CÂMARA DOS DEPUTADOS

DEPARTAMENTO DE TAQUIGRAFIA, REVISÃO E REDAÇÃO

3 ª SESSÃO LEGISLATIVA ORDINÁRIA DA 57 ª LEGISLATURA

Comissão de Saúde
(AUDIÊNCIA PÚBLICA EXTRAORDINÁRIA (SEMIPRESENCIAL))

Em 2 de setembro de 2025
(terça-feira)

Às 17 horas

A SRA. PRESIDENTE (Silvia Cristina. Bloco/PP - RO) - Uma boa tarde a todos.

Declaro aberta a presente reunião.

Informo aos Srs. Parlamentares que esta reunião está sendo transmitida ao vivo pelo canal da Câmara dos Deputados no YouTube para ampliar a participação social por meio da interação digital.

Esclareço que, salvo manifestação explícita em contrário, a participação dos palestrantes na mesa de apresentação e debates deixa subentendida a autorização para publicação, por qualquer meio, em qualquer formato, inclusive mediante a transmissão ao vivo ou gravada, pela Internet e demais meios de comunicação desta Casa, por tempo indeterminado.

Os pronunciamentos e as imagens pertinentes à participação na audiência pública realizada nesta data estão de acordo com o art. 5º da Constituição Federal de 1988 e com a Lei nº 9.610, de 1998.

O registro de presença dos Parlamentares se dará tanto pela aposição da sua digital nos coletores existentes no plenário quanto pelo uso da palavra na plataforma de videoconferência.

As inscrições para uso da palavra serão feitas por meio do *menu* “Reações” do aplicativo Zoom ou por solicitação verbal do Parlamentar.

Esta reunião de audiência pública foi convocada nos termos do Requerimento nº 198, de 2025, da Comissão de Saúde, de minha autoria, Deputada Silvia Cristina, para debater o Setembro Vermelho — garantia de acesso às informações, ao diagnóstico e às tecnologias para o tratamento de doenças cardiovasculares.

A participação popular nesta reunião poderá ocorrer por meio da ferramenta “Debate Interativo”, disponível no *link* do evento na página da Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados na Internet, e as perguntas mais votadas e mais relevantes poderão ser selecionadas para ser respondidas pelos expositores.

Anuncio com muito prazer a presença dos convidados, os quais chamo para compor a Mesa: a nossa querida Presidente do Instituto Lado a Lado pela Vida, Marlene Oliveira *(palmas)*; a Coordenadora-Geral de Atenção Especializada do Ministério da Saúde, Sra. Carmen Cristina Moura dos Santos *(palmas)*.

Anuncio a participação virtual do Coordenador-Geral de Políticas de Envelhecimento Ativo e Saudável e Desenho Universal do Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania, Sr. Carlos Eduardo da Silva Santos; da médica especialista em hemodinâmica e cardiologia intervencionista e ex-Diretora de Incorporação de Novas Tecnologias da Sociedade Brasileira de Hemodinâmica e Cardiologia Intervencionista, Sra. Fernanda Marinho Mangione; da representante da Sociedade Brasileira de Cardiologia, Sra. Ana Paula Damiano; do médico cardiologista e intervencionista, Sr. Dr. Maurício Lopes Prudente; da representante da Diretoria de Qualidade Profissional da Sociedade Brasileira de Hemodinâmica e Cardiologia Intervencionista, Sra. Maria Sanali Moura de Oliveira Paiva; do professor livre-docente da Universidade de

São Paulo e supervisor do Serviço de Hemodinâmica e Cardiologia Intervencionista do Incor, Dr. Carlos Augusto Homem de Magalhães Campos, e do Diretor-Executivo do Incor, Dr. Fábio Nakandakare Kawamura — se errei, depois me corrija.

Comunico aos senhores membros desta Comissão que o tempo destinado ao convidado para fazer sua exposição será de 10 minutos, prorrogáveis a juízo desta Presidência, não podendo ele ser aparteado.

Os Deputados inscritos para interpelar os convidados poderão fazê-lo estritamente sobre o assunto da exposição, pelo prazo de 3 minutos, tendo o interpelado igual tempo para responder, facultadas as réplicas e tréplicas pelo mesmo prazo, não sendo permitido ao orador interpelar quaisquer dos presentes.

Damos início agora às exposições.

Passo a palavra, por até 10 minutos, com muito prazer, à Sra. Marlene Oliveira, Presidente do Instituto Lado a Lado pela Vida.

Quero convidar também o nosso bonitão Deputado Dr. Luiz Ovando para compor conosco esta Mesa bonita, em que só há mulheres. Tem que haver um homem bonito para esta Mesa ficar mais bonita.

Por favor, Dr. Luiz Ovando. *(Palmas.)*

Agora, sim. Até palmas V.Exa. recebeu, Deputado. Deus o abençoe. Muito obrigada pelo carinho e pelo trabalho relevante que faz no Brasil através do seu mandato pelo Mato Grosso do Sul.

Concedo a palavra à nossa querida Sra. Marlene Oliveira.

A SRA. MARLENE OLIVEIRA - Boa tarde a todos.

Primeiramente, eu queria agradecer à Deputada Silvia Cristina pelo convite e, em seu nome, saudar toda a Mesa, dizendo a todos que estou muito feliz de estar presente. Eu, que tenho uma jornada muito longa e árdua relacionada ao câncer, estou aqui para falar de doenças cardiovasculares.

Para quem não sabe, eu informo que já estou há mais de 3 anos conversando com a Deputada Silvia para ela assumir também essa bandeira das doenças cardiovasculares e estou muito feliz que este dia tenha chegado, Deputada Silvia.

(Segue-se exibição de imagens.)

O Instituto Lado a Lado pela Vida é uma instituição que existe há 17 anos e é focada nas duas principais causas de mortes: o câncer e as doenças cardiovasculares.

A nossa missão é orientar e educar pacientes, familiares e cuidadores sobre fatores de risco, prevenção e diagnóstico precoce de doenças crônicas como câncer e doenças cardiovasculares.

Para começar o nosso bate-papo, eu queria dizer o seguinte: saúde não é favor; é direito. Se nego isso, eu estou negando a dignidade do outro. Eu gostaria de começar com essa frase.

E agora chegamos às doenças cardiovasculares, que são a primeira causa de mortes no mundo.

Pergunto a vocês: até quando a gente vai continuar dizendo que ela é a primeira causa de mortes? O que nós, enquanto País, estamos fazendo com relação às doenças cardiovasculares?

Hoje, quatorze milhões de brasileiros têm doenças cardiovasculares.

Quatrocentos mil morrem a cada ano por causa dessas doenças.

Essas doenças são responsáveis por 30% de todas as mortes do País.

Sete em cada dez mortes são causadas por doenças cardiovasculares.

Apesar da importância da prevenção, 23% dos brasileiros não consultam um cardiologista.

E aqui chegamos ao coração da mulher.

Como está o coração da mulher? O coração feminino, Silvia, bate mais rápido do que o dos homens — isso a gente já sabe —, por vários motivos: possui massa menor e artérias mais estreitas, enquanto suas placas são menos calcificadas e mais moles.

Nas mulheres, os sinais e riscos das doenças cardiovasculares são diferentes e sutis. Nós, mulheres, somos acostumadas a conviver com dor, que podem ser sinais, e muitas vezes esses sinais são confundidos. Isso tem que ser um grande alerta. A gente tem que orientar as mulheres sobre a importância de não olharem só para o câncer de mama e de colo do útero, mas também para o coração.

O coração da mulher é diferente: 50% das mulheres sintomáticas têm algum tipo de disfunção microvascular.

E no que precisamos focar? Com relação às doenças cardiovasculares, diferentemente do câncer, nós temos que focar na hipertensão, no colesterol.

Se hoje o País tiver uma política focada em hipertensão e colesterol, a gente começa a discutir um pouco a diminuição dessas *causas mortis*. Muitas *causas mortis* estão relacionadas à hipertensão e ao colesterol.

No rol de doenças cardíacas, nós temos: AVC, insuficiência cardíaca, infarto, cardiomiopatia, que hoje começa a ser muito falada — é preciso morrer um atleta para a gente entender o que é uma cardiomiopatia. A população precisa começar a conhecer a cardiomiopatia.

E há várias outras doenças cardíacas. Nesse sentido, é preciso fazer os recortes necessários, que são as linhas de cuidado para cada uma dessas doenças — que são diferentes daquelas do câncer, eu insisto —, entender e atuar na jornada do paciente desde a prevenção até a reabilitação.

A Deputada Silvia conhece muito bem a importância de se ter um centro de reabilitação, e não só para o paciente oncológico. O paciente cardiovascular também necessita de reabilitação, que muitas vezes é uma reabilitação muito mais intensa do que a do próprio paciente oncológico. Por isso a importância dos dados no controle das doenças do coração.

O Instituto Lado a Lado participou de um estudo internacional em que, junto com pacientes dos Estados Unidos e da Austrália, nós conseguimos incluir pacientes brasileiros. Esse estudo foi focado no colesterol, e foi muito interessante ver a diferença entre esses pacientes.

Eu trouxe aqui um pouquinho dos dados dessa pesquisa: 60% dos pacientes nunca fumaram; 47% tiveram algum evento relacionado a doenças cardiovasculares, como um acidente vascular cerebral, 13% tiveram infarto do miocárdio, doença arterial periférica, angina, e foram diagnosticados com alguma comorbidade — a gente sempre tem que discutir as comorbidades, entre as quais temos 13% de diabetes e 80% de pressão alta.

Agora, no Setembro Vermelho, a gente precisa reforçar essas mensagens.

Eu trouxe as conclusões desse estudo, que foram: as barreiras à adesão à medicação e os obstáculos à mudança do estilo de vida incluem prioridades conflitantes.

Sobre as barreiras, na oncologia, por exemplo, a gente fica falando de drogas de altíssimo custo. Na doença cardiovascular, não há essa barreira, já que a gente fala de medicações a que o paciente tem acesso no Farmácia Popular — ao menos a várias delas.

Com relação a esse estudo, a gente trouxe ainda algumas informações. Esses pacientes citam muito a diferença entre serem atendidos pelo sistema privado e pelo sistema público. Eles trouxeram essa informação que todos nós já sabemos, não da dificuldade do acesso, mas da dificuldade de entendimento dos sintomas que estavam tendo. E sintoma não é começo, é sinal de que continuamos cada vez chegando mais tarde. Nas doenças cardiovasculares, a atenção primária é fundamental na orientação, no diagnóstico, no acompanhamento e para não perder este paciente no sistema, porque depois ele volta para a atenção primária.

Diagnóstico e adesão ao tratamento e controle dessas doenças devem ser o foco das políticas públicas, ou iremos repetir que essa é a principal causa de mortes no mundo para sempre se não tomarmos uma atitude.

Ainda temos outro desafio. Os pacientes cardiovasculares não se identificam como pacientes, são diferentes do paciente oncológico. O paciente oncológico tem o sentido de urgência; o paciente cardiopata não. E, com isso, ele precisa entender o que é uma doença crônica, que ele tem que tomar medicação, algumas podem ser para sempre, e ele não aceita isso. Depois de ter um infarto, ele volta para a sociedade recuperado e acha que não tem de fazer o acompanhamento.

O Instituto Lado a Lado pela Vida, desde 2014, atua no combate às doenças cardiovasculares, fazendo ações de rua e eventos, participando de audiências. No entanto, isso ainda é muito pouco. Deputada Silvia Cristina, precisamos que esta Casa faça como V.Exas. fizeram com o câncer. Precisamos não de uma política rasa, mas de uma política que foque nas linhas de cuidado.

Esta é a campanha que o Instituto Lado a Lado lançou agora, no Setembro Vermelho. Nós trouxemos como personagem o Homem de Lata, que diz: *"Eu vivo sem um coração. Quem tem, precisa cuidar"*. Essa é a nossa mensagem da campanha.

Repetimos que o Brasil precisa definir urgentemente uma política nacional de combate e controle das doenças cardiovasculares, que foque e coloque o paciente no centro do cuidado; organizar a rede, desde a atenção primária, a média e alta complexidade. Vemos que, na alta complexidade, o atendimento para AVC e infarto funciona até um pedaço do caminho. Por isso, precisamos que a atenção primária entre e seja capacitada para receber esse paciente.

O controle das doenças cardiovasculares não é apenas uma prioridade em saúde; é uma urgência estratégica para garantir um futuro em que não percamos tantas vidas como perdemos.

Eu lembro que a minha avó dizia assim: *"Morrer do coração é nobre. O João, o vizinho, morreu dormindo. Ele não sentiu nada"*. Eu acho que esse tipo de mensagem não podemos ter em relação às doenças cardiovasculares. As pessoas precisam entender que essa é uma doença silenciosa, que precisa ser controlada. Cada vez mais, temos que informar e orientar a nossa população. Agradeço o convite para participar desta importante audiência pública. E espero que esta Casa traga mais essa discussão para cá, porque não dá para perdermos tantos pacientes com doenças cardiovasculares, sem termos uma política efetiva. A Dra. Mangione vai falar que hoje, na fila do Incor, vários pacientes estão aguardando uma válvula cardíaca. Isso não é só no Incor, é no País inteiro, e não podemos aceitar.

Agradeço e estou à disposição.

Muito obrigada.

A SRA. PRESIDENTE (Silvia Cristina. Bloco/PP - RO) - Nós é que agradecemos. Muito obrigada, Marlene, uma grande amiga, uma pessoa que tem levado muito a sério a questão da saúde.

Inclusive, posso falar por mim mesma, porque sou hipertensa. A política me fez esse favor. Quando eu me tornei Vereadora, no primeiro ano, passei tanta raiva que descobri que eu era hipertensa. Isso é algo que pode nos matar precocemente. E nós sabemos que as doenças cardiovasculares são as que mais matam no Brasil, uma média de 400 mil pessoas. Então, é muita gente.

Além de políticas públicas que nós queremos cada vez mais desenvolver, mais uma vez os orientamos a ter uma vida saudável, hábitos saudáveis, o que temos de ter cotidianamente.

Quero convidar a fazer uso da palavra a Sra. Fernanda Mangione, médica especialista em Hemodinâmica e Cardiologia Intervencionista e ex-Diretora de Incorporação de Novas Tecnologias da Sociedade Brasileira de Hemodinâmica e Cardiologia Intervencionista, por 10 minutos.

Obrigada, Dra. Fernanda, pela sua participação. Fique à vontade.

A SRA. FERNANDA MARINHO MANGIONE - Obrigada, Deputada. Inicialmente, parabéns pela iniciativa tão nobre!

Como a Marlene já facilitou bastante o meu trabalho, vou falar um pouquinho sobre as doenças cardíacas estruturais.

Como eu disse, a Marlene já abordou o tema de maneira mais geral, e a gente conhece muito bem o infarto, as doenças das artérias do coração, do músculo cardíaco, mas pouco se fala sobre as doenças das válvulas cardíacas.

O que são as válvulas cardíacas? As válvulas funcionam como portas entre as próprias câmaras cardíacas e entre o coração e as artérias do pulmão e a artéria aorta, que vai levar o sangue oxigenado para todo o corpo. Elas se abrem para que o sangue passe e se fecham para que o sangue não volte no sentido contrário.

Existem dois tipos de alterações que podem existir nas válvulas: uma obstrução, que a gente chama de estenose; ou quando este fluxo vem para o sentido oposto, o que a gente chama de insuficiência.

Para a gente ter uma noção da importância dessas doenças, principalmente nos pacientes idosos, mostro para os senhores que as doenças da válvula mitral podem acometer até 10% dos pacientes acima de 75 anos e as da válvula aórtica, até 5% dos pacientes. São doenças de extrema prevalência na população mais idosa. E nós sabemos muito bem que a nossa população vem envelhecendo cada vez mais.

As principais causas são: congênitas; existia também uma incidência muito grande em função da febre reumática, de doença de infecção de garganta, que acometia as válvulas, mas, graças a Deus, isso tem diminuído muito; e degenerativas.

E hoje eu vou abordar mais as doenças degenerativas, que são as doenças no idoso. Só para entendermos e também para compartilhar junto com a Marlene, os fatores de risco são os mesmos que causam o infarto. Então, temos que atuar nos mesmos fatores, na hipertensão, no diabetes, no tabagismo, no sedentarismo, na dislipidemia, porque, assim, tratamos mais de uma doença cardíaca.

Para entendermos um pouquinho, vou mostrar esses dados do Brasil. Segundo as estatísticas, de 1990 a 2019, só a estenose aórtica, que é a doença que eu vou abordar prioritariamente, teve um aumento de 200% na incidência. As doenças valvares ocupavam, em 2017, a nona posição entre as causas de morte no Brasil. Então, vejam a importância dessas doenças. Com isso, acaba tendo uma sobrecarga crescente o sistema de saúde, o que exige ações específicas para que se consiga minimizar esses impactos.

Eu vou abordar principalmente a estenose aórtica, que é a lesão valvar primária mais comum que requer intervenção nos países desenvolvidos. E por que eu acho que a estenose aórtica é tão importante? Porque essa é uma doença que mata muito quando não tratada, mas, quando o paciente é tratado, a sobrevida é igual à do paciente que não teve a doença. O tratamento da estenose aórtica efetivo é a substituição da válvula, ou por cirurgia cardíaca convencional, ou por tratamentos

minimamente invasivos, como o Tavi, que é o tratamento transcateter. Vejam que a sobrevida desses pacientes que não são tratados apresenta uma queda importante. Quando os pacientes são tratados, ela volta a ser praticamente normal.

Então, a gente não pode esperar até ser tarde demais. Após o início dos sintomas, 50% desses pacientes estarão mortos em 2 anos. A mortalidade é assustadora. Se já houver um dano irreversível para o coração, aumentam as admissões hospitalares, aumenta a mortalidade, como eu demonstrei, e ocorre um impacto muito grande na questão financeira, um aumento importante dos custos relacionados a essas internações e complicações.

E do que nós precisamos? Precisamos de uma conscientização tanto da população quanto dos médicos, para que haja um diagnóstico precoce dessas doenças. O diagnóstico é feito de uma forma completamente simples, que nada mais exige do que um estetoscópio. O médico precisa examinar esse paciente. O paciente precisa solicitar que o médico o examine, porque, hoje em dia, vemos essa medicina *on-line*, e, às vezes, os médicos passam 5 minutos com o paciente. Ao auscultarmos um sopro cardíaco, pedimos um ecocardiograma, e, assim, temos um diagnóstico preciso do problema da válvula desse paciente.

Vamos entender qual é a situação no Brasil. Como mostrei para vocês, há um aumento expressivo na incidência dessas doenças valvares, porém o tratamento não acompanhou esse aumento. Nós vemos aqui que as cirurgias da válvula aórtica, de 2008 a 2019, permanecem estáveis. Portanto, houve o aumento da doença, mas não houve o aumento do tratamento. E, quando falamos de infarto, que é uma doença muito conhecida por todo mundo, vemos que a cirurgia ficou, mais ou menos, parecida, mas vejam o que acontece com os tratamentos minimamente invasivos, que são o cateterismo, a angioplastia. Observamos o crescimento exponencial dessas terapêuticas minimamente invasivas, que eu acho que não são nem mais o futuro, e sim o presente. Já nas doenças valvares, não vemos essa tendência.

Para vocês terem uma noção, na Alemanha, em 2017, 34 mil pacientes receberam tratamento para válvula aórtica, com cirurgia ou com Tavi. Nós temos três vezes mais o tamanho da população da Alemanha, mais ou menos. Então, tínhamos uma expectativa de que aproximadamente 100 mil pacientes fossem elegíveis para o tratamento. E olhem os nossos dados como são tristes. Em 2018, foram feitas 7.500 cirurgias, que incluíram tanto a doença da válvula mitral quanto a doença da válvula aórtica. Dos 100 mil pacientes com estenose aórtica, tratamos 7.500 pacientes, incluindo os que tinham problema na válvula mitral também. Sem dúvida alguma, esses pacientes são subdiagnosticados e subtratados. Além disso, houve uma redução dos gastos com a doença valvar, tanto para internações quanto para o tratamento invasivo, intervencionista.

Então, é preciso que sejam feitas discussões para que haja uma revisão orçamentária e é preciso que se evite o adiamento ou a restrição de procedimentos cirúrgicos ou intervencionistas.

Como a Marlene bem pontuou, as filas de espera para as cirurgias são enormes. Sabemos que uma cirurgia cardíaca exige um tempo de internação muito prolongado desses pacientes, de 1 semana, 10 dias. Se passarmos para tratamentos minimamente invasivos, conseguiremos otimizar o andamento dessas filas enormes, porque os nossos pacientes que recebem tratamentos minimamente invasivos ficam, em média, 2 dias apenas no hospital.

Aqui eu mostro para vocês como é uma cirurgia tradicional de troca de válvula aórtica, com abertura do peito, abertura do coração, circulação extracorpórea. Sabemos que os pacientes idosos toleram muito mal esse tipo de tratamento e que há uma alta mortalidade nessa população, que gira em torno de 5% até 12%, intra-hospitalar, principalmente em centros de menor volume. E mostro para os senhores as técnicas minimamente invasivas de que dispomos hoje em dia. Este é o tratamento que chamamos de Tavi, implante transcateter de válvula aorta, que executamos com o coração batendo e uma sedação mínima. Fazemos uma punção na virilha, e a válvula começa a funcionar já imediatamente. Esse procedimento leva em torno de 40 minutos, e fica essa pequena cicatriz.

Já temos evidência científica robusta na literatura dos benefícios dessa técnica, em relação à cirurgia cardíaca convencional, nos pacientes idosos, com melhores resultados e menores taxas de complicação. Nas nossas diretrizes, esse tratamento para pacientes idosos é preconizado em pacientes de moderado e alto risco cirúrgico, com a mesma evidência científica de recomendação para pacientes de baixo risco.

Para concluir, eu queria chamar mais uma vez a atenção para o fato de que precisamos diagnosticar mais e tratar mais as doenças valvares no Brasil. É mandatório que tenhamos um programa de conscientização e prevenção dessas doenças. Precisamos também lutar para que haja a efetiva disponibilização desses tratamentos minimamente invasivos no SUS, com valor justo. Isso porque, hoje em dia, temos esses tratamentos incluídos na Conitec para pacientes inoperáveis, mas poucos centros conseguem executá-los, porque o valor pago não é compatível com o valor do procedimento. E estamos buscando agora ampliar as indicações na ANS, porque mesmo os pacientes que têm planos de saúde não conseguem, hoje em dia, seguir as diretrizes e receber tratamentos menos invasivos adequadamente.

Fico à disposição também para perguntas e discussões.

Muito obrigada.

A SRA. PRESIDENTE (Silvia Cristina. Bloco/PP - RO) - Muito obrigada, doutora. A gente é que agradece.

Vou passar a palavra para o Sr. Carlos Eduardo da Silva Santos, Coordenador-Geral de Políticas de Envelhecimento Ativo e Saudável e Desenho Universal do Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania, por 10 minutos.

O SR. CARLOS EDUARDO DA SILVA SANTOS - Olá! Boa tarde. Eu não estou conseguindo ativar a minha câmera aqui. Peço só um segundinho.

A SRA. PRESIDENTE (Silvia Cristina. Bloco/PP - RO) - Já vamos ver o senhor e saber se é bonitão mesmo. Só um minutinho. *(Risos.)*

O SR. CARLOS EDUARDO DA SILVA SANTOS - Problemas técnicos acontecem.

A SRA. PRESIDENTE (Silvia Cristina. Bloco/PP - RO) - É claro, é claro. O senhor tem um compromisso daqui a pouco e nós precisamos ouvi-lo. Além disso, queremos saber se o senhor é bonito mesmo. Só um minutinho, porque nós já estamos ajeitando aqui.

Inclusive, daqui a pouquinho, eu já quero passar a Presidência para o nosso querido — esse é o mais bonito — Dr. Luiz Ovando, nosso Deputado do Mato Grosso do Sul, porque eu tenho de ir a uma reunião, mas eu volto. Pode ser, doutor?

O SR. DR. LUIZ OVANDO (Bloco/PP - MS) - Pode. Eu vou acreditar, viu? *(Risos.)*

A SRA. PRESIDENTE (Silvia Cristina. Bloco/PP - RO) - Nessa vida tão corrida, se a gente não brincar... É claro que levamos o debate a sério, pois temos tantos bons participantes, tantos bons oradores e a presença do nosso Ministério da Saúde. Eu estava lá há poucos instantes. Na verdade, eu vivo mais no Ministério da Saúde do que aqui na Câmara. Então, isso é sempre muito bom.

Agora eu vi a imagem.

O SR. CARLOS EDUARDO DA SILVA SANTOS - Agora deu certo. *(Risos.)*

A SRA. PRESIDENTE (Silvia Cristina. Bloco/PP - RO) - Tudo bem, Carlos?

O SR. CARLOS EDUARDO DA SILVA SANTOS - Tudo ótimo, Deputada.

A SRA. PRESIDENTE (Silvia Cristina. Bloco/PP - RO) - Muito obrigada. Fique à vontade, queridão.

O SR. CARLOS EDUARDO DA SILVA SANTOS - Muito obrigado.

Boa tarde a todas as pessoas presentes.

Eu gostaria de cumprimentar a Mesa, os demais colegas aqui, na pessoa da Deputada Silvia, e também as possíveis pessoas idosas que estejam na sala. Eu não as vejo, mas agradeço a participação e o acolhimento aqui.

Fazendo uma breve audiodescrição, caso haja alguma pessoa com limitação visual, eu sou um homem branco, estou sentado, visto um *blazer* preto, uma blusa azul-marinho, quase da cor do *blazer* também, e atrás de mim há um fundo branco. Uso óculos de armação escura, tenho barba e cabelos pretos.

A minha fala será breve. Como a Deputada ressaltou, eu tenho uma agenda próxima. Então, infelizmente, não vou poder ficar aqui, mas eu estava adorando ver os debates que trouxeram até agora, principalmente sobre essa parte da saúde, da biologia do corpo, que acho interessantíssimo. E precisamos também falar um pouquinho de direitos humanos e de como debatemos isso relacionando com a questão da pessoa idosa, que é o local de onde eu falo, da Secretaria Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa.

É importante ressaltar que a temática das doenças cardiovasculares não é recente na agenda pública. Nós iniciamos esse debate lá na 7ª Conferência Nacional de Saúde, em 1980. E o que percebemos, e a colega que me antecedeu trouxe isso claramente, é que não houve avanço *pari passu* com o adoecimento da população. Então, ainda temos essa deficiência.

Pensando a pessoa idosa nesse cenário, precisamos compreender que hoje temos um processo de envelhecimento cada dia mais acelerado. Hoje já passamos de 35 milhões de pessoas idosas no País e, em breve, teremos mais pessoas idosas do que pessoas jovens. Sabemos que na população idosa há predominância maior de doença vascular e precisamos olhar para isso — e o Setembro Vermelho nos traz essa oportunidade — a partir de diferentes perspectivas. E por que de diferentes pontos de vista? Porque o envelhecimento não é hegemônico, não é homogêneo, muito pelo contrário. As pessoas envelhecem de formas diferentes, com recortes diferentes. Então, uma pessoa com um recorte de renda específico vai ter condições de saúde melhor do que a população mais empobrecida. Temos esse marcador se estendendo às desigualdades raciais, sociais e assim por diante, assim como às desigualdades de gênero.

Precisamos pautar alguns pontos em que as políticas de saúde conseguiram avançar, mas que ainda não chegaram a uma totalidade, que é principalmente a extensão das ações de saúde através de serviços básicos já existentes.

Nós temos a atenção primária em saúde. Na Conferência de Saúde, de 1980, já se dizia que as doenças cardiovasculares precisam ser tratadas na perspectiva da prevenção, principalmente. São doenças, muitas vezes, silenciosas, doenças que não vemos chegar, que só vemos o efeito porque não as tratamos. Então, precisamos trabalhar ações de prevenção articuladas à atenção primária em saúde, pensando isso de forma descentralizada por todo o Brasil, e também fortalecer os serviços integrados dentro da atenção primária.

Veja, em muitos casos, não costumamos relacionar problemas cardíacos, problemas vasculares com questões relacionadas ao ambiente social daquela pessoa. Hoje já sabemos que, se o ambiente, a alimentação, as questões de renda e gênero interferem na saúde da pessoa, as políticas públicas que tratam de saúde vascular também precisam ter essa atenção quando falamos de processo de envelhecimento. E já temos isso previsto na Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, que busca atenção integral e integrada para a saúde da pessoa idosa. Então, já temos de onde partir. Não precisamos recriar a roda, reinventá-la.

Também precisamos centralizar essas disparidades do processo de envelhecer a partir de um cenário de vulnerabilidade. Sabemos, por exemplo, que a população negra hoje tem maior propensão a desenvolver doenças cardiovasculares, seja pelo não acesso à saúde, seja por questões genéticas. Sabemos que existe essa situação. Então, como vamos trabalhar isso hoje, pensar a saúde vascular da população, considerando que o Brasil é um país majoritariamente negro, sem considerar que as pessoas negras estão envelhecendo sem o devido cuidado em saúde e, por consequência disso, acabam desenvolvendo problemas em sua saúde vascular? Há fatores que precisam ser pensados para ações de fortalecimento da prevenção de doenças vasculares e para o devido tratamento antes do agravo dessas doenças.

Outro ponto importante, antes de finalizar: precisamos investir — e eu acho que o instituto que primeiro falou traz uma ação muito importante — em ações voltadas para as doenças cardiovasculares não tenham publicidade apenas no Setembro Vermelho. Precisamos nos colocar dispostos a promover ações que falem da saúde vascular, que é um dos maiores problemas de comorbidade em pessoas idosas, em todos os espaços onde essas pessoas estão inseridas, com uma linguagem acessível, com uma linguagem que chegue a essa população, com métodos e metodologias simples.

Hoje mais de 40% da população idosa é analfabeta. Precisamos ter uma comunicação com essas pessoas, considerando as suas particularidades regionais, históricas e culturais. Precisamos dialogar com elas por meio de ações de prevenção, utilizando as políticas públicas que já existem no nosso sistema de proteção social.

Na Secretaria Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa, temos o Projeto Vida Digna em Casa, voltado para atender a população acamada e domiciliada. Hoje nós estamos testando esse projeto no Estado do Rio Grande do Norte. Ele também realiza ações de extensão que focam o atendimento qualificado dos profissionais do SUS e do Suas para atender a pessoas idosas. Então, podemos inserir esse debate na agenda pública através das ações que promovemos aqui na Secretaria Nacional.

Destaco que a saúde vascular precisa ser tratada já na fase de prevenção. É preciso que haja a promoção do envelhecimento saudável a partir de lógicas de prevenção também, não só de remediação e tratamento. Podemos estimular hoje essa população que está envelhecendo a cuidar da sua saúde vascular, cuidar da sua saúde cardíaca, com qualidade.

Considerando a dimensão que o Brasil tem, uma dimensão quase continental, como é cuidar do coração e da saúde vascular de pessoas no Marajó? Como é cuidar do coração de pessoas em uma aldeia indígena em Mato Grosso do Sul? Precisamos compreender essas pluralidades e fazer com que as políticas específicas para essas populações também incluam a saúde vascular como prioridade.

Coloco a Secretaria Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa à disposição para o que for necessário. Parabenizo novamente a Deputada Silvia por promover este debate e parabenizo os demais colegas que estão aqui presentes.

Ressalto esta frase de Simone de Beauvoir: *"Viver é envelhecer, nada mais"*. E, para envelhecermos, precisamos de saúde. Precisamos que as ações de saúde — a ausência de saúde vascular afeta muito, principalmente, a pessoa idosa — estejam cada vez mais presentes nos territórios e garantam, de fato, um envelhecimento digno, saudável, o que é direito da nossa população.

Eu me despeço. Deixo o meu abraço a todos da Mesa.

A Secretaria Nacional está à disposição para o que for necessário.

Muito obrigado.

Uma ótima tarde.

O SR. PRESIDENTE (Dr. Luiz Ovando. Bloco/PP - MS) - Dr. Carlos Eduardo, muito obrigado pela sua participação.

Convido a usar da palavra o Dr. Maurício Prudente, médico cardiologista e intervencionista, para que faça a sua apresentação. Dispõe de 10 minutos.

O SR. MAURÍCIO LOPES PRUDENTE - Boa tarde a todos — já é quase noite.

Ao saudar o Deputado Dr. Luiz Ovando, eu saúdo os demais integrantes da Mesa, meus colegas aqui presentes, cardiologistas, intervencionistas, e os que nos assistem.

Eu acho que poderia começar minha fala apresentando uma noção do que são essas 400 mil mortes por ano. Citamos esse número, e alguns, talvez a maioria, não têm uma dimensão do que sejam 400 mil mortes por ano. Nós estamos falando, aproximadamente, de seis estádios do Maracanã lotados de pessoas que, por ano, morrem em decorrência de doenças cardiovasculares. Outro dado que pode nos dar uma noção do que são essas 400 mil mortes é um que se refere aos dois piores anos da pandemia de Covid-19, os anos de 2020 e 2021, em que houve mais de 600 mil mortes por causa dessa doença. Isso causou uma comoção global.

E por que essas 400 mil mortes em 1 ano não causam tanta comoção? É para falar sobre isso que estamos aqui hoje. É preciso que se tenha noção do tamanho do estrago que pode causar a doença cardiovascular. Se considerarmos não só essas 400 mil mortes, como foi dito aqui, mas também os 15 milhões de portadores de doença cardiovascular, levando-se em conta uma média de quatro pessoas por família, o número é de mais de 60 milhões de pessoas impactadas por doenças cardiovasculares no Brasil.

Não estamos nos referindo só a morte. A Dra. Fernanda Mangione mostrou muito bem o gráfico que indica elevação quase exponencial do número de internações por insuficiência cardíaca. Então, além dos 400 mil que perderam a vida, existem pessoas, em número dez vezes maior, que estão inabilitadas, dependem do cuidado de alguém. Aqui se falou especialmente da condição de idosos.

Portanto, o impacto das doenças cardiovasculares é gigantesco, e às vezes, como se ressaltou muito bem, para a prevenção, não voltamos o olhar para o diagnóstico precoce, para um exame físico com uso de estetoscópio, conforme bem disse a Dra. Mangione. Uma vez diagnosticada precocemente, a doença pode ser tratada, algumas dessas mortes podem ser evitadas, e de maneira até mais barata.

Podemos considerar também o lado econômico. Já foi dito que mais de 15 milhões de pessoas estão inativas, improdutivas, por conta de doença cardiovascular. Se incluirmos o AVC, acidente vascular cerebral, que é uma tragédia familiar, que retira a pessoa do convívio social, do trabalho, do seu estado produtivo, e às vezes a pessoa ainda é muito jovem, se considerarmos isso, vamos perceber que o impacto econômico que essas doenças têm é certamente muito maior do que o investimento que o País deixa de fazer em prevenção, diagnóstico e tratamento das doenças cardiovasculares.

Eu acho interessante pensarmos também nessa questão econômica. Meus colegas já disseram, a Dra. Fernanda levantou muito bem a questão biológica, mas acho que é interessante, nesta audiência, pensarmos economicamente. Vemos inúmeros programas dos Governos Federal, Estaduais e Municipais sobre desenvolvimento. Nós nos acostumamos a mencionar o PAC — Programa de Aceleração do Crescimento. E falo de maneira totalmente apartidária. Por que o nosso País não faz programas de aceleração de investimento em saúde? Não estou me referindo a novas construções, a novos prédios de hospitais. Não, estou me referindo a melhor funcionamento desses hospitais, redução da brutal ociosidade que muitas vezes existe, principalmente na rede privada.

Qual é a dificuldade que teríamos de unir o público ao privado? Por que o Brasil tem tanta dificuldade de unir o público ao privado para acabar com essa ociosidade e oferecer aos menos favorecidos aquilo que oferecemos à população que tem plano de saúde privado?

Nós sabemos que, hoje, o número de brasileiros que têm plano de saúde privado não passa de 60 milhões. Acho que a última estatística indicou algo por volta de 53 milhões. Estamos dizendo que um número de pessoas quase quatro vezes maior que esse não tem plano privado de saúde e depende exclusivamente do Sistema Único de Saúde.

Então, o que podemos fazer? Nós médicos, a nossa sociedade de especialidade, Deputados, Senadores, Governos, nas suas três instâncias, o que podemos fazer para minimizar esse abismo que separa o público do privado?

Os colegas que estão aqui comigo hoje, a Dra. Fernanda, a Dra. Sanali, o Dr. Carlos Campos, todos trabalham em serviços públicos e privados. Eu tenho certeza de que eles podem confirmar o que vou dizer a vocês: o paciente do serviço público é muito mais doente, muito mais grave, muito mais complexo e muito mais caro. Por quê? Porque ele só chega ali para se submeter ao nosso cuidado numa situação crítica. Só quando não há mais jeito é que ele consegue eventualmente furar

uma fila ou entrar por uma porta de pronto-socorro. Antes disso, ele não teve esse acesso. Então, acho que vale muito essa reflexão sobre a questão de acesso.

A Dra. Fernanda falou sobre Tavi. Hoje, menos de 3% de toda a população que, estatisticamente, deveria estar sendo beneficiada por Tavi consegue ter acesso a esse procedimento. Aproximadamente 70 mil pacientes devem estar necessitando dessa tecnologia, e, no último ano, nós a oferecemos a pouco mais de 3 mil pacientes. Este dado é muito impactante, 97% dos pacientes que precisam desse procedimento não estão se tratando. No sistema público, a falta deve ser de quase 100%. Eu cito, por exemplo, o meu Estado de Goiás, em que não existe nenhum serviço público que ofereça o tratamento por meio de Tavi à população que não tem plano privado de saúde. Isso precisa ser considerado.

Eu finalizaria esta minha fala citando o que disse há pouco o nosso colega Carlos Eduardo. Uma doença que talvez seja ainda mais grave do que o câncer e doenças cardiovasculares é a pobreza, e também a ignorância. Nós que lidamos com esse abismo vemos a diferença que existe entre a população menos favorecida e a mais favorecida. Muitos não têm acesso a esse diagnóstico precoce porque não têm informação. Não falamos disso nas escolas, não falamos disso nas universidades, não falamos disso com propriedade nos diferentes locais da forma como estando tendo a oportunidade de falar hoje neste plenário.

Por fim, deixo um questionamento. Estamos no mês de setembro, em que acontece o Setembro Vermelho. É um mês que provoca a realização de eventos como este, para se conversar sobre doenças cardiovasculares. Apresento este questionamento, nobre Deputado Dr. Luiz Ovando: o que vamos fazer em outubro? Vamos esquecer tudo que fizermos agora em setembro e voltar aqui no ano que vem, no mês de setembro, para retomar esta discussão, ou serão realizadas algumas ações efetivas para mudar todos esses números que foram aqui apresentados?

Finalizo agradecendo muito a oportunidade de estar com vocês, de aprender com vocês e de trazer aqui um pouco da visão da nossa realidade.

Muito obrigado, Deputado.

O SR. PRESIDENTE (Dr. Luiz Ovando. Bloco/PP - MS) - Dr. Maurício, nós é que agradecemos a sua brilhante intervenção e apresentação. A sua fala foi bastante questionadora e desafiadora. Na verdade, nós precisamos pensar realmente em como abordar e disponibilizar para o paciente a melhor forma de diagnóstico e, principalmente, o tratamento. V.Sa. faz referência ao Tavi, o Implante Percutâneo de Válvula Aórtica. Infelizmente, o Ministério da Saúde ainda não conseguiu disponibilizá-lo. Como o senhor disse, apenas 3% daqueles que estariam aptos a serem tratados com Tavi são os que recebem o benefício do tratamento.

O Tavi é a colocação, como já explicou a doutora anteriormente, da válvula através do cateterismo, o que reduz significativamente o tempo de internação e a mortalidade. A estenose aórtica na faixa etária mais avançada é realmente a que mais mata.

Nós agradecemos, doutor, e vamos oportunamente discutir mais.

Dando continuidade à audiência, nós vamos agora ouvir a Dra. Maria Sanali, a Diretora de Qualidade Profissional da Sociedade Brasileira de Hemodinâmica e Cardiologia Intervencionista.

Dra. Maria Sanali, a senhora tem 10 minutos para a sua apresentação.

A SRA. MARIA SANALI MOURA DE OLIVEIRA PAIVA - Boa noite a todos.

Primeiramente, quero agradecer pela possibilidade de estar aqui representando a Sociedade Brasileira de Cardiologia Intervencionista.

É uma grande honra me dirigir a esta Casa Legislativa para tratar de um assunto de tanta relevância para o Brasil e para o mundo, que é a saúde cardiovascular, e, principalmente, para tratar das barreiras que ainda enfrentamos tanto na prevenção quanto no tratamento da doença cardiovascular.

Como foi muito bem apresentado pelos meus colegas que me antecederam, a quantidade de pessoas que morrem no Brasil e no mundo é assustadora. Dados publicados pelo Global Burden of Disease, que é um departamento do American College of Cardiology, mostra que em 2022 aproximadamente 20 milhões de pessoas morreram por causas cardiovasculares no mundo. Foi um aumento expressivo em relação a 1990, quando morreram só 12 milhões. Por pior que possa parecer, não se trata só da morte de 20 milhões — como se isso fosse "só" —, não se trata apenas da morte, porque vem daí uma situação ainda mais grave, que se chama "desabilidade". Além desses 20 milhões de mortes ou 8 milhões de infartos, por exemplo, geraram-se mais de 100 milhões de desabilidades ao redor do mundo, ou seja, pessoas que, além de infartar, evoluíram para um AVC, para uma insuficiência cardíaca e para uma série de outros fatores que comprometem ainda mais a saúde. Na América Latina, no Brasil e nos demais países, registraram-se mais de 400 mil mortes durante o ano. Foi um aumento de quase 50% desde 1990. Isso inclui infartos e acidentes vasculares cerebrais, que responderam por mais de

três quartos desses óbitos. Segundo o Ministério da Saúde, só em 2022, cerca de 400 mil pessoas morreram de problemas cardiovasculares no Brasil, conforme mencionado — obviamente, retomando a liderança após a pandemia de Covid. Isso significa que, todos os anos, quase meio milhão de famílias brasileiras sofrem com essas perdas, que poderiam, em grande parte, ser evitadas.

Dos riscos cardiovasculares todos nós sabemos: hipertensão arterial — um quarto dos adultos são hipertensos no mundo; obesidade e sobrepeso, que elevam muito mais, de forma significativa, o risco cardiovascular; e, não esqueçamos, o diabetes, que multiplica as chances de infarto e de insuficiência cardíaca.

Os estudos comprovam que até 90% dos casos de doenças cardiovasculares poderiam ser prevenidos com intervenções precoces; programas de controle rigoroso da pressão arterial; incentivo a hábitos de vida saudáveis e ampliação do acesso a medicamentos eficazes, como, por exemplo, as estatinas, que foram capazes de reduzir em mais de 70% a mortalidade por doença arterial coronariana em países que investiram em prevenção ao longo das últimas décadas.

O Brasil enfrenta barreiras importantes, nós não podemos esquecer, principalmente barreiras financeiras, que limitam o acesso a consultas, exames, medicamentos, enfrenta barreiras organizacionais, como, por exemplo, as filas de espera prolongadas, a carência de profissionais em determinadas regiões e enfrenta as barreiras de informação, principalmente, que impedem que grande parte da população receba orientações de qualidade para cuidar da sua própria saúde. Essas desigualdades de acesso certamente resultam em diagnósticos tardios, tratamentos incompletos e, infelizmente, maior mortalidade.

É claro que existe necessidade enorme de políticas públicas. Então, é fundamental que avancemos em políticas públicas consistentes, como prevenção primária; combate ao tabagismo; promoção de atividade física; educação alimentar; controle efetivo da hipertensão, da obesidade e do diabetes; fortalecimento do nosso SUS; ampliação de recursos; qualificação de equipes multiprofissionais; garantia ainda maior de cobertura nacional e equitativa e adoção de padrões internacionais de qualidade, para que o Brasil também compartilhe desse controle de qualidade. Não basta informar. Nós precisamos mensurar o tipo de informação e o resultado dessa informação na saúde.

O custo da inação é muito grande, é muito maior, na realidade, do que o investimento em prevenção. Nós precisamos, então, transformar o conhecimento científico em políticas públicas efetivas, intersetoriais e sustentáveis, capazes de reduzir, de fato, a mortalidade, e aliviar o peso sobre o SUS e, consequentemente, salvar vidas brasileiras.

Apesar de tudo isso, precisamos criar uma forma de comunicação, para que todo esse trabalho resulte, de fato, numa melhora da qualidade de vida e na redução da doença, para que possamos definir que tipo de ação precisa ser tomada. Talvez esse seja um gargalo importante. Nós não conseguimos fazer essa comunicação, para que o resultado dessa avaliação resulte em uma tomada de decisão.

Aí entra um ponto central, que é o do acesso à informação de qualidade e o do letramento em relação à saúde. O que significa isso? Significa oferecer a essas pessoas a capacidade de compreender, interpretar e aplicar no dia a dia as informações sobre saúde, significa ensinar com clareza e simplicidade, por exemplo, que hipertensão, diabetes, obesidade e tabagismo são riscos concretos, que podem ser modificados, e mostrar que as escolhas de vida que as pessoas fazem sobre alimentação, sobre essas situações que nós mencionamos podem salvar vidas. Então, é necessário um conjunto de ações coordenadas: produção de conteúdos confiáveis, escritos em linguagem acessível e veiculados em mídias de massa e mídias digitais; campanhas nacionais permanentes, que informem e motivem a sociedade, especialmente aquelas populações mais vulneráveis; inclusão da educação em saúde cardiovascular nas escolas e nos ambientes de trabalho, para que as futuras gerações sejam mais conscientes e prevenidas; capacitação de profissionais de saúde para comunicar com clareza, respeitando o nível de compreensão de cada paciente; e, por fim, estímulo à participação ativa dos pacientes e de suas famílias em grupos de apoio e oficinas comunitárias.

Essas ações, senhoras e senhores, não são detalhes secundários, são a base do sucesso terapêutico. O paciente bem informado adere ao tratamento, procura o atendimento precoce e evita complicações. O paciente empoderado — e é importante que mencionemos a mulher empoderada, porque a mulher cuida da família — transforma a sua própria vida e multiplica esse conhecimento em sua comunidade. Então, investir no letramento em saúde cardiovascular não é apenas uma medida de prevenção, é uma estratégia de impacto social e econômico que gera redução de hospitalizações evitáveis, diminui o peso das doenças crônicas sobre o SUS e aumenta a produtividade e a qualidade de vida da nossa população. Hoje nós temos a oportunidade de fortalecer políticas públicas que ampliem o acesso da população à informação em saúde. Essa é uma decisão estratégica, que coloca a prevenção no centro do cuidado e reconhece que conhecimento salva vidas.

Eu gostaria de agradecer a este Parlamento por colocar a educação em saúde cardiovascular como prioridade nacional, para que nós possamos construir um Brasil mais saudável, mais consciente e mais justo para todos.

Coloco a Sociedade Brasileira de Cardiologia Intervencionista à disposição deste tão seleto grupo de pessoas, para que juntos nós possamos ampliar esta discussão, criando mais possibilidades e mais ações efetivas no combate à doença cardiovascular.

Muito obrigada a todos.

O SR. PRESIDENTE (Dr. Luiz Ovando. Bloco/PP - MS) - Dra. Maria Sanali, muito obrigado pela sua apresentação, que foi bastante oportuna e contundente e enfática no que diz respeito à instrução. Isso é decisivo.

Dando continuidade à audiência, nós vamos convidar agora para falar o Dr. Carlos Campos, o Supervisor do Serviço de Hemodinâmica e Cardiologia Intervencionista do Instituto do Coração — InCor.

Dr. Carlos, o senhor tem 10 minutos para sua apresentação.

O SR. CARLOS AUGUSTO HOMEM DE MAGALHÃES CAMPOS - Muito obrigado.

Deputado Dr. Luiz Ovando, ilustres Deputados, nobres colegas presentes nesta sessão, preciso realmente agradecer a honra da oportunidade de compartilhar um pouco da nossa experiência nesta audiência pública de extrema importância.

Todas as falas que me antecederam já deixaram bem claro que o que mais mata no Brasil é a doença cardiovascular. Isso foi falado aqui com muita ênfase e com números bem precisos. Além disso, ela tira as pessoas do mercado de trabalho, acaba com a qualidade de vida das pessoas e gera um gasto. Os sobreviventes ainda correm o risco de se hospitalizar repetidamente, por causa de sequelas da doença cardiovascular. Então, ela tem um impacto na saúde das pessoas e tem um impacto econômico gigantesco no nosso País.

Eu queria falar um pouco dos nossos números, do nosso investimento na saúde cardiovascular. Vou ser totalmente apartidário. São números objetivos. De 2011 a 2015, o nosso investimento na saúde cardiovascular era em torno de 1,4 bilhão de reais, com certa variação ano a ano. De lá para cá, ele foi caindo progressivamente. Atualmente, é de 1 bilhão de reais por ano. Nesse período, nós tivemos inflação e tivemos avanços tecnológicos. A maior parte do material que nós utilizamos para a saúde cardiovascular é importado. Então, nós temos a inflação monetária, a desvalorização do real frente ao dólar e, além disso, nós temos inflação médica. Isso é uma inovação dos novos dispositivos.

Aqui já foi falado bastante, antes de mim, sobre desigualdade. No Brasil, no Sistema Único de Saúde, na saúde cardiovascular, nós vivemos uma situação relativamente dramática, porque o que o Sigtap — Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS contempla, em termos de tecnologia, para o tratamento das doenças cardiovasculares no Brasil é uma medicina de 30 anos atrás. É isso o que nós oferecemos para o nosso paciente do SUS, é uma medicina de 30 anos atrás, por causa da redução progressiva nos investimentos nos últimos anos.

Eu sou médico. A maior parte da minha carga horária é no InCor, do Hospital das Clínicas, aqui em São Paulo, mas eu atendo também na rede privada de São Paulo. E é verdade que um mesmo médico oferece para seus pacientes tratamentos completamente diferentes, porque o paciente do SUS não tem acesso à saúde. Preciso reconhecer que, trabalhando no InCor, ainda sou um privilegiado, porque o hospital faz um esforço muito grande de investimento, além do que está na tabela Sigtap, para contemplar principalmente os nossos pacientes mais complexos. Nós somos referência para receber pacientes. Na verdade, recebemos às vezes pacientes do País inteiro. Mas o que os nossos colegas que trabalham no SUS oferecem, de forma geral, para os pacientes é isso, é uma medicina de 30 anos atrás, quando nós paramos.

Por exemplo, o que mais mata é o infarto. O tratamento mais frequente para o infarto é a colocação, através de cateter, de uma bolinha que se chama *"stent"*. o Deputado Dr. Luiz Ovando sabe disso muito bem. E hoje há métodos de imagem muito mais precisos para colocar o *stent*, que reduzem em 30% a chance de evento — 30%! Vocês já imaginaram um remédio que reduz em 30%? Não oferecemos isso para o nosso paciente do SUS no Brasil. Além disso, há o Tavi, o suporte para choque para pacientes em estado crítico, chocado, como vimos na pandemia de Covid, a Ecmo, o Impella para pacientes com infarto. O nosso paciente do SUS não tem acesso a isso, não tem acesso. Então, o que oferecem para o nosso paciente no SUS hoje está muito, muito abaixo do básico necessário que é oferecido nos países mundo afora.

Essa desigualdade, Deputados, estende-se também para as nossas regiões. Esta é uma informação de domínio público, está no SIH — Sistema de Informações Hospitalares do SUS: a diferença de um Estado para outro no Brasil, em termos de mortalidade cardiovascular, pode chegar a 60%. Não estou falando nem das sequelas. A diferença de mortalidade é da ordem de 60%. Então, é fundamental que nós democratizemos a saúde pública no País. Uma forma de fazermos isso, Deputados, é com a democratização do conhecimento. Por exemplo, hoje em dia no InCor nós temos ferramentas, temos experiências vastas de educação a distância, de telemedicina. Especialistas do InCor ajudam e supervisionam colegas de outro Estado, capacitam colegas de outro Estado, não só médicos, mas também o corpo de enfermagem. É fundamental que atuemos dessa forma, porque a desigualdade no Brasil também varia muito de Estado para Estado. Eu não quero citar

aqui informação de conhecimento público, não quero citar Estado por Estado, para não parecer que eu estou querendo tomar alguma posição política. Não é o caso. São fatos com os quais convivemos.

A verdade é que precisamos tomar algumas atitudes para mudar isso, para que isso não fique restrito a este mês de setembro. Precisamos de incorporação estruturada de tecnologia, de instituição de adicionais tecnológicos no Sigtap, naturalmente conduzidos pela Conitec. Precisamos da modernização do que oferecemos para o nosso paciente na saúde pública, porque está extremamente ultrapassado na saúde cardiovascular. Precisamos criar uma rede de habilitação e equidade regional e, dentro do mesmo Estado, facilitar a criação de centros de menor complexidade, para que esses pacientes possam ter acesso a centros de alta tecnologia, alta capacidade e alta complexidade, e ser tratados adequadamente. É fundamental que nós tenhamos dados, integração com o Datasus — Departamento de Informação e Informática do SUS, parâmetros mais detalhados de qualidade. Já temos alguma experiência positiva com o QualiSUS, mas temos que ter integração com bases de dados obrigatórias, com detalhamento, para que tenhamos métricas de qualidade, muito mais precisas, para identificar falhas e oportunidades de melhoria. Finalmente, precisamos de educação de centros, capacitação de centros, tanto da atenção básica quanto de alta complexidade, para realmente reduzir desfechos, reduzir morbidade na saúde cardiovascular no Brasil.

Termino a minha fala mais uma vez agradecendo a atenção e esta oportunidade de fala. É uma grande honra para nós aqui do InCor ter espaço de fala numa plenária tão honrosa. Agradeço muito.

Boa tarde a todos.

O SR. PRESIDENTE (Dr. Luiz Ovando. Bloco/PP - MS) - Dr. Carlos Campos, muito obrigado pela sua apresentação. Realmente, o seu alerta é decisivo.

Eu quero apenas dizer, para não ficarmos muito desanimados, que, recentemente, num editorial do jornal *Circulation*, os americanos questionaram o sucesso aquém em áreas mais desenvolvidas e eles tomaram, como parcela da população, um grupo de indígenas, muitos dos quais não aceitavam a orientação simplesmente porque não se falava na língua deles. Esse sucesso chegava a algo em torno de 22% a 25%, se comparado a outros grupos mais bem informados. No Brasil, um país continental — e o Dr. Carlos chama a atenção para isto —, o SUS não alcança, verdadeiramente, muitas regiões de forma técnica, como faz o InCor. O InCor é a essência, é o topo, é aquele hospital que pode ser comparado aos grandes centros médicos do mundo. Mas eles têm que alertar, eles têm que chamar a atenção, para que continuemos perseguindo a excelência e, assim, disponibilizando às pessoas um atendimento à altura da dignidade que merecem.

Muito obrigado.

Nós queremos convidar para falar agora o Dr. Fábio Kawamura, o Diretor-Executivo do InCor, para a sua apresentação.

Dr. Fábio, o senhor tem 10 minutos. Por favor.

O SR. FÁBIO NAKANDAKARE KAWAMURA - Boa tarde.

Agradeço a oportunidade.

Cumprimento a Mesa na pessoa do Deputado Dr. Luiz Ovando e cumprimento também a Deputada Silvia Cristina.

Eu parabenizo o Poder Legislativo, o Congresso Nacional, a Câmara dos Deputados por gerar esta oportunidade de integração entre diversas entidades, entre diversas partes, em torno de uma questão tão premente, tão importante quanto a saúde cardiovascular.

Aqui no InCor nós temos a honra de receber pacientes não só do Estado de São Paulo, mas também de todo o País. Somos uma referência em atendimento cardiovascular e pneumológico. Isso traz para nós a oportunidade de contemplar o desafio da rede como um todo, do SUS como um todo, não apenas do serviço de alta complexidade, que nós somos, para conseguir ter sucesso no atendimento a esses pacientes.

Nós vemos que o SUS tem um talento muito forte no atendimento primário. Os PSF — Programas de Saúde da Família, os Atendimentos Médicos Ambulatoriais — AMA, os Ambulatórios Médicos de Especialidade — AME, as Unidades Básicas de Saúde estão presentes em todos os cantos do País, para o atendimento da medicina generalista.

No Instituto do Coração do Hospital das Clínicas, hospital de ensino vinculado à Faculdade de Medicina da USP, nós atendemos a mais alta complexidade, mas atendemos também parte da demanda de média e às vezes de mais baixa complexidade. Hoje, aqui no InCor, nós fazemos o atendimento de alta complexidade e fazemos também o atendimento de muitos pacientes que são crônicos. Esses pacientes crônicos eventualmente não demandam procedimentos de altíssima complexidade, nem cardiologia intervencionista, nem eletrofisiologia, nem cirurgia cardiovascular, nem atendimento clínico multidisciplinar, mas, porque as especialidades não estão necessariamente na ponta, no atendimento primário e secundário, muitos desses pacientes acabam sob nossa responsabilidade. Ficar sob a nossa responsabilidade significa

que a nossa capacidade de fazer cirurgias, procedimentos de hemodinâmica e eletrofisiologia acaba competindo com o atendimento de pacientes de menor complexidade. Nós seríamos mais efetivos para o SUS se pudéssemos ter, nas pontas, uma integração maior, a integração de instituições de ensino como a nossa com instituições que têm profissionais muito competentes, muito engajados, mas precisam do apoio de instituições como a nossa, que detêm o conhecimento técnico específico.

Então, se a proposta da Comissão e do fórum de hoje é pensar em políticas públicas, entendo que um passo muito importante seria participar a instituições como o InCor a oportunidade de interagir com serviços na ponta, em serviços de todo o SUS, em programas de capacitação, de orientação e de compartilhamento do conhecimento.

O DNA de instituições de ensino como o InCor é o conhecimento, e o compartilhamento disso é viável através de tecnologias que são cada vez mais correntes entre todos os tipos de serviços de saúde. A telemedicina, o telemonitoramento, a teleconsultoria são instrumentos que devem ser utilizados para efeito de maximizar a capacidade do SUS, como um todo, de contemplar a demanda de especialidades.

Nós também enfrentamos o desafio, como o Prof. Carlos Campos pontuou, do financiamento. O financiamento do SUS tem grandes desafios.

Em São Paulo, houve a suplementação da tabela do SUS. Isso trouxe um alívio, um fôlego, para que a gente continuasse prestando assistência no nível que é necessário.

Outro ponto importante é que o modelo fundacional que nós temos aqui no InCor — no caso, temos suporte da fundação de apoio, que é a Fundação Zerbini —, que permite que nós possamos levar ao paciente do SUS tecnologias que habitualmente não são disponibilizadas dentro da Sigtap, dentro da tabela do SUS.

Mesmo antes de serem incorporadas ao SUS, tecnologias como a Tavi, como dispositivos de assistência ventricular, como a Ecmo, que até hoje não é incorporada ao SUS, nós temos disponíveis aqui para o paciente do SUS. Em todo momento, aqui no InCor nós temos pelo menos cinco pacientes em Ecmo. Não fosse essa tecnologia, essa técnica, esses pacientes não sobreviveriam. E nós disponibilizamos isso através de recursos advindos da Fundação Zerbini.

Portanto, modelos como este também precisam ser olhados com atenção, porque eles viabilizam uma assistência ao paciente do SUS para além da capacidade que o sistema — a capacidade do sistema como este é classicamente estabelecido — consegue impactar o cidadão.

Aqui no InCor, nós chamamos para a nossa responsabilidade ser uma referência em ensino e aproveitamos fóruns como este para propor que esse potencial seja levado a efeito na interação com outros serviços, para que consigamos compartilhar conhecimento, o mesmo conhecimento que, aqui no InCor em São Paulo, gera tanto benefício para pacientes não só de São Paulo, mas de todo o País.

Eu agradeço a oportunidade e termino aqui minha fala.

O SR. PRESIDENTE (Dr. Luiz Ovando. Bloco/PP - MS) - Dr. Fábio, muito obrigado pela sua exposição.

Dando continuidade, nós vamos agora ouvir a Dra. Carmen Cristina Moura dos Santos, Coordenadora-Geral de Atenção Especializada do Ministério da Saúde.

A senhora tem 10 minutos para a sua apresentação.

A SRA. CARMEN CRISTINA MOURA DOS SANTOS - Boa tarde!

Obrigada, Deputado. Quero inicialmente parabenizar o senhor e a Deputada Silvia por este momento, porque momentos como este são extremamente importantes para que possamos discutir e compartilhar ações que vêm sendo feitas por todas as instituições envolvidas.

(Segue-se exibição de imagens.)

Eu acho que já foram ditas muitas coisas importantes aqui, questões muito importantes para a organização da Rede de Atenção à Saúde, especialmente na atenção cardiovascular.

Vou falar rapidamente sobre algumas ações que nós estamos desenvolvendo com relação à atenção às doenças cardiovasculares.

Já se falou sobre as condições consideradas fatores de risco. Todas essas ações são necessárias. Estamos trabalhando em várias áreas para evitar a progressão principalmente das condições crônicas, para que não evoluam para doenças cardiovasculares, que ocasionariam sobrecarga nos serviços de saúde.

Aqui estão algumas estratégias na saúde cardiovascular na atenção primária que são executadas, que são priorizadas e que são necessárias.

A Portaria GM/MS nº 3.008, de 4 de novembro de 2021, traz essa estratégia.

Esses são alguns objetivos: qualificar a atenção integral às pessoas com condições consideradas fatores de risco; dar suporte ao desenvolvimento de ações de prevenção e controle das doenças cardiovasculares, com ênfase na hipertensão e na diabetes; promover o controle de níveis pressóricos e glicêmicos, a adesão ao tratamento e a redução das taxas de complicações e de internações, consequentemente.

Eis alguns eixos: promoção da saúde e prevenção das doenças; educação e capacitação dos profissionais, incluindo o cuidado; rastreamento, estratificação do risco cardiovascular; fortalecimento dos processos de gestão, extremamente importante — nós trabalhamos muito com o Conass e o Conasems, para fortalecer a gestão dos serviços, as gestões municipais, estaduais; e fomento à produção de pesquisa na área das doenças cardiovasculares.

Apresento aqui algumas ferramentas de apoio à implementação da estratégia. São protocolos, guias e orientações que nós temos na atenção primária e que nos auxiliam no enfrentamento às doenças cardiovasculares. A *Estratégia*, ali, é um instrutivo para os profissionais e principalmente para os gestores, para a organização da rede. O colega do InCor que nos antecedeu falou que eles executam alguns procedimentos que não estão na Tabela SUS e que são realizados no InCor pelo SUS...

(Intervenção ininteligível fora do microfone.)

Isso. Em alguns locais, há procedimentos que os próprios gestores organizam junto aos seus serviços, como exames, enfim. Algumas atividades na rede de atenção à saúde local são realizadas também por iniciativa dos próprios gestores. Esse instrutivo traz algumas ações que são necessárias.

Há PCDTs, como o *Guia de Alimentação Cardioprotetora* e o *Guia da Atividade Física*, para orientar a população e os gestores sobre como organizar atividades físicas e a alimentação.

Há ferramentas de apoio na atenção primária, publicações como as linhas de cuidado de hipertensão, sobrepeso, obesidade, álcool, tabagismo.

Há ações de comunicação em saúde. Já se falou bastante sobre a necessidade de esclarecimento, orientação, tanto da população quanto dos profissionais.

Há um Proadi para o fortalecimento das redes de atenção para a implementação das linhas de cuidado de hipertensão, sobrepeso, obesidade, diabetes, AVC e IAM. Também há o Proadi Polipílula e Riscômetro para prevenção do AVC, que está em desenvolvimento pela atenção primária. Há um Proadi também para trabalhar a questão da melhora dos processos de gestão e assistência. Isso tudo está na atenção primária.

A estratificação de risco cardiovascular eu acredito que todos vocês já conhecem. É algo que nós estamos trabalhando com a atenção primária. Isso tudo que eu estou falando é atenção primária.

Cito aqui algumas portarias que trazem incentivos à atenção primária. Os Municípios recebem incentivos para trabalhar a questão do risco cardiovascular avaliado e registrado. A Portaria GM/MS nº 3.009, de 2021, põe como meta o aumento do percentual de pessoas com risco cardiovascular avaliado e registrado.

A Portaria GM/MS nº 2.110, de 2022, estabelece pelo menos 10% de acréscimo em pelo menos dois indicadores, que são diabetes e hipertensão na atenção primária.

A Portaria GM/MS nº 2.105, de 2022, também trabalha com, pelo menos, dois indicadores. Também já há outra portaria que habilitou outros Municípios a receberem o incentivo.

Nós trazemos aqui a seguinte questão. Pela primeira vez no País, há uma política de atenção especializada. Já se disse aqui que a atenção primária tem uma estruturação de longa data. Ela trabalha centrada no cuidado às pessoas, especialmente no risco cardiovascular.

Nós temos uma política nacional de atenção de alta complexidade, que traz principalmente a habilitação de serviços para prestar atendimentos de alta complexidade.

Nós tínhamos uma lacuna, que era principalmente a atenção ambulatorial especializada. Pela primeira vez, nós o temos.

Estes são os desafios da atenção especializada — acho que já se falou bastante disto: disponibilidade de consultas, exames e cirurgias, que não acompanham as necessidades reais da população; longos tempos de espera para consultas; efeito velcro, que é como a gente chama o fato de as pessoas serem mantidas nos serviços de alta complexidade.

Há déficit de médicos especialistas em locais onde mais se necessita, especialmente na Região Norte, em que há um volume baixo de especialistas.

Há desigualdades históricas. Os profissionais acabam ficando concentrados nos grandes centros. Isso faz com que ocorra uma desigualdade na atenção especializada em todo o País.

Esses dados estão disponíveis num estudo que foi feito pela Unifesp, o Cartografia da Atenção Especializada, em que a cardiologia é uma das áreas prioritárias. O estudo traz todos esses dados por região do País.

Em 2023, foi publicada a Portaria GM/MS nº 1.604, que instituiu a Política Nacional de Atenção Especializada, que basicamente busca garantir o acesso das pessoas à atenção especializada, o acesso principalmente ao monitoramento e ao acompanhamento, para que não haja uma evolução, uma progressão dessas doenças nas pessoas e elas precisem de internações e procedimentos de alta complexidade.

A política busca garantir um atendimento e um tratamento em tempo oportuno. Também promove uma mudança de modelo, trazendo a oferta de cuidados integrados. Prevê que as pessoas sejam atendidas em um tempo já pré-determinado. Também traz uma inovação no modelo de financiamento, que passa a ser não só pelo procedimento da tabela, mas sim pelo conjunto e com resultado, que é o cuidado às pessoas. E essa política também traz a questão do provimento, fixação e formação dos profissionais. Portanto, essa política busca trazer tudo isso.

Eu já falei também que traz alguns princípios e diretrizes, como acesso e equidade, regionalização, fortalecimento da Atenção Primária, coordenação do cuidado, cuidado centrado no usuário, educação permanente, uso de tecnologias. Telessaúde é algo bastante importante. Nós temos uma oferta nacional de telediagnóstico no País, que é bastante utilizada por vários Estados e Municípios. Essa política traz ainda o modelo de atenção, de que eu já falei, o financiamento — substituição do pagamento por procedimento pelo cuidado integrado —, e a participação social e controle social.

Aqui, nós vemos uma evolução dos programas.

Nós tínhamos um Programa Nacional de Redução de Filas, em 2023. Foi criado o Programa Mais Acesso a Especialistas. Depois, foi incorporado o Programa Nacional de Redução de Filas ao Programa Mais Acesso. Este ano, nós tivemos o lançamento do Programa Agora Tem Especialistas, que traz também algumas questões que já foram ditas aqui, como, por exemplo, a utilização de espaços de instituições privadas para prestar esses atendimentos.

Houve um investimento grande em telessaúde, para poder levar acesso especializado às áreas mais remotas, à população mais distante dos grandes centros.

As unidades móveis estão previstas. A gente tem várias questões relacionadas à governança, à gestão local, a como se organizam os territórios para prestar esses atendimentos.

Aqui há só um pouco do que nós já temos das ofertas de cuidado integrado. As áreas prioritárias foram oncologia, cardiologia, ortopedia, otorrinolaringologia e oftalmologia. Nós temos previsto, em 2025, mais de 1,5 bilhão de reais, ou seja, R$ 1.750.975.000,00 de recursos investidos só na oferta de atendimento ambulatorial especializado. Fora o que já foi dito aqui sobre os procedimentos — mais de 1 bilhão em procedimentos hospitalares —, nós temos ainda esse investimento em Atenção Ambulatorial Especializada.

Aqui, a produção. Este aqui é da competência de maio. A cardiologia é o subgrupo de procedimentos que mais produziu em Oferta de Cuidados Integrados — OCIs. Então, nós temos ali mais de 13 mil atendimentos nesse modelo, e os Estados que estão produzindo.

Aqui é a produção específica da cardiologia: os Estados que estão produzindo, quanto estão produzindo, enfim, o que já foi... Este aqui também é de maio, porque era o que a gente tinha de produção fechada até o momento. É sempre com três meses antes. Então, até maio, nós já tínhamos executado essa produção — de janeiro a maio.

Falamos um pouco sobre a Atenção de Alta Complexidade, que já é algo mais antigo: é uma política de 2004, que prevê a organização da rede.

Aqui, os marcos regulatórios. Até 2024, foi publicada a portaria do Tavi. Nós já produzimos desde abril de 2024, quando foi publicada a Portaria nº 356, que trata do Tavi.

Eu pesquisei rapidamente os dados aqui, quando foi mencionado o Tavi, Deputado. Hoje temos 27 serviços habilitados no País para fazer o Tavi no País. Desses, apenas quatro ainda não apresentaram produção até o momento. Então, nós estamos no período de 1 ano de monitoramento dessa habilitação, para definições sobre como continuar, se novos serviços serão habilitados, por exemplo. Foi a primeira portaria de habilitação em Tavi no País. Tivemos quatro serviços que não apresentaram produção nesse período; 23 apresentaram.

E já foram investidos mais de 21 milhões de reais nesse período para a realização de Tavi no País. Existem critérios, enfim, mas essa foi a última portaria publicada na área de Alta Complexidade.

O SR. PRESIDENTE (Dr. Luiz Ovando. Bloco/PP - MS) - Dra. Carmen, a senhora dispõe de 2 minutos.

A SRA. CARMEN CRISTINA MOURA DOS SANTOS - O.k.

A distribuição ainda é desigual, está concentrada nos grandes centros.

Este gráfico mostra a evolução das habilitações. Ainda há um crescente no número de unidades de assistência.

Aqui, o Tavi, sobre o qual já se falou.

Sobre a cardiopatia congênita, nós temos alguns Proadis. É uma área em que também estamos trabalhando muito.

Para concluir, digo que temos adotado uma abordagem — e quero destacar o que o Dr. Maurício falou — sobre insuficiência cardíaca e sobre o PAC. Quero dizer que identificamos que a insuficiência cardíaca, hoje, traz uma grande sobrecarga para os serviços de urgência e emergência, é responsável por um número elevado de internações. Estamos trabalhando com a Sociedade Brasileira de Cardiologia, especificamente com o Departamento de Insuficiência Cardíaca, para desenvolver estratégias que possam reduzir esse impacto.

Nós temos um rol enorme de medicamentos no SUS para tratamento. Estamos trabalhando essa questão.

E o PAC traz a construção de policlínicas. Nas duas seleções, serão ao todo 96 policlínicas, e elas trazem um núcleo específico para o tratamento de doenças cardiovasculares, dentro de uma proposta de modelo de oferta de cuidado integrado, cuidado centrado no usuário.

Rapidamente, falei de algumas ações, como o telessaúde, o telediagnóstico em cardiologia e outras iniciativas de telessaúde que são desenvolvidas no País.

Era o que tinha a dizer. Nós estamos à disposição para quaisquer dúvidas e esclarecimentos.

Obrigada.

O SR. PRESIDENTE (Dr. Luiz Ovando. Bloco/PP - MS) - Muito obrigado, Dra. Carmen Cristina, Coordenadora-Geral de Atenção Especializada do Ministério da Saúde.

Chegamos, assim, ao fim.

Eu gostaria, na condição de Presidente, de fazer rapidamente uma síntese daquilo que foi apresentado.

Tivemos, inicialmente, a Marlene apresentando o Lado a Lado pela Vida, e ela foi bastante contundente no que diz respeito à prevenção, ao diagnóstico, ao tratamento oportuno. E não deixou de enfatizar, como a grande maioria, a questão da atenção primária.

E o que a gente vê da atenção primária? Nós sempre falamos de atenção primária e atenção básica, mas infelizmente, como foi aqui apresentado — inclusive, logo em seguida, pela Dra. Fernanda Mangione —, as doenças cardiovasculares, principalmente no que diz respeito aos problemas valvulares, têm aumentado, mas os procedimentos não têm aumentado. E a pergunta é: por que isso está acontecendo? Por que as pessoas continuam morrendo em número significativo, em torno de 33% do obituário nacional, devido à doença cardiovascular?

Falou-se aqui, inclusive, sobre a cardiomiopatia ou miocardiopatia, em que, em 90% dos casos, nós não fazemos o diagnóstico etiológico, apenas em 10%, ao passo em que, no caso das outras doenças cardiovasculares, geralmente sabemos o diagnóstico etiológico, a causa.

Mas a questão da atenção primária tem passado despercebida, porque o médico não está chegando ao paciente. A gente não pode tentar tapar o sol com a peneira. Temos tido, cada vez mais, escolas médicas em que o médico não consegue entender uma ausculta. Temos que falar isso, porque o paciente, às vezes, apresenta um sintoma aparentemente vago — principalmente aqui, em que não estamos falando da insuficiência coronariana, mas de um processo degenerativo em pessoas mais idosas, sobretudo a estenose aórtica, como foi muito bem colocado —, cujos sintomas se caracterizam, por vezes, por síncope, tontura. O indivíduo está dançando alegremente em um baile e, de repente, cai ali. Pode morrer, mas se recupera e fica por isso mesmo, sendo que um simples estetoscópio no peito do paciente conseguiria fazer o diagnóstico.

Lembro uma americana, cardiologista, ecocardiografista, da Universidade de Washington, a Catherine Otto, que dizia o seguinte: *"Listen to the patient and look at the valve"*. Ouça o paciente e veja a válvula. Através da ecocardiografia, quando for necessário, mas tem que se ouvir o paciente. Mas nós não estamos ouvindo, falamos: *"Ah, desmaiou"*. Mandamos para um especialista ou pedimos um monte de exames que não têm absolutamente nada a ver. Então, precisamos otimizar recursos, senão vamos continuar tendo dificuldades.

O Dr. Carlos Eduardo falou sobre a característica do envelhecimento. Há raças que envelhecem mais rapidamente, de um determinado jeito; outras, de modo diferente. Foi falado da tendência do negro à hipertensão arterial. Isso foi uma mutação que aconteceu. Houve uma seleção natural nos navios negreiros que vieram para cá. Então, aqueles que eram menos resistentes, do ponto de vista de capacidade de se manter vivo, por retenção de sódio e água, morriam e eram

jogados no mar. Os que ficaram, trouxeram essa mutação gênica, que, na verdade, dá a ele a característica de tolerar mais a falta de água. Esse é o negro que faz hipertensão. É muito mais grave essa hipertensão arterial.

Nós tivemos em todas as situações aqui hipertensão arterial e diabetes, como foi falado. Ninguém discorda disso. Esses são os grandes causadores do problema.

Ines Lessa, da Bahia — acho que ela já está aposentada, porque há muito tempo eu li esta estatística dela —, dizia que apenas 17% dos pacientes que eram atendidos no ambulatório tinham a sua pressão arterial verificada pelo médico. Os médicos não estão mais sabendo ver pressão alta, nem interpretá-la. Não há dinheiro que chegue, não é verdade? Não dá!

Então, precisamos realmente estar atentos, fazer o diagnóstico e encaminhar adequadamente os pacientes. Assim, conseguiremos reduzir mortes por doenças cardiovasculares — e responder à Marlene por que elas não diminuem —, fazendo o diagnóstico, ouvindo o paciente, vendo a válvula, avaliando adequadamente e brigando, inclusive, com os órgãos, principalmente com o Ministério da Saúde, com a Coordenação de Atenção Especializada, expressa pela Carmen, para que possamos, verdadeiramente, avançar cada vez mais. Felizmente, a sociedade que discute é aquela que avança. Nós estamos aqui tentando fazer exatamente isso.

Vou dar a palavra para as duas presentes fazerem as suas considerações finais. Começa com a Marlene Oliveira e, depois, a Carmen. Se alguém estiver participando via remota também poderá se apresentar e colocar o seu complemento.

A SRA. MARLENE OLIVEIRA - Deputado, eu acho que o senhor foi muito assertivo nessa compilação do que nós trouxemos hoje aqui.

Para mim, fica a grande mensagem que precisamos ouvir mais o paciente, chegar até o paciente e fazer com que ele chegue ao sistema. Assim, o sistema tem que estar preparado para recebê-lo, para que ele tenha sua jornada dentro do sistema. Se aquele paciente tiver a necessidade de ter uma válvula cardíaca, que ele tenha acesso no tempo preciso. Não podemos ter pacientes numa fila de espera aguardando por isso.

Eu comecei a minha apresentação falando que saúde é um direito. Temos que garantir esse direito para essas pessoas.

Muito obrigada.

O SR. PRESIDENTE (Dr. Luiz Ovando. Bloco/PP - MS) - Tem a palavra a Dra. Carmen.

A SRA. CARMEN CRISTINA MOURA DOS SANTOS - Quero agradecer mais uma vez, Deputado, e dizer que estamos à disposição.

É um grande desafio, realmente, trazer todos esses cuidados, fazer uma discussão ampla do que é o direito à saúde e também trabalhar muito a questão do autocuidado, de as pessoas terem consciência das suas necessidades e das suas realidades.

Não tenho dúvida de que a atenção primária é fundamental. Garantir a presença do especialista no cuidado das pessoas com doença cardiovascular é extremamente importante. Esse controle e acompanhamento deve ser feito pela atenção primária.

Estamos trabalhando bastante para garantir uma política nacional de atenção cardiovascular em todos os seus componentes. Estamos juntos nessa batalha. É uma prioridade deste Governo, uma prioridade do Ministro, uma prioridade do Presidente Lula, a atenção especializada, oportuna e de qualidade para todos os brasileiros.

Obrigada.

O SR. PRESIDENTE (Dr. Luiz Ovando. Bloco/PP - MS) - Muito obrigado.

Os nossos palestrantes via remota gostariam de se manifestar?

A SRA. MARIA SANALI MOURA DE OLIVEIRA PAIVA - Sim, por favor.

Em nome da Sociedade Brasileira de Cardiologia Intervencionista, eu gostaria de agradecer a participação e essa possibilidade de discutirmos juntos novas diretrizes.

Inclusive, reforçamos que tanto a Sociedade Brasileira de Cardiologia Intervencionista como a Sociedade Brasileira de Cardiologia têm diversas diretrizes que podem ser usadas em conjunto com as determinações do Ministério da Saúde para que a gente possa construir, reformar, incrementar políticas de saúde. Reforço a necessidade do diálogo entre essas sociedades, o Ministério da Saúde e a Câmara dos Deputados.

Nós nos colocamos à disposição para todas essas possibilidades.

Muitíssimo obrigada.

O SR. PRESIDENTE (Dr. Luiz Ovando. Bloco/PP - MS) - Dra. Fernanda Mangione, muito obrigado pela sua participação.

Alguém mais?

A SRA. FERNANDA MARINHO MANGIONE - Eu queria brevemente agradecer a participação e também fazer uma pergunta para o senhor.

Primeiro, quero parabenizar o senhor, que foi o Relator do projeto de lei que institui a Política Nacional de Atenção Cardiovascular. Acho que essa política ainda não foi instituída.

Eu queria ouvir brevemente quais os benefícios que o senhor acha que esses pacientes vão ter com esse projeto e se existe uma previsão de implementação dele.

Mais uma vez, obrigada.

O SR. PRESIDENTE (Dr. Luiz Ovando. Bloco/PP - MS) - Dra. Fernanda, desculpe-me, pois eu troquei o seu nome pelo da Maria Sanali.

A SRA. FERNANDA MARINHO MANGIONE - Sem problema. *(Risos.)*

O SR. PRESIDENTE (Dr. Luiz Ovando. Bloco/PP - MS) - A imagem que estou vendo aqui está muito pequena. Não consegui identificá-la. Desculpe-me. Muito obrigado pela sua participação.

Alguém mais gostaria de falar? Alguém da plateia gostaria de se manifestar, colocar algum questionamento, fazer alguma pergunta? *(Pausa.)*

Agradeço aos senhores convidados por suas ilustres participações.

Nada mais havendo a tratar, encerro a presente reunião, antes convocando reunião de audiência pública para amanhã, dia 3 de setembro, quarta-feira, às 9 horas, no Plenário 7, para debater o Financiamento do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência — Samu.

Declaro encerrada a presente audiência pública.

Muito obrigado.