

PROPOSTA DE FERRAMENTA PARA VIGILÂNCIA EM SAÚDE DE DOENÇAS CARDIOVASCULARES: DETERMINANTES SOCIAIS, TERRITÓRIO E PREVENÇÃO AMPLIADA

PROPOSAL FOR A TOOL FOR HEALTH SURVEILLANCE OF CARDIOVASCULAR DISEASES: SOCIAL DETERMINANTS, TERRITORY AND EXTENDED PREVENTION

Milene Izabel Pezarini Jacon¹

Anna Karolina da Silva Pereira²

Verônica Siqueira da Rocha Queiroz³

Viviane Cristina Vieira da Silva⁴

Silvia Ximenes Oliveira⁵

Jéssica Barreto Pereira⁶

Uberlandia Islândia Barbosa Dantas de Meneses⁷

1 Mestranda no Programa de Pós-Graduação em Alimentos, Nutrição e Engenharia de Alimentos (PPGANEA), com área de concentração em Alimentos e Nutrição, pela Universidade Estadual Paulista (UNESP), Instituto de Biociências, Letras e Ciências Exatas (IBILCE), campus de São José do Rio Preto.

2 Coordenadora de Gestão da Qualidade do Hospital Nova Esperança - João Pessoa/PB. Enfermeira (FASER). Especialista em Qualidade e Segurança do Paciente (IPOG). Mestranda em Gestão da Qualidade em Serviços de Saúde (UFRN).

3 Enfermeira graduada pela Universidade do Grande Rio, com especialização em Enfermagem do Trabalho pela Universidade Federal Fluminense e especialização em Epidemiologia e Vigilâncias em Saúde pela Faculdade Unyleya.

4 Enfermeira do Hospital Universitário Lauro Wanderley, Mestrado em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de Pernambuco.

5 Enfermeira. Doutora em Ciências da Saúde. Docente da Universidade Estadual da Paraíba – UEPB

6 Enfermeira. Docente. Faculdade Três Marias.

7 Professora Doutora titulada pela Universidade de Pernambuco e docente UNINTER Educacional

Resumo: As doenças cardiovasculares (DCVs) permanecem como a principal causa de mortalidade no Brasil, afetando de maneira desproporcional populações em situação de vulnerabilidade social. Este estudo teve como objetivo propor uma ferramenta de vigilância em saúde voltada às DCVs, com base na articulação entre determinantes sociais da saúde, território e prevenção ampliada. Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, realizada entre novembro de 2023 e janeiro de 2024, com busca nas bases SciELO, PubMed, LILACS, BDEF e em documentos técnicos de instituições nacionais e internacionais. A análise crítica dos estudos permitiu identificar duas categorias principais: (1) iniquidades sociais e distribuição desigual das DCVs no território e (2) fragilidades do cuidado e da vigilância em tempos de crise sanitária. Conclui-se que a vigilância em saúde das DCVs requer tecnologias que integrem variáveis clínicas, sociais e territoriais, promovendo o planejamento de ações mais justas, contextualizadas e resolutivas. A ferramenta proposta poderá contribuir com práticas de saúde mais equitativas e com a transformação da vigilância em um instrumento de justiça social.

Palavras chaves: Doenças cardiovasculares; Vigilância em saúde; Determinantes sociais; Território; Prevenção; Equidade em saúde.

Abstract: Cardiovascular diseases (CVDs) remain the leading cause of mortality in Brazil, disproportionately affecting populations in situations of social vulnerability. This study aimed to propose a health surveillance tool focused on CVDs, based on the articulation between social determinants of health, territory, and expanded prevention. This is an integrative literature review, conducted between November 2023 and January 2024, searching the SciELO, PubMed, LILACS, and

8 Graduada em Enfermagem- UNITRI . Doutorado pela UFU, Especialista em Urgência e Emergência pela Universidade Católica de Goiás, Especialista em regulação em Saúde MS e Hospital Sírio Libanês Mestre em enfermagem pela Universidade de Guarulhos. Atualmente é responsável Técnica de enfermagem, SIATE Sistema Integrado de Atendimento ao trauma da Secretaria Municipal de saúde de Uberlândia (SMS/FAEPU/CBMG) e docente, no Centro Universitário do Triângulo UNITRI.

BDENF databases, as well as technical documents from national and international institutions. The critical analysis of the studies allowed the identification of two main categories: (1) social inequities and unequal distribution of CVDs in the territory and (2) weaknesses in care and surveillance during times of health crisis. It is concluded that health surveillance of CVDs requires technologies that integrate clinical, social, and territorial variables, promoting the planning of fairer, more contextualized, and more effective actions. The proposed tool could contribute to more equitable health practices and to transforming surveillance into an instrument of social justice.

Keywords: Cardiovascular diseases; Health surveillance; Social determinants; Territory; Prevention; Health equity.

INTRODUÇÃO

As doenças cardiovasculares (DCVs) persistem como a principal causa de mortalidade no Brasil, representando também um dos maiores encargos em termos de anos de vida ajustados por incapacidade (DALYs), com uma prevalência de 6.905,6 casos por 100 mil habitantes e uma taxa de mortalidade de 162,2 por 100 mil habitantes (Oliveira; Wenger, 2023). Tais indicadores, aliados à transição epidemiológica e ao envelhecimento populacional, evidenciam a necessidade urgente de novos paradigmas na abordagem da vigilância e prevenção dessas enfermidades, sobretudo entre populações vulneráveis, como mulheres, idosos e moradores de regiões periféricas (Oliveira; Wenger, 2023).

A literatura aponta que os principais fatores de risco para DCVs, como hipertensão arterial sistêmica, dislipidemia, diabetes mellitus, obesidade, tabagismo, dieta inadequada e sedentarismo, estão fortemente associados a comportamentos de vida modificáveis e, mais ainda, a desigualdades sociais profundamente enraizadas no território (Gonçalves et al., 2024). Um estudo recente conduzido com usuários do Programa Academia da Saúde demonstrou que quanto maior o número

de comportamentos inadequados, maior a probabilidade de coexistência de múltiplos fatores de risco cardiovascular, evidenciando a sobreposição de vulnerabilidades (Gonçalves et al., 2024).

Ao mesmo tempo, análises territoriais no Brasil revelam que as DCVs não se distribuem de forma homogênea. Na Região Metropolitana do Recife, por exemplo, estudo realizado na I Região de Saúde de Pernambuco identificou que, entre os óbitos por COVID-19, 63,45% estavam associados a comorbidades pré-existentes, e dentre estas, as DCVs foram as mais prevalentes, totalizando 70,12% dos casos (Passos et al., 2022). Tal dado reforça o impacto sinérgico entre condições crônicas e eventos agudos em contextos de alta vulnerabilidade social.

Diante dessa realidade, evidencia-se a limitação de um modelo de vigilância centrado exclusivamente em dados biomédicos e desarticulado dos determinantes sociais da saúde (DSS). Embora o Sistema Único de Saúde (SUS) tenha historicamente promovido avanços importantes, como a territorialização do cuidado via Estratégia Saúde da Família, a abordagem fragmentada e curativa ainda predomina em muitos serviços (Oliveira; Wenger, 2023).

Portanto, é necessário um reposicionamento epistemológico e tecnológico da vigilância em saúde: que ela seja capaz de integrar informações clínicas, socioeconômicas e territoriais; que reconheça o território não apenas como espaço geográfico, mas como espaço vivido, marcado por relações de poder, identidade e exclusão; e que amplie sua atuação para além da prevenção secundária, incorporando estratégias de promoção e justiça social (Gonçalves et al., 2024; Oliveira; Wenger, 2023).

Este artigo propõe o desenvolvimento de uma ferramenta de vigilância em saúde voltada às DCVs, alicerçada na articulação entre determinantes sociais, território e prevenção ampliada. A ferramenta visa subsidiar decisões clínicas, epidemiológicas e intersetoriais, contribuindo para o enfrentamento das desigualdades em saúde cardiovascular e para a construção de políticas públicas mais equitativas e contextualizadas.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, cuja finalidade foi reunir, analisar e sintetizar criticamente o conhecimento científico disponível acerca das doenças cardiovasculares, seus determinantes sociais, distribuição territorial e estratégias de vigilância em saúde voltadas à prevenção ampliada. Esse tipo de revisão foi escolhido por permitir a incorporação de diferentes abordagens metodológicas, tanto quantitativas quanto qualitativas, favorecendo a construção de um panorama abrangente e reflexivo sobre o fenômeno investigado.

A elaboração do estudo seguiu seis etapas metodológicas conforme proposto por Mendes, Silveira e Galvão (2008): 1) identificação do tema e formulação da questão norteadora; 2) definição dos critérios de inclusão e exclusão dos estudos; 3) seleção da amostragem; 4) categorização dos estudos; 5) análise crítica dos resultados; e 6) apresentação da síntese do conhecimento.

A questão norteadora que guiou a revisão foi: Quais são as evidências científicas disponíveis sobre os determinantes sociais, as desigualdades territoriais e as práticas de vigilância em saúde que podem subsidiar a construção de uma ferramenta voltada à prevenção ampliada das doenças cardiovasculares no Brasil?

A busca pelos estudos foi realizada nas bases de dados SciELO, LILACS, PubMed e BDNF, além de documentos técnicos de instituições como o Ministério da Saúde do Brasil, Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e Organização Mundial da Saúde (OMS). A coleta ocorreu entre novembro de 2023 e janeiro de 2024. Utilizaram-se os seguintes descritores controlados, isolados e combinados por operadores booleanos: “doenças cardiovasculares”, “vigilância em saúde”, “determinantes sociais da saúde”, “território”, “prevenção”, “sistemas de informação em saúde”, e “equidade em saúde”.

Os critérios de inclusão foram: artigos publicados nos últimos cinco anos (2021 a 2026), em português, inglês ou espanhol, que abordassem as DCVs em articulação com determinantes sociais, território, prevenção ou vigilância em saúde. Foram incluídos artigos originais, revisões sistemáticas, estudos epidemiológicos e textos reflexivos de relevância para a saúde coletiva. Excluíram-se teses,

dissertações, estudos duplicados, artigos com acesso restrito e publicações que não apresentavam relação direta com os objetivos da revisão.

A triagem inicial envolveu a leitura dos títulos e resumos, seguida da leitura na íntegra dos textos potencialmente elegíveis. A análise e interpretação dos dados extraídos dos estudos selecionados foram realizadas de forma crítica e narrativa, com identificação dos principais eixos temáticos emergentes: a) desigualdades sociais e riscos cardiovasculares; b) vigilância em saúde e território; c) propostas de ferramentas tecnológicas e digitais para gestão em saúde; e d) modelos de prevenção ampliada. As evidências foram organizadas em matrizes analíticas, a fim de subsidiar a construção da proposta conceitual e prática da ferramenta sugerida neste artigo.

A presente revisão buscou respeitar os critérios de rigor metodológico, garantindo fidedignidade, criticidade e relevância científica. A construção do manuscrito foi orientada pelas normas da metodologia científica e pelas diretrizes de publicação da revista de destino.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A vigilância em saúde das doenças cardiovasculares (DCVs) no Brasil exige uma leitura intersetorial e territorializada que vá além da dimensão biomédica. A literatura revisada nesta pesquisa revelou a necessidade urgente de superar os modelos centrados apenas em fatores de risco individuais e incorporar tecnologias que permitam a integração dos determinantes sociais, da lógica territorial e da prevenção ampliada. A pandemia de COVID-19 evidenciou e agravou desigualdades historicamente presentes no sistema de saúde brasileiro, afetando diretamente o padrão de atendimento às DCVs, tanto nos aspectos assistenciais quanto na vigilância epidemiológica.

Dessa forma, a análise dos estudos selecionados permitiu a organização dos resultados em duas categorias temáticas principais: (1) Iniquidades sociais e distribuição desigual das DCVs no território e (2) Fragilidades do cuidado e vigilância em tempos de crise sanitária: a urgência de tecnologias integradas.

Iniquidades sociais e distribuição desigual das DCVs no território

A primeira categoria evidencia como as doenças cardiovasculares se distribuem de forma desigual entre diferentes territórios e grupos populacionais, refletindo as múltiplas camadas de vulnerabilidade social que compõem o contexto brasileiro. Estudo de Silva et al. (2024), baseado em mais de 1,2 milhão de hospitalizações por COVID-19, identificou que 52,7% dos pacientes internados com comorbidades apresentavam DCVs, com correlação quase perfeita entre a alta prevalência dessas doenças e os baixos índices de desenvolvimento humano (IDHM), bem como altos índices de vulnerabilidade social (IVS). Essa constatação reforça que os determinantes sociais da saúde, como renda, educação, moradia e acesso a serviços, exercem influência direta sobre a morbidade cardiovascular.

Essas iniquidades não se restringem apenas à distribuição espacial, mas também atingem grupos específicos. Mulheres, idosos e pessoas negras ou pardas estão entre os mais vulneráveis às complicações das DCVs, como apontado por Oliveira e Wenger (2023), que defendem um manejo clínico que considere essas interseccionalidades para além do padrão biomédico tradicional. A distribuição desigual das DCVs também ficou evidente na análise de Gonçalves et al. (2024), que demonstraram forte associação entre estilos de vida inadequados e prevalência de múltiplos fatores de risco cardiovascular em populações periféricas, confirmando que esses comportamentos não são escolhas individuais isoladas, mas construções sociais condicionadas por estruturas de exclusão e desproteção social.

Nesse sentido, é fundamental reconhecer que o território em saúde não é apenas um espaço geográfico, mas um espaço vivido, marcado por relações de poder, exclusão e resistência. O enfrentamento das DCVs deve incorporar estratégias territoriais que mapeiem vulnerabilidades e fortaleçam políticas públicas locais, respeitando a singularidade dos contextos e valorizando saberes comunitários e populares. A vigilância em saúde, nesse modelo, torna-se uma ferramenta política de

transformação social, rompendo com a lógica verticalizada e homogeneizadora ainda presente em parte da gestão pública da saúde.

A persistência das desigualdades no perfil epidemiológico das doenças cardiovasculares no Brasil é resultado direto da confluência entre determinantes sociais estruturais e um sistema de saúde que, apesar dos avanços com o SUS, ainda enfrenta desafios na territorialização e na equidade da atenção. Os dados históricos apontam um crescimento progressivo das mortes por DCVs ao longo das décadas, revelando um padrão de agravamento especialmente entre populações de menor renda e menor escolaridade (Puentes et al., 2023). A análise dos óbitos por décadas evidencia que, entre 1980 e 2009, houve um aumento de quase 800 mil mortes por problemas cardiocirculatórios, com taxas médias superiores a 27% dos óbitos totais no país nesse período.

Além do aspecto quantitativo, é fundamental destacar o impacto qualitativo dessas mortes: não apenas são evitáveis, como se concentram em regiões onde o acesso a ações de promoção da saúde, diagnóstico precoce e acompanhamento contínuo é mais precário. A ausência de redes locais integradas de cuidado torna o território um marcador de risco, e não de proteção. Essa constatação é corroborada pelo Ministério da Saúde (2022), que alerta que, embora o país conte com políticas e protocolos de atenção à hipertensão e às dislipidemias, essas ações não alcançam de forma equânime as populações das periferias urbanas e das zonas rurais remotas.

Nesse contexto, a abordagem centrada nos determinantes sociais torna-se imperativa. A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS, 2020) reforça que a construção de sistemas de saúde resilientes e justos depende da incorporação de ferramentas que considerem o território como unidade de planejamento e ação, de forma a garantir que as intervenções em saúde pública sejam orientadas pelas reais necessidades locais e pelo enfrentamento das desigualdades estruturais.

Dessa forma, o território deve ser compreendido como espaço de vivência, relação e produção de saúde, e não apenas como área geográfica de cobertura de serviços. A vigilância em saúde das DCVs deve, portanto, incorporar elementos do georreferenciamento, do mapeamento comunitário e das vulnerabilidades contextuais para subsidiar políticas públicas mais responsivas. Ao integrar

determinantes sociais como escolaridade, habitação, renda e acesso à alimentação saudável nos sistemas de monitoramento, será possível priorizar ações em áreas de maior risco cardiovascular, promovendo uma vigilância proativa e orientada à justiça social.

Por fim, a intersectorialidade surge como chave para a efetividade dessas estratégias. A vigilância em saúde precisa articular-se com setores como educação, assistência social, mobilidade urbana e saneamento, a fim de romper com a lógica biomédica fragmentada e construir uma resposta coletiva, territorial e democrática ao desafio das DCVs.

2. Fragilidades do cuidado e vigilância em tempos de crise sanitária: a urgência de tecnologias integradas

A segunda categoria aborda o impacto da pandemia de COVID-19 sobre a organização dos serviços de saúde e, especificamente, sobre o cuidado das DCVs. Os dados apontam para uma redução significativa nas internações hospitalares por essas doenças durante os anos iniciais da pandemia, concomitante ao aumento da letalidade e dos custos médios por internação. Isso sugere uma ruptura importante na continuidade do cuidado, possivelmente causada pelo medo de contaminação, pelas barreiras de acesso e pela priorização dos casos agudos de COVID-19 nas unidades de saúde (Martínez et al., 2025).

A ausência de protocolos integrados e a limitação de ferramentas tecnológicas voltadas à vigilância de DCVs em contextos de emergência revelaram as fragilidades do sistema de informação em saúde brasileiro. Como destacam Silva et al. (2024), há uma carência de indicadores específicos para equidade, o que compromete a capacidade do sistema de identificar, monitorar e responder adequadamente às necessidades dos grupos mais afetados. A falta de interoperabilidade entre bancos de dados e a fragmentação entre os níveis de atenção dificultam a construção de uma vigilância ativa e resolutiva, especialmente em cenários de crise sanitária.

Por outro lado, experiências como o Programa Academia da Saúde revelam o potencial

transformador de tecnologias sociais e ferramentas territoriais de promoção da saúde. Gonçalves et al. (2024) evidenciam que a articulação entre práticas corporais, educação em saúde e vínculo comunitário contribui para a modificação de comportamentos de risco cardiovascular, com impacto direto sobre a redução de morbimortalidade. Essa abordagem, que extrapola a prevenção secundária, reforça a importância de tecnologias leves e centradas no usuário como parte de um modelo de cuidado ampliado.

Assim, faz-se necessário investir em sistemas de vigilância que combinem dados clínicos, indicadores sociais e análises territoriais georreferenciadas, possibilitando a construção de painéis dinâmicos de risco e priorização de ações em tempo real. A proposta de uma ferramenta tecnológica para vigilância em DCVs, como defendida neste artigo, alinha-se à perspectiva de uma saúde digital crítica e comprometida com a equidade, a justiça social e a inteligência coletiva.

A pandemia de COVID-19 escancarou a vulnerabilidade dos sistemas de saúde, especialmente no que diz respeito ao cuidado de condições crônicas como as doenças cardiovasculares. A priorização emergencial dos casos infecciosos, somada às restrições de circulação, impactou diretamente a continuidade do cuidado cardiovascular. Dados do Ministério da Saúde apontam uma queda expressiva nas internações por infarto agudo do miocárdio em 2020, concomitante a um aumento da mortalidade por esse agravo, indicando que muitos casos graves não chegaram a tempo ao atendimento especializado (Brasil, 2022).

Ao mesmo tempo, o sistema de vigilância em saúde mostrou-se fragmentado, com dificuldade de integração entre diferentes níveis de atenção, ausência de dados em tempo real e baixa capacidade de resposta territorial. A literatura reforça que a ausência de ferramentas tecnológicas que cruzem dados clínicos com variáveis sociais e territoriais limita a efetividade da vigilância epidemiológica e impede a antecipação de cenários críticos (Silva et al., 2024; Puentes et al., 2023). A pandemia evidenciou, portanto, a necessidade de redes digitais de informação interligadas, com capacidade de identificar comorbidades prevalentes como hipertensão, diabetes e dislipidemia em tempo oportuno e com recorte territorial.

Essas lacunas não são novas. Conforme aponta OPAS (2020), muitos sistemas de informação em saúde nos países da América Latina, incluindo o Brasil, ainda operam sob lógica datada, com baixa interoperabilidade, falta de padronização de indicadores e subutilização de dados para decisões locais. A construção de ferramentas tecnológicas integradas que incorporem variáveis sociais, geográficas e clínicas surge como uma resposta estratégica para ampliar a capacidade do sistema de saúde em atuar de forma mais eficaz e equitativa.

Por outro lado, algumas experiências nacionais sinalizam caminhos promissores. A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), por exemplo, incorpora o conceito de promoção territorializada da saúde, valorizando práticas locais e saberes comunitários como parte do cuidado. Programas como o “Academia da Saúde” e as ações de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) revelam que tecnologias leves e relacionais, quando combinadas com sistemas digitais adequados, podem ampliar a vigilância e o cuidado em nível local (Gonçalves et al., 2024).

Com base nisso, a proposta de desenvolvimento de uma ferramenta tecnológica de vigilância em DCVs precisa unir dados clínicos (pressão arterial, colesterol, IMC, entre outros) com indicadores sociais (renda, escolaridade, habitação), e permitir visualizações georreferenciadas do risco cardiovascular nos territórios. Mais que um banco de dados, trata-se de um instrumento estratégico de planejamento e intervenção que apoie equipes de saúde da família, gestores municipais e instâncias de controle social.

Assim, a pandemia deve ser compreendida não apenas como um momento de colapso, mas como uma janela de oportunidade para repensar os modelos de atenção às DCVs, investindo em tecnologias de informação que não apenas monitorem indicadores, mas mobilizem ações concretas e localizadas para a redução das desigualdades em saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da análise integrativa da literatura, verificou-se que os modelos atuais de vigilância

em saúde permanecem limitados, baseados em uma lógica fragmentada e biomédica, incapaz de captar a complexidade multicausal das DCVs e de orientar respostas eficazes em contextos de crise, como evidenciado durante a pandemia de COVID-19. As fragilidades do sistema de informação, a baixa integração entre níveis de atenção e a ausência de ferramentas que considerem os determinantes sociais e o território como componentes centrais da vigilância dificultam a implementação de políticas efetivas de prevenção e cuidado continuado.

Diante desse cenário, torna-se urgente a proposição e desenvolvimento de tecnologias integradas para a vigilância em saúde cardiovascular, que combinem dados clínicos, sociais e territoriais. A ferramenta proposta neste artigo surge como resposta a essa lacuna, com o objetivo de subsidiar gestores, profissionais de saúde e comunidades na identificação precoce de situações de risco, no planejamento de ações intersetoriais e na construção de estratégias de cuidado ampliado, centradas no território e na equidade.

Essa proposta alinha-se à perspectiva da saúde coletiva e da vigilância em saúde enquanto prática transformadora, que ultrapassa os limites do diagnóstico estatístico para se constituir como instrumento político, ético e técnico de enfrentamento das desigualdades em saúde. O uso de tecnologias digitais, associado ao conhecimento dos agentes comunitários e ao fortalecimento do controle social, poderá impulsionar um novo paradigma de vigilância, mais sensível às realidades locais, mais justo e mais orientado à promoção da vida.

Por fim, recomenda-se que futuras pesquisas aprofundem a validação prática da ferramenta proposta, testando sua aplicabilidade em diferentes contextos territoriais e avaliando seus efeitos na redução da morbimortalidade cardiovascular e no fortalecimento das redes locais de cuidado. A integração entre ciência, tecnologia e participação social será essencial para transformar o modo como se cuida, vigia e promove a saúde no Brasil.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Doenças cardiovasculares: panorama atual e desafios futuros. Brasília:

Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude>. Acesso em: jan. 2024.

GONÇALVES, L. et al. Associação entre fatores de risco cardiovascular e estilo de vida: estudo no Programa Academia da Saúde. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, v. 121, n. 10, 2024. DOI: <https://doi.org/10.36660/abc.20240149>

MARTÍNEZ, Y. A. et al. Variações nos atendimentos e internações por doenças cardiovasculares no Brasil entre 2018 e 2022: análise de dados secundários pré e pós-pandemia de COVID-19. Caderno Pedagógico, v. 22, n. 10, p. 1–17, 2025. DOI: <https://doi.org/10.54033/cadpedv22n10-102>

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. Texto & Contexto Enfermagem, v. 17, n. 4, p. 758–764, 2008. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072008000400018>

OLIVEIRA, G. M. M.; WENGER, N. K. Manejo das doenças cardiovasculares em mulheres: é trabalho de todos. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, v. 120, n. 5, p. e20230250, 2023. DOI: <https://doi.org/10.36660/abc.20230250>

OPAS – ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Equidade e os determinantes sociais da saúde: estratégias para ação territorial. Brasília: OPAS, 2020. Disponível em: <https://www.paho.org/pt>. Acesso em: jan. 2024.

PASSOS, M. I. S. et al. Internações hospitalares e perfil clínico-epidemiológico de óbitos por COVID-19 em Pernambuco. Saúde em Debate, v. 46, n. esp4, p. 140–154, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042022E410>

PUENTES, R. O. et al. Análise da mortalidade por doenças cardiovasculares no Brasil de 1980 a 2009: evolução e perspectiva. Revista Brasileira de Epidemiologia, v. 26, n. 1, p. 1–12, 2023.

SILVA, R. E. S. et al. Internações por COVID-19 de pessoas com doenças cardiovasculares e sua relação com indicadores de equidade. Revista Rene, v. 25, p. e93109, 2024. DOI: <https://doi.org/10.15253/2175-6783.20242593109>