

São Paulo, 20 de outubro de 2020

***Assunto: Consulta Pública nº 4/2020: A Secretaria de Vigilância em Saúde torna pública consulta para o Plano de Ações Estratégicas para Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos Não Transmissíveis, Brasil, 2021-2030***

Prezados,

Está aberta pelo Ministério da Saúde a Consulta Pública nº 04/2020 a respeito do *Plano de Ações Estratégicas para Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos Não Transmissíveis, Brasil, 2021-2030*. O Plano visa a preparação do Brasil para enfrentar e deter as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DNCTs), entre as quais se destacam o acidente vascular cerebral, infarto do miocárdio, hipertensão arterial, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas. No Brasil, essas doenças constituem o problema de saúde de maior magnitude, sendo responsáveis em 2018 por 54,7% de mortes por DNCTs e 11,5% de mortes por agravos.

Destaca-se a Doença Cardiovascular (DCV) como a primeira causa de mortalidade, superando 30% das mortes no Brasil que, por sua vez, lidera o ranking dos países da América do Sul. Dados do *Global Burden of Disease* (GBD) apontam 396.282 mortes em 2017. Níveis elevados de colesterol LDL são o principal fator de risco atribuído à população e responsáveis por 50% dos casos fatais de Infarto Agudo do Miocárdio, ou seja, mais de 100 mil mortes em 2017.

Recente publicação do GBD 2019 mostra que os valores elevados de LDL aparecem à frente dos demais fatores de risco metabólicos, com prevalência de 32,4% na população de 87 países avaliados. No Brasil, o estudo ELSA de 2016 já mostrava uma prevalência de LDL elevado em 45,5% dos 15 mil brasileiros avaliados, sendo que apenas 42,3% estavam em tratamento com estatina. O estudo BRIDGE de 2019, mostrou que, mesmo em hospitais universitários e reconhecidos pela formação médica, apenas 58% dos pacientes em prevenção secundária ou no grupo de alto e muito alto risco estavam com a prescrição médica preconizada pelas diretrizes para dislipidemia.

Outrossim, o malefício dos níveis exacerbados de LDL e seu impacto na mortalidade por doença isquêmica (infarto do miocárdio e acidente vascular cerebral) é superior aos demais fatores de risco. Há ainda fortes evidências na literatura demonstrando que o risco cumulativo do aumento de LDL

justifica uma abordagem precoce, com medidas educacionais, dietéticas e, quando necessário, farmacológicas.

Assim, entendemos ser imprescindível que as estratégias para controle de DCNTs incluam especificamente o foco na redução e manutenção de níveis adequados de LDL colesterol, em igual importância ao controle pressórico e de demais fatores de risco.

As contribuições quanto a esta Consulta Pública podem ser devidamente submetidas via FormSUS, até o dia 24 de outubro de 2020, pelo site do Ministério da Saúde. O formulário é autoexplicativo e as respostas devem ser diretas quanto ao eixo da ação sugerida. Caso queira conferir o documento da proposta de Plano de Ações Estratégicas de Combate à DCNT, clique aqui e acesse.

Em linha com seu compromisso com pacientes e cuidadores, a Novartis acredita que a participação da sociedade médica nesta consulta pública trará benefícios aos pacientes brasileiros e gostaria de convidá-los a participar desta.

Atenciosamente,

**Luis Boechat**

Diretor Médico | Novartis Brasil  
Divisão de Medicamentos Inovadores (Farma)

**Priscila Raupp**

Gerente Médica | Novartis Brasil  
Divisão de Medicamentos Inovadores (Farma)

Referências

1. Oliveira GMM, Brant LCC, Polanczyk CA, Biolo A et al (2020). Cardiovascular Statistics – Brazil 2020. Arq Bras Cardiol. 2020; [online].ahead print.
2. Ference BA, Ginsberg HN, Graham I et al. (2017). Low-density lipoproteins cause atherosclerotic cardiovascular disease. 1. Evidence from genetic, epidemiologic, and clinical studies. A consensus statement from the European Atherosclerosis Society Consensus Panel. Eur Heart J.; 38: 2459-2472
3. Malta DC, Teixeira R, Oliveira GMM, Ribeiro AL (2020). Cardiovascular Disease Mortality According to the Brazilian Information System on Mortality and the Global Burden of Disease Study Estimates in Brazil, 2000-2017. Arq Bras Cardiol. 2020; [online].ahead print.
4. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (2019). Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas Dislipidemia: prevenção de eventos cardiovasculares e pancreatite.
5. Faludi AA, Izar MCO, Saraiva JFK, Chacra APM, Bianco HT, Afiume Neto A et al (2017). Atualização da Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose – 2017. Arq Bras Cardiol 2017; 109(2Supl.1):1-76
6. GBD 2019 Risk Collaborators. Global burden of 87 risk factors in 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. Global Health Metrics 2020; 396 (10258): 1223-1249.
7. Lotufo PA, Santos RD, Figueiredo RM, Pereira AC, Mill JG, Alvim SM, Fonseca MJ, et al (2016). Prevalence, awareness, treatment, and control of high low-density lipoprotein cholesterol in Brazil: Baseline of the Brazilian Longitudinal Study of Adult Health (ELSA-Brasil). J Clin Lipidol. 2016 May-Jun;10(3):568-76. doi: 10.1016/j.jacl.2015.12.029. Epub 2016 Jan 14. PMID: 27206944.
8. Machline-Carrion MJ, Soares RM, Damiani LP, Campos VB, Sampaio B, Fonseca FH, Izar MC et al. (2019). BRIDGE Cardiovascular Prevention Investigators. Effect of a Multifaceted Quality Improvement Intervention on the Prescription of Evidence-Based Treatment in Patients at High Cardiovascular Risk in Brazil: The BRIDGE Cardiovascular Prevention Cluster Randomized Clinical Trial. JAMA Cardiol. 2019 May 1;4(5):408-417. doi: 10.1001/jamacardio.2019.0649. PMID: 30942842; PMCID: PMC6537802.