



Fundación
MAPFRE



***Saúde Cardiovascular da
Mulher Brasileira***

Saúde Cardiovascular da Mulher Brasileira

A Fundación MAPFRE e a SOCIEDADE DE CARDIOLOGIA DO ESTADO DE SÃO PAULO são os responsáveis pelo conteúdo desta obra, e sua reprodução ou divulgação deverá ser consultada previamente e citada sua procedência.

Esta obra é um projeto de parceria entre a Fundación MAPFRE e a Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo.

São Paulo, SP, Brasil - 2019

www.fundacionmapfre.com.br

www.socesp.org.br

Autores e Investigadores

Pesquisadores da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo

Dr. Henrique Andrade R. Fonseca

Dr. Antônio José Cordeiro Mattos

Centro de Pesquisa da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo

Dr. Álvaro Avezum

Dr. José Francisco Kerr Saraiva

Dra. Maria Cristina O. Izar

Coordenadores de Projetos da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo

Dr. Agnaldo Piscopo

Dr. Antônio Cláudio Baruzzi

Dr. Dirceu Rodrigues Almeida

Dr. Edson Stefanini

Dr. Mucio Tavares

Dr. Otávio Berwanger

Fundación Mapfre Brasil

Maria de Fatima Mendes de Lima

Leni Caetano Franco

Eloá Ludovico Corsatto

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	7
2. OBJETIVO DO ESTUDO	7
3. METODOLOGIA DO ESTUDO	7
4. RESULTADOS.....	8
4.1 AVALIAÇÃO DA PREVENÇÃO – UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE	8
4.1.1 HÁBITOS ALIMENTARES	8
4.1.2 PRÁTICAS DE ATIVIDADE FÍSICA.....	10
4.1.3 TABAGISMO.....	11
4.1.4 CONTROLE DOS FATORES DE RISCO CARDIOVASCULARES	12
4.1.5 PRESENÇA DE ESTRESSE	13
4.1.6 ETNIA.....	16
4.2 PREVENÇÃO SECUNDÁRIA – DOENÇA ARTERIAL CORONARIANA	20
5. CONCLUSÃO.....	25
6. REFERENCIAS	26

1. INTRODUÇÃO

No Brasil a maior causa de morte é por doenças cardiovasculares. Cerca de 380.000 mortes de causas cardiovasculares ocorreram no ano de 2017, segundo dados da Sociedade Brasileira de Cardiologia. Além disso, recentes análises têm revelado que em determinados estados brasileiros a mortalidade em mulheres se elevou nos últimos anos, em especial por infarto agudo do miocárdio. O Acre entre 2003 e 2012 apresentou reduções da ordem de 40% na mortalidade por Infarto do miocárdio nas mulheres de 30 a 69 anos de idade, enquanto que, no mesmo período, no Amazonas ocorreu aumento em mais de 50%. Contudo, nas grandes conturbações brasileiras tem se observado uma alta prevalência de fatores de risco cardiovascular, comparado a cidades menores e de regiões mais afastadas de grandes centros. Contudo, cidades menores apresentam baixo controle dos fatores de risco cardiovascular, como revelado pelo Estudo EPICO desenvolvido pela SOCESP (EPICO).

Os meios de reduzir a chance de um evento cardiovascular futuro são por meio dos controles efetivos dos fatores de risco

cardiovascular e mudança dos hábitos de vida, contudo, ainda carecemos de dados de como este controle é realizado no Brasil, e quando este evento ocorre, como os pacientes são manejados, e se neste sentido algum fator pode estar associado ao sexo.

As instituições públicas de saúde no Brasil representam o grande gargalo de saúde cardiovascular, e uma avaliação efetiva destes centros, como unidades básicas de saúde e centros de assistência especializados poderá trazer uma evidência de mundo real das características dos hábitos de vida, presença de fatores de risco cardiovascular, acesso ao sistema de saúde, entre outras variáveis que contribuem aos eventos cardiovasculares (Infarto e Acidente Vascular Cerebral-AVC), especialmente nas mulheres.

2. OBJETIVO DO ESTUDO

Avaliar os hábitos de vida e os fatores de riscos cardiovascular nas mulheres brasileiras assistidas em unidades básicas de saúde e centros de referencias no Brasil.

3. METODOLOGIA DO ESTUDO

As análises foram divididas em dois grupos de estudo:

A) No primeiro avaliou-se um total de 93.605 pessoas acima de 18 anos em mais de 500 unidades básicas de saúde das regiões de São Paulo e da grande Campinas. Esta análise foi para avaliar os fatores de risco cardiovascular dos usuários de unidades básicas de saúde. Entre os participantes 62200 eram mulheres e 31402 homens. Os homens aqui são listados, de maneira a avaliarmos pontos importantes relacionados ao sexo, como: acesso ao sistema de saúde, utilização do sistema, hábitos de vida, prevalência de fatores de risco, níveis de estresse e risco cardiovascular de um evento futuro ocorrerem nos próximos 10 anos.

B) A segunda análise avaliou 2234 pacientes, destes 720 mulheres que envolveram diferentes unidades de saúde no Brasil, particulares e/ou públicas, porém avaliando o manejo dos pacientes que apresentaram doença cardiovascular estabelecida. Este grupo de pacientes possui um alto risco cardiovascular, isto é, uma elevada chance de ocorrer um novo evento ou morte por doença cardiovascular. As análises também foram realizadas com base na etnia

de autorelato, no qual consideramos às análises de brancos versus não brancos, como os negros e pardos.

Os resultados foram analisados por estatística descritiva.

4. RESULTADOS

4.1 AVALIAÇÃO DA PREVENÇÃO – UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE

4.1.1 HÁBITOS ALIMENTARES

O consumo regular de frutas, legumes e verduras é recomendado como parte de um hábito saudável de vida. O maior consumo é associado a um menor risco de morte por causas cardiovasculares ou, até por outras causas. Os benefícios do consumo diário parecem ser máximos para reduzir a mortalidade não cardiovascular e a mortalidade total quando realizado o consumo em três a quatro porções por dia (equivalente a 375–500 g / dia).

Globalmente são poucos os indivíduos que consomem mais que três porções desses alimentos diariamente. Entretanto, perguntamos se ao menos uma porção por dia é consumida de frutas legumes e verduras. Essa medida está associada a redução de aproximadamente 30% do risco de infarto em nossa população.

No geral, grande parte da população estaria consumindo diariamente esses alimentos. Talvez, incentivados por melhorias nas informações que chegam sobre os efeitos positivos de uma alimentação equilibrada. O destaque em questão é de mulheres frequentemente apresentarem melhor

perfil de consumo desses alimentos, como observado nas figuras 1 e 2, no qual revela que mulheres possuem o hábito de se alimentarem com mais frutas, verduras e legumes comparadas aos homens, trazendo assim, o maior benefício no contexto de prevenção cardiovascular.

Figura 1 – Consumo diário de frutas entre os sexos

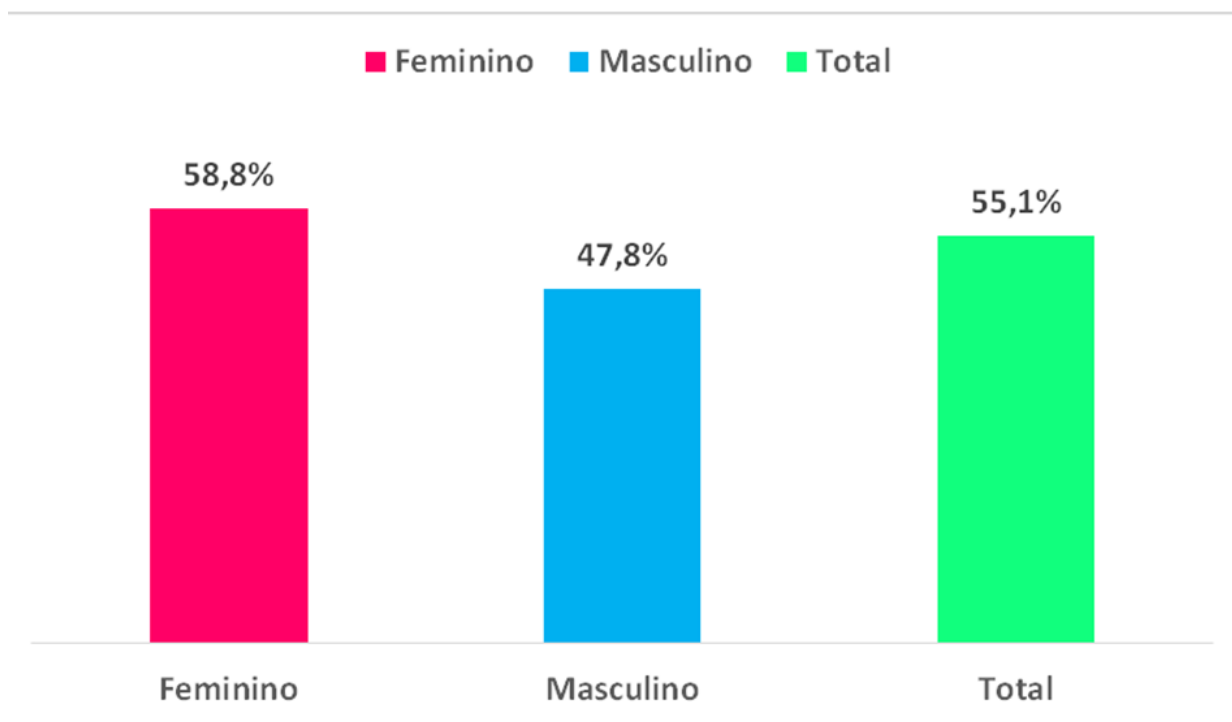
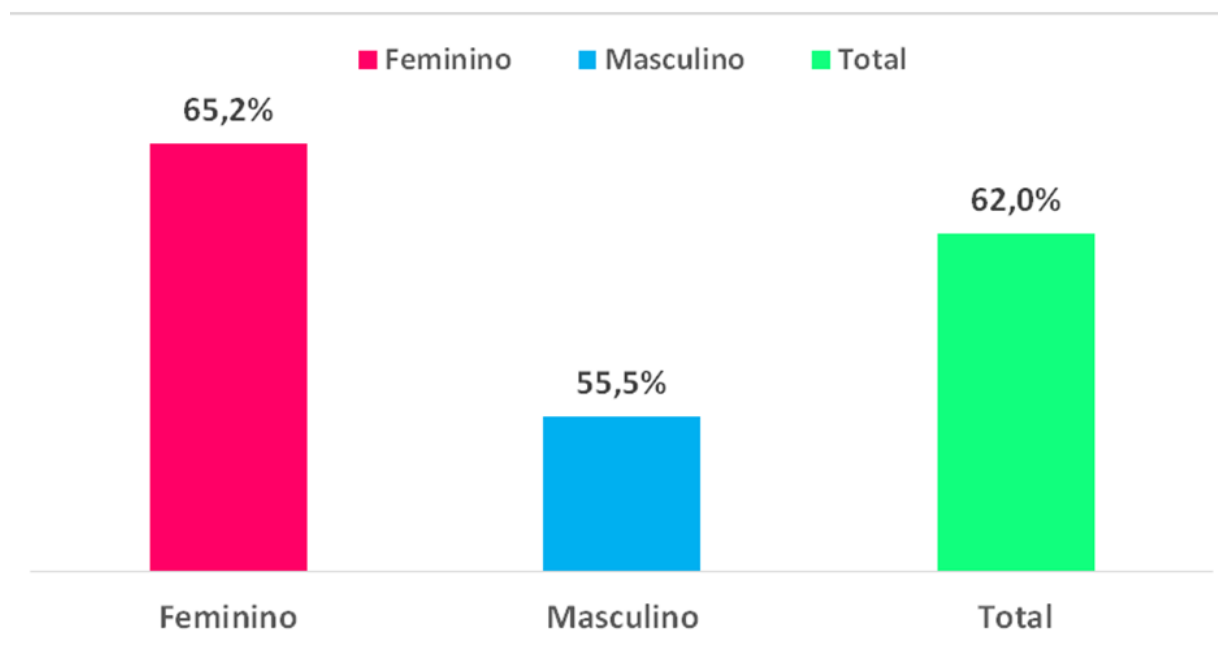


Figura 2- Consumo diário de legumes e verduras

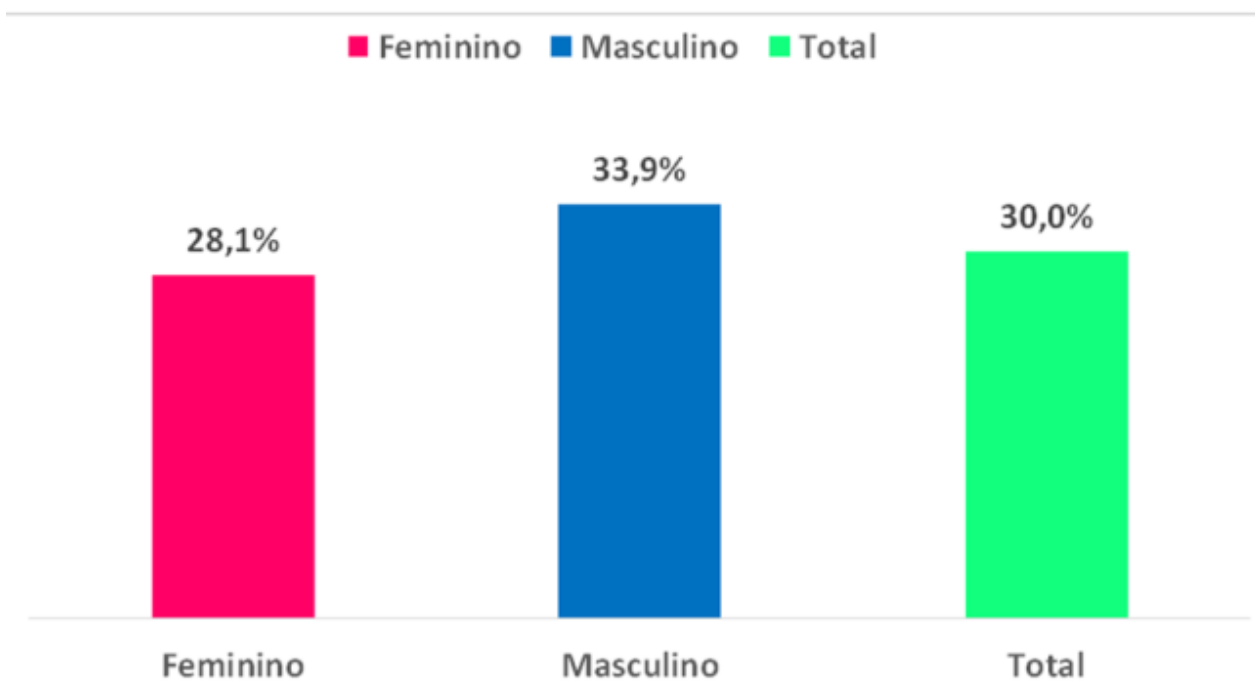


4.1.2 PRÁTICAS DE ATIVIDADE FÍSICA

O sedentarismo possui forte impacto na saúde global e cardiovascular. Estima-se que pessoas que realizam atividade física regularmente possam estar em cerca de 20%, mais protegidas de vir a ter um infarto e de 40% de para um Acidente Vascular Encefálico (AVE). No grupo estudado somente 30% da população realiza atividade física regularmente, e entre as mulheres a prática diária é ainda menor comparada aos homens. Resultados prévios

demonstraram que a prática de atividade física regular proporciona duas vezes mais benefícios cardiovasculares às mulheres, quando comparados aos homens, na redução do risco de eventos cardiovasculares futuros, de maneira que ações/políticas devem ser criadas para maior estímulo a atividade física nas mulheres. A análise demonstra que as mulheres praticam menos atividade física moderada, comparada aos homens, demonstrando um percentual muito baixo de apenas 28% do total de voluntários avaliados (**Figura 3**).

Figura 3 – Prática de atividade física moderada regularmente



4.1.3 TABAGISMO

O tabagismo é o fator de risco mais popular, entre cientistas e leigos. Na última década, o Brasil apresentou fortes iniciativas para o controle e auxílio à cessação desse malefício a saúde.

Programas governamentais atuaram no controle do fumo em áreas internas de bares e restaurantes, sobre as taxas de impostos, e os serviços especializados no tratamento têm demonstrado efeitos, mas ainda estamos distantes de um modelo ideal.

O tabagismo aumenta em quase 3 vezes a chance de um infarto, e aproximadamente

2 vezes o risco de um AVE, e contabiliza como o principal fator de risco para o câncer de pulmão e outros cânceres.

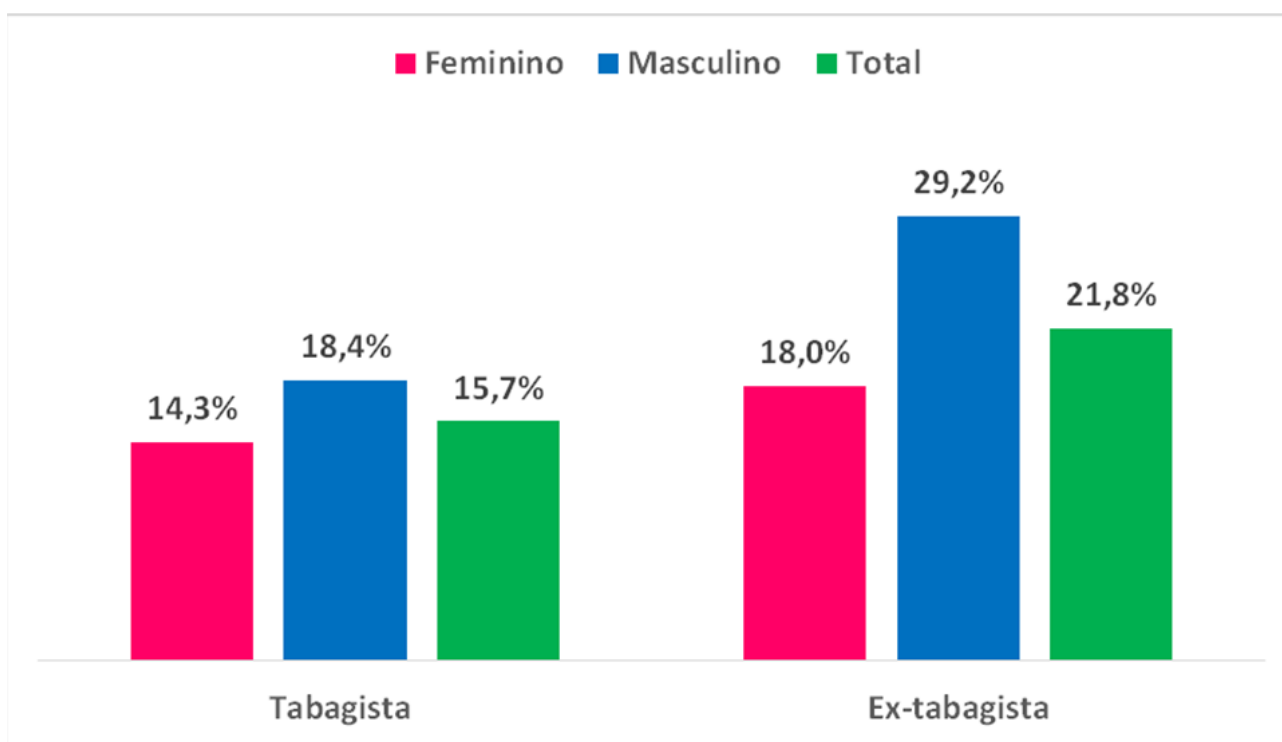
Nessa amostra estudada pela SOCESP, a prevalência de mulheres tabagistas é menor que em homens (15% e 18%, respectivamente) (**Figura 4**).

Interessantemente, o grupo de sujeitos ex-tabagistas é maior nos homens, comparado as mulheres, de tal modo, que por alguma outra variável, não mensurada, a cessação do tabagismo pode estar atrelada a fatores externos, como por exemplo, o estresse, que nas mulheres apresentou-se elevado comparados aos homens. Esses valores demonstram como ações globais de

prevenção podem mudar os hábitos da população ao médio e longo prazo, contudo, ações associadas a outras

intervenções podem garantir maiores ganhos nesta empreitada contra o fumo.

Figura 4 - Tabagismo entre os sexos



4.1.4 CONTROLE DOS FATORES DE RISCO CARDIOVASCULARES

Habitualmente as ferramentas de risco cardiovascular utilizam dados bioquímicos (perfil lipídico, glicemia ou presença de diabetes), hábito tabácico, obesidade, sexo e idade. Avaliamos o perfil de risco cardiovascular de mulheres e homens com a ferramenta de NHANES, do qual utiliza-se de valores de pressão sistólica, índice de

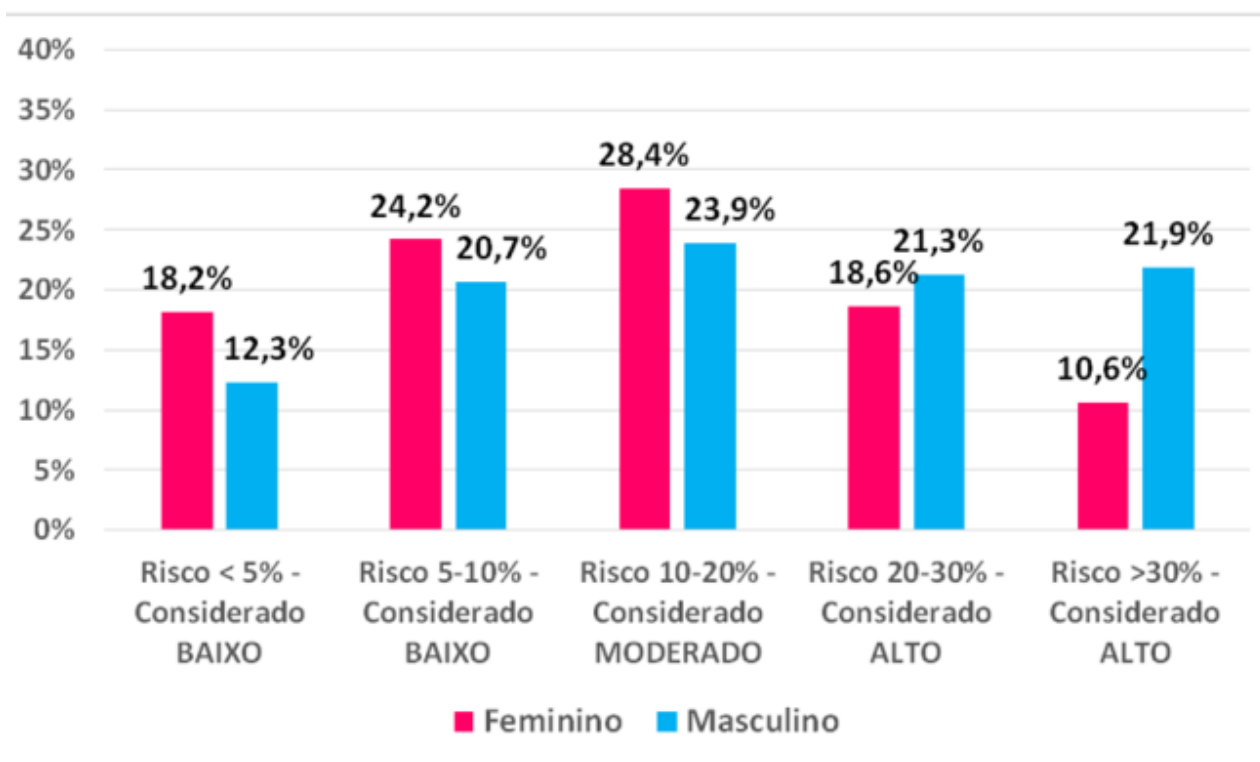
massa corpórea, presença de diabetes, sexo, idade e tabagismo.

Percebemos que existem discretas diferenças entre mulheres e homens quanto ao perfil de risco, onde as mulheres concentram-se com risco moderado e homens com o risco mais elevado (**Figura 5**). Explica-se pela razão dos homens

apresentarem maior frequência de obesidade, pior controle pressórico e

resultados de parâmetros bioquímicos fora dos referenciais de recomendação..

Figura 5 – Avaliação do risco de eventos cardiovasculares futuros



4.1.5 PRESENÇA DE ESTRESSE

A saúde mental se tornou ao longo dos anos um fator de risco cardiovascular de grande importância para a população global. Tanto os homens, quanto as mulheres estão sujeitos a fatores estressores de maneira diversa e o estresse percebido pode ser um fator preponderante ao risco cardiovascular. Na **figura 6** as análises dos

indivíduos que utilizam as unidades básicas de saúde, as mulheres são quem mais relataram terem passado por um estresse importante no último ano, podendo este ser um fator pouco explorado na saúde cardiovascular, especialmente nas mulheres.

Figura 6- Relato de um fator estressor muito importante no último ano

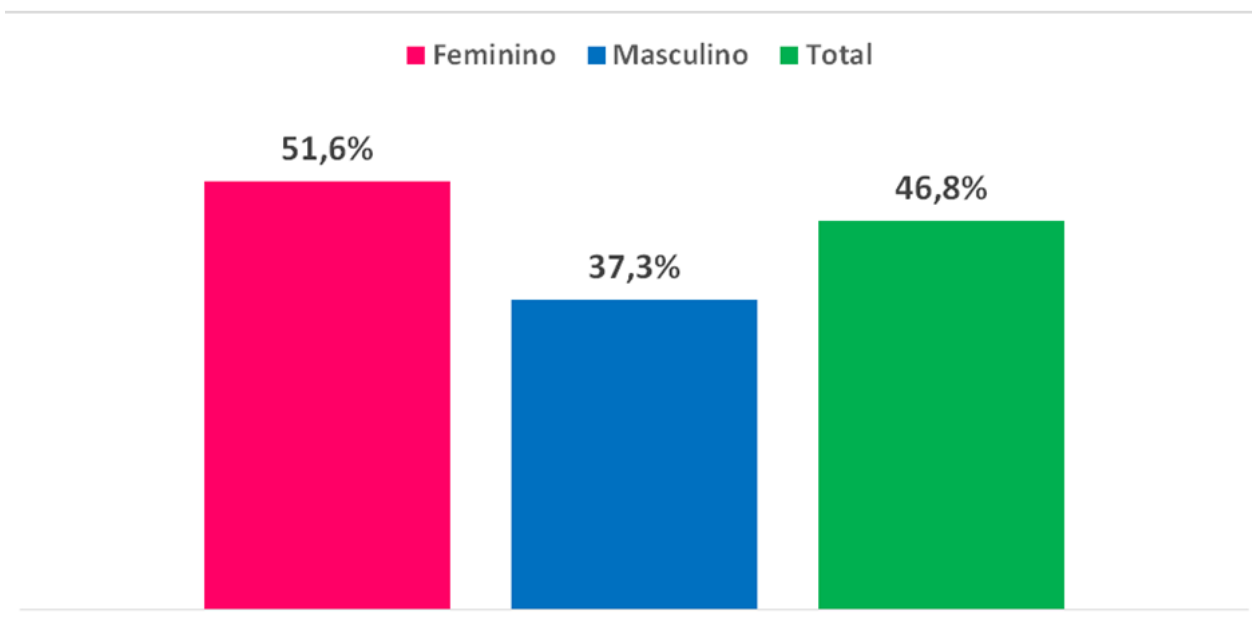


Figura 7 – Relato de estresse permanente domiciliar

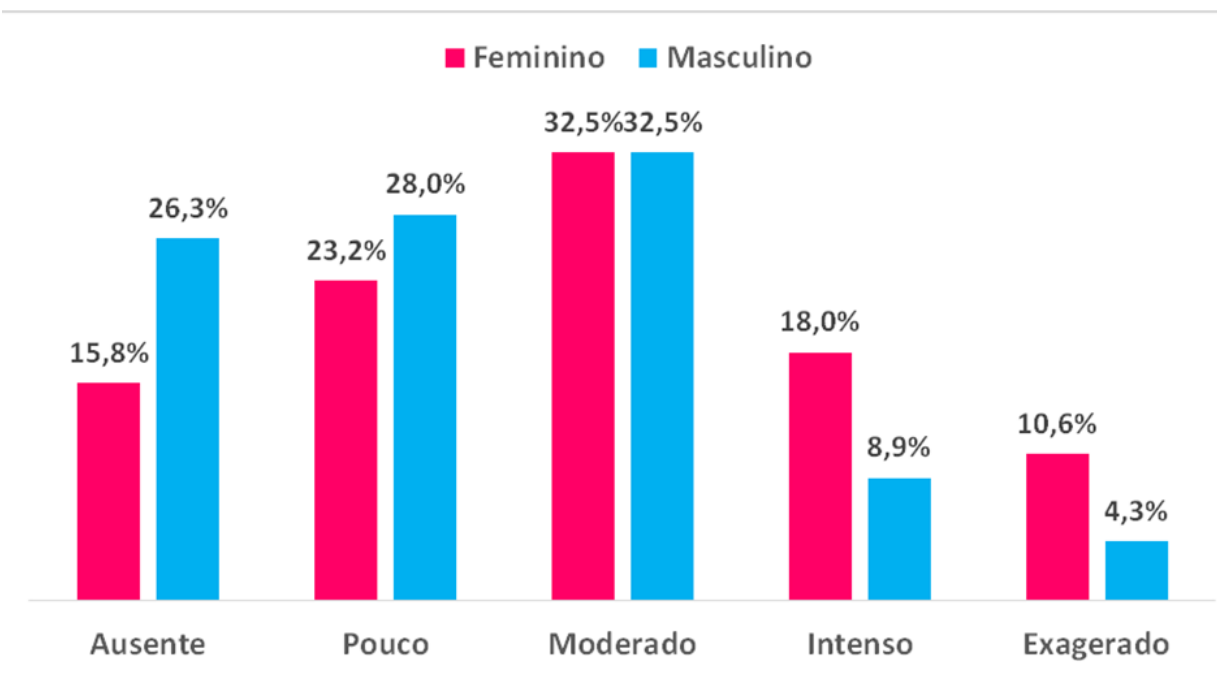


Figura 8 – Relato de estresse permanente no trabalho

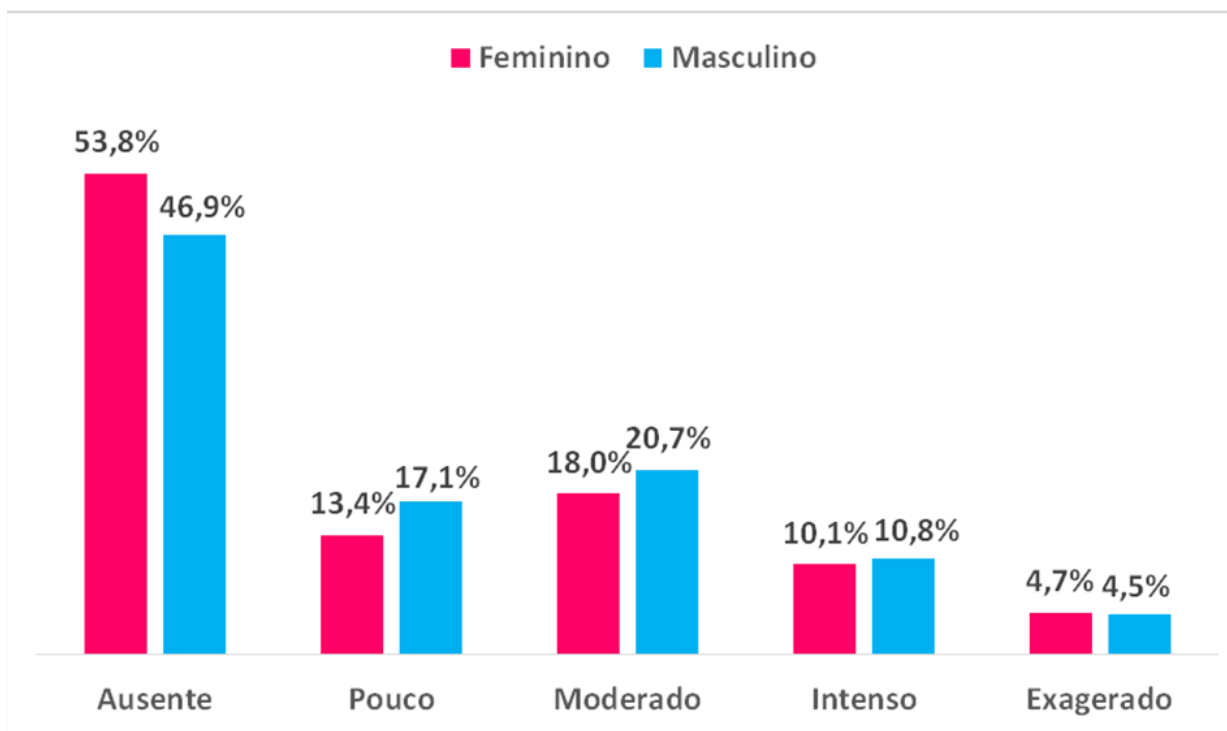
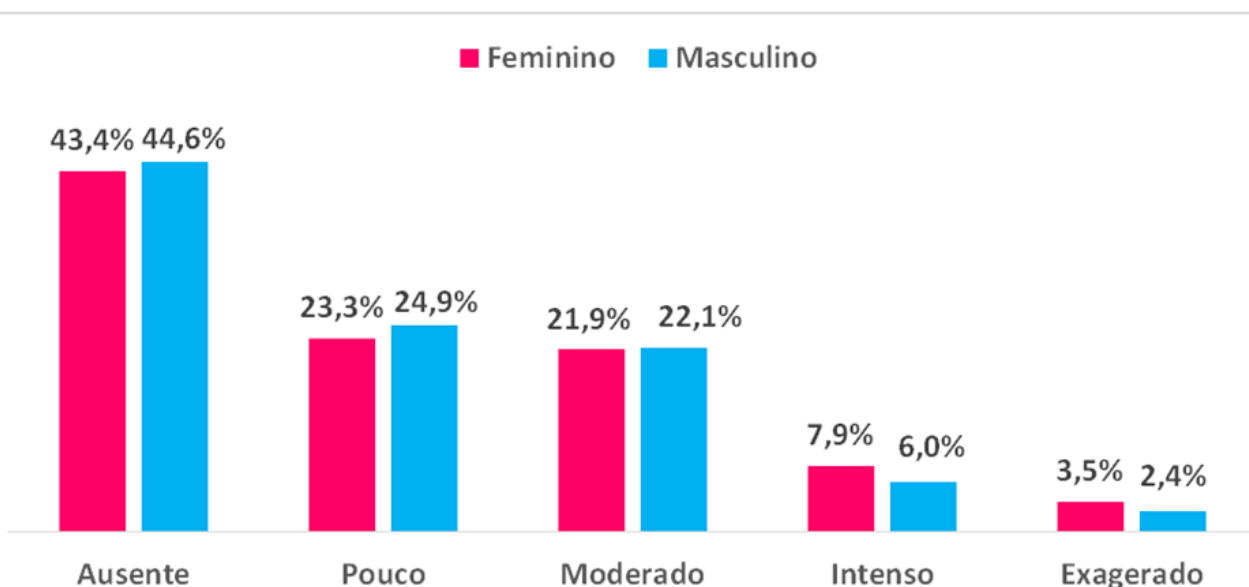


Figura 9 – Relato de estresse em ambiente social



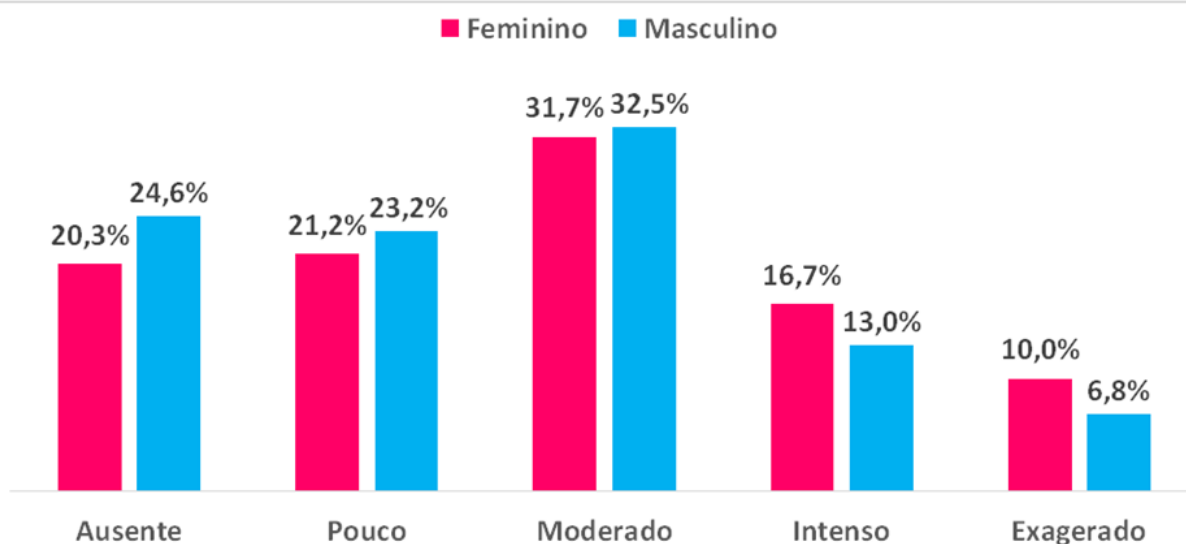
Na sociedade moderna as mulheres empenham importante papel no mercador

de trabalho, inicialmente para a complementação de renda, ou até

suplementando o poder aquisitivo nos lares. Nossa análise demonstra que os modos graves de estresse estão afetando mais às mulheres que homens, com grande destaque ao estresse no ambiente domiciliar (**Figura 7**), trabalho (**Figura 8**), social (**Figura 9**) e financeiro (**Figura 10**). De modo geral, as mulheres apresentam mais experiências de estresse ao longo do ano. Esses achados podem ter forte impacto nos desfechos cardiovasculares futuros nas mulheres. Qual o impacto dessas

informações para a sociedade? Estresse e depressão são os principais fatores de risco que globalmente aumentam entre 2 a 5 vezes a chance de um infarto e AVE. A população brasileira está entre as que mais sofrem as consequências do estresse, de acordo com o estudo INTERHEART, a presença de estresse percebido nos brasileiros aumenta em 8 vezes as chances de infarto, o dobro que na Argentina e quatro vezes que na Colômbia.

Figura 10 – Relato de estresse financeiro



4.1.6 ETNIA

O Brasil é um país tão diverso quanto desigual. Grande parte da população

convive com o embate diário das dificuldades financeiras, exposição à

violência e fragilidades do sistema social. O sistema de saúde pública é hipertrofiado de espera e pacientes, com o grande desafio de atender 100% da população de modo gratuito, universal e sem discriminação.

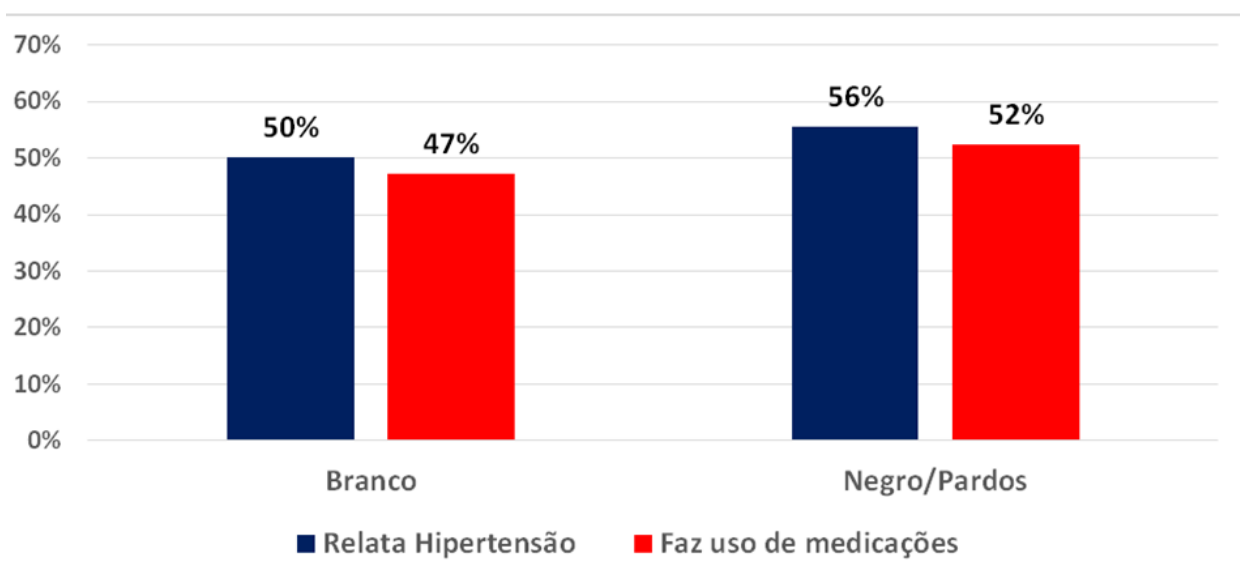
Nessa amostra 67% das mulheres se dizem negras ou pardas. Considerando os indivíduos negros ou pardos, a prevalências de pressão alterada, inatividade física, tabagismo e estresse foram mais altas.

As mulheres negras dessa análise apresentaram maior relato de hipertensão 56%, assim como sobre o uso de anti-hipertensivos 52%, como descrito na (Figura 11). Quanto ao estilo de vida saudável, entre as mulheres, as frequências de hábitos saudáveis são menores entre

negras/pardas, nos aspectos da prática de atividades físicas, alimentação com frutas e verduras e legumes (Figura 12).

As experiências de estresse nesse grupo de mulheres são evidentes, não havendo diferença significativa entre mulheres negras e brancas (Figura 13). As diferenças ocorrem na maneira como experimentam o estresse: domicílio, trabalho, ambiente social e financeiro (Figura 14). Estresse domiciliar possui maior impacto em mulheres, as diferenças entre as mulheres sobre o tipo de estresse que mais as afetam são muito sutis, entretanto o estresse financeiro intenso e exagerado é mais frequente entre as negras. Tabagismo é um dos principais e mais deletério fator de risco, e entre as mulheres continua acima

Figura 11 – Descrição de hipertensão arterial e uso de medicações anti-hipertensivas nas mulheres e entre suas etnias



do que se poderia considerar controlado, e com mais mulheres negras entre tabagistas, mas também apresentando maior frequência de ex-tabagistas (**Figura 15**).

Em resumo, existe elevada prevalências dos fatores de risco clássicos na população feminina. Em relação as diferenças entre mulheres negras e brancas, em uma mesma classe social existem diferenças, todavia são sutis.

Em publicação recente de Rosengreen e col. (2019) demonstra que o fator social (ali demonstrado pelo nível educacional) é tão relevante quanto os fatores de risco clássicos. Isso pode ajudar a explicar os achados dessa análise, onde as diferenças entre negros e brancos da prevalência de fatores de riscos existem, mas não são explícitas, pois, todos os indivíduos analisados são de classes sociais semelhantes.

Figura 12 – Estilo de vida saudável nas mulheres e entre suas etnias

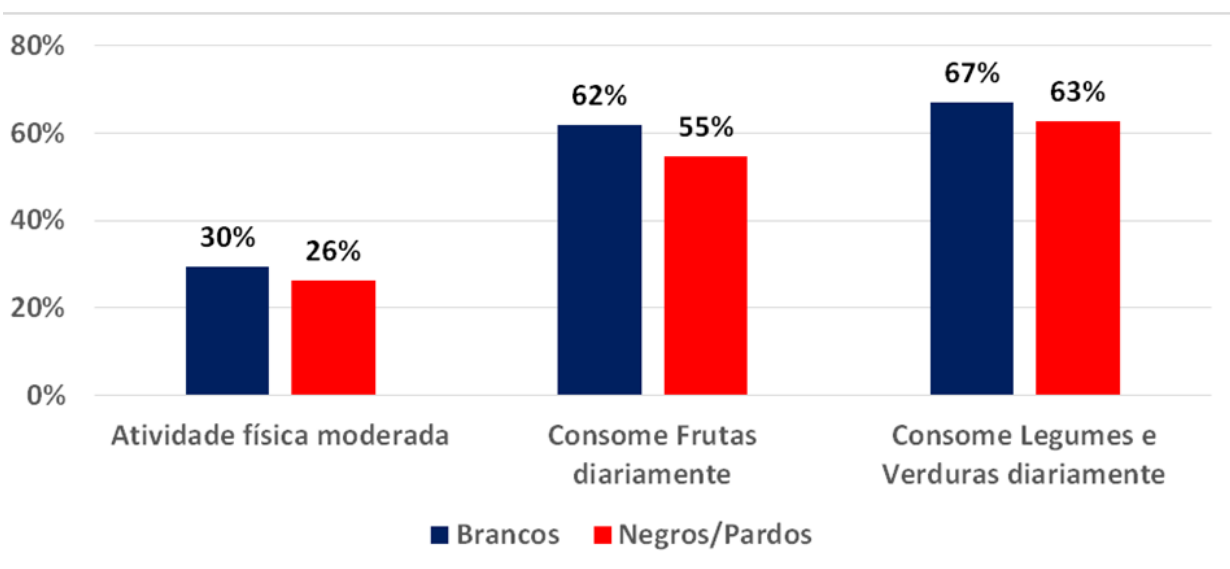


Figura 13 – Relato nas mulheres sobre a experiência de um importante estresse entre as etnias

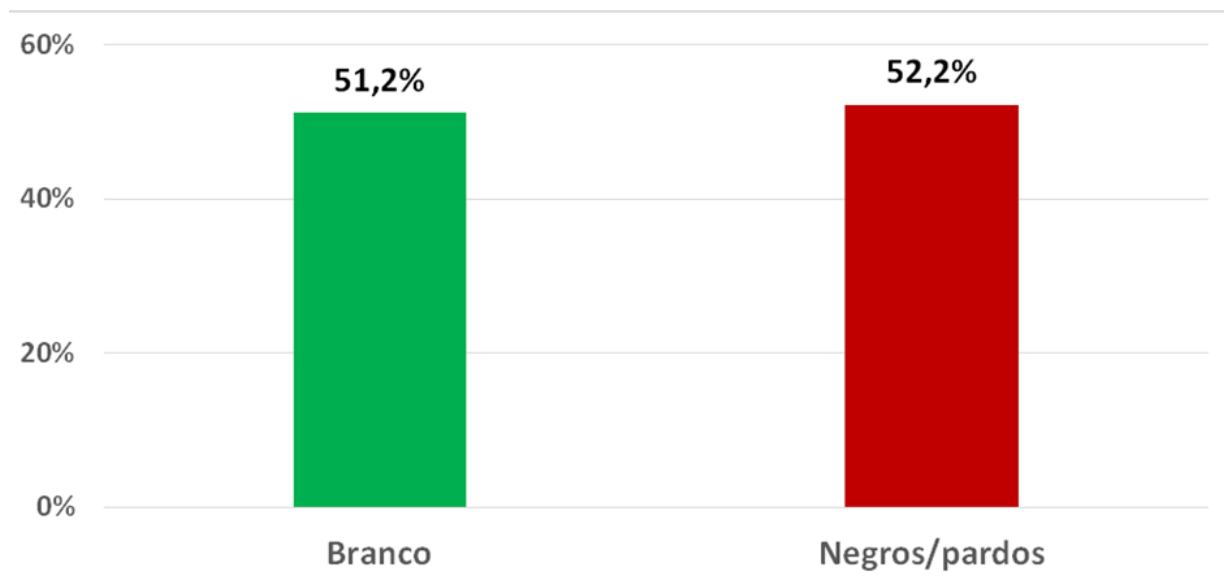


Figura 14 – Relato entre as mulheres sobre diferentes tipos e intensidade de estresse comparado grupos étnicos

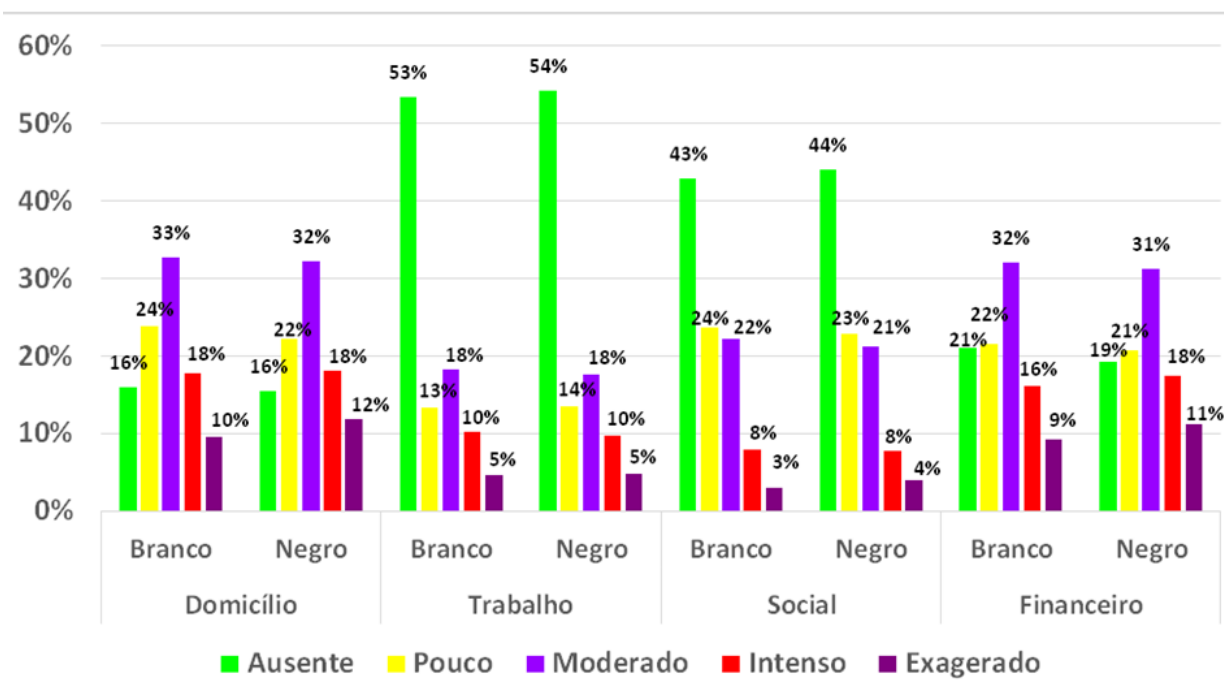
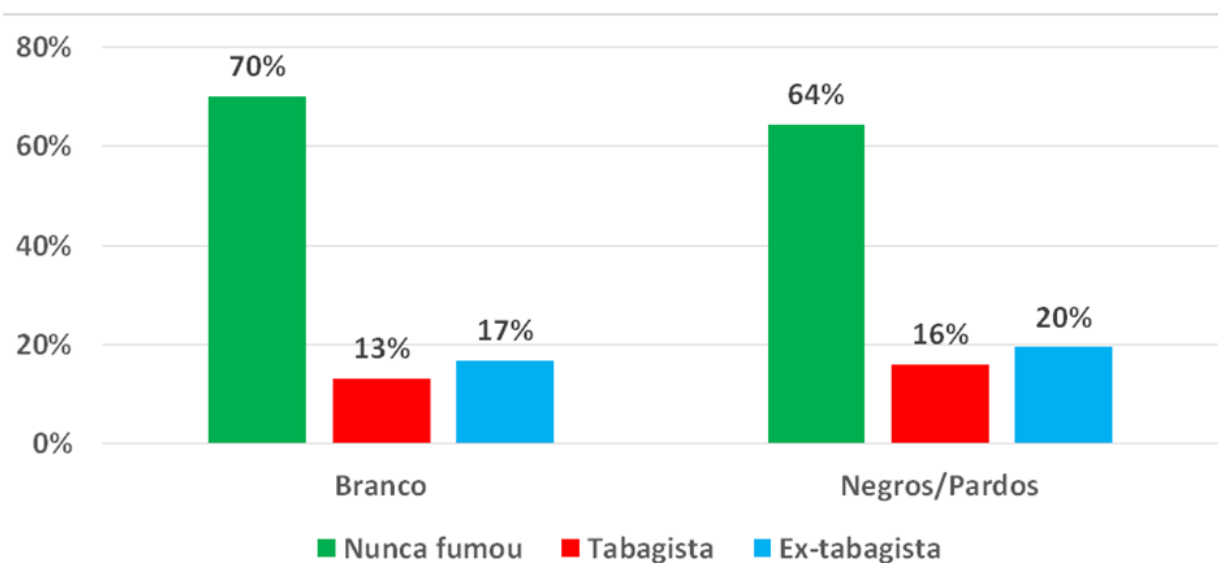


Figura 15- Tabagismo nas mulheres e entre suas etnias



4.2 PREVENÇÃO SECUNDÁRIA – DOENÇA ARTERIAL CORONARIANA

Segunda análise da Saúde Cardiovascular da Mulher Brasileira

A prevenção cardiovascular secundária pode ser definida como o uso intensivo de terapias de redução de risco e a adoção de comportamentos saudáveis no estilo de vida em pacientes com doença cardiovascular instalada, isto é, sobreviventes de algum evento cardiovascular. Os benefícios clínicos dessas ações são da ordem de eficácias estimada em 75% (avaliada por uma variedade de

resultados, incluindo sobrevida melhorada, eventos recorrentes reduzidos, necessidade de procedimentos de revascularização e melhoria da qualidade de vida). Essas ações incluem tratamentos farmacológicos e intervenções não farmacológicas (cessação do tabagismo, atividade física e dieta saudável) com o objetivo de reduzir a probabilidade de eventos cardiovasculares recorrentes em pacientes com manifesta doença cardiovascular aterosclerótica.

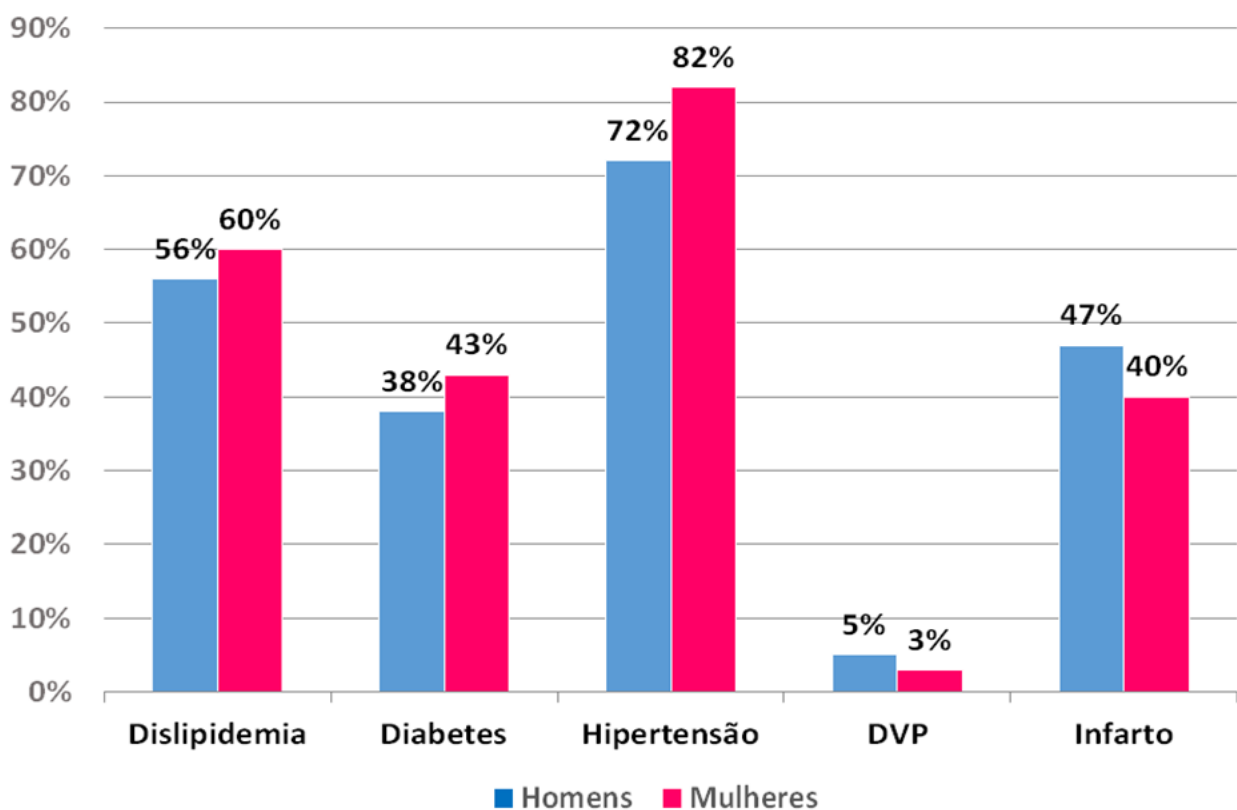
A prevenção secundária é um dos pilares de maior efetividade para o controle da mortalidade por doenças isquêmicas. O controle de fatores de riscos nessa população é fundamental, e o tratamento

adequado podem reduzir drasticamente as taxas de mortalidade. Entretanto, é sabido que em todos os países essa é ainda uma meta longe de atingir. Em uma análise global do Estudo PURE, onde foram avaliados os indivíduos com história de doença cardiovascular, somente uma pequena parte dos pacientes estavam adequadamente manejados quanto ao uso de tratamentos baseados em evidências. Levantamos, portanto, as características dos indivíduos que são atendidos em consultórios particulares (consultas particulares ou por plano/seguro saúde, e

serviços referenciados do sistema único de saúde), com doença coronariana e comparamos os fatores de riscos entre homens e mulheres. Quanto a prevalência de indivíduos com o diagnóstico de hipertensão, diabetes, dislipidemia e doença vascular periférica, as frequências foram maiores em mulheres, enquanto o diagnóstico de infarto foi maior entre os homens (**Figura 16**).

Fatores tão importantes como tabagismo e consumo de bebida alcoólica sugerem nessa análise que existe nessa amostra uma tendência ao controle mais adequado.

Figura 16 – Presença de fatores de risco cardiovascular e infarto prévio entre homens e mulheres em prevenção secundária



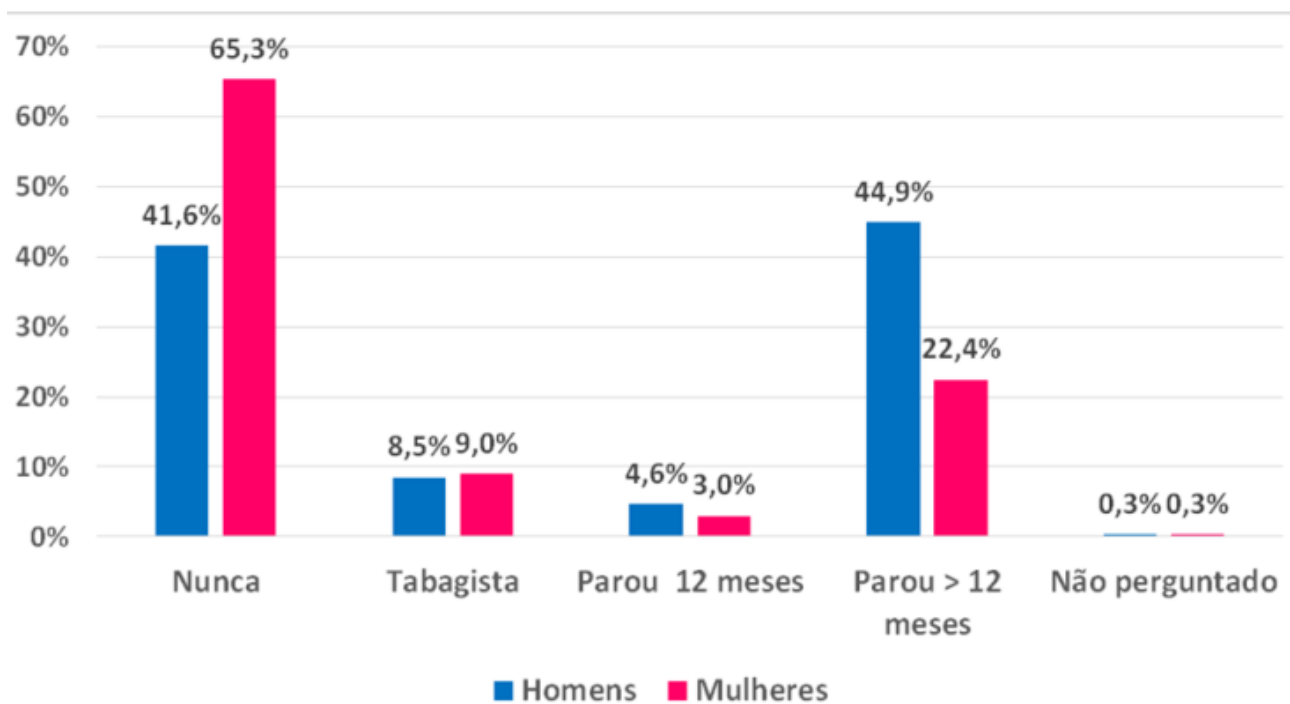
Lembrando que, é primordial a cessação do tabagismo e o consumo de bebida alcóolica ser verdadeiramente reduzido. Encontramos uma frequência maior de ex-tabagistas entre os homens (**Figura 17**).

O Consumo de bebida alcóolica, que pode até interferir na qualidade do tratamento de pacientes com história de doença coronariana, está aparentemente controlado, com maior tendência ao consumo entre os homens (**Figura 18**). Identificamos nessa análise um fenômeno

serviço de saúde entre homens e mulheres com doença arterial coronariana. O sistema público nesse caso está representado por hospitais terciários, especializados em grande maioria. Nessa amostra existe maior prevalência de mulheres tanto no SUS especializado, quanto em uso da saúde suplementar. Já para o serviço particular, existe maior prevalências da utilização por homens, quanto por mulheres.

Quando distinguimos as mulheres pela etnia, e avaliamos os mesmos dados, a

Figura 17 – Tabagismo entre homens e mulheres em prevenção secundária



interessante em relação a utilização do

prevalência de mulheres brancas que fazem

uso do serviço público especializado é maior, assim como no serviço privado (Figura 19).

Havendo uma parcela de mulheres negras, em maior número que as brancas, fazendo uso do serviço suplementar. Essas

informações são indicativos da existência de barreiras ao acesso de mulheres negras ao sistema público, assim sendo uma tendência a busca pela saúde suplementar. As razões porque ocorrem, não é passível de análise nessa amostra (Figura 20).

Figura 18 – Consumo de bebidas alcoólicas entre homens e mulheres em prevenção secundária

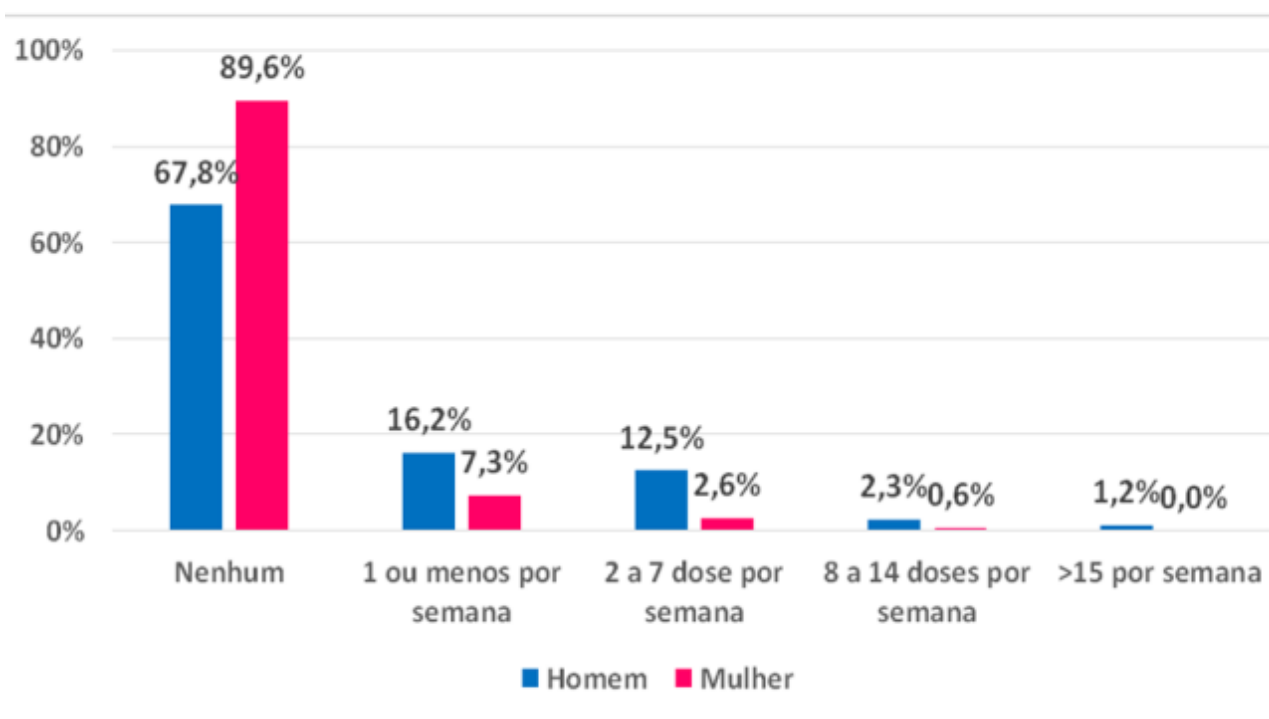


Figura 19 – Tipo de Serviço de Saúde utilizado entre homens e mulheres em prevenção secundária

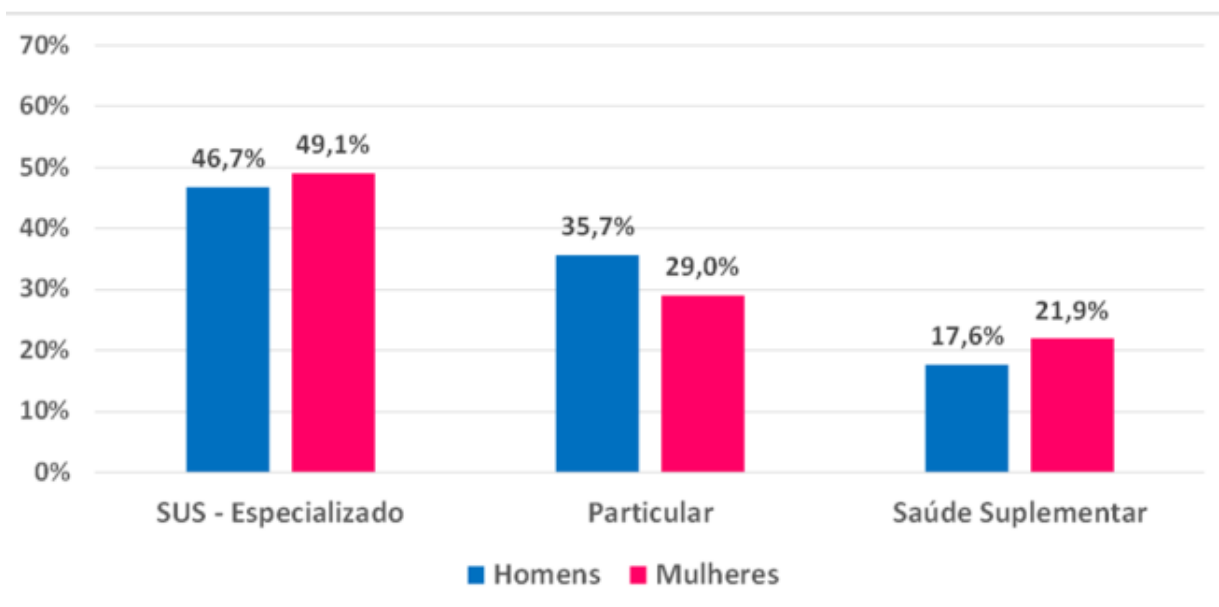
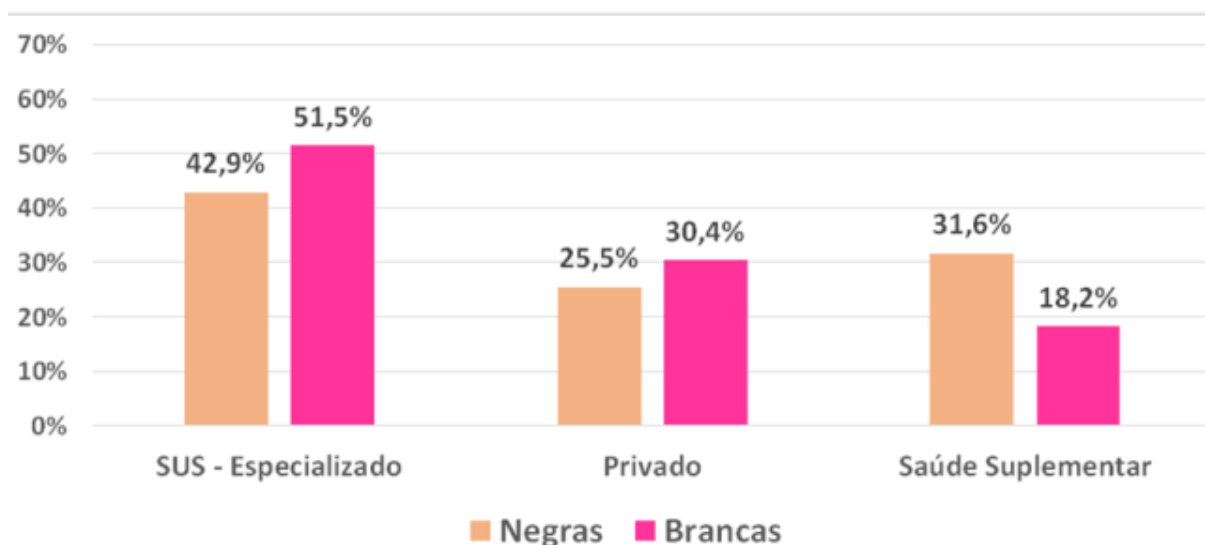


Figura 20 – Tipo de Serviço de Saúde utilizado por mulheres em relação a suas etnias na prevenção secundária



5. CONCLUSÃO

Os serviços básicos de saúde, como as unidades básicas de saúde, são mais utilizadas por mulheres, comparados aos homens, no contexto da saúde cardiovascular. Os mecanismos clássicos de avaliação do risco cardiovascular não levam em conta o estresse percebido, fator que é mais apontado estar presente, em níveis mais elevados, nas mulheres comparadas aos homens, especialmente o domiciliar.

Este achado pode ser um fator importante na avaliação do risco cardiovascular na mulher. Mulheres não brancas apresentam menor prática de hábitos de vida saudáveis, maior presença de fatores de risco cardiovascular, menor acesso ou utilização do sistema público de saúde, especialmente durante a prevenção secundária, período em que possuem maior risco de um novo evento cardiovascular.

6. REFERENCIAS

1. Miller V, et al. Lancet, 2017 ;390(10107):2037-2049
2. Scott L, et al, Lancet, 2017, 339: 2643-2654
3. Yusuf S, et al. Lancet , 2004; 364:937-52
4. Teo K, et al. Lancet , 2006; 368: 647–58
5. Lanas F, et al. Circulation, 2007;115:1067-1074,
6. O´Donnel M et al. Lancet. 2016; 388:761-775
7. GBD 2017, Collaborators. Lancet. 2018; 392: 1859–922
8. Rosengreen, et al. The Lancet Global Health, 2019 v. 7, n. 6, p. e748-e760.