

Conectando Chamados Globais à Ação Local: Avançando a Equidade Cardiovascular para Mulheres no Brasil

Bridging Global Calls to Local Action: Advancing Cardiovascular Equity for Women in Brazil

Ariane Vieira Scarlatelli Macedo,^{1,2} Fernanda Souza de Carvalho,² Teresa Glynn,³ Neil Johnson,³ Karen Padilla Cabrera,³ Marlene Oliveira²

Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo,¹ São Paulo, SP – Brasil

Instituto Lado a Lado pela Vida,² São Paulo, SP – Brasil

Global Heart Hub,³ Galway – Irlanda

O *Global Burden of Disease 2023* destaca o impacto catastrófico das doenças cardiovasculares, responsáveis por 19,2 milhões de mortes em todo o mundo em 2023. As mulheres apresentam 20% mais mortalidade após infarto agudo do miocárdio, maior prevalência de insuficiência cardíaca com fração de ejeção preservada e riscos metabólicos crescentes (como índice de massa corporal) em comparação aos homens. De forma crítica, 79,6% da carga global de doenças cardiovasculares é atribuível a fatores de risco modificáveis — incluindo hipertensão arterial, dislipidemia, dieta e poluição do ar —, mas as taxas padronizadas por idade permanecem mais altas em contextos de baixa renda, onde as mulheres são desproporcionalmente afetadas.^{1,2}

As evidências mostram de forma consistente que as mulheres enfrentam desvantagens específicas no cuidado cardiovascular.¹⁻³ Elas têm maior probabilidade de vivenciar doença cardíaca tardia, não diagnosticada ou diagnosticada incorretamente, impulsionada por lacunas no reconhecimento dos sintomas, caminhos diagnósticos centrados nos homens, sub-representação em pesquisas e cuidados fragmentados.^{4,5} Essas desigualdades sistêmicas contribuem para atrasos no diagnóstico e piores resultados de tratamento para as mulheres.

Essas disparidades de sexo no cuidado cardiovascular refletem falhas estruturais e sistêmicas de longa data que exigem ação urgente e coordenada. Dados de coortes de longo prazo mostram que uma posição socioeconômica mais baixa está fortemente associada a transições mais precoces da boa saúde para multimorbidade, fragilidade e morte, ressaltando que os ganhos em equidade dependem da prevenção primária e da detecção precoce, e não apenas de intervenções em estágios avançados.⁶ Pacientes e cuidadores são parceiros essenciais na identificação dessas lacunas.

Palavras-chave

Doenças Cardiovasculares; Mulheres; Equidade em Saúde; Disparidades em Saúde; Prevenção Primária.

Correspondência: Ariane Vieira Scarlatelli Macedo •

Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo - Departamento de Medicina - Rua Cesário da Mota Júnior, 61. CEP 01221-020, Santa Cecília, São Paulo, SP - Brasil

Email: Arianevsm@yahoo.com.br

Artigo recebido em 10/02/2026, revisado em 19/02/2026, aceito em 19/02/2026

DOI: <https://doi.org/10.36660/abc.20260110>

Na seção “Comment” na revista *The Lancet Regional Health – Europe*, Padilla Cabrera e Johnson, da *Global Heart Hub (GHH)*, uma das alianças internacionais de organizações de pacientes cardíacos mais ativas e amplamente reconhecidas, descrevem como a distância geográfica, as dificuldades financeiras, o viés de gênero e as normas culturais restringem o acesso à prevenção, à detecção precoce e ao atendimento especializado.⁶ As mulheres relatam que os caminhos de cuidado raramente acomodam suas responsabilidades de cuidado, limitações econômicas e necessidades de saúde mental.⁷

Esses relatórios validam os achados epidemiológicos e reforçam uma mensagem-chave: enfrentar as desigualdades cardiovasculares exige não apenas soluções técnicas, mas também um engajamento significativo com os pacientes para delinear cuidados culturalmente apropriados e centrados no indivíduo. As alianças globais de pacientes são atores críticos nesse esforço. Por meio de cúpulas internacionais, pesquisas lideradas por pacientes e mesas-redondas nacionais, essas alianças ajudaram a redefinir a doença cardiovascular (DCV), deixando de ser vista apenas como um desafio clínico para ser reconhecida como uma questão de equidade — na qual as experiências vividas por mulheres com condições cardiovasculares orientam as prioridades de ação.^{4,7,8}

O Brasil alcançou reduções substanciais na mortalidade por DCV nas últimas décadas, mas esses avanços foram profundamente desiguais entre regiões e grupos sociais.^{9,10} Estados com indicadores sociais mais precários — particularmente no Norte e Nordeste — apresentaram quedas mais lentas na mortalidade por doenças circulatórias, refletindo disparidades persistentes nos determinantes sociais, na infraestrutura de saúde e no acesso ao cuidado.^{9,10}

Para as mulheres brasileiras, a carga dos principais fatores de risco cardiovascular permanece elevada e fortemente estratificada por educação, renda e raça/cor da pele.^{11,12} Experiências de discriminação racial têm sido associadas a marcadores adversos de risco cardiovascular, sugerindo que o racismo atua como um determinante fundamental da inequidade em saúde cardiovascular.¹¹ Fatores de risco específicos e relacionados ao sexo acrescentam maior complexidade: distúrbios hipertensivos da gestação, diabetes gestacional e outros desfechos adversos da gravidez são importantes marcadores de risco cardiovascular futuro, embora continuem sub-reconhecidos e subdocumentados na prática clínica.¹¹ A mortalidade materna permanece inaceitavelmente alta, especialmente no Norte e Nordeste, afetando de forma

desproporcional mulheres negras e indígenas – evidenciando como riscos reprodutivos e cardiovasculares se entrelaçam em contextos de vulnerabilidade social.¹¹

A reabilitação cardíaca e a prevenção secundária ilustram como as desigualdades se acumulam ao longo dos caminhos de cuidado. Evidências internacionais mostram que mulheres e grupos socioeconomicamente desfavorecidos estão consistentemente sub-representados em programas de reabilitação, apesar dos claros benefícios clínicos e psicológicos.⁷ Os dados brasileiros apontam para desafios semelhantes, com disponibilidade limitada de programas fora dos grandes centros urbanos e barreiras relacionadas ao transporte, tempo, responsabilidades de cuidado e custos diretos.^{11,13} Os marcos globais sobre prevenção de DCV e equidade fornecem orientações essenciais, mas não podem ser aplicados ao Brasil de forma padronizada (*“one-size-fits-all”*).^{1,3}

A organização do sistema de saúde é um determinante crucial: o amplo sistema público universal do Brasil (Sistema Único de Saúde, SUS) coexiste com um setor privado segmentado e marcada heterogeneidade regional em infraestrutura, força de trabalho e capacidade de implementar intervenções complexas.^{9,10} Recomendações que pressupõem acesso universal a diagnósticos avançados, acompanhamento contínuo com especialistas ou programas intensivos de reabilitação podem, inadvertidamente, ampliar desigualdades se sua implementação permanecer concentrada em centros urbanos mais ricos e entre populações com seguro de saúde.^{6,10}

Uma segunda limitação é a disponibilidade de dados para monitorar desigualdades sob uma lente interseccional. Embora as estatísticas nacionais relatem cada vez mais indicadores cardiovasculares desagregados por sexo e região, a desagregação sistemática por raça/etnia, renda e outras dimensões relevantes permanece incompleta.¹¹⁻¹³ Muitos aspectos do cuidado cardiovascular das mulheres — como acesso à reabilitação, qualidade da prevenção secundária, integração entre saúde reprodutiva e cardiovascular, e experiências de discriminação nos serviços de saúde — não são rotineiramente capturados nos sistemas de informação.¹¹⁻¹³

O Brasil oferece um exemplo convincente de como organizações de pacientes e a sociedade civil podem impulsionar mudanças estruturais na política de saúde. O instituto Lado a Lado pela Vida (LAL), afiliado à GHH, tem estado na linha de frente da defesa tanto da saúde cardiovascular quanto da saúde oncológica desde 2008.¹⁴ O LAL participou de todas as etapas que levaram à aprovação da Lei 14.758/2023, que instituiu a Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer (PNPCC).¹⁴ Essa legislação histórica, a primeira política abrangente de câncer no país, tem como objetivo reduzir a incidência da doença, garantir acesso ao cuidado integrado, melhorar a qualidade de vida e reduzir a mortalidade e a incapacidade causadas pelo câncer.¹⁴

A PNPCC foi resultado de uma colaboração contínua entre a Comissão Especial de Controle do Câncer da Câmara dos Deputados, organizações de pacientes, sociedades médicas e a sociedade civil. O papel do LAL exemplifica como organizações do terceiro setor podem avançar da

defesa de interesses para a co-criação de políticas públicas: mobilizando pacientes, engajando legisladores, contribuindo para a redação de textos legais e mantendo pressão pela implementação efetiva.¹⁴

O Brasil está bem posicionado para servir como modelo no avanço da equidade em saúde cardiovascular para mulheres, exemplificando como recomendações globais podem ser concretizadas por meio de parcerias locais. A combinação de um sistema de saúde universal, sociedades de cardiologia fortes e uma defesa organizada de pacientes oferece um contexto favorável para ações coordenadas.^{11,15} A recente colaboração entre a GHH e o LAL no Brasil — incluindo uma mesa-redonda multissetorial sobre a integração das perspectivas dos pacientes na política cardiovascular — ilustra como iniciativas globais podem enriquecer o diálogo local e apoiar o desenvolvimento de uma estratégia nacional de DCV que incorpore explicitamente equidade e experiência do paciente.¹⁴ Um roteiro prático para o Brasil poderia incluir três linhas de ação complementares.

Primeiro, a pesquisa e a vigilância devem incorporar sistematicamente uma lente de equidade. Pesquisas nacionais, bases de dados administrativas e registros clínicos precisam priorizar análises desagregadas por sexo, raça/cor da pele, renda e região, além de incluir indicadores relevantes para a saúde cardiovascular das mulheres — como complicações relacionadas à gravidez e acesso à reabilitação —, incentivando a colaboração com defensores de pacientes e a sociedade civil na definição das perguntas de pesquisa e na interpretação dos resultados.^{11,13}

Segundo, a detecção precoce e a atenção primária devem ser fortalecidas de maneiras social e culturalmente sensíveis. O manifesto da GHH para detecção e diagnóstico precoce de DCV enfatiza a necessidade de redesenhar os caminhos de cuidado, aproveitar as tecnologias digitais e expandir a capacitação da força de trabalho para garantir o diagnóstico oportuno das condições cardiovasculares mais comuns.^{4,7} No Brasil, traduzir esses princípios requer reforçar a capacidade das equipes de atenção primária do SUS (Estratégia Saúde da Família) para identificar e manejar mulheres em maior risco cardiovascular ao longo da vida, integrar saúde reprodutiva e cardiovascular, e utilizar agentes comunitários de saúde e telessaúde para alcançar mulheres em áreas remotas ou desassistidas.^{11,13}

Terceiro, a prevenção secundária, a reabilitação cardíaca e o cuidado integrado em saúde mental devem ser redesenhados para responder às necessidades e restrições específicas das mulheres. Isso inclui enfrentar barreiras logísticas como agendamento, transporte e responsabilidades de cuidado; explorar modelos comunitários e domiciliares; e incorporar avaliação psicológica e apoio no cuidado cardiovascular de rotina.^{4,7}

Em todos esses domínios, as estruturas de governança devem avançar da consulta para a partilha significativa de poder com os pacientes. A Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC) e seu Departamento de Cardiologia da Mulher, juntamente com outros atores nacionais, podem estabelecer painéis permanentes de aconselhamento de pacientes, incluir representantes de pacientes em comitês de diretrizes

e posicionamentos, e incorporar medidas de desfecho e experiência relatadas pelos pacientes nos indicadores de qualidade do cuidado.^{4,14,15}

Fechar as lacunas de inequidade na saúde cardiovascular das mulheres brasileiras não será alcançado apenas com a adesão a declarações globais ou pela adaptação de diretrizes internacionais. Isso requer a tradução deliberada de visões globais em políticas nacionais, prioridades de pesquisa e modelos de cuidado que enfrentem as interseções específicas de sexo, raça/cor da pele, classe e território que moldam a vida das mulheres no Brasil.^{6,11} O sucesso da defesa do LAL pela Política Nacional do Câncer demonstra que parcerias sustentadas e estruturadas entre organizações de pacientes, sociedades médicas e formuladores de políticas podem produzir legislação transformadora e em última instância, melhores resultados para os pacientes.¹⁴

Organizações de pacientes, como GHH e LAL, juntamente com a SBC, profissionais de saúde, gestores e formuladores

de políticas públicas, compartilham a responsabilidade de garantir que a equidade cardiovascular se torne um resultado mensurável, e não apenas um princípio declarado.^{4,7} A comunidade global de pacientes com doenças cardiovasculares tem transmitido uma mensagem clara: o valor da experiência vivida e dos dados relatados pelos pacientes é indiscutível, e os pacientes estão prontos para participar ativamente de ações voltadas para a equidade.⁷

Para a cardiologia brasileira, o próximo passo é incorporar essa mensagem de forma estrutural, integrando as vozes dos pacientes ao centro da tomada de decisões. Somente ao combinar perspectivas globais com estratégias localmente fundamentadas e centradas no paciente — e ao reconhecer as mulheres como coautoras da mudança — será possível garantir que nenhum coração, e nenhum coração de mulher, seja deixado para trás na atenção cardiovascular brasileira.

Referências

1. Global Burden of Cardiovascular Diseases and Risks 2023 Collaborators. Global, Regional, and National Burden of Cardiovascular Diseases and Risk Factors in 204 Countries and Territories, 1990-2023. *J Am Coll Cardiol*. 2025;86(22):2167-243. doi: 10.1016/j.jacc.2025.08.015.
2. World Heart Federation. Women & CVD [Internet]. Geneva: World Heart Federation; 2024 [cited 2026 Mar 03]. Available from: <https://world-heart-federation.org/what-we-do/women-cvd/>.
3. Roth GA, Mensah GA, Johnson CO, Addolorato G, Ammirati E, Baddour LM, et al. Global Burden of Cardiovascular Diseases and Risk Factors, 1990-2019: Update from the GBD 2019 Study. *J Am Coll Cardiol*. 2020;76(25):2982-3021. doi: 10.1016/j.jacc.2020.11.010.
4. Vogel B, Acevedo M, Appelman Y, Merz CNB, Chieffo A, Figtree GA, et al. The Lancet Women and Cardiovascular Disease Commission: Reducing the Global Burden by 2030. *Lancet*. 2021;397(10292):2385-438. doi: 10.1016/S0140-6736(21)00684-X.
5. Council of the European Union. Conclusions on the Improvement of Cardiovascular Health in the European Union. Document ST-15315-2024-INIT. Brussels: Council of the European Union; 2024.
6. Dugravot A, Fayosse A, Dumurgier J, Bouillon K, Rayana TB, Schnitzler A, et al. Social Inequalities in Multimorbidity, Frailty, Disability, and Transitions to Mortality: A 24-Year Follow-Up of the Whitehall II Cohort Study. *Lancet Public Health*. 2020;5(1):e42-e50. doi: 10.1016/S2468-2667(19)30226-9.
7. Cabrera KP, Johnson N. Addressing Cardiovascular Health Disparities: Global Perspectives from the Patient Community. *Lancet Reg Health Eur*. 2025;56:101404. doi: 10.1016/j.lanepe.2025.101404.
8. Global Heart Hub. Global Heart Hub Partnered with its Affiliate Instituto Lado a Lado pela Vida to host the first IPEC Brazil roundtable [Internet]. Dublin: Global Heart Hub; 2024 [cited 2026 Mar 05]. Available from: <https://globalhearthub.org/ipec-brazil-roundtable-event/>.
9. Bastos LAVM, Bichara JLP, Nascimento GS, Villela PB, Oliveira GMM. Mortality from Diseases of the Circulatory System in Brazil and its Relationship with Social Determinants Focusing on Vulnerability: An Ecological Study. *BMC Public Health*. 2022;22(1):1947. doi: 10.1186/s12889-022-14294-3.
10. Baptista EA, Queiroz BL, Pinheiro PC. Regional Distribution of Causes of Death for Small Areas in Brazil, 1998-2017. *Front Public Health*. 2021;9:601980. doi: 10.3389/fpubh.2021.601980.
11. Andrade LF, Villela PB, Bichara JLP, Bastos LAVM, Oliveira GMM. Disparities in Women's Cardiovascular Health in Brazil. *Int J Cardiovasc Sci*. 2024;37:e20240106. doi: 10.36660/ijcs.20240106.
12. Chan JLL, Tran-Nhu L, Pitcairn CFM, Lavery AA, Mrejen M, Pescarini JM, et al. Inequalities in the Prevalence of Cardiovascular Disease Risk Factors in Brazilian Slum Populations: A Cross-Sectional Study. *PLOS Glob Public Health*. 2022;2(9):e0000990. doi: 10.1371/journal.pgph.0000990.
13. Oliveira GMM, Brant LCC, Polanczyk CA, Malta DC, Biolo A, Nascimento BR, et al. Cardiovascular Statistics - Brazil 2023. *Arq Bras Cardiol*. 2024;121(2):e20240079. doi: 10.36660/abc.20240079.
14. Instituto Lado a Lado pela Vida. Política Nacional do Câncer [Internet]. São Paulo: Instituto Lado a Lado pela Vida; 2025 [cited 2026 Mar 05]. Available from: <https://lp.ladoaladopelavida.org.br/politica-nacional-do-cancer>.
15. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Departamento de Cardiologia da Mulher [Internet]. São Paulo: Sociedade Brasileira de Cardiologia; 2025 [cited 2026 Mar 05]. Available from: <https://www.cardiologiadamulher.com.br/>.



Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da licença de atribuição pelo Creative Commons