

Millenium, 2(3), 27-35.

DIFERENÇAS DE GÉNERO NUMA AMOSTRA DE PESSOAS COM DOENÇA CARDIACA
GENDER DIFFERENCES IN A SAMPLE OF PEOPLE WITH HEART DISEASE
DIFERENCIAS DE GÉNERO EN UNA MUESTRA DE PERSONAS CON ENFERMEDADES DEL CORAZÓN

Artur Jorge Pacheco¹

Cecília Maria Alves²

Célia Santos³

¹*Hospital da Senhora da Oliveira, UCI Cardiologia, Guimarães, Portugal*

²*Centro Hospitalar São João, Centro de Epidemiologia Hospitalar, Porto, Portugal*

³*Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP), Porto, Portugal*

Artur Jorge Pacheco - rutpacheco@gmail.com | Cecília Maria Alves - cecilia.m.alves@gmail.com | Célia Santos - celiasantos@esenf.pt

Autor Correspondente

Artur Jorge Câmara Pacheco

R Manuel da Cunha Moreira, 151, 5º Frente, Oliveira do Douro,

4430-702 Vila Nova de Gaia, Portugal

rutpacheco@gmail.com

RECEBIDO: 25 de fevereiro de 2017

ACEITE: 06 de abril de 2017

RESUMO

Introdução: Não sendo as doenças cardiovasculares exclusivas do homem nem da mulher, importa conhecer que diferenças existem entre os géneros, uma vez que é um facto que as características físicas e psicossociais que os distinguem, podem influenciar os vários domínios da sua saúde, nomeadamente a saúde cardiovascular.

Objetivos: Identificar diferenças de género numa amostra de pessoas com doença cardíaca.

Métodos: Estudo quantitativo, transversal, que utiliza a análise descritiva e multivariada de dados com recurso à regressão logística n=160.

Resultados: Os dados indicaram que comparativamente com os homens, as mulheres são mais ansiosas ($OR = 2.78$; $p = 0.018$), têm baixo controlo percebido ($OR = 3.06$; $p = 0.008$), não fumam ($OR = 4.41$; $p = 0.028$) e não ingerem bebidas alcoólicas ($OR = 5.67$; $p = 0.000$).

Conclusões: Os enfermeiros devem consciencializar-se de que as diferenças de género entre o homem e a mulher os fazem diferir no seu risco cardiovascular. Por tal, devem estar sensibilizados para a necessidade de identificar os fatores que o podem influenciar e definir e implementar intervenções capazes de reduzir esse risco para cada género.

Palavras-chave: Género e Saúde; Doenças Cardiovasculares; Fatores de Risco

ABSTRACT

Introduction: Cardiovascular diseases are not unique to either men or women, so that it is important to know what differences exist between the sexes, since it is a fact that the physical and psychosocial problems that distinguish them can influence the various areas of their health, particularly cardiovascular health.

Objectives: To identify gender differences in a sample of people with heart disease n=160.

Methods: A quantitative, cross-sectional study with descriptive and multivariate data analysis using logistic regression.

Results: The data indicated that women are more anxious ($OR = 2.78$; $p = 0.018$), have low perceived control ($OR = 3.06$; $p = 0.008$), do not smoke ($OR = 4.41$; $p = 0.028$) and do not drink alcoholic beverages ($OR = 5.67$; $p = 0.000$).

Conclusions: Nurses should be aware that gender differences between men and women make mean they differ in terms of cardiovascular risk. For this reason, they should be aware of the need to identify the factors that can influence the risk and define and implement interventions that reduce this risk for each gender.

Keywords: Gender and Health; Cardiovascular diseases; Risk Factors

RESUMEN

Introducción: No siendo las enfermedades cardiovasculares exclusivo del hombre o de la mujer, es importante saber cuáles son las diferencias que existen entre los sexos, ya que es un hecho que los problemas físicos y psicossociales que les distinguen, pueden influir en los diversos ámbitos de la salud, especialmente la salud cardiovascular.

Objetivos: Identificar las diferencias de género en una muestra de personas con enfermedades del corazón n=160.

Métodos: Estudio cuantitativo, transversal, que utiliza el análisis descriptivo y multivariante de datos con la función de regresión logística.

Resultados: Los datos indican que, en comparación con los hombres, las mujeres son más ansiosas ($OR = 2.78$; $p = 0.018$), tienen bajo control percibido ($OR = 3.06$; $p = 0.008$), no fume ($OR = 4.41$; $p = 0.028$) y no ingerir bebidas alcohólicas ($OR = 5.67$; $p = 0.000$).

Conclusiones: Las enfermeras deben ser conscientes de que las diferencias de género entre hombres y mujeres hacen diferir en su riesgo cardiovascular. Por esto, deben ser conscientes de la necesidad de identificar los factores que pueden influir y definir e implementar intervenciones que pueden reducir el riesgo de cada género.

Palabras Clave: Género y Salud; Enfermedades Cardiovasculares; Factores de Riesgo

INTRODUÇÃO

Apesar de vulgarmente os conceitos de género e sexo serem entendidos como análogos, por serem conceitos relacionados entre si, na verdade estes são diferentes. Falar de diferenças de sexo e de género, em termos conceituais, é falar de características definidoras diferentes. Mas enquanto o conceito sexo se refere a características biológicas/genéticas, o conceito género agrega para além destas, outras características, nomeadamente como comportamentos, expectativas e os papéis assumidos socialmente, influenciando o modo como cada um se percebe a si e aos outros. Deste modo, constata-se que o

género é um conceito mais amplo e complexo, envolvendo não apenas as questões biológicas/genéticas, mas também as diferenças psicossociais entre o homem e a mulher.

A importância de compreender como é que as características específicas dos géneros influenciam a saúde de cada indivíduo, nomeadamente no que respeita à identificação de fatores de risco para a doença cardiovascular (DCV), torna-se relevante na prevenção destas doenças, principalmente quando existem disparidades entre si (Shah, Palaskas, & Ahmed, 2016).

O presente estudo tem como objetivo, identificar diferenças de género numa população de indivíduos com doença cardíaca, a partir de uma análise de dados colhidos por Pacheco em 2011.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

A doença cardiovascular (DCV) é a principal causa de mortalidade no mundo, morrendo atualmente mais pessoas com uma doença deste tipo do que com qualquer outra. Estatisticamente, estima-se que 17,5 milhões de pessoas morreram de DCV em 2012, representando 31% de todas as mortes a nível global. Desta, estima-se que 7,4 milhões são atribuídas à doença coronária (DC) e 6,7 milhões ao acidente vascular cerebral (AVC). De entre a totalidade de mortes por DCV a nível mundial, cerca de 75% ocorreram nos países de baixo ou médio rendimento (OMS, 2016).

A DCV, maior e principal causa de morte e também maior causa de morbilidade é, de acordo com o relatório do *the Global Burden of Disease* em 2004, responsável por 32% das mortes na mulher e por 27% no homem (Vaccarino *et al.*, 2011).

Na Europa anualmente, de acordo com a *European Society of Cardiology* (ESC), a DCV representa 45% (mais de 4 milhões) de todas as mortes. Em termos de género representa 49% de todas as mortes em mulheres (2,2 milhões) e 40% de todas as mortes em homens (1,8 milhões). Destaca-se ainda que, na Europa, a forma mais comum de mortalidade por DCV é a DC (20%), seguida da doença cerebrovascular (11%). Todavia, as diferenças de género não se evidenciam a partir da mortalidade causada por DC (uma vez que a percentagem que afeta homens e mulheres é semelhante (19% vs 20%), mas sim a partir da mortalidade causada pela doença cerebrovascular e outras doenças cardiovasculares, as quais têm maiores prevalências nas mulheres, com percentagens de 14% e 15%, respetivamente, para 9% e 12%, por parte dos homens (Townsend *et al.*, 2016).

Um estudo realizado por Pereira *et al.* (2013) revela que, apesar das taxas de mortalidade por DC serem diferentes entre diversos países, desde os anos 80 tem-se verificado um declínio nesta taxa, principalmente na percentagem de mulheres que morre com esta doença, acentuando-se esta tendência a partir dos anos 90.

Em Portugal, apesar da DC ser atualmente a segunda causa mais comum de morte, nas últimas décadas tem vindo a constatar-se uma alteração na distribuição de diferentes fatores de risco, verificando-se a partir dos anos 70 um declínio das taxas de hipertensão arterial (HTA), diminuição do tabagismo no homem e aumento na mulher, e ainda o aumento da obesidade entre as idades mais jovens. A par destes factos, também a melhoria na gestão da DC, devido principalmente à maior disponibilidade de tratamentos e ao aparecimento e desenvolvimento da cardiologia de intervenção, tem vindo a favorecer a diminuição da mortalidade por esta doença (Pereira *et al.*, 2013).

Vários estudos têm demonstrado que a mulher tem sido alvo, de modo subotimizado, de cuidados preventivos em relação à DCV, o que pode contribuir para piores resultados em saúde quando comparada com o homem. Na base dessa evidência, poderá estar o facto da maior parte dos estudos, a partir dos quais emergem as *guidelines* para a prevenção e tratamento da DCV, integrarem um número de homens superior ao de mulheres, pelo que não considerando as especificidades de género pode incorrer-se numa prevenção em tempo e modo desajustada para o género feminino. Verifica-se ainda que, apesar de atualmente a inclusão de um maior número de mulheres em estudos randomizados ser uma realidade crescente, a sua percentagem é ainda baixa quando comparada com a percentagem de homens, pelo que continua a existir uma tendência para extrapolar para o género feminino, conclusões retiradas de amostras maioritariamente masculinas (Hamill & Ingram, 2015; Shah, Palaskas, & Ahmed, 2016).

Algumas organizações científicas mundiais têm feito um esforço em olhar o homem e a mulher de forma diferente, defendendo cuidados particulares para cada um dos géneros, dado que ambos possuem características do âmbito fisiológico, clínico e psicossocial com impacto diferenciado na saúde de cada um. Tendo em consideração tais factos, a *American Heart Association* (AHA), tem vindo desde 2004 a emanar recomendações específicas relativamente à saúde cardiovascular da mulher (Mosca *et al.*, 2011; McSweeney *et al.*, 2016).

Por fim, importa destacar que a maioria das DCV podem ser prevenidas, através de uma gestão e abordagem efetiva dos fatores de risco comportamentais, destacando-se o tabagismo, a alimentação, a obesidade, a atividade física e a ingestão alcoólica. Por tal, torna-se premente a identificação precoce das pessoas com DCV ou com alto risco cardiovascular (presença de um ou mais fatores como HTA, diabetes, dislipidémia ou com DCV diagnosticada), bem como a sua

sinalização para uma adequada gestão da saúde através do uso de aconselhamento e terapêutica apropriada (OMS, 2016).

2. MÉTODOS

Estudo quantitativo e transversal, realizado em três hospitais do norte de Portugal. Foi realizada uma comparação entre géneros a partir de uma amostra de indivíduos com doença cardíaca, internados em serviços de cardiologia (enfermaria e unidade de cuidados intensivos).

2.1 Amostra

A técnica de seleção da amostra foi não probabilística e intencional. Foi constituída por 104 homens (65%) e 56 mulheres (35%), num total de 160 indivíduos com doença cardíaca. Com uma média de idades de 62 anos, com um nível de escolaridade de 5 anos, 81.3% da amostra era casada, 70% não trabalhava e 50% já tinha problemas cardíacos anteriormente. O principal diagnóstico de internamento foi, para 58.8% da amostra, o Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM), para 16.9% a Insuficiência Cardíaca Congestiva (ICC) e para 13.8% a Angina Instável (AI). Os tratamentos mais realizados foram: o tratamento médico (41.3%), seguido da angioplastia (40.6%) Relativamente aos fatores de risco identificados, emergiram a partir da recolha de dados: a dislipidémia (75%), a HTA (69.5%), a diabetes (34.4%) e o tabagismo (21.3%), com cerca de 20 cigarros/dia, a falta de exercício físico (55%), a ingestão de bebidas alcoólicas (44.4%) e a falta de cuidados com a alimentação (41.9%).

Quanto às variáveis psicossociais, verificou-se que 33.8% da amostra apresentava sintomatologia depressiva, 55.6% sintomatologia ansiosa e 57.5% evidenciava baixo controlo percebido.

2.2 Instrumentos de colheitas de dados e procedimentos

A recolha de dados obedeceu a todos os procedimentos éticos subjacentes a um estudo desta natureza. Para a sua consecução foram solicitadas as autorizações às comissões de ética das instituições onde se procedeu à colheita de dados. Aos participantes foi explicado o objetivo e dada informação acerca do estudo, foi garantida a confidencialidade dos seus dados, bem como pedido o seu consentimento para a aplicação do instrumento.

Os dados foram colhidos a partir da aplicação de um formulário, que integrava duas partes, a primeira referente a dados sociodemográficos e clínicos, e a segunda constituída por dois instrumentos: um que avaliava a ansiedade e a depressão através da aplicação da Versão Portuguesa da *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS), e outro que avaliava o controlo percebido a partir da Versão portuguesa da *Control Attitudes Scale Revised* (CAS-R).

A HADS é um instrumento constituído por duas subescalas, cada uma com sete itens, em que uma avalia a ansiedade (HADS-A) e a outra a depressão (HADS-D), as quais são pontuadas separadamente numa escala de *Likert* que varia entre zero e três. Em cada uma das subescalas um *score* inferior a 8 é indicativo de um estado psicológico normal, um *score* entre 8 a 10 é sugestivo da presença de ansiedade e/ ou depressão e um *score* superior a 10 é sugestivo de presença severa destes distúrbios psicológicos. Aquando da sua validação em Portugal, este instrumento obteve uma boa consistência Interna (Pais-Ribeiro *et al.*, 2007). Neste estudo, obteve-se valores de *Alfa de Cronbach* de 0,74 e 0,71, respetivamente nas duas subescalas (ansiedade e depressão).

A CAS-R, instrumento que avalia o grau de perceção de controlo percebido que os indivíduos com doença cardíaca têm sobre a doença, é constituída por oito itens, com uma escala de resposta do tipo *Likert* com cinco pontos. O seu *score* varia entre 8 e 40 pontos, sendo que, quanto mais alto for este valor melhor será o controlo percebido (Moser *et al.*, 2009). Este instrumento foi validado para o contexto português de Portugal, com características psicométricas aceitáveis (Pacheco & Santos, 2014). Uma vez que não existe um ponto de corte definido, como forma de identificar os indivíduos com baixo e alto controlo percebido (Mckinley *et al.*, 2012), utilizamos a mediana de 29 obtida no presente estudo, como ponto de corte para a classificação do nível de controlo percebido em baixo (< 29) e alto (≥ 29). Na amostra deste estudo foi obtido um *Alfa de Cronbach* de 0.65.

2.3 Análise e tratamento dos dados

A análise estatística foi realizada através do *Software Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), versão 19. A amostra foi dividida em dois grupos (homens e mulheres).

A apresentação dos dados foi realizada através da estatística descritiva com recurso a médias (M), desvio Padrão (DP), frequências (freq) e percentagens (%), quando necessário. Como forma de comparar os homens e as mulheres, no caso das variáveis contínuas, foi utilizado o teste *t de Student* (teste t) para amostras não emparelhadas, e para as variáveis categóricas foi utilizada a comparação por proporções através do teste qui-quadrado (χ^2).

Como forma de identificar as diferenças ente os homens e as mulheres, foi utilizada a regressão logística, pelo método *Stepwise Backward likelihood ratio*, tendo entrado no modelo as variáveis que se mostraram estatisticamente significativas ao nível 5%. A interpretação estatística dos testes foi realizada, utilizando o nível de significância de 5% com intervalo de confiança de 95%.

3 RESULTADOS

Análise Univariada

As variáveis sociodemográficas e clínicas, foram comparadas tendo em conta o género (Tabela 1). Não foram encontradas diferenças relativamente aos dias de internamento, ao número de cigarros consumidos por dia, à situação laboral, à religião, à coabitação, ao diagnóstico de internamento, aos tratamentos efetuados, aos internamentos anteriores, aos problemas cardíacos anteriores, à dislipidémia, à HTA, à diabetes e aos cuidados com a alimentação. Verificou-se, no entanto que, relativamente aos homens, as mulheres da nossa amostra são: mais velhas ($p < 0.05$), têm menor escolaridade ($p < 0.05$), pertencem menos ao grupo dos casados ($p < 0.05$), não possuem hábitos tabágicos ($p < 0.01$), não ingerem bebidas alcoólicas ($p < 0.0001$) e não fazem exercício físico ($p < 0.05$).

Tabela 1: Análise univariada, tendo em conta as características sociodemográficas e clínicas

Variável	Homens (n = 104)	Mulheres (n = 56)	P
Idade (M ± DP)	60.69 ± 11.11	64.91 ± 12.61	0.031*
Anos escolaridade (M ± DP)	6.04 ± 3.67	4.63 ± 3.69	0.022*
Dias internamento (M ± DP)	4.42 ± 3.64	4.34 ± 3.55	0.889
Cigarros/dia (M ± DP)	19.53 ± 9.91	19.25 ± 7.89	0.957
Estado Civil (casado) (%)	86.50	71.40	0.020*
Situação laboral (Não trabalha) (%)	65.40	78.60	0.083
Tem Religião (%)	93.30	98.20	0.162
Coabitação (Sim) (%)	91.30	87.50	0.439
Diagnóstico Internamento (%)			0.219
EAM	60.60	55.40	
AI	16.30	8.90	
ICC	15.40	19.60	
Outros	7.70	16.10	
Tratamento (%)			0.067
Médico	34.60	53.60	
Angioplastia	45.20	32.10	
Cirúrgico	20.20	14.30	
Internamentos anteriores (%)	41.30	35.70	0.487
Problemas cardíacos anteriores (%)	49.0	51.80	0.740
Dislipidémia (%)	75.00	75.00	1.00
Hipertensão Arterial- HTA (%)	71.20	66.10	0.506
Diabetes (%)	31.70	39.30	0.337
Sem hábitos Tabágicos (%)	71.20	92.90	0.001**
Não Ingestão bebidas alcoólicas (%)	41.30	82.10	0.000***
Não fazem Exercício Físico (%)	49.00	66.10	0.039*
Sem Cuidados com Alimentação (%)	45.20	35.70	0.246

AI: Angina Instável; EAM: Enfarte Agudo Miocárdio; ICC: Insuficiência Cardíaca Congestiva; M: Média; DP: Desvio Padrão

* $p < 0.05$; ** $p < 0.01$; *** $p < 0.0001$

Relativamente às medidas psicossociais avaliadas (Tabela 2), a mulher apresentou um *score* da HADS- A superior ao homem ($p < 0.05$), corroborado pela maior proporção destas a excederem o ponto de corte para a ansiedade (66.1% vs 50%). Esta tendência refletiu-se também com a HADS-D, apresentando a mulher um *score* superior ao encontrado no homem ($p < 0.0001$), observado pela maior percentagem destas que ultrapassaram o ponto de corte para a depressão (46.4% vs 26.9%). Relativamente à avaliação do controlo percebido, pela aplicação da CAS-R, verificou-se que a mulher apresentava um *score* inferior ao do homem ($p < 0.0001$), indicando que estas tinham menos perceção de controlo sobre a doença. Isto foi corroborado quando aplicado à escala um ponto de corte para baixo controlo percebido (CAS-R <29) e se verificou uma maior proporção de mulheres no grupo que possuía baixo controlo percebido (76.8%), quando comparada com os homens (47.1%).

Tabela 2: Análise univariada, tendo em conta as variáveis psicossociais

Variável	Homens (n = 104)	Mulheres (n = 56)	p
Ansiedade			
HADS-A (M ± DP)	7.89 ± 3.87	9.33 ± 3.81	0.025*
HADS-A ≥8 (%)	50.00	66.10	0.048*
Depressão			
HADS-D (M ± DP)	5.32 ± 3.16	7.46 ± 3.44	0.000**
HADS-D ≥8 (%)	26.90	46.40	0.013*
Controlo Percebido			
CAS-R (M ± DP)	28.6 ± 3.66	25.7 ± 3.82	0.000**
CAS-R <29 (%)	47.10	76.80	0.000**

HADS-A: Hospital Anxiety and Depression Scale- Anxiety; HADS-D: Hospital Anxiety and Depression Scale- Depression; CAS-R: Control Attitudes Scale – Revised; M: Média; DP: Desvio Padrão

* p < 0.05; ** p < 0.0001

Análise multivariada

Após o controlo das variáveis correlacionadas com o género na análise univariada, através da regressão logística multivariada, com o objetivo de identificar as variáveis relacionadas com a mulher, o modelo de regressão (*Nagelkerke R² = 0.39*), apenas selecionou algumas (Tabela 3). Mostraram-se significativas: o não consumo de tabaco (*p < 0.05*), a não ingestão bebidas alcoólicas (*p < 0.0001*), a presença de ansiedade (*p < 0.05*) e o baixo controlo percebido (*p < 0.01*) e não significativas: o estado civil (*p = 0.064*) e a não realização de exercício físico (*p = 0.098*). Conclui-se assim que as mulheres relativamente aos homens, são mais ansiosas, têm baixo controlo percebido, não são fumadoras e não ingerem bebidas alcoólicas. Por outro lado têm menos tendência a pertencer ao grupo dos casados e maior tendência para não fazer exercício físico.

Tabela 3: Resumo do modelo de análise multivariada das variáveis independentes correlacionadas com o género, através de regressão logística

Variáveis	B	SE	Wald Chi-square	df	Odds Ratio (OR)	95% CI	p
Estado Civil (Casado)	- 0.995	0.537	3.430	1	0.370	0.129 1.060	0.064
Tabagismo (Não fumador)	1.486	0.674	4.853	1	4.417	1.178 16.564	0.028*
Não ingestão Bebidas Alcoólicas	1.736	0.455	14.545	1	5.673	2.325 13.844	0.000***
Exercício Físico (Não faz)	0.697	0.422	2.730	1	2.008	0.878 4.591	0.098
Ansiedade presente	1.026	0.433	5.610	1	2.789	1.194 6.517	0.018*
Baixo controlo Percebido	1.121	0.425	6.958	1	3.068	1.334 7.056	0.008**

CI: Intervalo de confiança; SE: Erro Padrão df: graus de liberdade

Género feminino codificado como 1

* p < 0.05; ** p < 0.01; *** p < 0.0001

4 DISCUSSÃO

A partir dos resultados obtidos constata-se que as mulheres, quando comparadas com os homens, são mais ansiosas, têm baixo controlo percebido, não são fumadoras e não ingerem bebidas alcoólicas. Os dados revelaram ainda, embora sem significado estatístico, que estas têm menos tendência a pertencer ao grupo dos casados e maior tendência para não fazer exercício físico. Relativamente a outros fatores de risco tradicionais da DCV, como a HTA, a dislipidémia e a diabetes não foram encontradas diferenças entre os géneros.

A bibliografia consultada indica que as características físicas e psicossociais que distinguem homens e mulheres, podem influenciar os vários domínios da sua saúde, nomeadamente na saúde cardiovascular (OMS, 2016; Shah, Palaskas, & Ahmed, 2016). Como resultado, existe atualmente uma crescente tendência em emanar recomendações específicas para cada género, como forma de ir ao encontro das suas características individuais/específicas (Mosca *et al.*, 2011; McSweeney *et al.*, 2016).

O stress psicossocial tem sido identificado como tendo uma influência negativa na DCV, tanto no homem como na mulher, contribuindo para o seu aparecimento, a sua exacerbação, a sua progressão e o aumento do seu risco (Moser *et al.*, 2009; Olafiranye *et al.*, 2011; Mckinley *et al.*, 2012; McSweeney *et al.*, 2016). De facto, atualmente estas variáveis possuem um peso tão grande ou maior na saúde cardiovascular dos indivíduos, quanto os fatores de risco tradicionais e/ou a presença de comorbilidades (Moser *et al.*, 2009; Olafiranye *et al.*, 2011).

Importa destacar que os estados emocionais negativos, para além de frequentes em indivíduos com DCV, afetam negativamente a sua qualidade de vida, a adesão aos tratamentos recomendados, os custos com os cuidados, bem como a recuperação da doença, associando-se a uma grande cormobilidade e mortalidade. A sua presença é ainda promotora da exacerbação dos fatores de risco tradicionais e da adoção de comportamentos menos saudáveis (Olafiranye *et al.*, 2011; PerK *et al.*, 2012; Pajak *et al.*, 2013).

De entre os fatores de risco psicossociais mais estudados encontra-se a depressão, cuja evidência confirma como sendo um fator favorecedor do aumento do risco cardiovascular. Também a ansiedade, apesar de menos investigada e de forma mais controversa, de acordo com diversos estudos, tem um impacto negativo na saúde cardiovascular (Moser *et al.*, 2009; Mckinley *et al.*, 2012; McSweeney *et al.*, 2016).

Estudos diversos têm vindo a indicar que tanto a ansiedade como a depressão, condições consideradas atualmente um problema de saúde pública, são mais comuns e predominantes na mulher, persistindo mais nesta do que no homem (Doering *et al.*, 2011; Pajak *et al.*, 2013; Prata, Martins, Ramos, Rocha-Gonçalves, & Coelho, 2016). Tal facto corrobora os nossos resultados, uma vez que estes indicaram percentagens de ansiedade e de depressão nas mulheres da nossa amostra (66.1% vs 46.4%) superiores aos dos homens (50% vs 26.9%). Importa refletir sobre estes resultados, uma vez que a evidência sugere que o tratamento de fatores psicossociais negativos, como a ansiedade e a depressão, ajudam na recuperação dos indivíduos com DCV, diminuindo o número de eventos e melhorando a sua qualidade de vida (Olafiranye *et al.*, 2011; PerK *et al.*, 2012; Pajak *et al.*, 2013; McSweeney *et al.*, 2016).

No que respeita ao estado civil, constatou-se a partir da análise multivariada do nosso estudo, não ser estatisticamente significativa, porém foi demonstrada uma tendência para as mulheres pertencerem menos ao grupo dos casados. Relativamente a este dado, a investigação tem demonstrado que os indivíduos não casados, quando comparados com os que o são, possuem menos recursos, menos suporte social, menos controlo social, mais comportamentos de risco e piores resultados em saúde (Dupre & Nelson, 2016). O estudo desta variável em indivíduos com DCV, nomeadamente na síndrome coronária aguda (Jiang *et al.*, 2013; Kilpi, Konttinen, Silventoinen, & Martikainen, 2015; Dupre & Nelson, 2016), revela que os indivíduos não casados são mais suscetíveis de sofrer eventos cardíacos e estão associados a maior mortalidade. Contudo, observando as diferenças de género, verifica-se que as mulheres têm sempre maior risco de sofrer eventos cardíacos do que o homem, qualquer que seja o seu estado civil (Jiang *et al.*, 2013).

Outro fator de ordem psicossocial, que mais recentemente tem vindo a ser estudado é o controlo percebido. No presente estudo verifica-se uma baixa perceção de controlo da saúde (baixo controlo percebido) por parte das mulheres, resultado corroborado por Doering *et al.* (2011) no seu estudo.

A evidência tem vindo a revelar que um baixo controlo percebido tem um impacto negativo na saúde cardiovascular, sendo promotor de estados emocionais negativos (ansiedade e depressão) considerados impulsionadores de problemas cardiovasculares (Moser *et al.*, 2009; Doering *et al.*, 2011; Mckinley *et al.*, 2012; Pacheco & Santos, 2014, 2015).

Observando os resultados obtidos com o presente estudo, verifica-se que quando comparadas com os homens, as mulheres são não fumadoras. Tal não foi para nós uma surpresa, já que globalmente a prevalência do tabagismo é sensivelmente cinco vezes maior no homem do que na mulher (48% vs 10%) (Appelman *et al.*, 2015). Porém, importa aqui referir que a evidência sugere que as mulheres com hábitos tabágicos têm mais 25% de risco de desenvolverem uma DCV, relativamente aos homens que fumam, independentemente da intensidade do consumo ou de outros fatores de risco cardiovascular (McSweeney *et al.*, 2016). Estudos diversos demonstram também que a cessação tabágica em ambos os géneros tem benefícios similares na redução do risco de DCV (PerK *et al.*, 2012; Appelman *et al.*, 2015; McSweeney *et al.*, 2016).

Relativamente aos resultados que revelam uma alta taxa de sedentarismo entre as mulheres (66.1%), podemos verificar que são suportados pela investigação de Prata *et al.* (2016), a qual revela que menores níveis de educação ou ocupação se associam a menores níveis de exercício entre as mulheres. Também Kotseva *et al.* (2016), concluíram que cerca de 60% da sua amostra realizava pouco ou nenhum exercício físico e que a percentagem de mulheres que referia fazer exercício físico, comparativamente ao homem, era menor (30.8 vs 43%).

Constata-se também que maiores níveis de fatores emocionais negativos, nomeadamente a ansiedade e a depressão, evidenciados nas mulheres que constituem a amostra, associam-se a menores níveis de atividade física entre as mulheres. Este facto é corroborado pelos trabalhos de Mosca *et al.* (2011) e McSweeney *et al.* (2016).

Por fim, emerge ainda como resultado do presente estudo, uma clara tendência para que a mulher, quando comparada com o homem, não consuma álcool. Também este resultado não constituiu para nós espanto, pois a evidência tem vindo a demonstrar que a ingestão de álcool é mais frequente no género masculino (Prata *et al.*, 2016). A ESC, através das suas *guidelines*, refere que a ingestão moderada de bebidas alcoólicas (uma ou duas unidades por dia), diminuiu o risco de DCV relativamente aos não consumidores. No entanto, alerta que esta situação não está bem esclarecida já que existe investigação, que lança a dúvida, sugerindo que qualquer consumo desta substância está associada à elevação da pressão arterial e do índice de massa corporal. Em termos de género, a mortalidade por doença cardíaca isquémica, em relação ao homem, é o dobro nas mulheres que ingerem álcool em excesso (Piepoli *et al.*, 2016).

CONCLUSÕES

A evidência tem demonstrado que o género feminino apresenta, relativamente ao género masculino, um risco acrescido de DCV, quando consideradas algumas das suas características biológicas e psicossociais.

O nosso estudo permitiu identificar alguns fatores de risco mais prevalentes nas mulheres do que nos homens. Os resultados ressaltaram ainda a necessidade das pessoas com doença cardíaca melhorarem o seu conhecimento relativamente ao risco cardiovascular com vista a uma prevenção e tratamento efetivos.

Em suma, os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, devem estar conscientes de que existem, entre o homem e a mulher, diferenças que os distinguem relativamente ao risco cardiovascular, tornando-os mais vulneráveis ao aparecimento de DCV. Por tal, estes profissionais devem estar sensibilizados para a necessidade de realizar uma recolha sistemática dos fatores que podem influenciar o risco cardiovascular, definindo e implementando intervenções que vão de encontro às recomendações emanadas para a redução desse risco em cada género. Importa também que, uma vez que os fatores de sofrimento psicossocial são muito frequentes em pessoas com estas doenças, nomeadamente na mulher, se desenvolvam intervenções capazes de aumentar o controlo percebido, como forma de diminuir o *stress* psicossocial, evitando a exacerbação do risco e da doença nos indivíduos, e assim aumentar a sua adesão aos tratamentos e a comportamentos saudáveis.

AGRADECIMENTOS

Os autores agradecem a todas as pessoas e instituições que tornaram possível a realização deste estudo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Appelman, Y., Rijn, B. B. V., Haaf M. E. T., Boersma, E., & Peters, S. A. E. (2015). Sex differences in cardiovascular risk factors and disease prevention. *Atherosclerosis*, 241(1), 211-218. Available at: <http://dx.doi.org/10.1016/j.atherosclerosis.2015.01.027>
- Doering, L. V., Mckinley, S., Riegel, B., Moser, D. K., Meischke, H., Pelter, M. M., & Dracup, K. (2011). Gender-Specific Characteristics of Individuals with depressive symptoms and coronary heart disease. *Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care*, 40 (3), e4-e14. doi: 10.1016/j.hrtlng.2010.04.002
- Dupre, M. E., & Nelson A. (2016). Marital history and survival after a heart attack. *Social Science & Medicine*, 170,114-123. Available at: <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2016.10.013>
- Hamill, S., & Ingram, N. (2015). Gender disparities: assessment and treatment of coronary heart disease. *British Journal of Cardiac Nursing*, 10(10), 494-502. Available at: <http://dx.doi.org/10.12968/bjca.2015.10.10.494>
- Jiang, W., Samad, Z., Boyle, S., Becker, R. C., Williams, R., Kuhn, C. ... Velazquez, E. J. (2013). Prevalence and clinical characteristics of mental stress-induced myocardial ischemia in patients with coronary heart disease. *Journal of the American College of Cardiology*, 61(7), 714-722. Available at: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jacc.2012.11.037>
- Kilpi, F., Konttinen, H., Silventoinen, K., & Martikainen, P. (2015). Living arrangements as determinants of myocardial infarction incidence and survival: a prospective register study of over 300,000 Finnish men and women. *Social Science & Medicine*, 133: 93 - 100. Available at: <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.03.054>
- Kotseva, K., Wood, D., De Bacquer, D., De Backer, G., Rydén, L., Jennings, C. ... Cifková, R. (2016). EUROASPIRE IV: A european society of cardiology survey on the lifestyle risk factor and therapeutic management of coronary patients from 24 European countries. *European Journal of Preventive Cardiology*, 23(6), 636-648. Available at: <https://doi.org/10.1177/2047487315569401>
- Mckinley, S., Fien, M., Riegel, B., Meischke, H., Aburuz, M. E., Lennie, T. A., Moser, D. K. (2012) Complications after acute coronary syndrome are reduced by perceived control of cardiac illness. *Journal of Advanced Nursing*, 68(10), 2320 - 2330. doi: 10.1111/j.1365-2648.2011.05933.x
- McSweeney, J. C., Rosenfeld, A. G., Abel, W. M., Braun, L. T., Burke, L. E., Daugherty, S. L. ... Reckelhoff, J. F. (2016). Preventing and experiencing ischemic heart disease as a woman: state of the science: A scientific statement from the American Heart Association. *Circulation*, 133(13), 1302-1331. Available at: <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000381>
- Mosca, L., Benjamin, E. J., Berra, K., Bezanson, J. L., Dolor, R. J., Lloyd-Jones, D. M. ... Wenger N. K. (2011). Effectiveness-Based guidelines for the prevention of cardiovascular disease in women--2011 update: A guideline from the American Heart Association. *Journal of the American College of Cardiology*, 57(12), 1404-23. Available at: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jacc.2011.02.005>
- Moser, D. K., Riegel, B., McKinley, S., Doering, L. V., Meischke, H., Heo, S. ... Dracup, K. (2009). The Control Attitudes Scale- Revised: psychometric evaluation in three groups of patients with cardiac illness. *Nursing Research*, 58(1), 42-51. doi: 10.1097/NNR.0b013e3181900ca0
- Olaifiranye, O., Jean-Louis, G., Zizi, F., Nunes, J., & Vincent, M. (2011). Anxiety and cardiovascular risk: Review of epidemiological and clinical evidence. *Mind & Brain : the Journal of Psychiatry*, 2(1), 32-37. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3150179/>
- World Health Organization. (2016). *Cardiovascular Diseases (CVDs)*. Geneve: WHO. Available at: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/en/>

- Pacheco, A. J. C. (2011). *Tradução adaptação à cultura portuguesa e validação da Control Attitudes Scale - Revised (CAS-R) em pessoas com doença cardíaca*. (Dissertação de mestrado não publicada) Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Portugal
- Pacheco, A. J. C., & Santos, C. (2015). Depressão em pessoas com doença cardíaca: Relação com a ansiedade e o controlo percebido. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 14, 64-71. Available at: <http://dx.doi.org/10.19131/rpesm.0107>
- Pacheco, A. J. C., & Santos, C. S. V. B. (2014). Tradução, adaptação cultural e validação para português da Control Attitudes Scale-Revised (CAS-R) em pessoas com doença cardíaca. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(1), 93 -101. Available at: <http://dx.doi.org/10.12707/RIII1311>
- Pais-Ribeiro, J., Silva, I., Ferreira, T., Martins, A., Meneses, R., & Baltar M. (2007). Validation study of a Portuguese Version of the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Psychology, Health & Medicine*, 12(2), 225-237. Available at: <http://dx.doi.org/10.1080/13548500500524088>
- Pajak, A., Jankowski, P., Kotseva, K., Heidrich, J., De Smedt, D., De Bacquer, D. (2013). Depression anxiety and risk factor control in patients after hospitalization for coronary heart disease: The EUROASPIRE III Study. *European Journal of Preventive Cardiology*, 20(2), 331-340. Available at: <https://doi.org/10.1177/2047487312441724>
- Pereira, M., Azevedo, A., Lunet, N., Carreira, H., O'Flaherty, M., Capewell, S., & Bennet, K. (2013). Explaining the decline in coronary heart disease mortality in Portugal between 1995 and 2008. *Circulation: cardiovascular Quality and Outcomes*, 6, 634-642. Available at: <https://doi.org/10.1161/circoutcomes.113.000264>
- Perk, J., De Backer, G., Gohlke, H., Graham, I., Reiner, Ž., Verschuren, M. ... Deaton, C. (2012). European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (version 2012). *European Heart Journal*, 33(13), 1635-1701. Available at: <http://dx.doi.org/10.1093/eurheartj/ehs092>
- Piepoli, M. F., Hoes, A. W., Agewall, S., Albus, C., Brotons, C., Catapano, A. L. ... Verschuren, W. M. M. (2016). 2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. *European Journal of Preventive Cardiology*, 23 (11), NP1-NP96. Available at: <https://doi.org/10.1177/2047487316653709>
- Prata, J., Martins, A. Q., Ramos, S., Rocha-Gonçalves, F., & Coelho, R. (2016). Gender differences in quality of life perception and cardiovascular risk in a community sample. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 35(3), 153-160. Available at: <http://dx.doi.org/10.1016/j.repc.2015.09.022>
- Shah, T., Palaskas, N., & Ahmed, A. (2016). An update on gender disparities in coronary heart disease care. *Current Atherosclerosis Reports*, 18(5), 1-8. doi: 10.1007/s11883-016-0574-5
- Townsend, N., Wilson, L., Bhatnagar, P., Wickramasinghe, K., Rayner, M., & Nichols, M. (2016). Cardiovascular disease in Europe: Epidemiological update 2016. *European Heart Journal*, 37(42), 3232-3245. Available at: <http://dx.doi.org/10.1093/eurheartj/ehw334>
- Vaccarino, V., Badimon, L., Corti, R., Wit, C., Dorobantu, M., Hall, A. ... Bugiardini, R. (2011). Ischaemic heart disease in women: are there sex differences in pathophysiology and risk factors. *Cardiovascular Research*, 90, 9-17. doi: 10.1093/cvr/cvq394