

QUALIDADE DE VIDA EM PORTADORES DE DOENÇA ARTERIAL CORONÁRIA: COMPARAÇÃO ENTRE GÊNEROS

MARIA ELENITA CORRÊA DE SAMPAIO FAVARATO*, DESIDÉRIO FAVARATO, WHADY ARMINDO HUEB, JOSÉ MENDES ALDRIGHI

Trabalho realizado no Instituto do Coração (InCor) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP (HCFMUSP), São Paulo, SP

RESUMO

OBJETIVO. Avaliar a qualidade de vida em portadores de doença arterial coronária (DAC) submetidos a um dos três tratamentos: clínico, cirúrgico ou por angioplastia, comparando possíveis diferenças entre gêneros.

MÉTODOS. O estudo incluiu 542 sujeitos com DAC submetidos aos tratamentos, sendo 376 homens ($58,5 \pm 8,7$ anos) e 166 mulheres ($61,8 \pm 9,2$ anos). O instrumento de avaliação foi o Questionário Genérico de Avaliação de Qualidade de Vida (SF-36), aplicado no início do tratamento, após 6 e 12 meses. A análise estatística foi realizada pelo teste Anova.

RESULTADOS. Em relação aos componentes físicos, o grupo cirúrgico exibiu escores de 46, 63 e 68, respectivamente, na fase inicial, 6 e 12 meses; o clínico 52, 65 e 62 e a angioplastia 57, 66 e 70. Os escores dos componentes mentais do tratamento cirúrgico foram 58, 71 e 74, do clínico 61, 69 e 69 e da angioplastia 64, 74 e 74. As diferenças foram significantes ao longo do tempo e entre tratamentos ($p < 0,01$). Na comparação entre gêneros, notou-se que os componentes físicos nos homens apresentaram respectivamente escores 56^* , 69 e 77^* e nas mulheres 41^* , 64 e 62^* ; os componentes mentais nos homens revelaram 61^* , 73 e 80^* e nas mulheres 51^* , 68 e 62^* ($* p < 0,0001$).

CONCLUSÃO. Os sujeitos submetidos ao tratamento cirúrgico mostraram evolução mais favorável. Os homens apresentaram melhor qualidade de vida no início, beneficiando-se progressivamente após 6 e 12 meses dos tratamentos, enquanto nas mulheres a melhora ocorreu aos 6 meses, reduzindo-se aos 12.

UNITERMOS: Qualidade de vida. Coronariopatia. Gênero. Aspectos psicológicos.

*Correspondência:

InCor HCFMUSP
Av. Dr. Enéas de Carvalho
Aguiar, 44
Cep: 05403-900
Fone: (11) 3069-5290
psielenita@incor.usp.br

INTRODUÇÃO

Durante muito tempo, o impacto das doenças em termos de saúde pública foi medido pelos índices de mortalidade. Mais recentemente, a Organização Mundial da Saúde, em conjunto com o Banco Mundial e a Escola de Saúde Pública da Universidade de Harvard, propôs que o ônus causado pelas doenças fosse avaliado em termos de anos de vida perdidos por morte prematura ou vividos com incapacidade importante¹.

Além disso, a necessidade de avaliar a efetividade das intervenções médicas justifica-se pela proliferação de diferentes formas de tratamento das doenças e pelo custo elevado das intervenções. As especialidades médicas que lidam com doenças agudas podem avaliar o efeito do tratamento relacionando-o à cura. Porém, aquelas que atuam com doenças crônicas e/ou recorrentes têm procurado outras perspectivas de avaliação dos resultados que não focalizem apenas a dimensão médica de redução da morbi-mortalidade. Devem ser consideradas como o estado clínico, impacto sobre a família, custo, alocação de recursos limitados e qualidade de vida²; daí a literatura médica³ ter afirmado que a melhor forma de se medir a qualidade de um tratamento refere-se aos resultados obtidos quanto aos objetivos fundamentais de prolongar a vida, aliviar a dor, restaurar a função e prevenir a incapacidade.

A qualidade de vida deve valorizar a perspectiva do sujeito em relação às várias dimensões de sua vida e não só em relação à

intensidade de sintomas de sua doença. Por isso, a Organização Mundial da Saúde define qualidade de vida como "a percepção do indivíduo da sua posição na vida, dentro do contexto cultural e dos valores em que ele vive, bem como em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações"⁴.

Nos portadores de doença arterial coronária (DAC), é importante considerar o caráter multifatorial envolvido, isto é, a DAC depende de diversos fatores como herança genética, estilo de vida e condições ambientais.

Outro aspecto a salientar é que a DAC é considerada há muitos anos como a causa mais importante de morte e incapacitação entre os homens. Porém, o fato da comunidade médica ter considerado como verdadeiro que as doenças cardiovasculares não se restringem a um problema apenas masculino foi da maior importância. Não que emergisse um novo padrão de morbi-mortalidade, mas somente o reconhecimento tardio de uma realidade⁵.

De fato, o infarto agudo do miocárdio (IAM) é a principal causa de morte em mulheres após os 40 anos de idade; embora ocorra nos homens em média dez anos antes, o prognóstico após IAM é pior nas mulheres, pois o risco de morte nas primeiras semanas e no primeiro ano após o evento é duas vezes maior.

A literatura exhibe dois importantes estudos que compararam a qualidade de vida em tratamentos de doença arterial coronária. O projeto Cabri⁶, que comparou o tratamento cirúrgico com o por

Tabela 1 – Distribuição dos sujeitos segundo tipo de tratamento e idade

	Clínico		Cirúrgico		Angioplastia		Total
	N	Idade	N	Idade	N	Idade	
Homens	128	58,15 ± 9,14	128	58,88 ± 8,00	120	58,45 ± 9,08	376
Mulheres	59	62,43 ± 9,85	47	60,70 ± 8,64	60	61,94 ± 9,15	166
Total	187	175	180	542			

angioplastia em pacientes coronariopatas utilizando como instrumento de avaliação de qualidade de vida o *Nottingham Health Profile*, e o estudo Rita-2⁷, que avaliou a qualidade de vida pelo SF-36 após três meses, um e três anos em pacientes portadores de angina submetidos a angioplastia e a tratamento clínico. É importante salientar que nenhum deles fez a comparação das possíveis diferenças entre os gêneros masculino e feminino.

Por isso, motivamo-nos a avaliar a qualidade de vida em sujeitos com estenose arterial em múltiplos vasos submetidos a uma das três intervenções: clínica, cirúrgica ou angioplástica; tendo por objetivo comparar possíveis diferenças entre os gêneros, particularizando distintas faixas etárias, ou seja, de 40 a 50, 51 a 65 e acima de 65 anos.

MÉTODOS

Utilizou-se o banco de dados do *Medical Angioplasty Surgery Study* (Mass II), que avaliou comparativamente o tratamento clínico, cirúrgico e a angioplastia em portadores de doença arterial coronária multiarterial, no Instituto do Coração do HCFMUSP.

Foram incluídos sujeitos com estenose arterial coronária em múltiplos vasos, angina estável e função ventricular preservada. Após randomização, 203 pacientes foram encaminhados para tratamento cirúrgico de revascularização do miocárdio, 205 para angioplastia e 203 para tratamento clínico. Foram realizadas avaliações da qualidade de vida nos três grupos de intervenções terapêuticas, em três momentos, ou seja, na fase inicial (antes da intervenção), após 6 e 12 meses da intervenção. Incluíram-se neste estudo os que participaram das três avaliações. Assim, a amostra constituiu-se de 542 pacientes.

Aplicou-se o questionário genérico de avaliação de qualidade de vida (SF-36) já validado para nossa população⁹; o SF-36 inclui a análise de oito domínios divididos em dois grandes componentes: o físico (que envolve a capacidade funcional, os aspectos físicos, a dor e o estado geral da saúde) e o mental (que abrange a saúde mental, os aspectos emocionais, sociais e a vitalidade).

A aplicação do SF-36 foi realizada por meio de entrevistas; concomitantemente, aplicou-se um questionário de investigação do perfil demográfico, visando coletar dados sobre escolaridade, estado conjugal, vida profissional e relação com o trabalho desenvolvido; ademais, pretendeu-se também avaliar as repercussões da doença na esfera do trabalho, na situação econômica e nas perspectivas profissionais e se teria ocorrido algum impacto, positivo ou negativo, para os sujeitos.

Na análise estatística, para comparar os dados do perfil demográfico utilizou-se o teste paramétrico Anova para as variáveis de distribuição normal e o Qui-quadrado para as variáveis sem

distribuição normal. Os resultados do SF-36 foram apresentados por média e comparados pelo teste Anova para as avaliações repetidas.

RESULTADOS

Dos 542 sujeitos participantes, 376 eram homens (58,5 anos ± 8,7) e 166 mulheres (61,8 anos ± 9,2); a idade da população feminina mostrou-se maior do que a masculina ($p < 0,0001$).

Foram submetidos ao tratamento clínico 187 sujeitos, ao cirúrgico 175 e ao angioplástico 180, conforme distribuição de sexo e idade apresentados na Tabela 1.

Perfil demográfico: diferenciação entre gêneros

Os dados do perfil demográfico demonstraram que 69,8% dos sujeitos tinham escolaridade até primeiro grau incompleto (66,7% dos homens e 77,7% das mulheres); universitários foram encontrados somente entre os homens (9,8%).

O maior número de casados foi notado entre os homens (82,7%) contra 53,6% nas mulheres ($p < 0,000001$); viuvez foi um achado maior nas mulheres (31,3%) contra 2,1% nos homens ($p < 0,000001$).

A maioria das mulheres não tinha atividade profissional (71,1%) contra 25,5% dos homens. Quanto à qualificação da mão-de-obra, constatou-se que 59,3% dos homens apresentavam mão-de-obra qualificada e/ou especializada contra 12,6% das mulheres. A avaliação que os sujeitos faziam a respeito do tipo de seu trabalho apontou que 35,6% dos homens e 31,3% das mulheres consideravam o trabalho cansativo e 6,9% dos homens e 12,7% das mulheres viam o trabalho desenvolvido como estimulante.

Em relação à situação de trabalho, homens e mulheres permaneceram relativamente estáveis durante o período de um ano, isto é, o número de homens em benefício da previdência social mostrou pequeno aumento após 6 e 12 meses, com discreto declínio no número de homens ativos nesse período; as mulheres ativas exibiram pequeno aumento aos 6 meses.

Na avaliação dos sujeitos sobre as dificuldades enfrentadas na execução do trabalho, notou-se que tanto os homens como as mulheres encontraram menor dificuldade com o passar do tempo após o procedimento. Resultados semelhantes foram constatados em relação às necessidades, crises pessoais e preocupações financeiras dos homens; para as mulheres constatou-se aumento na dificuldade desses itens aos 12 meses.

A grande maioria dos sujeitos avaliou que não ocorreram mudanças no emprego e ocupação relacionadas à doença no decorrer do primeiro ano após o procedimento, porém pequena parcela assinou mudanças.

Tabela 2 – Distribuição dos resultados do SF-36 segundo o tipo de intervenção, nas fases inicial, 6 e 12 meses

	Clínico			Cirúrgico			Angioplastia		
	Inic.	6m	12m	Inic.	6m	12m	Inic.	6m	12m
Cap. funcional*	52	66	65	46	67	73	58	71	73
Aspectos físicos*	26	45	43	18	41	47	33	44	54
Dor*	64	75	71	59	71	76	66	74	76
Est. geral saúde*	64	73	70	62	73	77	69	76	75
Vitalidade*	57	62	62	56	72	73	65	72	72
Asp. emocional*	50	64	66	49	62	67	54	69	67
Aspectos sociais*	73	79	78	64	79	82	71	80	83
Saúde mental*	64	70	69	64	71	74	66	73	73

* p < 0,0001 (repetições)

Tabela 3 – Distribuição dos resultados do SF-36 segundo o sexo nas fases inicial, 6 e 12 meses

SF-36	Capacidade funcional		Aspectos físicos		Dor		Estado geral saúde		Vitalidade		Aspectos sociais		Aspectos emocionais		Saúde mental	
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
Inicial	58	40	28	19	65	57	67	62	62	52	73	61	55	41	68	56
6m	68	68	44	42	74	73	74	73	72	61	80	79	65	63	72	69
12m	76	57	53	36	78	66	75	70	73	60	85	70	70	60	76	62

Tabela 4 – Distribuição das médias dos resultados dos componentes físicos e mentais do SF-36, segundo sexo, nas diferentes faixas etárias

	Componentes físicos						Componentes mentais					
	H			M			H			M		
	In.	6m	12m	In.	6m	12m	In.	6m	12m	In.	6m	12m
40 – 50	56	69	77	41	64	62	61	74	80	51	68	62
51 – 65	53	64	69	43	64	58	64	71	75	51	69	65
> 65	58	65	70	48	65	55	70	74	77	55	67	61

Em relação às mudanças de renda relacionadas à doença, observou-se maior impacto negativo na fase inicial, que se atenuou aos 6 e 12 meses após os procedimentos. Constatação semelhante, porém de menor intensidade, ocorreu nas perspectivas profissionais relacionadas à doença e na qualidade do trabalho.

A porcentagem de sujeitos com fonte de renda proveniente do trabalho diminuiu gradativamente aos 6 e 12 meses após os procedimentos, coincidindo com o aumento progressivo no número de sujeitos em benefício da previdência social.

QUALIDADE DE VIDA: COMPARAÇÃO ENTRE OS TRATAMENTOS CLÍNICO, CIRÚRGICO E ANGIOPLÁSTICO

Ao se comparar a avaliação da qualidade de vida nos três tipos de intervenção, constatou-se que as mudanças nos resultados na fase inicial, aos 6 e 12 meses foram significativas em todas as dimensões do SF-36 ($p < 0,0001$). Os sujeitos que realizaram a intervenção cirúrgica apresentaram piores resultados na avaliação inicial, porém aos 6 e 12 meses após o procedimento ocorreu melhora progressiva, superando os sujeitos que foram submetidos ao tratamento clínico e angioplástico em quase todas as dimensões do SF-36; os que realizaram angioplastia revelaram melhor avaliação inicial, porém de menor intensidade nas subseqüentes quando comparados aos

cirúrgicos. Nos sujeitos que receberam tratamento clínico, após a melhora apresentada na avaliação de seis meses, observou-se pequena queda nos resultados, como mostra a Tabela 2.

QUALIDADE DE VIDA: COMPARAÇÃO ENTRE OS RESULTADOS OBTIDOS POR HOMENS E MULHERES, PARTICULARIZANDO-SE AS DIFERENTES FAIXAS ETÁRIAS (40 A 50; 51 A 65 E ACIMA DE 65 ANOS)

Ao comparar os resultados obtidos por homens e mulheres, constatou-se diferenças significativas entre os gêneros; assim, os homens portadores de DAC apresentaram melhor qualidade de vida no início do tratamento, quando comparados às mulheres, que se acentuou progressivamente aos 6 e 12 meses após as intervenções terapêuticas, diferenciando-se das mulheres, que, apesar da melhora após 6 meses, exibiram queda aos 12 meses em todas as dimensões, conforme o apresentado na Tabela 3.

Os resultados também foram analisados por gênero, particularizando-se as diferentes faixas etárias, ou seja, de 40 a 50, 51 a 65 e acima de 65 anos e não revelaram diferenças significativas nas diferentes faixas etárias, tanto para homens quanto para mulheres. A Tabela 4 apresenta a média dos resultados obtidos pelos gêneros, nos componentes físicos e mentais, nas diferentes faixas etárias.

DISCUSSÃO

Ao analisar-se os dados do perfil demográfico com diferenciação entre os gêneros, observa-se que as mulheres eram em média 3,3 anos mais idosas, sendo esta uma diferença significativa. O estudo Framingham¹⁰ demonstra que a incidência da DAC é menor nas mulheres, tanto na pré como após a menopausa, além de existir um intervalo de sete a dez anos de proteção na incidência da DAC nas mulheres. Admite-se que esta diferença decorra do estado hormonal, pois se sabe que a incidência da DAC é menor na pré-menopausa, provavelmente devido ao efeito protetor do estrogênio, aumentando significativamente após a menopausa. Os efeitos protetores do estrogênio estão relacionados com melhor perfil lipídico, metabolismo da glicose, menor fibrinogênio sérico e com a ação direta do estrogênio no sistema vascular, inibindo a aterogênese e a trombogênese. Após a menopausa, com a redução das concentrações séricas de HDL-colesterol e aumento de LDL-colesterol, instalar-se-ia um perfil lipoprotéico de risco para a DAC¹¹.

No que se refere à escolaridade, 69,8% dos pacientes apresentaram o primeiro grau incompleto e a diferença existente entre os gêneros (66,7% dos homens e 77,7% das mulheres) é significativa. A taxa de analfabetismo na população acima de 15 anos no Estado de São Paulo no ano de 2000, segundo os dados do Sistema Estadual de Análise de Dados¹², era de 6,64%, resultado próximo ao da população estudada, que foi de 7,4%. A Fundação SEADE aponta também que o número médio de anos de estudo do chefe do domicílio é de 6,43 anos, o que coincide com nossos dados, que apontaram para uma porcentagem elevada de pacientes com escolaridade até primeiro grau incompleto (69,8%). Nota-se, então, que a escolaridade da população estudada foi coincidente com aquela da população do Estado de São Paulo.

Quanto ao estado civil, a diferença significativa entre homens e mulheres em relação ao número de casados e viúvas pode ser explicada pela diferença na esperança de vida que, segundo dados do Ministério da Saúde¹³, é em média seis anos a mais para as mulheres, o que justificaria a porcentagem elevada de viuvez entre elas.

No exercício profissional também encontramos diferenças significativas: 71,1% das mulheres não exerciam qualquer atividade profissional e apenas 25% dos homens encontraram-se nessa situação. Vários fatores podem ter contribuído para esse quadro; a idade é um deles. As mulheres eram em média 3,3 anos mais idosas; outro é o fato da aposentadoria feminina ocorrer mais precocemente (cinco anos antes) e, finalmente, nosso grupo feminino era formado predominantemente por mulheres de baixa escolaridade e como esta condição, na maioria das vezes, redundava no achado de trabalhos mais pesados, é possível que as limitações físicas impostas pela coronariopatia causem restrições ao trabalho fora de casa. Ademais, estudos sobre trabalho feminino¹⁴ têm mostrado outros importantes aspectos, não só para a intensidade da incorporação das mulheres ao mercado, mas também para as características de inclusão, que se dá em dois pólos desiguais em relação à qualidade do emprego. De um lado, ocupações de má qualidade quanto a níveis de rendimento, formalização das relações e proteção no trabalho, como o emprego doméstico. No outro extremo, as melhores ocupações, entre as quais estariam as profissões de nível superior, nas quais as mulheres passaram a ingressar principal-

mente em decorrência da ampliação de sua escolaridade e acesso ao nível superior de ensino, o que não é o caso da população estudada.

A depressão tem sido apontada como um importante fator de interferência no retorno ao trabalho após as cirurgias de revascularização do miocárdio, ao lado de outras seqüelas psicológicas como ansiedade, distúrbios cognitivos e estresse. Refere ainda que outros fatores também influenciam no retorno ao trabalho como o *status* de trabalho na fase pré-operatória, os sintomas apresentados após a cirurgia, a idade, o nível educacional, a satisfação prévia com o trabalho e a sensação de bem-estar¹⁵.

Em nosso estudo, a avaliação que os pacientes de ambos os sexos fizeram a respeito das dificuldades enfrentadas na execução do trabalho assinalou que, com o decorrer do primeiro ano após o procedimento, estas diminuíram. Esse fato justificar-se-ia pela melhora da capacidade funcional e dos aspectos físicos decorrentes dos procedimentos. Observou-se movimento semelhante no que se refere a necessidades e crises pessoais, bem como a preocupações financeiras. A coronariopatia exerce fortes impactos físicos, emocionais e sociais, comprometendo de forma importante a qualidade de vida, porém, após a realização de procedimentos terapêuticos, além da melhora física e emocional, há possibilidade do paciente elaborar a situação vivida e adaptar-se a possíveis limites e alterações no seu estilo de vida.

A análise do perfil demográfico apontou para três achados principais: as mulheres eram mais idosas, possuíam menor escolaridade e houve diferença de gênero em relação ao exercício profissional, sendo os homens mais ativos profissionalmente.

A discussão será agora focalizada na avaliação da qualidade de vida, comparando-se os resultados obtidos pelos pacientes nas diferentes intervenções terapêuticas.

Nos últimos 20 anos, tem havido um reconhecimento crescente da importância da auto-avaliação do paciente em relação a sua qualidade de vida, resultando em aumento de instrumentos para sua mensuração; o SF-36 tem sido um dos mais utilizados em pesquisas de saúde por ser um questionário simples e relativamente breve.

Comparando-se a avaliação da qualidade de vida pelo SF-36 dos pacientes submetidos aos três tipos de intervenção terapêutica, pôde-se constatar que as mudanças nos resultados entre a fase inicial, aos 6 e aos 12 meses foram significativas nas dimensões físicas e mentais. Os aspectos físicos, na avaliação inicial, eram muito prejudicados pelos sintomas limitantes da coronariopatia como cansaço, dor no peito, dispnéia que, após as intervenções, melhoraram, restituindo a possibilidade de uma vida com maior qualidade do ponto de vista físico. Já os aspectos mentais são atingidos inicialmente pelo impacto da perda da saúde. O surgimento da doença aponta para o indivíduo sua vulnerabilidade, fragilidade e traz consigo a consciência da própria finitude. Toda vez que se perde um objeto valorizado, seja a pessoa amada, um objeto material especial, emprego, *status*, saúde, a resposta imediata é um processo psicológico de luto, que se caracteriza por espírito deprimido, perda de interesse e inibição de atividades. Se este processo tiver um curso normal, chegará a uma fase de elaboração em que o trauma da perda é superado e o estado de saúde é restabelecido¹⁶. Dessa forma, entende-se porque os aspectos mentais do SF-36 mostraram-se inicialmente prejudicados e apresentaram melhora com o passar do tempo.

A comparação da qualidade de vida nos pacientes submetidos aos diferentes tratamentos revelou que os que realizaram cirurgia de revascularização do miocárdio apresentaram os piores resultados na avaliação inicial, porém aos 6 e 12 meses após o procedimento ocorreu melhora progressiva, superando os pacientes submetidos a tratamento clínico e a angioplastia em quase todas as dimensões do SF-36. Por isso, pode-se considerar que, embora os pacientes cirúrgicos fossem os mais comprometidos em sua qualidade de vida do ponto de vista dos componentes físicos e mentais, a cirurgia proporcionou incremento significativo de qualidade.

O projeto Cabri⁶ comparou o tratamento cirúrgico com a angioplastia em pacientes coronariopatas; apesar de não ter usado como instrumento o SF-36 e sim o *Nottingham Health Profile*, seus resultados revelaram que após um ano não ocorrem diferenças significativas na qualidade de vida dos pacientes submetidos a cirurgia de revascularização e angioplastia. Entretanto, seus resultados foram mais favoráveis em relação ao nível de energia no grupo cirúrgico, semelhante ao nosso estudo.

O Cabri também não apontou diferenças entre os dois grupos em termos de mortalidade ou de eventos de infarto do miocárdio não fatal após um ano, mas o número de reintervenções, consumo de drogas e prevalência de angina após um ano foram menores no grupo cirúrgico.

No presente estudo, os pacientes que realizaram angioplastia apresentaram melhores resultados na fase inicial, porém, nas avaliações subsequêntes, embora mostrassem melhora, esta foi de menor intensidade quando comparada aos cirúrgicos. Nos pacientes que receberam tratamento clínico, após a melhora apresentada na avaliação de seis meses, pôde-se observar uma pequena queda nos resultados de um ano.

O estudo Rita-2⁷ avaliou a qualidade de vida pelo SF-36 após três meses, um e três anos em pacientes portadores de angina submetidos a angioplastia e a tratamento clínico. Concluíram que a angioplastia incrementa substancialmente a percepção da qualidade de vida, especialmente em relação à capacidade funcional e vitalidade, quando comparada ao grupo submetido a tratamento clínico, aspecto que também pôde ser constatado em nosso estudo.

No presente estudo, ao comparar-se os resultados obtidos por homens e mulheres, pôde-se notar diferença significativa entre os gêneros. Os homens portadores de DAC apresentaram melhor qualidade de vida no início do tratamento, com melhores resultados em todas as dimensões do SF-36 quando comparados às mulheres. Além da diferença inicial, observou-se também que os homens se beneficiaram progressivamente 6 e 12 meses após a realização das intervenções terapêuticas, diferenciando-se das mulheres, que apresentaram melhora após 6 meses, porém aos 12 tiveram queda nos resultados em todas as dimensões. Um estudo multicêntrico realizado no Canadá, o *Canadian Multicentre Osteoporosis Study* (CaMos)¹⁷, elaborado para estimar a prevalência e incidência de osteoporose e fraturas osteoporóticas em homens e mulheres, utilizou o SF-36 e demonstrou que os homens obtiveram resultados maiores do que as mulheres em todos os oito domínios do SF-36.

Na avaliação inicial, as mulheres demonstraram maior prejuízo em relação aos homens na capacidade funcional, seguida dos aspectos emocionais, aspectos sociais, saúde mental e vitalidade. Dessa forma, o maior prejuízo das mulheres diz respeito aos componentes mentais.

A literatura aponta para a necessidade de uma especial atenção para os transtornos de humor nas mulheres, uma vez que há maior

prevalência de depressão na população feminina, quando comparada à masculina, na proporção dois para um. De fato, os distúrbios psiquiátricos mais prevalentes da metade para a última fase da vida são as doenças depressivas, e as mulheres são mais vulneráveis¹⁸. Tal fato pode ser importante fator de influência na qualidade de vida. A depressão relacionada à cirurgia parece ser principalmente um quadro reativo ao estresse provocado pela indicação, pelo trauma cirúrgico e pelas perdas transitórias que a cirurgia acarreta. Em alguns casos, a cirurgia mobiliza o estado depressivo em pessoas predispostas ou que já apresentam algum grau de depressão, isto é, já há depressão no pré-operatório, que pode aumentar no pós-operatório imediato e diminuir aos níveis prévios após meses. A depressão é um fator preditivo de reinternação, de pior qualidade de vida, de maior frequência de sintomas a despeito de melhora objetiva na tolerância ao exercício e de maior número de eventos cardíacos a longo prazo¹⁹.

No presente estudo, na avaliação após seis meses, os resultados obtidos pelas mulheres aproximaram-se muito dos homens, mantendo-se distantes apenas na vitalidade, que é um componente mental, mas que sofre forte influência dos componentes físicos. Aos 12 meses, as mulheres voltaram a apresentar prejuízos em relação aos homens, com comprometimento dos componentes físicos e mentais.

Este estudo envolveu pacientes acima de 40 anos; dessa forma, as mulheres participantes encontravam-se no climatério pré e após a menopausa. Cabe lembrar que a ocorrência de sintomas no climatério não é universal para todas as mulheres, embora haja queixas e sintomas característicos como ondas de calor, suores frios, ganho de peso, dores de cabeça, entre outros. As queixas de fundo psicológico²⁰ mais características incluem irritação, variação de humor, depressão, esquecimentos, baixa concentração, excitação, crises de choro, pânico, sensação de sufocamento, preocupações com o corpo, nervosismo e ansiedade. Pode-se levantar como hipótese que esses aspectos interferem na auto-avaliação que as mulheres fazem dos diversos aspectos de sua qualidade de vida, justificando-se, assim, os piores resultados apresentados por elas no SF-36. Além disso, por estarem vivenciando uma fase crítica do desenvolvimento do adulto, a chegada ao meio da vida, talvez estejam mais disponíveis para uma auto-avaliação realística de suas condições físicas gerais e mais atentas para as manifestações de sinais indicadores de limites ou dificuldades.

Na análise dos resultados por gênero, particularizando-se diferentes faixas etárias, constatou-se que não houve diferença significativa na evolução dos resultados nas diferentes faixas etárias, tanto para homens quanto para mulheres, porém, alguns aspectos merecem ser salientados. Em relação aos aspectos físicos, as mulheres mais jovens (40 a 50 anos) apresentaram um desempenho semelhante ao dos homens, isto é, melhora progressiva com o decorrer do tempo.

No estado geral de saúde e na vitalidade, tanto os homens como as mulheres acima de 65 anos apresentaram os melhores resultados na fase inicial. Uma hipótese a ser levantada é que pessoas idosas enfrentam mais facilmente as mudanças decorrentes de perdas, particularmente em relação à diminuição da saúde, e talvez utilizem mais eficazmente mecanismos de adaptação a estas perdas, com expectativas mais realistas.

Quanto ao aspecto emocional, homens e mulheres mais jovens apresentaram movimento semelhante de melhora progressiva com o decorrer do tempo. Na fase inicial, os homens mais jovens atingiram os piores resultados no aspecto emocional e saúde mental, o que denota

que o impacto emocional do adoecer nos homens mais jovens parece ser maior. O surgimento inesperado da doença pode ter desencadeado sentimentos de vulnerabilidade e impotência, atingindo-os em seus aspectos mentais; porém, com a melhora dos aspectos físicos, podem ter se recuperado emocionalmente, atingindo após 12 meses da realização dos procedimentos os melhores resultados.

A diferenciação entre os gêneros no que diz respeito à avaliação de qualidade de vida pode ter influência de diversos fatores. A doença cardiovascular tem pior evolução entre as mulheres, além de apresentarem maior prevalência de comorbidades como osteoporose e depressão. Acrescenta-se o fato de serem mais idosas que os homens e terem maior facilidade para expressar a realidade na auto-avaliação.

A continuidade deste estudo faz-se necessária a fim de termos uma visão a longo prazo dos rumos que a qualidade de vida desses pacientes irá tomar. Questionamentos surgem. Após cinco anos das intervenções terapêuticas, os pacientes cirúrgicos continuarão com melhor qualidade de vida? A diferença entre os gêneros sustentar-se-á?

CONCLUSÕES

Houve incremento na qualidade de vida dos pacientes submetidos aos três tipos de intervenção terapêutica, entretanto, os pacientes que realizaram cirurgia de revascularização do miocárdio tiveram evolução mais favorável.

Houve diferença entre gêneros, os homens apresentaram melhor qualidade de vida no início do tratamento e melhora progressiva aos 6 e 12 meses após a realização dos procedimentos. As mulheres apresentaram melhora após 6 meses seguida de queda aos 12 meses.

Não houve influência significativa das faixas etárias, para ambos os sexos, na evolução da qualidade de vida.

Conflito de interesse: não há

SUMMARY

QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH CORONARY ARTERY DISEASE: COMPARISON BETWEEN GENDERS

OBJECTIVE. To analyze the quality of life of people with coronary artery disease (CAD) who underwent distinct therapeutic interventions and compare the possible differences between genders.

METHODS. This study comprised 542 subjects, 376 men (58.5 ± 8.7 years) and 166 women (61.8 ± 9.2 years), with CAD who underwent surgical, medical treatment or angioplasty. Quality of life was assessed with The Medical Outcomes Study 36-item Short-Form Health Survey (SF-36) administered at the beginning of treatment and after 6 and 12 months. The applied statistical method was the ANOVA test.

RESULTS. Those who underwent surgical treatment had scores of 46, 63, 68, for physical components; 52, 65, 62 for medical treatment, and 57, 66, 70 for angioplasty, respectively, in the initial, six, and twelve months phases. For mental components, results were 58, 71, 74 for the surgical intervention; 61, 69, 69 for the medical treatment, 64, 74, 74 for angioplasty. The differences over time and between treatments reached a statistical significance ($p < 0.001$). In comparing genders, physical component scores in men were 56*, 69, 77*, and 41*, 64, 62* in women, respectively; mental component scores in men were 61*, 73, 80* and 51*, 68, 62* in women (* $p < 0.0001$).

CONCLUSIONS. Subjects who underwent surgical treatment had the most

favorable evolution. Men when compared to women had a better quality of life in the beginning of treatment with a progressive improvement after six and twelve months, while women, after an improvement at six months, presented a decrease at twelve. [Rev Assoc Med Bras 2006; 52(4): 236-41]

KEY WORDS: Quality of life. Coronary artery disease. Gender differences. Psychology.

REFERÊNCIAS

- Murray CJL, Lopez AD, editors. The global burden of disease. Boston: Harvard University Press; 1996.
- Fleck MPA. Avaliação de qualidade de vida. In Fráguas Júnior R, Figueiró JAB. Depressões em medicina interna e em outras condições médicas: depressões secundárias. São Paulo: Atheneu; 2001. p.33- 43.
- Bowling A. What things are important in people's lives? A survey of the public's judgements to inform scales of health related quality of life. Soc Sci Med 1995;41:1447-62.
- The WHOQOL Group. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. Soc Sci Med 1998;46:1569-85.
- Lotufo PA. Doenças cardiovasculares no Brasil: por que altas taxas de mortalidade? Rev Soc Cardiol Estado São Paulo 1996;6:667-71.
- Wahrborg P. Quality of life after coronary angioplasty or bypass surgery. 1-year follow-up in the Coronary Angioplasty versus Bypass Revascularization investigation (CABRI) trial. Eur Heart J 1999;20:653-8.
- Pocock SJ, Henderson RA, Clayton T, Lyman GH, Chamberlain DA. Quality of life after coronary angioplasty or continued medical treatment for angina: three-year follow-up in the RITA-2 trial. J Am Coll Cardiol 2000;35:907-14.
- Ware JE, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual frame work and item selection. Med Care 1992;30:473 - 83.
- Ciconelli RM., Ferraz MB, Santos W, Meinão J, Quaresma MR. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). Rev Bras Reumatol 1999;39:143-50.
- Kannel WB, Hjortland MC, McNamara PM, Gordon T. Menopause and risk of cardiovascular disease: The Framingham Study. Ann Intern Med 1976;85:447-52.
- Mansur AP, Aldrighi JM. Doença coronária na mulher. Rev Bras Med 2000;57:440-5.
- Fundação SEADE. Informações dos municípios paulistas: educação [online]. Disponível em: <http://www.seade.gov.br>. [2004 mar 1].
- Ministério da Saúde. Datasus. Informações de saúde [online]. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br>. [2004 mar 1].
- Bruschini C. Gênero e trabalho no Brasil: novas conquistas ou persistência da discriminação?. In: Rocha MIB, roganizador. Trabalho e gênero: mudanças permanências e desafios. Campinas: Abep; 2000. p.13-58.
- Niles NW, Vander Salm TJ, Cutler BS. Return to work after coronary artery bypass operation. J Thorac Cardiovasc Surg 1980;79:916-21.
- Bromberg MHPF. Psicoterapia em situações de perdas e luto. Campinas: Editorial Psy II; 1994.
- Hopman WA, Towheed T, Anastasiades T, Tenenhouse A, Poliquin S, Berger C. Canadian normative data for the SF-36 health survey. CMAJ 2000;163:265-71.
- Schindler BA. The psychiatric disorders of midlife. Med Clin North Am 1987;71:71-85.
- Glassman AH, Shapiro PA. Depression and course of coronary artery disease. Am J Psychiatry 1998;155:4-11.
- Bernstein AE, Lenhart SA. The psychodynamic treatment of women. New York: American Psychiatry Press; 1993.

Artigo recebido: 03/03/05

Aceito para publicação: 17/10/05