



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR
Ciências da Saúde

Estudo da ocorrência de Síndromes Coronárias Agudas em idade precoce na Região da Beira Interior

Diana Filipa Carreiro Lucas

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em
Medicina
(Ciclo de estudos integrado)

Orientador: Dr. Ricardo Tjeng

Covilhã, Fevereiro de 2018

Dedicatória

Dedico este trabalho final de curso aos meus queridos pais, que sempre foram o meu pilar e a minha força, que sempre acreditaram no meu sonho e na minha paixão pela Medicina.

Agradecimentos

À Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior e ao corpo docente do Mestrado Integrado de Medicina pela formação que ao longo destes seis anos me proporcionaram.

Aos profissionais que na ULS de Castelo Branco, Centro Hospitalar Cova da Beira e ULS da Guarda me facultaram os meios para a consulta dos processos clínicos.

Ao meu orientador, Dr. Ricardo Tjeng, pelo saber, competência, disponibilidade e simpatia.

Por último, aos meus pais, que nunca me negaram o seu apoio, confiança e presença.

Resumo

Introdução: Os fatores de risco cardiovasculares são universais, mas a sua importância varia entre diferentes populações, idades e sexos. O mesmo acontece relativamente ao tipo de síndrome coronária aguda experienciado, grau de doença arterial coronária e mortalidade hospitalar. O objetivo deste trabalho foi determinar as características clínicas dos doentes que desenvolveram síndromes coronárias agudas em idade precoce na Região da Beira interior, além da comparação entre sexos e grupos etários.

Metodologia: Este estudo envolveu os três hospitais da Região da Beira Interior. Foi baseado na análise dos processos clínicos dos doentes com síndromes coronárias agudas entre 1 de Janeiro de 2010 e 31 de Dezembro de 2016. Foram incluídos na amostra doentes com idade ≥ 18 anos e < 55 anos, para o sexo masculino, e ≥ 18 anos e < 65 anos, para o sexo feminino.

Resultados: A maioria dos doentes eram homens (62.84%). Não se observou nenhum caso em mulheres abaixo dos 34 anos. Dislipidemia, hipertensão arterial e tabaco foram os fatores de risco mais encontrados, sendo este último o principal naqueles com apenas um fator de risco. Os homens apresentaram maior consumo de tabaco e álcool e maior probabilidade de enfarte agudo do miocárdio com supradesnivelamento do segmento ST. Mulheres apresentaram mais hipertensão arterial, diabetes mellitus, depressão e maior probabilidade de angina instável. A maioria dos doentes apresentou dois fatores de risco e doença de um vaso coronário. A mortalidade hospitalar revelou ser baixa.

Discussão: As síndromes coronárias agudas ocorrem predominantemente em homens, independentemente da idade. São poucos os casos de mulheres em idade fértil devido ao efeito cardioprotetor dos estrogénios. Os fatores de risco mais prevalentes podem variar entre estudos, possivelmente devido às características das populações estudadas serem diferentes. Diferenças entre idades e sexos relativamente ao tipo de síndrome coronária aguda podem estar subjacentes a um mecanismo fisiopatológico diferente. Adultos jovens com síndromes coronárias agudas apresentam doença arterial coronária menos difusa, sendo a descoberta de artérias coronárias normais um achado algo comum nestes doentes, principalmente nas mulheres. A mortalidade hospitalar é baixa em virtude da presença de menos comorbilidades e complicações. No entanto, o prognóstico a longo prazo é menos favorável.

Conclusão: É de apostar na prevenção primordial logo desde tenra idade, não descurando a importância da prevenção primária e secundária, com evicção de consumos nefastos e tratamentos de condições já existentes.

Palavras-chave: Doença arterial coronária, Fatores de risco, Idade Precoce, Região da Beira interior, Síndromes coronárias agudas

Abstract

Introduction: Cardiovascular risk factors are universal, but their importance varies among different populations, ages and genders. The same applies to the type of acute coronary syndrome experienced, coronary artery disease extent and in-hospital mortality. The objective of this study was to determine the clinical characteristics of patients who developed acute coronary syndromes at an early age in the Beira Interior Region, and the comparison between genders and age groups.

Methodology: This study involved the three hospitals in the Beira Interior Region. It was based on the analysis of the clinical files of patients with acute coronary syndromes between 1st January 2010 and 31st December 2016. Patients aged ≥ 18 years and < 55 years, for males, and ≥ 18 years and < 65 years, for females, were included in the sample.

Results: Most patients were men (62.84%). No case has been observed in women under 34 years of age. Dyslipidemia, hypertension and tobacco were the most commonly found risk factors, the latter being the main risk factor in those with only one risk factor. Men showed higher consumption of tobacco and alcohol and a higher probability of acute myocardial infarction with supra-ST segment elevation. Women had more arterial hypertension, diabetes mellitus, depression and greater likelihood of unstable angina. Most patients had two risk factors and one coronary vessel disease. In-hospital mortality was found to be low.

Discussion: Acute coronary syndromes occur predominantly in men, regardless of age. There are few cases of women of childbearing age due to the cardio protective effect of estrogens. The most prevalent risk factors may vary between studies, possibly due to the different characteristics of the studied populations. Differences between genders and ages on the type of acute coronary syndrome may be a different underlying pathophysiological mechanism. Young adults with acute coronary syndromes have less diffuse coronary artery disease, and the discovery of normal coronary arteries is somehow common in these patients, especially in women. In-hospital mortality is low due to the presence of fewer complications and morbidities. However, the long-term prognosis is less favorable.

Conclusion: It is important to focus on primordial prevention from an early age, not neglecting the importance of primary and secondary prevention, avoiding harmful consumptions and treatments of existing conditions.

Key words: Coronary artery disease, Risk factors, Early Age, Beira Interior Region, Acute coronary syndromes.

Índice

Dedicatória	ii
Agradecimentos	iii
Resumo	iv
Abstract	v
Lista de Figuras.....	viii
Lista de Tabelas	ix
Acrónimos	xi
Introdução	1
Enquadramento teórico	1
Objetivos.....	2
Materiais e métodos	3
População em estudo	3
Recolha de dados e amostra.....	3
Análise dos dados	4
Ética	5
Resultados	6
Determinação e composição da amostra em estudo	6
Fatores de risco “tradicionais”	7
Fatores de risco “não tradicionais”	12
Tipo de SCA e presença de DAC	13
Mortalidade.....	17
SCA prévias e prognóstico	18
Discussão.....	20

Limitações	24
Conclusão	25
Perspetivas futuras	26
Bibliografia	27
Anexo 1	30
Tabelas	30
Anexo 2	32
Autorizações para o estudo	32
ULS de Castelo Branco, EPE.....	32
ULS da Guarda, EPE	34
Centro Hospitalar Cova da Beira, EPE.....	36
Comissão de Ética da UBI.....	37

Lista de Figuras

Figura 1. Seleção da amostra	6
Figura 2. Distribuição da amostra por sexo.....	6
Figura 3. Distribuição da amostra por grupo etário	7
Figura 4. Fatores de risco cardiovasculares “tradicionais”	7
Figura 5. Distribuição do número de fatores de risco “tradicionais”	10
Figura 6. Fatores de risco cardiovasculares “tradicionais” nos doentes com apenas um fator de risco	10
Figura 7. Tipo de SCA.....	13
Figura 8. Distribuição do tipo de SCA por sexo	14
Figura 9. Distribuição do número de vasos com DAC por sexo	15
Figura 10. DAC de um vaso	17

Lista de Tabelas

Tabela 1. Distribuição dos fatores de risco “tradicionais” por sexo	8
Tabela 2. Distribuição dos fatores de risco “tradicionais” por sexo, grupo etário [31-45] anos	8
Tabela 3. Distribuição dos fatores de risco “tradicionais” por sexo, grupo etário [46-54] anos	8
Tabela 4. Distribuição dos fatores de risco “tradicionais” por grupo etário no sexo masculino	9
Tabela 5. Distribuição dos fatores de risco “tradicionais” por grupo etário no sexo feminino..	9
Tabela 6. Distribuição do número de fatores de risco “tradicionais” por grupo etário no sexo masculino.....	11
Tabela 7. Distribuição do número de fatores de risco “tradicionais” por grupo etário no sexo feminino	11
Tabela 8. Distribuição do número de fatores de risco “tradicionais” por tipo de SCA.....	11
Tabela 9. Distribuição dos fatores de risco “não tradicionais” por sexo	12
Tabela 10. Distribuição dos fatores de risco “não tradicionais” por sexo, grupo etário [31-45] anos	12
Tabela 11. Distribuição dos fatores de risco “não tradicionais” por sexo, grupo etário [46-54] anos	12
Tabela 12. Distribuição dos fatores de risco “não tradicionais” por grupo etário no sexo masculino.....	13
Tabela 13. Distribuição dos fatores de risco “não tradicionais” por grupo etário no sexo feminino	13
Tabela 14. Distribuição do tipo de SCA por sexo, grupo etário [31-45] anos.....	14
Tabela 15. Distribuição do tipo de SCA por sexo, grupo etário [46-54] anos.....	14
Tabela 16. Distribuição do tipo de SCA por grupo etário no sexo masculino	15
Tabela 17. Distribuição do tipo de SCA por grupo etário no sexo feminino	15
Tabela 18. Distribuição do número de vasos com DAC por sexo, do grupo etário [31-45] anos	16
Tabela 19. Distribuição do número de vasos com DAC por sexo, do grupo etário [46-54] anos	16
Tabela 20. Distribuição do número de vasos com DAC por grupo etário, no sexo masculino..	16
Tabela 21. Distribuição do número de vasos com DAC por grupo etário, no sexo feminino ...	17
Tabela 22. Distribuição do número de vasos com DAC por tipo de SCA	17
Tabela 23. Distribuição do número de mortes hospitalares por sexo	18
Tabela 24. Distribuição do número de mortes hospitalares por grupo etário, no sexo masculino	18
Tabela 25. Distribuição do número de mortes hospitalares por grupo etário, no sexo feminino	18
Tabela 26 - Distribuição dos antecedentes de SCA e da sua repetição por sexo.....	18

Tabela 27. Distribuição dos antecedentes de SCA e da sua repetição por grupo etário, no sexo masculino.....	19
Tabela 28. Distribuição dos antecedentes de SCA e da sua repetição por grupo etário, no sexo feminino	19
Tabela A1. Distribuição do número de fatores de risco “tradicionais” por sexo.....	30
Tabela A2. Distribuição do número de fatores de risco “tradicionais” por sexo, do grupo etário [31-45] anos.....	30
Tabela A3. Distribuição do número de fatores de risco “tradicionais” por sexo, do grupo etário [46-54] anos.....	30
Tabela A4. Distribuição do tipo de SCA por sexo	30
Tabela A5. Distribuição do número de vasos com DAC por sexo	31
Tabela A6. Distribuição do número de mortes hospitalares por sexo, grupo etário [31-45] anos	31
Tabela A7. Distribuição do número de mortes hospitalares por sexo, grupo etário [46-54] anos	31
Tabela A8. Distribuição dos antecedentes de SCA e da sua repetição por sexo, grupo etário [31-45] anos.....	31
Tabela A9. Distribuição dos antecedentes de SCA e da sua repetição por sexo, grupo etário [46-54] anos.....	31

Acrónimos

AI - Angina instável

AP-t - Ativador do plasminogénio tecidual

CD - Artéria coronária direita

CX - Artéria circunflexa

DA - Artéria descendente anterior

DAC - Doença arterial coronária

DIC - Doença isquémica cardíaca

DM - Diabetes mellitus

EAM - Enfarte agudo do miocárdio

EAMcSST - Enfarte agudo do miocárdio com supradesnivelamento do segmento ST

EAMsSST - Enfarte agudo do miocárdio sem supradesnivelamento do segmento ST

FEVE - Fração de ejeção ventricular esquerda

HTA - Hipertensão arterial

IMC - Índice de massa corporal

PAR-1- Recetor ativado por protease tipo 1

SCA - Síndrome coronária aguda

SCAsSST- Síndrome coronária aguda sem supradesnivelamento do segmento ST

ULS - Unidade Local de Saúde

Introdução

Enquadramento teórico

As doenças cardiovasculares são a principal causa de morte a nível mundial, correspondendo a doença isquémica cardíaca (DIC) à primeira causa de morte (1). Apesar das estatísticas indicarem que nos últimos 30 anos as taxas de mortalidade por DIC diminuíram na maioria dos países europeus, esta permanece a principal causa de morte prematura na Europa (2).

Em mais de 90% dos casos, a DIC resulta de lesões ateroscleróticas das artérias coronárias (doença arterial coronária - DAC), que ao determinarem uma redução do fluxo sanguíneo podem provocar isquémia miocárdica. A DIC pode, então, manifestar-se sob a forma de síndromes coronárias agudas (SCA): enfarte agudo do miocárdio com supradesnivelamento do segmento ST (EAMcSST), enfarte agudo do miocárdio sem supradesnivelamento do segmento ST (EAMsSST) e angina instável (AI) (3).

A ocorrência de SCA não é exclusiva da população mais idosa, ocorrendo também em adultos jovens, apesar de constituir apenas uma pequena fração dos casos (4-7). Independentemente da idade, a maioria ocorre em homens (4-6,8-10).

Apesar dos fatores de risco cardiovasculares serem universais, constata-se que a sua importância pode variar entre idades, sexos e diferentes populações. Os fatores de risco hipertensão arterial (HTA), diabetes mellitus (DM) e dislipidémia são mais frequentemente encontrados em indivíduos mais velhos com SCA (4,6,9). No entanto, a dislipidémia é também considerada um dos fatores de risco mais importantes nos casos precoces (5,8,10). Em idades mais jovens, o tabaco é apontado como o principal fator de risco cardiovascular para o desenvolvimento destas síndromes (5,9,10), verificando-se que o seu consumo é inversamente proporcional à idade (4). O consumo de drogas revela a mesma relação com a idade, constituindo, apesar da baixa frequência com que é encontrado, um fator de risco a considerar nos jovens (4). História familiar de DAC e índice de massa corporal elevado (IMC) são, igualmente, apontados como mais frequentes entre os mais jovens (4,6). Além disso, a maioria destes doentes apresenta um total de dois fatores de risco, geralmente tabaco e dislipidémia (11).

Comparando sexos, verifica-se que as mulheres apresentam mais frequentemente HTA, DM (11,12) e história familiar de DAC (11), e menos dislipidémia, hábitos tabágicos (11,13) e alcoólicos (13).

Outros fatores podem contribuir para a ocorrência destas síndromes, nomeadamente fatores psicossociais, ansiedade e depressão, encontrados com elevada prevalência nestes doentes, particularmente nas mulheres (11).

Constata-se que o EAMcSST é mais comum nos mais novos (4,9,10), verificando-se que a sua ocorrência diminui com o envelhecimento (4). Mulheres jovens apresentam-se mais frequentemente com AI (4,13) e menos frequentemente com EAMcSST, quando comparadas com o sexo oposto (12).

Os casos precoces de SCA são caracterizados por doença aterosclerótica menos difusa (4,10). A maioria apresenta doença de um vaso (4,5,8,10), principalmente da artéria descendente anterior (DA) (5,14).

A mortalidade hospitalar é baixa em adultos jovens, aumentando com a idade (4,9,15). As mulheres apresentam maior taxa de mortalidade hospitalar relativamente aos homens (relação verificada até aos 75 anos), sendo que antes dos 50 anos a taxa de mortalidade das mulheres é mais do dobro relativamente aos homens (16). No entanto, estas diferenças entre sexos nem sempre são observadas (12).

Objetivos

Este trabalho estudou a ocorrência, na Região da Beira Interior, de SCA em adultos jovens.

Pretendeu-se determinar quais as características clínicas dos indivíduos que desenvolveram SCA em idade precoce nesta região, nomeadamente quais os seus fatores de risco, tipo de SCA desenvolvido, resultado das angiografias coronárias realizadas, mortalidade hospitalar e prognóstico, assim como determinar eventuais diferenças entre sexos e grupos etários.

Materiais e métodos

População em estudo

O estudo baseou-se na análise de processos clínicos, tanto informáticos como em papel, dos doentes que apresentaram SCA entre 1 de Janeiro de 2010 e 31 de Dezembro de 2016.

Recolha de dados e amostra

Com o apoio do Gabinete de Planeamento e Controlo de Gestão da ULS de Castelo Branco, do Gabinete de Estudos, Planeamento e Informação para a Gestão do Centro Hospitalar Cova da Beira e do Serviço de Gestão de Doentes da ULS da Guarda, foi possível a identificação do número dos processos clínicos da totalidade dos doentes que apresentaram SCA no período de estudo mencionado. Para tal recorreu-se à codificação CID 9: códigos 4100 a 4109 para EAM e 4111 para AI.

Os artigos que estudam a ocorrência de SCA em idade precoce apresentam um limiar de idades muito variado, podendo situar-se entre os 30 e os 65 anos, não diferenciando idades entre sexos. Assim, com base na *World Heart Federation*, definiu-se SCA precoce como aquela que ocorre abaixo dos 55 e 65 anos, em homens e mulheres, respetivamente (17).

Os doentes foram selecionados com base na idade, tendo sido incluídos na amostra inicial todos os doentes com idade ≥ 18 anos e < 55 anos, para o sexo masculino, e ≥ 18 anos e < 65 anos, para o sexo feminino.

Na consulta dos processos clínicos, foram analisados diários médicos, notas de entrada no SU, de internamento, de alta médica e de transferência entre internamentos. Alguns doentes foram excluídos do estudo, tendo por base os seguintes critérios:

- Diagnóstico apresentado no processo clínico não correspondente à patologia em estudo;
- Ausência de informação referente ao episódio em estudo;
- Processos clínicos não encontrados;
- Ocorrência de enfartes relacionados com procedimentos de revascularização.

Foi estudada a primeira SCA sofrida no período de estudo considerado, tendo sido retirada informação relativa a (11,17):

- Idade
- Sexo
- Fatores de risco cardiovasculares “tradicionais”:
 - Consumo tabágico
 - Dislipidémia

- HTA
- Obesidade
- DM tipo 1 e 2
- História familiar de DAC
- Fatores de risco cardiovasculares “não tradicionais”:
 - Consumo de álcool
 - Consumo de drogas
 - Excesso de peso
 - Fatores psicossociais (ansiedade e depressão)
- SCA prévio (anterior ao período de estudo considerado)
- Tipo de SCA (EAMcSST, EAMsSST e AI)
- Resultados de angiografias coronárias
- Mortalidade hospitalar
- Prognóstico:
 - Novos episódios de SCA (ocorridos no período de estudo considerado).

A informação recolhida dos processos clínicos encontrava-se escrita ou codificada. Assim, os doentes foram classificados como apresentando HTA, DM e dislipidemia com base no descrito nos processos. Considerou-se excesso de peso um $IMC \geq 25 \text{ Kg/m}^2$ e obesidade um $IMC \geq 30 \text{ Kg/m}^2$ (17). Os doentes com consumo tabágico até à ocorrência do episódio em estudo foram considerados fumadores. Considerou-se história familiar de DAC como positiva nos doentes com progenitor e/ou irmão/ã que tenham sofrido SCA ou que apresentavam o diagnóstico de DAC antes dos 55 e 65 anos, em homens e mulheres respetivamente. Quanto ao consumo de álcool e drogas, este foi considerado com base no descrito nos processos. O mesmo foi aplicado para os fatores psicossociais, depressão e ansiedade.

Procedendo-se à análise dos relatórios das angiografias coronárias foi verificada a existência de DAC ao nível das seguintes artérias: DA, CX e CD, tendo em conta as suas ramificações. A frase “Sem lesões coronárias significativas” quando apresentada foi considerada como presença de DAC. “Sem doença coronária identificada ou aparente” e “lesões coronárias mínimas” quando apresentadas foram consideradas negativas para DAC.

Análise dos dados

Os dados foram analisados com recurso ao programa SPSS versão 23. Procedeu-se à análise descritiva dos dados, com determinação de frequências e percentagens. Na análise inferencial, foram utilizados o Teste do Qui-Quadrado e o Teste Exato de Fisher, este último quando os pressupostos de aplicação do primeiro não se verificaram. Estes testes permitiram a comparação entre os grupos estudados, evidenciando as diferenças entre eles. Trabalhou-se

com um nível de significância de 5%, ou seja, perante a obtenção de um valor de prova (*p-value*) < 0.05 considerou-se o resultado como estatisticamente significativo.

Foram formados três grupos etários no caso dos homens e quatro grupos etários no caso das mulheres: [18-30], [31-45], [46-54] e [18-30], [31-45], [46-55], [56-64], respetivamente, de forma a facilitar a realização das comparações pretendidas.

Ética

O estudo obteve as devidas autorizações dos Conselhos de Administração e Comissões de Ética dos hospitais referidos e da UBI, assim como dos Diretores dos Serviços de Cardiologia e Unidades de Cuidados Intensivos (anexo 2).

Resultados

Determinação e composição da amostra em estudo

Iniciou-se o estudo com 562 doentes, tendo sido excluídos 40 doentes e 14 episódios com base nos critérios de exclusão definidos. Trabalhou-se com um total de 522 doentes, dos quais 328 eram homens e 194 eram mulheres. Nos homens, a média de idades obtida foi de 47.73 anos, com idade mínima correspondendo a 22 anos. Nas mulheres, obteve-se uma média de idades de 55.81 anos, não existindo casos abaixo dos 34 anos. Nas mulheres com idade inferior a 55 anos, a média correspondeu a 48.67 anos.

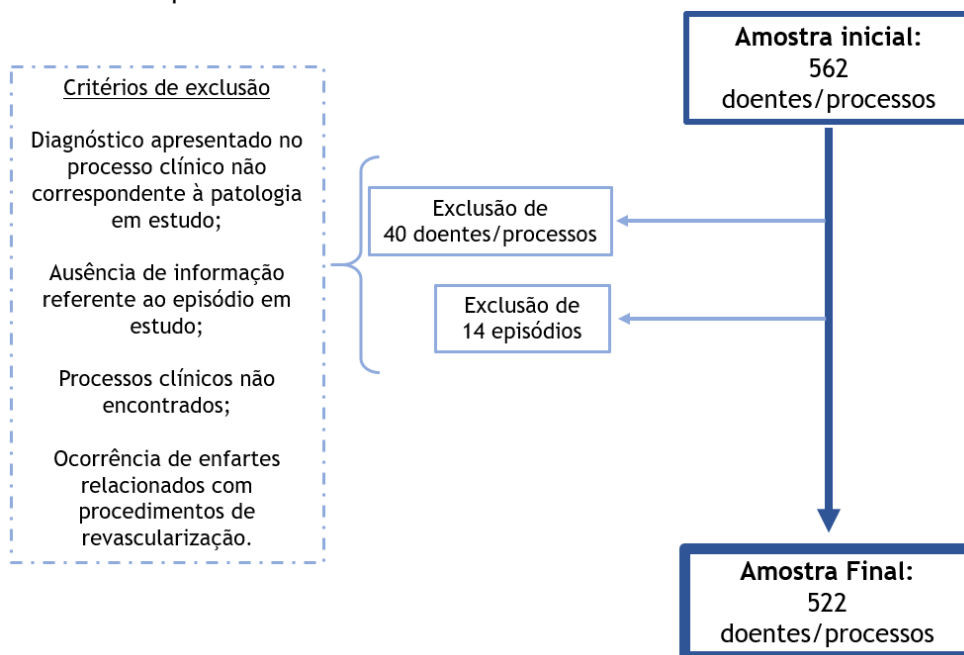


Figura 1. Seleção da amostra

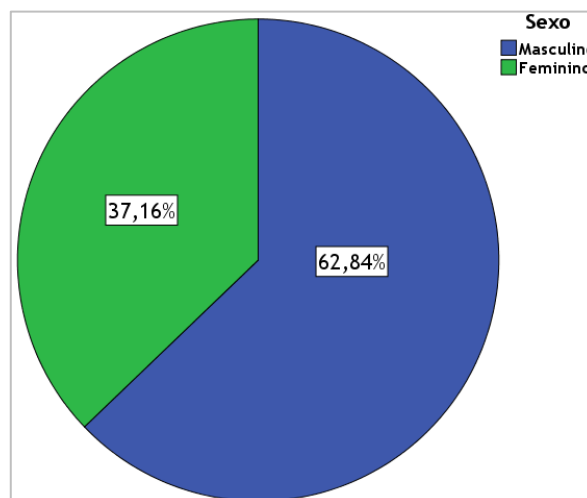


Figura 2. Distribuição da amostra por sexo

O grupo etário dos [18-30] anos é apenas constituído por homens, não tendo ocorrido casos de SCA em mulheres neste intervalo de idades. No grupo etário dos [56-64] anos apenas foram estudadas mulheres.

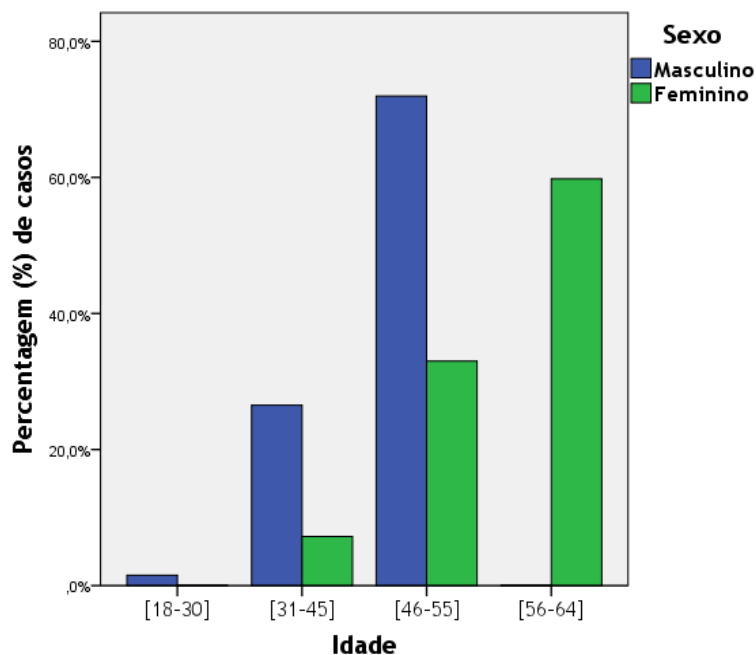


Figura 3. Distribuição da amostra por grupo etário

Fatores de risco “tradicionais”

Os fatores de risco cardiovasculares “tradicionais” são seis: HTA, dislipidemia, obesidade, tabaco, DM e história familiar de DAC (11). Obtiveram-se como mais frequentes a dislipidemia (57.3%), a HTA (51.3%) e o tabaco (42%).

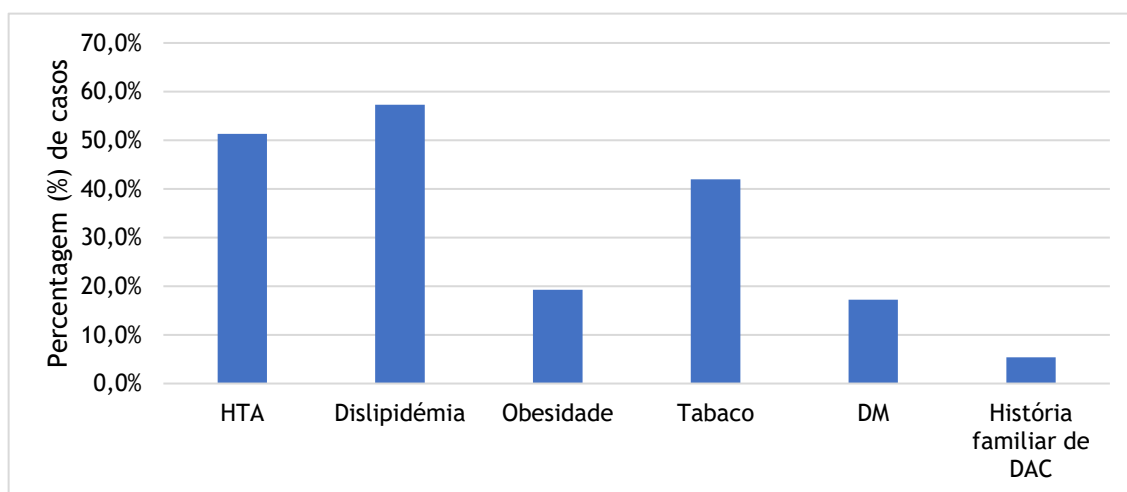


Figura 4. Fatores de risco cardiovasculares “tradicionais”

Verificou-se a existência de diferenças entre sexos no que diz respeito à HTA, tabaco e DM: homens são mais fumadores, enquanto que as mulheres apresentam mais HTA e DM. Importa referir que de todos os casos de DM, apenas um corresponde a DM tipo 1.

Tabela 1. Distribuição dos fatores de risco “tradicionais” por sexo

Fatores de risco	Homens (n=328)	Mulheres (n=194)	<i>p-value</i>
HTA	143 (43.6%)	125 (64.4%)	0.000*
Dislipidémia	189 (57.6%)	110 (56.7%)	0.855
Obesidade	60 (18.3%)	41 (21.1%)	0.492
Tabaco	191 (58.2%)	28 (14.4%)	0.000*
DM	44 (13.4%)	46 (23.7%)	0.003*
História familiar de DAC	14 (4.3%)	14 (7.2%)	0.162

*Resultado estatisticamente significativo |

No grupo etário [31-45] anos verificou-se que os homens são mais fumadores. No grupo etário dos [46-54] anos, à diferença entre sexos relativamente ao consumo tabágico, junta-se a HTA. O consumo tabágico continua a ser superior nos homens, mas as mulheres são mais frequentemente hipertensas.

Tabela 2. Distribuição dos fatores de risco “tradicionais” por sexo, grupo etário [31-45] anos

Fatores de risco	Homens 31-45 anos (n=87)	Mulheres 31-45 anos (n=14)	<i>p-value</i>
HTA	33 (37.9%)	5 (35.7%)	1.000
Dislipidémia	46 (52.9%)	7 (50.0%)	1.000
Obesidade	20 (23.0%)	3 (21.4%)	1.000
Tabaco	60 (69.0%)	5 (35.7%)	0.032*
DM	12 (13.8%)	0	0.209
História familiar de DAC	4 (4.6%)	1 (7.1%)	0.534

*Resultado estatisticamente significativo |

Tabela 3. Distribuição dos fatores de risco “tradicionais” por sexo, grupo etário [46-54] anos

Fatores de risco	Homens 46-54 anos (n=236)	Mulheres 46-54 anos (n=62)	<i>p-value</i>
HTA	109 (46.2%)	39 (62.9%)	0.022*
Dislipidémia	142 (60.2%)	34 (54.8%)	0.470
Obesidade	40 (16.9%)	8 (12.9%)	0.561
Tabaco	128 (54.2%)	16 (25.8%)	0.000*
DM	32 (13.6%)	7 (11.3%)	0.681
História familiar de DAC	10 (4.2%)	6 (9.6%)	0.111

*Resultado estatisticamente significativo |

O consumo tabágico, entre homens, revelou-se superior no grupo etário dos [31-45] anos, tendendo a diminuir no grupo etário mais velho. HTA e dislipidémia tendem a aumentar com a idade, enquanto que a obesidade revela uma tendência decrescente entre os dois grupos etários mais velhos.

Tabela 4. Distribuição dos fatores de risco “tradicionais” por grupo etário no sexo masculino

Fatores de risco	Homens			p-value
	18-30 anos (n=5)	31-45 anos (n=87)	46-54 anos (n=236)	
HTA	1 (20.0%)	33 (37.9%)	109 (46.2%)	0.247
Dislipidémia	1 (20.0%)	46 (52.9%)	142 (60.2%)	0.116
Obesidade	0	20 (23.0%)	40 (16.9%)	0.312
Tabaco	3 (60.0%)	60 (69.0%)	128 (54.2%)	0.050
DM	0	12 (13.8%)	32 (13.6%)	1.000
História familiar de DAC	0	4 (4.6%)	10 (4.2%)	1.000

Com o envelhecimento, mais mulheres apresentam HTA e DM. A percentagem de mulheres com obesidade tende a ser superior nas mais velhas relativamente àquelas com idade < 56 anos. Quanto ao consumo tabágico, e de forma semelhante ao verificado no sexo masculino, este vai diminuindo com o avançar da idade, sendo máximo no grupo etário dos [31-45] anos.

Tabela 5. Distribuição dos fatores de risco “tradicionais” por grupo etário no sexo feminino

Fatores de risco	Mulheres			p-value
	31-45 anos (n=14)	46-55 anos (n=64)	56-64 anos (n=116)	
HTA	5 (35.7%)	40 (62.5%)	80 (69.0%)	0.042*
Dislipidémia	7 (50.0%)	35 (54.7%)	68 (58.6%)	0.739
Obesidade	3 (21.4%)	8 (12.5%)	30 (25.9%)	0.101
Tabaco	5 (35.7%)	16 (25.0%)	7 (6.0%)	0.000*
DM	0	8 (12.5%)	38 (32.8%)	0.001*
História familiar de DAC	1 (7.1%)	6 (9.4%)	7 (6.0%)	0.676

*Resultado estatisticamente significativo

A maioria dos doentes apresenta dois fatores de risco “tradicionais”. Nenhum doente apresenta um total de seis fatores de risco e em nenhuma mulher se verificaram cinco fatores de risco simultâneos. Não foram encontradas diferenças em relação ao número de fatores de risco entre os dois sexos, nem quando se comparou homens e mulheres por grupo etário (tabelas A1 a A3, anexo 1).

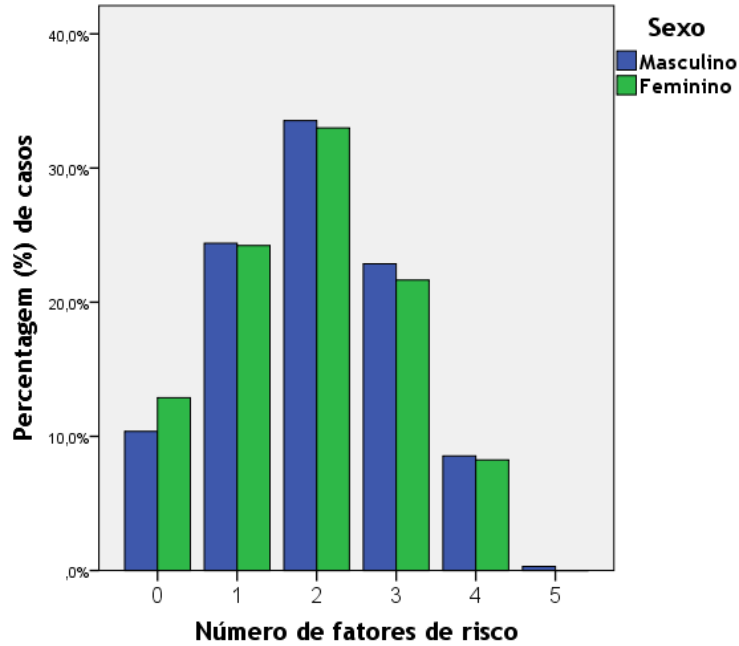


Figura 5. Distribuição do número de fatores de risco “tradicionais”

Nos doentes com apenas um fator de risco “tradicional”, o mais comum é o tabaco (40.2%).

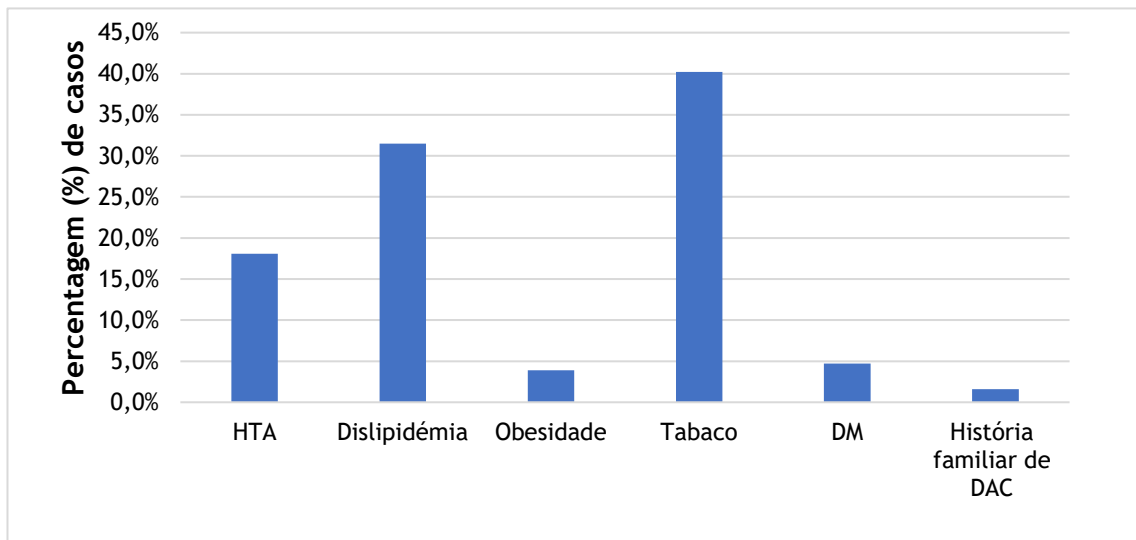


Figura 6. Fatores de risco cardiovasculares “tradicionais” nos doentes com apenas um fator de risco

Destaca-se uma tendência para acumulação de fatores de risco à medida que a idade aumenta. Nos homens, com o avançar da idade, torna-se menos frequente não possuir fatores de risco ou possuir apenas um fator de risco. Pelo contrário, torna-se mais frequente possuir dois fatores de risco.

Tabela 6. Distribuição do número de fatores de risco “tradicionais” por grupo etário no sexo masculino

Nº de fatores de risco	Homens			<i>p-value</i>
	18-30 (n=5)	31-45 (n=87)	46-54 (n=236)	
0	2 (40.0%)	10 (11.5%)	22 (9.3%)	0.093
1	2 (40.0%)	25 (28.7%)	53 (22.5%)	0.277
2	0	20 (23.0%)	90 (38.1%)	0.010*
3	1 (20.0%)	19 (21.8%)	55 (23.3%)	0.952
4	0	12 (13.8%)	16 (6.8%)	0.139
5	0	1 (1.1%)	0	0.280
6	0	0	0	-

*Resultado estatisticamente significativo

No caso das mulheres a tendência é semelhante. A percentagem de mulheres com apenas um ou dois fatores de risco diminuí com o aumento da idade, verificando-se o contrário para três e quatro fatores de risco, neste último caso quando se compara o grupo etário [56-64] anos com as mulheres de idade <56 anos.

Tabela 7. Distribuição do número de fatores de risco “tradicionais” por grupo etário no sexo feminino

Nº de fatores de risco	Mulheres			<i>p-value</i>
	31-45 (n=14)	46-55 (n=64)	56-64 (n=116)	
0	2 (14.3%)	7 (10.9%)	16 (13.8%)	0.894
1	5 (35.7%)	16 (25.0%)	26 (22.4%)	0.538
2	6 (42.9%)	27 (42.2%)	31 (26.7%)	0.076
3	0	12 (18.8%)	30 (25.9%)	0.061
4	1 (7.1%)	2 (3.1%)	13 (11.2%)	0.184
5	0	0	0	-
6	0	0	0	-

A maioria dos doentes apresenta dois fatores de risco, independentemente do tipo de SCA sofrido, não tendo sido encontradas diferenças entre o tipo de SCA e o número de fatores de risco.

Tabela 8. Distribuição do número de fatores de risco “tradicionais” por tipo de SCA

Nº de Fatores de risco	EAMcSST (n=196)	EAMsSST + AI (n=257)	<i>p-value</i>
0	22 (11.2%)	27 (10.5%)	0.879
1	42 (21.4%)	67 (26.1%)	0.269
2	66 (33.7%)	85 (33.1%)	0.920
3	46 (23.5%)	60 (23.3%)	1.000
4	20 (10.2%)	17 (6.6%)	0.225
5	0	1 (0.4%)	1.000
6	0	0	-

Fatores de risco “não tradicionais”

Considerando outros possíveis fatores de risco (11), nomeadamente excesso de peso, consumo de álcool e drogas, depressão e ansiedade, verificou-se que as mulheres padecem mais frequentemente de depressão, relativamente aos homens. Quanto ao consumo de álcool, este revelou-se superior nos homens.

Tabela 9. Distribuição dos fatores de risco “não tradicionais” por sexo

Fatores de risco	Homens (n=328)	Mulheres (n=194)	p-value
Excesso de peso	66 (20.1%)	27 (13.9%)	0.077
Álcool	61 (18.6%)	4 (2.1%)	0.000*
Drogas	6 (1.8%)	0	0.089
Depressão	4 (1.2%)	28 (14.4%)	0.000*
Ansiedade	16 (4.9%)	12 (6.2%)	0.550

*Resultado estatisticamente significativo

No grupo etário dos [31-45] anos não se verificaram diferenças entre sexos relativamente aos fatores de risco “não tradicionais”. No grupo etário dos [46-54] anos o consumo de álcool mostrou ser superior nos homens. Observou-se, também, que a ocorrência de depressão é superior nas mulheres.

Tabela 10. Distribuição dos fatores de risco “não tradicionais” por sexo, grupo etário [31-45] anos

Fatores de risco	Homens 31-45 anos (n=87)	Mulheres 31-45 anos (n=14)	p-value
Excesso de peso	18 (20.7%)	1 (7.1%)	0.459
Álcool	13 (14.9%)	1 (7.1%)	0.685
Drogas	4 (4.6%)	0	1.000
Depressão	1 (1.1%)	1 (7.1%)	0.259
Ansiedade	7 (8.1%)	0	0.589

Tabela 11. Distribuição dos fatores de risco “não tradicionais” por sexo, grupo etário [46-54] anos

Fatores de risco	Homens 46-54 anos (n=236)	Mulheres 46-54 anos (n=62)	p-value
Excesso de peso	46 (19.5%)	9 (14.5%)	0.463
Álcool	48 (20.3%)	1 (1.6%)	0.000*
drogas	1 (0.4%)	0	1.000
Depressão	3 (1.3%)	8 (12.9%)	0.000*
Ansiedade	9 (3.8%)	6 (9.7%)	0.094

*Resultado estatisticamente significativo

O consumo de drogas apenas se verificou em homens, sendo percentualmente maior no grupo etário dos [18-30] anos, diminuindo nos mais velhos. Obteve-se uma tendência semelhante quanto ao excesso de peso e o inverso quanto ao consumo de álcool.

Tabela 12. Distribuição dos fatores de risco “não tradicionais” por grupo etário no sexo masculino

Fatores de risco	Homens			p-value
	18-30 (n=5)	31-45 (n=87)	46-54 (n=236)	
Excesso de peso	2 (40.0%)	18 (20.7%)	46 (19.5%)	0.439
Álcool	0	13 (14.9%)	48 (20.3%)	0.459
Drogas	1 (20.0%)	4 (4.6%)	1 (0.4%)	0.005*
Depressão	0	1 (1.1%)	3 (1.3%)	1.000
Ansiedade	0	7 (8.1%)	9 (3.8%)	0.337

*Resultado estatisticamente significativo

Nas mulheres, o consumo de álcool é muito reduzido em todos os grupos etários considerados. A ocorrência de depressão tende a aumentar com o avançar da idade.

Tabela 13. Distribuição dos fatores de risco “não tradicionais” por grupo etário no sexo feminino

Fatores de risco	Mulheres			p-value
	31-45 (n=14)	46-55 (n=64)	56-64 (n=116)	
Excesso de peso	1 (7.1%)	10 (15.6%)	16 (13.8%)	0.800
Álcool	1 (7.1%)	1 (1.6%)	2 (1.7%)	0.356
Drogas	0	0	0	-
Depressão	1 (7.1%)	8 (12.5%)	19 (16.4%)	0.550
Ansiedade	0	6 (9.4%)	6 (5.2%)	0.480

Tipo de SCA e presença de DAC

Identificou-se um total de 196 casos de EAMcSST, 147 casos de EAMsSST e 110 casos de AI.

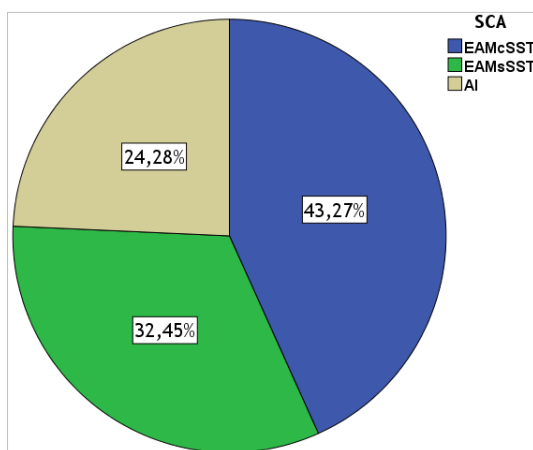


Figura 7. Tipo de SCA

A maioria dos EAMcSST ocorreram em homens (49.6% vs 32.5%), enquanto que as AI ocorreram principalmente em mulheres (33.7% vs 18.7%).

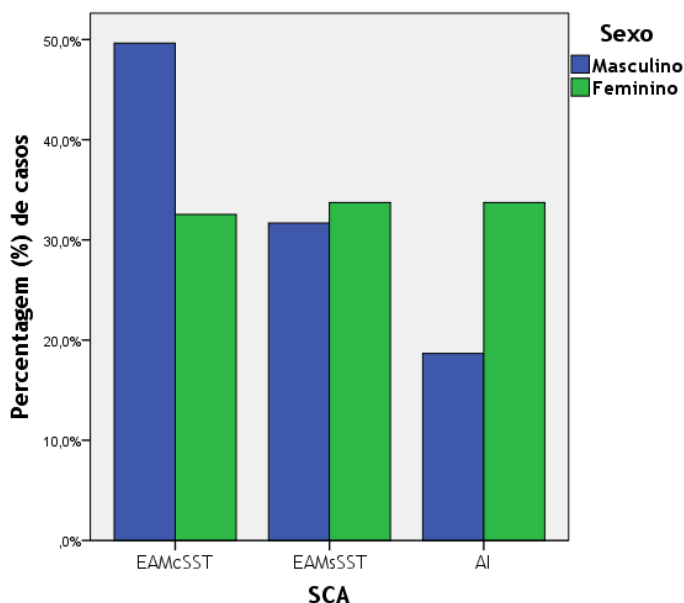


Figura 8. Distribuição do tipo de SCA por sexo

P-value para comparação entre sexos: EAMcSST 0.000*, EAMsSST 0.679 e AI 0.000* (tabela A4, anexo 1).
* Resultado estatisticamente significativo.

Não foram encontradas diferenças na comparação entre sexos do grupo etário [31-45] anos relativamente ao tipo de SCA sofrido. No grupo etário dos [46-54] anos a ocorrência de EAMcSST foi mais frequente entre homens.

Tabela 14. Distribuição do tipo de SCA por sexo, grupo etário [31-45] anos

Tipo de SCA	Homens 31-45 anos (n=78)	Mulheres 31-45 anos (n=12)	<i>p-value</i>
EAMcSST	45 (57.7%)	7 (58.3%)	1.000
EAMsSST	23 (29.5%)	3 (25.0%)	1.000
AI	10 (12.8%)	2 (16.7%)	0.659

Tabela 15. Distribuição do tipo de SCA por sexo, grupo etário [46-54] anos

Tipo de SCA	Homens 46-54 anos (n=201)	Mulheres 46-54 anos (n=55)	<i>p-value</i>
EAMcSST	93 (46.3%)	16 (29.1%)	0.031*
EAMsSST	67 (33.3%)	23 (41.8%)	0.266
AI	41 (20.4%)	16 (29.1%)	0.200

*Resultado estatisticamente significativo

Nos homens, a ocorrência de EAMcSST atinge mais frequentemente os mais novos, com tendência a diminuir com o avançar da idade, contrariamente ao EAMsSST.

Tabela 16. Distribuição do tipo de SCA por grupo etário no sexo masculino

Tipo de SCA	Homens			p-value
	18-30 anos (n=5)	31-45 anos (n=78)	46-54 anos (n=201)	
EAMcSST	3 (60%)	45 (57.7%)	93 (46.3%)	0.192
EAMsSST	0	23 (29.5%)	67 (33.3%)	0.306
AI	2 (40%)	10 (12.8%)	41 (20.4%)	0.116

Nas mulheres, a ocorrência de EAMcSST revela a mesma tendência que nos homens, quando se compara o grupo etário mais jovem com os casos de idade > 45 anos. A ocorrência de AI tende a aumentar com o avançar da idade.

Tabela 17. Distribuição do tipo de SCA por grupo etário no sexo feminino

Tipo de SCA	Mulheres			p-value
	31-45 anos (n=12)	46-55 anos (n=57)	56-64 anos (n=100)	
EAMcSST	7 (58.3%)	16 (28.1%)	32 (32.0%)	0.126
EAMsSST	3 (25.0%)	24 (42.1%)	30 (30.0%)	0.244
AI	2 (16.7%)	17 (29.8%)	38 (38.0%)	0.272

Relativamente ao número de vasos coronários com DAC, verificou-se que a maioria dos doentes apresenta doença de um vaso. A ausência de DAC é mais frequentemente observada em mulheres, o mesmo se verifica na comparação, por grupo etário, com o sexo oposto.

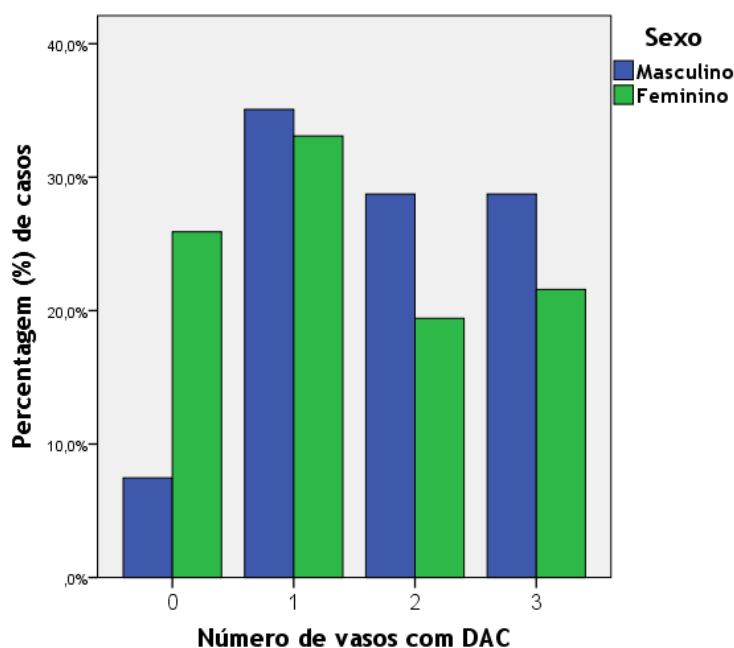


Figura 9. Distribuição do número de vasos com DAC por sexo

P-value para associação entre sexos: 0 vasos 0.000*, 1 vaso 0.388, 2 vasos 0.042*, 3 vasos 0.125. *Resultado estatisticamente significativo. (tabela A5, anexo 1)

Tabela 18. Distribuição do número de vasos com DAC por sexo, do grupo etário [31-45] anos

Nº de vasos	Homens	Mulheres	<i>p-value</i>
	31-45 anos (n=71)	31-45 anos (n=7)	
0	9 (12.7%)	4 (57.1%)	0.013*
1	32 (45.1%)	2 (28.6 %)	0.460
2	14 (19.7%)	1 (14.3%)	1.000
3	16 (22.5%)	0	0.334

*Resultado estatisticamente significativo |

No grupo etário [46-54] anos verificou-se que mais mulheres apresentam um vaso afetado e que mais homens apresentam três vasos afetados.

Tabela 19. Distribuição do número de vasos com DAC por sexo, do grupo etário [46-54] anos

Nº de vasos	Homens	Mulheres	<i>p-value</i>
	46-54 anos (n=195)	46-54 anos (n=45)	
0	11 (5.6%)	9 (20.0%)	0.004*
1	61 (31.3%)	23 (51.1%)	0.015*
2	63 (32.3%)	8 (17.7%)	0.069
3	60 (30.8%)	5 (11.1%)	0.008*

*Resultado estatisticamente significativo |

Tal como se verificou para o número de fatores de risco, destaca-se uma tendência para progressão da doença coronária ao longo do tempo. Assim, e comparando o grupo etário [46-54] anos com os casos de idade < 46 anos, verifica-se uma menor percentagem de homens sem DAC e com DAC de apenas um vaso no grupo etário mais velho, contrariamente à percentagem de homens com DAC de dois e três vasos.

Tabela 20. Distribuição do número de vasos com DAC por grupo etário, no sexo masculino

Nº de vasos	Homens			<i>p-value</i>
	18-30 anos (n=2)	31-45 anos (n=71)	46-54 anos (n=195)	
0	0	9 (12.7%)	11 (5.6%)	0.201
1	1 (50.0%)	32 (45.1%)	61 (31.3%)	0.067
2	0	14 (19.7%)	63 (32.3%)	0.096
3	1 (50.0%)	16 (22.5%)	60 (30.8%)	0.236

A percentagem de mulheres com vasos coronários normais é maior no grupo etário [31-45] anos comparativamente aos casos de idade > 45 anos. DAC de um vaso é menos frequentemente encontrada no grupo etário [56-64] em relação aos mais jovens. Quanto a DAC de três vasos, observa-se um aumento das percentagens com o aumento da idade.

Tabela 21. Distribuição do número de vasos com DAC por grupo etário, no sexo feminino

Nº de vasos	Mulheres			p-value
	31-45 anos (n=7)	46-55 anos (n=45)	56-64 anos (n=87)	
0	4 (57.1%)	9 (20.0%)	23 (26.4%)	0.110
1	2 (50.0%)	23 (51.1%)	21 (24.1%)	0.006*
2	1 (14.3%)	8 (17.8%)	18 (20.7%)	0.931
3	0	5 (11.1%)	25 (28.7%)	0.020*

*Resultado estatisticamente significativo

A ausência de DAC é mais comum nos SCA sem supradesnívelamento de segmento ST (SCAsSST), enquanto que DAC de um vaso é mais comum no EAMcSST.

Tabela 22. Distribuição do número de vasos com DAC por tipo de SCA

Nº de vasos	EAMcSST (n=161)	EAMsSST+AI (n=200)	p-value
0	12 (7.5%)	41 (20.5%)	0.001*
1	64 (39.8%)	55 (27.5%)	0.018*
2	38 (23.6%)	52 (26.0%)	0.626
3	47 (29.2%)	52 (26.0%)	0.553

*Resultado estatisticamente significativo

Nos doentes com DAC de apenas um vaso, a artéria mais frequentemente afetada é a DA.

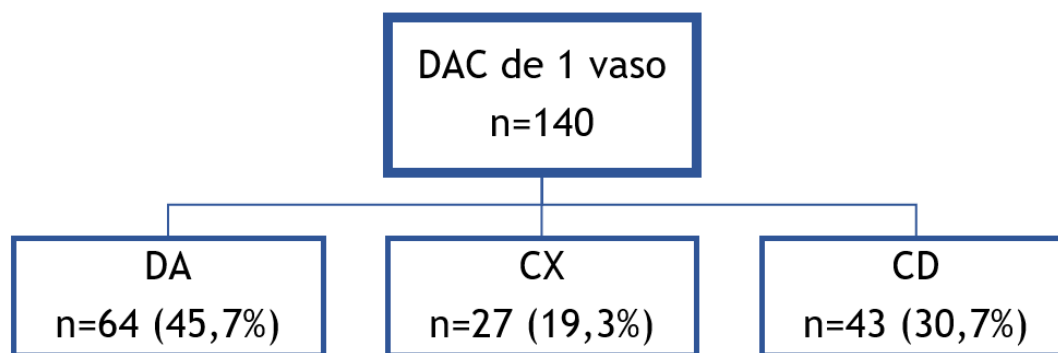


Figura 10. DAC de um vaso

Mortalidade

Relativamente à mortalidade hospitalar, não se verificaram diferenças entre sexos, nem quando se comparou homens e mulheres por grupo etário (tabelas A6 e A7, anexo 1).

Tabela 23. Distribuição do número de mortes hospitalares por sexo

	Homens (n=328)	Mulheres (n=194)	p-value
Morte	7 (2.1%)	8 (4.1%)	0.277

Em ambos os sexos, e para todos os grupos etários considerados, a mortalidade é baixa, com maior número de mortes no grupo etário mais velho de ambos os sexos, embora as diferenças em relação aos outros grupos etários não sejam estatisticamente significadas.

Tabela 24. Distribuição do número de mortes hospitalares por grupo etário, no sexo masculino

	Homens			p-value
	18-30 anos (n=5)	31-45 anos (n=87)	46-54 anos (n=236)	
Morte	0	1 (1.1%)	6 (2.5%)	0.712

Tabela 25. Distribuição do número de mortes hospitalares por grupo etário, no sexo feminino

	Mulheres			p-value
	31-45 anos (n=14)	46-55 anos (n=64)	56-64 anos (n=116)	
Morte	0	1 (1.6%)	7 (6.0%)	0.397

SCA prévias e prognóstico

Cerca de 6.7% dos doentes estudados têm antecedentes de SCA. Não existem diferenças entre sexos quanto à ocorrência de SCA prévias ao evento estudado, nem quando comparados por grupo etário (tabelas A8 e A9, anexo 1).

Relativamente ao prognóstico, verificou-se que 4.5% dos doentes voltaram a desenvolver uma SCA.

Tabela 26 - Distribuição dos antecedentes de SCA e da sua repetição por sexo

	Homens (n=328)	Mulheres (n=194)	p-value
SCA prévia	24 (7.3%)	11 (5.7%)	0.479
	(n=321)	(n=186)	
Prognóstico	15 (4.7%)	8 (4.3%)	1.000

Também não foram observadas diferenças relativas à existência de SCA prévias ao evento estudado na comparação entre os grupos etários de cada sexo. O mesmo se verificou quanto ao prognóstico.

Tabela 27. Distribuição dos antecedentes de SCA e da sua repetição por grupo etário, no sexo masculino

	Homens			<i>p-value</i>
	18-30 anos (n=5)	31-45 anos (n=87)	46-54 anos (n=236)	
SCA prévio	0	5 (5.7%)	19 (8.1%)	0.750
	(n=5)	(n=86)	(n=230)	
Prognóstico	0	6 (7.0%)	9 (3.9%)	0.409

Tabela 28. Distribuição dos antecedentes de SCA e da sua repetição por grupo etário, no sexo feminino

	Mulheres			<i>p-value</i>
	31-45 anos (n=14)	46-55 anos (n=64)	56-64 anos (n=116)	
SCA prévio	1 (7.1%)	3 (4.7%)	7 (6.0%)	0.892
	(n=14)	(n=63)	(n=109)	
Prognóstico	0	4 (6.3%)	4 (3.7%)	0.718

Discussão

A ocorrência de SCA em idade precoce representa uma minoria dos casos, podendo a incidência variar de 0.05 até 10%, dependendo da idade e da população em estudo (4-7,10,18). Antes dos 30 anos a sua ocorrência é uma raridade (5), pelo que neste estudo apenas se observaram cinco casos de SCA dos 18 aos 30 anos, todos em homens.

As SCA são eventos que ocorrem predominantemente no sexo masculino, independentemente da idade considerada (4,9). Isto está de acordo com os resultados obtidos, para todos os grupos etários definidos, correspondendo 62.84% dos casos a homens. São poucas as mulheres em idade fértil que sofrem SCA, ocorrendo principalmente a partir da menopausa (19), geralmente sete a dez anos mais tarde relativamente aos homens (20). Neste estudo, ocorreram SCA em apenas 7.2% de mulheres entre os 34 e os 45 anos, percentagem que aumentou substancialmente a partir desta idade. Uma possível explicação é o efeito cardioprotetor exercido pelos estrogénios, os quais diminuem com a ocorrência da menopausa. Os estrogénios aumentam a vasodilatação arterial, inibem a resposta celular à lesão vascular e previnem a aterosclerose (19).

Estudos prévios apontam o consumo tabágico como o principal fator de risco entre os mais jovens (4,5,9,10,18). Neste estudo, os fatores de risco mais comuns são a dislipidémia (57.3%) e a HTA (51.3%), encontrando-se o tabaco em terceiro lugar (42%). Outros estudos apresentam resultados mais semelhantes aos encontrados, apresentando o tabaco como um dos fatores de risco mais importantes nos jovens, mas como mais frequentes apontam a dislipidémia (7), um IMC elevado (6) e a HTA (8). Como as populações estudadas são diferentes, não é de surpreender que as suas características também o sejam, nomeadamente estilos de vida, padrões alimentares, para além das características genéticas.

Verificou-se que o consumo tabágico diminui com o avançar da idade, em ambos os sexos, sendo por isso um importante fator de risco entre os mais jovens. Os fatores de risco HTA, dislipidémia (nos homens) e DM (nas mulheres) ganham cada vez mais importância com o aumento da idade.

Nos homens, o fator de risco mais frequente é o consumo tabágico (58.2%), enquanto que nas mulheres é a HTA (64.4%), principalmente a partir dos 45 anos. Nos grupos etários [31-45] e [46-54] anos, homens e mulheres são muito semelhantes em termos de fatores de risco, diferenciando apenas em termos de consumo tabágico e HTA. Efetivamente, estudos indicam que os homens são mais fumadores (13) enquanto que as mulheres apresentam mais HTA (11) (21), embora nem sempre seja encontrada diferença entre sexos relativamente ao consumo tabágico (12). Destaca-se, assim, a importância de estudar diferentes populações, de modo a determinar quais os fatores de risco mais importantes e que as caracterizam. Além disso, as mulheres apresentam mais DM relativamente aos homens (12,21), o que está de acordo com os resultados obtidos para a análise da totalidade dos casos.

Relativamente à obesidade/excesso de peso, dislipidémia e história familiar de DAC, não foram encontradas diferenças entre sexos. No entanto, a dislipidémia é apontada como mais comum no sexo masculino (13). É importante realçar que no grupo etário [31-45] anos, cerca de metade dos homens e mulheres apresenta dislipidémia, destacando-se como um importante fator de risco logo desde idade jovem. Relativamente ao IMC, a literatura é díspar: um IMC elevado pode ser mais comum em homens (13) ou mulheres (21), ou pode mesmo não existir diferenças entre sexos (12). A existência de história familiar de DAC é referida como sendo mais comum entre mulheres (11). Diversos estudos apontam para uma elevada prevalência de história familiar de DAC entre os doentes mais jovens, podendo variar entre 16%-55% (4,6,10). Neste estudo, encontrou-se história familiar de DAC em apenas 5.4% dos casos, podendo dever-se ao desconhecimento por parte dos doentes ou à não inclusão nos registos clínicos.

A maioria dos casos apresenta um total de dois fatores de risco “tradicionais”, o que está de acordo com a literatura consultada (11). Obteve-se o tabaco como o fator de risco mais frequente naqueles com apenas um fator de risco, destacando-se novamente a sua importância. Fumadores apresentam cerca de duas a oito vezes maior risco de sofrerem um EAM, em comparação com não fumadores, sendo o risco cumulativo com o número de cigarros fumados por dia (22). O tabaco atua ao nível do endotélio provocando a sua disfunção, nomeadamente ao impedir a vasodilatação endotelial mediada pelo recetor ativado por protease tipo 1 (PAR-1) e aumentando a produção de radicais livres (23,24). Consequentemente ocorre redução da disponibilidade de óxido nítrico, importante na proteção endotelial contra a DAC (24). Aliás, o tabaco é apontado como o principal fator de risco para DAC oclusiva (> 50% de estenose) em adultos jovens com SCA (14). O tabaco também diminui a atividade fibrinolítica ao reduzir a atividade do ativador do plasminogénio tecidual (AP-t) resultante da ativação do PAR-1, contribuindo para o estado pró-trombótico característico dos fumadores (23). Um estudo em adultos jovens saudáveis revelou que a disfunção endotelial pode ser reversível com cessação tabágica (25). Em concordância com estes achados, outro estudo obteve um risco de enfarte agudo do miocárdio (EAM) similar entre ex-fumadores e aqueles que nunca fumaram (22). Deste modo, importa apostar na cessação tabágica como prevenção da ocorrência destes eventos cardiovasculares.

Quanto ao álcool, estudos indicam que o seu consumo é maior nos homens (4,13), o que está de acordo com os resultados obtidos, com tendência a aumentar com a idade. É, portanto, um fator de risco mais importante no sexo masculino.

Apesar de representar uma minoria, o consumo de drogas, maioritariamente cocaína e marijuana, é um fator de risco a ter em conta nos doentes mais jovens (4,8,10). Neste estudo cerca de 1.8 % de homens apresenta este fator de risco. Os canabinóides foram as substâncias consumidas.

Fatores psicossociais são apontados como fatores de risco para doença cardiovascular, aumentando o risco de EAM, com efeito semelhante entre sexos, regiões geográficas e

diferentes idades (26). Neste estudo verificou-se que as mulheres apresentam mais depressão relativamente aos homens (com exceção do grupo etário dos [31-45] anos). Isto vai ao encontro de resultados obtidos em estudo prévio (11), com exceção da ansiedade que neste estudo não demonstrou diferenças entre sexos.

O tipo de SCA mais comum foi EAMcSST (43.3%), sendo a sua incidência superior nos grupos etários mais jovens. Outros estudos demonstram também uma maior incidência de EAMcSST entre os mais novos (4,9,10), embora o tipo de SCA mais comum possa variar (4,8,12). Esta diferença relativamente ao tipo de SCA e a idade pode ser devida a um mecanismo fisiopatológico subjacente diferente (4). Considerando a globalidade dos casos, verificou-se que os homens desenvolveram mais frequentemente EAMcSST relativamente às mulheres, sendo o tipo de SCA mais comum nos homens, em todos os grupos etários considerados, e menos AI. Alguns estudos indicam que as mulheres têm maior probabilidade de apresentarem um SCAsSST relativamente aos homens (12,21), colocando-se também a possibilidade do mecanismo subjacente a estes eventos ser diferente entre sexos (21).

Estes doentes são caracterizados por apresentarem DAC menos difusa, com envolvimento de apenas um vaso (4,8), sendo o mais frequente a DA (5,14). Neste estudo, os resultados obtidos foram iguais. Em ambos os sexos, o número de vasos afetados tem tendência a aumentar com a idade, o que está de acordo com a literatura consultada (4). Destaca-se, assim, uma excelente oportunidade de travar a progressão da doença nas fases menos graves. Também nos jovens com SCA, a ausência de DAC é um achado algo comum (13.8% dos casos neste estudo) e principalmente nas mulheres (27). Além disso, a ausência de DAC é mais comum nos SCAsSST, e DAC de um vaso nos EAMcSST, assim como está descrito na literatura (7). Outras causas de SCA, para além da aterosclerose, podem ocorrer nos doentes com artérias coronárias normais, por exemplo, vasospasmo, disseção espontânea, embolia, cardiomiopatia de takotsubo e presença de ponte miocárdica (14,27,28).

Relativamente à mortalidade hospitalar, vários estudos revelam que a taxa de mortalidade dos adultos jovens é baixa em virtude da presença de menos comorbilidades e menor incidência de complicações (4,9,15). Aliás, menor idade é um preditor de bom prognóstico depois de um enfarte (29). Também neste estudo a mortalidade hospitalar foi baixa, não existindo diferenças entre sexos. Um estudo obteve resultados diferentes, verificando que antes dos 50 anos a taxa de mortalidade das mulheres é mais do dobro relativamente aos homens (16). Outro estudo obteve resultados mais concordantes com os obtidos no que diz respeito à comparação da mortalidade hospitalar e a curto prazo, revelando que as mulheres apresentam apenas maior taxa de nova hospitalização num período de seis meses (12). Ainda assim, verifica-se que a mortalidade a longo prazo vai aumentando (27).

Cerca de 6.7 % dos doentes estudados apresentavam SCA prévias ao episódio em estudo. Não surpreende o facto de indivíduos mais velhos apresentarem maior probabilidade de SCA prévios (4).

Apesar do bom prognóstico a curto prazo, a longo prazo este não é tão favorável. Morte, novo SCA, procedimentos de revascularização por deterioração clínica e arritmias, são alguns dos possíveis acontecimentos (30). Enfarte localizado na parede anterior, enfarte prévio e diminuição da fração de ejeção ventricular esquerda (FEVE) são apontados como preditores de mau prognóstico a longo prazo (31). A estes se junta a continuação do consumo tabágico depois de um SCA (30). Neste estudo, relativamente ao prognóstico estudou-se apenas a repetição de SCA, verificando-se que cerca de 4.5% dos doentes desenvolveram um novo episódio de SCA.

Limitações

O estudo encontra-se condicionado pela informação contida nos processos clínicos. Reconhece-se alguma dificuldade em interpretar uniformemente os dados constantes dos processos, nomeadamente nos processos manuscritos. Refira-se também a importância do doente na transmissão de informação pessoal que só ele detém e que por algum motivo ou circunstância não tenha transmitido.

Como nem todos os processos clínicos estavam completos, não se pôde utilizar a totalidade dos casos em todas as variáveis estudadas, o que poderia, de alguma forma, alterar os resultados e acrescentar valor aos mesmos. Informações como o estado de fertilidade, nas mulheres, e raça, não constavam na maioria dos processos analisados, pelo que estas informações não foram utilizadas no estudo, mas sem dúvida seriam uma mais valia.

Nos dados disponíveis, os fatores de risco cardiovasculares não se encontravam detalhados o suficiente para que critérios de seleção mais rigorosos pudessem ser utilizados.

O estudo do prognóstico encontra-se limitado pelo período de estudo, pelo que nos doentes cujo primeiro episódio, dentro do período de estudo, se verificou muito próximo ao final deste, uma eventual repetição de SCA não pôde ser contabilizada

Conclusão

Apesar das SCA que ocorrem em idade precoce representarem uma minoria, não são de todo menos importantes. Muitos dos fatores de risco para o desenvolvimento destas síndromes são modificáveis, pelo que se pode atuar sobre eles como forma de as prevenir, diminuindo assim a morbidade e mortalidade associada.

Este estudo mostra-se importante porque, como se verificou pela revisão da literatura, apesar dos fatores de risco serem os mesmos para diferentes populações e idades, a sua importância varia, inclusive, entre sexos. Na Região da Beira Interior, os indivíduos que desenvolveram SCA precoces apresentam como principais fatores de risco a dislipidémia, a HTA e o tabaco, sendo este último o mais frequente nos doentes com apenas um fator de risco. O consumo tabágico, de álcool e de drogas são fatores de risco mais importantes entre homens, enquanto que para as mulheres são a HTA, a DM e a depressão.

O tipo de SCA mais comum foi o EAMcSST. Os homens apresentaram-se mais frequentemente com EAMcSST relativamente às mulheres, e menos AI.

Além disso, estes doentes jovens são caracterizados por DAC menos difusa, pelo que importa atuar sobre os fatores de risco no sentido de evitar a sua progressão e gravidade.

A mortalidade hospitalar é no geral baixa, mas as mortes que ocorrem são passíveis de ser evitadas. Ainda assim, apesar do prognóstico a curto prazo ser bom, a longo prazo parece ser menos favorável.

Assim, é necessário alertar a população que as SCA não ocorrem apenas nos mais velhos e que a prevenção da sua ocorrência deve começar logo desde tenra idade. Será importante através da prevenção primordial evitar maus hábitos de vida, alertando para as suas consequências, que poderão vir a ter impacto na qualidade de vida. Não menos importante, é a aposta na prevenção primária ao reduzir o risco já existente, diminuindo/eliminando consumos nefastos para a saúde (tabaco, álcool, drogas) e controlando condições já estabelecidas com tratamentos efetivos (HTA, dislipidémia, DM). Não menos importante é a aposta na prevenção secundária na tentativa de evitar o agravamento da situação clínica e a repetição de SCA.

Perspetivas futuras

Estudar as ocorrências de SCA constituiu uma forma de, determinando as características dos doentes que delas sofreram e as suas causas, criar mecanismos de prevenção que possam, de alguma forma, evitar que as mesmas ocorram.

Seria, assim, desejável aprofundar o estudo nos aspetos comportamentais, sociais e culturais dos indivíduos que sofreram SCA em idade precoce, incluindo comparação entre diferentes regiões.

Também na vertente deste tema, seria importante aprofundar o estudo dos casos de SCA em menores de 30 anos e nas mulheres em idade fértil, uma vez que, tal como verificado, são raros os casos identificados. A investigação da existência de história familiar de DAC nos doentes com SCA em idade jovem seria uma mais valia na compreensão destes eventos nesta faixa etária. O estudo do controlo dos fatores de risco cardiovasculares por parte dos doentes que sofreram SCA seria, igualmente, uma premência nesta área.

Bibliografia

1. WHO. The top 10 causes of death [Internet]. Fact sheet (Updated January 2017). 2017 [cited 2017 Dec 1]. World Health Organization. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/en/>.
2. Wilkins E, Wilson L, Wickramasinghe K, Bhatnagar P, Rayner M, Townsend N. European Cardiovascular Disease Statistics 2017 edition. Eur Hear Netw. 2017.
3. Kumar V, Abbas A, Aster J. Pathologic Basis of Disease. 9th Edition. Elsevier. 2015.
4. Chen TS, Incani A, Butler TC, Poon K, Fu J, Savage M, et al. The Demographic Profile of Young Patients (< 45 years-old) with Acute Coronary Syndromes in Queensland. Hear Lung Circ. 2014;23(1):49-55.
5. Puricel S, Lehner C, Rutz T, Togni M, Stadelmann M, Moschovitis A, et al. Acute coronary syndrome in patients younger than 30 years - aetiologies , baseline characteristics and long-term clinical outcome. Swiss Med Wkly. 2013;(July):1-8.
6. Panduranga P, Sulaiman K, Al-Zakwani I, Abdelrahman S. Acute coronary syndrome in young adults from oman: results from the gulf registry of acute coronary events. Heart Views. 2010;11(3):93-8.
7. Deora S, Kumar T, Ramalingam R, Manjunath CN. Demographic and angiographic profile in premature cases of acute coronary syndrome : analysis of 820 young patients from South India. Cardiovasc Diagn Ther. 2016;6(3):193-8.
8. Soeiro ADM, Carolina M, Almeida F De, Vicente C, Jr S. Clinical characteristics and long-term progression of young patients with acute coronary syndrome in Brazil. Einstein (São Paulo). 2015;13(3):370-5.
9. Obaya M, Yehia M, Hamed L, Fattah AA. Comparative study between elderly and younger patients with acute coronary syndrome. Egypt J Crit Care Med. 2015;3(3.2):69-75.
10. Schoenenberger AW, Radovanovic D, Stauffer J, Windecker S, Urban P, Niedermaier G, et al. Acute coronary syndromes in young patients : Presentation , treatment and outcome. Int J Cardiol. 2011;148(3):300-4.
11. Choi J, Daskalopoulou S, Thanassoulis G, Pilote L, Investigators G. Sex- and Gender-Related Risk Factor Burden in Patients With Premature Acute Coronary Syndrome. Can J Cardiol. 2013;30(1):109-17.
12. Davis M, Diamond J, Montgomery D, Krishnan S, Eagle K, Jackson E. Acute coronary syndrome in young women under 55 years of age: clinical characteristics, treatment, and outcomes. Clin Res Cardiol. 2015;104(8):648-55.

13. Ma Q, Wang J, Jin J, Gao M, Liu F, Zhou S, et al. Clinical characteristics and prognosis of acute coronary syndrome in young women and men : A systematic review and meta-analysis of prospective studies. *Int J Cardiol.* 2016;228:837-43.
14. Tsai W-C, Wu K-Y, Lin G-M, Chen S-J, Lin W-S, Yang S-P, et al. Clinical Characteristics of Patients Less than Forty Years Old with Coronary Artery Disease in Taiwan : A Cross-Sectional Study. *Acta Cardiol Sin.* 2017;33(3):233-40.
15. Doughty M, Mehta R, Bruckman D, Das S, Karavite D, Tsai T, et al. Acute Ischemic Heart Disease Acute myocardial infarction in the young – The University of Michigan experience. *Am Hear journal,*. 2002;143(1):56-62.
16. Vaccarino V, Parsons L, Every N, Barron H, Krumholz H. Sex-based differences in early mortality after myocardial infarction. *N Engl J Med.* 1999;341(4):217-25.
17. Federation WH. Cardiovascular risk factors [Internet]. Risk factors. 2017 [cited 2017 Dec 1]. Available from: <https://www.world-heart-federation.org/resources/risk-factors/>.
18. Sarr M, Ba DM, Ndiaye MB, Bodian M, Jobe M, Kane A, et al. Acute coronary syndrome in young Sub-Saharan Africans : A prospective study of 21 cases. *BMC Cardiovasc Disord.* 2013;13(1):118.
19. Mendelsohn ME. Protective Effects of Estrogen on the Cardiovascular System. *Am J Cardiol.* 2002;89(12):12-7.
20. Maas AHEM, Appelman YEA. Gender differences in coronary heart disease. *Netherlands Hear J.* 2010;18(12):598-603.
21. Rosengren A, Wallentin L, Gitt AK, Behar S, Battler A, Hasdai D. Sex , age , and clinical presentation of acute coronary syndromes. *Eur Heart J.* 2004;25(8):663-70.
22. Hbjan K. Smoking Effect on Ischemic Heart Disease in Young Patients. *Heart Views.* 2011;12(1):1-7.
23. Lang N, Guomundsdóttir I, Boon NA, Ludlam CA, Fox KA, Newby DE. Marked Impairment of Protease-Activated Receptor Type 1-Mediated Vasodilation and Fibrinolysis in Cigarette Smokers. *J Am Coll Cardiol.* 2008;52(1):33-9.
24. Vanhoutte PM, Shimokawa H, Tang EHC, Feletou M. Endothelial dysfunction and vascular disease. *Acta Physiol.* 2009;196(2):193-222.
25. Morita K, Tsukamoto T, Naya M, Noriyasu K, Inubushi M, Shiga T. Smoking Cessation Normalizes Coronary Endothelial Vasomotor Response Assessed with 15O-Water and PET in Healthy Young Smokers. *J Nucl Med.* 2006;47(12):1914-21.
26. Rosengren A, Hawken S, Ôunpuu S, Sliwa K, Zubaid M, Almahmeed WA, et al. Association of psychosocial risk factors with risk of acute myocardial infarction in 11 119 cases and 13 648 controls from 52 countries (the INTERHEART study): case-control. *Lancet.* 2004;364:953-62.

27. Maroszyńska-dmoch EM, Woźakowska-kapłon B. Clinical and angiographic characteristics of coronary artery disease in young adults : a single centre study. *Kardiol Pol (Polish Hear Journal)*. 2016;74(4):314-21.
28. Bastante T, Rivero F, Cuesta J, Benedicto A, Restrepo J, Alfonso F. Nonatherosclerotic Causes of Acute Coronary Syndrome : Recognition and Management. *Curr Cardiol Rep*. 2014;16(11):1-12.
29. Choudhury L, Marsh JD. Myocardial Infarction in Young Patients. *Am J Med*. 1999;107(3):254-61.
30. Rallidis LS, Sakadakis EA, Tympas K, Varounis C. The impact of smoking on long-term outcome of patients with premature (≤ 35 years) ST-segment elevation acute myocardial infarction. *Am Heart J*. 2014;169(3):356-62.
31. Fournier JA, Cabezón S, Cayuela A. Long-Term Prognosis of Patients Having Acute Myocardial Infarction When < 40 . *Am J Cardiol*. 2004;94(8):989-92.

Anexo 1

Tabelas

Tabela A1. Distribuição do número de fatores de risco “tradicionais” por sexo

Nº de Fatores de risco	Homens (n=328)	Mulheres (n=194)	p-value
0	34 (10.4%)	25 (12.9%)	0.393
1	80 (24.4%)	47 (24.2%)	1.000
2	110 (33.5%)	64 (33.0%)	0.924
3	75 (22.9%)	42 (21.6%)	0.828
4	28 (8.5%)	16 (8.2%)	1.000
5	1 (0.3%)	0	1.000
6	0	0	-

Tabela A2. Distribuição do número de fatores de risco “tradicionais” por sexo, do grupo etário [31-45] anos

Nº de Fatores de risco	Homens 31-45 anos (n=87)	Mulheres 31-45 anos (n=14)	p-value
0	10 (11.5%)	2 (14.3%)	0.671
1	25 (28.7%)	5 (35.7%)	0.753
2	20 (23.0%)	6 (42.9%)	0.184
3	19(21.8%)	0	0.066
4	12 (13.8%)	1 (7.1%)	0.688
5	1 (1.1%)	0	1.000
6	0	0	-

Tabela A3. Distribuição do número de fatores de risco “tradicionais” por sexo, do grupo etário [46-54] anos

Nº de Fatores de risco	Homens 46-54 anos (n=236)	Mulheres 46-54 anos (n=62)	p-value
0	22 (9.3%)	6 (9.7%)	1.000
1	53 (22.5%)	16 (25.8%)	0.613
2	90 (38.1%)	27 (43.5%)	0.467
3	55 (23.3%)	11 (17.7%)	0.394
4	16 (6.8%)	2 (3.2%)	0.383
5	0	0	-
6	0	0	-

Tabela A4. Distribuição do tipo de SCA por sexo

Tipo de SCA	Homens (n=284)	Mulheres (n=169)	p-value
EAMcSST	141 (49.6%)	55 (32.5%)	0.000*
EAMsSST	90 (31.7%)	57 (33.7%)	0.679
AI	53 (18.7%)	57 (33.7%)	0.000*

*Resultado estatisticamente significativo

Tabela A5. Distribuição do número de vasos com DAC por sexo

Nº de vasos	Homens (n=268)	Mulheres (n=139)	<i>p-value</i>
0	20 (7.5%)	36 (25.9%)	0.000*
1	94 (35.1%)	46 (33.1%)	0.388
2	77 (28.7%)	27 (19.4%)	0.042*
3	77 (28.7%)	30 (21.6%)	0.125

*Resultado estatisticamente significativo

Tabela A6. Distribuição do número de mortes hospitalares por sexo, grupo etário [31-45] anos

	Homens 31-45 anos (n=87)	Mulheres 31-45 anos (n=14)	<i>p-value</i>
Morte	1 (1.1%)	0	1.000

Tabela A7. Distribuição do número de mortes hospitalares por sexo, grupo etário [46-54] anos

	Homens 46-54 anos (n=236)	Mulheres 46-54 anos (n=62)	<i>p-value</i>
Morte	6 (2.5%)	1 (1.6%)	1.000

Tabela A8. Distribuição dos antecedentes de SCA e da sua repetição por sexo, grupo etário [31-45] anos

	Homens 31-45 anos (n=87)	Mulheres 31-45 anos (n=14)	<i>p-value</i>
SCA prévio	5 (5.7%)	1 (7.1%)	1.000
Prognóstico	(n=86) 6 (7.0%)	(n=14) 0	0.591

Tabela A9. Distribuição dos antecedentes de SCA e da sua repetição por sexo, grupo etário [46-54] anos

	Homens 46-54 anos (n=236)	Mulheres 46-54 anos (n=62)	<i>p-value</i>
SCA prévio	19 (8.1%)	3 (4.8%)	0.585
Prognóstico	(n=230) 9 (3.9%)	(n=61) 4 (6.6%)	0.482

Anexo 2

Autorizações para o estudo

ULS de Castelo Branco, EPE



Diana Filipa Carreiro Lucas <a30178@fcsaude.ubi.pt>

Pedido de autorização para a realização de estudo da ocorrência de síndromes coronárias agudas em idade precoce na região da beira Interior

Secretariado CA <secretariado@ulscb.min-saude.pt>
Para: "a30178@fcsaude.ubi.pt" <a30178@fcsaude.ubi.pt>

6 de junho de 2017 às 16:01

Exma. Senhora

Dra. Diana Filipa Carreiro Lucas

Aluna do Curso de Mestrado Integrado de Medicina

FCS-UBI

No seguimento do pedido formulado por V. Exa. para realização do estudo supracitado, sou a informar que o Conselho de Administração deliberou autorizar a realização do mesmo, devendo para o efeito contactar previamente os Diretores dos Serviços de Cardiologia e UCIP, Serviços onde pretende recolher os respetivos dados.

Com os melhores cumprimentos,

O Presidente do Conselho de Administração da ULSCB, EPE

António Vieira Pires



Diana Filipa Carreiro Lucas <a30178@fcsaude.ubi.pt>

Estudo de investigação na ULSCB - Tese de Mestrado Integrado de Medicina - FCS/UBI

1 mensagem

Secretariado CA <secretariado@ulscb.min-saude.pt>

26 de setembro de 2017 às 09:11

Para: "a30178@fcsaude.ubi.pt" <a30178@fcsaude.ubi.pt>

Cc: Maria Helena Ribeiro Gonçalves Lopes <mlopes@ulscb.min-saude.pt>

Exma. Senhora

Dra. Diana Filipa Carreiro Lucas

Aluna do Curso de Mestrado Integrado de Medicina

FCS-UBI

Informo V. Exa. que o Conselho de Administração deliberou homologar o parecer favorável da Comissão de Ética, pelo que se autoriza a realização do estudo de ocorrência de síndromes coronárias agudas, conforme solicitado, desde que seja mantida a confidencialidade dos sujeitos do mesmo e desde que todos os princípios éticos inerentes ao processo de investigação sejam respeitados.

Para o efeito, deverá contactar previamente os Diretores dos Serviços de Cardiologia e UCIP, Dr. Francisco Paisana e Dr. João Gabriel,

respetivamente, onde pretende realizar o referido estudo.

Com os melhores cumprimentos,

O Presidente do Conselho de Administração da ULSCB, EPE

António Vieira Pires



Unidade Local de Saúde
Castelo Branco, EPE

ULS da Guarda, EPE

 REPÚBLICA PORTUGUESA SAÚDE		SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE	
--	---	---	---

Exma. Senhora
Dra. Diana Filipa Carreiro Lucas
Rua Poço do Moleiro, lote 241, 3º Dtº
6000-412 Castelo Branco

SUA REFERÊNCIA	SUA COMUNICAÇÃO DE	NOSSA REFERÊNCIA Nº: PROC. Nº:	DATA 08.06.2017
----------------	--------------------	--------------------------------------	--------------------

ASSUNTO: Pedido de autorização para consultar processos clínico no âmbito de um estudo subordinado ao tema "Estudo da ocorrência de Síndromes Coronárias Agudas em idade precoce na Região da Beira Interior"

Em referência ao assunto mencionado em epígrafe e conforme solicitado por V. Exa., vimos informar que, de acordo com o parecer da Comissão de Ética para a Saúde, da ULS da Guarda, E.P.E., nada temos a opor ao desenvolvimento do trabalho e que o mesmo se encontra autorizado.

Com os melhores cumprimentos,

A Presidente do Conselho de Administração
Dr.ª Isabel Coelho
Presidente do Conselho de Administração
ULS da Guarda, E.P.E.
(Dra. Isabel Coelho)



Comissão de Ética para a Saúde

Exma. Senhora
Presidente do Conselho de Administração
Unidade Local de Saúde da Guarda, E. P. E.

aria Júlia Amaral

Mediça; Prof. FML

ria Capelo

Identite; Psicóloga

e António Luciano

Lavrador Gama

Diretor de Serviço

ia Carmo Teixeira

Ética Assessora

ia Eugénia Pereira

Assistente Graduada

ria Lurdes Vaz

Mediça Especialista

Data: 22-05-2017

ASSUNTO: Pedido de autorização para consultar processo clínicos no âmbito de um estudo subordinado ao tema "Estudo da ocorrência de Síndromes Coronárias Agudas em idade precoce na Região da Beira Interior", apresentado por ^{Silva} ~~Lucas~~ Lucas

A CES da ULS Guarda, E.P.E., reunida em 22 de Maio de 2017, analisou o pedido supra-mencionado e considerando:

- Tratar-se de um estudo clínico sem intervenção, limitando-se à consulta de processos clínicos limitado a doentes que estiveram internados ou passaram pelos serviços de urgência;
- A pertinência do estudo e sua conceção;
- A competência presumível do investigador para a sua realização;
- A competência do orientador do estudo;

Atendendo ainda a estarem asseguradas as condições de proteção de dados, a Comissão de Ética nada tem a opor à realização do estudo, desde que haja autorização dos Diretores dos Serviços em que ele se irá realizar.

Com os melhores cumprimentos,


A Comissão de Ética para a Saúde

Maria Cristina Martinho Gomes



Centro Hospitalar Cova da Beira, EPE



Centro Hospitalar Cova da Beira
 Presente em reunião de C.A.
 Em 19 MAIO 2017
 Despacho
 19 MAIO 2017

Presidente do C.A. - Director Clínico
 Dr. João José Camalhão Alves

Vogal do C.A.
 Dr. Vítor Manuel Mendes de Almeida

Vogal do C.A.
 Dr.ª Maria do Espírito Tirado Marinho

Capelheiro Director
 Inf. João José Camalhão Kamalinho

Parecer:	Despacho:
ASSUNTO: Projecto de Investigação n.º 40/2017 - "Estudo da ocorrência de Síndromes Coronárias Agudas em idade precoce na região da Beira Interior".	
PARA: Exmo. Sr. Presidente do Conselho de Administração	N.º 38/GII
DE: Gabinete de Investigação e Inovação	Data 09/05/2017
<p>Em relação ao assunto em epígrafe, junto envio o pedido de autorização de Diana Filipa Carreiro Lucas, aluna de Mestrado em Medicina da Faculdade de Ciências da Saúde, da Universidade da Beira Interior, para a realização de um estudo subordinado ao tema "Estudo da ocorrência de Síndromes Coronárias Agudas em idade precoce na região da Beira Interior", a realizar no Serviço de Cardiologia e na Unidade de Cuidados Intensivos deste Centro Hospitalar.</p> <p>Informo que se encontram reunidos todos os requisitos necessários de acordo com o Regulamento e Procedimentos do Centro de Investigação Clínica.</p> <p>Informo, ainda, que o estudo não foi submetido ao parecer da Comissão de Ética de acordo com a tomada de decisão desta Comissão, constante na Acta n.º 2, da reunião de 22 de Janeiro de 2009: "A Comissão de Ética decidiu ainda: ---</p> <p>Que o parecer da Comissão de Ética será dispensável sempre que não haja contacto directo com os doentes, como é o caso de consulta de processos clínicos e desde que o investigador se comprometa a manter a confidencialidade;...".</p> <p>Com os melhores cumprimentos,</p> <p style="text-align: center;">A Coordenadora do Gabinete de Investigação e Inovação,</p> <p style="text-align: center;">  (Dr.ª Rosa Saraiva) </p>	
RS/MA	

Comissão de Ética da UBI



comissaodeetica@ubi.pt
Convento de Santo António
6201-001 Covilhã | Portugal

Resposta ao Pedido n.º CE-UBI-Pp-2017-002

Autora: **Diana Filipa Carreiro Lucas**

Questão (sumariada):

- Para efeitos de elaboração da tese final do Mestrado Integrado, apresentou o tema "Estudo da ocorrência de Síndromes Coronárias Agudas em idade precoce na região da Beira Interior", o qual foi aprovado pelo Diretor de Curso;
- Posteriormente solicitou autorização aos órgãos competentes das instituições de saúde envolvidas (ULS de Castelo Branco, EPE, ULS da Guarda, EPE e Centro Hospitalar da Cova da Beira, EPE), tendo recebido a competente autorização;
- Encontra-se à presente data, em fase de consulta dos processos clínicos nas diferentes instituições.
- Não há qualquer contato com os doentes.

No entanto, surge agora a dúvida, se apesar das autorizações já obtidas, haverá também necessidade de obter o consentimento da Comissão de Ética da UBI. Informação que muito respeitosamente se solicita.

Resposta da CE-UBI

A CE-UBI apreciou, na sua reunião de 10 de outubro de 2017 o pedido submetido e emitiu a seguinte resposta:

“Uma vez que, por princípio um trabalho ou projecto que requeira parecer ético carece apenas de um único parecer, ainda que existam algumas situações particulares, como a necessidade de aprovação em comissão específica (CEIC) ou países ou estudos em que cada instituição exija um parecer próprio da sua Comissão de Ética (CE).

De acordo com o texto de solicitação e da anexa, no presente caso foram feitos pedidos, para além dos necessários de autorização aos responsáveis pelas instituições assistenciais envolvidas, pareceres a duas CE, do CHCB, EPE e da ULSG, sendo que a primeira considerou prescindível a sua intervenção e a segunda emitiu opinião favorável.

Assim, de acordo com o exposto, não há necessidade de um parecer desta CE, pois existe já apreciação com conclusão favorável pela da ULS Guarda.

UBI, Covilhã, 10 de outubro de 2017

O Presidente da Comissão de Ética

Professor Doutor José António Martinez Souto de Oliveira
Professor Catedrático