



Batidas de esperança: avanços em cuidados cardiovasculares na América Latina

Proporcionando soluções equitativas e impactantes que melhorem de forma sustentável os resultados de pacientes cardiovasculares

Índice

Introdução	4
Visão geral regional	5
México	11
Brasil	17
Colômbia	25
Chile	31
Argentina	37
Conclusão	43
Autores	44
Referências	45

Sobre esta publicação:

Este artigo foi copatrocinado pela Novartis AG. As opiniões aqui expressas foram criadas de forma independente pela Deloitte e têm base em pesquisas e entrevistas realizadas externamente com as principais partes interessadas do sistema de saúde.

A versão oficial deste relatório está em inglês. Qualquer tradução do conteúdo para outro idioma é fornecida apenas para fins informativos. Em caso de inconsistência entre qualquer um dos idiomas traduzidos e a versão em inglês, a versão em inglês prevalecerá como fonte autorizada.

Introdução

Em 2022, a Deloitte publicou o artigo “O combate a doenças silenciosas: Prevenção de óbitos por Doença Cardiovascular Aterosclerótica (DCVAE)”, trazendo à luz os significativos desafios de saúde provenientes de doenças cardiovasculares (DCV) na América Latina. Ainda que as doenças cardiovasculares sejam líderes de mortalidade na região, não foi direcionado foco suficiente à abordagem da prevenção secundária, da qualidade dos cuidados e da gestão das doenças no longo prazo.

Em 2021, estimou-se que havia **48 milhões de pessoas vivendo com doenças cardíacas e circulatórias na América Latina**¹ e, em nível mundial, as DCV foram responsáveis por uma em cada três mortes, o que equivale a cerca de **20,5 milhões de fatalidades**. A média é de 56.000 mortes por dia ou uma morte a cada 1,5 segundos², evidenciando a **necessidade urgente de tomar medidas contra a doença**

silenciosa indiscutivelmente mais relevante do mundo.

O artigo inicial abordou especificamente a situação no México, Colômbia, Brasil, Chile e Argentina, compartilhando uma perspectiva regional sobre os principais temas de saúde identificados no decorrer da pesquisa. Para cada país, concentrou-se na configuração dos sistemas de saúde, nas causas das DCV, nos tratamentos disponíveis e nos desafios que impactam os resultados positivos dos pacientes. Além disso, foram examinadas soluções de outras áreas de doenças que poderiam ser replicadas para tratar as DCV, incluindo recomendações para melhorias no tratamento nos médio e longo prazos.

Objetivo deste artigo

Este segundo artigo destina-se para fins de acompanhamento, analisando a situação atual em relação às DCV nos mesmos cinco

países, avaliando o progresso e os desafios atuais, ao mesmo tempo em que detalha dois fatores específicos para os cuidados da doença: equidade em saúde e assistência médica equitativa para as mulheres. Cada capítulo corresponde a um país e termina com uma perspectiva, para os próximos cinco anos, dos desafios mais críticos a serem priorizados, propondo ações para enfrentá-los.

Apesar de cada país ter um contexto único, existem desafios compartilhados em toda a região, assim como sucessos específicos de cada país que devem ser considerados para toda a região. Em geral, o objetivo deste artigo é continuar proporcionando uma oportunidade para que as partes interessadas se unam na busca de mudanças impactantes que beneficiarão o paciente, o cuidador, o sistema de saúde e o potencial socioeconômico geral dos países e da região mais ampla da América Latina.

Visão geral regional

As doenças não transmissíveis, especialmente as DCV, são as principais causas da redução da expectativa de vida na América Latina, decorrentes de mudanças no estilo de vida, disparidades no acesso a condições de vida saudáveis e à qualidade dos cuidados médicos. Especificamente, as principais barreiras na região da América Latina que restringem a melhoria dos resultados de pacientes com DCV incluem:



Baixo nível de conscientização da população em geral e ausência de comunicação por parte dos médicos sobre a gravidade das DCV e DCVAE não tratadas, bem como sobre os fatores de risco associados, como diabetes, hipertensão, obesidade e tabagismo.



Ausência de informação e importância insuficiente dada ao acompanhamento dos níveis de LDL de alto risco diagnosticados e outros fatores de risco relacionados.



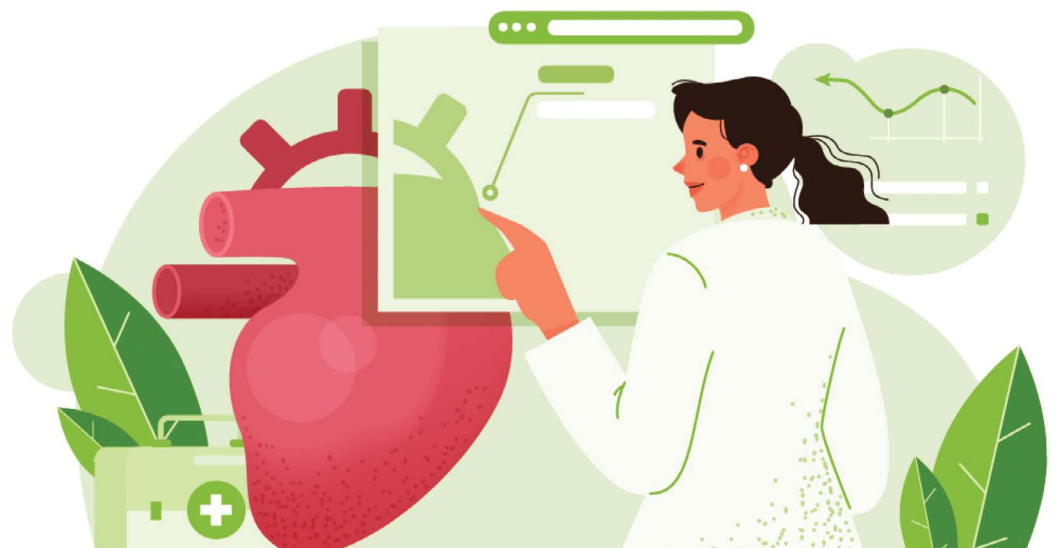
Inacessibilidade e dificuldade de exames médicos preventivos.



Acesso não igualitário a tratamentos e cuidados eficazes após o diagnóstico de sintomas de risco de DCV.



Pesquisas limitadas com foco no tratamento de mulheres com DCV, incluindo os impactos adversos na gravidez relacionados ao maior risco de DCV nas mães e seus bebês. O grupo de mulheres de risco também se estende às populações mais jovens e mais velhas onde, no Chile³ por exemplo, a causa raiz é a falta de conscientização sobre a gravidade das DCV e, conseqüentemente, a falta de ação em diagnosticar e tratar efetivamente os fatores de risco.



O artigo inicial publicado em 2022 enfatizou a necessidade de soluções para abordar as principais áreas: implementação das diretrizes de tratamento de forma consistente, maior conscientização quanto aos fatores de risco de DCV em todas as comunidades (principalmente para

prevenção secundária), apoio à adesão aos tratamentos para pacientes e cuidadores, e melhorias na coleta de dados interoperáveis sobre prevalência das DCV e desafios ao longo da jornada do paciente. A ilustração a seguir resume os temas de ação descritos em toda a região:

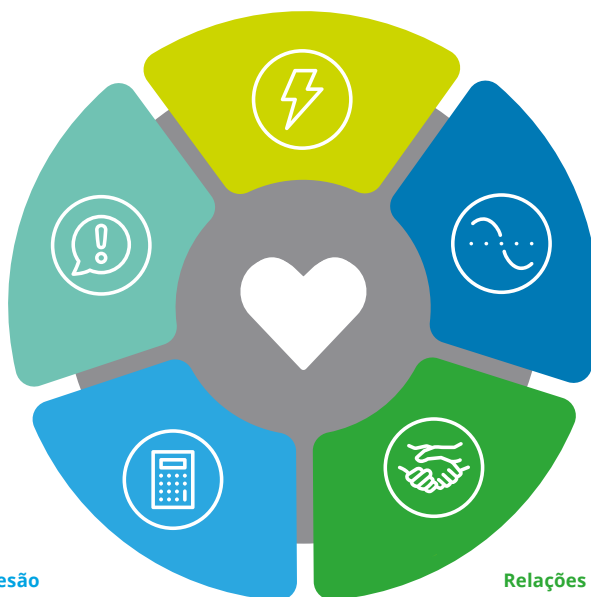
Mensuração

Impacto das DCV em cada país

1. Mortalidade (eficácia)
2. Internação por DCV (eficiência)
3. Período para consultas médicas (capacidade de resposta)
4. Custo do atendimento (equidade)
5. Taxa de tratamento (diretrizes)

Conscientização

Campanha de conscientização
pública para prevenção primária e secundária de DCV



Equidade

Reconhecer e direcionar o foco a grupos específicos (por exemplo, mulheres) para garantir um tratamento mais igualitário

Adesão

Incentivar a adesão às diretrizes e aos tratamentos

Relações público-privadas

Promover parcerias público-privadas visando os cuidados relacionados às DCV (por exemplo, papel dos empregadores em relação às DCV)

Aproveitar o sucesso de um país para outro, com potencial expansão para toda a região

Nos últimos dois anos, foram registradas conquistas significativas e reais nos cinco países analisados, demonstrando o poder da determinação e da colaboração. Estes marcos representam mais do que sucessos individuais de cada país; eles podem ser utilizados como modelos para impulsionar a transformação regional a fim de reduzir a prevalência de DCV, aperfeiçoar a prevenção secundária e melhorar os resultados dos pacientes. As principais conquistas incluem:

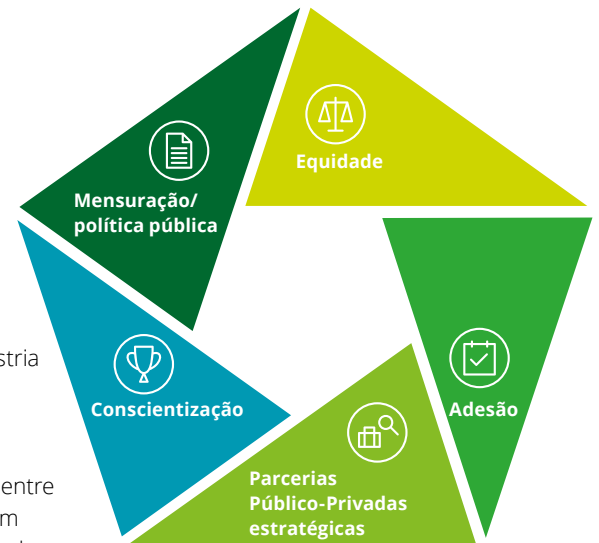
 **Mensuração/política pública:** o **Brasil** formou duas novas Frentes Parlamentares em 2023 com o objetivo de combater os desafios das DCV em nível nacional: “Em Prol do Combate a Doenças Cardiovasculares” e, em nível regional, a Frente pelo “Enfrentamento de Doenças do Cérebro e Cardiovasculares”. Estes grupos estão empenhados em encontrar soluções eficazes e viáveis na luta contra doenças cerebrais/cardiovasculares.

 **Equidade:** na **Argentina**, a Sociedade Argentina de Cardiologia está promovendo uma proposta para definir um dia nacional de conscientização sobre doenças cardiovasculares, com o intuito de melhorar o entendimento público sobre as doenças cardiovasculares (DCV), com foco na prevenção e no acompanhamento dos fatores de risco relacionados. O objetivo é melhorar a expectativa de vida e a qualidade de vida das mulheres, beneficiando a sociedade, dado o papel crítico das mulheres na gestão das necessidades familiares. A Sociedade Argentina de Cardiologia reapresentou a proposta ao Senado Nacional Argentino em abril de 2024 para análise.

 **Adesão:** a “Coalición por el Corazón” do México é uma iniciativa criada em 2023 que busca promover a saúde cardiovascular e garantir maior adesão aos tratamentos e melhor qualidade de vida geral

por meio da colaboração entre a indústria de bens de consumo, universidades, indústria de tecnologia, organizações científicas e associações de pacientes. O trabalho desta aliança está dividido entre quatro grupos de trabalho com foco em diferentes temas: consciência social, dados, educação e políticas públicas. Além disso, os esforços dos setores público e privado estão sendo combinados para promover mudanças progressivas na saúde e no comportamento da população mexicana e reduzir o número de óbitos por DCV.

 **Parcerias Público-Privadas estratégicas:** na **Colômbia**, a Athero é uma aliança público-privada que está ativa há dois anos. Esta aliança visa controlar e reduzir as ocorrências de DCV por meio da colaboração com outras partes interessadas, como o Ministério de Ciencia, Ministerio de Tecnologías de la Información, Connect Bogotá, American Heart Association, e Novartis, entre outras. O principal objetivo da parceria é cocriar soluções com base em três pilares, a saber: “Ciência de Implementação”, “Inovação Aberta” e “Saúde da População”. Da mesma forma, a **Argentina** formou uma aliança público-privada (por exemplo, na província de Catamarca) destinada a prevenir doenças cardiovasculares por meio de iniciativas colaborativas que visam melhorar de forma sustentável a saúde cardiovascular da população.



 **Conscientização:** no **Chile**, a “Conoce tus números” é uma das últimas campanhas realizadas pela Society and the Chilean Foundation of Cardiology and Cardiovascular Surgery que busca contribuir com a prevenção de doenças cardiovasculares. A campanha enfatiza a importância de conhecer suas condições de saúde para buscar atendimento oportuno, fazer check-ups periódicos e tomar medidas em caso de eventuais problemas de saúde. Apesar dos esforços empregados, houve baixa visibilidade e alcance da campanha, evidenciando a necessidade de maior exposição para maximizar a sua eficácia. O Chile também implementou a Lei de Rotulagem, que exige das empresas a colocação de selos nos produtos alimentícios para alertar os consumidores se o produto contém excesso de açúcar ou alto teor de calorias. Embora o foco não esteja direcionado à prevenção primária ou secundária de DCV, contribui significativamente para uma maior conscientização sobre a saúde e promove escolhas mais saudáveis e conscientes.

Visão geral dos resultados de DCV no período de 2020 a 2022 no México, Brasil, Colômbia, Chile e Argentina

As taxas de mortalidade por doenças cardiovasculares (DCV) na América Latina e no Caribe mostraram tendências mistas de 2020 a 2022, com o impacto da pandemia de Covid-19 desempenhando um papel significativo. Anteriormente à pandemia, diversos países latino-americanos estavam progredindo na redução da mortalidade por DCV devido à melhoria de acesso à assistência médica e às iniciativas de saúde pública. No entanto, o início da Covid-19 interrompeu esse progresso.

A pandemia ocasionou um aumento nas taxas de mortalidade por DCV na América Latina, semelhante às tendências globais. A interrupção dos serviços de saúde, a hesitação dos pacientes em procurar atendimento e o aumento da carga de doenças cardiovasculares agudas e crônicas entre os indivíduos infectados com Covid-19 contribuíram para o retrocesso no combate contra as doenças cardiovasculares.

Em geral, embora a pandemia tenha dificultado o progresso, os esforços contínuos e o enfoque renovado na saúde cardiovascular na região são cruciais para reverter as tendências negativas observadas ao longo destes anos.

País	Mortalidade total por DCV		Acesso à assistência médica		Número de pacientes que receberam alta hospitalar após tratamento para DCV	
	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres
México	126.983 ⁴ (2022)	113.197 ⁴ (2022)	44.171.954 ⁴ (2020)	48.410.858 ⁴ (2020)	69.942 ⁵ (2022)	66.671 ⁵ (2022)
Brasil	210.181 ⁶ (2022)	189.946 ⁶ (2022)	Privado (2022): 23.572.299 ⁷ Público (2022): 98.532.431 ⁸	Privado (2022): 26.551.522 ⁷ Público (2022): 104.545.325 ⁸	Público (2022): 282.87613 ⁹	
Colômbia	28.509 ¹⁰ (2021)	25.866 ¹⁰ (2021)	51.422.914 ¹⁰ (2022)		Não disponível publicamente	Não disponível publicamente
Chile	14.692 ¹¹ (2020)	14.343 ¹¹ (2020)	19.960.889 ¹² (2023)		16.165 ¹³ (2022)	10.025 ¹³ (2022)
Argentina	53.921 ¹⁴ (2022)	56.137 ¹⁴ (2022)	19.921.618 ¹⁵ (2022)		17.041 ¹⁶ (2019)	14.999 ¹⁶ (2019)

Caso para expansão regional de soluções de trabalho: parcerias estratégicas público-privadas

As Parcerias Público-Privadas (PPP), como a Athero da Colômbia, são parcerias na área de saúde que visam enfrentar desafios significativos da população. Para terem impacto, requerem uma abordagem sistêmica e holística, uma liderança comprometida e uma operação a uma escala que melhore a relação custo-benefício, a resiliência e a eficiência dos sistemas de saúde. Esta abordagem é crucial para melhorar o acesso equitativo aos serviços de saúde, fortalecendo de forma sustentável a qualidade do atendimento e aumentando a capacidade de resposta dos profissionais de saúde às necessidades da sociedade. Além disso, a abordagem pode ser aplicada para outras doenças e adaptada em toda a região da América Latina, estendendo-se para outros pacientes além dos com DCV.

Entretanto, as PPPs só são eficazes quando integradas no ecossistema global. Sem a integração, as PPPs correm o risco de permanecerem “pilotos” e de não atingirem a escala pretendida. O relatório divulgado pelo Health Systems Innovation Lab da Universidade de Harvard apresenta as “PPPs Estratégicas” como uma solução. Estas parcerias são concebidas para iniciativas específicas e de (grande) escala visando obter melhores resultados de saúde e maior acesso aos cuidados, especialmente para os mais necessitados. As PPPs envolvem uma visão compartilhada e uma abordagem colaborativa entre todas as partes interessadas, enfatizando a confiança, a integridade e a melhoria contínua como elementos de combate eficaz às doenças cardiovasculares.

O Health Systems Innovation Lab da Universidade de Harvard sugere um processo de 10 etapas para definir o design, a implementação e a expansão dos sistemas de saúde de PPPs:

- 1. Garantir o envolvimento da alta liderança:** são necessários suporte e liderança de alto nível em parcerias públicas e privadas para agilizar o processo de tomada de decisões e inspirar confiança.
- 2. Definir um problema compartilhado:** todos os parceiros devem definir em conjunto e articular claramente um problema convincente.
- 3. Concordar quanto ao valor compartilhado a ser alcançado:** por meio de discussões colaborativas e inclusivas, determinar a solução de saúde proposta e chegar a um acordo sobre como isso permitirá geração de valor para todas as principais partes interessadas do ecossistema.
- 4. Definir o escopo da solução:** os parceiros co-definem e co-desenvolvem o escopo da solução, reduzindo a complexidade e alinhando-o com o sistema de saúde.
- 5. Projetar a parceria para entregar resultados em escala:** garantir a configuração ideal para o envolvimento inclusivo e a tomada de decisões compartilhadas, incluindo formas de resolver conflitos para permitir que as PPPs estratégicas forneçam resultados em escala.

6. Construir confiança e transparência: a confiança proveniente da transparência é um componente crucial juntamente com a abertura e o respeito mútuo.

7. Equilibrar a oportunidade com os riscos: explorar mecanismos para relacionar os riscos ao desempenho e alcançar os resultados desejados.

8. Estabelecer o modelo de financiamento: articular claramente como a PPP estratégica é financiada.

9. Definir os resultados: estabelecer sistemas de mensuração confiáveis e extrair insights práticos a partir dos dados regularmente.

10. Adotar uma abordagem de gestão ágil: permitir que cada parceiro atue com flexibilidade e adapte-se rapidamente às mudanças de contexto.

Na Colômbia, a Parceria Público-Privada Athero é um bom exemplo de como o processo de 10 etapas tornou-se uma realidade, servindo, portanto, como bom modelo para outras PPPs estratégicas.

A aliança Athero foi criada em resposta ao impacto significativo exercido pelas doenças cardiovasculares (DCV) na saúde pública da Colômbia, sendo as DCV responsáveis por 29% do total de óbitos. Além disso, estudos recentes demonstraram que 60% dos indivíduos que se recuperaram da Covid-19 tiveram sua saúde afetada no longo prazo, o que sugere um aumento global nas taxas de doença cardiovascular de 45.1%¹⁸.

A iniciativa, implementada no final de 2020, é uma colaboração entre diversas organizações, incluindo o Ministério de Ciência, Tecnologia e Inovação; o Ministério das Tecnologias de Informação e Comunicação; INNPULSA; a Associação Colombiana de Medicina Interna; a Associação Americana do Coração; a Sociedade Colombiana de Cardiologia; CONNECT Bogota; Novartis; e o iEX HUB da Universidade El Bosque.

Um dos sucessos da Athero tem sido revolucionar os exames de colesterol ao introduzir uma apresentação clara e unificada dos resultados, permitindo que os profissionais de cuidados primários (PCPs) identifiquem precocemente os riscos cardiovasculares e adaptem os tratamentos de forma adequada.

Desenvolvido em colaboração com a ACMI e SCC, e implementado pela Synlab, uma rede de laboratórios líder que atende 80% da Colômbia, o novo protocolo simplifica e amplia a avaliação de riscos cardiovasculares.

Pode, ainda, influenciar as decisões médicas de 125.000 PCPs, alcançando potencialmente três milhões de pacientes e processando mais de 12 milhões de painéis lipídicos anualmente. Com sua adoção por 20% dos PCPs em seis meses, promete melhorias significativas na saúde cardiovascular da população colombiana, visando reduzir a carga de doenças e criar um legado duradouro em saúde.

Em resumo, o estabelecimento de parcerias estratégicas público-privadas no ecossistema de saúde abre o potencial para compartilhar custos, aproveitar conhecimentos diversos, adaptar soluções de forma eficiente e expandi-las para alcançar um impacto mais abrangente. Este modelo colaborativo também aumenta a produtividade, beneficia pacientes e profissionais de saúde, exercendo um impacto substancial na sociedade como um todo. Não é fácil catalogar todas as PPPs da região, pois existem muitas em diversos estágios de maturidade. Ao passo que exploramos o progresso em cada país, as PPPs e a abordagem de 10 etapas, ressaltamos as oportunidades existentes para todos os países unirem as partes interessadas e catalisarem melhorias significativas nos cuidados de prevenção secundária das DCV.





México

A situação atual

De acordo com um relatório publicado pelo Instituto Nacional de Estatística e Geografia, as cardiopatias ocasionaram 200.535 óbitos no México em 2022 (o número de mortes por problemas cardíacos em 2022 superou as projeções em 38%), tornando-se a principal causa de mortalidade no país². O número de mortes por 100.000 habitantes no México aumentou a uma taxa média anual de 5,3% entre 2013 e 2022, e a uma taxa anual de 6,9% entre 2018 e 2022. Apesar da queda registrada entre 2020 e 2022, a taxa permanece alta e preocupante para a população mexicana.¹

Cerca de 75% das mortes cardiovasculares ocorrem entre indivíduos com 65 anos ou mais; porém mesmo entre os grupos etários mais jovens (35-44, 45-54 e 55-64), a DCV é a segunda ou terceira maior causa de mortes, independentemente do sexo. Em 2022, 53% dos óbitos por DCV eram homens e 47% eram mulheres; e o número de mortes especificamente por DCVAE foi ligeiramente maior entre as mulheres do que entre os homens¹.

Significativamente, as taxas de mortalidade por DCV variam entre os estados. Em 2022, Veracruz registrou a taxa mais alta

(196,5 mortes por 100.000 habitantes) e Quintana Roo teve a mais baixa (74 por 100.000)².

Número de pacientes que receberam alta hospitalar após tratamento para DCV: 136.613 (2022)

Estima-se que 80% das doenças cardiovasculares podem ser prevenidas ou controladas caso as pessoas modifiquem seus comportamentos para reduzir ou eliminar alguns dos fatores de risco. Comportamentos de risco modificáveis incluem tabagismo e sobrepeso ou obesidade. O México ocupa o quinto lugar no mundo em termos de obesidade. Estes comportamentos podem desencadear condições que aumentam o risco de doenças cardíacas, como pressão alta, altos níveis de colesterol, diabetes não controlada e hipertensão³.

Progresso no último ano

Curto prazo

O artigo publicado em 2022 sugeria medidas de curto prazo para tratar a DCVAE e outras cardiopatias, incluindo atualização e implementação de políticas públicas, avaliação da eficácia das políticas e, fundamentalmente, a busca de maior

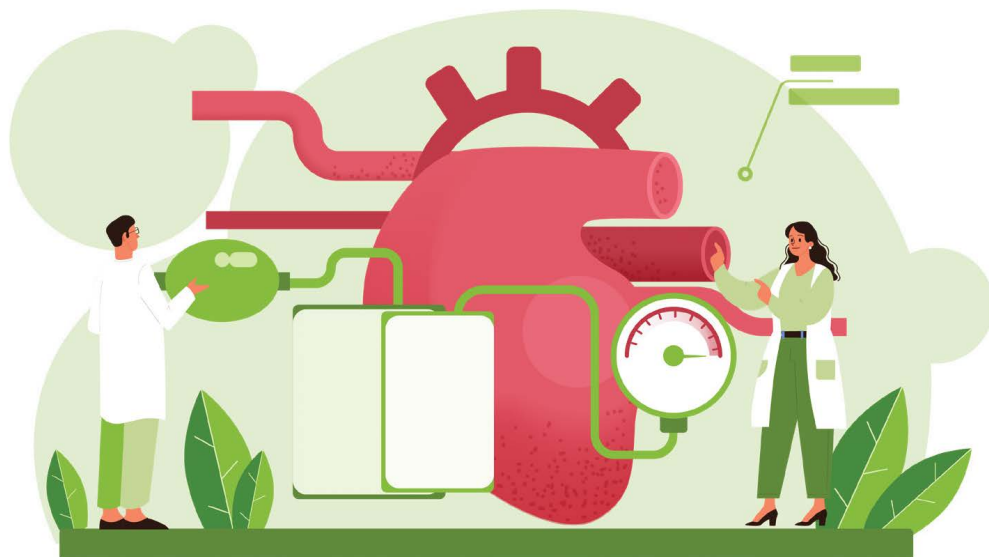
conscientização pública quanto aos riscos de doenças cardíacas e como mitigá-los.

No México, o enfoque recente direciona-se principalmente à atualização e implementação de políticas públicas para acompanhamento de DCV. Segundo a Universidade de Guadalajara⁴, a implementação de políticas foi impactada pela redução nas verbas governamentais de saúde que ocasionou um progresso limitado. Entretanto, o México avançou significativamente ao estabelecer metas e avaliar a eficácia das políticas no país.

Mesmo este progresso, no entanto, tem sido impactado pela escassez de medicamentos no país e pelo maior tempo de espera dos pacientes nos serviços públicos de saúde.

De forma encorajadora, exemplos de casos em que foram alcançados progressos incluem o PrevenIMSS⁵, um programa do Instituto Mexicano de Seguridade Social (uma agência do governo federal), que foi criado com o objetivo de prevenir doenças crônicas não transmissíveis, incluindo DCV, e detectá-las precocemente.

Além disso, a Coalición por el Corazón de México, uma aliança firmada entre diversas organizações, está atuando para



desenvolver estratégias e programas que promovam prevenção, diagnóstico precoce e tratamento adequado de DCV^{6,7}. Quatro grupos de trabalho foram formados e se planeja lançar uma campanha de conscientização no próximo ano, direcionada a diferentes grupos etários por meio de várias plataformas e canais. Os quatro grupos de trabalho da iniciativa são (i) conscientização social, (ii) dados, (iii) educação e (iv) políticas públicas. A Coalición por el Corazón de México, como um todo, baseia-se em seis iniciativas:

-  Promover educação e conscientização quanto à importância da saúde cardiovascular na população mexicana e ressaltar que a DCV é uma das principais causas de mortalidade no país.
-  Promover pesquisas e o desenvolvimento de novas tecnologias no ramo cardiovascular, em colaboração com organizações de pesquisa científica/médica.
-  Estabelecer alianças estratégicas com a indústria de bens de consumo para promover estilos de vida saudáveis e a adoção de comportamentos que contribuam à prevenção de DCV.
-  Promover formação e treinamento de profissionais da saúde através da colaboração com instituições acadêmicas e a criação de programas de educação continuada sobre DCV.
-  Colaborar com associações de pacientes para promover a participação dos pacientes na tomada de decisões relacionadas à sua saúde cardiovascular.
-  Atuar com autoridades governamentais e agências de saúde para influenciar a formulação de políticas públicas que promovam a prevenção e o tratamento adequado de doenças cardiovasculares.

As iniciativas são fundamentais para impulsionar melhores resultados para os pacientes no longo prazo e, com as intervenções corretas implementadas, doenças preveníveis como a DCV são melhor acompanhadas.

Além das estratégias e programas de prevenção estabelecidos pela Coalición por el Corazón de México, objetivos específicos foram atingidos. Por exemplo, no Dia do Coração, conseguiram iluminar de vermelho 19 locais e/ou monumentos principais da Cidade do México para promover a conscientização sobre as doenças cardiovasculares⁸. Além disso, a Coalición por el Corazón concluiu recentemente um estudo clínico (trabalho em andamento a ser publicado), no qual utilizou informações de mais de 10.000 pessoas para visualizar o impacto das doenças cardiovasculares no país.

Médio a longo prazo

Os progressos em relação aos objetivos de longo prazo são modestos. A redução da destinação orçamentária governamental para saúde desde 2022 tem contribuído para este cenário. Em 2023, o México aprovou o seu maior orçamento para a saúde da história, mas este valor foi reduzido em 5% em comparação com os orçamentos de anos anteriores, como 2018, 2021 e 2022. Esta diminuição levou a cortes em vários programas de saúde, tornando o orçamento de 2023 o mais significativamente reduzido desde 2009⁹.

O orçamento federal para 2024 destina apenas 2,8% do PIB do México à saúde, indicando baixo investimento público em comparação com os países da OCDE, que alocaram cerca de 9,2% do PIB para gastos com saúde em 2022¹⁰. A eliminação do Seguro Popular (serviço de saúde pública) é uma barreira primária às melhorias de assistência médica no México para 2024, impactando a população não segurada ao restringir o acesso à assistência médica⁹. Após o Seguro Popular, foi implementado um outro programa de saúde, chamado INSABI.

Entretanto, estes dois programas foram descontinuados e foi implementado um novo programa, o IMSS Bienestar; porém, mais uma vez, são necessários recursos adicionais para garantir um acesso equitativo e contínuo a serviços de saúde de qualidade.

O artigo publicado pela Deloitte em 2022 recomendou o uso da telemedicina como forma de melhorar os tratamentos de DCV. A telemedicina já é oferecida no serviço público de saúde do México, mas se observa certa resistência à sua implementação entre profissionais de saúde que não estão familiarizados com a tecnologia ou que preferem consultas presenciais.

Outra recomendação foi o desenvolvimento de um sistema de TI interoperável para registros médicos, visando facilitar o processo de compartilhamento de dados entre profissionais de saúde. No entanto, questões quanto à proteção dos dados de pacientes, integração de sistemas e investimentos e recursos limitados restringiram o progresso, questões essas que, sem dúvidas, estão presentes mesmo em sistemas de saúde muito avançados. Foram apresentadas, entretanto, propostas para implementar a Health Level 7 (HL7), uma norma aplicável à troca de informações entre profissionais de saúde, já implementada por um grupo de hospitais privados.

Equidade em saúde

A equidade em saúde garante acesso igual aos tratamentos de saúde necessários para todos os indivíduos, independentemente de sexo, raça, geografia ou status social. Trata-se de permitir que todos tenham o direito humano básico de alcançar o seu melhor estado de bem-estar físico e mental.

Segundo a Pesquisa Nacional de Saúde e Nutrição (ENSANUT), 48,8% da população mexicana não tem nenhuma forma de seguridade social. Isso significa que 48,8% da população não está no sistema de registros públicos e, portanto, sem acesso às unidades

públicas de saúde, estando sujeitos a custos de tratamento mais elevados.

Dos 51,2% de indivíduos com seguridade social e, conseqüentemente, cobertura médica pública, a maioria está coberta pelo Instituto Mexicano de Seguridade Social – IMSS (cerca de 41% da população) ou pelo Instituto de Segurança e Serviços Sociais dos Trabalhadores do Estado – ISSSTE (cerca de 8%)¹¹.

Esta situação ressalta a necessidade crítica de expandir a cobertura de saúde para toda a população, visto que suas implicações no bem-estar da sociedade mexicana são expressivas. O melhor acesso aos serviços de saúde não apenas facilita a detecção precoce e o acompanhamento consistente de problemas de saúde, como as doenças cardiovasculares (DCV), mas também garante o tratamento oportuno, melhorando significativamente os resultados de saúde. Além disso, a ausência de afiliação a instituições como o IMSS, combinada com a falta de acesso a unidades de saúde privadas, torna os indivíduos vulneráveis a doenças evitáveis ou controláveis, como a diabetes. Esta vulnerabilidade pode evoluir para graves problemas de saúde cardíaca, levando a cardiopatias. Nos cenários mais graves, os indivíduos podem

desconhecer suas cardiopatias até que seja tarde demais para um tratamento eficaz ou redução de riscos, sendo fundamental destacar as graves consequências do acesso inadequado à assistência médica.

Além disso, o fim do sistema de seguro médico Seguro Popular e do seu sucessor, o Instituto de Seguro Médico INSABI (em 2023), resultou em maior número de pessoas (especialmente das classes mais pobres) sem acesso ou com acesso limitado a serviços de saúde^{12,13,14}.

Entre os indivíduos com acesso aos serviços médicos, apenas 52% recebem tratamento no sistema público de saúde: 48% optam pelo tratamento em rede médica privada e 36% optam por consultas em clínicas próximas a farmácias.

O total ultrapassa 100%, pois alguns indivíduos podem receber tratamento de outras formas. Segundo a pesquisa ENSANUT, quando se trata de escolher um estabelecimento de saúde, a principal consideração para a maioria das pessoas é a acessibilidade (em vez da qualidade do tratamento)^{11,15}.

O acesso à atenção primária à saúde constitui um problema para diversas

pessoas, especialmente as que vivem em regiões rurais (cerca de 30% da população). Há uma concentração muito maior de hospitais nas zonas urbanas do que nas zonas rurais (até 15 vezes mais em 2021)¹⁶. Os custos exorbitantes de assistência médica, em conjunto com a cobertura limitada no México, restringem o acesso de muitos indivíduos a tratamentos médicos em tempo hábil.

Por exemplo, no setor público, os pacientes frequentemente enfrentam longos períodos de espera, desde semanas a meses para agendar uma consulta ou realizar exames confirmatórios¹⁷. Esta demora não se limita aos casos de doenças cardiovasculares (DCV), mas se estende às avaliações médicas gerais nos centros públicos de saúde no México. Em emergências, a incapacidade de garantir atendimento imediato muitas vezes obriga os indivíduos a recorrer a hospitais privados devido à necessidade de tratamento imediato.

Os fatores determinantes sociais das desigualdades em saúde, como a pobreza, a falta de acesso à educação, a má nutrição, a habitação de má qualidade, a obesidade e o tabagismo, intensificam os riscos de DCV. Abordar estas causas raízes ao longo da jornada de pacientes com DCV é essencial



não apenas para fins de prevenção e acompanhamento, mas também para reduzir as taxas de mortalidade por DCV. Embora o desafio seja considerável, a simples conscientização dos fatores de risco primários e secundários de DCV e as ações de prevenção (por exemplo, melhor nutrição) já farão a diferença. Incentivar a conscientização sobre nutrição e exercício é especialmente benéfico, visto que no México a prevalência de adultos com sobrepeso é de 38,3% e, com obesidade, 36,9%, que constituem os principais fatores de risco para DCVAE¹⁸. De acordo com o scorecard publicado pela Federação Mundial do Coração em 2022, a mortalidade total por DCV foi de 31,3% para homens e 34,5% para mulheres¹⁹.

Saúde da mulher

A principal causa de óbito entre as mulheres no México é a doença cardíaca. Segundo dados do Instituto Nacional de Estatística e Geografia (INEGI), seis em cada dez mulheres têm uma doença cardiovascular ou sofrem de hipertensão (que pode desencadear a DCV) antes dos 55 anos²⁰.

Segundo o IMSS, uma mulher morre por doença cardíaca a cada cinco minutos no México, porém 80% desses óbitos poderiam ser evitados²¹.

A pesquisa ENSANUT de 2021 também constatou que uma grande proporção de mulheres com 20 anos ou mais apresentava doenças que aumentavam o risco de DCV: obesidade (40% das mulheres), hipertensão arterial (15,7%) e diabetes (11,6%). Entre as mulheres de 5 a 11 anos e de 12 a 19 anos, a prevalência de sobrepeso ou obesidade aumentou entre 2006 e 2022²².

Para as mulheres no México, existem problemas específicos no acesso à assistência médica e instrução quanto aos fatores de

risco associados à DCV, como diabetes, hipertensão e obesidade, que podem ser abordados desde cedo. É importante instruir as mulheres sobre os riscos de doenças cardíacas e incentivá-las a adotar um estilo de vida saudável desde a infância.

Para ter acesso por meio do sistema estatal, uma pessoa deve ter um emprego “oficialmente declarado”. Diversas mulheres trabalham em regime informal não declarado ou em casa e, portanto, não têm acesso à seguridade social. Segundo o Conselho Nacional de Avaliação da Política de Desenvolvimento Social (CONEVAL), em 2022, 49% das mulheres não tinham acesso à seguridade social. A porcentagem de mulheres sem acesso aos serviços de saúde (ou seja, o direito de receber assistência médica por meio de uma instituição como IMSS ou ISSSTE) aumentou de 13% em 2016 para 37% em 2022, devido à ausência de emprego formal e ao trabalho autônomo²³. Além disso, a Pesquisa Nacional sobre Rendimentos e Despesas Familiares de 2022 (ENIGH) revelou que mais da metade das despesas familiares com saúde corresponde especificamente às mulheres, que representam 54%. Isto indica que as mulheres não só procuram mais serviços de saúde ao longo da vida, mas também incorrem em despesas mais elevadas com esses serviços²⁴.

Entretanto, os gastos adicionais não impactam os resultados de pacientes do

sexo feminino com DCV. Isto deve-se muitas vezes a uma questão mais abrangente no que diz respeito à assistência para as mulheres, onde ocorrem diagnósticos tardios ou incorretos de doenças devido à educação e investigação limitadas sobre a saúde da mulher, envolvendo aspectos além da saúde sexual e reprodutiva.

A pesquisa ENSANUT de 2021 constatou que, entre as mulheres que receberam assistência médica, somente 42% optaram pela rede pública enquanto outras optaram por assistência médica privada. Isto sugere que os serviços públicos de saúde não estão atendendo às necessidades das mulheres, levando-as a buscar assistência privada com custos mais elevados. As consequências desta mudança incluem diagnósticos tardios ou incorretos, aumento dos custos de saúde e deterioração das condições de saúde²².

Diante dessas barreiras, as mulheres, que frequentemente servem como cuidadoras em vez de serem as principais fontes de renda, podem negligenciar as suas próprias necessidades de saúde e suportar silenciosamente o agravamento de certas doenças. Esta negligência com a saúde das mulheres não só as afeta pessoalmente, mas também tem um impacto considerável nas famílias, dado o seu papel multifacetado, que é fundamental para o funcionamento da família e para a sua contribuição com a sociedade.



Metas para os próximos 5 anos

As principais áreas a serem abordadas nos próximos cinco anos no México, considerando o atual cenário e as ações recomendadas para gerar um impacto de curto e médio prazo no tratamento de DCV, estão resumidas na tabela abaixo:

Principais áreas de foco	Medidas necessárias
Melhorar a equidade em saúde, compreendendo e abordando os determinantes sociais da saúde que levam à prevenção das DCV e à melhoria dos resultados dos pacientes	Iniciativas focadas em aumentar a conscientização - Aumentar os investimentos em campanhas de conscientização e desenvolver estratégias que se concentrem em prevenção e comportamentos saudáveis para reduzir os fatores de risco de DCV. - Analisar questões críticas em instituições de saúde e identificar os principais motivos subjacentes aos desafios de saúde (acesso à saúde, fatores socioeconômicos, entre outros). - Mitigar as disparidades socioeconômicas por meio de políticas públicas de saúde mais fortes (por exemplo, acesso ao sistema de saúde). - Analisar e compreender como funciona o IMSS Bienestar, sua operação e abordagem quanto às doenças cardiovasculares.
Mudar a mentalidade em torno das questões de saúde que afetam especificamente as mulheres	Promoção da saúde e conscientização da mulher - Aprofundar a análise dos fatores subjacentes de DCV e dos efeitos dos determinantes sociais sobre o bem-estar das mulheres para fins de prevenção primária e secundária. - Identificar patologias médicas visíveis específicas das mulheres e explorar formas de associá-las à conscientização quanto às DCV. - Explorar novas formas de conectar a população com os médicos de atenção primária para receber tratamento nesse nível e, ao mesmo tempo, prover formação e capacitação aos médicos de nível primário para uma tomada de decisão proativa. - Adaptar tratamentos médicos para garantir que permaneçam sustentáveis no longo prazo, aperfeiçoando a formação sobre como tratar os fatores de risco de DCV em mulheres especificamente, com base nos papéis culturais e de gênero impostos pela sociedade. - Aprimorar a educação alimentar e nutricional e o estilo de vida para reduzir o risco de obesidade nas mulheres. - Auxiliar na instrução de cuidadores, especialmente para prevenção secundária. - Diversas partes interessadas relevantes devem participar coletivamente, incluindo o Governo (Ministério da Saúde e Ministério da Educação), Profissionais de Saúde, Empresas de Bens de Consumo e Seguradoras.
Aumentar o conhecimento público sobre DCV	Esforços para impulsionar a conscientização pública com participação ativa das organizações de pacientes para fins de prevenção e acompanhamento de DCV - Avaliar precisamente os principais fatores de sucesso de campanhas de conscientização anteriores e mensurar a eficácia das iniciativas atuais que se destinam a aumentar a conscientização sobre DCV. - Incentivar campanhas sobre DCV e incluir avaliações de saúde durante eventos de interesse. - Envolver e explicar o impacto clínico e econômico da DCV às principais partes interessadas (governo, associações de coração, grupos hospitalares e instituições médicas, entre outros) para coordenar campanhas sobre DCV. O envolvimento das partes interessadas é fundamental, pois promove um objetivo comum e permite o compartilhamento de recursos e conhecimentos. Isso, por sua vez, facilita a participação dos pacientes e promove mudanças.
Melhorar a eficácia das políticas governamentais	Conhecimento sobre as exigências relacionadas à DCV na agenda pública - Identificar as necessidades do governo, das partes interessadas e a importância de torná-las um tema da agenda. - Identificar as exigências do setor público relacionadas à DCV e colaborar com o governo para desenvolver soluções práticas. - Avaliar a eficácia das políticas e ajustá-las conforme necessário. - Colaborar com o governo para desenvolver soluções viáveis para os casos de DCV no país. - Colaborar com as partes interessadas, fornecendo uma estrutura regulatória para fins de tratamento de DCV, que abranja desde a educação para jovens ao tratamento de doenças cardiovasculares. - Expandir as PPPs, especificamente para DCV, para abordar a escassez de recursos do governo.



Brasil

A situação atual

No Brasil, cerca de 14 milhões de pessoas apresentam alguma forma de doença cardiovascular (DCV) e, ao menos, 400.000 casos de óbito ocorrem ao ano, o que corresponde a 30% do total de mortes ocasionadas por doença cardiovascular no País.

Em comparação com outros países da América do Sul, o Brasil tem a maior estimativa de anos de vida potencialmente produtivos perdidos em decorrência de DCV, totalizando cerca de 1,3 milhão em 2019. Isso equivale a uma perda de produtividade nominal de US\$ 4.250.681.870 em paridade de poder de compra. A estimativa também indicou mais mortes por DCV entre homens do que entre mulheres, com uma proporção de custos por morte entre homens e mulheres de 1,44, e os custos a perda de produtividade para os homens foram 2,4 mais elevados do que para as mulheres.¹

Dados do AIH/DataSUS (Sistema de Internação Hospitalar do Ministério da Saúde, que abrange 70-75% de todos os pacientes hospitalares do país) demonstram que o número de internações por infarto aumentou entre 2008 e 2022 de uma média mensal de 5.282 para 13.645 para homens (aumento de 158%) e de 1.930 para 4.973 para mulheres (aumento de 157%).²

De acordo com o Mapa Assistencial da Agência Nacional de Saúde (agência que regulamenta o sistema privado) entre 2011 e 2022 houve uma diminuição de 20% nas internações por doenças cardiovasculares, de 539.590 para 427.441, embora as internações por infartos tenham permanecido em níveis semelhantes (de 40.270 para 40.977). Por outro lado, houve aumento nas intervenções ambulatoriais, como consultas clínicas com cardiologistas, ecodopplercardiografia transtorácica e testes de esforço cardíaco, de 106%, 37% e 48%.^{3,4}

Além disso, assim como o resto do mundo, o Brasil está se preparando para o envelhecimento da população. Em 2010, cerca de 10% da população tinha mais de 60 anos e espera-se que esta porcentagem aumente para 30% em 2050. Como a DCV afeta principalmente os idosos, a potencial ameaça das cardiopatias será inevitavelmente maior ao longo do tempo. Portanto, é fundamental buscar uma abordagem clínica à prevenção de doenças cardiovasculares e combiná-la a campanhas que se destinam a incentivar um envelhecimento saudável.

As estratégias para alcançar mudanças de estilo de vida devem ir além de apenas repetir recomendações para um comportamento saudável e, em vez disso, avançar potencialmente no sentido de permitir e recompensar resultados de saúde sustentáveis.

De uma perspectiva política e social, são notáveis os avanços no combate a doenças cardiovasculares. Foram conduzidas campanhas de conscientização na mídia, em geral, incluindo a “Setembro Vermelho” em 2023,6 que promoveu um uso mais abrangente de exames preventivos e check-ups periódicos para identificar fatores de risco e sinais de DCV em estágios iniciais. Em dezembro de 2023, o Congresso Nacional decretou e o presidente sancionou a lei que instituiu o Mês de Conscientização sobre Doenças Cardiovasculares, que será celebrado em setembro de cada ano. Esta lei, em discussão desde 2019, estabelece semanas temáticas de conscientização dedicadas a cardiopatias isquêmicas, cardiopatias congênitas, doenças da aorta e doenças das válvulas cardíacas.⁷

Além disso, um orçamento específico para tratamentos cardiovasculares será disponibilizado no setor público. Em 2022, por exemplo, foram destinados cerca de R\$24 milhões ao desenvolvimento de iniciativas associadas à Estratégia de Saúde Cardiovascular dos governos municipais.⁸ Em maio de 2023, foi aprovado um projeto de lei que prevê uma revisão anual do financiamento dos serviços prestados ao Sistema Único de Saúde (SUS) do País: como benefício, espera-se que os serviços prestados ao SUS por hospitais filantrópicos tenham uma estrutura mais segura, melhorando o acesso à assistência médica e à qualidade do tratamento.⁹

Outros desdobramentos incluem a Lei nº 14.320 de 2022 que instituiu o dia 14 de maio como o Dia Nacional de Conscientização das Doenças Cardiovasculares na Mulher. Esta iniciativa direciona a atenção para a saúde cardiovascular das mulheres e destaca a importância da prevenção e do diagnóstico precoce, bem como do tratamento adequado para as DCV.¹⁰

Vale ressaltar, ainda, que os serviços de telessaúde no Brasil têm avançado significativamente nos últimos anos. Uma pesquisa do CETIC, Centro Regional

66 *A falta de integração entre os atores do sistema de saúde brasileiro, como hospitais e operadoras de saúde, dificulta a coordenação dos cuidados e a gestão eficiente dos dados. Além disso, o sistema público de saúde enfrenta desafios de prestar acesso equitativo aos serviços, especialmente para pessoas de baixa renda ou que vivem em áreas remotas.* **99**

Membro da Superintendência de Ensino e Pesquisa de um dos mais reconhecidos complexos hospitalares do Brasil



de Estudos para o Desenvolvimento da Sociedade da Informação, constatou que houve avanços na utilização dos serviços de telessaúde. Por exemplo, o monitoramento remoto de pacientes por enfermeiros aumentou de 16% em 2019 para 29% em 2022, e por médicos de 9% para 23% no mesmo período. Além disso, os serviços de teleconsultoria no período (contato entre profissionais da área para discutir casos) aumentou de 26% para 34% entre enfermeiros e de 26% para 45% entre médicos.¹¹ Esses serviços que permitem maior cobertura e consultoria mesmo em regiões remotas do país resultaram em melhor assistência médica também para pacientes com DCV.

Progresso no último ano

O relatório anteriormente publicado em 2022 trazia diversas recomendações para o curto e longo prazos.

Curto prazo

O artigo sugeriu a implementação de medidas para promover maior conscientização sobre as doenças cardiovasculares (DCV) por meio de instruções ao público em escolas e centros de saúde, bem como anúncios de saúde pública em websites, redes sociais e televisão. Entretanto, os esforços para difundir a conscientização sobre as DCV

têm sido inconsistentes, em parte devido à insuficiência de recursos tecnológicos e de educação sobre saúde nas escolas.

Além disso, apesar das fortes intenções, a campanha Setembro Vermelho para conscientização sobre DCV teve dificuldades em captar a atenção, ofuscada por outras campanhas significativas como Setembro Amarelo (prevenção ao suicídio) e Dezembro Vermelho (prevenção a HIV/AIDS).

Consequentemente, este cenário levou a uma diminuição na prioridade e execução de estratégias eficazes para prevenir as DCV.

Apesar dos desafios inerentes à prevenção de Doenças Cardiovasculares (DCV), existem oportunidades promissoras para colaboração com o ecossistema de saúde, especialmente com as farmácias. Em agosto de 2023, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) autorizou as farmácias a realizarem uma ampla gama de exames de análises clínicas. Estão disponíveis 47 tipos de exames que abrangem análises de sangue e secreções, muitos dos quais são vitais para detectar fatores de risco de DCV, como colesterol, níveis de glicose no sangue, pressão arterial e perfil lipídico.^{12,13} É importante instruir tanto as farmácias quanto os pacientes sobre esses serviços disponíveis a fim de que sejam utilizados de forma eficaz para o diagnóstico precoce e prevenção de DCV e outras doenças.

Médio a longo prazo

O primeiro artigo também abordava uma recomendação para o médio prazo de que tratamentos padronizados para DCVAE deveriam ser adotados em nível nacional, e que coaches de saúde e o uso mais abrangente da telemedicina eram necessários para garantir maior prevenção de doenças cardiovasculares.

No entanto, ainda não existe um protocolo de assistência padronizado e específico para as DCV no Brasil. No setor público, a Secretaria de Atenção Primária à Saúde lançou uma plataforma interativa ("Linha de Cuidado") em 2019, incorporando os fatores de risco de DCV como diabetes e obesidade em 2022. Entretanto, não existe um protocolo específico para colesterol.¹⁴

No setor privado, essas iniciativas são fragmentadas com mais de 2.000 hospitais privados e mais de 600 outras organizações de saúde no País. Da mesma forma, as iniciativas que utilizam coaches de saúde variam entre as organizações privadas, e a maioria dos coordenadores de enfermagem e profissionais de assistência personalizada concentra-se em oncologia ou planos de saúde de alto custo. Embora estas iniciativas fragmentadas sejam o primeiro passo na direção de um melhor atendimento ao paciente, infelizmente elas exercem um impacto limitado.

Além disso, a Agência Nacional de Saúde, que regula os planos privados, incentivou recentemente a criação de protocolos de assistência para melhorar a qualidade. Durante uma das principais feiras do setor de saúde do País em 2024, denominada "Hospitalar", a Agência lançou o "Manual Metodológico do Programa de Monitoramento da Qualidade Hospitalar", uma mudança de paradigma sobre como a Agência se posiciona. Em parceria com outras partes interessadas públicas e privadas, o manual contempla as melhores práticas de monitoramento e avaliação de desempenho dos profissionais de saúde, com indicadores específicos para as

doenças cardiovasculares, e uma ênfase na síndrome coronariana aguda.¹⁵

Um desafio contínuo que o Brasil enfrenta é aproveitar a telemedicina para melhorar a prestação de serviços de saúde. Apesar da posse generalizada de smartphones, o acesso à Internet continua limitado, principalmente nas áreas mais pobres. Transpor esta exclusão digital é fundamental não apenas para alcançar melhorias em saúde, mas também para impulsionar a produtividade total do país; desta forma, a melhoria dos determinantes sociais da saúde pode conduzir a resultados melhores e sustentáveis.

Portanto, são necessários uma infraestrutura de tecnologia aperfeiçoada e um sistema para dados de saúde dos pacientes interoperáveis e intercambiáveis para os profissionais da área. O “Open Health” é uma das inúmeras iniciativas que promovem a transformação digital na área da saúde. Um dos principais objetivos é alcançar a interoperabilidade de sistemas de dados, permitindo a troca de informações de pacientes entre instituições e profissionais de saúde. Da mesma forma que o open banking revolucionou a indústria de serviços financeiros, com tecnologias avançadas como a blockchain e a inteligência artificial, os dados transferíveis deverão aumentar a eficácia dos tratamentos de saúde e aperfeiçoar a investigação médica.¹⁶

Entretanto, a implementação bem-sucedida e expansível do open health exigirá liderança formal, semelhante à fornecida nos serviços financeiros pela FEBRABAN, a Federação Brasileira de Bancos. É essencial estabelecer boas práticas de governança, assegurar a segurança e privacidade dos dados, bem como promover a confiança entre as partes interessadas envolvidas. A principal recomendação para o longo prazo foi incluir um indicador dos níveis de colesterol no programa “Previne Brasil” para fins de atenção primária à saúde, que apoia a implementação da Estratégia de Saúde Cardiovascular do governo por meio

66 *A visão fragmentada e desintegrada impede uma compreensão abrangente... O sistema de saúde precisa considerar a integração dos dados existentes, para que cada local por onde o paciente passa tenha uma visão completa de sua jornada.* **99**

CEO de uma empresa brasileira de inovação tecnológica em saúde

de incentivos financeiros, tal como garantir o salário-mínimo dos agentes comunitários de saúde. Entretanto, não houve qualquer anúncio do governo sobre planos ou captação de recursos para incluir novos indicadores de saúde.

O artigo publicado pela Deloitte em 2022 também recomendou a participação na iniciativa “HEARTS nas Américas”. Trata-se de uma iniciativa internacional e espera-se que, até 2025, seja um modelo para manejo de doenças cardiovasculares, incluindo hipertensão e diabetes, na atenção primária à saúde nas Américas.¹⁷

Além disso, diversas outras iniciativas foram iniciadas no Brasil desde a divulgação do relatório de 2022, a saber:



Duas novas frentes parlamentares criadas em 2023 foram incumbidas de enfrentar os desafios das DCV, uma a nível nacional e outra a nível regional.^{18,19}



Em dezembro de 2022, foi aprovada uma nova lei que permite aos profissionais de saúde oferecerem consultas virtuais – telemedicina – (com o consentimento do paciente).²⁰



No início de 2023, a Novartis Brasil anunciou parceria com o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) para fortalecer a atenção primária à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS) na área de doenças cardiovasculares.²¹ Na primeira

etapa, organizou-se um diálogo entre as partes interessadas, incluindo empresários, acadêmicos, profissionais de saúde, associações de pacientes e ONGs, no intuito de propor ações e prioridades que contribuam para o progresso das políticas municipais de saúde.



Para melhorar a qualidade dos atendimentos no setor privado e proporcionar uma oportunidade para Parcerias Público-Privadas, no final de 2023, a Agência Nacional de Saúde anunciou a abertura de uma Tomada Pública de Subsídios com o objetivo de obter propostas de apoio à reorganização dos protocolos de assistência no setor privado. Durante 6 meses, a Agência receberá protocolos clínicos, orientações terapêuticas e indicadores de saúde nos diferentes níveis de atenção para posteriormente dar suporte aos workshops. Os protocolos priorizados abrangem doenças cardiovasculares, principalmente AVC e doença arterial coronariana, e doenças metabólicas, como diabetes, obesidade e dislipidemia.²²

É muito encorajador testemunhar o compromisso do Brasil com a priorização e implementação de mudanças significativas nos últimos anos. No entanto, para que haja um impacto significativo na redução das taxas de DCV, ainda há muito a ser feito no que diz respeito a mudanças no estilo de

vida, investimentos em saúde que permitam infraestruturas de tecnologia e dados, bem como melhorias de acesso e adesão aos tratamentos.

Basicamente, os estilos de vida saudáveis e sustentáveis, a identificação precoce de problemas de saúde, a priorização do bem-estar físico e mental, a adoção de hábitos saudáveis e o acesso ao tratamento – desde o diagnóstico, passando pelo manejo da doença, até a adesão e possível cura ou melhoria da qualidade de vida – são influenciados por inúmeros fatores ambientais. Estes determinantes sociais da saúde (figura abaixo) devem se complementar efetivamente para que resultados saudáveis sejam alcançados no longo prazo.



Primeiramente considerando os **Serviços de Saúde**, o Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil é um sistema universal de saúde que oferece assistência médica gratuita a todos os cidadãos brasileiros. Os gastos com saúde no País representaram 9,6% do seu PIB, sendo apenas 40% desse total constituído por gastos públicos, embora 75% dos brasileiros dependam exclusivamente do SUS. Esta discrepância impactou principalmente a qualidade e acessibilidade aos serviços e recursos de saúde nas zonas rurais e regiões com alto índice de pobreza, resultando em acesso desigual à assistência médica em todo o País.

Um grande problema na área da saúde, principalmente em termos de **infraestrutura e tecnologia**, é

a distribuição desigual de médicos e estabelecimentos de saúde pelo país, com as regiões Norte e Nordeste tendo o menor número de médicos por 1.000 habitantes. O projeto OpenCare 5G, um esforço colaborativo que envolve governo, universidades e o setor privado, visa resolver este problema, disponibilizando exames de ultrassom em áreas remotas. Isso é feito por meio de equipamentos portáteis que permitem a realização de exames in loco, com resultados enviados em tempo real às instituições de saúde para análise. Embora promissora para o tratamento de doenças cardiovasculares (DCV), esta iniciativa é atualmente subutilizada na área. Aperfeiçoar a colaboração e expandir este serviço poderia melhorar significativamente a acessibilidade aos exames de DCV.

Considerando a relação entre saúde e **emprego**, ser saudável é muitas vezes um pré-requisito para o emprego, enquanto o emprego, por sua vez, proporciona acesso a seguros de saúde privados que complementam o sobrecarregado Sistema Único de Saúde (SUS). Desde 2018, e principalmente após o início da pandemia do Covid, observou-se um aumento na cobertura de seguros de saúde, estando mais de 25% da população agora segurada. Particularmente, cerca de 70% dos seguros de saúde privados são fornecidos pelos empregadores, destacando os desafios da acessibilidade e como a situação profissional influencia a qualidade e a prontidão do acesso à assistência médica.

Esta noção é corroborada pelas estatísticas sobre a expectativa de vida média no Brasil, que era de 76,6 anos em 2019, mas com uma diferença de 8,5 anos entre as pessoas que vivem nas regiões ricas e nas regiões pobres. Por exemplo, a expectativa de vida média era de 79,9 anos em Santa Catarina (um estado do Sul com um índice de desenvolvimento humano (IDH) de 0,792) e de 71,4 anos no Maranhão (um estado do Nordeste com um IDH de 0,676). São necessários investimentos adicionais em educação, saúde e infraestrutura para aumentar a expectativa de vida nas áreas mais pobres.²³

66 O acesso a uma plataforma robusta de dados de saúde permitiria ao Brasil obter insights valiosos para melhorar a qualidade dos serviços de saúde, implementar ações mais eficazes e tomar decisões clínicas com base em evidências. **99**

CEO de uma HealthTech brasileira na área de Data Analytics

Saúde da mulher

No Brasil, 30% das vítimas de infarto são mulheres, resultando em pelo menos 200 mortes por dia e, de forma preocupante, a taxa de mortalidade entre mulheres de 18 a 55 anos é crescente.²⁴ Em 2022, a Sociedade Brasileira Cardiovascular informou que entre mulheres com 65 anos ou menos, metade dos óbitos por DCV estão associados à desigualdade social; e entre as mulheres, o número de mortes por doenças cardiovasculares é maior do que para todos os tipos de câncer combinados.

Apesar de representarem a maioria da população brasileira (51,5%), as mulheres enfrentam falta de representação em ensaios clínicos e pesquisas científicas, levando a um conhecimento insuficiente sobre as relações entre a fisiologia da mulher e as cardiopatias. Algumas das principais relações que foram identificadas, mas não foram priorizadas o suficiente, incluem:

- Antes da menopausa, as mulheres têm maior proteção contra doenças cardíacas devido aos altos níveis de estrogênio no corpo.
- Após a menopausa, os níveis de estrogênio caem, aumentando os riscos de DCV. Além dos exames para detecção de câncer, os ginecologistas também devem solicitar exames proativamente às mulheres para verificar variações hormonais e prevenir doenças cardiovasculares.
- Hipertensão, pressão alta e pré-eclâmpsia (uma condição na gravidez que causa pressão alta) são problemas comuns para as mulheres durante a gravidez e são doenças que aumentam o risco de desenvolver problemas cardíacos.
- Estatísticas indicam que as mulheres brasileiras sofrem mais de depressão do que os homens. A Iniciativa Brasileira para a Saúde da Mulher identificou que os sintomas de depressão em mulheres aumentam significativamente o risco de morte por doença cardiovascular.²⁵
- Outros fatores de risco importantes para DCV entre as mulheres são os baixos níveis de atividade física, o tabagismo e a obesidade. Estes riscos prevalecem entre as mulheres de classes sociais menos privilegiadas.
- A prevalência de enfarte do miocárdio em mulheres está aumentando. Por exemplo, o número de procedimentos ambulatoriais no setor público aumentou de mais de 16.000 em 2021 para mais de 18.000 nos primeiros nove meses de 2023.
- De acordo com estudos internacionais sobre as diferenças entre os gêneros na ocorrência de AVC, as mulheres com 35 anos ou menos tinham 44% mais probabilidade de ter um AVC isquêmico do que os homens²⁶. Além da carga e do impacto econômico na família, ressalta-se a necessidade de protocolos de reabilitação específicos para gênero e idade para DCV.
- A participação das mulheres no mercado de trabalho tem aumentado, criando uma sobrecarga, além do tempo gasto nas deslocações de/para o trabalho e, consequentemente, elevadas taxas de “burnout”. Há 12% mais estresse excessivo entre as mulheres do que entre os homens e 73% mais casos de “burnout”.²⁷
- Nas mulheres, os sintomas de doença cardiovascular (DCV) são mais genéricos. De acordo com um estudo publicado na revista *Therapeutics and Clinical Risk Management*²⁸, 62% das mulheres não apresentaram dor no peito, que é comumente associada a infartos, quando comparado aos homens (36%). Além disso, 72% das mulheres demoraram mais de 90 minutos para ligar para o 911, enquanto apenas 54% dos homens levaram este tempo.

Sugere-se que, em diversos casos, as mulheres, que tendem a ter uma maior tolerância à dor do que os homens, ignoram os sinais de problemas de saúde e não os examinam. Muitas mulheres nem sequer realizaram exames de colesterol ou pressão alta. É fundamental maior foco em conscientização, exames para diagnóstico precoce e melhor gestão da saúde para riscos diagnosticados de DCV em mulheres, a fim de reduzir a prevalência desta doença.

66 O setor de saúde brasileiro tem a oportunidade de realizar pesquisas e estudos sobre colesterol, diabetes e hipertensão, que forneceriam informações atualizadas e fundamentadas para o desenvolvimento de políticas de saúde no que diz respeito às especificidades de gênero e idade. Parcerias com a indústria farmacêutica podem contribuir com as melhorias em educação e acesso a tratamentos para doenças cardiovasculares, desde que sejam estabelecidas de forma ética e de acordo com as diretrizes. **99**

Diretor Executivo de uma Associação Brasileira de Pacientes com Doenças Cardiovasculares

Metas para os próximos 5 anos

As principais áreas a serem abordadas nos próximos cinco anos no Brasil, considerando o atual cenário e as ações recomendadas para gerar um impacto de curto e médio prazo no tratamento de DCV, estão resumidas na tabela abaixo:

Principais áreas de foco	Medidas necessárias
Educação em prevenção secundária de Doença Cardiovascular Aterosclerótica (DCVAE)	Investir consistentemente na promoção de conscientização sobre DCV • Identificar a colaboração com partes interessadas públicas e/ou privadas para: – Rastrear a população com DCV: envolver escolas públicas, unidades de saúde e programas de pacientes de operadoras de saúde para definir planos de ação, indicadores e análises com clareza. – Realizar anúncios em TV, websites, redes sociais, transportes públicos em colaboração com associações de pacientes, município ou Organização Mundial da Saúde. – Aumentar a conscientização sobre testes rápidos em farmácias, como testes de colesterol para DCV assintomática, e construir informações para uma gestão eficaz da saúde da população por meio de uma melhor compreensão dos resultados dos testes e melhorias nos diagnósticos, por exemplo, determinando como o nível de LDL afeta o risco cardiovascular do paciente. – Envolver um grupo de operadoras de saúde para explorar coletivamente possíveis soluções que superem as barreiras aos investimentos e à conscientização em DCV, por exemplo. Incentivos de reconhecimento financeiros, fiscais e com base em resultados. Partes Interessadas: operadoras de saúde/Organização Mundial da Saúde; associação de pacientes; meios de comunicação; municípios e organizações de saúde como ANVISA e ANS; farmacêuticos (profissionais de saúde).
Maior atenção às doenças cardiovasculares em mulheres	Colocar a mulher no centro dos cuidados com DCV e autocuidado • Identificar as partes interessadas para colaboração com campanhas de conscientização sobre DCV em mulheres, visando priorizar os cuidados com a saúde feminina e instruir quanto à prevenção primária e secundária de DCV. • Orientar instituições que promovem a saúde mental sobre a relação entre depressão e mortalidade por DCV, ensinando as mulheres a priorizar igualmente seu bem-estar e o de sua família. • Incentivar pesquisas clínicas a serem conduzidas para e por mulheres, a fim de obter melhores diagnósticos, conscientização sobre os sintomas e tratamentos eficazes. • Rastrear, em âmbito nacional e/ou municipal, o impacto do Dia Nacional de Conscientização das Doenças Cardiovasculares na Mulher para avaliar os avanços e continuar a ressaltar a importância desta questão específica de saúde para as mulheres. Partes Interessadas: médicos e profissionais de saúde; instituições de pesquisa; indústria farmacêutica; associações de pacientes; organizações governamentais e não governamentais a favor dos direitos da mulher; frentes parlamentares a favor da saúde da mulher.

Principais áreas de foco	Medidas necessárias
Melhorar os tratamentos de DCV em nível nacional e a adesão global aos tratamentos	Intensificar a prevenção de DCV com coaches de saúde - Participar da Tomada Pública de Subsídios da ANS na reorganização dos tratamentos de DCV no setor privado nos casos em que: - Contribuam com as propostas de protocolos clínicos, diretrizes terapêuticas e indicadores de saúde. - Participem de discussões e workshops. - Contribuam com a elaboração de manuais sobre tratamentos de prioridade e fluxos de assistência centrados no paciente. - Participar do programa público “Mais Médicos”, orientando novos médicos quanto à prevenção primária e secundária de DCVAE, a fim de identificar partes interessadas do setor privado que possam colaborar e treinar os coaches de saúde para: - Coletar dados de monitoramento. - Identificar a extensão da população diagnosticada com DCV e respectivo impacto socioeconômico. - Obter melhor entendimento dos resultados dos exames de colesterol, incluindo no relatório dos testes de LDL as informações de referência de acordo com o perfil; por exemplo, se o paciente sofreu um ataque cardíaco ou AVC, seus níveis de LDL devem ser mantidos abaixo de 50mg/dL. - Investir em tecnologia digital para contribuir com a interoperabilidade e a discussão sobre o “Open Health”. Partes Interessadas: associação de pacientes; profissionais de saúde/sociedades médicas; governo; municípios e Agência Nacional de Saúde (ANS – operadora de saúde).
Interoperabilidade de dados	Implementar um sistema para coletar, estruturar e analisar dados de saúde sobre DCV que aborde questões de privacidade - Por meio do desenvolvimento de um software ou plataforma que permita a fácil coleta e organização de dados provenientes de diversas fontes, como hospitais, clínicas, laboratórios, entre outros. - Ao combinar e analisar estes dados de forma integrada, seria possível: - Obter informações relevantes e quantificar os problemas existentes na área da saúde, possibilitando o aprimoramento do planejamento e da gestão do sistema de saúde brasileiro, além de garantir a tomada de decisões mais informadas. - Identificar problemas e adotar medidas eficazes para melhorar a qualidade e eficiência dos serviços de saúde. Partes Interessadas: governo; instituições de saúde; empresas de tecnologia; associação de pacientes.
Equidade em saúde	Equidade na saúde brasileira - Promover a conscientização e o treinamento de profissionais de saúde quanto à importância da equidade no diagnóstico, no tratamento e na gestão da adesão e como aplicá-la de forma tangível na sua prática diária. - Desenvolver políticas e mecanismos de incentivo para empresas e organizações de saúde que promovam a equidade e priorizem o acesso equitativo aos serviços de saúde. Isto pode ser feito a partir da criação de metas e indicadores de equidade, análise regular dos dados para identificar disparidades e implementação de ações corretivas para reduzir essas disparidades. Partes Interessadas: governo; instituições de saúde, associação de pacientes e frentes parlamentares.



Colômbia

A situação atual

Segundo o Ministério da Saúde e Proteção Social, a doença cardiovascular foi líder de mortalidade na Colômbia em 2022. Estatísticas do Departamento Nacional Administrativo de Estatísticas (DANE) apontam que o número de óbitos aumentou entre 2021 e 2022 para mais de 70.000^{1,2}. Em 2021, 28% desses óbitos foram indivíduos com idade inferior a 70 anos, representando uma proporção significativa das mortes prematuras³.

A Conta de Alto Custo (CAC), uma organização não governamental do Sistema Geral de Saúde da Previdência Social da Colômbia, identificou a hipertensão e diabetes mellitus como as duas principais causas de DCV. Outros fatores de risco como pressão alta e obesidade são comumente associados a um estilo de vida sedentário e tabagismo.



Entre 2017 e 2021, houve um aumento médio anual de **20,3%** nas mortes por hipertensão arterial, um fator de risco significativo para DCV, apesar da diminuição de **19,6% entre 2021 e 2022**. Entretanto, as pesquisas sugerem que **25% da população pode sofrer de hipertensão**⁴.



Segundo o CAC, em 2021, cerca de 1,5 milhão de pessoas na Colômbia foram diagnosticadas com diabetes, **com as mulheres representando aproximadamente 60% dos casos**⁵.



Uma pesquisa conduzida em 2015 constatou que **37,8% das pessoas na população apresentavam sobrepeso** e outros 18,7% eram considerados obesos⁶. Em 2019, foram registrados 8.187 óbitos por cardiopatia isquêmica e 1.029 óbitos por doenças hipertensivas, ambas ocasionadas por sobrepeso e obesidade.

Conforme sugerido pelo CAC, é possível reduzir as taxas de mortalidade decorrente de hipertensão arterial e diabetes mellitus regulando os níveis de pressão arterial e hemoglobina glicosilada.

Semelhante a outros países, os principais passos para reduzir os fatores sociais que contribuem para a ocorrência de doenças cardiovasculares incluem a adoção de um estilo de vida saudável com dieta equilibrada, atividade física regular, eliminação do tabagismo, quantidade de horas de sono adequada, e acompanhamento dos níveis de pressão arterial e glicose no sangue.

Nos últimos anos desde 2021, foram realizadas diversas campanhas e iniciativas no combate a DCV, especificamente promovendo a conscientização e educação sobre os respectivos fatores de risco.

- Para celebrar o Dia Mundial do Coração de 2023, o tema da campanha conduzida pelo Ministério da Saúde e Proteção Social⁷, em colaboração com a Federação Mundial do Coração e a Organização Mundial da Saúde, foi “Cuide do seu Coração”. Esta campanha, desenvolvida em colaboração com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), teve como objetivo conscientizar os colombianos sobre a prevenção de doenças cardiovasculares e cerebrovasculares, enfatizando a importância de controlar os fatores de risco e detectar precocemente os sintomas para diagnóstico e tratamento oportunos.

- “Conheça seu Risco”^{8,9} é um aplicativo desenvolvido pelo Ministério da Saúde e Proteção Social. Com este aplicativo, colombianos com mais de 18 anos podem identificar seu risco de desenvolver doenças cardiovasculares e/ou diabetes nos próximos anos, bem como a presença de obesidade ou sobrepeso.

- A Athero¹⁰, uma parceria público-privada que busca reduzir o risco de doenças cardiovasculares colaborando com os

órgãos atuantes do sistema de saúde, incluindo a Sociedade Colombiana de Cardiologia e Cirurgia Cardiovascular, a Associação Colombiana de Medicina Interna, HUB IEX, Novartis Colômbia, e outras organizações, foi estabelecida em 2020. Esta aliança visa promover soluções inovadoras e empresariais que tenham um impacto positivo na saúde da população no que diz respeito às DCV.

Progresso no último ano

O artigo anteriormente publicado em 2022 contemplou inúmeras recomendações para promover maior conscientização sobre DCVAE e outras cardiopatias.

Curto prazo

Foram feitas duas recomendações principais para o curto prazo. Uma das recomendações referia-se à inclusão de incentivos¹¹ (inclusive de natureza monetária), como bolsas de estudo, auxílio-moradia e auxílio-transporte para estudantes se formarem como médicos e pudessem levar a sua prática para áreas rurais onde há uma clara escassez de recursos de saúde. Embora o governo ofereça incentivos financeiros, estes parecem ser insuficientes para atrair profissionais de saúde para áreas rurais e melhorar o acesso equitativo aos serviços de saúde e, consequentemente, obter melhores resultados de pacientes com DCV.

Vale ressaltar, entretanto, que existem incentivos fornecidos pela “Conta de Alto Custo” (uma entidade do sistema de saúde que administra e provê dados e informações comparáveis para agilizar melhorias no cuidado das pessoas com doenças de alto custo) a instituições que alcançaram os melhores indicadores de monitoramento de qualidade e gestão para pacientes com doenças graves, como diabetes, hipertensão e doença renal crônica.

Outra recomendação de curto prazo foi agilizar o diagnóstico de DCVAE por meio

da implementação das Rotas Integrals de Atenção em Saúde (RIAS). Esta iniciativa publicou diretrizes técnicas e operacionais em 2022 para diagnóstico e tratamento de indivíduos com doenças metabólicas cardiovasculares e cerebrovasculares. Vale destacar que as RIAS não foram oficializadas pelo governo por meio de resolução ou decreto; portanto, seu escopo e implementação ainda estão sob discussão.

Além disso, campanhas de conscientização foram conduzidas por diversas organizações como a Liga Colombiana Contra Infarto e Hipertensão, no intuito de orientar e conscientizar a população sobre a prevenção de todas as doenças cardiovasculares.

A Fundação Colombiana do Coração também visa gerar estratégias para promover a prevenção de doenças cardíacas. Além disso, a Fundação Colombiana do Coração e o Grupo de Nutrição Cardiovascular da Sociedade Colombiana de Cardiologia e Cirurgia Cardiovascular convidam as pessoas para celebrar setembro como o Mês do Coração em conjunto com seus familiares, amigos e pacientes.

Na Colômbia, essas campanhas de conscientização estão avançando a cada ano, envolvendo diferentes partes interessadas (governo, organizações públicas e associações médicas). O objetivo é dar continuidade a esses esforços para construir uma comunidade que promoverá mudanças na mentalidade da população no que diz respeito a um estilo de vida mais saudável e orientar sobre a detecção de cardiopatias em estágio inicial.

Médio a longo prazo

As recomendações para os médio e longo prazos incluíram a implementação de políticas governamentais sobre educação médica em DCV e DCVAE especificamente, estendendo o uso de telemedicina e estabelecendo Parcerias Público-Privadas.

A implementação de políticas não apresentou progresso significativo. Embora haja reconhecimento no sistema de saúde de que as políticas de saúde vigentes no país estão desatualizadas e foram implementadas há mais de uma década, há ações e progresso reais limitados para resolver esta situação. Direcionar o foco à revisão e atualização dessas políticas aperfeiçoará e reforçará o desempenho do sistema de saúde e, desta forma, deve ser uma prioridade com adequada alocação de recursos financeiros.

A interoperabilidade de dados foi destacada como outro pilar fundamental para a construção de sistemas de saúde resilientes e, nesse sentido, a reforma da Interoperabilidade dos Registros Médicos Eletrônicos (IHCE) está atualmente na primeira fase e foi projetada para implementação em vários locais em todo o país até 2024¹². Isso é benéfico para a área médica pois permite a consolidação dos históricos de pacientes e transferência de dados em uma única plataforma, resultando em tratamentos mais eficazes e tempestivos para pacientes com DCV, independentemente de onde e quando os tratamentos são necessários.

A educação continuada de médicos, principalmente cardiologistas, é outra ação a ser abordada e hoje muito difundida, com universidades oferecendo programas e o governo disponibilizando bolsas de estudo para aperfeiçoamento em cardiologia.

Além disso, a Estratégia de Saúde Digital do governo implementada em 2020-2022 promoveu o uso de tecnologias digitais, incluindo telemedicina¹³, para melhorar o acesso aos serviços de saúde e a qualidade da assistência. Em relação a esse tema, o governo apresentou uma reforma na área da saúde, com custos estimados em \$929 bilhões em 2024^{14,15}. Entretanto, em 2021, apenas 4,27% dos profissionais de saúde licenciados estavam oferecendo serviços de telemedicina. Os obstáculos à expansão acelerada da telemedicina incluem infraestruturas de telecomunicação

limitadas e a falta de práticas de governança robustas que garantam a proteção dos dados pessoais dos pacientes.

Com relação às Parcerias Público-Privadas, a aliança Athero^{10,16} existe há mais de dois anos, contribuindo positivamente para a prevenção e o manejo dos riscos cardiovasculares. A Athero conta com três linhas de ação:



Impacto territorial: enfatizando as melhorias em educação para profissionais e promotores de saúde, a implementação de RIAS, e a disponibilização de soluções de saúde em várias regiões.



Inovação na sociedade e na tecnologia: ATHEROLAB é um projeto enraizado na ciência da implementação que transformou o comportamento dos médicos em relação à avaliação de riscos cardiovasculares.



Promoção de maior conscientização, com o objetivo de melhorar a educação sobre doenças cardiovasculares entre o público em geral.

O principal objetivo da aliança ATHERO transcende as três verticais, concentrando-se em políticas públicas para apoiar a prevenção de pacientes cardiovasculares, facilitar a detecção precoce e garantir assistência contínua e adequada.

Vale ressaltar que o Fórum Econômico Mundial, realizado em Davos-Klosters, Suíça, em janeiro de 2024, apresentou a Athero como um estudo de caso exemplar de parcerias público-privadas que melhoram os sistemas de saúde, contemplando uma iniciativa de baixo ou zero custo. Este modelo, reconhecido pelo seu profundo impacto, deve ser defendido para fins de expansão em toda a região LATAM e em outros locais afetados pela doença, ressaltando o seu potencial como um modelo para colaborações transformadoras em saúde mundialmente.

Equidade em saúde

Em 1997, 56% das pessoas que necessitavam de tratamento não conseguiram obtê-lo. Este número caiu para 21% em 2021.¹⁷ O governo também tomou medidas para fortalecer o sistema de saúde, embora reconheça que não abordou suficientemente esta questão importante da prevenção de doenças cardiovasculares e não reduziu a respectiva carga no sistema de saúde.

Isto não quer dizer que não tenha havido progresso na prevenção das DCV e, em vez disso, um maior número de consultas preventivas foi realizado tanto em áreas rurais como urbanas. No entanto, as disparidades permanecem, com relação aos níveis de renda da população e acesso à saúde nas áreas rurais e urbanas, impactando como os indivíduos proativamente acompanham sua saúde para prevenir as DCV.

Dois programas contribuíram com as melhorias na equidade em saúde. Um deles é o Plano Nacional de Benefícios

de Saúde (PBS), que abrange uma ampla gama de medicamentos e tratamentos. O outro é um programa promovido pelo Ministerio de Salud para incentivar o uso de medicamentos genéricos de menor custo por médicos e pacientes.

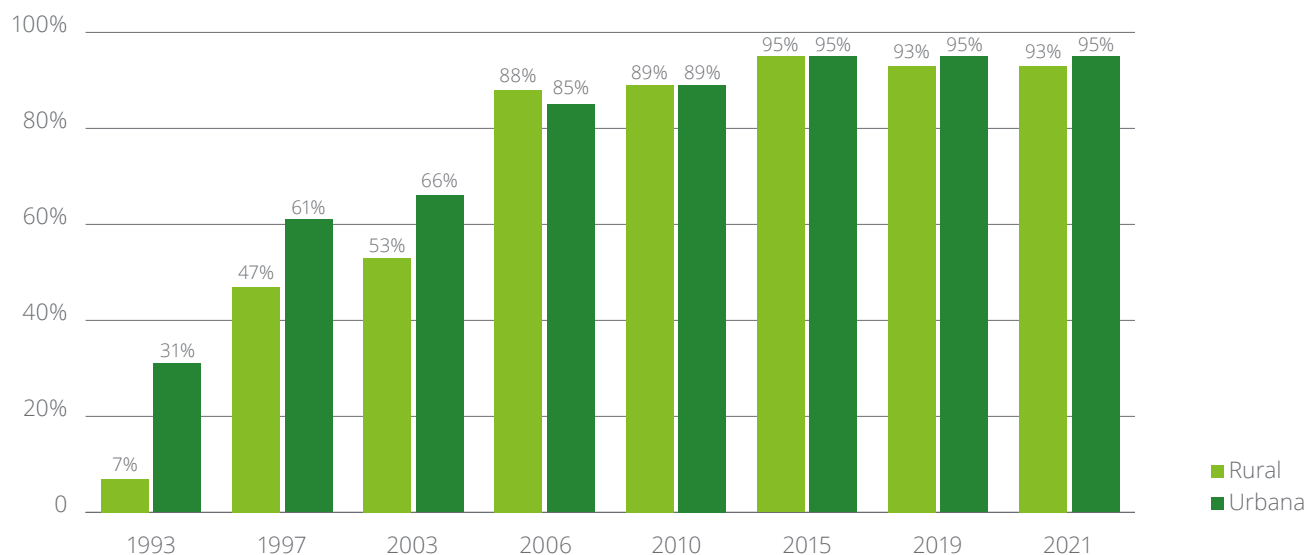
Entretanto, desde outubro de 2022, observa-se uma notável escassez de medicamentos em todo o país, devido a atrasos nos processos de aprovação do INVIMA e ausência de fornecimento, entre outros ^{18,19}. Essa escassez ocasiona atrasos nos tratamentos e contribui para o acesso desigual aos serviços de saúde. Em resposta, o Ministério da Saúde cobriu a maioria dos medicamentos de alto custo, o que permitiu a redução ou estabilização dos preços dos medicamentos. Entretanto, o tipo de medicamento recebido é determinado por localização e área onde o paciente possa ter acesso aos seus serviços de saúde.

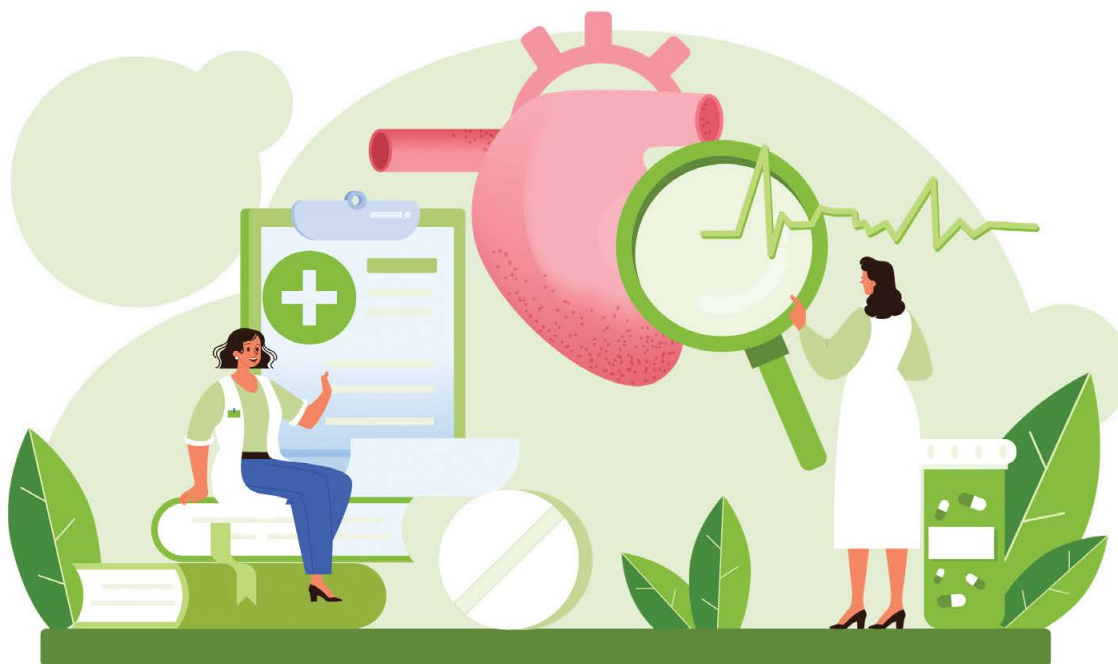
Segundo especialistas, existem três soluções para resolver a questão do fornecimento equitativo de medicamentos à população de pacientes em geral:

1. Incentivar o uso de medicamentos genéricos, o que resultaria em economias e liberaria recursos para medicamentos inovadores, quando necessário;
2. Promover a produção local de medicamentos;
3. Agilizar os procedimentos do Instituto Nacional de Vigilância de Medicamentos e Alimentos (INVIMA) para agilizar a aprovação de tratamentos. A Colômbia leva até quatro anos para implementar e aprovar novos medicamentos, o que atrasa o acesso de pacientes a novos tratamentos ou novas tecnologias que permitam um tratamento antecipado e mais eficaz.

Em geral, a desigualdade na saúde permanece principalmente devido a fatores socioeconômicos, incluindo pobreza, educação limitada, e disparidades de tratamento com base no gênero. Ao abordar esses determinantes sociais da saúde, podemos garantir melhor acesso equitativo a recursos e oportunidades necessários para uma saúde ideal, o que, por sua vez, ajudará a prevenir ou reduzir o risco de desenvolver doenças cardiovasculares.

Cobertura de saúde colombiana por área¹⁷





Durante um workshop realizado em 2023 – “Enfrentamento de doenças crônicas não transmissíveis por meio de ações sobre determinantes sociais da saúde e equidade” – promovido pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) na Colômbia, representantes do Ministério Colombiano da Saúde e outros ministérios se reuniram para desenvolver uma abordagem colaborativa, intersetorial e integrada que aborde os determinantes sociais das referidas doenças. Foi discutido “como uma pessoa com poucos recursos ou passando por situações adversas ao longo da vida tem maior probabilidade de desenvolver doenças crônicas não transmissíveis, como a DCV, do que uma pessoa com melhor posição social”.

Desta forma, enfatizou-se significativamente os investimentos em e implementação de políticas que visam melhorar as condições sociais em âmbito nacional e local. Essas políticas e medidas relacionadas são essenciais para reduzir as disparidades de saúde associadas a doenças não transmissíveis e melhorar a qualidade de vida de todos os cidadãos.

Saúde da mulher

De acordo com a DANE, as duas principais causas de mortalidade entre mulheres na Colômbia, em janeiro de 2023, foram a cardiopatia isquêmica e doença cerebrovascular. Houve maior incidência dessas doenças entre as mulheres (17,7% para cardiopatia isquêmica e 7,7% para doença cerebrovascular) do que entre homens (17,2% e 5,3%, respectivamente)²¹.

Na Colômbia, os cardiologistas observaram que os sintomas clínicos da DCV podem variar entre homens e mulheres. Por exemplo, ambos podem sentir dor no peito; porém, as mulheres tendem a ter outros sintomas, como náusea. Deve-se, portanto, elaborar um checklist específico para identificação de DCV nas mulheres e conduzir investigações mais aprofundadas.

Um fator que contribui para a desigualdade na saúde entre homens e mulheres é a falta de tempo e de priorização para exames médicos e tratamento. As mulheres colombianas, além de seus empregos, ainda exercem seu papel tradicional nos afazeres domésticos, com inúmeras obrigações.

Muitas mulheres não têm tempo suficiente para sua própria saúde²².

Apesar dos desafios enfrentados pelas mulheres, a expectativa de vida média aumentou de 78,2 anos em 2010 para 80 anos em 2021²³. No entanto, o conceito equivocado de que uma vida mais longa equivale a uma vida mais saudável deve ser urgentemente abordado. Em vez disso, é essencial incentivar e apoiar as mulheres na priorização da sua saúde e bem-estar, enfatizando a importância de um estilo de vida saudável, dieta e atividade física regular para reduzir o risco de doenças cardiovasculares (DCV).

Deve haver uma defesa sustentada de um melhor acesso aos serviços de saúde para as mulheres e de visões sociais e tradicionais atualizadas que, muitas vezes, impedem as mulheres de se concentrarem na sua saúde devido ao seu papel de cuidadoras. Incentivar os profissionais de saúde, pacientes e comunidades sociais para que tenham uma mentalidade evoluída é crucial para garantir suporte às mulheres e capacidade de priorizarem e receberem assistência de qualidade equitativa para suas necessidades específicas de saúde.

Metas para os próximos 5 anos

As principais áreas a serem abordadas nos próximos cinco anos na Colômbia, considerando o atual cenário e as ações recomendadas para gerar um impacto de curto e médio prazo no tratamento de DCV, estão resumidas na tabela abaixo:

Principais áreas de foco	Medidas necessárias
Gerar conscientização	Iniciativas focadas em aumentar a conscientização - Identificar os fatores de sucesso de campanhas anteriores e avaliar a eficácia das iniciativas atuais para conscientização sobre DCV. - Tentar replicar campanhas de conscientização (como aquelas sobre câncer de mama) para aumentar a conscientização sobre DCV mais abrangentes em mulheres e outros desafios de saúde, e corrigir equívocos sistêmicos e sociais. - Promover campanhas sobre DCV e integrar check-ups de saúde com eventos associados, a fim de incentivar medidas preventivas.
Melhorar a eficácia de políticas públicas	Atualizar políticas públicas e diretrizes médicas - Avaliar a eficácia das políticas e fazer os ajustes necessários com base em resultados mensuráveis da implementação de políticas. - Reconhecer as exigências relacionadas à DCV e incentivar a revisão das diretrizes. - Colaborar com as partes interessadas para obter suas opiniões e feedback e criar um esforço coletivo que indique quais políticas abordam os determinantes sociais da DCV.
Otimizar as medidas em vigor para fins de prevenção secundária	Reduzir a assistência e reduzir a prevalência de doenças - Introduzir iniciativas e diretrizes que se concentrem no diagnóstico e tratamento de DCV e problemas de saúde relacionados nos estágios iniciais. - Incentivar e financiar as iniciativas de pesquisa com o objetivo de desenvolver estratégias para melhorar a adesão aos tratamentos e obter melhores resultados de saúde. - Promover a importância de check-ups periódicos e outros exames.
Enfrentar os determinantes sociais das DCV	Abordar os fatores sociais e econômicos que influenciam os resultados de saúde - Determinar os principais fatores subjacentes responsáveis pelos problemas de saúde. - Aumentar investimentos em educação sobre saúde com antecedência, haja vista os crescentes índices de obesidade e sobrepeso. - Identificar e desenvolver políticas públicas que visem prevenir ou mitigar o impacto dos determinantes sociais na saúde e no bem-estar das pessoas.
Focar na saúde da mulher	Modificar o ponto de vista com relação às doenças que afetam as mulheres - Identificar os fatores fundamentais por detrás das doenças e as consequências dos determinantes sociais na saúde das mulheres. - Realizar pesquisas adicionais com foco específico nas mulheres, no que diz respeito às doenças e intervenções médicas. - Identificar as partes interessadas que possam colaborar, promovendo a conscientização sobre os principais riscos e sintomas associados às doenças que afetam o público feminino, por meio de diversos canais de comunicação.



Chile

A situação atual

As doenças cardiovasculares como infarto do miocárdio e AVC são a principal causa de morte no Chile, sendo responsáveis por aproximadamente um quarto do total de óbitos a cada ano¹. Além disso, entre 2020 e 2030, foram estimadas 117.000 mortes em decorrência de doenças não transmissíveis, como a doença cardiovascular e diabetes². Vários estudos têm provado que os principais fatores de risco que levam à DCV são o excesso de peso corporal, a obesidade, a hipertensão e os altos níveis de colesterol. De acordo com uma Pesquisa Nacional de Saúde realizada em 2017, 39,8% da população apresentavam sobrepeso e outros 31,2% eram considerados obesos, e a prevalência da obesidade aumentou quase dez pontos percentuais desde a pesquisa anterior conduzida em 2009- 2010³.

A pesquisa realizada em 2016 constatou que 27,8% da população apresentava níveis elevados de colesterol total, o que eleva os riscos de doença coronariana e AVC; 12,3% da população chilena apresentava diabetes e 27,7% hipertensão. Três em cada quatro pessoas no Chile com 65 anos ou mais são afetadas pela hipertensão⁴.

Considerando as taxas de mortalidade por DCV, embora sejam geralmente iguais para homens e mulheres, em 2020, mais homens morreram em decorrência de cardiopatias isquêmicas, porém as mulheres representaram mais mortes por doenças cerebrovasculares. Foi reconhecido que existe um risco maior para as mulheres após

a menopausa devido à queda dos níveis de estrogênio no corpo.

Segundo a Pesquisa Nacional de Saúde de 2017, o sedentarismo é mais comum em mulheres do que em homens, as mulheres apresentavam mais obesidade e um estilo de vida sedentário em comparação aos homens; 90,5% para as mulheres e 83,3% para os homens⁴. **A redução nas taxas de indivíduos com sobrepeso em 6,7% pode transformar significativamente os resultados de saúde de 2020 a 2030².** Especificamente, o número de casos e óbitos associados a doenças não transmissíveis diminuiria substancialmente (25.000 casos e 5.000 óbitos). Este cenário demonstra o profundo impacto que mesmo reduções modestas na prevalência de sobrepeso podem exercer na saúde pública ao longo de uma década².

É essencial abordar os fatores de risco para mulheres e homens por meio de ações específicas para cada gênero para catalisar mudanças significativas. Essas ações devem ser bem alinhadas aos papéis de cada gênero e às sutilezas culturais

profundamente enraizados que atualmente impedem uma mudança de mentalidade no que diz respeito à adoção de estilos de vida mais saudáveis.

Sem essas intervenções direcionadas, os esforços para promover a saúde e o bem-estar correm o risco de ter seu potencial reduzido, deixando incontestadas as normas sociais fixadas e mantendo o status quo. Somente por meio desta abordagem crítica e diferenciada, podemos superar as barreiras para um estilo de vida mais saudável para todos, independentemente do gênero.

Além disso, há uma demanda para melhorar a coordenação entre os serviços de atenção primária e secundária para DCV. Tratar dessas questões garantiria a prestação de serviços de saúde equitativos e eficazes, permitindo a todos os indivíduos, independentemente de sua localização, beneficiarem-se de tratamentos de DCV abrangentes e integrados.

O sistema de saúde chileno está implementando uma Estratégia de Atenção



Integral Centrada nas Pessoas (ECICEP) que promove a conscientização, prevenção e gestão da multimorbidade, que é a presença de duas ou mais doenças simultaneamente, o que é comum no país e representa uma sobrecarga para o sistema de saúde e, posteriormente, para a qualidade dos cuidados recebidos⁵.

É crucial reconhecer que a população chilena está vivenciando uma tendência de envelhecimento. Dado que os riscos associados às doenças cardíacas aumentam com a idade, prevê-se um aumento tanto na procura de tratamento como nas respectivas despesas ao longo do tempo. Esta mudança demográfica ressalta a urgência de preparar o sistema de saúde para responder às necessidades crescentes de uma população em envelhecimento, destacando a importância do planejamento e investimento em serviços de saúde para acompanhar a crescente prevalência de cardiopatias de forma eficaz.

Neste contexto, A HEARTS definiu seis pilares técnicos para fortalecer de forma sustentável os sistemas de saúde para enfrentar os crescentes desafios de saúde da população. Os seis pilares são 1) protocolos de tratamento e medicamentos padronizados; 2) aparelhos para aferir pressão arterial validados e regulamentações relacionadas; 3) treinamento e educação; 4) padronização e inovação na utilização de dados; 5) inovação na organização dos cuidados e 6) inovação na organização dos tratamentos e cuidados com base em equipe¹⁸. Um exemplo de estratégia que está sendo implementada é um protocolo de tratamento medicamentoso anti-hipertensivo padronizado com base nas necessidades da população, garantindo a disponibilidade e acessibilidade de medicamentos anti-hipertensivos de alta qualidade⁶.

A aplicação dos pilares para avaliar os impactos das soluções de intervenção propostas na trajetória de tratamento dos pacientes e no respectivo sistema de

saúde ajudará a priorizar as soluções mais sustentáveis e impactantes para melhorar a assistência e os resultados de pacientes no que diz respeito à alta prevalência e doenças evitáveis como a DCV.

Progresso no último ano

No primeiro relatório de 2022, diversas recomendações foram feitas para o Chile.

Curto prazo

A recomendação para o curto prazo era a realização de campanhas para impulsionar a conscientização pública sobre as doenças cardiovasculares. No Chile, existem dois meses nos quais campanhas sobre DCV são conduzidas, sendo uma em agosto⁷ (organizada pela Sociedade Chilena de Cardiologia) e a outra em outubro⁸ (“Ponte la camiseta” organizada pela Associação Chilena de Doenças Cerebrovasculares).

Estas campanhas unem uma gama diversificada de partes interessadas, incluindo o setor privado, profissionais de saúde, agências governamentais e organizações não governamentais, em um esforço colaborativo para promover a conscientização sobre os fatores de risco associados a doenças cardiovasculares (DCV), tais como colesterol alto e obesidade. O objetivo é aproveitar os pontos fortes e os recursos de cada parte interessada participante para melhorar a compreensão pública destes riscos e incentivar medidas preventivas.

Médio a longo prazo

Apesar dos esforços envidados nessas campanhas, o impacto na conscientização sobre DCV não tem sido ideal, o que pode ser atribuído a dois fatores principais: recursos financeiros insuficientes para as campanhas e o desafio de alcançar populações com acesso limitado aos meios de comunicação. Como resultado, uma parcela significativa do público-alvo permanece desinformada sobre os riscos das DCV e como a adoção de um estilo

de vida saudável pode mitigar esses riscos. Portanto, destaca-se uma clara necessidade de investimento em recursos que disseminem de forma eficaz mensagens de saúde a estas comunidades mais difíceis de alcançar, garantindo uma maior sensibilização do público para os riscos de DCV. Além da necessidade de investimento, é importante que essas campanhas sejam lideradas pelo Ministério da Saúde para expandir seu alcance e valor percebido, dada a autoridade do patrocinador da campanha.

O artigo anterior contemplava recomendações acerca de expandir o uso de telemedicina e desenvolver um sistema interoperável que viabilizava a transferência segura de dados de pacientes entre instituições de saúde.

O governo chileno aprovou a Lei nº 21.541 em 2023, estabelecendo exigências para que os profissionais de saúde ofereçam serviços de telemedicina^{9,10,11} e garantindo a privacidade dos pacientes e a proteção de dados. Esta lei defendia ajustes regulatórios para adaptar consultas médicas remotas; é importante notar também que o uso da telemedicina no setor público continua bastante limitado. Espera-se que, no futuro, a telemedicina seja uma ferramenta eficaz no manejo de DCV, por exemplo, por meio do monitoramento remoto e administração de medicamentos, e monitoramento mais frequente e intervenções proativas e fundamentadas.

Houve considerável progresso desde a aplicação da lei, mas os desafios permanecem, como a infraestrutura digital limitada para o acesso equitativo à telemedicina e a implementação de regulamentos abrangentes que abordem a privacidade do paciente.

Além da telemedicina e da proteção de dados, há também uma necessidade premente de introduzir novas tecnologias, medicamentos, instrumentos médicos e atualizações de infraestrutura em hospitais.

Uma vantagem fundamental destas novas tecnologias é o seu potencial de interoperabilidade – a capacidade de partilhar e trocar dados e conhecimentos de forma contínua entre diferentes sistemas de informação. Apesar dos benefícios, o progresso rumo à interoperabilidade no Chile tem sido moroso, com atrasos em vários setores devido à operação fragmentada e descoordenada da rede de saúde.

A legislação para melhorar a interoperabilidade dos registros clínicos foi aplicada em maio de 2024. Isso indica que medidas estão em andamento para enfrentar estes desafios e melhorar a eficiência e eficácia da prestação de serviços de saúde.

Equidade em saúde

O Chile tem a maior parte de sua população segurada, em dezembro de 2023. Segundo a Superintendencia de Salud, 80,8% da população chilena foi segurada pela Fonasa, 13,9% pela ISAPRE, e 4,7% pela Fuerzas Armadas e outras entidades¹².

Embora o objetivo fosse aumentar o número de beneficiários do sistema de saúde, os determinantes sociais de má saúde também devem ser abordados para gerir a sobrecarga do sistema com doenças evitáveis. Os fatores que afetam diretamente a saúde dos indivíduos incluem estilo de vida, condições de vida, qualidade do ar e condição socioeconômica em geral. As pessoas das classes socioeconômicas

mais baixas estão em desvantagem: não têm o mesmo acesso à assistência médica, o que desencadeia piores condições de saúde e taxas de mortalidade mais elevadas.

Após um exercício da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e do Ministério da Saúde no Chile¹³, propostas foram publicadas com enfoque na equidade em saúde e nos determinantes sociais da saúde. Desde 2022, o Ministério da Saúde, em conjunto com a OPAS/OMS, está atuando em níveis locais e estaduais para reformar o sistema de saúde e criar as condições necessárias à promoção de um estilo de vida saudável. Ainda não foram registrados resultados, no entanto uma das estratégias do governo refere-se à “universalização da atenção primária”. Essa estratégia visa



principalmente a acessibilidade à assistência médica para a população em geral conforme necessário, independentemente da localização e condição socioeconômica.

Saúde da mulher

O Chile é um dos países da América Latina com maior cobertura de saúde para mulheres, com 8.180.051 mulheres inscritas no Fonasa¹⁴, apresentando um melhor nível geral de saúde entre as mulheres nas últimas décadas. Segundo o Instituto Nacional de Estatística (INE), a expectativa de vida média para as mulheres foi de 84,1 anos em 2023, em comparação a 78,7 anos para os homens.¹⁵

Mesmo assim, maior atenção deve ser dada aos riscos de DCV para as mulheres. Sabe-se que esses riscos aumentam após a menopausa, quando a DCV se torna a principal causa de mortalidade entre as mulheres. As mulheres aumentaram a sua participação no mercado de trabalho, mas, ao mesmo tempo, mantiveram as suas responsabilidades e o seu papel no seio da família. Como resultado, podem ter menos tempo disponível para cuidar de sua própria saúde e realizar os exames médicos periódicos.

Evidentemente, uma questão crítica que necessita de atenção urgente refere-se aos equívocos generalizados entre as próprias mulheres com relação ao impacto das doenças cardiovasculares (DCV) na sua saúde e a prevalência surpreendentemente elevada de DCV que é negligenciada e não tratada nas mulheres. Um estudo online foi realizado para mulheres com idade

entre 20 e 70 anos. O estudo demonstrou que a percepção da DCV como principal problema de saúde estava presente apenas em 6% dos entrevistados, enquanto as duas principais percepções foram câncer (39%) e diabetes (18%)¹⁶. Esta desinformação cultural e com base no gênero não apenas ressalta um gap significativo na conscientização e na educação, como também destaca uma realidade perturbadora onde inúmeras mulheres sofrem silenciosamente de uma doença evitável e tratável, colocando suas vidas em risco desnecessário.

Alguns dos conceitos equivocados mais predominantes sobre DCV incluem:¹⁷



Os jovens não têm problemas cardíacos:

a maioria das pessoas que sofrem ataques cardíacos são pessoas com mais de 65 anos, porém os jovens também estão sujeitos e, segundo o Ministério da Saúde, os ataques cardíacos e as taxas de DCV estão aumentando em pessoas com menos de 45 anos.



As mulheres deveriam estar mais atentas ou tomar consciência dos problemas cardíacos após a menopausa:

medidas preventivas sempre devem ser consideradas e, mesmo que as mulheres tendam a estar “protegidas” durante a pré-menopausa, ainda existe um risco.



Pessoas com histórico familiar relacionado a DCV são as únicas afetadas:

é uma ideia falsa, contudo pessoas com histórico devem ser examinadas por haver um maior fator de risco. É importante mencionar que tanto homens quanto mulheres estão sujeitos aos mesmos fatores de risco.



Se estou tomando remédio para colesterol, não preciso fazer dieta:

mesmo que a medicação esteja sendo administrada, um estilo de vida saudável também deve ser seguido, pois a medicação não substitui uma dieta saudável.

O Ministério da Saúde do Chile criou um Plano Nacional de Saúde da Mulher para preencher os gaps existentes. Este plano visa tornar os serviços de saúde de qualidade mais acessíveis às mulheres, reduzir as taxas de mortalidade materna e combater a violência com base no gênero. Os principais objetivos incluem aumentar os cuidados de pré-natal, promover o uso do planejamento familiar e melhorar o rastreamento e o tratamento de câncer de mama e câncer cervical. Além disso, o plano incentiva hábitos saudáveis para prevenir doenças crônicas como diabetes e hipertensão e deve, por associação, reduzir os riscos de DCV entre as mulheres. No entanto, informações mais específicas sobre DCV, incentivando as mulheres a fazer check-ups periódicos e aumentando a conscientização sobre o reconhecimento precoce dos fatores de risco de DCV beneficiarão ainda mais a melhoria dos resultados das pacientes com DCV.

Metas para os próximos 5 anos

As principais áreas a serem abordadas nos próximos cinco anos no Chile, considerando o atual cenário e as ações recomendadas para gerar um impacto de curto e médio prazo no tratamento de DCV, estão resumidas na tabela abaixo:

Principais áreas de foco	Medidas necessárias
Promover maior conscientização sobre DCV e seus respectivos riscos	Campanhas de conscientização e educação - Identificar os principais fatores de sucesso de outras campanhas de conscientização (locais e em outros países da região). - Definir e promover campanhas sobre DCV direcionadas a indivíduos com base em gênero e faixas etárias. Essas campanhas devem considerar uma abordagem colaborativa de diversas partes interessadas, incluindo o segmento de esportes, a indústria alimentícia e outras partes influentes. Recomenda-se que essas campanhas sejam iniciadas por instituições de saúde governamentais para reforçar a autoridade por detrás das mensagens transmitidas.
Abordar os determinantes sociais que levam a uma saúde melhor	Pesquisas e insights - Identificar as principais causas raízes dos problemas que afetam a saúde. - Reduzir as desigualdades socioeconômicas aumentando os investimentos na infraestrutura de saúde e educação em todo o país.
Melhorar a integração das políticas públicas para os níveis primário e secundário	Coleta e análise de dados médicos - Colaborar com diversas partes interessadas relevantes para reconhecer os problemas e analisar os dados sobre a reforma da política de saúde. - Revisar e atualizar os protocolos e diretrizes, com foco nas melhorias de interoperabilidade entre os níveis de serviços de saúde primários e secundários.
Exames médicos periódicos	Promover frequentes consultas com médicos - Conduzir uma campanha que promova a realização de check-ups gerais de forma que as pessoas possam ser diagnosticadas a tempo e tomar medidas preventivas caso um problema seja identificado. Isso reduziria o custo dos tratamentos, diminuindo os níveis de mortalidade e riscos. - Expandir o alcance do programa existente, denominado “Exame de Medicina Preventiva para Adultos”.
Utilização da tecnologia para coletar dados médicos	Coleta e análise de dados médicos - Aproveitar a tecnologia para coletar dados de pacientes e doenças no intuito de compreender o impacto das doenças. - Compartilhar dados médicos entre os profissionais de saúde para aperfeiçoar o processo de tratamento.
Maior foco em pesquisas sobre mulheres	Modificar a percepção equivocada das doenças nas mulheres - Identificar a colaboração de partes interessadas públicas e/ou privadas para informar as mulheres por meio de diferentes canais de comunicação sobre os principais riscos e sintomas. - Aumentar a conscientização das mulheres para realizarem e utilizarem seus exames médicos como medida preventiva. - Expandir a cobertura dos exames médicos para as mulheres. - Conduzir estudos e pesquisas adicionais com foco nas doenças com impacto e nos tratamentos adaptados para as mulheres. - Compartilhar dados médicos relevantes para comprovar os benefícios de melhorar o estilo de vida e as escolhas de acompanhamento da saúde.



Argentina

A situação atual

As doenças cardiovasculares (DCV) são a principal causa de mortalidade na Argentina, responsáveis por um terço de todas as mortes em 2017, e a principal fonte de morte prematura e evitável em todos os sexos, sendo 35% em homens e 28% em mulheres¹. Os elevados níveis de colesterol destacam-se como principal fator de risco e as pesquisas consistentemente relacionam a redução do colesterol a um menor risco de DCV aterosclerótica, tornando-a um alvo importante nas diretrizes clínicas. Além disso, dado que o risco de morte por DCV aumenta com a idade e que se espera que a idade média da população na Argentina duplique até 2040², a urgência de medidas preventivas precoces não pode ser superestimada. Adotar hábitos saudáveis desde cedo torna-se fundamental, assim como o aumento previsto na necessidade de tratamentos para DCV.

Os fatores de risco comumente associados à DCV na Argentina incluem obesidade, tabagismo, pressão alta e diabetes. Considerando a população mais jovem, a Revista de Cardiologia Argentina divulgou dados preocupantes quanto à análise da população menor de 18 anos e observou-se que 41% das crianças e adolescentes entre 5 e 17 anos apresentam excesso de peso, sendo 21% com sobrepeso e 20% com obesidade. Além disso, nas crianças de 0 a 5 anos, 14% têm sobrepeso e 4% são obesas. A obesidade precoce, resultante de dietas e estilos de vida inadequados, inicia depósitos de gordura nas artérias coronárias e o aparecimento de doença aterosclerótica já na juventude³.

Considerando a população idosa, entre as pessoas com 65 anos ou mais, a taxa de mortalidade por doenças cardíacas é maior para as mulheres do que para os homens. Uma em cada três mulheres na Argentina morre em decorrência de DCV e, para sanar a falta de conscientização sobre a prevenção e o manejo da DCV entre as mulheres, foi proposta uma lei em 2023 para tornar o dia 9 de outubro um dia

nacional de conscientização sobre doenças cardiovasculares

nas mulheres. A iniciativa foi conduzida pela Sociedade Argentina de Cardiologia, semelhante à iniciativa brasileira que estabeleceu o dia 14 de maio como o Dia Nacional de Conscientização sobre Doenças Cardiovasculares nas Mulheres em 2019^{4,5,6}.

A Sociedade Argentina de Cardiologia, juntamente com a Federação Cardiovascular da Argentina, também está desenvolvendo o primeiro roadmap de colesterol para a Federação Mundial do Coração. A concepção deste roadmap concentra-se na identificação das barreiras e no fornecimento de possíveis soluções para reduzir a mortalidade prematura por DCV até 2030^{7,8}.

Outras campanhas sobre DCV no país incluem campanhas em setembro – mês do coração e 19 de setembro, dia do colesterol. Além disso, em julho de 2023, foi publicada a quarta edição do Consenso sobre Prevenção Cardiovascular, que traz recomendações para o manejo proativo de DCV. Mais recentemente, na edição de julho de 2023 de sua revista, a Sociedade Argentina de Cardiologia⁹ destacou a importância da prevenção, dos exames periódicos e da promoção de um estilo de vida saudável, com exercícios físicos e alimentação saudável.

Outros exemplos de progresso em DCV no país nos últimos dois anos são os acordos público-privados dos governos de Salta¹⁰, Corrientes¹¹, Catamarca^{12,13} e Cidade de Buenos Aires. Esses acordos visam colaborar no desenvolvimento de iniciativas em saúde cardiovascular para alcançar melhorias significativas em termos de prevenção, diagnóstico e tratamento dessas doenças. Além disso, a Federação Cardiovascular da Argentina desenvolveu diretrizes de tratamento que devem permitir ainda mais um diagnóstico consistente e um processo de tratamento para DCV.

Progresso no último ano

Curto prazo

A principal recomendação para o curto prazo indicada no artigo da Deloitte publicado no último ano referia-se a aumentar a conscientização pública sobre DCV, e desenvolver protocolos e diretrizes para referida finalidade. Campanhas para promover a conscientização foram implementadas durante o último ano; um exemplo de sucesso foi a campanha do Dia da Diabetes, 14 de novembro de 2023, que incluiu medidas para orientar equipes de saúde quanto ao tratamento da diabetes, doença que pode levar a cardiopatias. Apesar do sucesso das campanhas implementadas no último ano, há espaço para campanhas adicionais que promovam a conscientização sobre DCV e morbidades^{14,15}.

O sucesso do Programa de Diabetes representa uma oportunidade para unificar esforços e apresentar a narrativa de como o manejo desta doença contribui para estratégias de prevenção de DCV. Esta abordagem leva à alocação eficiente de recursos financeiros e recursos humanos, ao mesmo tempo em que utiliza o foco em uma doença para melhorar o entendimento e tratamento de outra doença relacionada e significativa.

O Ministério da Saúde também desenvolveu recentemente diretrizes para profissionais de saúde sobre prevenção e tratamento de DCV¹⁶. O guia tem como objetivo fornecer aos profissionais de saúde as ferramentas necessárias para prevenir, diagnosticar e tratar adequadamente os fatores de risco cardiovascular. Além disso, a diretriz abrange prevenção primária e secundária e oferece recomendações sobre diversas estratégias, como rastreamento do perfil lipídico e acompanhamento de pessoas tratadas com medicamentos. No entanto, na ausência de um monitoramento eficaz, não está claro se as orientações estão sendo aplicadas de forma consistente e qual o impacto para os pacientes com DCV.

Essencialmente, é necessário estabelecer um sistema eficiente para avaliar, com base em coleta de dados adequada, se as diretrizes estão sendo implementadas e para quantificar os seus efeitos nos resultados dos pacientes e nos custos de saúde.

Médio a longo prazo

O artigo publicado no último ano também trazia recomendações para introduzir uma tecnologia que permita trocar dados médicos interoperáveis entre profissionais de saúde e formar parcerias entre partes interessadas públicas e privadas em busca de soluções inovadoras para pacientes com DCV.

As Parcerias Público-Privadas levaram um tempo para serem implementadas; porém, existem exemplos de acordos em diferentes províncias, como Salta¹⁰, Corrientes¹¹, Catamarca^{12, 13} e Cidade de Buenos Aires, onde o principal objetivo é o acordo público-privado de reciprocidade, que visa estabelecer e incentivar iniciativas que melhorem a saúde cardiovascular, a prevenção e promoção da saúde, bem como intervenções terapêuticas.

É crucial entender as barreiras à formação de outras Parcerias Público-Privadas e identificação de soluções específicas para superar esses desafios. Ao unir as principais partes interessadas do setor de saúde, compartilhar expertise, distribuir custos de investimento, e compartilhar o sucesso comercial, quando aplicável, existe uma oportunidade significativa de impulsionar mudanças para uma melhor assistência ao paciente com DCV.

Equidade em saúde

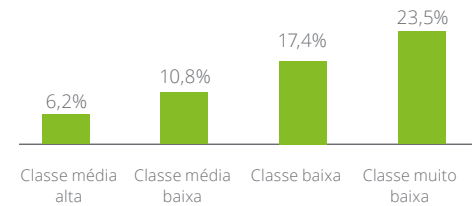
Um estudo que analisa como os determinantes sociais e os resultados de saúde estão relacionados, publicado pela Universidade Nacional de Córdoba¹⁷

em 2021, constatou que as mulheres estão muito mais suscetíveis a encontrar dificuldade no acesso aos serviços de saúde do que os homens. Além disso, o acesso à assistência médica é mais difícil para as pessoas com baixo nível de escolaridade e das camadas mais pobres da sociedade. O estudo identificou que, enquanto cerca de 13% dos indivíduos das classes média e alta tiveram que esperar mais de dois meses pelo tratamento, a porcentagem entre as pessoas de origem mais pobre foi de 27%. Números do INDEC para o primeiro semestre de 2021 demonstraram que 42% da população argentina viviam abaixo da linha da pobreza.

Para abordar os determinantes sociais que impactam a acessibilidade à assistência médica, em 2023 a Associação Argentina de Saúde Pública organizou um congresso internacional inaugural centrado em três determinantes principais da equidade na saúde: nível socioeconômico, acesso à educação e outros fatores sociais, como gênero, condições de vida e fatores ambientais, como poluição do ar e acesso à água potável. O congresso ressaltou a importância de não reduzir as despesas de saúde e utilizar políticas públicas com agentes de mudança. O evento é uma plataforma eficaz para profissionais de saúde, responsáveis pela elaboração de políticas e especialistas trocarem ideias e estratégias para promover a equidade em saúde e reduzir os gaps na Argentina, e se alinharem sobre como usar as políticas públicas como agentes de mudança.

A Argentina está atualmente implementando estratégias para enfrentar os determinantes sociais, investindo na educação, melhorando a atenção primária à saúde, promovendo a inclusão social para combater a exclusão e proporcionando oportunidades iguais. Iniciativas como “We Make the Future” e “Universal Child Allowance” que oferecem apoio financeiro

Percentual de pessoas com problemas de saúde por classe econômica social* (2022)¹⁸



a famílias empobrecidas com crianças menores de 18 anos são passos em direção a esse objetivo. Apesar desses esforços, investimentos e ações contínuos são essenciais para enfrentar de forma sustentável os determinantes sociais da saúde e diminuir as disparidades ao longo da trajetória de tratamento dos pacientes com DCV.

Especificamente a nível institucional, o decreto 50/2019¹⁹ estabeleceu uma nova estrutura organizacional para o Ministério da Saúde da Nação, que reflete três prioridades: acesso, qualidade e equidade da saúde. O decreto em questão foi considerado um marco histórico, pois marcou a primeira vez que foi dado foco institucional para alcançar a equidade em saúde. Isso foi alcançado por meio da criação da Secretaria de Equidade em Saúde²⁰. Posteriormente, em setembro de 2022, foi realizada uma nova reorganização para melhorar ainda mais a eficácia da Secretaria na consecução dos seus objetivos.

Outro aspecto notável foi a criação da Secretaria de Equidade em Saúde em 2019, que foi estabelecida para dois objetivos:

- Entender as políticas criadas para aumentar a equidade em saúde e definir um modelo de gestão e financiamento.
- Entender a estrutura e o desenvolvimento da avaliação e do monitoramento de acesso equitativo.

Em suma, a assistência médica na Argentina demonstra que os determinantes sociais podem ser uma desvantagem para a sociedade, principalmente para pacientes que recebem tratamento no setor público. Isto se deve ao fato de uma porcentagem significativa desses pacientes, cerca de 42,5%²¹, não receber medicação prescrita e potencialmente ter acesso restrito a estudos médicos complementares de diagnóstico.

Finalmente, há espaço para corrigir as desigualdades sociais devido ao gênero, à inferioridade social, às desvantagens ambientais, entre outras, razão pela qual se considera necessário estabelecer políticas de saúde eficientes e humanizadas, serviços de saúde integrados, estabelecer cobertura universal, bem como abordar a educação como pilar fundamental para um melhor acompanhamento das DCV.

Algumas iniciativas que visam promover a equidade na saúde com as quais seria bom colaborar para promover o tratamento das DCV são:



Programa Sumar²²: trata-se de uma política pública que promove acesso equitativo e de qualidade aos serviços de saúde para a população sem cobertura formal. Entre 2012 e 2015, a cobertura foi ampliada para incluir toda a população até 64 anos. Em 2020, foram incluídos idosos, alcançando cobertura universal.



Programa Remediar²³: este programa contribui para garantir acessibilidade e cobertura de medicamentos essenciais por meio da distribuição direta aos centros de saúde, proporcionando acesso gratuito a medicamentos.

Saúde da mulher

As estatísticas apontam que uma em cada três mulheres morre devido a doenças cardiovasculares e, no entanto, ainda há uma compreensão limitada dos riscos de doenças cardiovasculares nas mulheres, muito menos do que os riscos de algumas outras doenças (principalmente câncer de mama)²⁴. Além disso, as mulheres estão consistentemente subrepresentadas em todas as áreas da investigação médica, incluindo estudos laboratoriais, o que exerce um efeito negativo no tratamento de DCV.

Existem certos fatores de risco biológicos que são exclusivos das mulheres, como a menopausa precoce (antes dos 40 ou 45 anos), complicações na gravidez, diabetes, parto prematuro ou abortos de repetição e doenças inflamatórias crônicas, como distúrbios reumatológicos que são mais predominantes em mulheres (por exemplo, artrite reumatóide, lúpus eritematoso sistêmico e outras colagenopatias) ou casos anteriores de câncer de mama.

A Sociedade Argentina de Cardiologia e a Fundação Cardiológica Argentina têm realizado ações de conscientização, já que a Sociedade Americana do Coração fez um apelo para apresentar assistência médica equitativa, promover conscientização e rever epidemiologia sobre DCV em mulheres. Com a aprovação da lei que declara o dia 9 de outubro como o Dia Nacional de Conscientização sobre Doenças Cardiovasculares na Mulher^{4,5}, a Argentina continuaria sua liderança na expansão dos direitos das mulheres à assistência médica.

No entanto, ainda existem obstáculos sociais, semelhantes àqueles da América Latina, que precisam ser abordados para que as mulheres possam priorizar sua saúde e se beneficiar dos tratamentos de DCV que serão desenvolvidos e oferecidos a elas.

Um dos maiores desafios sociais e sistêmicos que as mulheres enfrentam é a mudança do seu papel tradicional de serem somente, ou as principais, cuidadoras dos filhos e da casa. Cada vez mais, espera-se que as mulheres ainda cumpram os papéis tradicionais, ao mesmo tempo em que procuram emprego para atender às necessidades domésticas e familiares. A persistente desigualdade de renda intensifica ainda mais os desafios enfrentados pelas mulheres no país. Segundo relatório do INDEC de 2020, a renda média das mulheres era 24% inferior à renda média dos homens. Isso é refletido no acesso desigual aos serviços de saúde, principalmente para mulheres de baixa renda que muitas vezes não são priorizadas quando se trata de despesas de saúde. Este cenário cria um grave risco de burnout e desenvolvimento de problemas de saúde que não podem ser tratados de forma eficaz devido à acessibilidade e à tensão de equilibrar as responsabilidades domésticas, familiares e profissionais. Além disso, o diagnóstico tardio ou o diagnóstico incorreto pioram as condições de saúde, sendo o diagnóstico incorreto um obstáculo crítico, dado o treinamento limitado que os profissionais de saúde recebem sobre o diagnóstico de sintomas específicos de DCV em mulheres.

Metas para os próximos 5 anos

As principais áreas a serem abordadas nos próximos cinco anos na Argentina, considerando o atual cenário e as ações recomendadas para gerar um impacto de curto e médio prazo no tratamento de DCV, estão resumidas na tabela abaixo:

Principais áreas de foco	Medidas necessárias
Gerar conscientização sobre DCV	Campanhas que visam aumentar a conscientização • Analisar os principais fatores de sucesso de campanhas de conscientização anteriores e avaliar a eficácia das iniciativas atuais para conscientização sobre DCV. • Incentivar campanhas sobre DCV e incluir avaliações de saúde durante eventos relacionados.
Aprimorar as políticas públicas sobre DCV, tornando-a principal tema de discussão pelo governo	Melhorar a eficácia das políticas públicas • Avaliar a eficácia das políticas e fazer os ajustes necessários com base nos resultados da avaliação. • Atuar com as partes interessadas para obter informações e feedback. • Desenvolver evidências para o governo sobre a situação real da DCV e a importância de aumentar a conscientização, bem como os futuros riscos de não atender este tema. • Atuar com os principais tomadores de decisão e partes interessadas para obter suporte à prevenção de DCV. • Colaborar com outras organizações que compartilham a mesma preocupação para criar uma voz mais forte.
TI e medicina inovadora	Coleta e análise de dados médicos • Estabelecer parcerias com indústrias médicas e de tecnologia para inserir novos produtos no mercado. • O governo fornece incentivos para investir em novas tecnologias e tratamentos médicos. • Incentivar a colaboração entre as principais partes interessadas.
Saúde da mulher	Mudar a visão das doenças nas mulheres • Aumentar a quantidade de pesquisas realizadas especificamente sobre mulheres, no que diz respeito a doenças e terapias. • Determinar os fatores subjacentes às doenças e o impacto dos determinantes sociais na saúde da mulher.



Conclusão

Nos cinco países analisados neste artigo, observam-se progressos notáveis no sentido de promover maior conscientização sobre doenças cardiovasculares (DCV), suas causas e melhorias nos métodos de prevenção e tratamento. No entanto, a dura realidade de que a DCV continua a ser uma das principais causas de mortalidade, embora amplamente evitável, evidencia a necessidade crítica de intensificar esforços em toda a região. Apesar dos avanços na promoção de mudanças no estilo de vida para mitigar os fatores de risco, na priorização das necessidades de assistência médica para cada sexo, no fortalecimento dos sistemas de saúde para um grupo demográfico em envelhecimento e na promoção de parcerias estratégicas dentro do ecossistema de saúde, as taxas persistentemente elevadas de mortalidade e de doenças para casos evitáveis ainda são impactantes.

A mentalidade e as crenças na cultura da América Latina posicionam as mulheres como estrutura fundamental das famílias, muitas vezes levando-as a priorizar o bem-estar dos seus entes queridos em detrimento da sua própria saúde. Apesar dos avanços significativos nos papéis das mulheres, incluindo o aumento da participação no mercado de trabalho e do nível de escolaridade, a dupla expectativa de administrar tanto as responsabilidades profissionais como as funções domésticas limita as suas oportunidades de assistência médica e autocuidado. As mulheres necessitam de maior apoio, que inclui o desenvolvimento de pesquisas e tratamentos para doenças cardiovasculares (DCV) que sejam adaptados especificamente às suas necessidades. Além disso, é crucial

instruir e capacitar as mulheres para que priorizem a sua saúde e tomem medidas proativas para manter um estilo de vida saudável.

É essencial abordar as causas raízes da equidade em saúde, visto que a saúde e o bem-estar de um indivíduo são profundamente influenciados pelas suas condições de vida. Isto inclui fatores como o ambiente físico, o acesso à água potável e aos serviços de saúde, a acessibilidade dos tratamentos médicos e a posição socioeconômica. Compreender e abordar determinantes sociais é fundamental para melhorar os resultados de saúde.

Impulsionar mudanças também depende fundamentalmente do investimento contínuo na infraestrutura de saúde preparada para o futuro. Isto significa incorporar tecnologia e informações, com base em uma estrutura regulatória robusta que salvaguarda a privacidade do paciente e, ao mesmo tempo, melhora a eficiência dos tratamentos.

Os investimentos em saúde, principalmente na melhoria dos cuidados para doenças cardiovasculares (DCV), devem ser avaliados não apenas considerando seus benefícios diretos para os pacientes, mas também seu impacto mais abrangente na sociedade.

É crucial ampliar as soluções bem-sucedidas de DCV, recrutar mais partes interessadas relevantes para estender o sucesso e, igualmente, deve-se avaliar rigorosamente o impacto destes investimentos para garantir que proporcionem valor tanto aos resultados de saúde individuais como ao bem-estar socioeconômico das comunidades.

Em suma, os desafios inerentes aos cinco países incluem desafios de financiamento governamental para saúde, baixa conscientização quanto aos fatores de risco de DCV (especialmente entre as mulheres e em grupos socioeconômicos desfavorecidos) e competição por iniciativas impactantes com diversas prioridades de outros países, tanto para a saúde (por exemplo, HIV, prevenção do suicídio) quanto para outras questões (por exemplo, alta inflação na Argentina, eleições, entre outros). Embora tenhamos maior compreensão das causas da mortalidade por DCV e da necessidade de prevenção primária e secundária, há também maior clareza sobre **“o que”** precisa ser feito – desde diretrizes (OMS) e ações abrangentes (por exemplo, OPAS). No entanto, os desafios continuam a ser **“como”** executar e, a esse respeito, observamos Parcerias Público-Privadas estratégicas, como a Athero e outras, em todos os países, apresentando uma oportunidade valiosa para fazer progressos reais por meio do envolvimento das principais partes interessadas de todo o ecossistema de saúde para fazer a diferença. Ao longo deste artigo, buscamos fundamentar a necessidade e inspirar o cultivo de uma liderança ecossistêmica sustentável e determinada em todos os cinco países, para promover ações coletivas destinadas a alcançar melhores resultados em termos de DCV para todos os indivíduos, incluindo as mulheres, os desfavorecidos e a população em geral, abrindo caminho para mudanças transformadoras.

Autores



Alexander Arias

Sócio
Life Science e Health Care, S-LATAM
alarias@deloittemx.com



Hanno Ronte

Sócio
Life Science e Health Care, Reino Unido
hronte@deloitte.co.uk



Luis Fernando Joaquim

Sócio
Life Science e Health Care, Brasil
ljoaquim@deloitte.com



Rekha Jacob

Gerente sênior
Life Science e Health Care, Suíça
rjjacob@deloitte.ch



Gabriela Valencia

Gerente
Life Science e Health Care, Brasil
gvalencia@deloitte.com



Luis Daniel Mendoza

Gerente
Life Science e Health Care, S-LATAM
luimendoza@deloittemx.com



Alberto Javier Pena

Consultor
Life Science e Health Care, S-LATAM
alpena@deloittemx.com

Referências

Introdução e Visão Geral

- 1 [Global Heart & Circulatory Diseases Factsheet](#)
- 2 [Global Heart & Circulatory Diseases Factsheet](#)
- 3 Copy Source from previous paper
- 4 INEGI,
- 5 INEGI, patients treated in Private Sector
- 6 Considering Chapter IX - Diseases of the circulatory system (I00-I99 ICD). Source: Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM/MS/SVS/CGIAE
- 7 Sistema de informações de beneficiários – SIB/ANS/MS
- 8 2022 Census – IBGE - The Brazilian Institute of Geography and Statistics
- 9 Considering hospitalizations of circulatory system surgery (I0406) subtracting deaths – Source: Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)
- 10 Source: Ministerio de Salud
- 11 Instituto Nacional de Estadísticas
- 12 Torres, V. (n.d.). Cuenta Pública Participativa '24 Superintendente de Salud.
- 13 Ministerio de Salud (MINSAL)
- 14 Ministerio de Salud República Argentina
- 15 Considering the numbers of Cobertura Pública Exclusiva from the report of the Ministerio de Salud
- 16 Dirección de Estadísticas e Información de la Salud
- 17 Strategic Public Private Partnerships – Health Systems Innovation Lab ([harvard.edu](#))
- 18 ATHERO, a heartfelt alliance for the lives of Colombians | El Bosque University ([unbosque.edu.co](#))
- 19 Cardiovascular health: How strategic PPPs can transform care | World Economic Forum ([weforum.org](#))
- 7 [Valor Compartido \(Ed.\). \(2023, October 17\). Alianza multisectorial se propone fomentar La Prevención de Enfermedades cardiovasculares. Valor Compartido.](#)
- 8 [PACO. \(2023\). Iluminación de los monumentos más emblemáticos de México, en el Marco del Día Mundial del Corazón, 2023. Pacientes de Corazón.](#)
- 9 [Mexico Country Outlook 2024 | Baker Institute](#)
- 10 [OECD. \(2023, November 7\). Health at a glance 2023 - OECD. OECD.](#)
- 11 [48.8% de los mexicanos sin seguridad social: Informe "Utilización de servicios de salud en México" de la ENSANUT 2022. Código F. \(2023, June 24\).](#)
- 12 [Saldívar, B. \(2021, August 6\). Sin Acceso a Servicios de Salud, 28.2% de la población en pandemia. El Economista.](#)
- 13 [Soto, D. \(2023a, August 10\). Coneval: Se Duplica La población sin acceso a salud y crece el rezago educativo. Expansión.](#)
- 14 [Tinoco Morales, O. \(2023, August 10\). Se duplicó El Número de Mexicanos sin acceso a la salud, según estudio de Coneval. infobae.](#)
- 15 [Centro de Investigación en Evaluación y Encuestas. \(2022\). Encuesta Nacional de Salud Y Nutrición. ENSANUT.](#)
- 16 [García, A. K. \(2023, April 3\). 5 gráficos sobre el acceso a la salud en México . El Economista.](#)
- 17 [Rojas, A. \(2023, August 1\). Acuden a Privados Ante La Tardanza de IMSS E ISSSTE. El Economista.](#)
- 18 [Campos-Nonato I, Galván-Valencia O, Hernández-Barrera L, Oviedo-Solís C, Barquera S. Prevalencia de obesidad y factores de riesgo asociados en adultos mexicanos: resultados de la Ensanut 2022. Salud Publica Mex. 2023;65\(supl 1\):S238-S247.](#)
- 19 [Mexico-2022-Scorecard.pdf \(world-heart-federation.org\)](#)
- 20 [Contreras, G. \(2023, September 8\). A la alza enfermedades cardíacas en México. Grupo Milenio.](#)
- 21 [Boletín de Prensa. \(2023, June 21\). IMSS lanza Triada por la Salud para prevenir enfermedades cardiovasculares y fomentar hábitos saludables en la mujer. IMSS.](#)
- 22 [Shamah-Levy T, Romero-Martínez M, Barrientos-Gutiérrez T, Cuevas-Nasu L, Bautista-Arredondo S, Colchero MA, Gaona-Pineda EB, Lazcano-Ponce E, Martínez-Barnette J, Alpuche-Arana C, Rivera-Dommarco J. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2021 sobre Covid-19. Resultados nacionales. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2022.](#)
- 23 [Redacción El Economista. \(2023, August 15\). Se Triplicó El Porcentaje de Mujeres sin acceso a servicios de salud. El Economista.](#)
- 24 [Natividad, A. \(2023, August 3\). ¿Todas las mexicanas tienen acceso a la salud?. IMCO.](#)

México

- 1 [INEGI \(Ed.\). \(2023, July 26\). ESTADÍSTICAS DE DEFUNCIONES REGISTRADAS \(EDR\) . INEGI.](#)
- 2 [Redacción Animal Político \(Ed.\). \(2023, September 29\). Animal político.](#)
- 3 [Secretaría de Salud. \(2023b, September 30\). Hasta 80% de decesos por enfermedades cardiovasculares son prevenibles: Hospital General de México. gob.mx.](#)
- 4 [Universidad de Guadalajara. \(2023, April 7\). Urge plan de acción de salud pública para prevenir enfermedades cardiovasculares en México. Gaceta UDG.](#)
- 5 [IMSS. \(2022, November\). Imss Ha atendido a más de 25 millones de varones; Servicios Integrales de prevenimss generan Conciencia del Autocuidado de la Salud en este sector." IMSS.](#)
- 6 [Barrera González, M. \(2023, October 11\). Coalición por el corazón de México promoverá La Salud cardiovascular. 88.9 Noticias.](#)

Colômbia

- 1 [Gómez, L. \(2023, September 29\). Colombia registró UN Aumento del 35% en muertes por enfermedades cardiovasculares Durante El último año. infobae.](#)
- 2 [Redacción Semana \(Ed.\). \(2023, October 15\). Los Colombianos mueren por enfermedades cardiovasculares, más que otras razones. Semana.com.](#)
- 3 [Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas – DANE \(2023\). Sistema de Estadísticas Vitales \(EEVV\)](#)
- 4 [Día Mundial del Corazón 2023. Cuenta de Alto Costo. \(2023, September 29\).](#)
- 5 [Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. \(2022, November 14\). En el día mundial de la diabetes: Minsalud Promueve prácticas de vida saludable. Ministerio de Salud y Protección Social.](#)
- 6 [Yulder Redex. \(2023, March 2\). Tres puntos claves para entender: ¿Por qué pesa tanto la obesidad en Colombia?.](#)
- 7 [Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. \(2023, September 29\). Minsalud conmemora El Día Mundial del Corazón. Ministerio de Salud y Protección Social.](#)
- 8 [Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. \(2020, May 25\). “Conoce tu riesgo”, la app de Minsalud para identificar posibles enfermedades. Ministerio de Salud y Protección Social.](#)
- 9 [Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. \(2023, September 29\). Minsalud conmemora El Día Mundial del Corazón. Ministerio de Salud y Protección Social.](#)
- 10 [Athero: La alianza que une vidas y Salva Los Corazones de Colombianos. El Tiempo. \(2023, October 5\).](#)
- 11 [Palacios, L. \(2023, May 23\). Salarios e Incentivos de los Médicos en Colombia, Perú y México. CONSULTORSALUD.](#)
- 12 [Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. \(2023, November 3\). Minsalud Avanza en la interoperabilidad de la historia clínica. Ministerio de Salud y Protección Social.](#)
- 13 [Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. \(2022, March 22\). Dos años de posicionamiento de la telemedicina en Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social.](#)
- 14 [Alvarado, L. \(2023, May 8\). Reforma a la salud 2023: Todo lo que deberías saber. Poliverso.](#)
- 15 [La reforma a la salud costará \\$929 mil millones en 2024, revela el Ministerio de Hacienda. Presidencia de la Republica. \(2023, November 29\).](#)
- 16 [Athero: Alianza Que Salva Los Corazones de los colombianos. CONSULTORSALUD. \(2023, September 28\).](#)
- 17 [Núñez, J. \(2023, March\). Logros en equidad del Sistema de Salud y la Reforma en Colombia. Fedesarrollo.](#)
- 18 [Denuncian retrasos en el inivia para obtener registros sanitarios de medicamentos Esenciales: ¿Qué está pasando?. Semana.com. \(2023, July 23\).](#)
- 19 [Editorial La República. \(2023, April 24\). Estas son Cuatro Razones Que explican El Fenómeno de la Escasez de Medicamentos. Diario La República.](#)
- 20 [Organización Panamericana de la Salud. \(2023, March 3\). Para una mayor efectividad y equidad: Una respuesta intersectorial para abordar las enfermedades no transmisibles desde los determinantes sociales de la salud. PAHO.](#)
- 21 [Figuerola Jaramillo, D. \(2023, June 26\). Mujeres, expuestas a males del corazón. El País.](#)
- 22 [Encuesta Nacional de Uso del Tiempo \(ENUT\). Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE. \(2022, November 4\).](#)
- 23 [Presidencia de la República. \(2022\). Características poblacionales de las mujeres en Colombia. Observatorio Colombiano de las Mujeres.](#)

Brasil

- 1 [Tayna Felicíssimo Gomes de Souza Bandeira, Gabriela Bittencourt Gonzalez Mosegui, Cid Manso de Mello Vianna, Alfonso Jesús Gil López. Estimated Loss of Productivity Attributed to Cardiovascular Diseases in South America. Arq. Bras. Cardiol. 121 \(3\) • 2024 •](#)
- 2 [Agência Brasil \(2023\) Internações por infarto aumentam mais de 150% no Brasil.](#)
- 3 [Agência Nacional de Saúde Suplementar \(ANS\). Mapa Assistencial da Saúde Suplementar 2013.](#)
- 4 [Agência Nacional de Saúde Suplementar \(ANS\). Mapa Assistencial da Saúde Suplementar ano-base 2022.](#)
- 5 [“Usar o coração para cada coração”: 29/9 – Dia Mundial do Coração | Biblioteca Virtual em Saúde MS \(saude.gov.br\)](#)
- 6 [Doenças do coração matam quase um terço dos brasileiros; estilo de vida é um dos fatores de risco | Saúde | G1\(globo.com\)](#)
- 7 [BRASIL. Lei Nº 14.717, DE 5 DE DEZEMBRO DE 2023. Institui o mês de setembro como o Mês de Conscientização sobre as Doenças Cardiovasculares.](#)
- 8 [Ministério da Saúde \(2022\). Estratégia de Saúde Cardiovascular define ações de prevenção de doenças e cuidados com o coração.](#)
- 9 [Ministério da Saúde \(2024\). Lei determina revisão anual dos valores de remuneração da tabela do SUS.](#)
- 10 [BRASIL. LEI Nº 14.320, DE 31 DE MARÇO DE 2022. Institui o Dia Nacional de Conscientização das Doenças Cardiovasculares na Mulher, a ser celebrado no dia 14 de maio.](#)
- 11 [CETIC.BR \(2022\). TIC Saúde 2022: 33% dos médicos e 26% dos enfermeiros no país atenderam pacientes por teleconsulta.](#)
- 12 [BRASIL. RESOLUÇÃO - RDC Nº 786, DE 5 DE MAIO DE 2023. Dispõe sobre os requisitos técnico-sanitários para o funcionamento de Laboratórios Clínicos, de Laboratórios de Anatomia Patológica e de outros Serviços que executam as atividades relacionadas aos Exames de Análises Clínicas \(EAC\) e dá outras providências.](#)
- 13 [Agência Nacional de Vigilância Sanitária \(ANVISA\) 2023. Anvisa esclarece dúvidas sobre realização de exames de análises clínicas em farmácias.](#)
- 14 [Ministério da Saúde. Linhas de Cuidado Secretaria de Atenção Primária.](#)
- 15 [Agência Nacional de Saúde Suplementar \(2024\). ANS lança manual sobre metodologia do monitoramento do Programa de Qualidade Hospitalar.](#)
- 16 [Ministério da Saúde \(2022\) Open Health: Ministério da Saúde atua para otimizar serviços de saúde no Brasil.](#)
- 17 [OPAS \(2022\). Iniciativa HEARTS nas Américas é reconhecida com importante prêmio na categoria de promoção em saúde cardiovascular.](#)
- 18 [Assembleia Legislativa Estado do Rio Grande do Sul \(2023\). Instalada Frente Parlamentar pelo Enfrentamento de Doenças do Cérebro e Cardiovasculares.](#)
- 19 [Câmara dos Deputados \(2023\). Lançadas frentes parlamentares católica, de combate ao câncer e às doenças cardiovasculares, e em prol da saúde.](#)
- 20 [BRASIL. LEI Nº 14.510, DE 27 DE DEZEMBRO DE 2022. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para autorizar e disciplinar a prática da telemedicina em todo o território nacional, e a Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015; e revoga a Lei nº 13.989, de 15 de abril de 2020.](#)
- 21 [Novartis e CONASEMS publicam impressões sobre manejo das doenças cardiovasculares no Brasil \(sindusfarma.org.br\)](#)
- 22 [Agência Nacioal de Saúde Suplementar \(2023\). TPS nº 02 - Linhas de Cuidado prioritárias na saúde suplementar.](#)
- 23 [Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística \(IBGE\). Projeção da População.](#)
- 24 [HCOR. CERCA DE 30% DOS CASOS DE INFARTO TÊM MULHERES COMO VÍTIMA.](#)

- 25 Jones SM, Weitlauf J, Danhauer SC, Qi L, Zaslavsky O, Wassertheil- Smoller S, et al. Prospective data From the Women's Health Initiative on depressive symptoms, stress, and inflammation. *J Health Psychol.* 2017;22(4):457-64. doi: 10.1177/1359105315603701.
- 26 American Heart Association (2022). Women ages 35 and younger are 44% more likely to have an ischemic stroke than male peers.
- 27 Movimento Mulher 360 (2023). No Brasil, burnout afeta mais mulheres e pessoas não-binárias.
- 28 David Weininger, Juan Pablo Cordova, Eelin Wilson, Dayana J Eslava, Carlos L Alviar, Aleksandr Korniyenko, Chirag Pankajkumar Bavishi, Mun K Hong, Amy Chorzempa, John Fox, and Jacqueline E Tamis-Holland. Delays to Hospital Presentation in Women and Men with ST-Segment Elevation Myocardial Infarction: A Multi-Center Analysis of Patients Hospitalized in New York City. *Ther Clin Risk Manag.* 2022; 18: 1–9. Published online 2022. doi: 10.2147/TCRM.S335219

Chile

- 1 Corporación ATEROS Chile. (n.d.). Aterosclerosis. ATEROS Chile.
- 2 Changes in food purchases after the Chilean policies on food labelling, marketing, and sales in schools: a before and after study.
- 3 INTA Universidad de Chile. (n.d.). Día Mundial de la obesidad. INTA.
- 4 Departamento de Epidemiología División de Planificación Sanitaria. Subsecretaría de Salud Pública Santiago. (2017). Encuesta Nacional de Salud 2016-2017 . MINSAL.
- 5 Ministerio de Salud. (n.d.). ECICEP. RedCronicas.
- 6 Asesor PSCV. (2023, August 31). Hearts, Sospecha de Hta y Seguimiento de PA. Programas de salud 2020 - 2024.
- 7 Sociedad Chilena de Cardiología y Cirugía Cardiovascular. (n.d.). Inicio - Sochicar. SOCHICAR.
- 8 Aceve. (n.d.). Asociación Chilena de Enfermedades cardiovasculares encefálicas. Aceve.
- 9 Olmos, R. (2023, April 12). La telemedicina Se Alza Como Herramienta clave del Ecosistema de Salud en Chile para masificar acceso a especialistas: Diario Financiero. DF.
- 10 Subsecretaría de Redes Asistenciales. (2018). Programa Nacional de Telesalud. MINSAL.
- 11 Superintendencia de Salud. (2023, March 17). Ley N° 21.541 - ley N° 21.541. Regulación. Superintendencia de Salud, Gobierno de Chile.
- 12 Torres, V. (n.d.). Cuenta Pública Participativa ´24. Superintendente de Salud.
- 13 OPS (Ed.). (2023a, March 24). En contexto de la reforma a la salud en Chile, municipios junto a Ministerio de Salud y OPS/ OMS trabajan para abordar condiciones saludables con equidad. OMS/PAHO I Organización Panamericana de la Salud.
- 14 FONSA. (2023, March 8). 8 de Marzo: Las mujeres constituyen el 52% de las personas usuarias de Fonasa. FONSA.
- 15 Peñafiel, E. (2023, March 6). Estadísticas de Género: Mujeres Tienen ingresos 18,9% menores que los hombres. Instituto Nacional de Estadísticas.
- 16 Varleta, P., Acevedo, M., Valentino, G., Brienza, S., & del Sueldo, M. (2022, August). Conciencia de enfermedad cardiovascular y conocimiento sobre factores de Riesgo y Prevención Cardiovascular: Resultados Chilenos de Encuesta Siac Cono Sur. Ministério da Saúde.
- 17 Clínica Alemana de Santiago. (2023, May 17). Mitos sobre el corazón y sus enfermedades. Clínica Alemana.
- 18 PAHO. HEARTS in Americas
- 19 (researchgate.net)

Argentina

- 1 Reducing heart attack mortality by 30% by 2030 in Argentina – World Heart Federation ([world-heart-federation.org](https://www.world-heart-federation.org))
- 2 Infobae. (2023b, October 3). Alertan sobre el aumento de las enfermedades cardíacas en América Latina. infobae.
- 3 Giunta G, Lavalle Cobo A, Brandani L, Lobo M, Forte E, Masson G, y cols. Consenso de Prevención Cardiovascular. (2023, July). Consenso de Prevención Cardiovascular. SAC.
- 4 CACI (Ed.). (2023, October 12). Proyecto de Ley Para Crear el Día Nacional de Concientización de la enfermedad cardiovascular en la mujer. CACI.
- 5 Comunicaciones SAC (Ed.). (2023, May 22). Proyecto de Ley 9 de octubre – Día Nacional de Concientización de la Enfermedad Cardiovascular en la Mujer. SAC.
- 6 H. Senado de la Nación. (2023, August 1). Se presentó proyecto sobre concientización de enfermedad cardiovascular en la mujer. Senado.
- 7 infobae. (2022, June 16). Los Pacientes de Mayor riesgo cardiovascular deben tener niveles más bajos de colesterol LDL Para evitar UN Infarto. Infobae.
- 8 Hershson, A. (2021, October). Hoja de ruta . SAC.
- 9 Giunta G, Lavalle Cobo A, Brandani L, Lobo M, Forte E, Masson G, y cols. Consenso de Prevención Cardiovascular. (2023, July). Consenso de Prevención Cardiovascular. SAC.
- 10 Gobierno de la Provincia de Salta. (2023, August 6). Salud Pública firmó un convenio con el laboratorio Novartis para optimizar el tratamiento cardiovascular.
- 11 Momarandu. (2022, August 17). Salud Pública firma convenio con laboratorio para optimizar el tratamiento cardio-vascular. Momarandu.
- 12 Consenso Salud . (2022, May 27). El Gobierno de Catamarca y novartis Argentina firmaron un Acuerdo. Consenso Salud.
- 13 El Ancasti. (2022, April 18). Catamarca Firmó Memorandum con novartis por la Prevención Cardiovascular. El Ancasti.
- 14 Salud Consolida el abordaje integral de la diabetes en la Argentina. Argentina. gob.ar. (2023b, November 14).
- 15 Portal Oficial del Concejo Deliberante Paraná. (2022, November 23). Se realizó una campaña de prevención de diabetes en el concejo Deliberante de Paraná. Concejo Deliberante Paraná.
- 16 Ministerio de Salud de la Nación. (2023). Guía de práctica clínica nacional sobre prevención cardiovascular. Argentina.gob.ar
- 17 Nievas, C. M., Moyano, D. L., & Gandini, J. B. (2021, June 28). Social and gender determinants related to health inequities in a community in Argentina. Revista de la Facultad de Ciencias Medicas (Cordoba, Argentina).
- 18 Paternó, M., Lafferriere, F., & Rodríguez, S. (2023). Estado de Salud y Acceso a la Atención Médica en la Argentina Urbana. Universidad Católica Argentina.
- 19 Gobierno de Argentina. (2020). Decreto 50/2019 y modificatorios. Gobierno de Argentina.
- 20 Ministerio de Salud (Ed.). (2022, September). Marco Normativo en Salud y la Agenda Legislativa. Ministerio de Salud Argentina.
- 21 Rotta Escalante, R., Fustinoni, O., Barone, M. E., Elli, J. R., & Martínez Perea, M. del C. (2023, January 1). Disparidades de Salud en el mundo real de los pacientes con esclerosis múltiple. Neurología Argentina.
- 22 Sumar. Argentina.gob.ar. (2023).
- 23 Remediar. Argentina.gob.ar. (2023).
- 24 Télam. (2023b, August 5). Seis mujeres mueren por hora en Argentina por enfermedades cardiovasculares: ¿cuáles son las causas?. Redacción.



A Deloitte refere-se a uma ou mais empresas da Deloitte Touche Tohmatsu Limited (“DTTL”), sua rede global de firmas-membro e suas entidades relacionadas (coletivamente, a “organização Deloitte”). A DTTL (também chamada de “Deloitte Global”) e cada uma de suas firmas-membro e entidades relacionadas são legalmente separadas e independentes, que não podem se obrigar ou se vincular a terceiros. A DTTL, cada firma-membro da DTTL e cada entidade relacionada são responsáveis apenas por seus próprios atos e omissões, e não entre si. A DTTL não fornece serviços para clientes. Por favor, consulte www.deloitte.com/about para saber mais.

A Deloitte é líder global de auditoria, consultoria empresarial, assessoria financeira, gestão de riscos, consultoria tributária e serviços correlatos. Nossa rede global de firmas-membro e entidades relacionadas, presente em mais de 150 países e territórios (coletivamente, a “organização Deloitte”), atende a quatro de cada cinco organizações listadas pela Fortune Global 500®. Saiba como os cerca de 457 mil profissionais da Deloitte impactam positivamente seus clientes em www.deloitte.com.

© 2024. Para mais informações, contate a Deloitte Global.