

O GÊNERO DA DOR:* Um estudo das doenças cardiovasculares no Brasil

Laís de Andrade Grandi Salgado

(UFMG, Graduanda em Ciências Sociais)

Resumo: As doenças cardiovasculares (DCV) são a principal causa de morte globalmente, afetando tanto homens quanto mulheres. No entanto, o cuidado cardiovascular feminino é frequentemente negligenciado, resultando em subdiagnóstico e subtratamento das mulheres. Este trabalho visa testar a hipótese de que a mortalidade feminina em DCV não se deve a uma vulnerabilidade biológica e sim ao foco histórico da medicina no corpo masculino. Portanto, a visão de que essa diferença não se deve a uma maior vulnerabilidade das mulheres, mas sim ao subdiagnóstico, às terapias inadequadas e aos fatores socioculturais que moldaram a ciência médica ao longo do tempo. A metodologia usada foi o estudo de caso, com a aplicação da análise documental da literatura médica e dos aparatos técnicos relacionados ao diagnóstico e tratamento de doenças cardiovasculares em mulheres. A pesquisa foca nas particularidades diagnósticas e nos riscos específicos enfrentados por mulheres, investigando como fatores históricos e socioculturais influenciam as práticas diagnósticas e os desafios no tratamento atual de DCV em mulheres.

Palavras-chave: doenças cardiovasculares; gênero; métodos diagnósticos; contexto brasileiro

INTRODUÇÃO

O ano é 1964, a comunidade multidisciplinar da American Heart Association planeja finalmente a primeira conferência para tratar dos problemas cardíacos em mulheres. O evento foi construído supostamente para agregar e divulgar o conhecimento sobre a principal causa de morte cientificamente estudada nos Estados Unidos (EUA) desde 1918, doenças cardiovasculares. No entanto, o título traz certa inquietação: “Corações e Maridos”. A suposta iniciativa, na verdade, serviu para instruir mulheres a atender ou manipular os homens em suas vidas para viver um estilo de vida saudável para o coração. Era também, desnecessário dizer, um verdadeiro bufê de sexismo clássico de meados do século, repleto de dicas como: “Suas próprias tarefas domésticas diárias, como varrer, tirar o pó, arrumar as camas e perseguir

crianças pequenas, já o colocam muito à frente de seu marido no departamento de exercícios; auxilie-o a se atualizar.”¹

Desse modo, encerra-se o primeiro encontro, com prescrições de cuidado dos próprios maridos, encorajando atividades domésticas e familiares como responsabilidades femininas no intuito de privar seus parceiros do estresse e planejamento devido, assim como o incentivo por parte delas de atividades físicas. É possível observar mais uma vez a responsabilização das mulheres não só por cuidar, mas prevenir que homens adoeçam, e mais que isso, a concretização de um evento científico para mulheres que se negou a discorrer sobre suas condições físicas. Revelando o risco mortal sob o qual elas como pacientes cardíacas se encontravam.

A descrição dessa passagem nos permite começar a compreender as influências relacionadas ao processo de construção da medicina cardiovascular. Assim, delinea-se o ponto central da discussão que busco desenvolver: a diferença de diagnóstico e mortalidade entre homens e mulheres no contexto de doenças cardiovasculares. Minha hipótese é de que essa disparidade não se deve a uma vulnerabilidade biológica intrínseca das mulheres as doenças e sim ao subdiagnóstico e fatores sociológicos, como tecnologias de exame que usaram e ainda usam o homem como sujeito universal.

Para tal, este artigo será estruturado em duas partes: uma recuperação histórica da ciência médica, evidenciando o corpo masculino como padrão universal, e uma análise dos exames cardíacos para compreender como perpetuam desigualdades diagnósticas. Essa abordagem permitirá examinar as origens do problema e suas consequências no cuidado à saúde feminina, destacando os impactos das bases históricas e sociológicas da medicina.

Por fim, é importante salientar a relação entre ciência e gênero como base teórica, tendo sido objeto de análises críticas que evidenciam como a produção científica reflete e reproduz os contextos sociais que a determinam. Autoras como Anne Fausto-Sterling (1992; 2000), Ruth Bleier (1997), Londa Schiebinger (2001), Annemarie Mol (2002), Evelyn Fox Keller (1985; 2002), Sandra Harding (1986; 1991; 2015), Helen Longino (1990; 2002) e Ilana Löwy (2010) discutem como a biomedicina utilizou historicamente o corpo masculino como modelo universal, desconsiderando as especificidades femininas. Suas reflexões evidenciam a

¹ Comen, E. (2024). All in Her Head: The Truth and Lies Early Medicine Taught Us About Women's Bodies and Why It Matters Today. Harper Wave.

necessidade de repensar a ciência médica para incluir perspectivas de gênero e evitar generalizações que perpetuam desigualdades.

A CONSTRUÇÃO DA MEDICINA CARDIOVASCULAR

A medicina cardíaca começou a se estruturar no final do século XIX e, desde então, as mulheres foram sistematicamente excluídas do diagnóstico, tratamento e pesquisa. Isso se deve, em parte, à construção histórica das doenças cardiovasculares como masculinas, refletindo o foco tradicional da medicina no corpo masculino. Dois exemplos disso são os ensaios clínicos precursores dos anos 80 e 90, fundamentais para o entendimento dessas doenças.

O Lipid Research Clinics Coronary Primary Prevention Trial (LRC-CPPT) foi o primeiro e um dos mais importantes ensaios a estabelecer a ligação entre colesterol e doenças cardíacas. Iniciado em 1973 e publicado em 1982, incluiu 3.806 homens e nenhuma mulher. O estudo mostrou que a redução do colesterol LDL com colestiramina diminuiu em 19% o risco de eventos coronarianos, reforçando essa relação, mas sem considerar os impactos em mulheres. Sobre essa coorte exclusivamente masculina, segue o seguinte trecho no qual os autores explicitam sobre o processo de recrutamento e metodologia:

Resumidamente, o LRC-CPPT foi um ensaio clínico duplo-cego, controlado por placebo, que testa a eficácia da redução dos níveis de colesterol para prevenção primária de CHD. Foram recrutados 3.806 homens de meia-idade com hipercolesterolemia primária (hiperlipoproteinemia tipo II) livres de, mas com alto risco de, CHD devido a níveis elevados de LDL-C. Os homens foram randomizados em dois grupos que eram semelhantes em características basais. (Lipid Research Clinics Program. 1984. p.352, tradução própria)

Esse trecho, ao ser analisado de perto, mostra algo curioso. O método de estudo randomizado, intitulado pela medicina como “padrão ouro”, aumentaria em teoria a neutralidade dos resultados ao alocar aleatoriamente os participantes em grupos. Isolando o efeito do tratamento testado e permitiria que os resultados fossem com maior clareza, atribuídos a intervenção feita. No entanto, nesse caso, mesmo que houvesse uma randomização interna dos participantes, como considerar de fato aleatório se somente houve homens. Como se aplicam os resultados a mulheres?

O segundo, em 1995, também pioneiro, buscava investigar o impacto da aspirina na prevenção primária de doenças cardiovasculares, incluindo o infarto do miocárdio (ataque

cardíaco), além de estudar o papel do betacaroteno na prevenção do câncer. Intitulado “Physicians' Health Study” (PHS)² Foi conduzido nas décadas de 80 e 90 e publicado em 95, incluiu 22 mil homens e, novamente, nenhuma mulher.

Foi somente em 1994 que a primeira iniciativa governamental para pesquisar especificamente doenças cardíacas em mulheres foi estabelecida, e logo em seguida uma grande campanha de conscientização “Go Red for Women” da American Heart Association em 2004 com objetivo de chamar atenção para as DCV na mulher. Essa, ganhou grande apoio de instituições, da mídia e da comunidade médica e se propagou pelo mundo. Hoje, são 53 países e o Brasil aderiu a essa campanha em 2019, mesmo que a Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC) existisse desde 1943.

Como citado anteriormente, no contexto brasileiro, essa campanha foi aderida em 2019, enquanto retratações específicas ocorreram a partir de 2022. A Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC) lançou, no Congresso Mundial e Brasileiro de Cardiologia, um Posicionamento sobre Saúde Cardiovascular das Mulheres em 2022. Intitulado “Carta às Mulheres”, o posicionamento propõe a redução da mortalidade feminina relacionada às Doenças Cardiovasculares em 30% até 2030. Atrelado a isso, também foi publicado o “Posicionamento sobre a saúde cardiovascular da mulher - 2022”, e nesse documento é cabível citar o que se diz na introdução:

Mesmo com as garantias constitucionais, as iniquidades em relação às mulheres persistem e ainda espreitam a sociedade brasileira. Por isso, necessário se faz, por intermédio de ações afirmativas, remarcar a necessidade de assegurar a igualdade imprescindível entre homens e mulheres, particularmente em relação à conscientização das DCV na mulher, que lamentavelmente ainda são negligenciadas no Brasil. (p. 823. Posicionamento sobre a Saúde Cardiovascular nas Mulheres – 2022. Arq. Brasil. Cardiol.)

A construção, tanto da introdução quanto do seguinte posicionamento, declaram abertamente a necessidade da análise das doenças cardiovasculares por uma lente que considere as mulheres. Em continuidade, em 2023, foi publicado outro posicionamento importante, intitulado: “Posicionamento sobre Doença Isquêmica do Coração — A Mulher no Centro do

² Steering Committee of the Physicians' Health Study Research Group. Preliminary report: Findings from the aspirin component of the ongoing Physicians' Health Study. N Engl J Med. 1988 Jan 28;318(4):262-4. doi: 10.1056/NEJM198801283180431. PMID: 3275899.

Cuidado — 2023” que assim como os outros traz um tom de reparação e retratação da comunidade médica, nesse caso ao reconhecimento da doença isquêmica do coração como a principal causa de morte entre as mulheres na faixa etária de 35 a 54 anos.

Essa carta, alinhada aos dois posicionamentos, precisa não só ser levada a sério como compreendidos seus impactos. Um século de negligência após a exclusão sistemática de mulheres dos estudos cardiovasculares, tenhamos alcançado finalmente uma retratação e a construção de uma ciência que preze por elas. Sobre a qual, como afirmou a médica Gláucia Maria Moraes de Oliveira, membro do Departamento de Cardiologia da Mulher da SBC em entrevista para o G1: "Um terço das mulheres brasileiras morrem de doença cardiovascular e a maioria por infarto. E essas mulheres precisam ter acesso a protocolos de prevenção, tratamento e reabilitação adequados"

Desse modo, apesar dos recentes progressos, a subdiagnóstico e o tratamento inadequado são problemas de longa data, frutos de um passado nem tão distante que afetam a saúde de mulheres até hoje. O resultado da conscientização global deste problema foi a retratação da comunidade médica que continua a se esforçar para compensar um século de negligência em relação à saúde cardíaca das mulheres.

Adentrando nas consequências de tal exclusão, é possível ressaltar tanto causas da construção da ideia de doenças cardiovasculares como predominantes em homens, quanto as consequências disso para a saúde das mulheres atualmente.

No mérito da causa, um homem em específico foi muito importante na consolidação desse imaginário da exclusividade de tais doenças no público masculino. William Osler, figura central na consolidação da medicina moderna, moldou o sistema de treinamento médico e criou o modelo de residência em 1889. Sua obra *The Principles and Practice of Medicine* (1892) tornou-se referência, descrevendo detalhadamente doenças cardíacas, mas excluindo as mulheres desse campo. Ele foi um dos responsáveis por associar problemas cardíacos masculinos à virilidade e relegar os femininos à neurose, ansiedade ou histeria, resultando em diagnósticos inadequados e tratamentos menos agressivos para mulheres.

Isso é evidenciado em **“Lectures on Angina Pectoris and Allied States”** (1897), onde Osler descreve o paciente cardíaco típico como “um homem bem estabelecido de 45 a 55 anos”, enquanto mulheres sofreriam de “pseudo angina”, uma falsa dor no peito causada por neurose.

Para ele, ataques cardíacos estavam ligados à masculinidade: “Não é o delicado neurótico com tendência à angina, mas o homem robusto, vigoroso de mente e corpo”. Essa visão perpetuou a exclusão feminina na medicina cardiovascular, levando a diagnósticos subestimados e à rejeição de condições cardíacas femininas como distúrbios emocionais.

Essa tese é corroborada por Sir Henry Thompson, que em *The Family Physician: A Manual of Domestic Medicine* (1895) descreveu a arritmia como uma condição induzida pela instabilidade emocional das mulheres, especialmente antes da menstruação. Para os homens, afirmou: “Quanto mais o sistema nervoso dos homens se aproxima do tipo feminino, maior é a probabilidade de eles sofrerem de palpitações”, reforçando a ideia de que ataques cardíacos eram para homens viris, enquanto arritmias afetavam homens “feminilizados”.

Dessa forma, desde a construção da ideia de que doenças cardiovasculares eram exclusivas dos homens viris, as mulheres foram sistematicamente excluídas. Osler faleceu em 1917, mas seu legado persiste: por um século, queixas cardíacas femininas foram tratadas como problemas da mente, não do coração. O resultado disso se reflete em estudos pioneiros sem mulheres e campanhas de conscientização focadas na saúde masculina. No Brasil, essa lógica atrasou a adoção de iniciativas voltadas às especificidades das doenças cardiovasculares em mulheres.

METODOLOGIA

Esta pesquisa utilizou estudo de caso e análise documental da literatura médica e dos aparatos técnicos de diagnóstico e tratamento. O objetivo foi investigar se a maior mortalidade feminina por doenças cardiovasculares resulta de subdiagnóstico, terapias inadequadas e vieses históricos que priorizam o corpo masculino.

Foram utilizadas fontes nacionais e internacionais para a construção do debate. A pesquisa em bases como Google Acadêmico e Consensus buscou termos como “sexo feminino e doenças cardiovasculares” e “gênero e doenças cardiovasculares”, considerando a disponibilidade dos textos, já que o tema ainda é recente e escasso.

O Brasil foi brevemente analisado para oferecer um contexto nacional sobre o avanço desse debate. A pesquisa se concentrou no Arquivo Brasileiro de Cardiologia (ABC), da Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC), e na Sociedade de Cardiologia do Estado de São

Paulo (SOCESP). Foram identificados três documentos oficiais da SBC – dois posicionamentos e uma carta – reconhecendo falhas históricas no diagnóstico de DCV em mulheres e propondo esforços reparatórios. Na SOCESP, foi encontrada apenas uma edição específica sobre o tema, “Doenças Cardiovasculares na Mulher” (2023), com seis artigos.

Para sistematizar o conhecimento, o trabalho se divide em dois momentos. Primeiro, foi elaborada uma linha do tempo sobre a evolução da ciência cardiovascular e seus impactos no tratamento de mulheres, com base no livro *All in Her Head* (2024), da oncologista e historiadora Elizabeth Comen. A obra analisa as diferenças de gênero no diagnóstico e tratamento das DCV. Assim, a pesquisa resgata a construção da medicina cardiovascular e sua priorização das questões de sexo, incluindo o contexto brasileiro.

No segundo momento, a pesquisa analisou as particularidades dos métodos diagnósticos e terapêuticos para DCV em mulheres. Exames como eletrocardiograma, ecocardiograma, teste ergométrico e angiotomografia coronariana têm maior taxa de falso-positivos e menor sensibilidade nelas, devido a fatores biológicos e sociais. A análise se baseou em diretrizes recentes, como a edição de 2023 da SOCESP sobre “Doença Cardiovascular na Mulher”, que discute o subdiagnóstico e a sub-representação feminina em estudos clínicos.

Este enfoque permitiu analisar os aspectos históricos e socioculturais que influenciam a construção e adaptação dos métodos diagnósticos e das tecnologias aplicadas à saúde cardiovascular feminina. A análise destaca como a medicina desconsidera frequentemente as especificidades do corpo feminino, o que se reflete na construção de critérios de diagnóstico e tratamentos insuficientes, resultando em uma desigualdade no acesso a cuidados adequados.

APARATOS TÉCNICOS

Uma das grandes consequências atuais para a saúde das mulheres está nos aparatos técnicos de exame. As doenças cardiovasculares já são investigadas sob influência histórica, e um estudo de 2023 evidencia o impacto dessa construção. O artigo “Particularidades da investigação da doença cardiovascular da mulher”, da SOCESP, destaca as limitações de exames como ECG, ecocardiograma e teste ergométrico em mulheres. O ECG, por exemplo, tem menor sensibilidade para detectar hipertrofia ventricular nelas, e o teste ergométrico apresenta alta taxa de falso-positivos.

Conforme o texto, isso decorreria do pouco reconhecimento de importantes diferenças biológicas entre mulheres e homens, bem como em suas respectivas respostas e estresses sociais, ambientais e comportamentais, em decorrência da sub-representação das mulheres em todos os aspectos da pesquisa biológica³, como evidenciado no seguinte trecho:

A estimativa de risco cardiovascular aterosclerótico é fundamental para uma ação preventiva eficaz. Entretanto, reconhece-se que os escores de risco são ferramentas que podem subestimar ou superestimar o risco em determinados grupos e podem negligenciar fatores de risco não capturados nas populações de origem. Esse ponto é particularmente relevante na avaliação da mulher, em que fatores de risco adicionais ou específicos do sexo, como condições sociais adversas, fatores relacionados à gestação e doenças inflamatórias crônicas, por exemplo, não foram incorporados a nenhuma ferramenta de avaliação de risco cardiovascular. (DOURADO e SMANIO. 2023. p.277.)

Esse trecho é fundamental para todo o estudo, visto que, evidencia que até hoje, nenhuma ferramenta desenvolvida para avaliar o risco cardiovascular leva fatores de sexo em consideração. Isso traz questões muito sérias, porque corrobora a hipótese de que, mulheres não são biologicamente mais sensíveis a doenças cardiovasculares, mas de que sua saúde foi e tem sido negligenciada. Portanto, é preciso analisar as ferramentas diagnósticas por serem um fator decisivo na identificação dessas doenças. Aqui serão analisadas nove delas:

ELETROCARDIOGRAMA

A primeira ferramenta diagnóstica, não invasiva e mais amplamente utilizada, o eletrocardiograma (ECG) avalia a atividade elétrica do coração por meio de eletrodos fixados na pele. Então, quando o coração bate, ele gera impulsos elétricos que causam a contração das câmaras cardíacas e esses impulsos são captados pelos eletrodos e registrados pelo dispositivo, resultando em um gráfico chamado eletrocardiograma que mostra ondas que correspondem a diferentes fases do ciclo cardíaco (onda P, complexo QRS, e onda T). Médicos analisam essas ondas para identificar possíveis problemas. No que toca as diferenças de sexo, a primeira diferença sobre isso foi publicada há 100 anos ⁴, mostrando que mulheres possuem intervalos

³ Wenger NK, Lloyd-Jones DM, Elkind MSV, Fonarow GC, Warner JJ, Alger HM, et al. Call to Action for Cardiovascular Disease in Women: Epidemiology, Awareness, Access, and Delivery of Equitable Health Care: A Presidential Advisory From the American Heart Association. *Circulation*. 2022;145(23):e1059-e71.

⁴ Okin PM. Electrocardiography in women: taking the initiative. *Circulation*. 2006; 113 (4): 464-6

QT mais longos, assim como uma diferença na magnitude dos sinais elétricos, com menos amplitude dos QRS, do ponto J e da onda T.

A partir disso, mulheres com hipertrofia ventricular esquerda (HVE) têm voltagem de QRS mais curtas, mesmo após o ajuste pela massa ventricular esquerda e o peso corporal. Consequentemente, o ECG tem menor sensibilidade para detecção de hipertrofia em mulheres do que homens. Em casos mais específicos de mulheres portadoras de implantes mamários, a alteração na interpretação eletrocardiográfica pode ser observada em até 46% dos casos⁵. Como evidenciado por Dourado e Smanio, existem diferenças de sexo importantes no que tange o funcionamento cardiovascular, nesse caso, tanto por mulheres possuírem um intervalo QT mais longo, quanto por implantes mamários. O que é preocupante, visto que, conforme a mais recente Pesquisa Global da Sociedade Internacional de Cirurgia Plástica Estética (Isaps), divulgada em setembro de 2023, o aumento das mamas continua a ser o procedimento cirúrgico mais comum entre as mulheres. Só em 2022, foram 2,2 milhões de procedimentos feitos.

TESTE ERGOMÉTRICO

O segundo teste não invasivo mais utilizado para doença isquêmica do coração é o teste ergométrico (TE). Este não é mais considerado exame inicial para investigação, visto que possui desempenho inferior aos outros, mas ainda, sim, usado em larga escala. É importante destacar que, no Brasil, estudos apontam a doença isquêmica do coração como uma das principais causas de morte entre mulheres jovens, sendo um tema de preocupação já em 2022. Este possui alta frequência de resultados considerados falso-positivo no sexo feminino, variando entre 38 a 67% em comparação a 7 a 44% no sexo masculino. Essa diferença é explicada por algumas hipóteses, a primeira de que mulheres têm menor capacidade de atingir cargas de esforço adequadas, especialmente as idosas. Em segundo, entra a interferência do estrogênio (natural ou não) como influência nos segmentos ST com exercícios, e por último, a variação da presença do segmento ST em decorrência do ciclo menstrual. A questão que fica aqui seria, então, quanto isso é usado para mulheres, visto que possui grande chance de errar, e em segundo, se for usado em grande número para detecção de doenças, a quanto tempo se sabe sobre essas diferenças biológicas?

⁵ Bun SS, Taghi P, Rahmouni A, Lațcu DG, Al Amoura A, Enache B, et al. Electrocardiographic modifications induced by breast implants. Clin Cardiol. 2019;42(5):542-5

ECOCARDIOGRAFIA

Uma ferramenta também como as mencionadas anteriormente, não invasiva e essa em específico de baixo custo e indicada na investigação diagnóstica inicial para a avaliação prognóstica de DCV. Para isso, o exame pode decorrer de um estresse físico como esteira ou bicicleta, tanto quanto de um farmacológico com dobutamina ou vasodilatadores. Seu uso é importante principalmente quando não se deseja o uso da radiação, para mulheres jovens e grávidas. Neste não existem estudos avaliando diferenças entre os sexos.

MEDICINA NUCLEAR – CINTILOGRAFIA DE PERFUSÃO MIOCÁRDICA E TOMOGRAFIA POR EMISSÃO DE PÓSITRONS

A medicina nuclear é baseada no uso de métodos seguros, quase indolores e não invasivos a partir de materiais radioativos. Esses dois métodos são utilizados em cenários onde as mulheres são consideradas de risco intermediário a alto e com ECG basal anormal ou não interpretável. São feitos por imagem e avaliam a perfusão miocárdica ao estresse.

A cintilografia miocárdica (CM) em mulheres encontra desafios na precisão, como artefatos técnicos causados por atenuação mamária. Mesmo assim, estudos mostram sensibilidade de 81% e especificidade de 78% para detecção de DAC obstrutiva em mulheres⁶. A tomografia por emissão de pósitrons (PET), menos disponível no Brasil, oferece uma alternativa com menor exposição à radiação e avaliação de isquemia para mulheres obesas, mas o acesso limitado aumenta a disparidade de diagnóstico

ULTRASSONOGRAFIA DAS CARÓTIDAS

Este método ajuda a identificar risco em mulheres aparentemente de baixo risco, documentando aterosclerose subclínica pela presença de placas, que elevam o risco cardiovascular. Em mulheres, essa medida é especialmente relevante, ao auxiliar na reclassificação de risco para aquelas que possuem múltiplos fatores de risco.

ESCORES DE CÁLCIO

⁶ Taqueti VR, Dorbala S, Wolinsky D, Abbott B, Heller GV, Bateman TM, et al. Myocardial perfusion imaging in women for the evaluation of stable ischemic heart disease—state-of-the-evidence and clinical recommendations. J Nucl Cardiol. 2017;24(4):1402-26. doi:10.1007/s12350-017-0926-8

Calculadoras tradicionais de risco cardiovascular subestimam geralmente o risco em mulheres, especialmente nas mais jovens. Estudos mostram que 32% das mulheres classificadas como de baixo risco exibem cálcio detectável, indicando um risco elevado de eventos cardiovasculares (6,7% a 8,6%). Em uma coorte de 15 anos, a mortalidade foi de 23,5% para mulheres com escore de cálcio ≥ 4007 , evidenciando o impacto do diagnóstico insuficiente e a necessidade de critérios ajustados por sexo para melhor precisão diagnóstica

ANGIOTOMOGRAFIA DE CORONÁRIAS

Em mulheres, esse exame pode ter uma precisão levemente menor devido à dificuldade em identificar estenoses em vasos coronarianos menores, outra característica específica de sexo que não foi considerada. Além disso, a exposição à radiação para tecido mamário tem sido uma preocupação, levando a um aumento do risco associado a exames de imagem em mulheres, incentivando avanços tecnológicos na área para mitigar esses efeitos

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA CARDÍACA

Apesar de a RMC ser indicada para mulheres em idade fértil e pré-menopausa, o acesso limitado e o custo alto afetam a disponibilidade do exame. Doenças específicas femininas, como a cardiomiopatia de Takotsubo, que ocorre em maior prevalência entre mulheres, podem permanecer subdiagnosticadas em regiões com infraestrutura médica menos avançada.

CORONARIOGRAFIA

Esse exame é vital para diagnosticar condições específicas em mulheres, como MINOCA/INOCA, cardiomiopatia induzida por estresse e dissecção coronariana espontânea. Contudo, mulheres enfrentam maior risco de complicações vasculares e de lesão renal pós-contraste, associadas à idade e comorbidades, limitando a indicação e aumenta o risco no tratamento dessas pacientes.

Ou seja, como posto anteriormente, o que existe é o não reconhecimento de importantes diferenças biológicas, inclusive no que concerne ao tamanho dos seios de mulheres para o

⁷ .Kelkar AA, Schultz WM, Khosa F, Schulman-Marcus J, O'Hartaigh BW, Gransar H, et al. Long-Term Prognosis After Coronary Artery Calcium Scoring Among Low-Intermediate Risk Women and Men. *Circ Cardiovasc Imaging*. 2016;9(4):e003742.

sucesso do exame. Além de que, quando no início desse tópico, são citadas as autoras desse artigo principal, é importante salientar que nenhuma ferramenta diagnóstica das analisadas, mesmo que tenha diminuído as chances de erro, não trazem especificidades de sexo em suas análises.

DISCUSSÃO

Para construir essa discussão de modo satisfatório, é preciso aprofundar na sociologia do conhecimento, em específico no debate sobre gênero. No que toca a sociologia, a provocação inicial de Londa Schiebinger no capítulo sobre medicina⁸ em seu livro “O feminismo mudou a ciência?” cumpre o dever de se situar o debate em primeiro momento:

Muitas pessoas dispõem-se a reconhecer que as mulheres não receberam uma parte justa, que atitudes sociais e instituições científicas necessitam de reforma. Estas pessoas também dispõem-se a reconhecer que as mulheres são excluídas de modos sutis e geralmente invisíveis. Elas se detêm abruptamente, no entanto, quando se trata de analisar os efeitos de práticas e ideologias, influenciadas pelo gênero, no conhecimento. A exclusão de mulheres, das ciências, teve consequências para o conteúdo da ciência? (SCHIEBINGER, 2001, p. 205)

A resposta aqui elaborada, com base em uma vasta análise histórica e social dos aparatos técnicos, indica novamente, bem como nos trabalhos de Evelyn Fox Keller, Helen Longino e Sandra Harding, que a lente de gênero é essencial para que se estude a ciência. Afinal, o que as ciências sociais fazem analisando essas práticas, é constatar que assim como todo conhecimento produzido se condiciona socialmente e partir disso, perguntas precisam ser feitas, como: por que uma técnica é desenvolvida? De que modo está sendo usada, com qual intuito? Quais são os recortes de gênero e raça? A ciência é um caminho para melhoria de vida, mas vida de quem?

Portanto, essas autoras propõem um ponto de vista a partir do qual podemos estudar a ciência, argumentando que se enriquece a compreensão deste empreendimento humano crucial, assim como visto no seguinte trecho de Ilana Lowy, do livro lançado esse ano de 2024 por pesquisadores da UFMG:

O conhecimento produzido numa conversa entre múltiplos atores/partes interessadas é mais sólido e mais “objetivo” do que o conhecimento produzido por um pequeno grupo de indivíduos, os quais, até recentemente eram na sua maioria brancos e homens

⁸ Schiebinger, Londa. O feminismo mudou a ciência? / Londa Schiebinger ; tradução de Raul Fiker. - - Bauru, SP : EDUSC, 2001. 384 p. : il. ; 21cm. - - (Coleção Mulher).

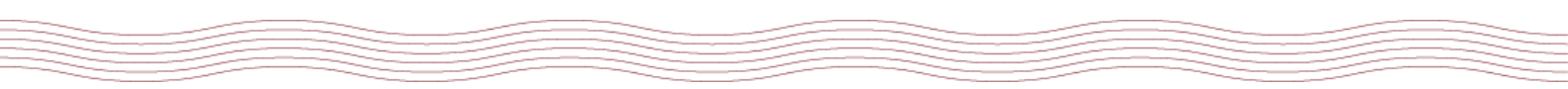
de classe média. Esses “experts” que, como regra eram formados e socializados em um punhado de seletas instituições, produziram conhecimento que refletia somente as suas experiências limitadas, e eram incapazes de chegar a diferentes tipos de conhecimento, produzidos por diferentes experiências. (ROCHA; GOMES; ROCHA, 2022, p. 8)

As teorias de gênero inicialmente tratavam o biológico como um dado fixo, focando apenas nos fatores culturais (Fausto-Sterling, 2000; Wijngaard, 1997). Mais recentemente, cientistas, especialmente biólogas, começaram a questionar essa visão, mostrando como o que é considerado biológico está influenciado por concepções de gênero. Um exemplo disso é a ideia de que doenças cardiovasculares afetavam apenas homens, associando ataques cardíacos à masculinidade, enquanto os casos em mulheres eram vistos como simulados ou não fatais.

O marcador de gênero precisa ser considerado, pois a ciência não é neutra—carrega os preconceitos de sua época, incluindo os de gênero e raça. A construção das doenças cardiovasculares como masculinas exemplifica como o corpo masculino foi historicamente tratado como modelo universal na medicina, resultando na exclusão das mulheres dos estudos e em tratamentos desiguais. A situação das DCV representa um caso privilegiado para investigar essas questões, destacando a necessidade urgente de reavaliar e adaptar os modelos diagnósticos e terapêuticos para refletir adequadamente as necessidades das mulheres.

Como já visto em grande medida a questão da ciência, cabe passar para a tecnologia. Os aparatos técnicos na mensuração de riscos cardiovasculares refletem formas específicas de poder e autoridade. Mulheres enfrentam piores desfechos não apenas devido aos médicos, mas a um sistema científico que construiu a medicina cardíaca centrada no corpo masculino. Os estudos sociais da ciência mostram que toda ciência é socialmente construída e, nesse caso, resultou em prejuízos para a saúde das mulheres. Quando os objetos são munidos de política, esses são sexistas.

De modo a concluir, a sensação de ler tantos artigos que majoritariamente começam destacando as disparidades diagnósticas ou a maior mortalidade feminina é provavelmente a mesma das mulheres que entraram naquele congresso em 1964, esperando que fossem o foco, mas não foram. Este trabalho nasce da necessidade de expor a negligência médica e científica, evidenciando as limitações sistêmicas e tecnológicas que perpetuam o subdiagnóstico e comprometem suas chances de sobrevivência. É um tributo àquelas que não foram ouvidas e perderam a vida pela inação da comunidade médica.



Mais do que um problema isolado, este estudo revela falhas estruturais no método científico. Não se trata de pequenos erros, mas da exclusão sistemática das mulheres dos estudos, de ensaios clínicos randomizados que definiram a cardiologia sendo conduzidos apenas com homens. A medicina cardíaca se construiu sobre preceitos sexistas, relegando sintomas legítimos e orgânicos a meras questões psicológicas.

Referências:

- Alvarado, T., García-Guimarães, M., Nogales, J. M., Jimenez-Kockar, M., Macaya, F., & Alfonso, F. (2023). Dissecção Espontânea da Artéria Coronária: Existem Diferenças entre Homens e Mulheres?. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 120(1), e20210550. <https://doi.org/10.36660/abc.20210550>
- Appelman, Y., Rijn, B., Haaf, M., Boersma, E., & Peters, S. (2015). Sex differences in cardiovascular risk factors and disease prevention. *Atherosclerosis*, 241(1), 211-8. <https://doi.org/10.1016/j.atherosclerosis.2015.01.027>
- Ávila, W. S., Rivera, M. A. M., & Rivera, I. R. (2023). Depressão, Doença Cardiovascular e Sexo Feminino: Uma Tríade Subestimada. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 120(7), e20220858. <https://doi.org/10.36660/abc.20220858>
- Cesena, F. (2022). Estratégia Farmacoinvasiva no Infarto do Miocárdio com Supradesnível do Segmento ST no Brasil: Sexo Feminino como Fator Prognóstico. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 119(5), 703–704. <https://doi.org/10.36660/abc.20220688>
- COMEN, E. (2024). *All in Her Head: A Study of Women's Heart Disease*. HarperCollins.
- Connelly, P., Azizi, Z., Alipour, P., Delles, C., Pilote, L., & Raparelli, V. (2021). The importance of Gender to Understand Sex Differences in Cardiovascular Disease. *The Canadian Journal of Cardiology*. <https://doi.org/10.1016/j.cjca.2021.02.005>.
- FAUSTO-STERLING, Anne. (1985). *Myths of gender: biological theories about women and men*. New York: Basic Books, 1.ed., 1992.
- FOX-KELLER, Evelyn. (2006). "Qual foi o impacto do Feminismo na Ciência?" *Cadernos Pagu*, 27, pp. 13-34.
- GARCIA M, Mulvagh SL, Merz CN, Buring JE, Manson JE. (2016). Cardiovascular Disease in Women: Clinical Perspectives. *Circ Res*, 118(8), 1273-93. <https://doi.org/10.1161/CIRCRESAHA.116.308898>.
- Haraway, Donna. (1995). "Saberes localizados: a questão da ciência para o feminismo e o privilégio da perspectiva parcial." *Cadernos Pagu*, 5: 7-41.

Lemke, V. G. (2019). Gender Equity in Healthcare: An Issue of Justice or Need?. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 113(2), 299–299. <https://doi.org/10.5935/abc.20190168>

Lorenzo, A. (2018). Gender Disparities and Outcomes of Acute Coronary Syndromes in Brazil. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 111, 654-655. <https://doi.org/10.5935/abc.20180210>

Oliveira, C. C., Vilela, F., Braga, C., Costa, J., & Marques, J. (2023). Diferenças entre os Sexos no Infarto Agudo do Miocárdio com Supradesnívelamento do Segmento ST – Análise Retrospectiva de um Único Centro. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 120(1), e20211040. <https://doi.org/10.36660/abc.20211040>

Okin, P. M. (2006). Electrocardiography in women: taking the initiative. *Circulation*, 113(4), 464-6.

Posicionamento sobre a Saúde Cardiovascular nas Mulheres – 2022. *Arq. Brasil. Cardiol.*, 119(5), 815-882.

Posicionamento sobre Doença Isquêmica do Coração – A Mulher no Centro do Cuidado – 2023. *Arq. Brasil. Cardiol.*, 120(7), e20230303.

Rodgers, J., Jones, J., Bolleddu, S., Vanthenapalli, S., Rodgers, L., Shah, K., Kariya, K., & Pang Uluri, S. (2019). Cardiovascular Risks Associated with Gender and Aging. *Journal of Cardiovascular Development and Disease*, 6. <https://doi.org/10.3390/jcdd6020019>.

Schiebinger, L. (2001). *O feminismo mudou a ciência?* / Londa Schiebinger; tradução de Raul Fiker. Bauru, SP: EDUSC.

Serpytis, P., Navickas, P., Lukaviciute, L., Navickas, A., Aranauskas, R., Serpytis, R., Deksnys, A., Glaveckaitė, S., Petrulionienė, Z., & Samalavičius, R. (2018). Gender-Based Differences in Anxiety and Depression Following Acute Myocardial Infarction. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 111(5), 676–683. <https://doi.org/10.5935/abc.20180161>

Soeiro, A. de M., Silva, P. G. M. de B. e, Roque, E. A. de C., Bossa, A. S. Biselli, B., Leal, T. de C. A. T., Soeiro, M. C. F. de A., Pitta, F. G. Serrano Jr., C. V. Oliveira Jr., M. T. (2018). Prognostic Differences between Men and Women with Acute Coronary Syndrome. Data da Brazilian Registry. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 111(5), 648–653. <https://doi.org/10.5935/abc.20180166>

Steering Committee of the Physicians' Health Study Research Group. (1988). Preliminary report: Findings from the aspirin component of the ongoing Physicians' Health Study. *N Engl J Med.*, 318(4):262-4. <https://doi.org/10.1056/NEJM198801283180431>.

Sociedade Brasileira de Cardiologia – Carta das Mulheres. *Arq. Brasil. Cardiol.*, 112(6), 713-714. (2019)

The Lipid Research Clinics Coronary Primary Prevention Trial Results: I. Reduction in Incidence of Coronary Heart Disease. *JAMA*. 1984;251(3):351–364. <https://doi.org/10.1001/jama.1984.03340270029025>.

Wenger NK, Lloyd-Jones DM, Elkind MSV, Fonarow GC, Warner JJ, Alger HM, et al. (2022). Call to Action for Cardiovascular Disease in Women: Epidemiology, Awareness, Access, and Delivery of Equitable Health Care: A Presidential Advisory From the American Heart Association. *Circulation*, 145(23).

WEN, E. (2024). *All in Her Head: A Study of Women's Heart Disease*. HarperCollins.