embora tenham sido observadas alterações positivas do perfil lipídico (diminuição de LDL e aumento de HDL). Hulley et al. (1998) explicam que, no HERS (Heart and Estrogen/Progestin Replacement Study), a reposição hormonal inclusive aumentou os eventos cardiovasculares, no primeiro ano, e elevou o risco de complicações trombóticas venosas e de colecistopatia em mulheres na menopausa com doença coronariana já estabelecida. Desse modo, muitos debates e controvérsias existem acerca do HERS. Apesar de os autores observarem uma melhora nos eventos coronarianos, após muitos anos dessa terapia, não há indicação precisa para o uso de reposição hormonal objetivando prevenção secundária dos eventos coronarianos, assim como não há motivos para descontinuar a terapêutica hormonal nas mulheres sob tratamento.

A decisão de utilizar TRH deveria ser feita juntamente com a mulher, adequando-se esse uso aos cuidados de saúde de que ela necessita, avaliando-se todo o seu conhecimento sobre as possibilidades

Introdução

de benefícios e riscos; deveria ser avaliada a história de saúde de cada mulher e respeitado o seu ponto de vista (GREENDALE et al., 1999).

Embora a literatura apresente vários estudos sobre a importância de variáveis psicossociais nas doenças coronarianas, Ketter et al. (2000) apontam que ainda são necessários estudos epidemiológicos para investigar-se adequadamente o papel dessas variáveis nas afecções físicas, de modo especial na doença coronariana.

Na maioria dos estudos relativos às características psicossociais nas cardiopatias, em geral, enfatiza-se o sexo masculino. Apesar de a incidência de doença coronariana ter aumentado nas mulheres, elas ainda têm recebido pouca atenção no que se refere à orientação quanto aos riscos e às conseqüências da enfermidade (ONGARO, 1994). Tsang et al. (2000) consideram que ainda é insuficiente o conhecimento sobre o processo da doença coronariana nas mulheres.

Brezinka & Kittel (1995) relatam que, embora a doença coronariana esteja aumentando a mortalidade em mulheres, em muitos países industrializados, poucas pesquisas têm incluído espaço para conclusão desse tema, comparando-se com as pesquisas com homens. Devido a este fato, poucos dados estão disponíveis para compreensão da adaptação psicossocial da mulher à doença, sendo ela mais bem compreendida em homens. Segundo Khaw (1993), a explicação está no reconhecimento da alta incidência dessa enfermidade entre homens. Esse autor afirma, ainda, que alguns estudos norte-americanos apontam que as mulheres com doença coronariana têm menor probabilidade que os homens de serem encaminhadas para investigação e tratamento.

No Brasil, Ghorayeb et al. (1996) também destacam que, apesar de os tratamentos propostos para doença coronariana serem os mesmos para ambos os sexos e os efeitos benéficos da reabilitação cardiovascular serem suficientemente conhecidos, poucas mulheres são encorajadas a iniciá-los.

Introdução

Khaw (1993) afirma que as mulheres são diagnosticadas mais tardiamente, o que pode levar a uma diminuição em índices de diagnóstico da enfermidade, proporcionando aumento da dificuldade de recuperação e maior mortalidade. Apesar disso, O'neil et al. (1997) descrevem que 63,0% das mulheres que morrem subitamente por doença coronariana tinham sintomas prévios da doença.

Ocorre, ainda, diferença em relação ao sexo, no que se refere aos testes de esforço. As mulheres apresentam altos índices de falsos-positivos nesses testes, o que reduz a especificidade e exatidão do prognóstico, tornando os mesmos não confiáveis para esse grupo (KUHN & RACKLEY, 1993).

Taylor (1999) salienta que, nas pesquisas, o viés favorável à população masculina é observado tanto no estudo de fatores de risco como em relação aos tratamentos propostos. Khaw (1993) alerta, ainda, para a inadequação de dados sobre doença coronariana oriundos de estudos com homens continuarem sendo utilizados em intervenções com as mulheres, o que pode trazer o risco de estas não serem diferenciadas em suas peculiaridades.

Ayanian & Epstein (1991) destacam que há diferenças de gênero na aplicação de procedimentos médicos em pacientes hospitalizados com doença coronariana, sendo os homens mais submetidos a angiocoronariografia e cirurgia de revascularização. Isso pode indicar tanto um excesso de procedimentos com homens como uma carência no tratamento e diagnóstico em mulheres, as quais, geralmente, têm alta hospitalar com menos diagnóstico de doença cardíaca crônica, comparativamente ao sexo oposto. Os autores salientam também o fato de haver, na prática, dificuldades técnicas para fazer-se a revascularização completa em mulheres, já que suas coronárias são freqüentemente mais estreitas, o que acarreta aumento da mortalidade.

A alta incidência de uma doença não define sua letalidade. Assim, Brezinka & Kittel (1995) afirmam que, apesar de a

Introdução

doença coronariana ter índices menores nas mulheres, uma vez manifestada, seu risco de mortalidade é comparativamente maior devido aos fatores psicossociais desfavoráveis (baixo grau de instrução, pouca ênfase na orientação médica para reabilitação, ausência de apoio social, profissão indefinida, nível inferior de educação, etc.).

Rozanski et al. (1999) apontam que o baixo nível socioeconômico pode contribuir para a piora da saúde das pessoas e um pior prognóstico, visto que pode interferir na adesão às atividades necessárias para diminuir fatores de risco, como, por exemplo, deixar de fumar e diminuir a ingestão alcoólica. Em pacientes com doença coronariana, o nível socioeconômico pode interferir no grau de ajustamento à doença.

Homens e mulheres também diferem quanto à apresentação e evolução da doença coronariana.

Estudos epidemiológicos evidenciam que a incidência de alguns sintomas, como angina *pectoris*, em mulheres, equivale à observada em homens ou a ultrapassa, principalmente com o avanço da idade (LENER & KANNEL, 1986).

A mortalidade após o infarto do miocárdio é mais alta em mulheres, assim como é mais alta a possibilidade de um outro infarto (BREZINKA & KITTEL, 1995).

Mulheres idosas que apresentam infarto do miocárdio têm maior probabilidade que os homens de morrerem em poucas semanas; 27,0% dos homens e 44,0% das mulheres morreram após um ano do infarto. Entre as pessoas que sobreviveram após infarto agudo do miocárdio, 23,0% dos homens e 31,0% das mulheres apresentaram outro infarto (O'NEIL et al., 1997).

Kudenchuck et al. (1996) verificaram que infartos ocorreram em mulheres com seis anos a mais (média: 67 anos) do que homens (média: 59 anos). Porém, observaram que o risco de mortalidade, no hospital, em mulheres, foi quase triplicado em relação ao de

Introdução

mortalidade em homens. Esses mesmos autores apontam que as mulheres têm menos infarto prévio que os homens, mas apresentam mais falência congestiva do coração e hipertensão. Portanto, estudos que analisaram e compararam as características clínicas entre os sexos mostraram que as mulheres, mais freqüentemente que os homens, apresentaram insuficiência cardíaca congestiva, tanto na admissão hospitalar quanto durante o tratamento do infarto agudo do miocárdio (PIMENTA et al., 2001).

Num levantamento realizado no Instituto do Coração, no Hospital São Luiz (SP-Brasil), pôde-se observar que, das mulheres que chegam ao pronto-socorro com sintomas de isquemia miocárdica, 70,0% já estão com lesões em fase avançada, o que só ocorre em 30,0% da população masculina. Isso se deve, provavelmente, a não se acreditar no potencial feminino para infarto (FERREIRA, 1998).

Pimenta et al. (2001) alertam que o tratamento hospitalar desigual também poderia ser responsável por diferentes índices de mortalidade por doença coronariana entre os sexos. As mulheres, no contexto hospitalar, são abordadas de maneira menos agressiva que os homens e também têm menor probabilidade de internação em unidade coronariana e de utilização da coronariografia, mesmo que a probabilidade de isquemia seja equivalente entre homens e mulheres. Esses autores observaram que a mortalidade hospitalar, no sexo feminino, foi 23,0% significativamente maior quando comparada ao masculino (9,9%). Destacam, ainda, que, mesmo com o ajuste para todas as variáveis de risco, as mulheres com infarto agudo do miocárdio têm maior probabilidade de mortalidade hospitalar.

O estresse psicossocial, nos primeiros anos após o infarto, juntamente com certos traços de personalidade, aumenta o risco de reinfarto e morte (DENOLLET et al. 1996).

Brezinka & Kittel (1995), comparando diferenças de gêneros em relação à doença coronariana, analisam o ajustamento

Introdução

psicossocial após o infarto do miocárdio e apontam que as mulheres, em relação aos homens, têm uma piora acentuada na qualidade de vida. Segundo os mesmos autores, elas apresentam ainda maior incidência de sintomas psicossomáticos, de distúrbio de sono, de diminuição na atividade sexual e de depressão e ansiedade. Porém, também ressaltam que as amostras dos estudos revistos eram pequenas, não sendo possível considerar esses dados como conclusivos.

Com relação à depressão, há estudos que demonstram que homens e mulheres diferem entre si. Fraser-Smith et al. (1993) afirmam que as mulheres são mais vulneráveis à depressão do que os homens; apontam a ocorrência de depressão, após infarto agudo do miocárdio, como um fator de risco para mortalidade nos seis meses subsequentes ao infarto.

Cyranowski et al. (2000) demonstram que mulheres, aos quinze anos de idade, têm a probabilidade de apresentar um episódio de depressão triplicada, comparado-se com os homens, e essa diferença persiste até próximo aos 35 a 40 anos. Esses autores apontam as diferenças biológicas e sociais entre os sexos como fatores que influenciam na ocorrência de depressão.

A depressão vem sendo estudada e identificada em pacientes com doença coronariana, e Hance et al. (1996) chamam atenção para a importância de distinguir-se, nesses pacientes, um distúrbio de humor passageiro de uma depressão clínica, o que pode dificultar ainda mais a reabilitação psicossocial, levando a importantes implicações prognósticas.

Tanto os transtornos depressivos como a coronariopatia são importantes e prevalentes entidades clínicas que podem estar associadas. Explica-se essa associação pela evidência de que a depressão, possivelmente, seja um fator de desenvolvimento da coronariopatia e de piora no curso clínico dos pacientes com doença coronariana prévia (TELLES et al 2001; BONAMINGO & JURUENA,

Introdução

1998). Por outro lado, estes últimos autores afirmam que a doença cardiovascular pode causar sintomas depressivos e também transtorno depressivo maior.

Carney et al. (1995) apóiam a hipótese de que depressão está associada ao aumento de morbidade e mortalidade em pacientes coronarianos devido às alterações que ela pode ocasionar no funcionamento biológico dessa população. Esses mesmos autores relatam que estudos anteriores demonstraram que pacientes coronarianos com depressão apresentaram dificuldade para aderir às orientações médicas, assim como tinham maior probabilidade de serem fumantes e apresentarem hipertensão.

Uma série de pesquisas baseadas em estudos populacionais tem demonstrado a influência do suporte social no desenvolvimento da doença coronariana (ROZANSKI et al., 1999). Fraser-Smith et al. (1993) indicam a relevância de se analisar o apoio social existente após um infarto do miocárdio, sugerindo uma correlação entre ausência de apoio social e depressão.

Weissam et al. (1996) verificaram que o risco de depressão maior se mostrou aumentado em pessoas separadas ou divorciadas, se comparadas às casadas. Rozanski et al. (1999) avaliaram a influência do estado civil, identificando que pessoas separadas ou morando sozinhas apresentavam aumento de risco para o desenvolvimento de doença coronariana.

O apoio social e o relacionamento conjugal assumem importância particular, pois pacientes com doença coronariana sem companheiros e sem confidentes têm maior probabilidade de morrer precocemente do que aqueles com companheiros e com suporte social (TAYLOR, 1999). Pacientes com doença coronariana que percebem pouco apoio social na sua vida apresentam menos aderência para as recomendações médicas e têm menor recuperação do que aqueles que percebem bastante apoio (SARAFINO, 1990).

Introdução

Sarason et al. (1987) ressaltam que há evidências de que o ajustamento social mantém a saúde e a recuperação nas enfermidades, sendo influenciado significativamente pelo acesso que a pessoa tem ao apoio de outras.

Além de aspectos psicológicos como depressão e ansiedade, vários autores têm ressaltado a importância de se estudarem as estratégias de enfrentamento, em situações difíceis. Essas estratégias de enfrentamento (*coping*) foram elaboradas e definidas por Lazarus & Launier (1978) como: “conjunto dos processos que um indivíduo interpõe entre ele e o acontecimento percebido como ameaçador, para dominar, tolerar ou diminuir o impacto deste sobre seu bem-estar físico e psicológico”.

As estratégias de enfrentamento podem ser divididas entre as centradas no problema e as centradas na emoção. Estratégias centradas no problema podem ajudar no manejo do estresse ou alterar a sua origem, e as centradas na emoção são necessárias para o controle da resposta emocional. A estratégia de enfrentamento centrada no problema inclina-se para o foco do problema, auxiliando a pessoa a lidar, construtivamente, com a situação e confrontar-se com o problema, enquanto que os comportamentos de esquiva se constituem como estratégias que permitem à pessoa evitar alguns estresses associados à situação, reduzindo, por meio disso, a tensão (O'NEILL et al., 2001). Essa mesma autora destaca que os pacientes coronarianos com suporte social e estratégias de enfrentamento ativas apresentaram menos sintomas depressivos.

Visto que os coronariopatas necessitam de estratégias de enfrentamento eficazes, considera-se relevante avaliá-los quanto a essas estratégias e procurar identificar possíveis diferenças de gêneros em relação a elas, como sugere estudo realizado por Billings & Moos (1981).

Em síntese, uma vez que os fatores de risco para doença coronariana diferem em relação ao sexo e estão intimamente ligados com

Introdução

o tipo de manifestação, desenvolvimento e evolução da enfermidade, surge a necessidade de estudos com amostras que contemplem essas diferenças e propiciem, por meio de um melhor entendimento da doença, programas de prevenção e tratamento também para mulheres.

II - JUSTIFICATIVA

Pesquisando-se a literatura brasileira sobre doença coronariana, pôde-se averiguar que não há estudos comparativos entre gêneros que incluam fatores psicossociais, sendo, em geral, escassos os dados sobre o tema, com amostras limitadas e pouco informativas. Este fato e os dados já apontados sobre a incidência dessa patologia em mulheres, inclusive na cidade de Botucatu (SP), conforme levantamento de óbitos realizado pelo núcleo de ação coletiva do Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Botucatu (UNESP), indicam a necessidade de se ampliar o conhecimento nessa área.

Com os dados comparativos, tem-se o objetivo de delinear a especificidade de como a doença atua em cada sexo e como pode repercutir na recuperação do paciente e no seu ajustamento psicossocial. O conhecimento específico, nesta área, pode auxiliar na diminuição de gastos da saúde pública referentes às doenças crônicas, por meio das prevenções primária e secundária da doença coronariana, assim como pode possibilitar uma melhor qualidade de vida aos portadores dessa patologia.

III – OBJETIVOS

1 - OBJETIVO GERAL

- Comparar homens e mulheres com doença coronariana, quanto a variáveis sociodemográficas, fatores psicossociais e fatores de risco comportamentais.

2 - OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar características sociodemográficas (sexo, idade, escolaridade, ocupação, procedência e estado civil) e psicológicas (ansiedade, depressão e estratégias de enfrentamento) de homens e mulheres com doença coronariana.
- Comparar os fatores psicossociais e comportamentais de risco (fumo, álcool, atividade física, apoio social, luto e viuvez) e, especificamente para as mulheres, descrever o uso de contraceptivo oral, menopausa e reposição hormonal, considerados relevantes para incidência da doença coronariana.

Objetivos

- Identificar e comparar a participação dos pacientes coronarianos, homens e mulheres, em programa de reabilitação.

IV - METODOLOGIA

1 - MÉTODO

- Casuística

Foram estudadas 50 pessoas do sexo feminino e 50 do sexo masculino, adultas, que preencheram as seguintes condições:

- possuir diagnóstico de doença arterial coronariana (DAC)*;
- estar internado(a) na enfermaria de cardiologia do Hospital das Clínicas;
- aceitar, após a apresentação dos objetivos da pesquisa, participar da mesma.

2 - INSTRUMENTOS

1 - Características sociodemográficas

Foi utilizado um formulário (anexo 1), para se obterem dados sobre: sexo, idade, estado civil, escolaridade, ocupação, número de filhos, procedência e escolaridade. A escolaridade foi classificada

* O tempo de tratamento e tipo de doença coronariana não foram especialmente controlados nesta pesquisa, visto que o interesse é restrito à presença ou ausência das variáveis em foco na DAC.

Metodologia

segundo o número de anos de freqüência à escola, nas seguintes categorias:

- 1 - baixa (até 3 anos);
- 2 - média (de 4 a 7anos);
- 3 - alta (8 anos ou mais).

Os pacientes foram classificados segundo a condição de sua atividade ocupacional:

- 1) empregado(a);
- 2) desempregado(a);
- 3) licença médica;
- 4) aposentado(a);
- 5) prendas domésticas.

Além disso, as ocupações foi agrupadas segundo os seguintes setores:

- 1) administrativo;
- 2) industrial;
- 3) agrícola;
- 4)comercial;
- 5) técnico-científico;
- 6) transporte e comunicações;
- 7) prestação de serviços.

Tais classificações mostraram-se adequadas para as ocupações estudadas em pesquisas anteriores, para a cidade de Botucatu, e permitiram tanto localizar os sujeitos quanto à sua posição, no que se refere à ocupação, quanto identificar a área de atuação dos mesmos, possibilitando a análise comparativa entre gêneros em relação a essa variável, indicada como relevante na literatura.

Os estratos socioeconômicos foram avaliados utilizando-se a classificação proposta pela Associação Brasileira de Pesquisa de Mercado - ABIPEME (ALMEIDA & WICKERHAUSER, 1991) (anexo 2).

Essa classificação estabelece, pelos pontos obtidos, os seguintes estratos: A, B, C, D, E.

2 - Fatores Psicossociais e Comportamentais de Risco

Foi utilizado um formulário (anexo 1), para se avaliar uso de fumo, participação em atividade física, programa de reabilitação, luto e viuvez.

2.1 - Atividade Física

Para se obterem informações sobre atividade física (anexo 1), optou-se por seguir a orientação da “*American Heart Association*” (A.H.A.), da fórmula FIT, que significa:

- _ F= frequência (dias por semana);
- _ I= intensidade (quão fatigante: leve, moderada ou forte);
- _ T= tempo (tempo de cada sessão ou dia).

Assim, investigou-se o tipo de esporte ou exercício, sua frequência diária ou semanal e tempo de prática por dia ou por sessão, classificando-se, posteriormente, as respostas obtidas em ausente, leve, moderada e forte (vigorosa), segundo os critérios da A.H.A.

2.2 - Programa de Reabilitação

Com referência à participação em programa de reabilitação (anexo 1), pretendeu-se verificar o acesso ao programa de reabilitação cardíaca. Para isso, identificaram-se, na casuística, aqueles pacientes que já haviam apresentado doença coronariana anteriormente à internação. Nesses casos, verificou-se se esses pacientes haviam participado de programa de reabilitação; se não, investigou-se qual a

razão. No caso de haverem sido orientados para o programa, questionou-se o porquê de não terem seguido a orientação.

As questões 9.1 e 9.2 do formulário foram respondidas em relação ao último infarto.

2.3 - Ingestão de álcool

Foi utilizado o CAGE (anexo 3), um instrumento para identificação do alcoolismo, validado no Brasil por Masur & Monteiro (1983). A sigla CAGE resulta de palavras-chave da língua inglesa, contidas em cada uma das questões (*C*ut down, *A*nnoyed, *G*uilty, *E*ye-opener). A escala constitui-se de quatro questões. Quando duas respostas são afirmativas, o resultado é positivo e indica que o indivíduo tem chances de ser alcoolista; neste caso, há a necessidade de uma investigação mais apurada dessa patologia. A possibilidade de se tratar de um caso de alcoolismo sugere bebedores mais pesados, diferenciando, portanto, os pacientes em dois grupos: possíveis casos de alcoolismos e não-casos.

2.4 - Apoio social

Para se avaliar, de forma sistemática, o apoio social, optou-se por utilizar o questionário (anexo 4) desenvolvido por Sarason et al. (1983), em sua versão abreviada, o qual permite avaliar tanto a disponibilidade de pessoas que podem oferecer apoio como a satisfação com o apoio disponível. Os pacientes foram comparados quanto à pontuação obtida no questionário de apoio social, utilizando-se o número médio de pessoas que forneciam apoio e a média de notas dadas para avaliar a satisfação com o apoio recebido, sendo 6.0 a pontuação máxima a ser obtida. Também foi feita uma análise qualitativa, para se verificar o sexo e a relação de parentesco (ou amizade) das pessoas que ofereciam

apoio social. O questionário foi traduzido e submetido à técnica de tradução reversa.

2.5 - Ansiedade e Depressão

Para se avaliarem depressão e ansiedade, foi utilizada a HAD – *hospital anxiety and depression scale* –, uma escala traduzida e validada por Botega et al. (1995), tendo o instrumento sido desenvolvido por Zigmond & Snaith (1983) (anexo 5).

A HAD contém 14 questões do tipo múltipla escolha. Compõe-se de duas subescalas, para ansiedade e depressão, com sete itens cada. A pontuação global em cada subescala vai de 0 a 21. De acordo com os pontos obtidos, classifica o indivíduo acima ou abaixo do ponto de corte (entre 7 e 8) estabelecido pela validação da escala. Para cada subescala, obteve-se, para esse ponto de corte, uma sensibilidade e uma especificidade de, respectivamente, 93,7 e 54,8 para ansiedade e 84,6 e 86,5 para depressão (BOTEGA et al.,1995). Os pacientes, homens e mulheres, foram classificados com depressão e/ou ansiedade, segundo esse ponto de corte, e comparados, segundo a presença ou não de depressão e ansiedade.

Essa escala é adequada para ser utilizada em situações de comorbidade física, pois não utiliza itens contendo sintomas vegetativos e destina-se a detectar graus leves de transtornos afetivos, em ambientes não psiquiátricos, os quais podem passar despercebidos pela equipe assistencial (BOTEGA et al.,1995).

2.6 - Estratégias de Enfrentamento

Para se avaliarem as estratégias de enfrentamento diante da doença (anexo 6), foi utilizada a "check-list" de *coping*, de Lazarus & Folkman (1984).

Savoia (1995) traduziu essa escala para o português e estudou a confiabilidade e validade do instrumento com sujeitos brasileiros. Embora se reconheçam as limitações desse tipo de medida, considera-se útil sua utilização, especialmente se *coping* for considerado como um processo e não como um traço ou característica de personalidade (RAMOS-CERQUEIRA, 1999).

Essa escala compõe-se de 66 itens, tendo a análise fatorial das respostas produzido 8 subescalas : 1- resolução de problema e busca de informação; 2- espírito combativo; 3- tomada de distância ou minimização de ameaças; 4- reavaliação positiva; 5- auto-acusação; 6- fuga-esquiva; 7- busca de apoio social e 8- autocontrole.

2.7 – Funcionamento social e ocupacional

Optou-se, também, pela avaliação do funcionamento social e ocupacional dos pacientes, com o objetivo de se verificar se havia ou não um comprometimento do mesmo.

Foi utilizada a escala de avaliação do funcionamento social e ocupacional (SOFAS), proposta no Manual de Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais (anexo 7) – DSM IV (APA, 1994). A escala SOFAS avalia o funcionamento social ou ocupacional em um contínuo, de funcionamento excelente a um funcionamento muito prejudicado. Inclui prejuízos no funcionamento, devido a limitações tanto físicas como mentais. Para ser levado em consideração, o prejuízo precisa ser consequência direta de um problema de saúde física ou mental; o efeito da falta de oportunidade ou outras limitações ambientais não devem ser considerados.

3 - PROCEDIMENTO

Os instrumentos foram aplicados todos pela autora deste trabalho. A aplicação foi feita sempre na enfermaria, em todos os pacientes que preenchiam os critérios, de forma aleatória, conforme a disponibilidade da entrevistadora, até se completarem os 50 pacientes de cada sexo.

4 - PREPARO DOS DADOS PARA ANÁLISE

Todos os dados do formulário e dos instrumentos foram armazenados no banco de dados do programa Epi-info, versão 6.0 (DEAN et al., 1997), após ter sido feita uma revisão da digitação. Para isso, todos os formulários foram digitados por um segundo digitador e submetidos os dois bancos ao *Validate* do Epi-Info. Após a comparação dos dois bancos, foram corrigidas as discordâncias.

5 - ANÁLISE DOS DADOS

Para a comparação dos gêneros quanto aos fatores de risco comportamentais, psicossociais e sociodemográficos, foi feita uma análise utilizando-se os testes de χ^2 e Fisher. Para os resultados do inventário sobre estratégias de enfrentamento, utilizaram-se a média e o desvio padrão.

V - CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Todos os pacientes foram informados sobre os objetivos da pesquisa, sendo lido conjuntamente o termo de consentimento livre e esclarecido (anexo 8). Somente após as concessões obtidas, foram aplicados os formulários e os demais instrumentos.

O projeto deste trabalho foi apresentado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina em 29/04/98, tendo sido aprovado em 13/07/98.

VI – RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na tabela 1, estão apresentados os dados da distribuição dos pacientes segundo a faixa etária, tendo sido a média de idade das mulheres coronarianas entrevistadas de 61,9, e a dos homens, 57,9 anos. A diferença de idade entre eles não foi estatisticamente significativa, mas chama atenção que 84,0% das mulheres e 72,0% dos homens tinham mais de 50 anos.

Tabela 1. Distribuição de número e porcentagem dos pacientes, segundo o sexo e idade.

Idade \ Sexo	Masculino		Feminino	
	N	%	N	%
< 49 anos	14	28,0	8	16,0
50 - 59	6	12,0	15	30,0
> 60	30	60,0	27	54,0
Total	50	100,0	50	100,0

Esses dados são semelhantes aos encontrados por Tsang et al. (2000). Esses autores afirmam que o avanço da idade é um risco para o desenvolvimento da doença coronariana, em ambos os sexos; seus dados apresentam uma média de idade de 62,55 anos para mulheres e 62,45 anos para os homens, entre os pacientes coronarianos pesquisados.

Resultados e Discussão

Reddy & Yusuf (1998) comentam que, nos países menos desenvolvidos, ocorre alta porcentagem de mortes por doença cardiovascular antes dos 70 anos, podendo ser considerada como consequência da má qualidade de assistência médica e estilo de vida de risco, os quais estão relacionados com baixo nível socioeconômico e educacional. Além disso, estudos epidemiológicos das duas últimas décadas apontam que a aterosclerose tem potencialidade para se desenvolver desde a infância (ARMAGNIJAN & BATLOUNI, 2000). Chama atenção que, embora nos dados desta pesquisa se tenha obtido uma média de idade superior a 60 anos para as mulheres e inferior a 60 para os homens, verificou-se que 40,0% dos homens e 46,0% das mulheres tinham menos de 60 anos. Destaca-se, ainda, que 44,0% dos pacientes estudados (28,0% dos homens e 16,0% das mulheres) tinham idade inferior a 50 anos.

Na tabela 2, pode-se verificar que houve diferença estatisticamente significativa em relação ao estado civil dos pacientes: 40,0% das mulheres eram viúvas, enquanto apenas 16,0% dos homens viviam sós ($\chi^2= 7,14$, $p= 0,00752$). Estes dados sugerem que as mulheres podem ter uma condição mais desfavorável que os homens quanto ao apoio marital.

Para 60,0% dos homens e para a mesma porcentagem das mulheres, o tempo de viuvez era superior a 10 anos.

Resultados e Discussão

Tabela 2. Distribuição de número e porcentagem dos pacientes, segundo o sexo e estado civil.

Estado Conjugal	Masculino		Feminino	
	N	%	N	%
União Consensual (casado/amasiado)	42	84,0	30	60,0
¹ Sem União (solteiro/desquitado/s eparado/viúvo)	8	16,0	20	40,0
Total	50	100,0	50	100,0

$$^1\chi^2 = 7,14; \quad p = 0,00752.$$

A ausência do apoio de um companheiro tem sido referida como um fator de risco tanto para o desenvolvimento de doença coronariana como para morte precoce, quando há presença dessa doença (TAYLOR, 1999; ROZANSKI, et al., 1999). Porém, no presente estudo, apesar de mais da metade das mulheres viver sem companheiro, não houve diferença significativa entre os sexos, tanto quanto ao apoio social recebido como em relação à satisfação com o apoio disponível (tabela 3), o que sugere que o apoio social não era dado apenas pelo cônjuge.

Aplicando-se um instrumento específico para se avaliar o apoio social recebido e a satisfação com o mesmo, verifica-se, na tabela 3, que o número médio de pessoas que forneciam apoio para os homens foi 3,4, e para as mulheres, 2,9. Em relação à pontuação dada para a satisfação com o apoio recebido, entre os homens a média foi de 4,5, e entre as mulheres, 4,6, quando a pontuação máxima que poderia ser atingida no instrumento utilizado era de 6.0. Não se verificaram diferenças

Resultados e Discussão

estatisticamente significantes quanto ao relato do apoio recebido e à satisfação com o mesmo, entre homens e mulheres.

Analisando-se as respostas que descreviam as pessoas que ofereciam apoio, verificou-se, nesta pesquisa, que os homens contavam, em primeiro lugar, com suas companheiras e, depois, com suas filhas. As mulheres referiram receber apoio predominantemente de suas filhas e, em segundo plano, de seus filhos, o que confirma dados já relatados na literatura de que os cuidadores preferenciais são mulheres (LEE, 2001; ORBEL, 1996).

Tabela 3. Média e desvio padrão do número de pessoas que apóiam e média e desvio padrão com relação à satisfação.

Sexo	Masculino	Feminino
	Média e desvio padrão	
Apoio Social		
Número de pessoas	3,4 ± 2,19	2,9 ± 2,38
Satisfação	4,5 ± 1,03	4,6 ± 1,06

Sabe-se que o apoio recebido de membros da família, ou mesmo de outras pessoas próximas, é de suma importância no prognóstico do paciente. De acordo com Hojaij et al. (1994), a confiança da família no tratamento ao qual um de seus membros é submetido é de grande importância, oferecendo, assim, maior segurança e minimizando o nível de ansiedade do paciente. Sarason et al. (1983) afirmam que os pacientes, quando recebem mais apoio social, requerem menos remédio para a obtenção de efeitos clínicos do que aqueles sem suporte social. Entretanto, esses mesmos autores referem que a percepção do apoio

Resultados e Discussão

depende da personalidade do indivíduo; alguns se sentem apoiados somente com um número grande de pessoas provendo apoio, e outros acreditam que apenas uma pessoa é suficiente. Os dados aqui obtidos indicam que homens e mulheres conseguiam perceber o apoio recebido, quando referiam sobre a sua satisfação com o mesmo.

Na tabela 4, observa-se que homens e mulheres não diferiram em relação à procedência, só havendo diferença estatisticamente significante ($\chi^2 = 5,44$; $p = 0,001$) quanto aos residentes em outras regiões.

Nota-se que 98,0% das mulheres e 82,0% dos homens residiam na região administrativa de Sorocaba, que engloba a cidade de Botucatu, onde se localiza o Hospital das Clínicas, no qual esses pacientes estavam internados. Essa proximidade do hospital com a residência dos pacientes pode também ter sido um fator facilitador para que os mesmos tivessem acesso mais freqüente ao apoio dos familiares e de outras pessoas que lhes ofereciam suporte social.

Tabela 4. Distribuição de número e porcentagem dos pacientes, segundo o sexo, procedência e região administrativa do Estado.

Sexo \ Região	Masculino		Feminino	
	N	%	N	%
Sorocaba	41	82,0	49	98,0
¹ Outras Regiões	9	18,0	1	2,0
Total	50	100,0	50	100,0

¹ $\chi^2 = 5,44$ $p = 0,001$

Prosseguindo-se a análise das variáveis sociodemográficas que podem ser consideradas como fator de risco para doença coronariana, verificou-se que homens e mulheres possuíam baixa

Resultados e Discussão

escolaridade (figura 1), havendo 78,0% das mulheres e 80,0% dos homens nessa faixa. Constatou-se, ainda, que 10,0% dos homens e 10,0% mulheres apresentavam escolaridade média, e somente 12,0% das mulheres e 10,0% dos homens possuíam alta escolaridade.

Segundo Rozanski et al. (1999), o baixo nível socioeconômico pode ser um fator de risco com relação à saúde das pessoas, constituindo-se num componente de um pior prognóstico para pacientes com doença coronariana, quando se considera o ajustamento à doença. O nível socioeconômico, neste estudo, foi avaliado pelo grau de escolaridade, renda salarial e ocupação.

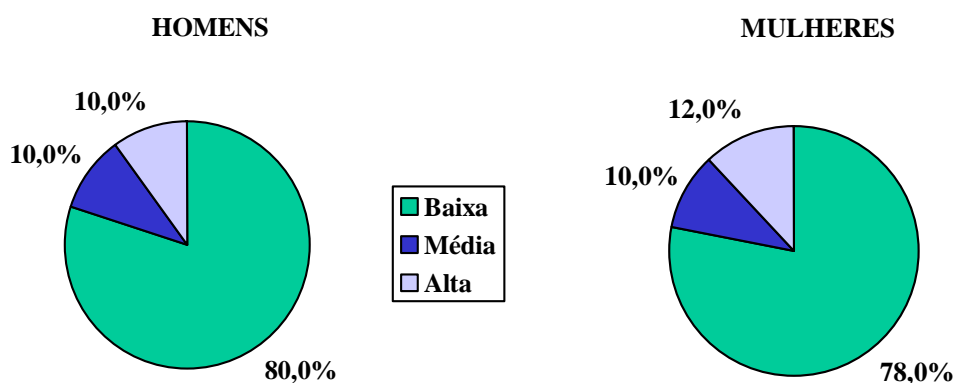


Figura 1. Porcentagem dos pacientes, segundo o sexo e a escolaridade.

Na figura 2, estão apresentados dados relativos à renda *per capita* dos pacientes, podendo-se observar que homens e mulheres não diferiram de forma estatisticamente significativa em relação a esse aspecto. Notou-se um predomínio da faixa entre um e dois salários mínimos para ambos os sexos, havendo mais homens (26,0%) com renda inferior a um salário mínimo e mais mulheres com renda superior a quatro salários mínimos (22%). Embora sem significância estatística, as mulheres apresentaram renda e nível de escolaridade ligeiramente maiores que os homens.

Resultados e Discussão

Por meio dos dados obtidos pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)*, pôde-se averiguar que, no ano de 1991, 17,0% da população de Botucatu possuíam um rendimento nominal médio mensal de um salário mínimo, enquanto que, nesta pesquisa, 26,0% dos homens e 10,0% das mulheres apresentavam renda inferior a um salário mínimo.

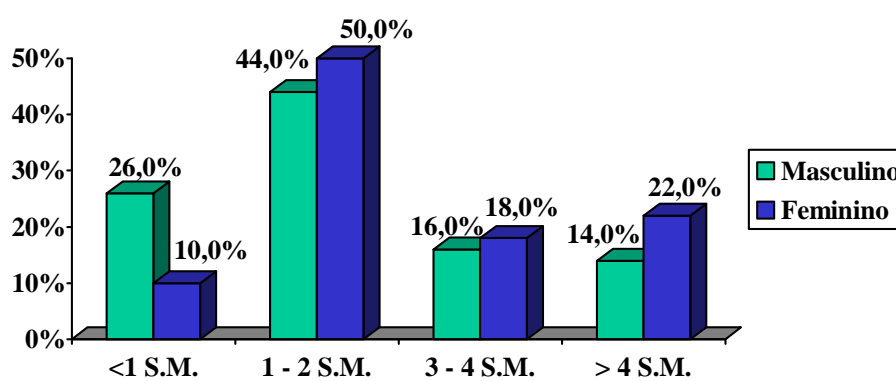


Figura 2. Porcentagem dos pacientes, segundo a renda *per capita* (em salários mínimos).

Confirmando os dados anteriores, verificou-se que também não foi significativa estatisticamente a diferença entre homens e mulheres com relação à classificação em estratos sociais (ABIPEME, 1991). Na tabela 5, observa-se que 40,0% das mulheres estão no estrato C, e 30,0% delas, no estrato D. Quanto aos homens, 30,0% estão no estrato D, e igual porcentagem, no estrato E.

* Dados obtidos no Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de Botucatu-São Paulo.

Resultados e Discussão

Tabela 5. Distribuição de número e porcentagem dos pacientes, segundo o estrato social (ABIPEME).

Estrato Social	Sexo		Feminino	
	Masculino			
	N	%	N	%
A+B	7	14,0	5	10,0
C	13	26,0	20	40,0
D	15	30,0	15	30,0
E	15	30,0	10	20,0
Total	50	100,0	50	100,0

Brezinka & Kittel (1995) afirmam que mulheres costumam ter mais fatores psicossociais desfavoráveis que os homens, entre os quais citam o baixo grau de instrução e a renda inferior, o que não se verificou no presente estudo.

Atualmente, os ricos, principalmente os das áreas urbanas, podem modificar seu comportamento para modos de vida saudáveis (alimentação saudável, atividade física, abstenção de cigarros), pois têm melhor acesso a informações de saúde divulgadas pelos meios de comunicação. Contrastando com esse grupo, os pobres das cidades e das comunidades rurais podem ter aumentados os fatores de risco, pelo menor acesso à informação e por falta de tempo e dinheiro para adquirir “alimentos saudáveis” e realizar um exercício físico que os mantenha em boa forma (LAURENTI & BUCHALLA, 2001).

Nesta pesquisa, verificou-se que homens e mulheres possuíam baixo nível de escolaridade e renda, tendo também sido classificados em estratos sociais mais baixos, o que permite supor que estavam expostos a mais fatores de risco, conforme descrevem Laurenti & Buchalla (2001).

Resultados e Discussão

Deve-se levar em conta que todos eram pacientes de um hospital universitário, o que favoreceu que se encontrassem, predominantemente, pessoas de baixo nível socioeconômico; portanto, independentemente do sexo, pode-se pensar que eram pessoas mais expostas a risco.

No que se refere à condição de atividade no trabalho, a tabela 6 mostra que 32,0% dos homens e 16,0% das mulheres estavam empregados, havendo 10,0% das mulheres em licença médica. Assim, apesar de mais homens estarem empregados, mais mulheres eram beneficiadas pela licença médica. O desemprego foi referido apenas para os homens (18,0%). Em relação ao benefício previdenciário, 50,0% dos homens e 44,4% das mulheres já estavam aposentados.

Das mulheres pesquisadas, 40,0% exerciam funções de dona de casa, o que, segundo Weidner et al. (1997), pode ser uma desvantagem, uma vez que demonstraram que mulheres empregadas têm melhor saúde do que donas de casa.

Tabela 6. Distribuição de número e porcentagem dos pacientes, segundo o sexo e condição de atividade.

Sexo Condição de atividade	Masculino		Feminino	
	N	%	N	%
Empregado	16	32,0	8	16,0
¹ Desempregado	9	18,0	-	-
Aposentado	25	50,0	22	44,0
Donas de casa	0	0,0	20	40,0
Total	50	100,0	50	100,0

¹ Fisher p= 0,00131

Resultados e Discussão

As tabelas 7 e 8 apresentam dados sobre as ocupações dos pacientes, na época em que foi aplicado o questionário, e qualificação dessas ocupações. Pode-se observar que apenas 32,0% dos homens e 16,0% mulheres tinham alguma ocupação remunerada. Em relação ao setor de atividade, o de serviços é predominante para ambos, sendo representado por 62,5% dos homens e 100,0% das mulheres. No que tange à qualificação da ocupação, 43,8% dos homens tinham ocupação qualificada, e 50,0% das mulheres, ocupação não qualificada. Mais mulheres estavam sem atividade remunerada do que os homens, e suas ocupações não eram qualificadas, o que parece refletir o que afirmam alguns autores com relação à inserção da população feminina no mercado de trabalho (BREZINKA & KITELL, 1995; ROSA & SILVA, 2000). Estes últimos autores referem que, enquanto os homens têm em seu poder uma variedade de opções profissionais, as mulheres mantêm-se nos cargos menos qualificados, com poucas possibilidades de exercer postos de chefia, de maior responsabilidade e poder de decisão, pois encontram enorme dificuldade para profissionalização. A grande maioria das mulheres concentra-se em funções não especializadas, nas empresas, indústrias, serviços domésticos, etc. (ROSA & SILVA, 2000). Os dados desta pesquisa são semelhantes aos citados pelos autores, visto que 50,0% das mulheres possuíam ocupação não qualificada. Associando-se esses dados aos já citados sobre o risco a que as mulheres que exercem função de dona de casa estão expostas, pôde-se concluir que as mulheres, em relação à ocupação, estavam mais desfavorecidas e possuíam mais riscos, se comparadas com os homens.

Resultados e Discussão

Tabela 7. Distribuição de número e porcentagem, segundo o sexo e setor de atividade.

Setor da atividade \ Sexo	Masculino		Feminino	
	N	%	N	%
¹ Setor Agrícola	4	25,0	-	-
Setor Industrial	2	12,5	-	-
Serviços	10	62,5	8	100,0
Total	16	100,0	8	100,0

¹ Fisher P= 0,05873

Tabela 8. Distribuição de número e porcentagem, segundo o sexo e qualificação da atividade.

Qualificação da atividade \ Sexo	Masculino		Feminino	
	N	%	N	%
Qualificada	8	50,0	3	37,5
Não Qualificada	8	50,0	5	62,5
Total	16	100,0	8	100,0

Analisando-se as variáveis relacionadas ao estilo de vida, consideradas como fatores de risco comportamental, destaca-se o uso do tabaco, comprovadamente grande fator de risco para doenças coronarianas. Esse uso foi investigado e está apresentado nas tabelas 9 e 10. Pode-se verificar que 70 pacientes haviam utilizado ou ainda utilizavam tabaco, 84,0% do sexo masculino e 56,0% do sexo feminino, sendo essa diferença estatisticamente significativa ($\chi^2= 9,33$, $p= 0,00225$).

Resultados e Discussão

Dentro da população de fumantes, 36,0% dos homens e 24,0% das mulheres ainda estavam utilizando tabaco. Apesar de o número de mulheres que fumavam ter sido menor do que o de homens, sabe-se que, nelas, o tabaco aumenta ainda mais o risco para doença coronariana. Willett et al. (1987) descrevem dados sobre um estudo de seis anos, no qual foi examinada a incidência de doença coronariana em mulheres que faziam uso de tabaco. Os autores explicam que o número de cigarros utilizados pode duplicar ou triplicar o risco de doença coronariana ou infarto do miocárdio não fatal nas mulheres.

Tabela 9. Distribuição de número e porcentagem dos pacientes, segundo o sexo e uso de tabaco.

Tabagismo	Sexo	Masculino		Feminino	
		N	%	N	%
¹ Tabagismo	Sim	42	84,0	28	56,0
	Não	8	16,0	22	44,0
Fuma	Sim	18	36,0	12	24,0
	Não	32	64,0	38	76,0
Quantidade de cigarros/dia	1 - 20	6	33,3	4	33,3
	20 - 30	7	38,9	6	50,0
	30 e mais	5	27,8	2	16,7
Tempo que fuma (anos)	14 - 24	1	5,6	2	16,7
	24 - 34	7	38,8	3	25,0
	34 - 44	3	16,7	4	33,3
	44 - 54	3	16,7	2	16,7

¹ $\chi^2 = 9,33$; $p = 0,00225$

O uso do tabaco acelera o desenvolvimento da aterosclerose e representa um grande fator de risco para o infarto do miocárdio e para angina *pectoris*, em homens e mulheres (FONSECA et al., 1999). Nos homens, Masur et al. (1997) apontam que a diminuição do uso do tabaco ajuda significativamente na redução da prevalência da doença arterial coronária. Nas mulheres, essa diminuição não pode ser

Resultados e Discussão

observada, pois, segundo esses autores, há tendência do aumento do tabagismo, principalmente nas mais jovens. Alguns autores acrescentam que, nas mulheres fumantes e que fazem uso de contraceptivos orais, o risco de mortalidade por doença arterial coronariana é maior do que naquelas que somente fazem o uso do tabaco (ARMAGANIJAN & BATLOUNI, 2000; MANSUR et al., 1997). Estes últimos autores destacam, ainda, que a mortalidade por doença arterial coronariana é 40 vezes maior nas mulheres que associam tabaco com contraceptivo oral.

Observou-se, nesta pesquisa, que 67,6% dos homens e mulheres fumavam mais que 20 cigarros por dia. Armaganijan et al. (2000) referem que o risco de doença coronária para homens e mulheres aumenta de duas a quatro vezes, nos usuários de tabaco, e se relaciona ao número de cigarros consumidos por dia, o que pode levar à constatação do risco a que esse hábito expõe os pacientes aqui avaliados. Outro estudo demonstrou que mulheres que fumavam 15 cigarros por dia tiveram 40,0% de aumento no risco para apresentar um infarto agudo do miocárdio não fatal, e aquelas que utilizavam 25 cigarros ou mais por dia aumentaram o risco de doença coronariana, infarto agudo do miocárdio não fatal e angina *pectoris* (WILLETT et al., 1987). Segundo estes autores, o uso de 35 cigarros ou mais, por dia, aumentou em sete vezes o risco de infarto do miocárdio não fatal, o que, mais uma vez, indica que, certamente, vários pacientes do presente estudo estiveram expostos ao risco de DAC pelo uso de tabaco.

Verificou-se que fazia mais de 14 anos que os homens e as mulheres fumavam. O tempo predominante de uso de tabaco, para ambos os sexos, foi mais de 34 anos (55,6% dos homens e 58,3% das mulheres). Sabe-se, também, que os efeitos deletérios do tabagismo para as doenças cardiovasculares estão diretamente relacionados com o número de cigarros fumados e o tempo de consumo e, provavelmente, são mais importantes no sexo feminino (MANSUR et al., 1997).

Resultados e Discussão

Neste estudo, vários pacientes que não fumavam, na época da entrevista – 75,0% dos homens e 42,1% das mulheres – referiram ser ex-tabagistas, sendo essa diferença estatisticamente significativa ($\chi^2=7.68$; $p=0.00559$).

Tabela 10. Distribuição de número e porcentagem dos pacientes, segundo o sexo e uso de tabaco.

Tabagismo	Sexo	Masculino		Feminino	
		N	%	N	%
¹ Fumou	Sim	24	75,0	16	42,1
	Não	8	25,0	22	57,9
Quantidade de cigarros/dia	1 - 20	8	33,3	11	68,8
	20 - 40	7	29,2	3	18,8
	40 e mais	9	37,5	2	12,5
Tempo que fumou (anos)	< 10	1	4,2	2	12,5
	10 - 20	3	12,5	3	18,8
	20 - 30	4	16,7	5	31,1
	30 - 40	7	29,1	4	25,0
	40 - 50	4	16,7	1	6,3
	50 e mais	5	20,8	1	6,3
Tempo que parou (anos)	< 1 a 2	8	33,3	6	37,4
	> 2 a 5	4	16,7	3	18,8
	> 5	12	50,0	7	43,8

¹ $\chi^2 = 7,68$; $p = 0,00559$

A interrupção do tabagismo pode fazer declinar rapidamente o risco de doença arterial coronária, em ambos os sexos (WILLETT et al., 1987; DOLL et al., 1994; MANSUR et al., 1997; MARTINEZ, 1999). Em pacientes coronariopatas, a manutenção do tabagismo aumenta a incidência de eventos coronários (ARMAGANIJAN et al., 2000).

Fonseca et al. (1999) explicitam que a interrupção do uso do tabaco proporciona rápida redução na prevalência de infarto, o que sugere, segundo esses autores, o papel importante do tabagismo na

Resultados e Discussão

instabilização da placa e trombose, tornando-o perigoso para os pacientes com lesões mais avançadas, com potencial ruptura. Porém, em um estudo envolvendo 34.439 médicos ingleses, observou-se que o abandono do tabagismo, antes dos 35 anos de idade, diminuiu o risco cardiovascular para taxas semelhantes às dos não-fumantes (ARMAGANIJAN et al., 2000). Também nesse estudo, verificou-se redução dos episódios de angina *pectoris* e infarto do miocárdio e da necessidade de intervenção cirúrgica. Doll et al. (1994) acrescentam, ainda, que fumantes que cessaram o uso antes da meia idade apresentaram, substancialmente, seus riscos de doença coronariana diminuídos; mesmo os que pararam de utilizar tabaco na meia idade apresentaram menos riscos, se comparados com aqueles que continuaram o uso. Além disso, comparando-se os pacientes quanto ao abandono do tabaco, aqueles que não deixam de usá-lo são mais ansiosos, praticam menos atividade e têm menor nível de escolaridade. Aqueles que continuam a fumar também tendem a fumar excessivamente e apresentam poucas atitudes negativas em relação ao cigarro (SARAFINO, 1990).

Embora esta pesquisa tenha identificado uma quantidade relevante de homens e mulheres que ainda estavam fazendo uso de tabaco, em quantidade descrita como de risco para o coração, os pacientes que cessaram o uso, provavelmente, terão seus riscos diminuídos.

Quanto ao uso de álcool (tabela 11), houve uma predominância masculina (42,0%) em relação às mulheres (2,0%), de um provável uso abusivo, conforme o resultado do CAGE.

Resultados e Discussão

Tabela 11. Distribuição de número e porcentagem dos pacientes, segundo sexo e pontuação acima do ponto de corte no CAGE.

CAGE	Sexo	Masculino		Feminino	
		N	%	N	%
	Sim	21	42,0	1	2,0
	Não	29	58,0	49	98,0
Total		50	100,0	50	100,0

$\chi^2 = 21,04$; $p = 0,00001$.

No *10th Special Report to U.S. Congress on Alcohol and Health* (2000), estão citados vários trabalhos indicando que o uso crônico de altas doses de álcool deve ser entendido como aumento do risco de doenças cardiovasculares, incluindo a doença coronariana. Assim, segundo esse relatório, embora haja controvérsias sobre o assunto, há evidências de que, quando abusivo, o uso do álcool se torna efetivamente um fator de risco. Neste estudo, verificou-se que 42,0% dos homens apresentaram, no instrumento utilizado (CAGE), uma pontuação sugestiva, podendo ser bebedores pesados, com maiores chances de serem alcoolistas, o que, segundo o *10th Special Report*, pode aumentar o risco de episódios de angina, em pessoas com doenças cardíacas, e de ataques cardíacos fatais. Estudos finlandeses de 1997, também citados no *10th Special Report to U.S. Congress on Alcohol and Health*, referem que bebedores pesados correm o risco de ter um ataque cardíaco fatal aumentado em seis vezes, quando comparados a bebedores moderados. Foppa et al. (2001) acrescentam que o consumo elevado de bebidas alcoólicas (mais que três doses diárias ou 200g por dia) pode estar associado a um aumento de mortalidade em homens que já tiveram

Resultados e Discussão

infarto do miocárdio. Esses dados sugerem que o uso abusivo de álcool deve ser mais bem investigado entre os portadores de doença arterial coronariana.

Ainda em relação a fatores de risco comportamentais, a tabela 12 mostra que apenas 32,0% dos homens praticavam atividade física, bem como apenas 22,0% das mulheres o faziam. O tipo de atividade relatado como mais freqüente foi a caminhada, para ambos os sexos, correspondendo a 56,2% dos homens e 100% das mulheres. Esse tipo de exercício é descrito por Carvalho et al. (1996) como o mais simples e adequado para a maioria das mulheres idosas, podendo ser facilmente incorporado à rotina de vida.

Tabela 12. Distribuição de número e porcentagem dos pacientes, segundo o sexo e atividade física (tipo, freqüência, intensidade e tempo).

Atividade Física \ Sexo		Masculino		Feminino	
		N	%	N	%
	Sim	16	32,0	11	22,0
	Não	34	68,0	39	78,0
Tipo	Natação	1	6,3	0	0,0
	Bocha	1	6,3	0	0,0
	Caminhada	9	56,1	11	100,0
	Corrida	2	12,5	0	0,0
	Futebol	2	12,5	0	0,0
	Ginástica	1	6,3	0	0,0
Freqüência	1vez por semana	3	18,8	2	18,2
	3 - 4 vezes	5	31,3	3	27,3
	> 4 vezes	8	50,0	6	54,5
Intensidade	Leve	5	31,3	0	0,0
	Moderada	7	43,8	3	27,3
	Forte	4	25,0	8	72,7
Tempo (minutos)	<30	2	12,5	7	63,6
	> 30	14	87,5	4	36,4

¹Fisher $p= 0,01146$

Resultados e Discussão

Neste estudo, pacientes de ambos os sexos que praticavam a atividade física (apenas 16 homens e 11 mulheres) alegaram fazê-lo mais de quatro vezes por semana (54,5% das mulheres e 50,0% dos homens). Uma porcentagem mais alta de mulheres, 72,7%, relatou fazer atividade física de intensidade mais forte, num tempo de até 30 minutos (63,6%). Os homens referiram mais atividades moderadas (43,8%), porém em um tempo maior que 30 minutos (87,5%).

A *American Heart Association* propõe que, para beneficiar o coração, pulmões e circulação, é importante que se realize alguma atividade física forte por pelo menos 30 minutos, três a quatro dias por semana. Indica, ainda, que uma atividade de moderada intensidade, por mais de 30 minutos, em mais dias da semana, também provê benefícios.

Como já foi citado, a prática de atividade física pode auxiliar na prevenção e reabilitação das doenças cardiovasculares, por meio do aprimoramento da função cardíaca, incluindo benefícios quanto ao aumento na tolerância à glicose e redução na sensibilidade insulínica, na agregação plaquetária e na fibrinogênese no plasma (GUEDES & GUEDES, 2001). Segundo esses autores, a atividade física pode desenvolver, ainda, a função cardíaca, por favorecer a suplementação de oxigênio e aumentar a estabilidade elétrica do miocárdio. Para eles, as adaptações funcionais, muitas vezes, desempenham papel importante na redução da incidência das doenças cardiovasculares, mais que os próprios fatores de risco tradicionais, devendo, por isso, ser consideradas quando da análise das vantagens da prática regular da atividade física.

Neste estudo, apesar de o número de pacientes que praticavam atividade física ser pequeno, tanto entre os homens como entre as mulheres, estes, em sua prática, estavam de acordo, em tempo e frequência, com o ideal preconizado pela literatura, na obtenção de benefícios para a saúde do coração, embora algumas mulheres ainda cometessem erros, por exagerarem na intensidade da atividade. Assim, concorda-se com Ghorayeb et al. (1996) e Luz & Cesana (2001), quando

Resultados e Discussão

afirmam que a atividade física, em níveis moderados e regulares, com um tempo recomendado de 30 minutos, quatro a sete dias por semana, oferece benefícios; a intensidade deve ser apropriada para a capacidade individual, considerando-se as necessidades e o interesse de cada pessoa. Fonseca et al. (1999) concordam que a prática regular de exercícios, e não o grau de sua intensidade, além de ocasionar mudanças no estilo de vida, fornecendo amplos benefícios e segurança, se torna importante fator capaz de prevenir as doenças cardiovasculares ou atenuar sua progressão. No entanto, apesar de existirem evidências da importância da atividade física para se evitar DAC, ou impedir o seu avanço, constatou-se que era baixo o envolvimento dos pacientes aqui estudados na prática regular de exercício.

Foram também estudados fatores de risco específicos do sexo feminino.

A tabela 13 refere-se ao uso de contraceptivo oral. Nela, pode-se observar que 32,0% das mulheres fizeram uso de contraceptivo oral, e 43,7% disseram tê-lo utilizado em torno de cinco anos. De acordo com Meirik (1997), o risco do uso de contraceptivo oral deveria ser balanceado com os benefícios de formas alternativas de contracepção e com os dos efeitos dos contraceptivos na proteção de certas formas de neoplasia e na qualidade de vida. Por outro lado, Wenger (1996) destaca que altas doses de contraceptivo oral usadas no passado se associam ao aumento do risco para doença cardiovascular, podendo esse risco ser acentuado pelo uso de tabaco.

Resultados e Discussão

Tabela 13. Distribuição de número e porcentagem das pacientes, segundo o uso de contraceptivo oral.

		Sexo	
		Feminino	
Contraceptivo		N	%
Utilização	Sim	16	32,0
	Não	34	68,0
	Total	50	100,0
Tempo de uso (em anos)	0 - 5	7	43,8
	5 - 10	5	31,3
	>10	4	25,0
Total		16	100,0

A tabela 14 mostra dados relativos à menopausa e reposição hormonal. Nela, pode-se verificar que 84,0% das mulheres se encontravam na menopausa, com um tempo de amenorréia superior a 10 anos para 71,40% delas. Portanto, as mulheres deste estudo apresentavam mais esse fator de risco, uma vez que a grande maioria tinha mais de 50 anos (84,0%) e estava na menopausa.

Resultados e Discussão

Tabela 14. Distribuição de número e porcentagem das pacientes, segundo a menopausa e reposição hormonal.

Menopausa	Sexo	Feminino	
		N	%
	Sim	42	84,0
	Não	8	16,0
Tempo de ocorrência em anos	< 10	12	28,6
	10 - 20	16	38,0
	20 - 30	5	11,9
	30 - 40	7	16,7
	>40	2	4,8
Total		42	100,0
Reposição Hormonal	Sim	12	40,0
	Não	30	60,0
Tempo de uso em anos	<1	5	41,7
	1 - 5	5	41,7
	>5	2	16,6
Total		12	100

Greendale et al. (1999) destacam que 51 anos é a média de idade para menopausa. Nesta fase, a mulher está exposta a muitos sintomas e doenças, havendo relação entre menopausa e o crescente risco para doença cardíaca. Referem, ainda, que a reposição hormonal pode ser, diretamente, um alívio para sintomas, além de funcionar como prevenção para doenças crônicas. Segundo esses autores, entre as mulheres que usam hormônio, há de 30,0% a 50,0% menos mortalidade do que entre aquelas que não usam. Porém, Aldrighi (1996) aponta que a terapia de reposição hormonal, diante do risco de câncer de mama, tem sido motivo de muitas controvérsias. Segundo ele, a maioria dos estudos epidemiológicos não refere elevação dessa patologia; apenas dois estudos demonstraram aumento do risco em usuárias de estrógeno e progesterona, por um tempo superior a cinco anos. Mansur et al. (1997) descrevem que o principal efeito deletério da reposição estrogênica é a

Resultados e Discussão

hiperplasia endometrial, a qual pode desencadear o câncer do endométrio e a litíase biliar. Esses autores lembram, também, que não existe consenso a respeito de a reposição estrogênica associada à progesterona reduzir os efeitos colaterais relacionados com o estrógeno. Por outro lado, Aldrighi (1996) refere que a literatura admite serem os benefícios superiores aos riscos.

Mais recentemente, alguns trabalhos vêm sugerindo que os estrógenos protegem contra a doença de Alzheimer, embora riscos têm sido referidos quanto ao uso de TRH: aumento de duas vezes no risco de cálculos biliares e de duas a oito vezes no de trombose venosa, estando essa variação relacionada com a dosagem de estrogênio utilizada (ARAÚJO, 1999). De acordo com esse autor, a administração da terapêutica de reposição hormonal deve ser feita a partir da análise da relação risco-benefício, sendo indicada, predominantemente, para tratamento dos sintomas da menopausa e da osteoporose. A administração profilática para doenças coronárias e cerebrais, em pacientes sem fatores de riscos para essas doenças, não parece, ainda, justificada; outras medidas, como dieta, exercícios e higiene de vida, podem ser tomadas.

Neste estudo, contudo, verificou-se que, das mulheres em menopausa, apenas 40,0% fizeram ou faziam terapia de reposição hormonal; destas, 41,7% por menos de um ano, e igual porcentagem por cinco anos. Assim, são poucos dados para se afirmar que a ausência da TRH pode ser um fator de risco, mesmo porque, mais que certezas sobre o benefício dessa terapêutica como prevenção da doença coronariana, a literatura recente, já citada, evidencia as controvérsias da área.

Dentre os pacientes que já possuíam diagnóstico de doença coronariana, estudou-se a participação em programa de reabilitação. Observa-se, na tabela 15, que 13,9% dos homens e 4,8% das mulheres já tinham participado desse programa. Em relação à participação atual, verificou-se que o faziam 8,3% dos homens e 2,4% das

Resultados e Discussão

mulheres. Para ambos os sexos, a participação ocorria por indicação médica. Homens (78,8%) e mulheres (92,5%) relataram que não participavam de reabilitação por desconhecerem o programa. Pode-se observar que 28,0% dos homens e 18,0% das mulheres, até o momento da internação, desconheciam o seu diagnóstico. Com esses dados, constatou-se que, apesar de serem favorecidos, poucos homens participavam de programa de reabilitação. Quanto às mulheres, além de a maioria desconhecer o programa, apenas uma estava engajada no mesmo.

Tabela 15. Distribuição de número e porcentagem dos pacientes, segundo o sexo e participação em programa de reabilitação.

	Sexo	Masculino		Feminino	
		N	%	N	%
Sem diagnóstico prévio		14	28,0	9	18,0
Com diagnóstico prévio		36	72,0	41	78,0
Total		50	100,0	50	18,0
Participação anterior		5	13,9	2	4,8
Total		36	100,0	41	
Participação atual		3	8,3	1	2,4
Total		36		41	
Razões para não participar					
Desconhecia		26	78,8	37	92,5
Não foi indicado		7	21,2	3	7,5
Total		33	100,0	40	100,0

Resultados e Discussão

Esses dados estão de acordo com os descritos por Ghorayeb e cols. (1996), os quais destacam que, apesar de os tratamentos instituídos para doença coronariana serem os mesmos para ambos os sexos e os efeitos benéficos da reabilitação cardiovascular serem bastante conhecidos, poucas mulheres são encorajadas a iniciá-los.

A função da reabilitação do doente coronariano é a melhora da sobrevida e a prevenção da evolução desfavorável da doença, assim como o aumento da capacidade funcional, alívio sintomático, bem-estar psicológico, auxílio no controle de fatores de risco e retorno precoce ao trabalho (LEITE et al., 1999). Segundo esses autores, a experiência realizada demonstra que a mudança de estilo de vida do coronariopata deve ser ajustada com o autoconhecimento e a orientação especializada e, ao mesmo tempo, integrada de diversos profissionais de saúde. Ongaro (1991) afirma, ainda, que o objetivo principal desse programa é aumentar a aptidão física e buscar obtenção de benefícios no bem-estar psicológico.

No entanto, apesar da importância já constatada desse programa, verificou-se que é muito restrita a participação dos pacientes aqui pesquisados.

Estudou-se, também, a ocorrência prévia de infarto (tabela 14) e constatou-se diferença estatisticamente significativa ($\chi^2 = 6,90$ $p = 0,00864$) entre os sexos (56,0% dos homens e 30,0% das mulheres). O tempo de ocorrência do infarto para 53,6% dos homens havia sido de menos de um ano, e para 46,7% das mulheres, entre um e cinco anos. Esses dados coincidem com os encontrados por Kudenchuk et al. (1996), os quais afirmam que as mulheres têm menos infarto do que os homens, mas apresentam maior incidência de insuficiência cardíaca congestiva e hipertensão arterial. Esses mesmos autores observaram que o risco de mortalidade para mulheres, no hospital, após infarto do miocárdio, foi triplicado em relação ao risco para os homens.

Resultados e Discussão

Analisou-se o retorno às atividades cotidianas e à atividade sexual entre aqueles pacientes que já haviam apresentado infarto do miocárdio, previamente à internação. No que se refere ao retorno às atividades cotidianas, observou-se que 39,2% dos homens e 33,3% das mulheres o fizeram em menos de um mês; depois, verificou-se um retorno de 28,6% dos homens e 46,7% das mulheres entre um e seis meses. Chama a atenção que 28,6% dos homens e 13,3% das mulheres não retornaram a suas atividades habituais. Pode-se averiguar, então, que os homens retomaram mais rapidamente as suas atividades que as mulheres, mas a porcentagem daqueles que não as retomaram foi maior.

Após o infarto, as atividades sexuais foram retomadas por 85,7% dos homens e 33,3% das mulheres; com 41,7% dos homens e 20,0% das mulheres, na mesma frequência em que ocorriam anteriormente ao infarto. Dentre os homens, 50,0%, e, dentre as mulheres, 100,0% referiram, como razão para não retomar as atividades sexuais ou para diminuir sua frequência, a preocupação com a saúde. Por meio desses dados, pode-se verificar que a maioria das mulheres não retornou à atividade sexual, fato que pode também estar correlacionado aos sintomas da menopausa, fase em que uma porcentagem relevante dessas mulheres se encontrava. Como referem Greendale et al. (1999), pode haver redução da atividade sexual com a menopausa, pois os sintomas, nessa fase, interferem na sexualidade. Por outro lado, “o evento coronariano é uma experiência que interfere na capacidade de intimidade, gerando em ambos os parceiros uma sensação de medo, de ansiedade, de proibição, além da desconfiança de não ser querido. A ansiedade, depressão, medo de morrer, da simbologia do órgão doente, da revisão dos valores vitais, baixa auto-estima e conseqüente sentimento de impotência frente à vida, decorrentes da doença, são generalizados para a área sexual: o sentimento de que não vai conseguir lidar com os eventos da vida é simbolizado pela incapacitação e insatisfação sexual” (ROMANO, 1997, p. 76-77). Em um estudo realizado com 130 mulheres

Resultados e Discussão

que mantinham atividade sexual, verificou-se que, após terem tido infarto agudo do miocárdio, 30,0% delas apresentaram insegurança em relação à atividade sexual, 27,0% não retornaram a ela e 44,0% diminuíram sua frequência; entre os 230 homens estudados com infarto agudo do miocárdio, houve diminuição de 30,0% a 45,0% na frequência da atividade sexual (BREZINKA & KITTEL, 1995). Esses autores citam um estudo, no qual se observou a atividade sexual das mulheres após o infarto agudo do miocárdio, evidenciando que 20,0% delas referiram medo da atividade sexual, porém somente 33,0% tiveram orientação, no hospital, sobre o retorno da atividade sexual. Assim, Romano (1997) aponta a importância da orientação do médico e da equipe de saúde sobre o retorno às atividades sexuais, após eventos coronarianos, salientando a deficiência dessa informação ao paciente, no meio cultural em que se vive. Associando esses dados aos obtidos com os pacientes em questão, pôde-se averiguar que existe uma estreita relação entre infarto do miocárdio e alterações na atividade sexual.

Resultados e Discussão

Tabela 16. Distribuição de número e porcentagem dos pacientes, segundo sexo, infarto prévio (tempo), retorno às atividades pós-infarto e retomada da atividade sexual, pós-infarto.

Infarto	Sexo	Masculino		Feminino	
		N	%	N	%
¹ Infarto	Sim	28	56,0	15	30,0
	Não	22	44,0	35	70,0
	Total	50	100,0	50	100,0
Tempo de ocorrência em anos	<1	15	53,6	5	33,3
	1 - 5	6	21,4	7	46,7
	6 - 10	4	14,3	2	13,3
	>10	3	10,7	1	6,7
	Total	28	100,0	15	100,0
Retorno às atividades (dia/mês)	0 - 7 dias	3	10,6	0	0,0
	7 a 1 mês	8	28,6	5	33,3
	1 a 6 meses	8	28,6	7	46,7
	6 a 12 meses	1	3,6	1	6,7
	não retornaram	8	28,6	2	13,3
Total	28	100,0	15	100,0	
Retorno à atividade sexual	Sim	24	85,7	5	33,3
	Não	4	14,3	10	66,7
	Total	28	100,0	15	100,0
Mesma frequência sexual	Sim	10	41,7	1	20,0
	Não	14	58,3	4	80,0
	Total	24	100,0	5	100,0
Preocupação	Sim	12	50,0	5	100,0
	Não	12	50,0	0	0,0
	Total	24	100,0	5	100,0

$$^1\chi^2 = 6,90 \quad p = 0,00864$$

Considerando que, entre as variáveis psicossociais que podem contribuir para a ocorrência de doença coronariana, está, segundo a literatura, a presença de luto recente, investigou-se, aqui, também esse evento.

Resultados e Discussão

Verifica-se, na tabela 17, que 30,0% dos homens e 26,0% das mulheres passaram recentemente por essa situação. Entre os homens, 60,0% relataram o luto por um membro da família extensa, e 61,5% das mulheres indicaram luto por outros familiares. Entre os que relataram alguma perda, 60,0% dos homens indicaram que a mesma ocorreu há mais de 6 meses, e 53,8% das mulheres, em menos de 6 meses.

Tabela 17. Distribuição de número e porcentagem dos pacientes, segundo sexo, luto e tempo de luto.

		Sexo		Feminino	
		Masculino		N	%
Luto		N	%	N	%
	Sim	15	30,0	13	26,0
	Não	35	70,0	37	74,0
Tempo de ocorrência em meses	<6	6	40,0	7	53,8
	>6	9	60,0	6	46,2
Parentesco	Familia Nuclear	1	6,7	2	15,4
	Familia Extensa	9	60,0	3	23,1
	Outros Familiares	5	33,3	8	61,5

Apesar de os dados revelarem que os homens passaram, recentemente, por mais luto e o grau de parentesco ser mais próximo, em comparação com as mulheres, o tempo de ocorrência mais precoce de

Resultados e Discussão

luto é descrito, na literatura, como um fator risco. Assim, Rozanski et al. (1999) afirmam que eventos estressantes (luto, divórcio, perda de emprego, etc.) aconteceram nos seis meses anteriores ao infarto de miocárdio ou morte cardíaca súbita. Ressalta-se, no entanto, que a investigação dessa variável como fator de risco deveria levar em conta a intensidade do sentimento provocado pela perda de alguém, além do tempo de ocorrência da mesma.

As tabelas 18 e 19 apresentam dados sobre ansiedade e depressão dos pacientes, podendo-se avaliar, na tabela 18, que a pontuação média de ansiedade obtida na HAD foi de 11,4 para os homens e 10,8 para mulheres, não havendo diferenças estatisticamente significantes entre eles, lembrando-se que se considerou o ponto de corte entre 7 e 8 pontos.

Tabela 18. Pontuação média e desvio padrão de ansiedade e depressão dos pacientes, de acordo com a HAD, segundo o sexo.

Sexo	Masculino		Feminino	
	Média e desvio padrão			
Ansiedade/depressão				
Ansiedade	11,4	±3,74	10,8	±4,86
Depressão	7,9	±4,79	8,5	±5,31

A tabela 19 apresenta dados sobre o número e porcentagem de pacientes que obtiveram pontuação acima do ponto de corte para sintomas de ansiedade e depressão, na HAD. Nela, pode-se perceber que 54,0% dos homens e 58,0% das mulheres se apresentaram acima do ponto de corte. Embora as mulheres tenham apresentado uma

Resultados e Discussão

pontuação média ligeiramente mais alta de sintomas de ansiedade e depressão, não houve diferença estatisticamente significativa entre os sexos.

Tabela 19. Distribuição de número e porcentagem dos pacientes, segundo sexo, ansiedade + depressão e sem esses sintomas.

Sexo	Masculino		Feminino	
	N	%	N	%
Ansiedade e Depressão				
Ausente	23	46,0	21	42,0
Presente	27	54,0	29	58,0
Total	50	100,0	50	100,0

Em pesquisas recentes, destaca-se que a depressão e a ansiedade têm um papel importante na gênese e no curso das doenças cardiovasculares (MANICA et al., 1998; TAYLOR, 1999). Rozanski et al. (1999) afirmam que há evidências de que a ansiedade contribui para o desenvolvimento de eventos cardíacos e citam que, em estudos com a população masculina, foi observada associação entre ansiedade e morte cardíaca. Esses autores destacam, ainda, que a ansiedade é mais comum em mulheres.

A ansiedade, no paciente coronariano, pode ser desencadeada pela forma repentina e inesperada de a doença surpreendê-lo, muitas vezes, no momento de maior realização profissional e pessoal, ou mesmo, quando faz planos para uma velhice mais tranqüila. Muitos são os motivos que geram um alto nível de ansiedade, podendo ela estar diretamente relacionada com uma internação na Unidade de Terapia Intensiva (UTI), com a separação da casa, do trabalho e do

Resultados e Discussão

convívio familiar, além dos procedimentos terapêuticos, que, muitas vezes, agridem física e emocionalmente a pessoa (OLIVEIRA, 1995).

Como já foi referido, a depressão vem sendo estudada e identificada em pacientes com doença coronariana, havendo indicações de que a ocorrência de depressão, após infarto agudo do miocárdio, é um fator de risco para mortalidade, nos seis meses subseqüentes ao infarto (FRASE-SMITH et al., 1993; BONAMINGO & JUREMA, 1998). Coronariopatas com comorbidades associadas, experiências negativas durante a vida e história familiar de psicopatologias compõem um grupo de risco para o desenvolvimento de depressão pós-infarto agudo do miocárdio. No entanto, a gravidade da doença cardíaca não parece estar diretamente interligada a um risco aumentado para depressão pós-infarto agudo do miocárdio (MANICA et al., 1999). Esses autores destacam que outros fatores psicossociais parecem interferir nesse sentido, tais como o estresse, o isolamento social e o baixo nível educacional. A depressão maior e os sintomas depressivos têm um impacto negativo não só na recuperação física dos pacientes, mas também em sua funcionalidade, pois os pacientes deprimidos tendem a aderir menos aos tratamentos propostos, os quais, muitas vezes, requerem mudança no estilo de vida.

Os dados da literatura, somados com os resultados deste estudo, indicam que homens e mulheres possuem sintomas que podem contribuir para o desencadeamento da doença coronariana e para pior prognóstico da mesma.

Kessler et al. (1993) apontam que, embora as mulheres tenham maior probabilidade que os homens de apresentar, na vida, um episódio de depressão maior, após a idade adulta, eles se igualam. Esses autores destacam que a diferença entre taxas de depressão é maior para a mulher, desde o início da adolescência, e persiste assim até em torno dos cinquenta anos; a partir dessa idade, a probabilidade de ambos, homens e mulheres, apresentarem depressão maior é igualada. Wolfgang & Walinder (1997) chamam a atenção para o fato de que, no homem, é

Resultados e Discussão

maior o risco de suicídio, pois seus sintomas são, freqüentemente, mascarados por queixa somática ou grande relutância para admitir sentimentos de infelicidade, havendo resistência para buscar ajuda médica. Assim, embora a escala utilizada neste estudo não se proponha a identificar depressão maior, considera-se bastante alta a porcentagem de sintomas afetivos identificados nos pacientes aqui analisados. A prevalência de sintomas afetivos, nestes pacientes, é constatada alta, se comparada com os dados obtidos por Milani et al. (1996), os quais referem que, dentre uma população de 338 pessoas com diagnóstico de coronariopatia, 69 pessoas (20,0%) apresentavam depressão. Ramos–Cerqueira et al. (2001) identificaram sintomas de depressão e ansiedade, utilizando essa mesma escala em 28,2% dos homens e 50,0% das mulheres com insuficiência renal, em tratamento dialítico, também no Hospital das Clínicas de Botucatu. Estudos recentes, descritos por Bonamingo & Jurema (1998), apontam que a depressão é um importante fator de piora, no curso da doença coronariana prévia e também no desenvolvimento de cardiopatia isquêmica sintomática, com risco de óbito em pacientes sem história de cardiopatia. Esses autores relatam que, na maioria das vezes, os transtornos depressivos, em pacientes coronarianos, são subdiagnosticados e tratados inadequadamente. No entanto, em pacientes coronarianos, a participação em programa de reabilitação cardíaca reduz a prevalência e severidade da depressão (MILANI et al.,1996).

No presente estudo, pôde-se concluir que homens e mulheres com sintomas de ansiedade e depressão estavam expostos, quase de forma igualitária, aos riscos por eles desencadeados.

Nas tabelas 20 e 21, pode-se observar as pontuações obtidas pelos pacientes investigados, quanto ao funcionamento social e ocupacional, segundo a escala SOFAS (APA,1994). Essa escala avalia um contínuo de funcionamento excelente a funcionamento muito prejudicado. Na faixa entre 1 e 50 pontos, localizaram–se 58,0% dos

Resultados e Discussão

homens e 54,0% das mulheres. Na faixa entre 51 e 100 pontos (tabela 20), a qual descreve desde dificuldades moderadas até um funcionamento excelente, estavam 42,0% dos homens e 46,0% das mulheres. Não se verificou diferença estatisticamente significativa entre os sexos, com relação ao funcionamento social e ocupacional.

Tabela 20. Distribuição de número e porcentagem dos pacientes, segundo sexo e funcionamento social e ocupacional.

SOFAS \ Sexo	Masculino		Feminino	
	N	%	N	%
1 - 50	29	58,0	27	54,0
51 - 100	21	42,0	23	46,0
Total	50	100,0	50	100,0

Brezinka & Kittel (1995) referem que as mulheres apresentam piora na qualidade de vida, após o infarto, quando comparadas aos homens. Aqui, não se verificaram diferenças entre esses dois grupos de pacientes coronarianos, mas chama a atenção que uma porcentagem alta (58,0% dos homens e 54,0% das mulheres) se apresentou em níveis considerados de prejuízo grave, no funcionamento social e ocupacional.

Na tabela 21, utilizando-se faixas menos amplas, nota-se uma distribuição entre homens e mulheres também bastante equilibrada, destacando-se apenas que uma porcentagem maior de mulheres foi classificada na faixa de menor prejuízo.

Resultados e Discussão

Tabela 21. Distribuição de número e porcentagem dos pacientes, segundo sexo e funcionamento social e ocupacional.

SOFAS	Sexo	Masculino		Feminino	
		N	%	N	%
	1 - 20	4	8,0	5	10,0
	21 - 40	15	30,0	19	38,0
	41 - 60	17	34,0	11	22,0
	61 - 80	11	22,0	8	16,0
	81 - 100	3	6,0	7	14,0
	Total	50	100,0	50	100,0

A figura 3 apresenta as médias dos pontos obtidos nos itens relativos a cada fator medido pelo inventário de estratégias de enfrentamento e os limites superiores e inferiores do desvio padrão dessas médias. Esse instrumento é utilizado quando há necessidade de avaliação de estratégias para o ajustamento emocional decorrentes de uma ameaça eminente, neste caso em particular, a doença coronariana.

Verifica-se (na figura 3) que o padrão obtido foi bastante semelhante entre homens e mulheres. Pode-se observar, ainda, que houve grande variabilidade nos fatores, para ambos os sexos.

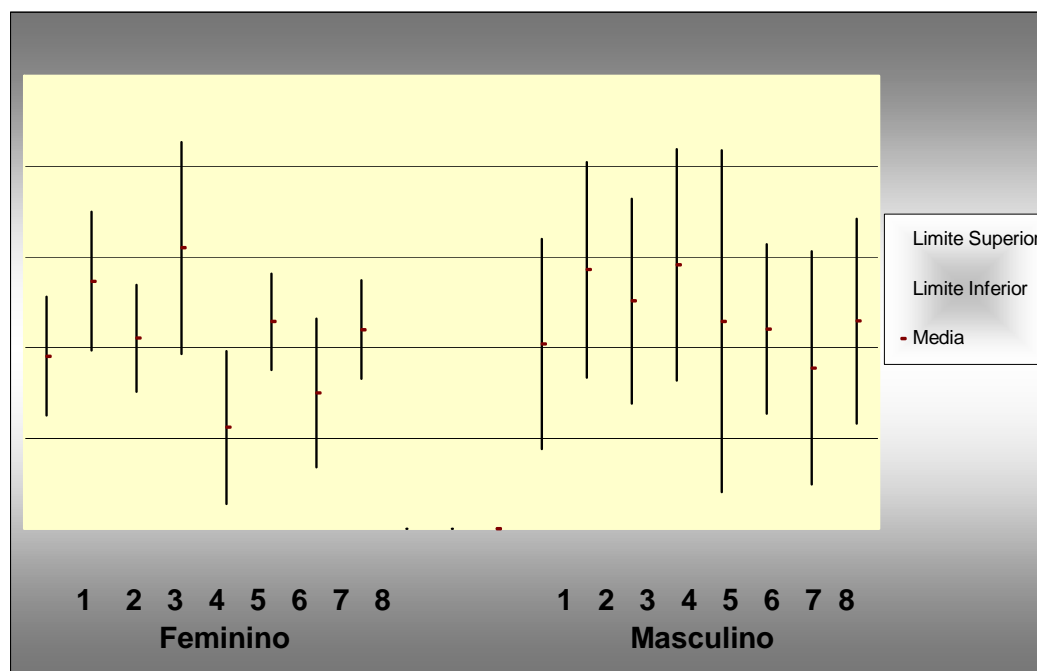


Figura 3. Média e desvio padrão dos fatores medidos pelo inventário de estratégias de enfrentamento dos pacientes, segundo o sexo.

Apesar de não haver diferenças estatisticamente significantes entre os sexos, em relação às estratégias utilizadas no enfrentamento da doença, algumas diferenças podem ser observadas (tabela 22).

Resultados e Discussão

Tabela 22. Média e desvio padrão dos fatores medidos pelo inventário de estratégias de enfrentamento dos pacientes, segundo o sexo.

Estratégias de enfrentamento	Sexo	Masculino		Feminino	
		Média e Desvio padrão			
Fator 1 (confronto)		1,02	(0,58)	0,95	(0,32)
Fator 2 (afastamento)		1,43	(0,59)	1,37	(0,38)
Fator 3 (controle)		1,26	(0,56)	1,05	(0,29)
Fator 4 (busca ou apoio social)		1,46	(0,63)	1,55	(0,58)
Fator 5 (aceitação de responsabilidade)		1,15	(0,94)	0,56	(0,42)
Fator 6 (fuga - esquiva)		1,10	(0,46)	1,14	(0,26)
Fator 7 (resolução de problemas)		0,89	(0,64)	0,75	(0,40)
Fator 8 (reavaliação positiva)		1,15	(0,56)	1,10	(0,27)

Pode-se observar, na tabela 22, que, entre os homens e as mulheres, a estratégia mais utilizada como forma de enfrentamento da doença coronariana foi a busca do suporte social. Esse tipo de estratégia é descrito por Paulhan (1994) como *coping* “vigilante”, pois, quando ocorre uma situação estressante, esse tipo de enfrentamento permite que a pessoa tenha uma estratégia centrada na resolução do problema, com esforços cognitivos e comportamentais para resolvê-lo. É considerada uma estratégia ativa, pois, quando há situações difíceis, as pessoas que a utilizam procuram informação e apoio social e elaboram planos de ação, com a finalidade de se ajustar ao fator estressante. Essa mesma autora afirma que alguns estudos que procuraram identificar estratégias mais eficientes para o ajustamento a situações difíceis sugerem que o estilo de *coping* ativo, centrado no problema, é mais eficiente para reduzir a tensão emocional induzida pelo acontecimento.

Gimenes (1997) explica que houve transformação na teoria do enfrentamento, no final dos anos 70, e a importância do mesmo,

Resultados e Discussão

como estilo e traço, foi modificada para uma nova concepção, como processo, segundo a qual um mesmo indivíduo pode apresentar diversas estratégias, diante de um contexto particular. Por outro lado, o enfrentamento como processo, apesar de advir do desenvolvimento e de pesquisa acumulada na área, apresenta limitações, já que a ênfase é direcionada ao contexto situacional, impossibilitando, dessa forma, averiguar as estratégias de enfrentamento utilizadas diante de diferentes contextos estressantes. Portanto, os resultados deste estudo não permitiram identificar predomínio de um determinado enfrentamento, pelas dificuldades conceituais (traço ou processo) e metodológicas (forma de avaliação) do próprio instrumento e pela condição dos pacientes. Gimenes (1997) explicita que há necessidade de se redimensionar a concepção teórica de enfrentamento, associando-a tanto às concepções teóricas da psicologia do estresse quanto às concepções teóricas da psicologia da motivação, e, ainda, de se desenvolverem estratégias mais refinadas de coleta e análise dos dados. Somente dessa forma, pode-se avaliar o sucesso ou insucesso das estratégias de enfrentamento utilizadas pelo paciente para lidar com o estresse advindo de uma doença.

VII - CONCLUSÕES

➤ Homens e mulheres apresentaram semelhanças em relação aos dados sociodemográficos; tinham, predominantemente, idade acima de 50 anos, moravam na região administrativa de Sorocaba, a qual inclui a cidade de Botucatu, possuíam baixo nível socioeconômico (baixa renda e baixa escolaridade) e foram classificados em baixos estratos sociais. As mulheres diferiram dos homens quanto à viuvez, sendo significativamente maior o número de viúvas.

➤ Pôde-se averiguar que mais homens do que mulheres estavam trabalhando, tendo em maior número ocupações qualificadas. Somente as mulheres estavam beneficiadas com licença médica. Com relação à aposentadoria, ambos os sexos apresentaram semelhanças.

➤ Notou-se que homens e mulheres apresentaram estilo de vida sedentário, pois somente uma pequena parte deles estava realizando atividade física. Pode-se supor, assim, que tiveram aumentados seus riscos para o desenvolvimento de doença coronariana.

Conclusões

➤ Verificou-se que as mulheres estudadas apresentavam fatores de risco para doença coronariana relacionados com o uso de contraceptivo oral, no passado, associado ao uso de tabaco. Uma pequena parcela, dentre as que estavam na menopausa, utilizava a terapia de reposição hormonal.

➤ Examinando-se os fatores de risco comportamentais, observou-se que os homens estavam mais afetados pelo uso do tabaco e provável uso abusivo de álcool. Apesar de o número de mulheres tabagistas ser menor que o de homens, esse fator também estava presente, podendo ser mais prejudicial, devido às diferenças biológicas específicas entre os sexos. No entanto, a interrupção do uso de tabaco também foi citada por homens e mulheres, e por um tempo favorável à diminuição dos riscos ocasionados pelo mesmo.

➤ Constatou-se que mais homens que mulheres tinham apresentado infarto prévio àquela internação. Verificou-se que, após a ocorrência do infarto, as mulheres retomaram suas atividades cotidianas, mais freqüentemente que os homens. Por outro lado, os homens, após o infarto, retomaram, mais freqüentemente que as mulheres, a atividade sexual.

➤ Os pacientes (homens e mulheres) que já possuíam diagnóstico de doença coronariana, anteriormente à internação, relataram pouca participação em programa de reabilitação, sendo inferior a porcentagem de mulheres, no programa, quando comparada à de homens.

Conclusões

➤ Os homens relataram ter vivenciado mais luto do que as mulheres e perdido pessoas com um grau de parentesco mais próximo do que as mulheres, porém o tempo mais recente de ocorrência do luto foi observado entre as mulheres.

➤ Tanto homens como mulheres apresentaram índices elevados de sintomas de ansiedade e depressão, o que pode ter sido ampliado pela internação, situação na qual foram realizadas as entrevistas.

➤ Homens e mulheres relataram que recebiam apoio social de diversas pessoas e estavam satisfeitos com o mesmo.

➤ Homens e mulheres pouco diferiram em relação ao funcionamento social e ocupacional, porém ambos apresentavam, nestas áreas, prejuízos importantes, decorrentes da doença coronariana.

➤ Não se observou uma diferença na utilização das estratégias de enfrentamento, em relação à doença coronariana, entre homens e mulheres; verificou-se que ambos apresentaram a busca de apoio social como estratégia mais freqüente, diante da enfermidade.

Conclusões

Esses dados indicam que homens e mulheres estiveram e estão expostos de forma similar a fatores de risco decorrentes de sua condição sócio-demográfica, psicossocial, e apresentando ainda comportamentos, mesmo após o diagnóstico da doença coronariana, que aumentam sua vulnerabilidade. Destacam-se a continuação do uso de tabaco, o uso abusivo de álcool, a vida sedentária, a não participação em programa de reabilitação e a presença de depressão e ansiedade. Assim, é preciso considerar a necessidade de investir-se em programa de prevenção com relação ao uso de tabaco e ao uso abusivo de álcool e em programa de incentivo à prática de atividades físicas, ampliando-se o programa de reabilitação e a orientação quanto às possibilidades de retomada de suas atividades de vida diária, sexuais e ocupacionais.

VIII – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS*

ALDRIGHI, J.M. Balanço risco/ benefício da terapêutica de reposição hormonal: direções para o futuro. **Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo**, São Paulo, v.6, p.734-738,1996.

ALMEIDA, P.M.; WICKERHAUSER, H. **O critério ABA / ABIPEME**: em busca de uma atualização. São Paulo: LPM, Burke & Marplan, 1991.

AMERICAN HEART ASSOCIATION. **Exercise (Physical Activity)**. Disponível em: <<http://Americanheart.org.com>>. Acesso em: 10 dez. 1999.

AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders**: escala de avaliação do funcionamento social e ocupacional (SOFAS): DSM IV. 4.ed. Washington: American Psychiatry Association , 1994. p 886.

ARMAGANIJAN, D.; BATLOUNI,M. Impacto dos fatores de risco tradicionais. **Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo**, São Paulo, v.10, n.6, p.686-693, 2000.

ARAÚJO, J.D. A terapêutica de reposição hormonal e o tromboembolismo venoso. **Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo**, São Paulo, v.9, n.6, p.938-946,1999.

*ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 6023**: informação e documentação - Referências – Elaboração. Rio de Janeiro, 2000. 22p.

Referências Bibliográficas

- AYANIAN, J.C.; EPSTEIN, A.M. Differences in the use of procedures between women and men hospitalized for coronary heart disease. **New England Journal of de Medicine**, Boston, v.325, p.221-225, 1991.
- BILLINGS, A.G.; MOOS, R. The role of coping responses e social resources in attenuating the stress of life events. **Journal of Behavioral Medicine**, New York, v.4, p.139-157,1981.
- BONAMINGO, D.R.; JURUEMA, M.F. O impacto da Depressão na coronariopatia (Revisão). **Revista de Pesquisa Médica**, Porto Alegre, v.32, n.2, p.14-18, 1998.
- BOTEGA, N.J.; BIO, M.R.; ZOMIGNANI, M.A. et al. Transtornos do humor em enfermaria de clínica médica e validação de escala de medida (HAD) de ansiedade e depressão. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.29, n.5, p. 355-363, 1995.
- BREZINKA, V.; KITTEL. Psychosocial Factors of coronary heart disease in women. (Review). **Social Science & Medicine**, Oxford, v.42, p.1351-1365, 1995.
- CARNEY, R. M.; SAUNDERS, R. D.; FREEDLAND, K. E. et al. Association of depression with reduced heart rate variability in coronary artery disease. **The American Journal of Cardiology**, Newton, v. 76, p. 562-564, 1995.
- CARVALHO, E.T.; ALENCAR, Y.M.G.; LIBERMAN, S. Fatores de risco de aterosclerose na mulher após a menopausa. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v.66, n.1, p.37-49,1996.

Referências Bibliográficas

CHOR, D.; FONSECA, M.J.M.; ANDRADE, C.R. Doenças Cardiovasculares. Comentários sobre a mortalidade precoce no Brasil. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 64, n.1, p. 15-19, 1995.

CUNHA, E. M. G. P.; TELLES, S.M.B. S.; JORGE, F.G. Brasil e grandes regiões. In Berquó E.S.; Cunha, E. M.G.P. (Orgs.) **Morbidade e mortalidade feminina no Brasil (1979-1995)**. Campinas: Editora da Unicamp, 2000. p.197-271.

CYRANOWSKI, J. M.; FRANK, E.; YOUNG, E. et al. Adolescent onset of the gender difference in lifetime rates of major depression: a theoretical model. **Archives of General Psychiatry**, Chicago, v. 57, p.21-27, 2000.

DEAN, A.G.; DEAN, J.A.; COULOMBER, D. et al. **Epi Info, version 6.04b**: word processing database, and statistics program for epidemiology on microcomputers. Atlanta : Centers for Disease Control and Prevention, 1997.p. 1- 367.

DENOLLET, J.; STANISLAS, U.S.; STROOBANT, N. et al. Personality as independent predictor of long-term mortality in patients with coronary heart disease. **The Lancet**, Boston, v.347, p.417-421, 1996.

DOLL, R.; PETO, R.; WHEATLEY, K.; GRAY, R.; SUTHERLAND, I. Mortality in relation to smoking: 40 years' observations on male British doctors. **British Medical Journal**, Oxford, v.309, p.901-911, 1994.

FERREIRA, J.F.M. O coração frágil. **Revista Veja**, São Paulo, v.74, n.1540, p.74, 1998.

Referências Bibliográficas

- FRAZER-SMITH, N.F.; LESPÉRANCE, F.; TALAJIC, M. Depression following myocardial infarction. **The Journal of the American Medical Association**, Chicago, v.270, p.1819-1830,1993.
- FONSECA, F. A. H.; ELIAS, M. C.; MENENDEZ, G.; ITO, M. T.; BARBOSA, L. A. Modificações dos hábitos de vida e outras opções terapêuticas. **Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo**, São Paulo, v.9, n.1, p.77-82, 1999.
- FOPPA, M.; FUCHS, F. D.; DUNCAN, B.B. Álcool e doença aterosclerótica. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, Porto Alegre, v.76, n.2, p.165-170, 2001.
- GHORAYEB, N.; BAPTISTA, C. A.; DIOGUARDI, G. S. et al. Atividade física na mulher. **Revista da Sociedade de Cardiologia de São Paulo**, São Paulo, v.6, p. 94-97,1996.
- GIANNOTTI, A. Psicologia em instituições médicas: questões teóricas e metodológicas Efeitos psicológicos das cardiopatias congênitas. In: GIANNOTTI, A. **Efeitos psicológicos das cardiopatias congênitas: psicologia em Instituições Médicas**. São Paulo: Lemos Editorial,1996. p. 14-28.
- GIMENES, M. G.G. A teoria do enfrentamento e suas implicações para sucessos e insucessos em psiconcologia. IN: GIMENES, M. G. G.(Org.). **A mulher e o câncer**. Campinas: Psy , 1997. p.111-147.
- GREENDALE, G.A.; LEE, N. P.; ARRIOLA, E. R. The menopause. **Lancet**, Boston, v.353, p.571-580, 1999.

Referências Bibliográficas

GUEDES, P. D.; GUEDES, J. E. R. P. Atividade física, aptidão cardiorrespiratória, composição da dieta e fatores de risco predisponentes às doenças cardiovasculares. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v.77, n.3, p.243-250, 2001.

HOJAIJ, E.M.; BRIGAGÃO, J. I.; ROMANO, B. W. Família e cardiopatia: uma questão a ser considerada. **Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo**, São Paulo, v.4, n.5, supl.A, p. 14-17, 1994.

HANCE, M.; CARNEY, R.M.; FREEDLAND, K.E. et al. Depression in patients with coronary heart disease: A 12-month follow-up. **General Hospital Psychiatry**, New York, v.18, p.61-65, 1996.

HULLEY, S.; GRADY, D.; BUSH, T. et al. Randomized trial of estrogen plus progestin for secondary prevention of coronary heart disease in postmenopausal women. **JAMA**, Chicago, v.280, n.7, p. 605-613, 1998.

ISSA, J. S. Tabagismo como fator de risco na mulher. **Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo**, São Paulo, v.6, p.690-693,1996.

KESSLER, R.C.; MACGONAGLE K.A.; SWARTZ, M. et al. Sex and depression in the National Comorbidity Survey. I: Lifetime prevalence, chronicity and recurrence. **Journal of Affective Disorders**, Amsterdam, v.29, p.85-96, 1993.

KETTERER, M. W.; MAHR, G.; GOLDBERG, A. D. Psychological factors affecting a medical condition ischemic coronary heart disease (Review). **Journal of Psychosomatic Research**, Oxford, v.48, p.357-367,2000.

Referências Bibliográficas

KHAW, K. T. Where are the women in studies of coronary heart disease? White middle aged men are not necessarily representative of all humankind. **British Medical Journal**, London, v.306, p.1145-1146,1993.

KUDENCHK, P. J.; MAYNARD, C.; MARTIN, J. S. et al. Comparison of presentation, treatment, and outcome of acute myocardial infarction in men versus womem (The myocardial infarction triage intervention registry) **Journal of American College of Cardiology**, New York, v.78, p. 9-14,1996.

KUHN, F. E.; RACKELEY, C. E. Coronary disease in women: risk factors, evaluation, treatment, and prevention (Review). **Archives of Internal Medicine**, Chicago, v.153, p.2626-2636, 1993.

LAURENTI, R.; BUCHALLA, C.M. Os mitos a respeito das doenças cardiovasculares. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v.76, n.2, p.99-104, 2001.

LAURENTI, R.; BUCHALLA,C. M.; CARATIN,C.V.S. Doença isquêmica do coração. Internações, tempo de permanência e gastos. Brasil, 1993 a1997. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v.74, n.6, p.483-487,2000.

LAZARUS, R.; LAUNIER, R. Stress-related transaction between person and environment. In: PERVIN, L.A. ; LEWIS, W. (Eds). **Perspectives in interactional psychology**. New York: Plenum Press, 1978. p. 287-327.

LAZARUS, R.S.; FOLKMAN, S. **Stress, appraisal and coping**. New York: Springer, 1984. 445p.

Referências Bibliográficas

- LEE, C. Experience of family caregiving among older Australian women. **Journal of Health Psychology**, London, v.6, n.4, p. 393-404, 2001.
- LEITE, J. C. T.; ANDREIS, M.; FRANKEN, R. A. O papel do psicólogo na reabilitação de coronariopatias: proposta e experiência da santa casa de São Paulo. **Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo**, São Paulo, v.9, n.2, supl. A, p. 8-14, 1999.
- LENER, D. J.; KANNEL, W.B. Patterns of coronary heart disease morbidity and mortality in the sexes: A 26-year follow-up of the Framingham population. **American Heart Journal**, St. Louis, v.11, p.383-391,1986.
- LOTUFO, P. A.; BENSENÖR, I. J. M.; LOLIO, C. A. Tabagismo e mortalidade por doença isquêmica do coração. Estudo comparativo das capitais de regiões metropolitanas do Brasil, 1988. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v.64, n.1, p. 7-9, 1995.
- LUZ, P. L.; CESENA, F. H. Y. Prevenção da doença coronariana. **Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo**, São Paulo, v.11, n.2, p.6-15, 2001.
- LUZ, P. L.; CESENA, F. H. Y. Prevenção da doença coronariana. [Editorial de Timerman, S.; Lage, S. H.G.] **Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo**, São Paulo, v.11, n.2, p.5, 2001.
- MANICA, A.L.L.; LEÃES,C.G.S.; FREY,B.N.; JURUENA,M.F. O papel da depressão na doença coronária. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v.73, n.2, p.237-243,1999.

Referências Bibliográficas

MANSUR, A. P.; FAVORATO, D.; SOUZA, M. F. M. et al. Tendência do risco de morte por doenças circulatórias no Brasil de 1979 a 1996. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v.76, n.6, 497-503, 2001.

MANSUR, A. P.; RAINERI, A.; RAMIRES, J. A. F. Influência dos fatores de risco no homem e na mulher. IN: RAMIRES, J. A.; LAGE, H. G.; CÉSAR, L. A. M. **Doença coronária e arteriosclerose**. São Paulo: Atheneu, 1997. p.7-11.

MASUR, J. ; MONTEIRO, M.G. Validation of the "CAGE" alcoholism screening test in a Brazilian psychiatric inpatient hospital setting. **Brasilian Journal Medical and Biological Research**, Ribeirão Preto, v.16, p.215-218,1983.

MARTINEZ, J.A.B. Tabagismo. In: MION JR, D.; NOBRE, F. **Risco cardiovascular global**. São Paulo: Lemos Editorial, 1999. p.115-137.

MATARAZZO, J.D. Behavioral health and behavioral medicine: frontiers for a new health psychology. **American Psychologist**, Washington, v.35, p. 807-817, 1980. Citado por RAMOS-CERQUEIRA, A.T.A O psicólogo na área da saúde: a formação necessária. In: BANACO, R.A. (Org.). **Sobre comportamento e cognição**. São Paulo: ARB Ytes,1997. p. 532-539.

MEIRIK, O. Acute Myocardial Infarction and combined oral contraceptives: results of na international multicentre case-control study. **Lancet**, Boston, v.349, p.1202-1209, 1997.

MILANI, R.V.; LAVIE,C.J.; CASSIDY,M.M. Effects of cardiac rehabilitation and exercise training programs on depression in patients after major coronary events. **American Heart Journal**, St. Louis, v.132, n. 4, p.726-732, 1996.

Referências Bibliográficas

- NETO F., S.; LUIZ, C.C.; TADDEI, C. G. et al. Insuficiência cardíaca na mulher idosa. **Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo**, São Paulo, v.6, n.6, p.739- 743, 1996.
- OLIVEIRA, M.F.P.; ISMAEL, S. M. C. Aspectos psicológicos do paciente coronariano. In: BELLKISS, W.R.L. (Org.). **Psicologia aplicada à Cardiologia**. São Paulo: Fundo Editorial Byk, 1990. p. 86-95.
- OLIVEIRA, M.F.P. Manifestações emocionais no paciente coronariano. **Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo**, São Paulo, v.5, n.1, supl. A, p.1-4, 1995.
- O'NEIL, E.S. The symptom experience of women with chronic illness. **Journal of Advanced Nursing**, Oxford, v.33, n.2, p.257-268, 2001.
- O'NEIL, C.E.; NICKLAS, T. A.; MYERS, L. et al. Cardiovascular risk factors and behavior lifestyles of young women: Implications from findings of the Bogalusa heart study. **American Journal of the Medical Sciences**, Hagerstown, v.314, n.6, p.385-396, 1997.
- ONGARO, S. O paciente coronariano em reabilitação: uma abordagem psicossomática. **Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo**, São Paulo, v.1, n.1, p.9-16,1991.
- ONGARO, S. O doente coronariano e seus dinamismos psíquicos. In: BELLKISS, W.R.L. (Orgs). **A prática da psicologia nos hospitais**. São Paulo: Pioneira, 1994. p. 94-109.
- ORBELL, S. Informal care in social context: a social psychological analysis of participation, impact and intervention in care of the elderly. **Psychology and Health**, Bowling Green, v.11, p.155-178, 1996.

Referências Bibliográficas

- PAULHAN, I.. Les stratégies d'ajustement ou "coping". In: BRÜCHON-SCHWEITZER, M. ; DANTZER, R. **Introduction à la Psychologie de La Santé**. Paris: PUF, 1994. cap.4, p.99-103.
- PIMENTA, L.; BASSAN,R.; POTSCH, A. et al. É o sexo feminino um preditor independente de mortalidade hospitalar no infarto agudo do miocárdio? **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v.77, n.1, p.37-47, 2001.
- RAMOS-CERQUEIRA, A.T.A O psicólogo na área da saúde: a formação necessária. In: BANACO, R.A. (Org.). **Sobre comportamento e cognição**. São Paulo: ARB Ytes,1997. p. 532-539.
- RAMOS-CERQUEIRA, A.T.A. **O conceito e a metodologia de coping**: existe consenso e necessidade? In: CONGRESSO DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSICOTERAPIA E MEDICINA COMPORTAMENTAL, 8, 1999, São Paulo. (Mimeogr.).
- RAMOS-CERQUEIRA, A.T.A.; REIS, I.R.T.; MARCONDES, C. **Estudo psicossocial de pacientes com insuficiência renal**. Botucatu, 2001. (Relatório científico encaminhado à FAPESP) (mimeogr.).
- REDDY, K. S., YUSUF, S. Emerging epidemic of cardiovascular disease in developing countries. **Circulation**, Dallas, , v.97, n.6, p. 596-601,1998.
- RICH-EDWARDS, J. W.; MANSON, J. E.; HENNEKENS, C. H. et al. The primary prevention of coronary heart disease in women. **The New England Journal of Medicine**, Boston, v. 332, n.26, p. 1758-1763, 1995.

Referências Bibliográficas

- ROMANO, B. W. Atividade sexual do paciente coronariano: barreira orgânica ou psicológica? In: RAMIRES, J. A.; LAGE, H. G.; CÉSAR, L. A. M. **Doença coronária e arteriosclerose**. São Paulo: Atheneu, 1997. p. 75-80.
- ROSA, D. P.; SILVA, M. B. Variáveis associadas à ocupação em mulheres cardiopatas. **Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo**, São Paulo, v.10, n.5, supl.A, p. 11-15, 2000.
- ROZANSKI, A.; BLUMENTHAL, J. A.; J. **Impact of psychological factors on the pathogenesis of cardiovascular disease and implications for therapy**. New York: American Heart Association, 1999. p. 2197-2217.
- SARAFINO, E. P. Heart disease, stroke, cancer, and aids; causes, management, and coping. In: SARAFINO, E. P. **Health psychology: biopsychosocial interaction**. 3.ed. New York: John Wiley & Sons, 1990. p.418-451.
- SARASON, I. G.; SARASON, B. R.; SHEARIN, E. N. et al. A brief measure os social support: practical and theoretical implications. **Journal of Social and Personal Relationships**, Newbury Park, v.4, p.497-510,1987.
- SARASON, I.G.; LEVINE, H.M.; BASHAM, R.B. et al. Assessing social suport: the social suport questionnaire. **Journal of Personality and Social Psychology**, Washington, v.44, p.127-139, 1983.
- SAVOIA, M.G. **Relação entre eventos vitais adversos e mecanismos de coping no transtorno de pânico**. São Paulo, 1995. Tese (Doutorado) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo.

Referências Bibliográficas

SCHWINGL, P. J.; ORY, H.W.; VISNESS, C. M. Estimates of the risk of cardiovascular death attributable to low-dose oral contraceptives in the United States. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**, St. Louis, v.180, n.1, p. 241-249, 1999.

SCHNEIDERMAN, N.; MICHAEL, A. H.; PATRICE, S.G. et al. Health psychology: psychosocial and biobehavioral aspects of chronic disease management. **Annual Review of Psychology**, Palo Alto, v.52, p. 55-580, 2001.

SHERLOCK, S. Alcoholic liver disease. **The Lancet**, London, v.345, p.227-229, 1995.

TAYLOR, S. Heart disease, hypertension, stroke and diabetes. In TAYLOR, S. **Health psychology**. 4.ed. Los Angeles: Mc Graw Hill, 1999. p. 394-428.

TELLES, R. M. S.; RAYS, J. ; RAMIRES, J. A. F.; WAJNGARTEN, M.; SCALCO, M.; NERI A. Coronariopatia e insuficiência cardíaca. IN: JUNIOR FRÁGUAS, R. ; FIGUEIRÓ, J.A. B. (cols). **Depressões em Medicina Interna e em Outras Condições Médicas – Depressões Secundárias**, São Paulo, Rio de Janeiro e Belo Horizonte, editora Atheneu, 2001.

TSANG, T. S. M.; BARNES, M. E.; GERSH, B. J. et al. Risks of Coronary Heart Disease in Women. **Mayo Clinic Proceedings**, Rochester, v.75, n.12, p.1289-1303, 2000.

U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. **10th Special Report to the U.S. Congress on Alcohol and Health, Public Health Service, National Institute of Health (No.00-1583)**. Washington: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, 2000. 492 p.

Referências Bibliográficas

- UNESP. Laboratório de Saúde Pública. Departamento de Saúde Pública. **Listagem de Ocupações**. Botucatu: Faculdade de Medicina de Botucatu, 1999.
- ZIGMOND, A.S.; SNAITH, R.P. The hospital anxiety and depression scale. **Acta Psychiatrica Scandinavica**, Copenhagen, v.67, p.361-370,1983
- WEIDER, G.; BOUGHAL, T.; CONNOR, S.L. et al. Relationship of job strain to standard coronary risk factor and psychological characteristics in women and men of the family heart study. **Health Psychology**, Washington, v.16, p.239-247, 1997
- WEISSMAN, M. M.; BLAND, R. C.; CAMINO, G. J. et al. Cross-National epidemiology of major depression and bipolar Disorder. **Journal of the American Medical Association**, Chicago, v.276, n.4, p.293-299, 1996.
- WENGER, M. KEpidemiolgy of coronary heart disease in Women. **Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo**, São Paulo, v.6, p. 672-680, 1996.
- WILLET, W.C.; GREEN, A.; STAMPER, M.J; SPEIZER, F. E.; COLDITZ, G. A. ; ROSNER,B.; MONSON,R.R; STASON,W.; HENNEKENS,C. H. Relative and absolute excess risks of coronary heart disease among women who smoke cigarettes. **The New England Journal of Medicine**, Boston, v.317, n.21,1987.
- WILLIAMS, P. T. Relationships of heart disease risk, factors to exercise quantity and intensity. **Archives of Internal Medicine**, Chicago, v.158, p.237-245, 1998.

Referências Bibliográficas

WOLFANG R.; WALINDER, J. Introduction. In: MARTIN, D. **An Update of the gotland study**. London: Martin Dunitz, 1997. p. 1-2.