

Doença Isquêmica do Coração e as mulheres

Entrevista com a presidente da SOCESP – Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo, Maria Cristina Izar

O que levou ao aumento de mortes de mulheres entre 35 e 54 anos por causa da doença isquêmica do coração?

Maria Cristina Izar: O crescimento da população e o aumento da expectativa de vida geraram incremento do número total de mortes por doença isquêmica do coração (DIC) no mundo. As taxas de mortalidade por DIC padronizadas por idade em mulheres e homens diminuíram de forma gradual na maioria dos países, provavelmente devido a melhorias no diagnóstico e tratamento, apesar de um aumento relevante da obesidade, da elevação da glicose sérica de jejum e da síndrome metabólica. Já a incidência da doença isquêmica do coração (DIC) diminuiu no Brasil nos últimos 20 anos. Nas mulheres, caiu de 58,7% para 52,3% e, em homens, de 52,5% para 46,6%, porém continua como a principal causa de mortes no país, responsável pelo aumento dos óbitos femininos de 35 a 54 anos. A provável explicação para esse fato é que as mulheres apresentam maior impacto dos fatores de risco cardiovasculares tradicionais – hipertensão, obesidade, colesterol elevado, diabetes, tabagismo e sedentarismo – que são mais evidentes nas mulheres diagnosticadas com doença isquêmica do coração em relação aos homens.

Além disso, as mulheres apresentam maior frequência de fatores de risco não tradicionais, sub-reconhecidos, como estresse mental, depressão, doenças autoimunes e sofrem maior consequência das desvantagens sociais devidas a raça, etnicidade e renda. Mulheres ainda estão exclusivamente sujeitas a doença hipertensiva da gestação, diabetes gestacional e aos efeitos do tratamento do câncer de mama.

Embora também predispostas às doenças cardiovasculares, as mulheres são menos submetidas a procedimentos diagnósticos e terapêuticos, como coronariografias, angioplastias e a procedimentos cirúrgicos do que os homens. A dor anginosa pode não ter as mesmas características apresentadas pelo homem, levando a retardo do diagnóstico. Elas são vitimadas por infarto na ausência de obstruções coronárias, chamada de MINOCA (Myocardial Infarction and Nonobstrutive Coronary Arteries). Também têm maior taxa de morte durante uma cirurgia de revascularização do miocárdio (RVM), indicada quando há artérias obstruídas, visando restabelecer o fluxo sanguíneo para as artérias coronárias. Em conjunto, todos esses aspectos levam à maior morbi-mortalidade de mulheres com doença isquêmica do coração.

Por que as doenças cardiovasculares em mulheres jovens tendem a ser mais agressivas, apesar da sua proteção hormonal?

Maria Cristina Izar: Possivelmente, por não se presumir que uma mulher jovem, protegida pelos estrógenos naturais, possa ser vitimada das doenças cardiovasculares de modo geral, o que chega a limitar a busca por tratamento. A

procura por ajuda tardiamente justificaria a maior mortalidade hospitalar por causas cardiovasculares. As queixas podem ser “atípicas” e, frequentemente, são confundidas ou rotuladas como atribuíveis a problemas emocionais e não a um sintoma de uma doença cardiovascular, reduzindo a atenção aos sintomas cardiovasculares na mulher.

Dados do Posicionamento sobre Doença Isquêmica do Coração – A Mulher no Centro do Cuidado – mostram que estratégias de prevenção primária (estilo de vida saudável e uso de medicamentos de eficácia comprovada) foram mais frequentemente propostas às mulheres, que, por sua vez, apresentaram menor incidência de DCV. Porém, os tratamentos de prevenção secundária para DIC foram menos frequentes em mulheres do que em homens. Essas diferenças entre mulheres e homens com relação a tratamentos e resultados foram mais marcantes em países de baixa e média renda. O acúmulo de funções e o excesso de preocupações com a família tendem a fazer com que as mulheres se coloquem em segundo plano se o assunto é saúde, o que pode explicar este cenário.

Existem diferenças anatômicas no coração das mulheres e dos homens? Isso poderia facilitar a incidência da doença isquêmica do coração?

Maria Cristina Izar: As mulheres, em geral, apresentam-se com artérias coronárias mais finas, muitas vezes tortuosas e são mais vitimadas pelo infarto na ausência de obstrução arterial coronária, conhecido pela sigla MINOCA (Myocardial Infarction and Nonobstrutive Coronary Arteries).

Outro achado de estudos é a significativa mortalidade feminina durante a Cirurgia de Revascularização do Miocárdio (RVM), indicada quando há artérias obstruídas, criando-se um novo caminho para o sangue chegar ao coração. É possível que o menor calibre das artérias explique essa diferença. De acordo com as estatísticas, as pacientes submetidas ao procedimento apresentam mais complicações pós-operatórias na comparação com os homens, sendo que as mais jovens, abaixo dos 50 anos, têm três vezes mais risco de morrer.

Quais são os sintomas da doença isquêmica do coração? Eles que podem ser diferentes entre os homens e as mulheres?

Maria Cristina Izar: As diferenças entre os sexos na percepção da dor são bem descritas, e a mulher tem maior consciência da dor em comparação ao homem. Isso potencialmente leva as mulheres a terem maior sensibilidade, mas menor especificidade para dor torácica cardíaca. Mulheres mais jovens na pré-menopausa com níveis relativamente altos de estrogênio têm uma maior percepção da dor em comparação às mais velhas na pós-menopausa com níveis mais baixos de estrogênio. Os sintomas isquêmicos das mulheres são mais relacionados ao estresse emocional ou mental e menos frequentemente precipitados pela atividade física em comparação aos dos homens. Assim, na história clínica de dor torácica em mulheres, é fundamental incluir, além das manifestações de doença cardiovascular e de fatores de risco clássicos, os fatores de risco específicos do sexo feminino e os determinantes psicossociais da saúde, notadamente depressão e estresse. Além dos sintomas de dor, mulheres têm

maior prevalência de outros sintomas, como palpitações, falta de ar, dor maxilar, cervical e no dorso.

Quais são os fatores de risco para a doença isquêmica do coração? Eles podem ser diferentes nos entre homens e mulheres?

Maria Cristina Izar: Além dos fatores de risco tradicionais – hipertensão, obesidade, colesterol elevado, diabetes, tabagismo e sedentarismo –, que podem ter impacto distinto em mulheres, elas apresentam fatores de risco exclusivos às mulheres, como menarca precoce, uso de contraceptivos orais, síndrome dos ovários policísticos, menopausa precoce, distúrbios inflamatórios sistêmicos e doenças auto-imunes, que são mais frequentes nas mulheres (artrite reumatóide e lúpus eritematoso sistêmico), radiação e quimioterapia para tratamento do câncer de mama, distúrbios relacionados à gestação, como o diabetes gestacional e a doença hipertensiva da gravidez, situações que aumentam o risco de eventos cardiovasculares e sua prematuridade. Há ainda os fatores sub-reconhecidos na mulher, de difícil mensuração, mas que impactam a saúde cardiovascular das mulheres, como distúrbios de ansiedade/ depressão, determinantes sociais de saúde, abuso sexual e violência, privação socioeconômica e baixa escolaridade, considerados potencializadores de doença cardiovascular, sendo importante sua investigação na estratificação de risco das mulheres.

As mulheres demoram mais para procurar ajuda quanto têm uma doença isquêmica do coração? Existe uma demora maior para as mulheres, em relação aos homens, no diagnóstico e tratamento?

Maria Cristina Izar: As diferenças entre os sexos na percepção da dor são bem descritas, e a mulher tem maior consciência da dor em comparação ao homem. Isso potencialmente leva as mulheres a terem maior sensibilidade, mas menor especificidade para dor torácica cardíaca. Mulheres mais jovens na pré-menopausa com níveis relativamente altos de estrogênio têm uma maior percepção da dor em comparação às mais velhas na pós-menopausa com níveis mais baixos de estrogênio. Os sintomas isquêmicos das mulheres são mais relacionados ao estresse emocional ou mental e menos frequentemente precipitados pela atividade física em comparação aos dos homens. Assim, na história clínica de dor torácica em mulheres, é fundamental incluir, além das manifestações de doença cardiovascular e de fatores de risco clássicos, os fatores de risco específicos do sexo feminino e os determinantes psicossociais da saúde, notadamente depressão e estresse. Além dos sintomas de dor, mulheres têm

maior prevalência de outros sintomas, como palpitações, falta de ar, dor maxilar, cervical e no dorso.

Quais são os fatores de risco para a doença isquêmica do coração? Eles podem ser diferentes nos entre homens e mulheres?

Maria Cristina Izar: Além dos fatores de risco tradicionais – hipertensão, obesidade, colesterol elevado, diabetes, tabagismo e sedentarismo –, que podem ter impacto distinto em mulheres, elas apresentam fatores de risco exclusivos às mulheres, como menarca precoce, uso de contraceptivos orais, síndrome dos ovários policísticos, menopausa precoce, distúrbios inflamatórios sistêmicos e doenças auto-imunes, que são mais frequentes nas mulheres (artrite reumatóide e lúpus eritematoso sistêmico), radiação e quimioterapia para tratamento do câncer de mama, distúrbios relacionados à gestação, como o diabetes gestacional e a doença hipertensiva da gravidez, situações que aumentam o risco de eventos cardiovasculares e sua prematuridade. Há ainda os fatores sub-reconhecidos na mulher, de difícil mensuração, mas que impactam a saúde cardiovascular das mulheres, como distúrbios de ansiedade/ depressão, determinantes sociais de saúde, abuso sexual e violência, privação socioeconômica e baixa escolaridade, considerados potencializadores de doença cardiovascular, sendo importante sua investigação na estratificação de risco das mulheres.

As mulheres demoram mais para procurar ajuda quanto têm uma doença isquêmica do coração? Existe uma demora maior para as mulheres, em relação aos homens, no diagnóstico e tratamento?

Maria Cristina Izar: Apenas recentemente, as publicações passaram a observar as diferenças sexo-específicas nas doenças cardiovasculares e, não se compreendia as diferenças fisiopatológicas que afetam exclusivamente as mulheres. A falta de reconhecimento das diferenças biológicas e socioculturais específicas do sexo na apresentação da doença isquêmica do coração pode, em parte, explicar disparidades, o que leva a atrasos no diagnóstico e tratamento.

Essas diferenças se manifestam por diferentes características dos sintomas anginosos nas mulheres muitas vezes descritos como “atípicos”, termo que deve ser evitado, pois induz a própria paciente e também o profissional de saúde a não pensar em doença isquêmica do coração e retardar o diagnóstico.