

## Comissão de Saúde e Meio Ambiente – COSMAM



Lourdes  
Sprenger



Mônica  
Leal



Aldacir  
Oliboni



Cláudia  
Araújo



Psicóloga  
Tanise  
Sabino



Ramiro  
Rosário



### 027ª COSMAM 27AGO2024

**Pauta:** A saúde do coração: da prevenção ao tratamento de doenças cardiovasculares.

**PRESIDENTE LOURDES SPRENGER (MDB):** (10h05min) Bom dia, estão abertos os trabalhos da presente reunião da Comissão de Saúde e Meio Ambiente. Hoje o tema é saúde do coração, da prevenção ao tratamento de doenças cardiovasculares. De imediato, para compor a Mesa, vamos chamar a Sra. Fernanda Hartmann, da Secretaria Municipal de Saúde; o Sr. Fabiano Barrionuevo, representante do SAMU; o Sr. Marne de Freitas, da Fundação Universitária de Cardiologia; o Dr. Oscar Pereira Dutra, do Instituto de Cardiologia; Dr. Luciano Ceolin Rosa; Sra. Janaína Barcellos Ferreira, do Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional; Dra. Roberta Barbosa, da Defensoria Pública do Rio Grande do Sul. Os demais convidados que chegarem se anunciem com a secretária que nós também nominaremos. Para dar início, está presente aqui o Ver. Oliboni, o Ver. Ramiro, Ver.<sup>a</sup> Tanise, Ver.<sup>a</sup> Mônica. Nós escolhemos este tema, tendo em vista o grande número de situações que ocorrem e a busca pela saúde e alguns problemas que nós estamos tendo pela falta de cardiologista nos postos de saúde, e também pela

prevenção, buscarmos mais conhecimento, porque esta sessão está sendo televisionada, fica nos Anais da Casa também. O Ver. Aldacir Oliboni está com a palavra.

**VEREADOR ALDACIR OLIBONI (PT):** Saúdo aqui a nobre presidente, Ver.<sup>a</sup> Lourdes; Ver.<sup>a</sup> Mônica, Ver.<sup>a</sup> Tanise, todos nossos convidados. Esta reunião da comissão mais uma vez está sendo televisionada pelo Canal 16. Nobre Ver.<sup>a</sup> Lourdes, eu não sei qual vai ser o foco principal, mas eu queria levantar aqui uma questão que é muito pertinente, creio eu, devido à demanda existente hoje e a falta de oferta desses serviços para a população no Sistema Único de Saúde. Hoje, o cidadão que vai numa unidade de saúde e precisa de um cardiologista, no caso aqui, ele tem uma enorme dificuldade, tanto é que o Município tem um repesamento de 164 mil consultas para a especialidade. Não é diferente na cardiologia, pode estar acontecendo na gineco, pode estar acontecendo na uro, mas, nesse caso específico, quando é cardio e precisa de um atendimento muito diferenciado por ser de alta complexidade, nem todos os hospitais têm um atendimento de alta complexidade para salvar a vida do cidadão. Então, nós queremos ouvir aqui dos convidados quais são as sugestões para poder melhorar esse fluxo de atendimento. É o governo criar uma central de especialidades; é o governo contratualizar serviços na rede privada? Onde está o problema? Porque me parece que há uma certa falta de sensibilidade do governo municipal em poder perceber que em questão de minutos nós podemos perder uma vida. Então acho que é fundamental o debate ser profícuo, à medida que nós encontramos alternativas para poder solucionar o problema que está hoje em Porto Alegre. Muito obrigado.

**PRESIDENTE LOURDES SPRENGER (MDB):** Obrigada, vereador. A Sra. Fernanda Hartmann, da Secretaria Municipal de Saúde, está com a palavra.

**SRA. FERNANDA HARTMANN:** Eu estou como representante, na realidade, da Atenção Primária, o nosso escopo não atinge as especialidades. Enquanto

representante aqui da secretaria, estou dentro da Atenção Primária, então eu não posso falar exatamente pelo que está sendo feito com as especialidades. Eu posso falar da nossa atuação junto aos médicos da Atenção Primária. A gente atua dentro dos postos de saúde de Atenção Primária, são 133 postos atualmente, onde a gente procura, dentro de possibilidades de capacitação dos médicos locais, para que possam, as situações mais agudas iniciais, ser vistas nos postos para posterior encaminhamento às especialidades, no caso da cardiologia. O que nós fazemos então? Normalmente a gente tenta fazer capacitações para tentar qualificar, dentro do atendimento inicial, não um atendimento especializado. Nós fazemos também materiais educativos para a população compreender seus cuidados também dentro da saúde do coração, dos riscos das doenças cardiovasculares, então a gente cria eventuais materiais que a gente distribui para as unidades, distribui para a população geral em alguns eventos, mas nós temos algumas dificuldades; quais seriam assim as maiores dificuldades nossas? Atualmente a grande rotatividade de médicos nas unidades de saúde; a gente percebe que infelizmente não tem aquela sequência de acompanhamento da saúde pelo mesmo profissional, junto – quando o usuário procura o atendimento, muitas vezes em algum momento é um médico, um pouco tempo depois já é outro; então, ele não consegue ter uma sequência de acompanhamento como a gente gostaria. Então a gente tem essa dificuldade, mas nós desenvolvemos também algumas parcerias, criamos um projeto, dentro da secretaria, que é o Projeto Viver Mais e Melhor, voltado principalmente para os usuários, portadores de hipertensão, diabetes, obesidade e riscos cardiovasculares, com a atuação do profissional de educação física, que isso é uma coisa que ainda não tinha, o profissional de educação física não faz parte, na verdade, ainda, das categorias que compõem as equipes de saúde nas unidades de saúde; então, a gente criou o Projeto Viver Mais e Melhor, é um projeto pioneiro que está atuando junto a esse esses grupos específicos de portadores dessas doenças, dessas morbidades, com atuação de desenvolver mobilidades, cuidados também, está tendo um resultado bem interessante. É um projeto temporário, não tem, não é uma coisa ainda que tenha uma extensão

---

maior; então, a gente está com um período de um ano e meio nesse projeto, cujos resultados estão sendo bem interessantes. Eu queria até mostrar para vocês o material que a gente desenvolve, não sei se posso passar? São *folders* que a gente cria para justamente poder... Então aqui temos alguns sobre doenças cardiovasculares. Aqui, para a população entender melhor o que seria o diabetes, também tem esse material. Como a gente trabalha com as crônicas especificamente lá, e eu faço parte da área técnica das crônicas, então a gente desenvolve outros projetos também, que seriam doenças, como o câncer, a gente trabalha com pacientes portadores de câncer em geral, também as dores crônicas; aí no caso fibromialgia também, a gente atua em tudo isso. Então, na verdade, são morbidades que, de alguma forma impactam na saúde em geral dos usuários, e a gente procura trabalhar em cima disso. Então, como eu estava explicando, a gente não trabalha com a Especialidade especificamente; então, trabalhamos diretamente com os cardiologistas, mas a gente também tem contato com a regulação, com a Especializada, também junto na nossa área, que é a Diretoria de Atenção Primária à Saúde – DAPS, onde esse esses colegas também nos subsidiam para que a gente possa criar esses materiais, enfim, procurar levar adiante as capacitações; então, isso é o que a gente procura fazer lá. Estamos só tentando, na medida do que é possível, dentro da Atenção Primária, sem a Especializada atuando diretamente conosco, a gente está atuando dessa forma, fazendo alguma coisa, pensando mais na saúde do coração; inclusive a gente tinha um projeto agora, que, esse ano não vai poder, vai ter que ficar para o ano que vem, que é o Dia Mundial do Coração, é um dia mundial que existe, dia 29 de setembro. A gente tinha criado um projeto de fazer uma atividade ao ar livre, com educação física, com aulas de atividade física, com aulas antiestresse, alguma coisa que pudesse trabalhar nisso, rastreamento também, tipo verificação de pressão, glicose, HGT, que é a glicose periférica; então, são várias situações que a gente iria desenvolver num dia específico para fazer no Dia Mundial do Coração, dentro da secretaria. A gente, enquanto área técnica, a gente planeja atividades voltadas para alguns cuidados; então, desses cuidados da nossa área das doenças crônicas não transmissíveis, entre elas

cuidado dos hipertensos, diabéticos, dos doente com neoplasias, os respiratórios crônicos e dores em geral. Então, essas são as nossas atuações.

**PRESIDENTE LOURDES SPRENGER (MDB):** Fico muito satisfeita porque eu aprovei uma lei, na pandemia, para incluir o educador físico como saúde pública. E já tenho um projeto, até vou divulgar esse seu projeto, que não seja passageiro, que seja permanente.

**SRA. FERNANDA HARTMANN:** Inclusive a gente gostaria assim também de contar com recursos de emendas parlamentares; para nós é muito importante para a gente poder desenvolver essas atividades.

**PRESIDENTE LOURDES SPRENGER (MDB):** Agora é a hora dos projetos, das emendas, agora para setembro. Também está presente o presidente do Conselho Regional de Farmácia? Sim, a assessoria. Registro a presença da Ver.<sup>a</sup> Cláudia Araújo, que chegou agora. Acho muito importante, nós já fizemos um trabalho há muito tempo, a COSMAM com essa... A gente vem numa fase bem difícil, tínhamos muitas ambulâncias em concerto, e como está a situação hoje, nessa área de prevenção, tem muitas chamadas, não sei se o senhor tem esse dado nesta área da cardiologia?

**SR. FABIANO BARRIONUEVO:** Bom dia a todos, bom dia presidente, demais já citados, obrigado pelo convite. É sempre bom a gente trazer um pouquinho do nosso trabalho para a comunidade. Agora as nossas viaturas estão todas renovadas; Porto Alegre conta com 100% da frota nova, com essas viaturas novas que vieram agora, recentemente, também no Ministério, que vieram compor; então, hoje nós temos 18 equipes, 03 avançadas, 15 de suporte básico – todas elas com viaturas de 2023/2024. Então, por pelo menos uns três ou quatro anos a gente não tem que se preocupar. Além disso, focando agora na parte cardiovascular, o SAMU Porto Alegre fez um investimento nos compressores, compressores mecânicos, para caso de parada cardíaca; isso

elevou nossa taxa de reanimação cardiopulmonar, nos caso de parada cardíaca, de 11 ou 12% para 24 ou 25%. Hoje a gente tem dados muito acima da média, muito acima da média do Estado, que é abaixo de 10%, e Porto Alegre trabalha com 25% de sucesso da reanimação do paciente em parada cardiorrespiratória no APH, que a gente sabe que é uma mortalidade bem alta, e aqui ele pode me ajudar; a gente sabe que intra-hospitalar é alta, fora do hospital é mais alta ainda. E, junto com os compressores mecânicos que atuam nas equipes, a gente conseguiu colocar, com verbas do Ministério da Saúde, via Proadi-SUS, o projeto Cidade Cardio Protegida, que é um projeto que estava remando dentro do SAMU, com mais de dez anos, e a gente conseguiu tirar do papel. Até queria colocar essa apresentação ali; eu vou falar desse projeto rapidinho – digo rapidinho porque daria para falar o dia inteiro.

(Procede-se à apresentação)

**SR. FABIANO BARRIONUEVO:** Então esse é um projeto que nasceu no SAMU, ele tem mais de 10 anos, como eu falei. Ele traz a parte de treinamento da população para reanimação cardiopulmonar. A gente fez uma análise dos dados de Porto Alegre, das paradas cardiorrespiratórias: hoje, em Porto Alegre, acontecem, em média, duas PCRs por dia – é bastante, não são poucas PCRs. Dentro dessas PCRs, algumas não são reanimáveis, pacientes já idosos ou acamados, mas muitas outras são reanimadas. Não sei se todo mundo sabe, ontem, uma criança, no Farroupilha, com 15 anos, teve uma PCR; saiu. A Unimed chegou antes – eles acionaram a Unimed –, depois chegou o SAMU; fizeram o atendimento, essa criança saiu da PCR. Então nós temos PCRs acontecendo atrás da gente, PCRs que a gente não está sabendo. E a gente poderia, a gente como população, atuar; o brasileiro não tem esse conhecimento ou essa prática de ajudar na questão de parada cardiorrespiratória, mas, com um treinamento e uma orientação, é possível. Sobre o nosso tempo de PCR, os primeiros cinco minutos são cruciais; a cada um minuto que esse paciente não fica sendo reanimado, não tem as compressões ou não tem a desfibrilação

---

precoce, a cada um minuto ele perde 10% de chance de ser reanimado. É muito rápido. E, por mais ágil que seja o SAMU, a gente não vai conseguir aparecer na parada, nós temos tempo deslocamento, tem trânsito, tem várias situações que vão atrasar essa chegada do SAMU. E aí que entra a população na reanimação. Então esse projeto tem o intuito de reduzir o tempo do início das compressões e da desfibrilação, que são os dois primeiros elos do atendimento pré-hospitalar da parada cardiorrespiratória, que, no Brasil, normalmente, não acontece. Ele só vai começar a acontecer quando o SAMU chega. E esses dois primeiros elos são de responsabilidade da população, mas a gente acaba esquecendo disso. Trazer à população como uma responsabilidade para atender, porque a população está do lado desse paciente que está tendo uma parada cardíaca, um familiar, um amigo, um vizinho ou alguém passando na rua.

Então, na primeira etapa, a gente fez uma análise de cinco anos de PCR do SAMU, fez um levantamento dentro da cidade de todos os desfibriladores públicos que a gente tem e ninguém sabe – mas são muito poucos, e, geralmente, eles ficam trancados dentro da gaveta, e a chave fica com o segurança. E a gente trabalhou dentro desse projeto do Ministério a distribuição de 145 DEAs públicos em Porto Alegre. Então teve a divulgação na mídia durante um ano, a gente trabalhou isso de forma bem intensa, conseguimos fazer o treinamento de 2 mil voluntários em suporte básico de vida e o cadastro desses voluntários em um aplicativo. Esse aplicativo, de domínio do SAMU Porto Alegre, faz a geolocalização desses voluntários, e esses voluntários são acionados junto com o SAMU, que é o que a gente chama de *force responder*. Então é uma integração entre o SAMU, as equipes do SAMU e a população. Então aqui temos o mapa antes do projeto, os DEAs existentes, muitos desses DEAs em *shoppings*, em aeroporto, em academias, que são DEAs públicos, e aí eu uso aspas, entre aspas, porque ninguém vai conseguir arrancar um DEA do Praia de Belas, por exemplo, para atender um paciente com uma parada cardíaca no Marinha. Eles não vão liberar, não vão entregar esse DEA de uma forma pública, ele vai ser para atender a população dentro do Praia de Belas ou dentro da academia. Então eles são públicos, *pero no mucho*. E a gente

---

conseguiu a aquisição, via verba do Proadi-SUS, de 145, distribuindo-os na cidade. Então percebam a diferença entre o mapa do antes e o da atualidade, isso é real, isso já existe, e vocês vão começar, a partir de hoje, a olhar e a observar isso. Podem reproduzir esse vídeo para mim? Porque esse vídeo explica exatamente, para vocês entenderem como é que é esse projeto de geolocalização de *force responder*. (Pausa.) Enquanto eles resolvem ali, então: o SAMU faz o treinamento dessa população, essa população fica cadastrada em um aplicativo; no momento em que o SAMU faz o atendimento lá, o médico identifica uma PCR, marca isso no sistema, a equipe recebe essa informação da PCR, se desloca até o atendimento, até o local, e o sistema do SAMU geolocaliza, naquela área, em um raio de 500 metros quadrados, qual população treinada pelo SAMU se encontra naquela região, tocar o *smart*, como se eu estivesse aqui conversando com vocês, tivesse uma parada aqui embaixo, e eu jamais saberia, mas o meu telefone particular vai tocar, e eu vou dizer: posso ir ou não posso ir; eu vou dizer: sim, eu vou. E o mês passado o SAMU chegou e tinha um *first responder* reanimando o paciente, chegou antes. Então a gente consegue reduzir o tempo do início da compressão e do choque, agora com a distribuição dos DEAs.

Vê se tu consegues reproduzir aí para nós. (Pausa.) Ainda não. Ele está resolvendo as questões técnicas.

Então é um projeto que já é amplamente utilizado na Europa, eles conseguiram reduzir o tempo em 4 ou 5 minutos, nos estudos, e isso é muito tempo, lembro que a gente falou em 10% a cada um minuto. E todos os resultados de desfecho nos estudos que têm na Europa são de melhor prognóstico, tanto a longo prazo, quanto a curto prazo desses pacientes reanimados. Então já é comprovadamente, sim, demonstrado em estudos que isso é efetivo, há um custo muito baixo que é só treinar e manter o aplicativo, que o custo de manutenção do aplicativo é baixo.

(Apresentação de vídeo.)



**SR. FABIANO BARRIONUEVO:** Isso é o aparelho. É um vídeo de divulgação, não é um vídeo de treinamento. O aparelho desfibrilador externo automático não é feito para um profissional de saúde. Eu aposto o que vocês quiserem, se eu trouxer um DEA aqui e pedir qualquer um instalar o DEA, todo mundo vai conseguir, sem treinamento, ele é muito fácil e prático, não tem mistério, ele é feito para a população, ele não é feito para profissionais de saúde. Hoje, nas farmácias Panvel e São João, tem um cartaz na frente, uma plaquinha: aqui tem DEA público. Então, numa farmácia São João, a gente tem várias hoje em Porto Alegre, tem um DEA público a menos de 1 km entre uma farmácia e outra. Se vocês começarem a observar, quando forem na Panvel e São João, na porta vai ter a plaquinha e lá dentro tem um DEA que qualquer pessoa pode retirar para utilizar em um paciente. Até hoje a gente teve alguns DEAs roubados, mas foi devido à enchente. Foram farmácias que foram saqueadas e junto foi saqueado, acho que um total de quatro ou cinco DEAs. Cada DEA tem valor de R\$ 10 mil, então nós estamos falando do investimento aí de R\$ 1 milhão a R\$ 1,5 milhão dentro da cidade, que ficou para nós no projeto, foi via Proadi-SUS. A gente conseguiu essa doação do Ministério para Porto Alegre. Então esses DEAs permanecem em Porto Alegre, agora que terminou o projeto do Proadi-SUS. A gente está caminhando ainda, é início, mas ele saiu do papel e já funciona, os voluntários estão ativos, estão sendo acionados, só que a gente tem um voluntariado muito pequeno ainda, a gente precisa aí de 20 mil pessoas treinadas, mas aos poucos a gente vai conseguir atingir esse número aí. Junto com isso, a gente tem o trabalho da parte dos infartos com supra, com diagnóstico precoce também dentro das ambulâncias e encaminhamentos diretos desses pacientes para dentro do hospital e não perdendo tempo, indo para um pronto atendimento, são infartos específicos que precisam de um tratamento específico e que o diagnóstico é feito dentro da ambulância. Então também reduz o tempo de atendimento desses pacientes e diminui a mortalidade. Na parte de cardiologia é isso, o SAMU tem tentado atuar de forma positiva que agregue valor, que melhore o desfecho desses pacientes e traga mais segurança pra nossa cidade, transformando sim a Porto Alegre numa

Cidade Cardio Protegida. Esse projeto é único no país, só nós temos, não há nenhuma outra cidade no País que tem isso, na América do Sul só a cidade de Tigre, na Argentina, tem esse projeto, e nós. É um projeto que a gente vai tocar e vai acontecer. Claro, aqui é só uma pincelada, eu fico à disposição aí depois para conversar e trocar ideias sobre, para gente conseguir dar um gás para esse projeto e isso é importante com os vereadores que a gente consiga sempre um apoio, porque isso demanda recurso financeiro, esses desfibriladores vão precisar trocar bateria, eles vão precisar trocar as pás daqui dois, três anos. Então vai ter um investimento, mas é infinitamente menor ao valor deles na compra né, isso aí já está paga, é uma conta que já está paga. Obrigado pela atenção de todos. Eu fico à disposição.

**PRESIDENTE LOURDES SPRENGER (MDB):** Obrigada. Uma boa pauta. A minha intenção foi justamente trazer maiores conhecimentos sobre esta área e tratado da medicina. Está presente, recebemos com grande satisfação, o Instituto de Cardiologia, vou citar os nomes dos representados aqui: Dr. Marne de Freitas Gomes, diretor-presidente; Dr. Oscar Pereira Dutra, chefe da unidade intensiva e diretor científico e ex-presidente da SBC; Dr. Luciano Ceolin Rosa, diretor-técnico e chefe da unidade de assistência médica do Instituto de Cardiologia; Dr. Renato Cecin Vaz, assessor da diretoria da FUC; Leandro Gomes, superintendente-geral da FUC. Realmente nós precisamos sim trazer o instituto que presta relevantes serviços à sociedade, pois na hora que se precisa é que se vê quantas pessoas recorrem ao instituto; e eu estive lá com um paciente, não faz muito tempo, e vimos a dedicação dos funcionários para atender toda aquela emergência que chega e que necessita de cateterismo, *stent*, e também para nós, vereadores, sabermos que com as nossas emendas nós também podemos ajudar um pouquinho. Então eu passo a palavra para o representante do instituto, o Dr. Luciano, que está com a palavra.

**SR. LUCIANO CEOLIN ROSA:** Bom, o instituto essencialmente atua na parte mais extrema, na terciária e quaternária, é um responsável pelo maior volume

de cateterismo e atendimento de angioplastias primárias, que é o tratamento do infarto, mas eu vou fazer algumas colocações a respeito do tamanho, da dimensão do problema da doença cardiovascular na sociedade, e da importância das medidas de prevenção de saúde, porque tu resolve um problema ou aumentando a solução para o problema ou diminuindo o problema, e a prevenção primária é diminuir a demanda. Eu pediria que colocassem a minha apresentação. (Procede-se à apresentação.) Por que a gente tem que falar de cardiologia? No mundo, é ainda a principal causa de mortalidade; uma proporção de 33% das causas de mortalidade no mundo inteiro; supera, de longe, o câncer. No Brasil, uma pequena migração em outras causas, mas continua a doença cardiovascular, o infarto e a doença cerebrovascular, o infarto e o AVC continuam instáveis ali em primeiro sem nenhuma ameaça à sua liderança. No Rio Grande do Sul também, o aparelho circulatório respondendo por 21% da taxa principal, tanto em homem quanto em mulher, superando as neoplasias. Em Porto Alegre tem uma distorção, existe um viés aqui que neoplasia passou, porque os pacientes que têm neoplasia procuram os grandes hospitais para tratamento de câncer. Então os pacientes da Grande Porto Alegre começam o tratamento lá mas acabam falecendo aqui. Então isso é um dado distorcido, mas vocês veem que a doença cardiovascular e a doença cerebrovascular continua ali em segundo na colocação. Então por que a gente tem que falar de cardiologia? Porque é a doença mais importante de todas as doenças; ainda é a doença que tem maior proeminência na saúde de todo mundo e que impacta na nossa vida e na vida de todo mundo, e é possível modifica-la e reduzir o impacto na vida de todas as pessoas. Esse aqui é um artigo que eu tinha selecionado que mostra que apesar dos fatores genéticos serem importantes ainda o estilo de vida e não a genética explicam as principais doenças prematuras, é um artigo de 2019, mas as informações continuam atuais. Nesse artigo foram avaliados cinco fatores modificáveis em 1.075 pessoas com menos de 50 anos. Então falando de doença precoce. Mais ou menos metade tinha doença precoce e metade não tinha; 555 contra 520. Os fatores eram: sedentarismo, tabagismo, hipertensão, diabete e o colesterol alto. O que a gente viu no estudo? Que 73%

---

dos pacientes doentes pelo menos tinham três fatores de risco comparados a 31% dos pacientes saudáveis, e a probabilidade de desenvolver doença foi três vezes maior quando tinha um fator de risco, sete vezes maior com dois fatores de risco, e 24 vezes maiores quando tinha três fatores de risco. Então, assim, eu vou ler aqui para vocês: “O estudo trouxe fortes evidências de que pessoas com história familiar de doença cardíaca precoce devem adotar um estilo de vida saudável, visto que os maus hábitos de vida são um fator de risco maior para a doença do que a própria genética”. E aí significa parar de fumar, exercitar-se regularmente, adotar uma dieta saudável, verificar a pressão e o colesterol. Esse é um outro estudo muito importante, é um estudo onde fez uma comparação da genética e do estilo de vida. Um estudo que eu, para todos os residentes do instituto, sempre que possível, eu apresento. O próximo é um gráfico um pouco complicado pra quem não está acostumado com a distribuição, mas o que que vocês têm que entender? Ali em cima, onde tem os três pontos maiores, é o que foi considerado o padrão; a melhor genética possível eram 50 genes, que foram analisados nesse estudo, com melhor estilo de vida possível. Então foi considerado o que seria o ideal. Quanto mais para a esquerda vai, melhor fica; quanto mais para direita vai, melhor fica; e aquela barra pequenininha é a margem de erro, como vocês veem em pesquisa eleitoral a margem de erro. Se a gente vê nessas pessoas com a melhor genética possível um estilo de vida intermediário, começa a puxar um pouco para a direita, mas não chega a ter uma significância estatística, ainda cai dentro da margem de erro. Mas essas pessoas com a melhor genética possível, se tem um estilo de vida o pior possível, já passa a aumentar o índice de doença cardiovascular. E o que a gente vê com a pior genética possível? Com a pior genética possível, as pessoas têm mais doença cardiovascular semelhante a quem tem a melhor genética possível com melhor estilo, mas se essas pessoas com a pior genética possível tiverem um estilo de vida ruim, elas mais do que dobram o risco cardiovascular. Então, não interessa, se tu foste abençoado geneticamente e tu te cuidares, tu vais ter menos infarto. E se tu foste azarado geneticamente, talvez tu tenhas mais doença, mas tu tens que te cuidar igual, porque senão mais vai dobrar o teu risco cardiovascular.

---

Um estudo de 55.685 participantes, e entre os participantes com alto risco genético, um estilo de vida favorável reduziu em aproximadamente 50% o risco de doença cardiovascular. Então, mesmo em quem não tem uma boa genética é importante cuidar o estilo de vida. O que eles consideravam favorável nesse estudo é pelo menos três dos quatro fatores que é alimentação, controle do peso, atividade física e não fumar, e o desfavorável é não ter nenhum desses ou pelo menos só um dos fatores. Então, sobre os fatores de estilo de vida que eu comentei: o controle do peso, não fumar, atividade física regular – e aí nós vamos falar – pelo menos uma vez por semana. Tem gente que não começa por que diz: “Ah, mas se eu for fazer uma vez por semana não adianta nada”. Adianta, é melhor do que não fazer nada. E alimentação saudável é pelo menos metade das características positivas. O considerado saudável: mais frutas, mais nozes, vegetais, cereais integrais, peixe e laticínios. E o considerado desfavorável: cereais refinados, carnes processadas ou carne vermelha, bebidas adoçadas com açúcar, gorduras hidrogenadas e sódio. Gordura hidrogenada a gente pode tirar, porque a Anvisa fez uma grande medida, em 2019, ela aderiu a uma lista de mais de 50 países e proibiu a produção da gordura hidrogenada no Brasil. Deu um prazo de quatro anos, então, desde 2023, não existe mais.

Eu vou falar aqui, eu não botei no *slide*, mas só para contar um pouquinho para vocês a história, porque eu falei muito sobre isso em congresso. A gordura vegetal hidrogenada foi inventada como uma ideia de transformar, tirar gordura animal e usar a gordura vegetal como um substituto de gordura sólida, e o entendimento é que ela seria saudável. Uma das marcas vendidas no Brasil chamava-se inclusive Saúde. Depois se descobriu que tão pouco quanto 2% das calorias do dia em gordura vegetal hidrogenada duplicavam a doença cardiovascular. Isso são 7 gramas de gordura, eram aquelas duas bolachinhas recheadas do *coffee break* que o cara consumia. Antes de 2019, o primeiro país a banir foi a Dinamarca, o segundo país foram os Estados Unidos. Os Estados Unidos, o estado de Nova Iorque, antes dos outros estados, banuiu a gordura vegetal hidrogenada – eu gostaria de ter separado esse estudo, mas outra hora eu posso mandar para vocês – e, em dois anos, houve uma redução de 17% de

---

admissões por infarto e AVC. Então, se a gente está falando em gasto em saúde pública, depois do banimento da gordura vegetal hidrogenada, houve uma redução de 17% de internações de problemas cardiovasculares. E aí um dos países mais liberais e um país que, de fato, é uma federação onde os estados são independentes adotou uma lei nacional de banimento no mesmo molde que a Anvisa fez, deu quatro anos para fazer a substituição e desapareceu. O Brasil adotou, foi na mesma linha, e acho que foi uma grande atitude.

Sobre o tabaco, no caso das doenças pulmonares, a dose interessa, mas no caso da doença cardiovascular não. Eu separei esse artigo, porque ele é enorme no sentido de população que foi analisada, e para mim é um artigo até contraintuitivo, mas vamos adiante. Um artigo de 2021 acompanhou quase 900 mil homens durante dois anos na primeira fase e quatro anos na segunda. O que a gente viu ali? Onde tem o pontinho sem margem de erro é o que manteve, o *sustainer* que está escrito embaixo é quem, durante dois anos, continuou fumando igual, é considerada a referência. Se aumentou a quantidade de cigarro, não mudou muito a incidência de infarto; se diminuiu até a metade, não mudou; se diminuiu mais do que a metade, não mudou. A gente só tem diminuição de infarto e AVC se o paciente para completamente de fumar. E eu imaginava que viria uma linha diagonal, mas não foi isso que a gente viu; a gente viu que para coração tem que parar de fumar. E se volta a fumar, na coluna da esquerda, vocês veem o que estava naquele gráfico, não houve diferença significativa nem aumentando e nem diminuindo, mas, quando o estudo foi estendido para 4.3 anos, os *relapser*, os que tiveram recaída tiveram aumento de quase 70% de infarto e AVC.

Sobre a obesidade, por que eu coloquei isso? Bom, obesidade é um problema mundial. O sobrepeso no Brasil já passou da metade da população, e mais do que dobrou o número de pessoas com sobrepeso e obesidade desde o ano 2000. Só que antes de resolver um problema, quando eu fiz essa apresentação desse *slide* numa outra situação, eu perguntei para a plateia quantas pessoas se pesavam uma vez por semana. A maioria não se pesa. Se tu nem enxergas o problema, tu não tens como resolver o problema. Não adianta não querer ver,

---

não querer ouvir, então, para começar é só se pesar. Se vocês olham numa pesquisa rápida no Google o preço de uma balança digital, chega a ter algumas por R\$ 38. A pessoa está preocupada em gastar com um remédio caro que custa R\$ 1 mil por mês – não vou citar o nome –, mas não quer comprar uma balança que custa R\$ 38 para se pesar uma vez por semana.

Sobre a atividade física, a semana tem 168 horas, são 10.080 minutos; para prevenção de diabetes, 150 minutos por semana já é o suficiente, é menos do que 1,5 % da semana inteira, três séries de caminhada de 50 minutos têm comprovação muito clara na redução do diabetes. E se não for possível nem fazer três vezes, uma vez tem impacto também. E aí a gente está falando não só cardiovascular, a Dra. Fernanda falou sobre câncer, sobre as outras doenças, também sobre demência tem impacto, nem que seja uma vez por semana vai ter impacto. E nós estamos falando de coisa barata, sem necessidade de grande investimento, só de orientação. Próximo, por favor. Sobre alimentação saudável nós temos coisas claras, coisas que não são muito claras e coisas que são claras que fazem mal. O que é claro que faz bem? Frutas, nozes, peixes, os vegetais, os óleos vegetais, grãos integrais, ali está escrito feijões, mas são os grãos ricos em proteínas, lentilhas, iogurte. Já no meio, até para salvar um pouco o gaúcho, com a carne vermelha existe uma controvérsia que foge um pouco do escopo. Existem estudos que são um pouco questionáveis, dizendo que são ruins. Então, eventualmente, certamente não faz mal; em excesso, como qualquer coisa, vai fazer mal. Agora sim, grãos refinados, amido em excesso, o açúcar que deve ser a próxima bola da vez, depois da gordura hidrogenada, os alimentos processados, os alimentos ricos em sódio, esses sim. A gordura industrial, essa a gente felizmente já tirou fora. Pode passar o próximo. Fibras, isso é uma coisa que a gente tem que educar, ninguém gosta muito de comer salada, mas tem que comer, em alguma refeição tem que colocar a salada, é uma das coisas que mais tem relação em diminuição de mortalidade. Pode passar o próximo. Bebidas adoçadas com açúcar, esse aqui é um estudo interessantíssimo de 2012 e é um estudo impressionante. Quarenta e três mil homens, 42.861 homens foram acompanhados prospectivamente durante 22 anos, na faculdade de saúde

---

pública de Harvard. Não é um estudo de análise de pessoas que aconteceu; eles entraram e foram separados no grupo que consumia bebida com açúcar e bebida *diet*. Eu não estou falando que bebida adoçada é bom, que adoçante é bom, isso é uma controvérsia, agora açúcar faz muito mal. E eu ouço colega meu dizer: “Ah, não, mas o adoçante é tão ruim quanto.” Por esse estudo, nós estamos falando de um estudo de mais de 40 mil homens acompanhados por 22 anos, tão pouco quanto uma latinha por dia causou um aumento de 20% de doença cardiovascular. Então aquele paciente que vem no meu consultório e diz: “Ah, eu tomo uma latinha de refrigerante normal por dia e isso não tem importância nenhuma.” Eu falo: “Tem, é muito açúcar.” Uma garrafa de 600 ml de refrigerante normal tem de 13 a 16 saquinhos de 5g de açúcar dentro. Se o paciente enxergasse isso, ele não tomaria. Ele não enxerga. Uma medida de saúde pública que seria interessante era em vez de colocar “rico em açúcar”, só colocar uma marca no refrigerante dizendo: “Até aqui é açúcar.” Acho que a pessoa ia pensar duas vezes em tomar. Pode passar o próximo. Aqui são dois *sites*, nós temos um vídeo ali que é uma propaganda também, eu não sei se é possível executar um *link* externo. É uma propaganda da cidade de Nova Iorque, e depois a gente tem esse outro *site* não governamental. Eu achei uma propaganda muito impactante quanto possível, eu mostro para alguns pacientes, mostra uma pessoa sentada num bar, enquanto as outras pessoas estão tomando refrigerante, ela está abrindo 16 saquinhos de açúcar e comendo, e todo mundo olhando apavorado para ela. E aí termina dizendo: “Sim, se você não comeria 16 saquinhos de açúcar, por que você toma 16 saquinhos de açúcar?” Pode passar o próximo.

Então as mensagens finais. As doenças cardíacas são a principal causa de morbidade e mortalidade no mundo ainda. É possível modificar, não fume, verifique o peso pelo menos uma vez por semana, qualquer coisa de atividade física é melhor do que nada, mais fibra, menos açúcar. Isso é uma mensagem simples que pode ser passada sem grande custo e diminuiria muito a procura na Atenção Primária. A Atenção Secundária, Prevenção Secundária e Atenção Terciária eu vou deixar para o meu colega Oscar falar.



**SR. OSCAR PEREIRA DUTRA:** Sra. Presidente da COSMAM, eu fico feliz por estar aqui por várias razões. Primeiro, pela prestação de serviço para uma comunidade e para a Região Sul, onde a incidência de infarto é uma das maiores do Brasil, talvez uma das maiores do mundo. Porque tudo que o Luciano relatou há pouco é o ideal, mas o ideal no mundo todo não se consegue atingir. E o que sobra? Sobram as complicações da diabetes, da hipertensão, da obesidade, e isso tudo tem um ponto final extremamente preocupante, porque as estatísticas mostram algumas coisas interessantes. Primeiro, nós temos 300 mil mortes por doença cardiovascular no Brasil, por ano. A nossa reunião tem que ter mais ou menos duas horas, e nós temos uma chance de a cada três presentes aqui, um morrer. Espero que eu não seja nenhum de nós. Então é para mostrar a gravidade do que nós estamos falando exatamente. Passa a seguinte para mim, por favor. Eu tenho como base trazer sempre as apresentações de um cunho científico e não de uma impressão pessoal. Isso faz parte da ciência, é basicamente a valorização do conhecimento científico. Seguinte. Eu trago, sempre nas minhas apresentações, a figura desta pessoa icônica que aí está, que viveu no século XVI, e, pasmem, morreu com 82 anos, quando, na verdade, a idade média de óbito era em torno de 35 a 40 anos. E ele tem uma frase que me chama muito a atenção, embora pela singeleza desta frase, ele diz o seguinte: “Para que possamos solucionar o problema, é necessário conhecê-lo”, coisa mais simplista. O nome dessa pessoa está escrito ali embaixo, vocês vejam é Arouet, o sobrenome final, clica mais uma vez, por gentileza. Vocês todos conhecem essa pessoa, tem pelo menos informação técnica que era Voltaire.

O diapositivo seguinte nos traz uma coisa interessante, eu, como entendo de hieróglifos, eu consegui decifrar tudo o que está escrito aí parcialmente, mas esse é o hieróglifo que data de 1534 A.C. E o que ele tem na sua essência? A referência da morte súbita de um Faraó. Esse é o primeiro relato de um evento por doença cardiovascular.

O diapositivo seguinte traz assim um sequenciamento de conhecimento ao longo da vida, e vocês vejam que, mesmo com o avanço da medicina, nós chegamos ao ano de 1977, através de um suíço chamado Gruentzig, que fez a primeira angioplastia primária. Ou seja, foi a primeira possibilidade de que tivemos naquela oportunidade de fazer uma recanalização. Ou seja, como se isso fosse um Roto-Rooter introduzido na artéria coronária e limpa por conta do problema da oclusão, que acontece, ou do fechamento dessa artéria. Eu brinco que, como a gente mora num Estado eminentemente agropecuário, a gente pode fazer um comparativo com uma lavoura de arroz: a água é parte vital para que o arroz se desenvolva. No momento em que eu fechar um dos canais, o que acontece? O arroz morre, e aqui, no infarto agudo, é a mesma coisa. O arroz custa a morrer, ele leva pelo menos uma semana, 10 dias; no infarto não, o infarto, se nós não tomarmos uma atitude até três horas, a chance de óbito cresce substancialmente. Então, isso é importante, porque vezes a gente recebe pacientes da periferia, ou mesmo de cidades mais distantes com diagnósticos brilhantes de infarto agudo por conta de um eletro bem feito por uma clínica, bem examinado, e nos reportam que esses pacientes, por um problema logístico, leva de seis a doze horas para que a gente chegue a ter a possibilidade de tratá-los adequadamente. Em 20 ou 21 de setembro do ano passado, eu fiz uma apresentação na Assembleia mostrando esta preocupação que a gente tem em relação ao tratamento adequado do infarto agudo. Naquela oportunidade, de setembro de 2022 a setembro de 2023, especificamente 21 de setembro, o Instituto de Cardiologia tinha atendido 652 infartos com elevação, o infarto clássico e não o infarto... (Ininteligível.) ...mas isso significa aproximadamente praticamente dois infartos por dia. Isso é muito alto. Essa atividade de tratamento do infarto dessa instituição que eu represento é extremamente significativa a tal ponto, que há uns 10 anos atrás, eu tive uma reunião em Nova Iorque, sentei do lado de uma das expressões mundiais da cardiologia, chamado Eugene Braunwald, e eu falei do desempenho dessa instituição que eu trabalho. Ele me olhou, e eu senti que ele me olhou com uma cara: “Esse cara está me mentando”, eu senti essa percepção, só que eu tinha levado, com os timbres da instituição,

---

todo o desempenho deste, e, a partir daí, o hospital começou a ter uma relação muito interessante. E, por conta de que esses estudos que envolvem infarto agudo, angina instável, colesterol elevado, diabete, obesidade, que vem de Harvard, ele manda sempre para a nossa instituição, e nós somos um referencial para tal. Isso me deixou gratificado por um lado, mas preocupado por conta de que no Rio Grande do Sul, eu fiz um mapeamento interessante, é sul, norte, leste, oeste, para ver como é que eram tratados esses infartos no Rio Grande do Sul. Pasmem, a mortalidade do norte do Rio Grande do Sul chega a 17%; a mundial – a mundial – é 4,5%; a do Instituto de Cardiologia do ano passado gira em 5,7%. Então, isso mostra a eficiência e a suficiência com que a gente trata esse tipo de evento, que é o infarto agudo.

O diapositivo seguinte, vejam que a primeira informação gráfica do infarto agudo é de 1920, e, só em 1977 – 57 anos depois –, nós tivemos disponibilizado o tratamento do infarto agudo no seu ponto, como a gente diz: no *gold standard*. Só que, em 1977, foi no mundo todo, e nós, em 1990 – me corrija, Dr. Mário –, mas 1990 nós fizemos a primeira angioplastia primária da instituição. Graças ao desempenho de um dos médicos que está sentado, que se chama Renato Vaz, que está sentado ali, que foi o mentor junto com outro, Antônio Azevedo, que promoveram essa atividade. E, a partir daí, 1990, nós chegamos a 2024 fazendo praticamente o tratamento com angioplastia primária. Por que eu cito e reafirmo isso? Porque na angioplastia primária, eu preciso de um equipamento que se chama o cateterismo, a hemodinâmica, e o volume que nós temos hoje de tratamento está sendo insuficiente para atender essa demanda toda, por conta de quê? Porque o volume é grande, a população está mais velha, a população está mais doente, a população está mais obesa, está mais diabética. É por isso que eu ressalvo a necessidade de que tenhamos novas salas de hemodinâmica, eu já digo novas, porque o volume cresce assustadoramente. Só para lembrar, na evolução temporal – o Luciano já me ajudou bastante –, essa cidade, Framingham, vocês já ouviram falar dessa cidade? Essa cidade é a cidade do coração, foi aí que nasceu a prevenção, ou seja, a população foi toda acompanhada na evolução devida, com todas os seus percalços, com todas as

---

suas benesses, e eles foram acompanhando. Aí começa a nascer aquilo que a gente, no passado, fazia com muita alegria e precisão: filhos gordos, bebês Johnsons, é ou não é verdade? A obesidade era um padrão de beleza, como foi na Rússia, Catarina II da Rússia era obesa e era considerada belíssima, tinha três, quatro, cinco amantes, com toda aquela gordura impressionante – eu estive visitando o palácio de São Petersburgo –, era o padrão de beleza da gordura. Hoje não, o padrão de beleza hoje é ser magro e, conseqüentemente, eu reduzo, no momento em que eu estou reduzindo peso, eu reduzo pressão alta, diabete, doença renal, doença do sistema nervoso central. Esse referencial que Luciano fez é extremamente importante por conta... É difícil fazer? É, mas Luciano, eu quero dizer que eu me peso todos os dias na frente da tua sala quando eu chego no hospital para ver quantos gramas eu emagreci ou engordei, principalmente quando eu vou para Alegrete, e aí eu volto pelo menos um quilo mais gordo, porque tem muita carne de ovelha boa lá para aquelas bandas. Bom, mas uma coisa interessante é que Framingham se tornou a cidade mais brasileira nos Estados Unidos, eu não sabia disso, isso foi uma coisa que me caiu no colo recentemente, e os brasileiros que lá estão, que fazem parte, têm sobrevida maior do que a nossa no Brasil, isso marca, isso é marcante. Esse é um diapositivo, que é só para dizer que nasceu em 1948 e eles continuam atuando hoje em atividade plena.

O que me chama atenção e acho que os mais antigos que estão aqui nesta sala vão se lembrar muito bem, é que em 1970 – faz pouco tempo, 54 anos atrás – eu me lembro que o meu avô teve um infarto; qual era o tratamento? Repouso e o seguinte: canja de galinha! Eles ficava ficavam 30 dias em repouso tomando canjinha de galinha com – já se falava no sal – pouco sal. Era só isso que podia fazer. Um passo seguinte, aí vem o lado negro dessa situação de a gente ser passivo e não tomar atitudes que resolvam o problema, eu chamo de o lado negro da força, que na verdade é a morte por conta da inadequação do tratamento do infarto agudo.

Eu só trouxe esse diapositivo porque aí está vinculado um programa da Sociedade Brasileira de Cardiologia do qual eu tive participação e que a gente

chama de cardiômetro, que registra a morte das pessoas no Brasil. Nós chegamos à conclusão que são 300 mil mortes por ano, ou seja, é uma morte a cada três minutos.

Nos anos de 1970 nós tivemos implementada a primeira unidade coronariana dentro do Rio Grande do Sul, isso propiciou uma coisa muito interessante, e eu tive a oportunidade agora de mapear a mortalidade daquela época em relação à de hoje, graças a, em 1970, nós entramos na era da repercussão, só para lembrar para vocês e principalmente meu companheiro aqui do SAMU, que nós começamos a fazer esse tratamento com estreptoquinase e alteplase, mais chique e mais caro, nessa época dos anos 1970, e nós começamos a mudar o desfecho mortalidade e morbidade. Eu tenho comigo que é muito mais preocupante a morbidade do que a mortalidade, porque a morbidade nos traz custos adicionais muito altos, maior tempo de internação, maior das complicações e uma complicação das mais violentas e emergentes que é a insuficiência cardíaca, a falha do coração, e isso nos reporta hoje, neste momento, dados do DataSUS, a que 62 % das internações do Brasil são por conta de insuficiência cardíaca, não por infarto agudo, é por insuficiência cardíaca, mas essa insuficiência cardíaca basicamente em cima de doença isquêmica do coração. Tem outras, tem miocardite, tem doença reumática, mas basicamente em cima do problema do infarto agudo.

Nós devemos a esse rapaz que está aí, ele morreu muito cedo Andreas Gruentzig, em 1977 ele fez primeira angioplastia. Tem uma figura muito interessante que é a forma de apresentação do trabalho dele, que foi colocado num congresso europeu, num cantinho de muito pouco acesso, onde ninguém chegava ali; no congresso seguinte ele foi a figura mais importante. Ele ganhou fábulas em dinheiro e comprou um jato, e acabou errando o aporte dele na Suíça e se estuporou numa montanha. Pena que não está com muita visibilidade, mas este é o achado de um cateterismo numa situação de infarto agudo. As setas vermelhas indicam as obstruções ou as lesões nas coronárias. O diapositivo seguinte mostra como a gente consegue tratá-los, ou seja, tem um cateter, que passa essa lesão, dilata essa lesão para que depois a gente implante o *stent*

para corrigir isso. Esse é o mecanismo básico, é o mecanismo funcional daquilo que a gente chama de reperfusão, e eu, como nas horas vagas, sou arroteiro, eu digo que é o momento de irrigar os nossos quadrados de arroz. Vejam vocês que, com este achado que está aí, e, vejam bem, que é 1995, 1997, é antigo, mas tem um dado de 1966, 1967 e que mostra uma coisa extremamente importante: a mortalidade, conforme o número de horas. Vejam vocês, menos de 4 horas, a mortalidade é pequena e, quando chega a 12 horas, a mortalidade é extremamente alta, chegando a 20%. E aí se criou um ponto de corte que é o fator mais importante da angioplastia, de 3 horas. Por que isso? Porque em 3 horas morre o músculo todo, o músculo morre. Então tem uma frase emblemática que diz que tempo é músculo, e músculo é vida. E é verdade, é exatamente isso, é a verdade de quanto se preserva de músculo. Nós estamos relacionando a uma coisa muito importante que é a vida. A tal ponto que isso passou a ser uma importância que todos os grandes centros que atendem cardiologia no Brasil todo e no mundo, eles têm protocolos muito bem definidos e amparados nesse ponto de corte de 3 horas. Eu acho que eu devo terminar no próximo diapositivo, só para alegrar um pouco e dizer que você pode aprender com cachorro velho novos truques. Aqui está o cachorro velho e os truques eu mostrei para vocês. Muito obrigado.

**PRESIDENTE LOURDES SPRENGER (MDB):** Muito bem, uma bela apresentação e vamos ouvir agora o representante do Conselho Regional de Farmácia do Rio Grande do Sul, pode ser?

**SR. ALEXANDRE AUGUSTO DE TONI SARTORI:** Obrigado, presidente, bom dia à comissão, bom dia a todos que estão aqui presentes. O conselho de farmácia foi gentilmente convidado para abordar um tema mais relacionado à farmacoterapia, mas fazendo uma reflexão diante de questões relacionadas à saúde pública, propusemos um outro tema, um tema mais contributivo, mostrando o papel do farmacêutico ou a contribuição do farmacêutico nesse tema da prevenção ao tratamento, sobre doenças cardiovasculares. Então nós

elaboramos uma pequena apresentação em que nós procuramos sintetizar alguns campos de atuação do farmacêutico em que nós temos a maior parte da nossa força de trabalho aqui, no Estado, distribuída em alguns segmentos. Mais ao final da apresentação, teremos, então, alguns desafios que são postos e que interagem com falas que já foram ditas aqui. Então gostaria de colocar a apresentação, por favor.

(Procede-se à apresentação.)

**SR. ALEXANDRE AUGUSTO DE TONI SARTORI:** A intenção foi falar sobre a saúde do coração, mas o papel farmacêutico na prevenção e no tratamento de doenças cardiovasculares. Resumindo, considerando a modelagem de saúde que nós temos no Estado *versus* a atuação do farmacêutico. A atuação permeia diferentes contextos, o farmacêutico pode atuar tanto na saúde privada, na saúde suplementar, no Sistema Único de Saúde, e todos esses contextos se relacionam com doenças cardiovasculares diretamente ou indiretamente. O farmacêutico pode atuar com ações preventivas, profiláticas, paliativas, até de reabilitação, em algumas situações diagnósticas e curativas. Recentemente, nas últimas décadas, o Conselho Federal de Farmácia tem trabalhado com um contexto de atuação do farmacêutico que se chama cuidado farmacêutico. Esse cuidado contempla diversas ações sejam elas isoladas ou conjuntas. Tem uma lista de algumas delas: a consulta farmacêutica com o paciente; o rastreamento em saúde na comunidade; a orientação ao paciente ou ao consumidor seja relacionada a medicamentos ou práticas que o cidadão utilize; a dispensação farmacêutica, que é o ato de entregar o medicamento mediante orientação técnica para o seu uso correto e seguir mais adequadamente a terapia prescrita; o acompanhamento a reações adversas; o acompanhamento a interações medicamentosas, isso é muito útil para pacientes polimedicados ou que façam uso prolongado de medicamentos; a própria prescrição farmacêutica, realização de serviços farmacêuticos, dentre eles destaco o acompanhamento de pacientes com doença cardiovascular, para fazer a verificação periódica da pressão

arterial, e encaminhamentos a outros profissionais, dentre outros aspectos relacionados ao cuidado do paciente.

Nesse contexto de atuação do profissional nesses cenários diversos que nós temos dentro da saúde pública, existem estratégias que são integradas com saúde cardiovascular e que o farmacêutico tem uma participação direta. Então, essas estratégias podem acontecer na farmácia privada, através do programa Farmácia Popular, através da realização de serviços farmacêuticos em farmácias que são licenciadas para realizar esses serviços, e aí contempla: a consulta com paciente; aferição de pressão arterial; orientação seja para uso de medicamentos ou para realização de algumas práticas saudáveis; a conciliação medicamentosa e dentre outros aspectos relacionados ao cuidado. Dentro do Sistema Único de Saúde existem estratégias bem específicas já customizadas no Estado: um é o programa Cuidar Mais, que se relaciona ao telecuidado farmacêutico; o programa Farmácia Cuidar Mais, que daí se relaciona mais ao financiamento para ampliação, qualificação e promover a realização de serviços profissionais nas farmácias de distribuição de medicamentos especiais no Estado. Nós temos o contexto das farmácias solidárias, que, devido aos últimos eventos climáticos extremos, foram determinantes para distribuição e acesso aos medicamentos. Dentro da Atenção Básica ou Primária, também nós temos a questão, as estratégias de dispensação e orientação realizada em farmácias públicas, onde existem farmacêuticos atuando. Nós temos também as estratégias da saúde da família, que são locais de atuação profissional, junto com a comunidade, junto com as equipes. E também os NAFs, que são os núcleos de apoio, onde o farmacêutico pode atuar junto às equipes. Também existe os serviços ambulatoriais hospitalares, em que o farmacêutico pode atuar diretamente tanto na chegada do paciente como no paciente já internado, trabalhando com aspectos relacionados ao cuidado. E na saúde suplementar não é diferente, existem estratégias relacionadas ao medicamento oncológico oral, em que a saúde suplementar necessita fornecer esses medicamentos, e também no contexto dos serviços ambulatoriais hospitalares.



---

Diante dessas estratégias e do cenário de prática, nós entramos em desafios. Um deles é que toda prescrição médica contendo medicamento com finalidade diagnóstica cardiovascular ou de tratamento será atendida por algum estabelecimento de dispensação de medicamento, por alguma farmácia ou por algum estabelecimento ambulatorial hospitalar, seja na área privada de saúde suplementar ou no SUS. Eu trago alguns indicadores, para vocês, em relação ao Estado e Porto Alegre. As farmácias da iniciativa privada totalizam mais de 5,9 mil no Estado, mais de 2 mil em Porto Alegre. As farmácias públicas que possuem farmacêuticos no Rio Grande do Sul são mais de 700 farmácias; em porto Alegre, nós temos 10 farmácias distritais. As unidades básicas no Estado, nós temos cadastrados mais de 2,5 mil no Estado; em Porto Alegre, dados do *site* do Município coletei 136. No entanto, é incerto o número de farmacêuticos que atuam nas unidades básicas no Estado, nós não sabemos, não conseguimos coletar essa informação em *site* oficial, nós não temos essa certeza, mas se acredita que, quantos mais farmacêuticos atuarem diretamente na Atenção Primária, maior a chance de realizar o cuidado farmacêutico com os pacientes atendidos. Em Porto Alegre, nós temos a informação de que 32 unidades básicas possuem farmacêutico para realizar esse trabalho. Quanto Estratégia da Saúde da Família, no *site* da Secretaria Estadual de Saúde, estão descritas 2.060 equipes que atendem 60% da população do Estado, mas é desconhecido o número de equipes que possuem farmacêutico, e que poderiam trabalhar no cuidado farmacêutico diretamente nas equipes ou na própria comunidade, ou em ambos. Sobre Porto Alegre, eu deixei em aberto porque eu não localizei a informação no *site* do Município, é óbvio que existem, mas publicamente eu não consegui capturar essa informação.

Nós temos também a questão do acesso. O acesso dificultado para consultas, ou o acesso dificultado a medicamentos no SUS, orienta o paciente, força o paciente a recorrer às farmácias privadas. Então, a demanda aumenta muito nas farmácias privadas, porque se percebe que no SUS existe essa dificuldade de acesso. As farmácias privadas necessitam número de farmacêuticos em quantidade suficiente para absorver essa demanda maior, mas quanto?

Também necessitamos um número maior de farmácias privadas, com serviços farmacêuticos licenciados para oferecerem serviços a essa demanda maior, que também é desconhecida. Outro aspecto é quanto ao cuidado farmacêutico realizado no SUS, na saúde suplementar e na área privada, que necessita estar interoperativa entre si, ou seja, dialogando com os profissionais prescritores, com a equipe multiprofissional e com o serviço de saúde. Hoje é desconhecido o atendimento que se faz em serviços farmacêuticos estabelecidos em farmácias privadas e também é desconhecido o atendimento, o cuidado farmacêutico realizado no SUS; e esses atendimentos não conversam entre os profissionais de saúde e não conversam com os prescritores e com os serviços de saúde. Então, isso aí é uma grande dificuldade, porque nós temos informação, nós temos atendimento, mas isso não está conectado devidamente, são como ilhas de informação que não se comunicam. Fazendo um paralelo à lavoura de arroz, são canais interrompidos da informação.

Em relação a doenças cardiovasculares, elas requerem investimento continuado de esforços multiprofissionais e esforços cooperativos entre si. Um exemplo clássico é esse da informação, das ilhas. Precisamos resolver isso, mas buscando integralidade da saúde do paciente, como preconizado na Constituição Federal, prevenção, reabilitação, tratamento, diagnóstico e por aí vai. Tudo isso pra se evitar um fenômeno que está acontecendo e cada vez mais se torna oneroso, que é a judicialização. Feita essa apresentação breve, tenho as fontes citadas onde eu busquei esses dados. No final, um texto de gratidão que vem de um escritor, brilhante escritor brasileiro, também foi um farmacêutico: “Farmacêuticos, em todos os tempos e lugares, trazem mesmo lições de amor às pessoas; aliás, para farmacêutico amar não é apenas verbo transitivo direto que se aprende a conjugar nas escolas, não é só isso. Amar é ação. Ação de servir a qualquer hora de qualquer dia, em qualquer lugar, é cuidar, é promover a saúde, é salvar vidas.” Assim eu finalizo. Muito grato a todos pela atenção.

**PRESIDENTE LOURDES SPRENGER (MDB):** Muito obrigada. Eu passo a palavra à Janaína Barcellos Ferreira, representante do Conselho Regional de Fisioterapia.

**SRA. JANAÍNA BARCELLOS FERREIRA:** Bom dia a todos. Estou muito lisonjeada de estar aqui ao lado dessas grandes pessoas, grandes profissionais. Sou um pouco filha do instituto também, fiz meu mestrado coletando dados onde eu aprendi muito no Ambulatório da Hipertensão. Bom, eu vou fazer uma fala aqui, o meu objetivo é trazer um pouco a discussão do papel do fisioterapeuta na reabilitação e também na prevenção e na promoção de saúde, muito embora a nossa profissão já esteja presente nessas equipes e na competência do cuidado cardiovascular há mais de 50 anos, o nosso papel ainda é muito desconhecido por todos, é provável que muitos daqui não tenham clara a nossa atuação nessa parte que não envolve coluna, joelho e cotovelo, a parte mais osteotraumatológica, que é o mais conhecido da atuação do fisio. Eu vim trazer pra vocês uma fala e uma inquietação em relação a essa ação que nós temos, enquanto profissionais especialistas, aproveitando a fala sobre o projeto que envolve educadores físicos, que também é um profissional que já está sendo inserido, porém a nossa atuação é muito mais longa nesse processo e precisa ser esclarecida para que instituições como o Instituto de Cardiologia também possam ser referências não apenas no tratamento, mas na reabilitação, no nosso Estado.

Vou fazer uma fala um pouco mais rápida, eu trouxe alguns dados também, tenho aí uma veia na ciência, terminei meu pós-doutorado em Ciências da Reabilitação em 2022, então não tem como fazer qualquer fala em saúde hoje sem trazer evidências científicas, mas vou resumir o que eu trouxe, já que muito já foi falado aqui pelos colegas médicos. Primeiramente, acho que aproveitando a fala de que a gente começa pelo simples e conhecendo o problema, é importante a gente entender que a reabilitação cardíaca hoje vem sendo, cada vez mais, o foco de pesquisas científicas e o seu valor na melhora da qualidade de vida dos pacientes, tanto de pacientes que sofrem eventos – infarto agudo do

miocárdio –, que estabelecem doenças crônicas incuráveis cardiovasculares, como insuficiência cardíaca, que é extremamente prevalente na nossa população, esses estudos mostram a eficácia e o valor da reabilitação com medidas de baixo custo, porque a gente vai falar aqui de exercício físico, de atividade física guiada, de uma equipe multiprofissional, falando de todos esses componentes aqui trazidos também, saúde nutricional. E aí eu vou chamar muita atenção para a gente começar a pensar em aspectos emocionais também ligados à doença cardíaca, e então o papel de diversos profissionais nessa equipe. E hoje a reabilitação é reconhecida, esse artigo é de 2023, da Sociedade Europeia de Cardiologia, como o quinto pilar do tratamento de pacientes com insuficiência cardíaca. O que significa isso? Que até pouco tempo atrás a gente se guiava de que o tratamento dos pacientes era farmacológico. Nós temos ali as principais classes medicamentosas utilizadas nesses pacientes, que são extremamente graves, são pacientes com alto risco de mortalidade, uma morbimortalidade incrível. E chamando a atenção também para que a insuficiência cardíaca tem se apresentado em pessoas cada vez mais jovens. Então, quando a gente fala de doença cardiovascular, a gente tem ainda o foco em pacientes envelhecidos, mas a gente está tratando de uma doença que está atingindo crianças e adolescentes de uma maneira assustadora. Então a reabilitação sendo inserida nisso, com evidências científicas, mostra que a gente tem muito a fazer por esses pacientes, muito além da medicação, muito além da tecnologia empregada em procedimentos para não deixar esse paciente chegar lá, para a gente evitar que esse problema piore.

Então eu trago para vocês aqui a definição da OMS, também de 2023, que mudou um pouco o olhar diante da reabilitação cardíaca. Antes era focado basicamente na execução de exercícios. A gente sabe que o paciente precisa, sim, só que a OMS traz um olhar diferente agora, mostrando que é a soma de atividades necessárias, não apenas para melhorar a doença desse paciente, mas que ele possa assegurar o seu lugar na comunidade. Então o que a gente pensa disso é que realmente a gente vai para um caminho de cuidado em saúde, em que não adianta apenas melhorar a função cardíaca após infarto, utilizar as

---

melhores tecnologias, se esse paciente não for funcional para poder viver com qualidade e executar suas ações. Então a gente tem aí uma limitação funcional muito grande dos pacientes acometidos por doenças cardíacas. Falo novamente: cada vez mais jovens que, muitas vezes, numa idade economicamente ativa, no auge de carreira, venha sofrer problemas dessa doença que é a que mais mata hoje no mundo, prejudicando seu entorno e muitas vezes não conseguindo voltar para essa colocação social. Então isso a gente traz como um agravante. Eu não vou ler tudo isso para vocês, mas chamando atenção apenas que nós temos ainda um foco muito grande no tratamento medicamentoso e na resolução de problemas graves causados por doenças extremamente preveníveis por condições de saúde que, mudando o meio ambiente, mudando alguns hábitos, alguns hábitos simples de vida podem ser modificados. Mas, muito embora o tratamento medicamentoso seja muito importante, e a gente sabe hoje também, com base científica, que o acompanhamento não farmacológico dos pacientes aumenta inclusive a adesão a esse tratamento. O que significa isso? Num programa de reabilitação, a gente sabe que pacientes que não fazem segmento de reabilitação, em relação aos pacientes que fazem segmento, aqueles que fazem possuem mais adesão à mudança de hábito e inclusive ao uso de medicação. Porque eles são assistidos por um profissional e são acompanhados, isso aumenta a adesão, aumenta o compromisso dele também com a medicação. Então, nesses programas de reabilitação que ainda são subjugados, a gente pensa: “Ah, vai lá só fazer exercício”. A gente tem um componente muito mais profundo e muito maior de cuidado desse paciente, inclusive, na atenção primária. Porque o paciente que está lá no hospital vai voltar para a comunidade, vai estar na atenção primária e precisa desse atendimento também.

Então eu trago para vocês aqui algumas observações em relação ao último *guideline* da sociedade europeia de cardiologia, que saiu em 2021, que fala justamente da prevenção de doenças cardiovasculares, fazendo a gente refletir que, muito além do cuidado com o pós evento, a gente precisa tomar ações preventivas numa população cada vez mais jovem. E, aproveitando a fala de

vocês e que o foco está, sim, ligado à educação em saúde, o paciente precisa estar educado, a população precisa entender que tipo de profissional ela busca, quais são as ações que ela tem que fazer. E, mais do que isso, eu diria informações hoje a gente tem, na internet, de muitas formas; o acesso à informação está muito grande, mas a orientação do indivíduo de como proceder, como é que ele muda hábitos, não é só dizer: mude os hábitos. Não é só dizer: melhore o sono, é como mudar o sono, como comer melhor. São ações mais profundas que cabem, de maneira responsável e comprometida, ao profissional de saúde especialista. Então é nessa prevenção de comorbidades, pensando que a doença cardiovascular hoje não acontece, na sua grande maioria, isolada. Então a gente pode pensar no paciente oncológico que vai ter a doença cardiovascular por cardiotoxicidade da quimioterapia, a gente pode pensar no paciente que vai ter doença cardiovascular porque tem doença metabólica também. Então essas ações vão ocorrer tanto individualmente no atendimento individual, mas também com políticas públicas adotadas de uma maneira conjunta, favorecendo a sensibilização da comunidade para esse problema.

Então a gente pensa quem são os elegíveis para participar dessa promoção de saúde da prevenção? Todo mundo. São pessoas que aparentemente são saudáveis, mas que têm um risco cardiovascular de eventos em 10 anos, são pessoas com risco residual, que já sofreram algum evento e têm probabilidade de alguma comorbidade e são pessoas com risco específico e alto que são, por exemplo, quem tem a genética desfavorável e os hábitos desfavoráveis também que é como se fossem realmente pessoas que a gente não precisa de bola de cristal para entender que a gente vai precisar atender esses pacientes no futuro breve.

E qual que é a realidade da assistência? A gente vê muita teoria, vê muita evidência, mas e qual é a realidade? Hoje a gente sabe que, numa estatística mundial e nacional também, que apenas 5% das pessoas que são elegíveis para participar de programas de reabilitação têm acesso a esses programas. Então a gente tem uma base de pirâmide enorme de quem precisa desse atendimento, vai afunilando para quem conhece, porque muitos de vocês provavelmente nem

---

imaginam que podem fazer uso da reabilitação para melhorar suas atividades. E quem chega no topo da pirâmide são apenas 5% dessa população toda. Isso se dá muito também porque hoje o acesso aos programas de reabilitação é praticamente apenas privado. Nós temos pouquíssimos serviços que atendem SUS, então, a grande parcela da população que pode se beneficiar ainda está muito longe desse serviço. E é ruim porque isso aumenta o risco de eventos futuros, de reinternações, ou internações hospitalares mais longas.

Então de quem a gente está falando? Vou falar brevemente e trazer aqui alguma reflexão para vocês também em relação a quem precisa dessa assistência. Estatísticas que já foram faladas então, a doença cardiovascular é a doença que mais mata, tivemos aí o advento da pandemia pensando que a covid-19 mais mata, mas quem mais morreu era quem tinha doença cardiovascular, e nós tivemos também um grande número de doença cardiovascular desenvolvida pós-covid. Então, a gente continua no *ranking*, no topo, infelizmente, dessas mortes no Brasil e no mundo. Nós temos a população hipertensa, hipertensão é uma condição de saúde silenciosa, a gente estima que 30% da população mundial tenha hipertensão com casos reportados. É possível que esse dado seja ainda maior levando em conta que muita gente é hipertensa e não sabe. E a hipertensão por si só aumenta o risco de morte, a doença cardiovascular é o principal fator de risco aí para o desenvolvimento de doença cardíaca crônica e insuficiência cardíaca por exemplo. A própria covid, então, o aumento do diagnóstico cardiovascular devido à covid, que ainda permanece na nossa população. O envelhecimento da população, dado do Censo 2022, então, o aumento da prevalência da doença cardiovascular simplesmente pelo envelhecimento que é comum. A maior mortalidade em mulheres, então, a população feminina sofrendo, cada vez mais, de doença cardiovascular e morrendo mais também por doença cardiovascular. E chamo a atenção aqui aos casos de gestantes, então a doença cardiovascular acometendo mulheres em idades jovens também. A hereditariedade e meio ambiente, genética não é destino, mas a gente sabe que colabora quando os hábitos não são adequados. Trago esse estudo também que corrobora os dados apresentados antes do

estudo de 2019. Esse estudo de 2023 mostra que quem tem genética ruim pode mudar o destino com hábitos bons, então o hábito hoje e o meio ambiente valem muito mais do que o componente do DNA. E as evidências, então, a gente sabe que o exercício físico hoje é a melhor forma de prevenir e tratar doenças e diversas causas. E o papel do fisio então nisso, qual é o papel do fisioterapeuta? Muito embora o educador físico já esteja sendo inserido em equipes de saúde, o fisioterapeuta tem especialidade, a gente tem na nossa formação o acompanhamento e a especialidade da cardiopulmonar. Então, a gente atua com avaliação fisioterapêutica e funcional, não é um diagnóstico clínico, é um diagnóstico funcional, específico e nosso, que só a gente que faz, entendendo quais são as necessidades físicas desse paciente e qual é a possibilidade de prescrição terapêutica de exercício. O exercício terapêutico tem dose, então a gente dosifica o exercício físico nesse paciente pós-infarto, que hoje não fica em repouso tomando canja de galinha. A gente já consegue começar num pós-operatório imediato dentro da unidade cirúrgica, muitas vezes, da sala de recuperação, e o monitoramento e acompanhamento.

E eu vou falar para vocês, para finalizar, brevemente, as fases então onde que o fisioterapeuta se encaixa, onde é que a gente se encaixa nesse acompanhamento. Então na prevenção, na saúde primária, infelizmente, nós não estamos mais obrigatoriamente inseridos desde a modificação das políticas públicas do Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF, onde sempre tinha que ter um fisioterapeuta; hoje depende do encaminhamento de cada município para ter um fisioterapeuta na unidade. Isso é uma lástima na verdade, porque a gente tem uma atuação grande na prevenção e depois no acompanhamento desse paciente que hospitalizou lá na saúde, na comunidade.

A fase um, que a gente chama, seria a fase intra-hospitalar, então o paciente que passa por eventos e cirurgias, a gente atende imediatamente.

A fase dois é a fase imediata à alta, então onde esse paciente ele é atendido a domicílio, ou no consultório ou em centros de reabilitação. E, diferente do educador físico, a gente consegue estabelecer, por competência, uma certa



dosificação mais adequada do exercício físico, evitando eventos e prevenindo comorbidades.

Na fase três, são três meses após a alta hospitalar aproximadamente, então aqui a gente evolui para esse paciente voltar à vida real dele, com planejamento, pensando lá na recolocação da comunidade.

E a fase quatro seria justamente aquele acompanhamento pós-evento, onde esse paciente já está inserido na comunidade, onde ele já pode voltar para uma academia, por exemplo, onde ele pode fazer outro tipo de atividade física, mas que, com o acompanhamento do fisioterapeuta, a gente consegue também evitar reduzir o risco de novos eventos e comorbidades.

Então a gente considera hoje que o exercício é muito mais do que um remédio, porque remédio cura, e exercício previne, ele previne doença, ele trata doença, mas ele precisa de uma dose determinada, e o fisioterapeuta é o melhor profissional para fazer isso. Pode parecer um pouco forte essa frase, mas é da nossa competência, e a gente precisa que mais pessoas saibam disso, porque essa prescrição terapêutica tem que ser ancorada em uma dose que ampare tanto o resultado do tratamento quanto a segurança de quem precisa. Muito obrigada.

**PRESIDENTE LOURDES SPRENGER (MDB):** Muito obrigada. Passo a palavra à defensora pública Roberta Eifler Barbosa para suas considerações. Em seguida, passo a palavra aos vereadores.

**SRA. ROBERTA EIFLER BARBOSA:** Bom dia a todos e todas, presidente, gostaria de agradecer o convite à Defensoria Pública para ocupar este espaço, tratando de um tema tão importante, principalmente agora, no Setembro Vermelho que se avizinha, mês de prevenção das doenças cardiovasculares. Pela Defensoria Pública, ouvindo todas as colocações muito importantes e pertinentes, acho que surgem dois tipos de preocupações. Quanto à prevenção, a Defensoria atua para a população hipervulnerabilizada, tanto social quanto economicamente. Então, essa questão da prevenção envolve, primeiramente, o

acesso à informação. Nós, do Núcleo da Saúde da Defensoria Pública, temos agora tentado disseminar maiores informações e informações de qualidade para essa população. A gente tem aproveitado as cores dos meses da saúde para trazer vídeos informativos, cartilhas, para que essa população tenha esse acesso. Mas me preocupa um pouco a questão, por exemplo, do exercício físico, da alimentação. Hoje em dia, andando pelos mercados, a gente vê que os ultraprocessados ainda são de muito fácil acesso para a população. Um pacote de Miojo hoje custa R\$ 2,00, menos do que isso. Então, são alimentos fáceis de consumir para essa população hipervulnerabilizada, por questão de tempo, de dinheiro. Esse acesso e essa preocupação com a alimentação, principalmente, porque o exercício é isso, uma caminhada não custa nada, mas, muitas vezes, essa pessoa também não tem o tempo disponível porque vai ter que pegar um ônibus ao trabalho, enfim. Essa questão da prevenção para essa população me preocupa e preocupa a Defensoria.

Outra questão levantada pelo vereador no começo desta exposição é o atendimento especializado. Não é uma exclusividade de Porto Alegre, mas as filas para atendimento com médicos especializados, como cardiologistas, não se restringem às questões cardiovasculares, mas a todas as especialidades. As listas de espera são enormes, e isso acaba levando à judicialização, que não é o que a Defensoria tenta. Nós temos uma política de tentar resolver extrajudicialmente, junto aos municípios, secretarias de saúde, mas a gente tem encarado essa realidade. As pessoas chegam para nós com encaminhamento para um especialista e, infelizmente, elas enfrentam essa lista de espera, o que dificulta o acesso da população mais vulnerabilizada. Quero colocar a Defensoria à disposição também para buscar soluções, tanto no Município de Porto Alegre quanto no Estado como um todo, para que essa população hipervulnerabilizada tenha acesso a um atendimento efetivo, não apenas para doenças cardiovasculares, mas para todas as condições de saúde. Obrigada.

**PRESIDENTE LOURDES SPRENGER (MDB):** Muito obrigada. Passo a palavra para a Ver.<sup>a</sup> Tanise, em seguida para a Ver.<sup>a</sup> Cláudia e, por fim, para a Ver.<sup>a</sup> Mônica.

**VEREADORA PSICÓLOGA TANISE SABINO (MDB):** Bom dia a todos, quero parabenizar a Ver.<sup>a</sup> Lourdes, proponente desta pauta. Nesta manhã, fica evidente que, mais importante do que os fatores genéticos, como foi dito aqui, é o estilo de vida, a mudança de comportamento, de hábitos. É a importância da atividade física, de uma alimentação saudável, de evitar hábitos como o cigarro, bebidas alcoólicas, medir a pressão e controlar o peso. Isso é estilo de vida, isso é mudança de comportamento. Porém, muitas vezes, as pessoas consultam o médico e querem só tomar um remédio. Se tu fores consultar hoje qualquer médico, seja um cardiologista, seja um pneumologista ou um clínico, para qualquer situação que tu tenhas, seja uma insônia, um problema, enfim, qual for, o médico sempre vai recomendar atividade física para todas as situações. É incrível isso, o médico sempre recomenda atividade física e alimentação saudável. Só que as pessoas querem tomar um remedinho, porque mudar comportamento não é fácil.

Eu sou psicóloga de formação há 20 anos, e a gente sabe que mudar comportamento, mudar estilo de vida não é fácil, mas esse é o nosso desafio. Então, Ver.<sup>a</sup> Lourdes, parabéns por esta reunião, porque o que nós precisamos mesmo é conscientizar sobre a saúde saudável e também a importância da prevenção. Obrigada.

**PRESIDENTE LOURDES SPRENGER (MDB):** Muito bem. Ver.<sup>a</sup> Cláudia com a palavra.

**VEREADORA CLÁUDIA ARAÚJO (PSD):** Bom dia a todos, quero cumprimentar a Ver.<sup>a</sup> Lourdes, as minhas colegas, Ver.<sup>a</sup> Mônica, Ver.<sup>a</sup> Tanise. Eu sou uma vereadora praticamente voltada 100% para a saúde; a gente tem outras pautas, mas saúde é meu foco principal. Então, eu sempre estou muito atenta a esse

tema. Nós temos muitos problemas em Porto Alegre, o gargalo de atendimento é muito grande, e a gente sabe que, como diz o nosso prefeito, o dinheiro tem limite. A gente poderia e deveria fazer muito mais, mas, infelizmente, muitas vezes a gente não tem recursos suficientes para atendimento. Sou uma pessoa que acredita que nós deveríamos ter especialistas nos postos de saúde, os quais foram retirados e que hoje acabam agravando o quadro dos nossos hospitais em função do pré-atendimento que nós poderíamos ter nas unidades. Eu tenho vários projetos voltados inclusive para a questão nutricional nos bairros, que é importante. Se nós tivermos um atendimento e um acompanhamento nutricional, poderemos melhorar muito essa questão. Nós também temos um projeto aprovado dos farmacêuticos nas farmácias para dar esse suporte, esse apoio, um projeto meu que foi aprovado nesta Casa, e também atividade física nas praças e parques, que é extremamente importante para a gente ter a saúde preventiva, que foi o que todos falaram aqui. Como a gente não tem condições, infelizmente, de atender a população como deveria ser atendida, a gente precisa prevenir. A prevenção vem através da alimentação, vem atrás através da atividade física, vem através desse pré-atendimento. Então, prevenção é a palavra-chave da nossa reunião de hoje, porque, como a gente não consegue fazer o atendimento geral, nós temos gargalos na cardiologia e nós atendemos o Cardiologia direto. Quando estava no momento mais crítico, estivemos lá no Tribunal de Justiça, encaminhamos à comissão, fizemos várias reuniões em função disso. O cateterismo, que é uma coisa básica... Como é que a gente resolve o problema cardíaco se não tivermos acesso ao cateterismo? E a gente não consegue atender as pessoas que têm necessidade do cateterismo. E é base, o diagnóstico parte daí. Se a gente não tiver esse tipo de atendimento, a gente não consegue resolver o resto, não é? A vida real é muito mais complicada do que a gente fala, do que a gente diz que deveria ser. Eu vejo aqui, tu falaste aqui sobre diabetes, falta fita nos postos, a gente não tem fita para atender os diabéticos. Como é que a gente resolve a situação dos diabéticos? A gente precisa primeiro do básico para depois podermos falar do resto. Dizer que as pessoas têm que cumprir o seu papel, mas se a gente não consegue cumprir o

nosso. A saúde é uma questão muito complicada, e a gente precisa falar muito nisso. Quando a gente fala na Defensoria, é à Defensoria Pública e é ao Ministério Público que a gente acaba encaminhando as demandas para que possamos ser ouvidos, muitas vezes. O poder público precisa, sim, fazer o seu papel, mas através da Defensoria, através do Ministério Público a gente encaminha os pedidos de diagnóstico, que muitas vezes são demorados e tardios, e acabam fazendo com que a pessoa venha a óbito. Precisamos encaminhar a questão dos medicamentos, pois muitas pessoas não têm acesso e não conseguem a tempo receber a sua medicação. Então, o papel de vocês é fundamental para que a gente, juntos, possa mudar e alterar essa realidade. Que a gente possa ter cada vez mais especialistas nos postos, que a gente possa ter cada vez mais atendimento à nossa população, pois hoje está colapsado. Muito obrigada.

**PRESIDENTE LOURDES SPRENGER (MDB):** Ver.<sup>a</sup> Mônica está com a palavra.

**VEREADORA MÔNICA LEAL (PP):** Bom dia, colegas vereadoras e pessoas que estão aqui nos dando a honra da sua presença. Eu escutei atentamente, aliás, eu acho que talvez pela minha origem de jornalista, eu fotografo e anoto tudo para depois fazer uma pesquisa mais aprofundada. Cumprimento a presidente da comissão, da qual eu tenho a honra de ser vice, pela pauta que é extremamente importante, e cheguei a anotar aqui para mim, infarto merece atenção especial. Todos sabemos, foi o que ficou claro aqui, todas as falas deixaram isso claro. E me preocupa muito que, na esteira disso, nós estejamos com um aumento surreal sobre infarto em mulheres, em pessoas jovens. Aqui eu tenho, a CNN no Brasil publicou dados sobre o fato das mortes por infarto em mulheres jovens terem crescido 62% no Brasil. E aí nós vamos para algumas questões que mais assustam, de 15 a 49 anos, estão sofrendo infarto. Então, eu teria várias questões para apontar, mas na esteira de tudo isso, eu me surpreendo com algumas coisas em Porto Alegre. Nós temos o Instituto de

Cardiologia, que é o nosso cartão de visita. Todo mundo, em Porto Alegre, fala que se tiver um problema, onde é que vai parar? No Instituto de Cardiologia. Mas o mesmo, que é a Fundação Universitária de Cardiologia, uma instituição filantrópica dedicada ao ensino, à pesquisa, à assistência médica, dedica mais de 80% de sua produção ao atendimento aos pacientes do SUS, é responsável por, pelo menos, 50% da produção cardiológica feita ao SUS, na Região Metropolitana de Porto Alegre, está na UTI, precisa de ajuda. E o que faz o governo federal, estadual, municipal nesse quadro? Precisa de recursos. Nós precisamos fazer uma força-tarefa, uma união de forças acima de siglas partidárias, para deixar o nosso Instituto de Cardiologia em condições, com recursos, para que ele possa atender os porto-alegrense e muitas pessoas de fora de Porto Alegre, que a gente sabe. O meu pai dizia essa frase que eu gosto muito de citar, o famoso Pedro Américo Leal: “Quando um paciente entra na portaria, o porteiro não pergunta de onde ele é, ele entra e é atendido.” Então, eu me surpreendo, eu quero registrar aqui, com tudo que eu ouvi. Nós, na capital do Rio Grande do Sul, temos a excelência no serviço de cardiologia, que está pedindo ajuda. Socorro. Recursos para bancar os seus custos, os tratamentos, os seus médicos, seus aparelhos e tudo mais. Obrigada, era isso que eu queria dizer.

**PRESIDENTE LOURDES SPRENGER (MDB):** Muito obrigada, Ver.<sup>a</sup> Mônica. É um serviço de excelência. Nós nos sensibilizamos em saber que falta recurso, Ver.<sup>a</sup> Mônica, falta tanto federal quanto estadual. Nós, no Município, temos outros tipos de acordos. Mas, já aproveitando que falamos em recursos, nós, vereadores, temos R\$ 650 mil para encaminhar para a saúde. São 35 vereadores. Então, eu sugiro que vocês encaminhem projetos aos vereadores, e aqueles que entenderem que possam ajudar o nosso Instituto de Cardiologia assim o farão. Agradecendo a presença de todos, da direção do hospital, defensora, secretaria do Município, os conselhos. Presidente, o senhor tem dois minutinhos, porque aí fica ainda televisionado. Pode falar.

**SR. MARNE DE FREITAS GOMES:** Na realidade, o que eu gostaria de manifestar, realmente, a Ver.<sup>a</sup> Mônica já falou. Ela falou tudo que eu queria dizer. Então, eu queria agradecer essas palavras, elogiar a iniciativa de fazer esse tipo de reunião e dizer que o Instituto de Cardiologia tem um compromisso principal com a vida. A maior causa das nossas dificuldades é porque nós não deixamos ninguém morrer, esse é o nosso principal, a nossa principal missão, não deixar as pessoas morrerem. Fazemos isso paciente por paciente, fazemos isso também comunidade por comunidade, com todos que chegam ao nosso hospital para nós tratarmos.

**VEREADORA MÔNICA LEAL (PP):** O senhor, por favor, diga o seu nome e a sua posição no hospital para ficar identificado.

**SR. MARNE DE FREITAS GOMES:** Doutora Mônica, quero dizer que a senhora sabe muito bem que eu sou o DR. Marne Gomes, diretor-presidente da Fundação Universitária de Cardiologia, entidade com essa missão de tratar... (Problemas técnicos no som.)

**VEREADORA MÔNICA LEAL (PP):** Por favor, vá atender para ninguém enfartar, pelo amor de Deus.

**SR. MARNE DE FREITAS GOMES:** (Problemas técnicos no som.) Cada minuto que eu passei aqui, que eu possa atrasar mais, se estiver mais uma hora aqui, eu vou ficar para ouvir a minha querida Ver.<sup>a</sup> Mônica Leal repetir palavras como ela acabou de proferir. Muito obrigado por tudo.

**PRESEIDENTE LOURDES SPRENGER (MDB):** Muito obrigada. Também quero saudar todos os cardiologista pelo mês em que se comemora o Dia do Cardiologista, por esse motivo a pauta. (Problemas técnicos no som.) Como encaminhamento, teria o pedido de providências para manter o projeto do educador físico e também mais profissionais com especialidade nos postos de

saúde, principalmente cardiologistas. Tenho recebido muitos pedidos. Muito obrigado. Estão encerrados os trabalhos da presente reunião.

(Encerra-se a reunião às 12h05min.)

TEXTO SEM REVISÃO