



SENADO FEDERAL
SECRETARIA-GERAL DA MESA
SECRETARIA DE REGISTRO E REDAÇÃO PARLAMENTAR
REUNIÃO
09/06/2026 - 31ª - Comissão de Assuntos Sociais

O SR. PRESIDENTE (Dr. Hiran. Bloco Parlamentar Aliança/PP - RR. Fala da Presidência.) - Boa tarde a todos e a todas. Havendo número regimental, declaro aberta a 31ª Reunião, Extraordinária, da Comissão de Assuntos Sociais da 4ª Sessão Legislativa Ordinária da 57ª Legislatura.

A presente reunião atende ao Requerimento nº 104, de 2025, da CAS, de minha autoria, para realização de audiência pública destinada a instruir o Projeto de Lei nº 3.941, de 2025, que institui a Política Nacional de Prevenção e Controle das Doenças Cardiovasculares, cria o Sistema Nacional de Acompanhamento da Pessoa com Suspeita ou Diagnóstico de Doença Cardiovascular no âmbito do Sistema Único de Saúde e dá outras providências.

Informo que a audiência tem a cobertura da TV Senado, da Agência Senado, do *Jornal do Senado*, da Rádio Senado e contará com o serviço de interatividade com o cidadão (Ouvidoria), através do telefone 0800 0612211, e e-Cidadania, por meio do Portal www.senado.leg.br/ecidadania, que transmitirá ao vivo a presente reunião e possibilitará o recebimento de perguntas e comentários aos expositores via internet.

Nós temos aqui os seguintes ilustres convidados:

- Dra. Carmen Cristina Moura dos Santos, Coordenadora-Geral de Atenção Especializada do Ministério da Saúde, que vai nos acompanhar remotamente aqui, acredito que já esteja na sala;
- Dr. Júlio Vieira Braga, Médico membro da Coordenação da Comissão de Qualidade Assistencial da Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC), que está aqui presente - por favor, eu convido o senhor a vir aqui ao nosso dispositivo;
- Dr. José Aírton Arruda, Presidente da Sociedade Brasileira de Hemodinâmica e Cardiologia Intervencionista (SBHCI) - seja muito bem-vindo, querido colega José Arruda;
- Dra. Viviana Lemke, Conselheira Federal suplente do Estado do Paraná do Conselho Federal de Medicina (CFM) - seja muito bem-vinda;

- e minha querida amiga Dra. Marlene Oliveira, Presidente do Instituto Lado a Lado pela Vida.

Eu vou passar...

Estou sendo informado de que há mais uma convidada, que é a Dra. Fernanda Mangione.

Dra. Fernanda - me desculpe pela minha falha - é Cardiologista e representante do Projeto Social Unidos pelo Coração.

Sejam todos muito bem-vindos os que estão aqui presentes conosco e as nossas duas convidadas, que nos acompanham e participarão remotamente desta audiência pública.

Quero passar logo a palavra, por dez minutos, à Coordenadora-Geral de Atenção Especializada do Ministério da Saúde, Dra. Carmen Cristina de Moura dos Santos, por dez minutos.

Seja muito bem-vinda, doutora.

A SRA. CARMEN CRISTINA MOURA DOS SANTOS (Para expor. *Por videoconferência.*) - Boa tarde, Senador Hiran.

É uma satisfação muito grande estar mais uma vez com o senhor para debater um assunto tão importante e tão especial para nós, que é a atenção cardiovascular.

Eu tenho uma apresentação - que eu vou colocar aqui - para falar um pouco o que nós estamos fazendo com relação à atenção cardiovascular em todo o Brasil.

Quero cumprimentar também a Marlene - já estivemos juntas em outros espaços - e também a Dra. Aurora, que é a nossa Diretora do Instituto Nacional de Cardiologia, que está aí presente também. *(Pausa.)*

Bem, vou falar um pouquinho sobre os nossos desafios, alguns avanços e as perspectivas para o cuidado das doenças cardiovasculares do SUS.

Eu não vou me deter a falar sobre a doença cardiovascular, porque nós temos vários especialistas aí que, com certeza, vão poder discorrer com muita propriedade a respeito, mas hoje nós temos aí as doenças cardiovasculares como a principal causa de morte no Brasil.

Nós temos um grande impacto no SUS, com as internações, as incapacidades e as aposentadorias precoces, que causam um relevante impacto econômico e social para o SUS. Então, investir na prevenção, no diagnóstico precoce e no acesso especializado salva vidas e reduz custos futuros.

Aqui, um pouco de como a gente vem trabalhando a linha de cuidado cardiovascular no SUS: com promoção à saúde; atenção primária - com o cuidado integral, a regionalização, a equidade e a coordenação do cuidado; diagnóstico especializado; tratamento clínico; procedimentos especializados; cirurgias cardiovasculares e reabilitação.

Os desafios, que os senhores conhecem e que nós estamos enfrentando, com muito trabalho, para poder vencê-los: nós ainda temos diagnóstico tardio, desigualdades regionais, escassez de serviços em regiões remotas, fragmentação do cuidado e dificuldade de acompanhamento após a alta hospitalar.

Ainda temos alguns gargalos na consulta especializada e nos exames especializados, e isso tudo faz com que as doenças - especialmente as cardiovasculares, mas todas as condições crônicas - tenham uma progressão da doença; internações que seriam evitáveis, mas hoje a gente ainda convive com elas; uma mortalidade alta e um custo assistencial bastante alto.

Nós temos ainda - e eu coloco antes aqui, porque nós estamos agora trabalhando para vencer isso - um cuidado centrado na doença; então, a cardiologia, a endocrinologia, a nefrologia, as especialidades de forma isolada. E o que nós estamos trabalhando agora é a integração com foco no cuidado, especialmente o cuidar das pessoas, e não apenas das doenças. Então, temos essa interface entre todas as especialidades.

Também temos algo bastante importante, que é o papel da transformação digital. Hoje, nós não temos como pensar em atenção especializada e em toda a rede de atenção sem pensar na relação com a transformação digital - a telessaúde, a regulação, a integração das informações e o monitoramento dos indicadores. Isso tudo auxilia na maior coordenação do cuidado e na integração entre as áreas.

Isso tudo está dentro do Programa Agora Tem Especialistas, que é um programa que foi lançado há cerca de um ano, ele completou um ano agora. Ele derivou, é um componente da Política Nacional de Atenção Especializada - pela primeira vez no país nós temos uma política de atenção especializada, cuja portaria foi publicada em 2023 e, no ano passado, avançamos para o Programa Agora Tem Especialistas, em que o objetivo maior é ampliar o acesso oportuno à atenção especializada e reduzir o tempo de espera por consultas, exames e procedimentos. Então, ele traz vários componentes, como a ampliação da oferta, a melhor utilização da capacidade instalada, os componentes de regulação assistencial, a integração das redes, e trabalha, também, muito na contratualização baseada nas necessidades.

O programa, falando um pouco mais relacionado à cardiologia, traz uma ampliação do acesso às consultas especializadas, aos exames de imagem cardiovascular, ecocardiograma, procedimentos diagnósticos, exames funcionais e procedimentos terapêuticos também. Têm sido realizados, em todo o país, mutirões para acelerar o volume de atendimentos represados; a utilização de unidades móveis para levar exames, principalmente diagnósticos, às áreas mais remotas e com maior demanda por esses atendimentos; transporte sanitário também é algo bastante importante, que está sendo fortalecido no país; e a telessaúde, que eu já falei que é um dos componentes que hoje são fundamentais na articulação entre os pontos de atenção.

E aí temos um dos componentes, o componente ambulatorial do Programa Agora Tem Especialistas, que é a oferta de cuidados integrados, em que nós tínhamos, no modelo anterior, procedimentos isolados, várias filas, várias idas das pessoas ao mesmo serviço para realizar ora a consulta, ora o exame. Isso tudo foi pensado e trabalhado no modelo de oferta de cuidado integral, em que a gente tem um conjunto de procedimentos - consultas, exames e outras tecnologias necessárias - para que os pacientes, as pessoas, possam resolver o seu problema e ter acesso ao diagnóstico oportuno, facilitando, assim, o tratamento ágil da sua patologia.

Aqui temos um pouco, especificamente, da oferta de cuidado integrado para a linha de cuidado cardiológico.

Hoje, nós temos na tabela seis ofertas de cuidado integrado exclusivas para a cardiologia. Essas ofertas mudam a lógica, inclusive, do financiamento: passa a não ser mais um financiamento específico por procedimento, conforme sempre foi; é um conjunto de procedimentos que valoram essa oferta de cuidado integrado. Nós temos: a oferta de cuidado integrado de avaliação do risco cirúrgico, avaliação cardiológica, progressão da avaliação cardiológica específica para síndrome coronariana crônica, tem uma segunda oferta para síndrome coronariana crônica, temos uma oferta para insuficiência cardíaca e a oferta inicial da síndrome coronariana. Elas se distinguem por alguns exames que são acrescentados em cada oferta.

A regionalização, de que eu já falei também, é garantir o acesso independentemente do local de residência. Então, aquilo que for possível levar o mais próximo possível da casa das pessoas, assim nós estamos trabalhando para que isso ocorra. Os resultados esperados, então, são: redução das filas e diagnóstico precoce; maior acesso aos especialistas e eficiência do SUS; redução das internações evitáveis e da mortalidade cardiovascular; fortalecimento da prevenção e rastreamento dos grupos de risco; e integração digital de telecardiologia e reabilitação.

Para finalizar. As doenças cardiovasculares representam um dos maiores desafios sanitários do país. O Programa Agora tem Especialistas constitui a principal estratégia para qualificar o cuidado cardiovascular no SUS, trazendo prevenção e diagnóstico oportuno, acesso especializado integrado, cuidado centrado na pessoa e a transformação digital auxiliando em todo esse processo.

Então, o que eu quis trazer aqui, agradecendo mais uma vez a oportunidade, Senador, é um pouco do que vem sendo feito. É um processo, é uma política nacional super-recente, mas que já está caminhando a passos largos para que a gente possa enfrentar esses grandes desafios do SUS.

Estou à disposição. O Ministério da Saúde está presente. Peço mais uma vez desculpas por não estar aí, mas a Aurora, que é da mesma secretaria que nós, está aí presente, e eu estarei aqui para esclarecer qualquer questionamento.

Mais uma vez, obrigada, Senador, pela oportunidade.

O SR. PRESIDENTE (Dr. Hiran. Bloco Parlamentar Aliança/PP - RR) - Muito obrigado, Dra. Carmen. Transmita meu abraço ao nosso Ministro, que está com esse "problemaço" aí das vacinas. Ele deve estar muito assoberbado, mas espero que ele conduza da melhor maneira possível. Um abraço no Ministro Padilha.

Eu quero passar em seguida a palavra ao Dr. José Aírton Arruda, Presidente da Sociedade Brasileira de Hemodinâmica e Cardiologia Intervencionista...

Não... Vai ser o Júlio César Vieira Braga - desculpe. O Júlio César é Médico membro da Coordenação do Comitê de Qualidade Assistencial da Sociedade Brasileira de Cardiologia da Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC).

Dr. Júlio César, por favor.

O SR. JÚLIO CÉSAR VIEIRA BRAGA (Para expor.) - Dr. Hiran, muito obrigado pelo convite. É sempre um prazer estar com o senhor, sempre, ou quase sempre...

O SR. PRESIDENTE (Dr. Hiran. Bloco Parlamentar Aliança/PP - RR) - O prazer é meu.

O SR. JÚLIO CÉSAR VIEIRA BRAGA - ... quase sempre, defendendo a boa saúde, e por isso nos honra muito ter recebido esse convite.

Vou fazer aqui uma apresentação um pouquinho diferente. Como tinha vários colegas fazendo a participação, eu vou falar um pouquinho sobre o papel da Sociedade Brasileira de Cardiologia como entidade associativa, e não só associativa, uma parceira que existe na luta pela qualidade na assistência cardiovascular no Brasil.

Esta apresentação a gente preparou com cuidados... Eu gostaria que alguém passasse aí, por favor, porque aqui não está passando... Estou apontando aqui. Ah, pronto, pulou agora, agora foi.

O SR. PRESIDENTE (Dr. Hiran. Bloco Parlamentar Aliança/PP - RR. *Fora do microfone.*) - Só funciona com o dono.

O SR. JÚLIO CÉSAR VIEIRA BRAGA - É? (*Risos.*)

É isso aí.

A sociedade é a principal entidade científica da cardiologia brasileira, foi fundada em 1943 - então já, daqui a pouco, faremos um século - e tem 15 mil associados no Brasil e no exterior. A imensa maioria, 95%, é de médicos, que são associados a essa sociedade. Então, é um número enorme de colegas dispostos a lutar e ajudar na atenção cardiovascular.

Não é uma entidade sindical na defesa somente do médico, mas é uma entidade que reúne cardiologistas, médicos residentes e profissionais de saúde e acadêmicos relacionados à atenção cardiovascular. Então, existem, embora seja em menor número, enfermeiros, nutricionistas, profissionais de educação física que trabalham juntos conosco nessa missão. Ela atua nacionalmente, promovendo não só excelência científica, educação médica continuada... E aí tem um aspecto de defesa profissional, mas é muito forte o papel de iniciativas voltadas à sociedade como um todo.

Por favor.

Nós temos relação com o setor público, nos categorizamos como uma organização da sociedade civil. Ela desempenha um papel estratégico na representação da cardiologia brasileira e colabora com importantes instâncias. A gente está presente em diversos órgãos, como a Conitec, para incorporação de tecnologia, pois a sociedade brasileira envia especialistas para embasar as resoluções, as decisões; a Agência Nacional de Saúde Suplementar, na discussão de implementação de novos tratamentos, novos métodos diagnósticos em cardiologia; o Ministério da Saúde, de que a gente vai falar mais adiante; a Associação Médica Brasileira; a Comissão Nacional de Residência Médica, pois a sociedade brasileira tem um papel ativo na formação de médicos residentes e especialistas; e o Conselho Federal de Medicina, que vai estar aqui conosco daqui a pouco.

A sociedade promove a formação, que define a boa prática médica, o que precisa ser feito para manter uma boa assistência à saúde do ponto de vista científico.

Nós temos a Universidade do Coração, que é uma plataforma de cursos de pós-graduação e capacitação. Essa plataforma tem mais de 20 cursos *online* por ano. São mais de mil médicos capacitados em ressuscitação cardiopulmonar por ano apenas nesse curso - mais de mil por ano. E a imensa maioria é de médicos, alguns ainda estudando, mas pode considerar que 98% de médicos saem treinados, por ano, no atendimento à parada cardíaca, somente por esse curso.

O título de especialista e certificados de área de atuação da SBC é uma das formas... Além da residência médica, são esses títulos que a sociedade emite e que são reconhecidos pela lei como aquele verdadeiro médico especialista. Então, o Programa Mais Especialistas, embora tenha esse nome, não forma necessariamente especialistas. Em algumas situações, ele até favorece a oferta, mas é bom deixar claro que não forma especialista, porque as duas formas são a residência médica e os títulos da sociedade de especialidade.

E credenciamos também alguns centros de formação que habilitam esses treinados a fazerem a prova para o título de especialista, mas isso tudo dentro da legalidade.

O próximo.

Em termos de publicações científicas na área da cardiologia, nós temos as principais revistas e jornais na área da cardiologia, como *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*... É um investimento que a sociedade faz, a sociedade paga a tradução dos artigos científicos publicados para se tornarem disponíveis em todo o mundo. A maioria das revistas cobra que o artigo seja publicado apenas em inglês, e, muitas vezes, o pesquisador tem esse custo. A *Arquivos* iniciou a fazer essa oferta aos cardiologistas para tradução dos textos para o inglês. Então, é a revista mais importante da cardiologia brasileira.

Próximo.

Levamos aí nosso papel de educar a população. Então, temos campanhas - e vocês, com certeza, já ouviram falar de alguma dessas - falando de hipertensão, infarto, AVC... E essas campanhas - o próximo - atingem a sociedade de diversas formas: corridas; apresentações ali no estádio, simulando uma parada cardíaca; campanhas de prevenção - ali no meio - que a sociedade faz; o alerta de que o 12 por 8 é o número ideal para a pressão... A partir daí, os pacientes chegam perguntando para a gente: "É 12 por 8? É 14 por 9?". Nisso tudo, foi a Sociedade Brasileira de Cardiologia que chamou a atenção de que, a partir de 12 por 8, é preciso ter uma atenção maior, não é que seja hipertenso, mas é um alerta para ficar acompanhando de perto. E há corridas com o público... Então, esse papel a gente faz com bom sucesso, eu acho que a gente deve reconhecer que esses temas atingem a todos.

O próximo.

E fazemos o maior congresso de cardiologia da América Latina. São números aí, para quem não conhece, gigantescos. São mais de 8 mil participantes em cada um dos congressos. Isso enche uma cidade, isso sobrecarrega a rede hoteleira de qualquer cidade que recebe o nosso congresso. Além dos participantes, as equipes ao seu redor, de suporte fazem com que algumas cidades no Brasil, algumas capitais grandes não consigam receber o congresso. Então, é uma disputa, às vezes, de cidades, mas são poucas que têm capacidade de receber. E, para vocês terem uma ideia, agora em 2026, o Congresso Mundial de Cardiologia vai ser feito em parceria com a sociedade brasileira, e vão ser 16 mil participantes no Rio de Janeiro. É um congresso gigantesco, com 500 palestrantes, nacionais e internacionais, e 5 mil trabalhos submetidos. Imaginem: 5 mil pesquisas foram enviadas para publicação nesse congresso.

Próximo.

Próximo.

É só para mostrar a estrutura.

Em relação às relações institucionais, aqui é somente para falar um pouquinho mais de nossa atividade que foi desenvolvida nos últimos anos pela Presidência, pelo Conselho Administrativo da sociedade, que é a gente buscar uma assessoria parlamentar para estar não só defendendo nossos interesses, que são a minoria das demandas, mas para nos colocar à disposição da sociedade, das entidades políticas, públicas, do Executivo, Legislativo e Judiciário também. E buscamos o Instituto Brasil de Medicina, da defesa da medicina, e é uma forma de interagir com a Frente Parlamentar da Medicina - Dr. Hiran aqui, o Presidente, está sempre à disposição. Nessa relação, a gente pretende colaborar no debate de projetos como este que estamos discutindo aqui hoje. E temos aí um fórum específico, o Coração em Foco, para discutir políticas na área da cardiologia. É um fórum que vem ocorrendo desde 2023 e que tem entre 100 e 200 participantes. Legisladores, Deputados e Senadores - o Senador Hiran já esteve em um ou dois desses eventos -, membros do Executivo, Ministros do STJ e do TCU, juízes, entidades médicas e representantes da sociedade têm participado desse evento, que é uma forma de debater.

Aqui, eu vou falar especificamente sobre o projeto de lei e citar alguns exemplos de como a gente pode participar ativamente.

Nós temos uma grande limitação nos sistemas de informação de saúde no Brasil. A gente tem ali alguns exemplos. O Sistema de Informação sobre Mortalidade diz quantos pacientes morreram de infarto, quantos pacientes morreram de AVC, mas a gente não tem certeza. Tem estados onde é muito, muito ruim esse sistema...

(Soa a campanha.)

O SR. JÚLIO CÉSAR VIEIRA BRAGA - ... e chegam a 25% as mortes não definidas na declaração de óbito. A gente precisa estimar pelo Sistema de Informações Hospitalares, pela Pesquisa Nacional de Saúde, que pergunta ao paciente se ele já teve infarto ou não... Isso é falho - é melhor do que nada, mas é falho -, de forma que o principal dado que é utilizado hoje é este estudo Global Burden of Disease, que é de um instituto da Universidade de Washington, que faz esse levantamento no mundo inteiro tentando mesclar de uma forma própria os dados que vêm do Sistema de Informação sobre Mortalidade e internações para chegar a uma conclusão. Então, é um exemplo... Não é desmerecer os nossos dados, mas a gente precisa avançar para ter dados de confiança.

A Sociedade Brasileira de Cardiologia pode colaborar com esse Sistema Nacional de Acompanhamento da Pessoa com Suspeita ou Diagnóstico de Doença Cardiovascular. Nós já temos a experiência de fazer levantamentos de registros nacionais de marcapassos. Todo mundo sabe aqui no Brasil...

(Soa a campanha.)

O SR. JÚLIO CÉSAR VIEIRA BRAGA - ... que há esse levantamento, a questão de cirurgias etc., em parceria com o TCU. O TCU tem fiscalizado a execução de políticas públicas na área da cardiologia. Estamos em parceria com ele para avaliar o paciente atendido, se foi corretamente acompanhado.

Por último, no aspecto de redução de desigualdades regionais, a gente tenta implantar as diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia como referência. Discutimos com o Ministério da Saúde uma linha de cuidados e cobramos um cuidado mínimo: que a UPA do Marajó atenda igual à UPA daqui de Brasília, igual à UPA do Leblon, no Rio de Janeiro. Então, é uma forma de a gente botar padrões mínimos de qualidade, e isso é essencial para que a gente consiga a redução de desigualdades regionais. Não pode uma UPA fazer eletrocardiograma por telemedicina em um lugar, e, no outro, não ter eletrocardiograma imediato, ter troponina, a outra não ter exames específicos para o diagnóstico do infarto, não ter trombolítico em uma e na outra ter. Isso é um absurdo. A Linha de Cuidado do Infarto, em que a Sociedade Brasileira de Cardiologia insistiu, o ministério precisa bancar que seja igual em todos os locais do país. E também deve haver cobertura e rastreamento na atenção básica. A atenção básica precisa ter um mínimo de preenchimento de ficha. Quantos hipertensos tem naquela unidade? Quantos diabéticos tem naquela unidade? E quantos vão ter acesso ao especialista? Porque não é possível você rastrear e não encaminhar para o especialista quando chegar aquele momento de detectar um paciente com doença mais grave.

O próximo.

E aqui é o último tema, o último tópico, que é a incorporação de tecnologias ao SUS.

A Conitec é um órgão muito eficaz, muito bom, mas peca em alguns problemas na hora de incorporar tecnologia - que não é mais da Conitec, que passa a ser do Governo, do Ministério da Saúde - por conta da burocracia para entregar ao paciente.

Quem é médico sabe desses famigerados LMEs, documentos difíceis de preencher. Para os pacientes é difícil conseguir, mesmo com a documentação pronta, e, às vezes, preferem pagar a receber de graça, de tão difícil que é, medicamentos de médio e alto custo.

O procedimento do Implante Transcateter de Válvula Aórtica foi aprovado já tem dez anos, talvez, mas não consegue deslanchar por falta de financiamento. Esse é um outro problema. A Conitec incorpora, mas também não é incorporado ao tratamento.

E, aqui, por último, há este exemplo. O rivaroxabana é uma medicação que se usa para fibrilação atrial, uma doença que atinge 1 milhão, 2 milhões, 3 milhões de brasileiros... A estimativa é imprecisa, mas imaginem: 2 milhões de brasileiros precisam tomar um anticoagulante, que é esse rivaroxabana, e o SUS não tem disponível. A única alternativa, que é um anticoagulante antigo, a varfarina, é difícil, pois o paciente a usa mal, tem complicações, e é um remédio que...

Passe aí o próximo, por favor. Prometo que este é o último.

É só um exemplo de como é difícil incorporar.

(Soa a campanha.)

O SR. JÚLIO CÉSAR VIEIRA BRAGA - Ele foi avaliado pela Conitec em 2016, não foi aprovado por motivos diversos, um deles o custo, que era muito alto... Era mais de R\$300, reajustando para hoje, o valor do custo do tratamento mensal. Não foi aprovado. Isso, para 2 milhões de brasileiros, é um valor alto, mas... Ele não foi aprovado. Agora em 2024... Agora não, dois anos atrás, a SBC fez um ofício e pediu que ele fosse reanalisado, uma reanálise pela Conitec de um medicamento que tinha sido analisado oito anos antes. A resposta demorou dois anos para chegar de volta à SBC, com a SBC insistindo para que eles respondessem se iam avaliá-lo ou não, e a resposta foi essa aí, com uma nota técnica, dizendo da portaria de 2016, respectiva à solicitação de incorporação da rivaroxabana... A decisão foi de não incorporação para prevenção de AVC em pacientes com fibrilação atrial. Uma das principais causas de AVC no Brasil e no mundo é a fibrilação atrial - formam-se coágulos no coração que se soltam, e aí faz o AVC. Então, esse medicamento não foi aprovado naquela data, e a resposta foi essa daí. Vejam como é: o interessado pode ressubmeter a proposta, apresentando fato novo. O fato novo é que o preço do produto caiu mais de 90%. O tratamento que era mais de R\$300 hoje é em torno de R\$20. E o Governo... Nós pedimos para avaliarem e disseram que não, não iam avaliar. Nós teríamos de refazer todo o rito administrativo. O rito administrativo é um processo, um relatório de análise de custos, impacto orçamentário, uma coisa que custa dezenas ou centenas de milhares de reais para nós e para a sociedade, e a gente considera que isso não é necessário em algumas situações.

A gente chama a atenção aí do próprio Ministério da Saúde da necessidade de se ter essa sensibilidade para o próprio ministério dispensar...

(Soa a campanha.)

O SR. JÚLIO CÉSAR VIEIRA BRAGA - ... em algumas situações essa incorporação, para que se torne, na realidade, mais fácil para a população.

Obrigado a todos.

E desculpem aí pela passagem pequena do tempo.

Boa tarde.

O SR. PRESIDENTE (Dr. Hiran. Bloco Parlamentar Aliança/PP - RR) - Obrigado, Dr. Júlio.

Passo, em seguida, a palavra ao Dr. José Airton de Arruda, Presidente da Sociedade Brasileira de Hemodinâmica e Cardiologia Intervencionista (SBHCI), agradecendo a sua presença.

Aproveito, antes de passar a palavra para V. Sa., para registrar a presença aqui da Dra. Aurora Issa - seja muito bem-vinda -, que é do Instituto Nacional de Cardiologia; e do Dr. Jonas Gonseth-Garcia, que é Coordenador de Equidade, Condições Crônicas Não Transmissíveis, Saúde Mental e Saúde Digital da Organização Pan-Americana da Saúde. Seja também muito bem-vindo ao Senado!

O SR. JOSÉ AIRTON ARRUDA (Para expor.) - Boa tarde a todos.

É um prazer estar aqui com os senhores.

Na pessoa do Exmo. Senador Hiran, eu cumprimento todos aqui na mesa, presentes e ouvintes que estão nos acompanhando remotamente.

Vou procurar dar um foco diferente. Existe sempre a ideia de que cardiologia é prevenção, mas eu vou tentar mostrar para vocês que, apesar de a prevenção ser extremamente importante, se nós não nos atentarmos para o envelhecimento da população, vamos deixar de tratar muitas pessoas.

Por que isso? Porque esse grupo envelhecido já não requer tanta prevenção; requer intervenção, tratamento efetivo das suas doenças.

Eu lanço um desafio ao envelhecimento e ao futuro da doença cardiovascular. Eu vou trazer um foco nas doenças cardíacas estruturais, que são aquelas que fogem das artérias do coração, do infarto, como foi mostrado aqui pelo Júlio, para mostrar as doenças de dentro das estruturas cardíacas, principalmente das válvulas cardíacas, e qual é o impacto disso. Mas não antes, quero mostrar que o Brasil envelhece em um ritmo extremamente acelerado.

Vejam que nós vamos ter, projetada para 2050, uma população com mais de 60 anos equivalente a aproximadamente 30% da população. Em 2070, nós vamos ter quase o mesmo tanto de pessoas que têm pelo menos 48,4 anos.

E aqui eu mostro para os senhores como era na base, em 1990, a nossa pirâmide populacional etária: uma base larga de pessoas jovens.

Em 2025, nós começamos a observar esse estreitamento e, em 2050, o que a gente vai olhar é esse gráfico em laranja, que é uma base estreita e cresce com uma população adulta, adulta jovem e envelhecida.

Nós estamos diante de um fenômeno já clássico, que é o envelhecimento da nossa população. E o envelhecimento da nossa população é muito mais rápido do que o da França. Nós envelhecemos, em 19 anos, o que a França levou 115 anos para envelhecer. Ou seja, é como se fosse um tsunami de envelhecimento.

E, se nós não nos prepararmos, vamos deixar de assistir a essa população, que somos nós no futuro - alguns mais próximos do que outros, mas somos nós.

Agora, chama a atenção que o motor para a doença cardíaca estrutural é o envelhecimento. Independentemente do que façamos de prevenção, a estenose aórtica vai vir em pelo menos 3% da população acima de 75 anos. Então, esse é um ponto.

Outra doença é a doença da válvula mitral. Essa não é por calcificação, mas por degeneração dos seus folhetos, o que leva a uma doença chamada insuficiência da válvula mitral. São doenças claramente relacionadas ao envelhecimento da população.

Aqui, para que os senhores entendam rapidamente qual é a mudança que ocorre na válvula aórtica.

Vejam ali, no primeiro gráfico, em 25 e 29 anos: uma válvula de um jovem, flexível, que abre completamente. À medida que nós envelhecemos, essa válvula vai ficando mais rígida, calcificada. Com 60 e 64 anos, ela tem uma calcificação progressiva. Na maioria das vezes, aos 75 anos, ela já está muito, muito calcificada. E, acima dos 80 anos, então, é uma válvula extremamente rígida, calcificada, que precisa ser tratada. Então, esse é um ponto.

Quais eram as opções que nós tínhamos num passado recente? Somente a cirurgia de abrir o peito, como vocês vão ver no eslaide à frente. Hoje, nós temos o Tavi, como foi mostrado aqui, citado aqui pelo nosso colega Júlio, que é um procedimento minimamente invasivo. E esse, do inglês, que é M-Teer, mas que a gente pode chamar de clipe da válvula ou reparo borda a borda dessa válvula mitral.

Aqui eu mostro algo que é diferente de qualquer coisa do setor de economia, por exemplo. À medida que nós aumentamos a demanda, em qualquer setor da economia aumentaria a oferta; no nosso caso, não. Nós aumentamos muito a demanda e o que nós percebemos é a diminuição da oferta de serviços para reparar essas doenças. E aí tem outros fatores: a população envelhecendo, o esgotamento dos profissionais de saúde, as finanças hospitalares, o desalinhamento de seguros e - não deixaria de cutucar aqui - confusão nos convênios e planos de saúde, com o clássico nega-nega. E aí o nega-nega teve R \$24 bilhões de lucro no ano passado das agências ligadas à ANS. Essa é a lacuna, é um *gap*.

Aqui mostro para vocês algumas diferenças do que nós propomos e do que é feito classicamente, do que o Ministério paga e o que nós entendemos que deveria pagar mais. Cirurgia cardíaca aberta: trauma cirúrgico maior, risco de infecção, de complicações, longa recuperação e internação, impacto físico e psicológico identificativo. Na Tavi, os pacientes hoje recebem alta com quase 48 horas, é um paciente feito sob sedação, a mesma coisa do reparo da válvula mitral, que é feita borda a borda através de cateter.

Mas aqui começam as nossas principais diferenças, viu, Senador. E eu espero que a Dra. Carmen Cristina esteja nos ouvindo.

Ali em cima, 3 milhões, 6 milhões; é o número de pacientes com estenose aórtica. No Brasil tem 1 milhão, na Europa toda tem em torno de 6 milhões. Embaixo é a penetração do que é feito com Tavi, que é essa técnica minimamente invasiva. Nos Estados Unidos, 3%; Europa, 12%; no Brasil, 0,1%. Se a gente pega esses números por 1 milhão de pessoas, enquanto a Europa tem uma média de 221 por milhão, o Brasil tem oito por milhão de pessoas. Olha que *gap* nós estamos. E esse

gap não é só no setor público, é no setor privado também. Aqui está o gráfico para vocês verem. A Alemanha faz mais de 200. Olha o Brasil como está aqui embaixo.

Vejam, semana passada eu li no UOL que nós passamos a ser país desenvolvido. Mas como é que nós podemos ser país desenvolvido com um *gap* desse tamanho? Nós estamos diante de um desafio enorme. Diante da alta penetração de países como a Alemanha, etc., a maturidade do sistema de saúde desses locais... Eu digo que a maioria deles é de sistema de saúde público: Alemanha, França, Suíça, Dinamarca, Áustria, sistema de saúde público financiado pelo dinheiro do pagador de impostos.

Aqui, essa lacuna do Tavi, só para terminar essa parte: é de dez a 28 vezes em relação aos países da Europa. O país mais pobre lá, a gente faz dez vezes menos do que lá. Em relação à Alemanha, pelo menos 28 vezes menos do que é feito.

O Júlio perguntou sobre a incorporação da Tavi. A primeira Tavi no Brasil foi em 2008. Em 2014, nós entramos com o pedido, a SBHCI, para incorporar na Conitec, no SUS. Foi negado em 2014. Em 2021, olha quanto tempo depois a Conitec recomendou. Em 2022, foi incorporado tanto pela ANS quanto pelo SUS, mas passou dois anos para ser regulamentado. Só em 2024 é que foi regulamentado.

Mas aí é onde mora o perigo: é uma regulamentação parcial, como disse também o Júlio. O que é ofertado hoje pelo SUS, e eu chamo atenção da Dra. Carmen Cristina, é que são 1,2 mil procedimentos, de acordo com a portaria.

Os senhores sabem qual é a demanda mínima de Tavi no Brasil? São 15 mil pacientes que deveriam fazer Tavi, podendo chegar a até 45 mil pacientes. Nós só autorizamos 1,2 mil, o que significa que 97% dos candidatos a Tavi não recebem esse tipo de tratamento!

Então, é preciso que nós entendamos e mudemos essa lacuna, esse *gap*.

Com o tratamento da válvula mitral é pior ainda, porque vejam que a Alemanha, em 2017, fez quase 6 mil procedimentos de tratamento por cateter da mitral; no Brasil, não chegam a 200 por ano!

Senhores, nós precisamos alertar para esses pontos!

Aqui está, de maneira bem resumida, a penetração de Tavi: enquanto é de 100 a 200 por milhão...

(Soa a campanha.)

O SR. JOSÉ AIRTON ARRUDA - ... no Brasil é menor que 10. Cobertura do sistema público: ampla cobertura no mundo e na Europa; no Brasil, é restrita a cotas severas no SUS, com defasagem de financiamento.

A terapia do mitral é pior ainda, porque, além de tudo, ela não é aprovada nem no SUS nem na ANS, ou seja, a capilaridade é muito baixa nesse tratamento.

Estou quase terminando aqui.

O que nós precisamos entender é que a Tavi tem uma incorporação apenas parcial no SUS e na ANS. A ANS até hoje - nós submetemos no ano passado... - só libera Tavi para pacientes acima de 75 anos, que não podem ser operados. O mundo todo já faz Tavi em pacientes acima de 65 anos. Quem de vocês aqui, com 65 anos ou 70, gostaria de ter o peito aberto para tratar uma doença que eu trato e, no outro dia, ou 12 dias depois, mando para casa? Então, isso é um *gap* enorme.

E aqui está o gargalo! O que a gente tem? A população em risco no topo, a demanda e o que é liberado - a demanda, de 15 mil a 45 mil, e o que é liberado pelo SUS, de 1,2 mil. Essa oferta não é limitada pela capacidade médica e estrutura instalada, é pelas barreiras de financiamento.

E aí vem o custo da inércia, que a Dra. Carmen Cristina tanto citou: quando eu não trato essas doenças, eu crio um negócio chamado insuficiência cardíaca. Insuficiência cardíaca leva a hospitalizações crônicas, consome leitos e recursos do sistema de saúde. O impacto no PIB é alto, porque as doenças cardiovasculares não controladas afetam diretamente a macroeconomia, com perdas significativas por ineficiência sistêmica.

Essa viabilidade econômica vem de uma intervenção percutânea bem direcionada, que reduz tempo de internação, libera leitos, mostrando que ela é "custo-efetiva", pelo menos a médio prazo.

Este aqui é o meu último eslaide: são as proposições em nome da SBHCI.

Primeiro, nós precisamos ampliar a indicação da cobertura de Tavi, avançar a cobertura restrita a inoperáveis para todo o espectro de risco. Hoje eu não posso oferecer só para quem não se pode operar, mas eu posso oferecer para quem pode fazer e, medicamente, tem indicação. Acima de 65 anos eu não deveria limitar.

O procedimento da válvula mitral também, que não está sequer no rol da ANS...

(Soa a campanha.)

O SR. JOSÉ AIRTON ARRUDA - ... e esse bloqueio da ANS em aprovar gera só o quê? Acúmulo de receita dos planos de saúde. Foram R\$24 bilhões acumulados no ano passado, à custa de negar e não incorporar novas tecnologias.

Nós fizemos uma rede de centros qualificados, em que nós temos um registro nacional e transparência.

Também precisamos tornar essas ATs fáceis e baseadas em evidência.

Eu agradeço, finalizando, mostrando que o envelhecimento chegou, e o acesso, não. Não vou repetir esses tópicos, mas vou pedir aos senhores que olhem com atenção para essas doenças cardíacas estruturais e que a gente mobilize...

Já que estamos chegando a país desenvolvido, que nós reduzamos esse *gap* entre Europa, os países que são socializados - vamos colocar aqui assim - e o Brasil. Que a nossa saúde seja guiada pelo SUS. Já que a Agência Nacional de Saúde guia a saúde suplementar, a saúde principal é do SUS. Nós temos que brigar por ela.

Obrigado, viu, gente!

O SR. PRESIDENTE (Dr. Hiran. Bloco Parlamentar Aliança/PP - RR) - Muito obrigado, Dr. José Airton.

Eu ouvi muito preocupado aqui a sua exposição, até porque eu estou chegando nessa fase aí, estou chegando a esse *gap*. (Risos.)

Aliás, eu acho que eu já estou no *gap* há algum tempo, mas, graças a Deus, ainda estou bastante saudável.

Mas isso é uma agonia de todas as nossas especialidades. Eu, como oftalmologista também, se lhe contar as nossas mazelas aqui, o senhor vai também ficar bastante triste.

A questão de incorporação, tanto na Conitec como a inserção de novas tecnologias na saúde suplementar através da ANS, é um grande problema.

Outro dia eu estava falando com residentes - fiz um grande fórum de residentes aqui no Distrito Federal - e falei para eles: vocês sabem se tem na diretoria da ANS algum médico etc.? "Deve ter". Eu digo: não tem nenhum! Tem muito advogado, tem outros profissionais lá; médico não tem nenhum. É por isso que ninguém defende os nossos interesses. Precisamos nos unir mais e organizar melhor nossas demandas e nossas lutas, porque todo mundo se aproveita muito do nosso trabalho, que é um trabalho que salva vidas e tem sido muito desvalorizado desde a proliferação indiscriminada de escolas médicas, jogando um monte de jovens mal preparados para cuidar da nossa população, a um preço vil, até essas dificuldades que nós temos.

Para se ter uma ideia, tem 20 anos que nós fazemos cirurgia robótica de próstata, diminuindo internação, as complicações como disfunção erétil, incontinência urinária, enfim, diminuindo internação hospitalar, e só agora nós aprovamos a inserção no SUS, através da Conitec, e depois de mais ou menos um ano nós inserimos na tabela o procedimento.

Isso é uma luta, isso é uma secessão tecnológica. Quer dizer, termina-se fazendo tecnologia para pobre de uma maneira e tratamento para rico e para quem está na saúde suplementar de outra maneira.

Mas eu vou aqui - hoje é um dia muito corrido aqui, nós precisamos completar nossa agenda - passar a palavra à Dra. Viviana Lemk, que é Conselheira Federal, pelo Paraná, do Conselho Federal de Medicina, por dez minutos.

Por favor, Doutora.

A SRA. VIVIANA LEMKE (Para expor.) - Obrigada, Dr. Hiran.

É um prazer estar aqui. O Senador Hiran está sempre à frente dessas iniciativas da boa medicina.

Então, citando aqui o Dr. José Airton Arruda, nosso Presidente da Sociedade Brasileira de Hemodinâmica, da qual também tive a honra de ser Presidente, eu saúdo todos os colegas médicos aqui, todos os representantes do Instituto Lado a Lado pela Vida, os colegas que estão aqui, servidores, assessores e cidadãos. Boa tarde!

Eu trago aqui os cumprimentos oficiais do Exmo. Dr. José Hiran da Silva Gallo, nosso Presidente do Conselho Federal de Medicina, que me incumbiu de representá-lo nesta tribuna. Em seu nome, eu afirmo que o CFM está aqui não como um espectador, mas como um participante ativo e responsável na construção de uma política pública que salvará milhares de vidas.

Permitam-me iniciar a minha fala com uma afirmação que eu carrego com orgulho.

O Conselho Federal de Medicina não é apenas um órgão de fiscalização, de registro e de punição. O CFM é, acima de tudo, o grande fiador da ética, da segurança e da excelência da medicina brasileira. Nós somos a instituição que zela para que cada ato médico do Brasil seja praticado com responsabilidade, com competência, com respeito e dignidade humana.

Quando nós falamos aqui de uma política nacional de prevenção e controle das doenças cardiovasculares, estamos falando de decisões que envolvem a vida de mais de 14 milhões de brasileiros que convivem com alguma doença do coração;

estamos falando de 360 mil mortes por ano - uma a cada 90 segundos -; estamos falando do SUS, que realiza cerca de 600 mil procedimentos cardiovasculares por ano. Nenhuma política dessa magnitude pode prescindir da visão ética e clínica do CFM.

Por isso, eu registro desde já que o CFM apoia integralmente o PL 3.941. A criação do sistema de informação, acompanhamento e controle das doenças cardiovasculares é um projeto que pode, sim, revolucionar a forma como nós enxergamos a prevenção, o diagnóstico precoce e o tratamento especializado. Mas, como toda política pública de saúde, ela precisa ser segura, eficaz e alinhada à realidade da prática médica.

O CFM não trabalha isolado. Nossa força vem da sinergia com a sociedade de especialidades, como aqui com a Sociedade Brasileira de Cardiologia e a Sociedade Brasileira de Cardiologia Intervencionista, que são os centros de produção do conhecimento técnico-científico que orienta a boa prática médica.

Quando a SBC e a SBHCI defendem que os protocolos clínicos sejam baseados em evidências científicas robustas, que a indicação de procedimentos seja feita por médicos capacitados, que a tecnologia chegue ao paciente com segurança, essas sociedades estão defendendo exatamente aquilo que o CFM defende. Não há conflito, há complementariedade. O CFM e a sociedade de especialidades são duas faces da mesma moeda: a moeda da medicina de qualidade, ética e centrada no paciente.

Um dos pontos mais nobres do PL 3.941, como já citado aqui, é o incentivo à incorporação de novas tecnologias. A justificativa já do projeto cita exemplos concretos, como o Tavi e o reparo mitral transcater. E o CFM tem um papel crucial nesse processo. Nós avaliamos a segurança e a eficácia dos novos procedimentos e tecnologias antes de autorizá-los no Brasil. Esse trabalho é feito com rigor científico, Sr. Senador, celeridade responsável e independência absoluta de interesses comerciais. Não há pressa que justifique colocar um paciente em risco com uma tecnologia não testada, mas, acima de tudo, não há lentidão que justifique negar a um paciente o acesso a um tratamento que já salvou milhares de vidas em outros países.

Com a Resolução CFM 2.428, de abril de 2025, o CFM criou um fluxo de avaliação de novas tecnologias que é ágil e muito criterioso.

Com a autoridade que me confere a representação do Presidente do CFM e com a vivência de quem conhece a realidade assistencial deste país, eu trago aqui - e cumprimento o Presidente do CFM chegando, Dr. Hiran - três sugestões formais de inclusão no texto do PL 3.941, de 2025. São propostas que, se acolhidas, tornarão a política não apenas mais segura, mas também mais eficaz e respeitosa com a prática médica.

A proposta número um é a seguinte: o PL prevê a atuação de equipes multiprofissionais. Este, claro, é um grande acerto. Ninguém duvida que o cuidado cardiovascular exige enfermeiros, nutricionistas, fisioterapeutas, psicólogos e outros profissionais de saúde atuando de forma integrada. Contudo, é imperioso que o texto do projeto explicitie que o diagnóstico nosológico, ou seja, o diagnóstico da doença e a indicação terapêutica, especialmente nos procedimentos invasivos, são prerrogativas exclusivas do médico, conforme estabelece a Lei 12.842, de 2013, a Lei do Ato Médico.

Não se trata aqui de corporativismo, trata-se de proteção ao paciente. Um procedimento como uma angioplastia, um implante de *stent*, um marcapasso, uma cirurgia de revascularização, exige uma avaliação clínica completa, interpretação de exames complexos, análise de riscos e benefícios individualizados para cada paciente. Apenas o médico tem a formação e a responsabilidade legal para fazer essa indicação.

Qualquer ambiguidade nesse ponto, no PL, pode gerar riscos assistenciais gravíssimos e abrir brechas para que profissionais não médicos realizem atos para os quais não estão preparados. A proposta número dois que eu trago é que o PL prevê, então, a elaboração de protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas, as PCDTs. Essa é uma ferramenta, claro, importante para padronizar condutas baseadas em evidências e garantir qualidade no acesso.

No entanto, é fundamental que esses protocolos não engessem a decisão do médico assistente. Cada paciente é único. Um idoso de 85 anos, com múltiplas comorbidades e fragilidades, não pode ser tratado com o mesmo protocolo de um jovem de 40 anos sem qualquer outra doença. A medicina é ciência, mas também é arte. É a arte de cuidar, exige que o médico tenha liberdade para individualizar o tratamento dentro dos limites éticos e científicos.

A proposta número três - eu já abordei aqui esse ponto, mas eu reforço uma proposta formal - é para que o PL determine que, no processo de avaliação e incorporação de novas tecnologias cardiovasculares no SUS, pela Conitec, seja considerado sempre o posicionamento técnico do Conselho Federal de Medicina acerca da eficácia e da segurança do procedimento ou do dispositivo. Isso não cria, Sr. Senador, uma duplicidade de instâncias. Ao contrário, a Conitec continuará avaliando custo, efetividade, impacto orçamentário e viabilidade de incorporação.

E o CFM traz o olhar sobre a segurança clínica, a curva de aprendizado necessária, os critérios de indicação e os resultados em cenários reais da prática brasileira. É uma parceria que agrega valor e evita que tecnologias inseguras ou prematuramente aprovadas cheguem ao paciente.

O CFM não é um órgão de veto, o CFM é um órgão de garantia: garantia de que o que chega ao paciente brasileiro é seguro, eficaz e ético.

Concluindo, Sr. Presidente, as doenças cardiovasculares matam mais do que todos os cânceres somados, mais do que a violência, mais do que acidentes de trânsito. Elas são...

(Soa a campanha.)

A SRA. VIVIANA LEMKE - ... a principal causa de morte no Brasil e no mundo, e, no entanto, são amplamente preveníveis.

Nós sabemos que 80% dos infartos e derrames poderiam ser evitados com controles de fatores de risco simples, como: hipertensão, diabetes, colesterol alto, obesidade e tabagismo. O PL 3.941, de 2025, é uma oportunidade histórica e o CFM quer participar ativamente da construção desse sistema, não apenas como um consultor, mas como um parceiro na definição dos indicadores de qualidade, dos critérios de segurança e dos padrões mínimos de atendimento.

Colocamo-nos, então, à disposição do Ministério da Saúde e do Congresso Nacional.

As sugestões que eu apresentei aqui, como o respeito à Lei do Ato Médico, a defesa da autonomia médica e a participação do CFM na incorporação tecnológica, não são emendas que enfraquecem o projeto, são contribuições que o fortalecem...

(Soa a campanha.)

A SRA. VIVIANA LEMKE - ... que o tornam mais seguro e mais alinhado à realidade da prática clínica.

Então, que esta Casa legislativa possa escrever mais um capítulo na história da saúde pública brasileira; que o coração do Brasil, o coração de cada paciente que espera um atendimento digno, o coração de cada médico que luta por condições de trabalho e o coração de cada gestor que busca eficiência possa bater mais forte, mais seguro e por muito mais tempo.

Muito obrigada. *(Palmas.)*

O SR. PRESIDENTE (Dr. Hiran. Bloco Parlamentar Aliança/PP - RR) - Muito obrigado, querida Conselheira e minha colega Viviana.

Eu quero aqui antecipar que já vamos acatar, no nosso texto do nosso relatório, as suas sugestões, que foram absolutamente pertinentes.

Passo, em seguida, a palavra para a minha querida amiga Marlene Oliveira, Presidente do Instituto Lado a Lado pela Vida, mas também saúdo aqui a presença do nosso Presidente do Conselho Federal de Medicina, que abrilhanta essa nossa audiência pública, meu querido xará, Dr. Hiran Gallo; nosso Conselheiro Federal pela Bahia, que é o nosso Coordenador da Comissão de Assuntos Políticos do CFM, meu querido Meira; nossa assessora Gabriela e... Cadê? Estava aqui o nosso assessor jurídico, Alejandro Bullón.

Sejam muito bem-vindos aqui ao Senado da República.

Passo a palavra, em seguida, à Dra. Marlene Oliveira, por favor, por dez minutos.

A SRA. MARLENE OLIVEIRA (Para expor.) - Boa tarde a todos.

Primeiramente, eu queria agradecer, Senador Hiran, por estar aqui, mais uma vez ao seu lado, discutindo um PL.

Nós já tivemos histórias, como a pesquisa clínica, em que nós atuamos durante dez anos para conseguir ter uma política que hoje começa a dar alguns resultados no nosso país. Também nós tivemos um trabalho muito forte, que foi a Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer, na qual a sua relatoria foi decisiva naquele processo final de aprovação. E, com isso, eu me sinto, assim, muito honrada de a organização civil estar presente junto a uma discussão como essa, porque política se faz com a organização civil, não se faz sem ela.

E aqui o Instituto Lado a Lado. Uma das coisas que eu acho importante a gente começar a discutir aqui é que milhares de brasileiros percorrem caminhos invisíveis entre o risco, o diagnóstico e o cuidado. Esta audiência é sobre tornar esses caminhos visíveis.

Com isso, o Instituto Lado a Lado, para quem não conhece, é uma organização que existe há 18 anos, na qual nós atuamos nas duas principais *causa mortis*, que são o câncer e as doenças cardiovasculares, e temos feito um trabalho muito próximo, tanto do Ministério da Saúde quanto dos conselhos nacionais de saúde, e os estaduais e os municipais.

A gente tem feito um trabalho muito forte de *advocacy*. Grande parte das coisas que vocês trouxeram aqui é um trabalho que a gente faz. Quando a Conitec vai aprovar uma tecnologia, a organização civil também tem que ser ouvida, então esse trabalho tem que ser feito em conjunto e a gente está aqui nessa mesa para somar.

E, com isso, o Instituto Lado a Lado, desde 2014 - aí, uma linha do tempo do que a gente tem feito para cardiovasculares -, a gente ilumina todos os anos o Cristo Redentor para chamar a atenção da população com relação às doenças cardiovasculares. Nós temos um projeto chamado Caminhos da Saúde, em que a gente percorre os territórios para levar informação sobre promoção e educação em saúde. Nós participamos de audiências públicas. Temos um trabalho muito forte nas escolas, trabalhando com educação em saúde. Eu estou aqui, mas está acontecendo agora, no auditório da Opas, um evento organizado pela minha instituição, que é focado em imunização. Hoje é o Dia Nacional da Imunização, e aí as pessoas estão lá para discutir também a questão da vacina do HPV. E há o trabalho de *advocacy*, que é esse que a gente faz, que é defender o paciente. Esse é o nosso dia a dia.

Uma oportunidade histórica que nós estamos tendo aqui é que as doenças cardiovasculares continuam sendo a principal causa de morte no Brasil, mas o desafio não é apenas compreender a doença; o desafio é organizar o cuidado. E, com isso - a realidade das doenças cardiovasculares -, nós não estamos falando de uma única doença; estamos falando da principal causa de morte dos brasileiros. Nós estamos falando de infarto, AVC, arritmias, cardiomiopatias, valvopatias, hipertensão e muito mais.

Aqui, a gente precisa entender que, quando a gente faz uma política, a gente tem que olhar para tudo isso e definir linhas de cuidados muito bem estruturadas. O Brasil precisa de uma política de Estado: programas passam, o Governo muda e as políticas permanecem. Enquanto a gente ficar fazendo políticas que não sejam políticas de Estado, a gente vai continuar tendo várias políticas sem grandes resultados.

E, com isso, eu tenho a honra de dizer que eu participei, desde a redação até a aprovação, desse legado que hoje nós deixamos para o país, que é a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer. Eu acho que a gente aprendeu muito com essa política, e é esse aprendizado que eu acho que a gente tem que trazer para a política nacional de cardiovascular. A gente precisa ter uma rede organizada, precisa ter dados, precisa ter governança, participação social e - o mais importante - monitoramento.

Uma reflexão que nos acompanha é: se o Brasil precisava organizar uma rede nacional para enfrentar o câncer, por que não fazer o mesmo diante da principal causa de morte dos brasileiros?

E aí nós temos a Dra. Carmen, que está aqui nos acompanhando *online*, e eu tenho batido na porta do ministério constantemente, e a Aurora, que está aqui representando o Instituto Nacional do Coração. Diferente do câncer, nós temos o maior centro de prevenção contra as doenças cardiovasculares, que são nossas unidades básicas de saúde. Nós precisamos fortalecê-las, porque é lá que vamos discutir, vamos tratar e vamos orientar a hipertensão, diabetes, obesidade, tabagismo e sedentarismo.

E uma linha de cuidado: ela foca também na jornada do paciente. A gente precisa entender qual é a navegação dele e que a gente precisa focar na prevenção, no diagnóstico, no tratamento, na reabilitação e, o mais importante, no seguimento desse paciente.

Grandes desafios nós temos aqui: o envelhecimento, como já foi dito; diagnóstico tardio; baixa percepção de risco, o paciente cardiopata não se reconhece como paciente, ele não se reconhece; tem uma fragmentação do cuidado, e os médicos que estão aqui presentes sabem que o maior desafio - não só do Brasil, do mundo - é a baixa adesão ao tratamento. Esse é um dos maiores desafios.

E a atenção especializada e inovação, como já foi dito aqui, a gente precisa discutir, e dentro desse PL tem que estar a questão do diagnóstico oportuno, da atenção terciária, a reabilitação e os tratamentos avançados.

Tecnologia também salva vidas. Inovação não é custo, é valor para os pacientes e para o SUS. Isso significa que novos medicamentos podem ser incorporados; nós temos que ter a telessaúde; a Tavi, que daqui a pouquinho a Dra. Fernanda Mangione e o seu pai, o Dr. Armando, que é uma pessoa que tem nos ajudado muito com relação à questão da Tavi... dispositivos cardíacos; e diagnóstico avançado. Então a gente tem que parar de ficar olhando só para especializada, a gente tem que olhar também... Tem um vácuo aqui que é a terciária, que, para a cardiologia, faz uma diferença muito grande.

E aí eu quero trazer para essa discussão, como nós fizemos juntos na construção da PNPC, o Instituto Nacional do Coração. O Instituto Nacional do Coração, junto com as sociedades e especialidades, pode trabalhar diretrizes, capacitação, apoio aos territórios e disseminação de boas práticas.

O que não é monitorado, não evolui, a gente precisa ter esse olhar. E uma política forte precisa de uma governança forte, um espaço permanente de implementação, monitoramento e participação social. O sucesso dessa política não será medido

pelos documentos publicados, e, sim, por menos peregrinação dos pacientes, mais acesso, melhor qualidade de vida e mais vidas preservadas.

E o que a gente não pode esquecer, nenhum de nós que estamos nessa mesa, é que a gente precisa colocar o paciente no centro do cuidado. Uma política só vale se ela tiver esse olhar...

(Soa a campainha.)

A SRA. MARLENE OLIVEIRA - ... com o paciente no centro do cuidado.

O que defendemos é uma política de Estado, atenção primária fortalecida, uma rede organizada, atenção especializada, inovação, dados - dados são pessoas; a gente não pode esquecer que dados são famílias -, governança e participação social. E eu quero trazer aqui também, como sugestão, Senador, a criação... Eu já tenho discutido isso; quando o Ministro Padilha sumiu, eu conversei com ele. Eu faço parte do conselho do Consinca, que é o conselho consultivo do Inca, no qual a gente discute a implementação da política; e a gente precisa criar o consincardio, para que seja também um ambiente que reúna todo o ecossistema que discute as cardiovasculares, para estar junto nessa discussão.

E aí o coração. Eu trouxe essa figura, o tempo inteiro, que está aparecendo, do Mágico de Oz, porque o que ele queria era ter um coração, e ele não tem um coração; e quem tem coração precisa cuidar. Essa é a grande mensagem do Instituto Lado a Lado, e eu acho que esse PL pode crescer. Eu acho que é por isso que nós estamos aqui. E todos nós - eu reforço - fazemos parte desta discussão; ninguém pode estar de fora.

E, com isso, eu agradeço e me coloco à disposição aqui, para contribuir, como eu contribuí para a pesquisa clínica e para a Política Nacional de Prevenção do Câncer.

Muito obrigada, Senador.

O SR. PRESIDENTE (Dr. Hiran. Bloco Parlamentar Aliança/PP - RR) - Muito obrigado, querida Marlene.

Eu sou testemunha da sua defesa. É uma defesa muito frequente aqui, no Parlamento, seja na Câmara, seja aqui, no Senado, para defender os interesses da saúde pública do nosso povo.

Parabéns pelo seu trabalho e parabéns ao instituto que você preside, com tanta dedicação e competência.

Passo, em seguida, a palavra para a Dra. Fernanda Mangione, que será a última expositora desta nossa audiência pública, muito, muito interessante, que me ajudou muito no sentido de ornamentar o texto que eu vou apresentar desse projeto.

Dra. Fernanda, seja muito bem-vinda, por dez minutos, por favor.

A Dra. Fernanda é Cardiologista e representante do projeto social Unidos pelo Coração.

A SRA. FERNANDA MANGIONE (Para expor. *Por videoconferência.*) - Olá, boa tarde a todos.

Deixem-me só ver se eu consigo compartilhar a minha tela e se vocês estão vendo o que eu quero que vocês vejam. Estão aparecendo meus eslaides de doenças cardíacas estruturais?

O SR. PRESIDENTE (Dr. Hiran. Bloco Parlamentar Aliança/PP - RR) - Ainda não.

A SRA. FERNANDA MANGIONE (*Por videoconferência.*) - Não? Só um minutinho. (*Pausa.*)

E olhem que eu fiz o teste e deu certo, e agora não quer mais dar certo.

O SR. PRESIDENTE (Dr. Hiran. Bloco Parlamentar Aliança/PP - RR) - Mas não se preocupe, porque isso acontece.

Em outro dia eu fui fazer uma palestra lá em São Paulo e fui no dia anterior, Doutora. Fui ver se as imagens e os meus eslaides estavam todos na ordem e tudo direitinho. Quando eu apertei a primeira vez nesse botãozinho aqui em que a gente passa, passaram todos de uma vez. Aí eu não consegui e me atrapalhou todo.

Isso é normal, isso é tecnologia, não é, Hiran?

A SRA. FERNANDA MANGIONE (*Por videoconferência.*) - Ainda segue sem aparecer? (*Pausa.*)

Oh, meu Deus. Deixem-me tentar de novo. (*Pausa.*)

Ele está aparecendo como se tivesse pausado meu "share screen"... Será que alguém consegue me ajudar?

E olha que eu fiz o teste mesmo... (*Pausa.*)

Acho que agora vai...

Por que é que está pausado? (*Pausa.*)

Acho que agora deu, não é? Ou não? *(Pausa.)*

Deu, Vivi?

O SR. PRESIDENTE (Dr. Hiran. Bloco Parlamentar Aliança/PP - RR) - Tudo certo.

A SRA. FERNANDA MANGIONE *(Por videoconferência.)* - Opa! Finalmente. Desculpem-me por isso.

Primeiro, eu queria agradecer ao Dr. Hiran pela paciência comigo agora e por todo seu excelente trabalho, defendendo os interesses nossos, principalmente dos pacientes aí no Senado.

Quero cumprimentar todos os membros da mesa, principalmente o Dr. Airton, nosso querido Presidente, e elogiar também a Dra. Viviana, que foi nossa Presidente da sociedade e que agora está fazendo um trabalho excepcional no CFM com essa apresentação, que eu acho que, cada vez mais, busca, junto, obviamente, com o CFM, ajudar o nosso principal objetivo, que é o paciente no centro do cuidado.

Eu vou falar um pouquinho, como o Dr. Airton falou, só ressaltar a importância das válvulas cardíacas. A gente sabe muito bem, como foi mencionado, que as doenças cardiovasculares são a principal causa de morte no Brasil e no mundo, e se fala muito sobre o infarto, insuficiência cardíaca, mas as válvulas cardíacas são muito esquecidas, e eu acho que muito pouco conhecidas, principalmente pela população leiga, de maneira geral.

Só para entender como é que elas funcionam: elas são as portas que regulam a saída do sangue de dentro do coração e entre as câmaras cardíacas, e elas se fecham para que o sangue não retorne no sentido contrário.

A importância dessas doenças... O Dr. Airton já demonstrou muito bem, mas vejam que as doenças do lado esquerdo do coração, das válvulas do lado esquerdo do coração, correspondem a até 15% dessa população acima de 75 anos, que têm algum tipo de doença, tanto da válvula aórtica quanto da válvula mitral.

O que a gente consegue ver muito bem é que, ao contrário da doença reumática, a doença degenerativa, principalmente da válvula aórtica, vem crescendo muito. De acordo com esse envelhecimento populacional, houve um aumento de 200% na prevalência da estenose aórtica. E ela ficou na 9ª posição em 2017 entre as causas de morte no Brasil.

Então, é uma causa bastante importante de morte no nosso país. Existe uma sobrecarga muito crescente para o sistema de saúde que exige ações específicas para minimizar esse impacto. Qual é o grande problema da estenose aórtica? Ao contrário da grande maioria das doenças, em que a mortalidade vai acontecendo de uma forma lenta e progressiva, quando a estenose aórtica apresenta sintomas - eu costumo fazer analogia como uma queda de um precipício -, 50% desses pacientes estão mortos em dois anos, se não recebem o tratamento adequado. E remédio, nesse caso, não funciona nada. O tratamento adequado significa a troca da válvula aórtica, seja pela cirurgia cardíaca ou pela Tavi, que eu acho que foi o tema que existiu na fala de todos os palestrantes. Eu prestei atenção a isso, então eu vou falar um pouquinho sobre isso; mas vejam que, quando o paciente recebe o tratamento adequado, a sobrevida dele passa a ser praticamente igual a um paciente que não tinha essa doença. Se não for tratado adequadamente, vejam que a sobrevida desse paciente em dois ou em três anos é de 20%. Então, realmente, o sintoma é igual ao tratamento, que é a intervenção.

Quando a gente tem que oferecer essa intervenção - que eu acho que é extremamente importante? A gente precisa entender que, no início dos sintomas, ou quando a gente começa a ver que tem uma descompensação do ventrículo, a gente precisa intervir, para que não aconteçam danos irreversíveis. E, com isso, aumentam-se admissões hospitalares e mortalidade. Sem dúvida nenhuma, como foi bem comentado, os custos aumentam, porque esse paciente não tratado se traduz num paciente que vai desenvolver insuficiência cardíaca, vai ter internações hospitalares frequentes e consome muito recurso. Então, a gente precisa ter um diagnóstico efetivo e precoce.

Vejam, senhores, que o diagnóstico da valvopatia é feito da forma mais simples possível, que é com um estetoscópio. Então, se o médico pegar um estetoscópio e examinar adequadamente esse paciente - que é uma outra coisa que a gente vê que está faltando muito hoje em dia, o médico que examina o paciente -, a gente consegue fazer o diagnóstico precoce dessas valvopatias. Obviamente, a gente acaba indo mais além, pedindo um ecocardiograma, mas há importância de a gente fazer um diagnóstico precoce das nossas valvopatias.

Quero mostrar aqui para os senhores que, como eu comentei, o infarto tem bastante atenção já na nossa população. Todo mundo conhece muito bem, os médicos, e a gente vê que as intervenções para tratamento do infarto e das doenças arteriais coronárias vêm aumentando progressivamente com os anos. Esses dados são de 2008 a 2019, e a gente vê um aumento aqui. Porém, eu mostrei para vocês que as valvopatias têm aumentado também, mas aqui, na curva azul, vejam o número de cirurgias de válvula. Elas permanecem exatamente iguais nesse período de 11 anos.

Já foi mostrado bem nitidamente pelo Dr. Airton, mas vejam a Alemanha - que é um país que tem uma população duas vezes e meia menor que a gente -, o número de procedimentos em válvulas de 19 mil pacientes em 2017... E quando a

gente vai olhar aqui nossos dados do Datasus: em 2018, nós tivemos apenas 7,5 mil cirurgias de válvula aórtica ou mitral. Lá - eu mostrei - na Alemanha, só a aórtica. Aqui, somando todas as valvopatias, a gente não faz nem metade do que a Alemanha fez, sendo uma população muito menor que a nossa. Então, a gente está muito defasado, realmente.

Então, na nossa realidade, a gente está indo exatamente na contramão. A gente tem tido redução dos gastos com doença valvar cardíaca pelo sistema público de saúde de 2008 a 2019: menos 6% de internações clínicas e menos 28% para intervenções - que é o que eu comentei que realmente muda prognóstico, salvam vidas. A gente precisa de discussões urgentes para uma revisão orçamentária e evitar esse adiamento e a restrição de procedimentos e - como todo mundo comentou nas suas falas - permitir a incorporação de novas tecnologias e dispositivos.

Então, até 20 anos atrás, essa era a nossa única solução para tratar a estenose aórtica, que é a cirurgia de troca valvar aórtica. Mas, quando a gente vai olhar aqui os nossos dados brasileiros, eles são assustadores, honestamente: com uma mortalidade superalta, com uma média de 5% a 12% de mortalidade no Brasil; com altas taxas de complicação (*Falha no áudio.*) ... tempos de internação hospitalar e, quanto menor o volume do centro, pior. (*Falha no áudio.*) ... muito bem mostrado, eu acho que, em meu tempo de formada - já tenho quase 20 anos -, eu nunca vi nenhuma tecnologia que fosse tão revolucionadora como o implante transcáteter da válvula aórtica. A gente faz através de uma pequena punção na região da virilha: entra através da aorta - coração batendo, 40 minutos de procedimento, apenas uma sedação - e a gente implanta essa válvula em 40 segundos - o momento do implante -; essa válvula começa a funcionar imediatamente.

Então, mostro para os senhores a cicatriz que fica. Isso é uma virilha, e tem menos de um centímetro de comprimento essa cicatriz - comparada com aquele "cortão" no peito que a gente viu. Os resultados desse tratamento, quando a gente compara com os da cirurgia cardíaca, que é o tratamento padrão aqui no nosso país, a gente vê que os pacientes de baixo risco cirúrgico - ou seja, os pacientes que vão bem na cirurgia - têm quase o dobro de desfecho de morte, AVC ou re-hospitalização, comparado com o Tavi, e com maiores taxas também de mortalidade por todas as causas e AVC incapacitante.

Então, é um tratamento que é minimamente invasivo, com melhores resultados do que a cirurgia, e, na nossa diretriz, ambos os tratamentos têm indicação Classe IA, que é o maior nível de indicação para tratar a válvula aórtica. Como foi bem colocado, a gente ainda tem limitações muito grandes, tanto no sistema público quanto no sistema privado, para usar essa tecnologia. Então, a gente precisa urgentemente de medidas que ampliem essa tecnologia.

Para concluir aqui a minha apresentação, realmente o PL - agora sendo apresentado - 3.941, de 2025, é uma iniciativa que eu acho que visa a organizar e melhorar o diagnóstico e o tratamento das cardiopatias de maneira geral, e esse projeto de lei deve ser aprovado com urgência. É mandatório que a gente tenha um programa de conscientização e prevenção em que o paciente esteja no centro do cuidado, porque essa é a importância de a gente ter médicos - tanto as sociedades quanto os conselhos médicos, juntos - nas decisões, porque a gente sabe que o objetivo principal do cuidado é sempre o paciente, a gente não pode se esquecer nunca disso.

Então, queria agradecer pelo tempo de vocês e me colocar à disposição também.

Obrigada.

O SR. PRESIDENTE (Dr. Hiran. Bloco Parlamentar Aliança/PP - RR) - Bom, muito obrigado, Dra. Fernanda.

Eu quero aqui agradecer a todos os que participaram desta nossa audiência pública, que foi muito esclarecedora para mim, como Relator desse projeto de lei.

Agora, eu quero pedir a todas as entidades, às entidades conselhais, associativas, sindicais, do terceiro setor, que todas trabalhem para... Ao mesmo tempo em que nós trabalhamos aqui para fazer com que esse projeto tramite, que vocês façam gestão junto aos nossos Senadores e Senadoras, para sensibilizá-los da importância da tramitação mais rápida desse projeto, que é do interesse da sociedade, é do interesse do povo brasileiro - principalmente o povo que utiliza o nosso Sistema Único de Saúde, que é o nosso maior patrimônio em termos de saúde no país, e o maior do mundo.

Eu quero aqui, também, dizer que eu gostaria até de me estender mais nessas discussões, mas eu estou aqui com o Presidente do meu conselho, que é o nosso querido Dr. Hiran Gallo, e nós temos uma agenda daqui a um minuto em outro lugar, no Tribunal de Contas da União, e vamos defender prerrogativas do médico, e aí eu tenho que...

Ao mesmo tempo, agradeço à Dra. Carmen, Dr. Júlio César, Dr. José Airton, Dra. Viviana Lemke, Dra. Marlene Oliveira, Dra. Fernanda Mangione, Dra. Aurora Issa, Dr. Jonas, a todos os que nos assistiram aqui, nossos assessores, aos que nos assistiram remotamente. Quero agradecer a colaboração de todos vocês, porque foi extremamente esclarecedora aqui cada exposição que vocês fizeram, e quero colocar o meu gabinete à disposição de vocês. Contem sempre comigo.

Nada mais havendo a tratar, declaro encerrada a presente reunião.

Um grande abraço. Deus abençoe a todos.

(Iniciada às 14 horas e 40 minutos, a reunião é encerrada às 16 horas e 04 minutos.)