

Nada sobre as Mulheres, sem as Mulheres, é para as Mulheres

Nothing about Women without Women is for Women

Camila Perez de Souza Arthur¹  e Omar Asdrúbal Vilca Mejia² 

Beneficência Portuguesa de São Paulo,¹ São Paulo, SP - Brasil

Instituto do Coração do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo,² São Paulo, SP - Brasil

Minieditorial referente ao artigo: O Sexo Feminino está Associado à Mortalidade na Cirurgia de Revascularização do Miocárdio?

Análises ajustadas mostram que mulheres tem maior mortalidade do que os homens após cirurgia de revascularização miocárdica (CRM), além de receber uma técnica cirúrgica de menor qualidade.^{1,2} Estratégias atuais focam na otimização pré-operatória e na padronização dos cuidados intra e pós-operatórios, assim como de incluir mais mulheres nas pesquisas. Atualmente, mulheres são sub-representadas, chegando até 16% da amostra em alguns *trials*.³ Isto reforça o chamado por mais equidade e uma maior inclusão de mulheres nos projetos de pesquisa ou do contrário a realização de estudos específicos em mulheres.

Acredito que demoramos para refletir sobre esta realidade já que o sexo feminino é considerado preditor de mortalidade na CRM desde a publicação do CASS em 1981⁴ e se manteve constante, inclusive no nosso cenário como parte do InsCor.⁵ Isto foi novamente reconhecido neste importante artigo de Goncharov et al.⁶ Identificando o sexo feminino como preditor de mortalidade em um estudo unicêntrico e retrospectivo com 9.845 pacientes onde menos de 20% foram mulheres. No entanto ao contrário de outros estudos, a diferença de mortalidade entre mulheres e homens foi perdida após o pareamento.⁶

O *propensity score* ajusta uma análise com base nas variáveis observadas, enquanto estudos randomizados balanceiam tanto sobre variáveis conhecidas como desconhecidas. O viés surge quando diferenças nos resultados possam ser consequência de características secundárias dos pacientes e isto pode ser notório em uma amostra de quase 3 décadas.⁶ Dentro disto, talvez a variável que mais pode ter influenciado estes resultados foi a inclusão de cirurgias combinadas com CRM e não somente CRM isolada. Mulheres pelo geral são operadas apresentando mais comorbidades e chegam num estágio mais avançado para cirurgia.

Este é um achado global e que pode estar relacionado ao avanço silencioso da cardiopatia nas mulheres ou até ter um componente comportamental e cultural, o que justifica o pareamento dos grupos. Mas, independentemente de Goncharov ter mostrado que após o pareamento em um banco de dados unicêntrico retrospectivo não houve diferença na mortalidade

entre mulheres e homens, ele conclui que o sexo feminino é sim um preditor independente de mortalidade após CRM.⁶ Um preditor que carrega a influência de outras variáveis conhecidas e desconhecidas da nossa prática diária e que devemos elucidar com urgência.^{1,7,8}

Assim, por exemplo, dados mostram que nas CRM, mesmo mulheres apresentando menor tempo de cirurgia, de circulação extracorpórea, de anoxia, assim como um menor uso de enxertos arteriais e menos anastomoses distais, elas evoluem com mais complicações pós-operatórias imediatas. Isto nos faz refletir que não devemos somente padronizar cuidados iguais, mas que deveríamos avançar para cuidados cirúrgicos personalizados e otimizados em mulheres, tanto nos critérios diagnósticos, quanto no preparo, e o melhor momento para a intervenção, assim como nas melhores estratégias cirúrgicas para cada paciente.⁹

Personalizar é importante, existem fatores de risco que realmente são irreversíveis nas mulheres, como são uma menor constituição física, assim como um menor diâmetro e maior tortuosidade das coronárias, além de uma maior prevalência de fragilidade. As variações hormonais tornam mais grave a doença aterosclerótica no sexo feminino. Evidências recentes mostram que o tamanho físico menor nas mulheres leva a uma maior hemodiluição e taxas de hematócrito mais baixas durante a circulação extracorpórea que justifica, a necessidade de níveis mais liberais de transfusão em relação aos homens.^{9,10}

Uma das áreas que mais tem nos preocupado está relacionada ao momento da indicação cirúrgica e ao preparo das pacientes mulheres, pois as recomendações vêm de diretrizes com número inexpressivo de mulheres.¹¹ Portanto, nós estamos liberando pacientes mulheres para cirurgia com os critérios de pacientes homens, isto significa, com os mesmos níveis de hemoglobina sérica, hemoglobina glicosilada, função renal, albumina, etc. o que poderia explicar a diferença nos resultados. Isto amplia nosso horizonte, não só pela busca de como indicar melhor se não de como preparar, tratar e cuidar melhor das mulheres.¹²

Goncharov et al. estão de parabéns por conseguir trazer mais discussão sobre os resultados da CRM em mulheres, o que reforça o “*Call to action*” por mais evidências científicas incluindo mulheres para poder ser utilizadas efetivamente em mulheres.⁶ Promover um melhor atendimento para as mulheres se torna uma necessidade social que traz benefícios não somente por ser a população que mais cresce no mundo, se não por promover o princípio da inclusão e nos adequar às necessidades específicas que vão ao encontro com as políticas atuais. A frase “Nada sobre nós sem nós é para nós” baseia-se no princípio de participação, é usado para comunicar a ideia de que nenhuma política deve ser decidida sem a participação plena e direta dos membros do(s) grupo(s) afetado(s) por ela (Figura 1).^{13,14}

Palavras-chave

Avaliação de Resultados em Cuidados de Saúde; Procedimentos Cirúrgicos Cardiovasculares; Saúde da Mulher

Correspondência: Omar Asdrúbal Vilca Mejia •

Instituto do Coração do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - Av. Dr. Enéas Carvalho de Aguiar, 44. CEP 05403-900, Cerqueira César, São Paulo, SP - Brasil
E-mail: omar.mejia@incor.usp.br

Artigo recebido em 01/05/2025, revisado em 14/05/2025, aceito em 14/05/2025

DOI: <https://doi.org/10.36660/abc.20250323>



Figura 1 – Nada sobre nós sem nós é para nós. Ricardo Levins Morales, 2010. Digital collections Joseph P. Healey Library.

Referências

1. Lacava L, Freitas FL, Borgomoni GB, Silva PGMBE, Nakazone MA, Campagnucci VP, et al. More Hospital Complications in Women after Cabg Even for Reduced Surgical Times: Call to Action for Equity in Quality Improvement. *Arq Bras Cardiol.* 2024;121(8):e20240012. doi: 10.36660/abc.20240012.
2. Wagner CM, Ibrahim AM. Sex Disparities after Coronary Artery Bypass Grafting and Hospital Quality. *JAMA Netw Open.* 2024;7(6):e2414354. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2024.14354.
3. Briscoe JB, Lawton JS. Improving Coronary Artery Bypass Grafting in Women: Difficulties and Outcomes. *J Updates Cardiovasc Med.* 2025;13(1):8-16. doi: 10.32596/jucvm.galenos.2025.2024.17.77.
4. Chaitman BR, Fisher LD, Bourassa MG, Davis K, Rogers WJ, Maynard C, et al. Effect of Coronary Bypass Surgery on Survival Patterns in Subsets of Patients with Left Main Coronary Artery Disease. Report of the Collaborative Study in Coronary Artery Surgery (CASS). *Am J Cardiol.* 1981;48(4):765-77. doi: 10.1016/0002-9149(81)90156-9.
5. Mejía OA, Lisboa LA, Puig LB, Moreira LF, Dallan LA, Pomerantzeff PM, et al. InsCor: A Simple and Accurate Method for Risk Assessment in Heart Surgery. *Arq Bras Cardiol.* 2013;100(3):246-54. doi: 10.5935/abc.20130043.
6. Goncharov M, Silva EOA, Silva PGMB, Freitas FL, Moreira AC, Tramuja L, et al. O Sexo Feminino está Associado à Mortalidade na Cirurgia de Revascularização do Miocárdio? *Arq Bras Cardiol.* 2025;122(5):e20240664. doi: 10.36660/abc.20240664.
7. Gaudino M, Chadow D, Rahouma M, Soletti GJ, Sandner S, Perezgrovas-Olaria R, et al. Operative Outcomes of Women Undergoing Coronary Artery Bypass Surgery in the US, 2011 to 2020. *JAMA Surg.* 2023;158(5):494-502. doi: 10.1001/jamasurg.2022.8156.
8. University of São Paulo. One-year Patency Comparison between Radial Artery and No-touch Saphenous Vein Grafts in Women Undergoing Isolated CABG (QUEEN) - NCT06179329 [Internet]. Bethesda: Clinical Trials; 2023 [cited 2025 Apr 27]. Available from: <https://clinicaltrials.gov/study/NCT06179329>.
9. Harik L, Habib RH, Dimagli A, Rahouma M, Perezgrovas-Olaria R, Jr Soletti G, et al. Intraoperative Anemia Mediates Sex Disparity in Operative Mortality after Coronary Artery Bypass Grafting. *J Am Coll Cardiol.* 2024;83(9):918-28. doi: 10.1016/j.jacc.2023.12.032.
10. Scott BH, Seifert FC, Glass PSA, Grimson R. Blood Use in Patients Undergoing Coronary Artery Bypass Surgery: Impact of Cardiopulmonary Bypass Pump, Hematocrit, Gender, Age, and Body Weight. *Anesth Analg.* 2003;97(4):958-63. doi: 10.1213/01.ANE.0000081790.75298.D8.
11. Gaudino M, Di Mauro M, Fremes SE, Di Franco A. Representation of Women in Randomized Trials in Cardiac Surgery: A Meta-Analysis. *J Am Heart Assoc.* 2021;10(16):e020513. doi: 10.1161/JAHA.120.020513.
12. El Khoudary SR. Gaps, Limitations and New Insights on Endogenous Estrogen and Follicle Stimulating Hormone as Related to Risk of Cardiovascular Disease in Women Traversing the Menopause: A Narrative Review. *Maturitas.* 2017;104:44-53. doi: 10.1016/j.maturitas.2017.08.003.
13. Sassaki RK. Inclusão de Pessoas com Deficiência em 2002: Reflexões para 2003. *Rev Nac Reabil.* 2023;16(2):45-53.
14. United Nations. United Nations Treaty Collection [Internet]. New York: United Nations; 2025 [cited 2025 May 22]. Available from: <https://treaties.un.org/>.

