



**FICHA INFORMATIVA para profissionais de
saúde**

GENCAD

**As diferenças de género na doença arterial
coronária na Europa**



As diferenças de género nos fatores clássicos de risco

- A doença arterial coronária desenvolve-se 7 a 10 anos mais tarde em mulheres, comparativamente com os homens. Em geral as mulheres são mais afetadas porque têm uma esperança de vida maior e a doença desenvolve-se numa idade avançada.¹
- A hipertensão ocorre mais frequentemente nos homens antes de atingirem os 50 anos e nas mulheres após os 50 anos. A hipertensão leva a mais enfartes e a insuficiência cardíaca nas mulheres do que nos homens.^{2,3}
- A diabetes aumenta mais o risco de doença cardiovascular nas mulheres do que nos homens.^{4,5} As mulheres com diabetes e fatores de risco associados são doente de alto risco e precisam de gestão e tratamento intensivo.⁶
- A dislipidemia é um fator de risco tão alto nas mulheres como nos homens. A terapêutica de redução de lípidos deve, assim, ser usada tanto nas mulheres como nos homens.¹
- O tabagismo é um fator de risco relativamente maior nas mulheres mais jovens do que nos homens e a taxa de tabagismo nas mulheres foi menos reduzida do que nos homens.⁷

- *Idade*
- *Hipertensão*
- *Diabetes*
- *Tabagismo*



Diferenças de género nos fatores não clássicos de risco

- Um estatuto socioeconómico baixo contribui para as disparidades de género na saúde cardiovascular.^{8,9}
- A depressão e o stress mental continuado ocorrem mais frequentemente nas mulheres do que nos homens e são fatores de risco mais importantes nas mulheres.^{10,11}
- As doenças auto-imunes e reumáticas ocorrerem mais frequentemente em mulheres e estão frequentemente associadas a doenças cardiovasculares.¹²
- A pré-eclâmpsia é um fator de risco cada vez mais reconhecido em mulheres.¹³ As mulheres que desenvolvem pré-eclâmpsia têm um risco duas vezes mais elevado de desenvolverem mais tarde uma doença cardiovascular.¹⁴⁻¹⁷
- Os fatores genéticos são importantes na doença cardíaca prematura nas mulheres e nos homens.¹⁸
- A disfunção erétil está associada aos riscos de saúde em termos metabólicos e para a saúde cardiovascular gerais nos homens.¹⁹
- A menopausa, a síndrome dos ovários poliquísticos, a andropausa e o hipogonadismo estão associados ao aumento do risco cardiovascular nas mulheres e nos homens.^{2,13,19,20,21}

- *Estatuto socioeconómico*
- *Stress psicológico*
- *Doenças auto-imunes e reumáticas*
- *Pré-eclâmpsia*
- *Hormonas sexuais*



Mecanismos da doença específicos do género

- Nos homens, a arteriosclerose das grandes artérias coronárias é o mecanismo dominante que leva à isquémia miocárdica e ao enfarte.²²
- As mulheres de meia-idade têm frequentemente angina de peito e isquémia miocárdica na presença de artérias coronárias normais. O termo cardiopatia isquémica é adequado para esta forma de doença.²³⁻²⁵
- Perturbações funcionais e espasmos das grandes artérias e das veias mais pequenas (a microcirculação) do coração ou uma exigência aumentada do tecido do miocárdio pode causar doença cardíaca isquémica que ocorre preferencialmente nas mulheres.^{23,25,26}

- *Arteriosclerose da grande artéria coronária*
- *Cardiopatia isquémica*
- *Doença coronária funcional não-obstrutiva*
- *Cardiopatia, espasmos e dissecções induzidas por stress*
- *Doença cardíaca na gravidez e no período gestacional*

- As doenças cardíacas, os espasmos da artéria coronária e a dissecção espontânea da artéria coronária provocadas pelo stress (rugas longitudinais na parede) causam um número maior de síndromes coronárias relativamente mais graves nas mulheres do que nos homens.²⁷⁻³⁰
- No período da gravidez e do período periparto, a pré-eclâmpsia, a miocardiopatia do periparto e a dissecção da artéria coronária deve ser suspeitada em mulheres sintomáticas.^{29, 31}

O género na prevenção

- As mulheres subestimam o seu risco relativamente a doenças cardiovasculares e estão menos recetivas a ações preventivas do que os homens.²¹ Os objetivos secundários de prevenção são atingidos com menos frequência nas mulheres do que nos homens.³²⁻³⁴
- O exercício é um fator de proteção mais forte nas mulheres, mas as mulheres fazem menos exercício do que os homens.^{5,35}
- Parar de fumar é mais difícil para as mulheres do que para os homens.⁷
- Uma alimentação saudável é um fator de proteção forte e subutilizado nas mulheres e nos homens.^{5,21} Os homens geralmente usam menos a alimentação saudável do que as mulheres.³⁶
- A terapêutica hormonal e os moduladores seletivos dos recetores de estrogénio (SERM) não devem ser utilizados para a prevenção primária ou secundária de doenças cardiovasculares doença.²¹
- A utilização rotineira de aspirina pelas mulheres com menos de 65 anos não é recomendada para prevenir enfartes do miocárdio.³⁷ No entanto, a aspirina é importante na prevenção primária do enfarte do miocárdio nos homens.^{21,38}

- *Consciencialização*
- *Exercício*
- *Cessaçã de fumar*
- *Nutrição*
- *Terapêutica hormonal e SERMs*
- *Aspirina*



O género nas manifestações clínicas e no diagnóstico

- As mulheres com isquemia miocárdica e enfarte podem apresentar uma maior variedade de sintomas do que os homens.²⁹
- O ECG é normalmente um indicador de isquémia miocárdica. No entanto, as mulheres apresentam as alterações nos ECG mais frequentemente do que os homens, causadas por outros fatores para além da isquemia miocárdica.^{39, 40}
- As mulheres têm uma tolerância relativamente mais baixa ao exercício do que os homens e o ECG com prova de esforço.^{39, 40}
- O uso de troponinas de elevada sensibilidade e os limiares específicos do género melhoram o diagnóstico de enfarte do miocárdio nas mulheres.⁴¹⁻⁴³
- A angiografia coronária não deve ser usada como primeiro teste para diagnosticar a isquémia miocárdica em mulheres jovens ou de meiaidade que têm outros fatores de risco para CAD.⁴⁴ São recomendadas técnicas de imagiologia mais recentes pelas diretrizes do ESC nesses doente.^{39, 40}
- As técnicas de imagiologia sem radiação devem ser preferidas em mulheres mais jovens com suspeita de isquémia miocárdica.^{39, 40, 45, 46}

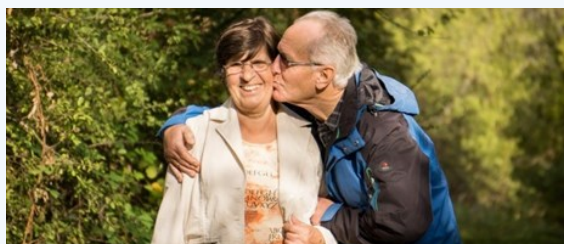
- *Sintomas específicos do género*
- *Alterações no ECG não específicas nas mulheres*
- *Menor tolerância ao exercício nas mulheres*
- *Angiografia coronária não como primeiro teste para isquemia miocárdica em mulheres de baixo risco*
- *Diagnóstico de imagem e sem radiação para suspeita de CAD em mulheres mais jovens*



Género, gestão e resultados

- As mulheres, em especial, as mulheres mais velhas com suspeita de enfarte do miocárdio, chegam mais tarde às urgências hospitalares do que os homens.²⁹
- A reabilitação cardiovascular após um enfarte do miocárdio não está disponível a homens e mulheres de igual forma.⁴⁷
- O tratamento de CAD em homens e mulheres deve ser executado de acordo com as diretrizes atuais para mulheres e homens. As mulheres obtêm os mesmos benefícios de uma cirurgia de derivação bypass e intervenção coronária percutânea, que os homens.³⁹
- As mulheres têm mais complicações e mais dor residual após intervenções coronárias devido a isquemia miocárdica.^{48, 49}
- As mulheres têm maior mortalidade e pior qualidade de vida relacionada com a saúde após cirurgia eletiva de revascularização do miocárdio.^{10, 50-52}

- *Chegada mais tardia às urgências hospitalares das mulheres com enfarte do miocárdio do que dos homens*
- *Acesso desigual à reabilitação cardíaca*
- *Aderência às orientações do ESC para tratamento de CAD em mulheres e homens*
- *Diferenças de género e intervenções coronárias e cirurgia de revascularização*
- *Pior qualidade de vida e mais complicações em mulheres após intervenções coronárias*



Conclusão

- ***A doença arterial coronária difere significativamente nos homens e nas mulheres europeus, na distribuição etária, prevenção, manifestações clínicas, em resposta a terapêuticas e resultados.***
- ***Sempre que gerir mulheres e homens com fatores de risco ou doença arterial coronária, pensar nas diferenças na prevenção, diagnóstico e terapêutica.***
- ***Considere sempre os fatores de risco convencionais em mulheres e homens. Disfunção hormonal e mau estilo de vida aumentam o risco em ambos os casos.***
- ***Escolha testes adequados e adaptados ao risco, não-invasivos e invasivos para o diagnóstico da doença arterial coronária em mulheres e homens.***
- ***Escolha uma gestão farmacêutica adequada adaptada ao risco e invasiva para a terapêutica da doença arterial coronária em mulheres e homens.***

© União Europeia, 2017

Parceiros do projeto GenCAD: Institute of Gender in Medicine, Berlin School of Public Health, Andalusian School of Public Health, European Public Health Association, Institute of Health and Wellbeing, Radboud University Medical Centre, European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation.

Projetos Piloto é uma iniciativa „de natureza experimental concebida para testar a viabilidade de uma ação e a sua utilidade“ e permite apropriações para ser inserido no orçamento da UE durante mais de dois anos fiscais consecutivos.

Para qualquer reprodução de textos ou fotos que não estejam ao abrigo de © da União Europeia, deve ser pedida autorização diretamente aos detentores dos direitos de autor: Shutterstock.de, iStock.de.

As informações e opiniões expressas nesta publicação são da responsabilidade dos autores e não refletem necessariamente a opinião oficial da Comissão Europeia. A Comissão não garante a exatidão das informações contidas nesta publicação. Nem a Comissão, nem qualquer pessoa a agir em nome da Comissão pode ser responsabilizada pela utilização que possa ser feita das informações contidas nesta publicação.

Este documento foi revisto em conformidade com as recomendações da Direcção-Geral da Saúde e Segurança Alimentar.