



SENADO FEDERAL
SECRETARIA-GERAL DA MESA
SECRETARIA DE REGISTRO E REDAÇÃO PARLAMENTAR

REUNIÃO

26/10/2021 - 11ª - Comissão de Ciência, Tecnologia, Inovação e Informática

O SR. PRESIDENTE (Styvenson Valentim. Bloco Parlamentar PODEMOS/PSDB/PSL/PODEMOS - RN) - Declaro aberta a 11ª Reunião da Comunicação de Ciência, Tecnologia, Inovação, Comunicação e Informática do Senado Federal da 3ª Sessão Legislativa Ordinária da 56ª Legislatura.

A Presidência comunica o arquivamento dos seguintes expedientes sem que tenha havido manifestação de interesse de membros desta Comissão, conforme Instrução Normativa da Secretaria-Geral da Mesa nº 12, de 2019: Avisos nºs 1.179, 1.419, 996, 874, 853 e 774, de 2021, do Tribunal de Contas da União; Ofício nº 17, de 2021, PSGSE, da Câmara dos Deputados, relativo ao CAC nº 1, de 2021, Rádio Imprensa de Madureira, Anápolis; Ofício nº 183, de 2019, da Câmara Municipal de Virginópolis, Minas Gerais; Ofício nº 03, de 2020, da Câmara Municipal de Coronel Sapucaia, Mato Grosso; Ofício s/número, da Editora Boa Vista; Ofício s/número, do Portal Diário Revista Eletrônica; Ofício nº 1.121, da Agência Nacional de Telecomunicações; Ofício nº 4.051, de 2020, da Assembleia Legislativa do Estado do Pará.

Pauta.

A presente reunião se destina à realização de audiência pública com o objetivo de debater sobre inovações tecnológicas na prevenção, diagnóstico e tratamento do câncer, em cumprimento ao Requerimento nº 10, de 2021, da CCT, de autoria do Senador Rodrigo Cunha.

Esta reunião ocorre de modo semipresencial, com a utilização do sistema de videoconferência adotado pelo Senado Federal.

As Sras. e os Srs. Senadores, em modo remoto, que desejam fazer uso da palavra podem solicitar suas inscrições por meio da função "levantar a mão" ou registrar o seu pedido no *chat* da plataforma.

O público interessado em participar da audiência poderá enviar perguntas ou comentários pelo endereço www.senado.leg.br/e-cidadania ou ligar para 0800-0612211.

Encontram-se presentes aqui no Plenário da Comissão os seguintes expositores: Luís Romagnolo... É isso? Acertei, não é? Errar um nome é a pior coisa que há. Eu sei isso porque as pessoas sempre erram o meu: Styvenson Valentim. Luís Romagnolo, Diretor de Inovação do Hospital de Amor, de Barretos; e Ricardo Cesar Cavalcanti, Diretor-Presidente do Hospital do Coração de Alagoas.

Participam por meio de sistema de videoconferência os seguintes expositores: Arn Migowski Rocha dos Santos - se eu erreí, depois, o senhor me corrija -, Chefe da Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede do Ministério da Saúde; a Sra. Clarissa Mathias, Presidente da Associação Brasileira de Oncologia Clínica; o Sr. Marcos Cesar de Oliveira Pinto, Diretor do Departamento de Empreendedorismo Inovador do Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovações.

Antes de agradecer a palavra de todos, vai haver a presença também, de forma remota, de um Deputado, o nome dele é Pedro Vilela - não é isso? -, lá do Estado do Senador Rodrigo Cunha, de Alagoas.

Eu estou substituindo o Senador Rodrigo Cunha porque ele precisou resolver uns problemas pessoais - então, eu, Senador Styvenson Valentim, membro desta Comissão também.

Passo a palavra, primeiro, para o Sr. Luís Romagnolo. Por quinze minutos, dá para o senhor falar? (*Pausa.*)

Vamos lá. É um tempo suficiente.

Com a palavra V. Sa.

O SR. LUÍS ROMAGNOLO (Para expor.) - Agradeço a possibilidade de estar aqui, em nome do Hospital de Amor, em nome de todo o nosso grupo e em nome dos nossos pacientes que a gente atende do Brasil inteiro, para falar um pouco sobre inovação, o que a gente está desenvolvendo no hospital e de que forma a gente pode contribuir para o sucesso da saúde pública no Brasil.

A ideia que a gente trouxe aqui para vocês é tentar expor o que a gente está desenvolvendo dentro do hospital em inovação para a saúde pública, de uma forma totalmente diferente, de forma que a gente consiga espalhar a inovação, para que todos os pacientes da saúde pública tenham acesso à inovação e se diminua cada vez mais o índice de câncer - a gente está falando de câncer aqui, mas a gente pode falar de outras coisas na saúde - usando a tecnologia.

Eu deixei uma apresentação aí; se puder colocá-la, por gentileza. *(Pausa.)*

Enquanto a gente começa a colocar a apresentação, eu vou explicando um pouco das possibilidades.

Um dado sobre o qual a gente gosta de conversar: por que o Brasil precisa inovar na saúde? Por que o Brasil precisa trazer condições melhores com tecnologia para os nossos pacientes? A ideia principal é que a gente sabe que, em mais de 10% dos nossos Municípios no Brasil, a primeira causa de morte é câncer. Isto já é um dado oficial: em mais de 600 Municípios do Brasil, a principal causa de óbito é o câncer. E a gente tem que pensar em como tratar esses pacientes, porque a maioria, em torno de 70% a 80% desses pacientes, chega com a doença avançada; a isso a gente chama de estadiamento III ou IV, que é o estadiamento máximo a que o paciente chega com a doença avançada. E o melhor de tudo é saber - ou não, posso dizer que é o pior - que os pacientes que têm o diagnóstico inicial, que é o estadiamento I e II, um índice muito pequeno, que são os que têm possibilidade de cura, são os que chegam em menor quantidade para a gente.

Então, a gente tem que pensar em números, números muito eficientes, e a gente tem que utilizar uma plataforma americana, que são os dados dos Estados Unidos. Os Estados Unidos gastam, anualmente, US\$8 trilhões na saúde - US\$8 trilhões! -, e US\$2 trilhões são desperdiçados. Esse é um dado muito interessante que eu vou passar para vocês. Quem fez esse dado foi a Consultoria Century, que é uma das quatro maiores do mundo. Então, vamos pensar: US\$2 trilhões são jogados ao vento por desperdício. E um dado que eu gosto de dizer é: se a gente conseguir US\$150 bilhões em inteligência artificial, a gente consegue diminuir esse número. Então, eles jogam US\$2 trilhões no lixo por desperdício, e 20% disso é suficiente para a gente conseguir arrancar um número de casos de melhoria em inteligência artificial, só que a gente fala de outras coisas.

Pode falar.

O SR. PRESIDENTE (Styvenson Valentim. Bloco Parlamentar PODEMOS/PSDB/PSL/PODEMOS - RN) - Doutor, só para não perder essa interação, eu acho que a interação também... Não é praxe do Presidente da Comissão ficar interferindo na fala do...

O SR. LUÍS ROMAGNOLO - Mas pode. É ótimo!

O SR. PRESIDENTE (Styvenson Valentim. Bloco Parlamentar PODEMOS/PSDB/PSL/PODEMOS - RN) - Mas, quando o senhor fala que US\$8 trilhões são investidos na saúde dos Estados Unidos e US\$2 trilhões são desperdiçados, ficou uma dúvida aqui para mim sobre onde esse desperdício está. O senhor disse que, com US\$150 bilhões em inteligência artificial, tornar-se-ia mais eficiente. O senhor tem esses mesmos dados para a saúde pública aqui do nosso País? E o quanto a gente já avançou em inteligência artificial e tecnologia para reduzir? Porque, se os Estados Unidos, que a gente tem como primeiro mundo, um país que tem pelo menos uma visão diferente da nossa em combate à corrupção, não que não seja mais limpo, têm esse desperdício, o senhor localiza onde, como médico que avalia um paciente, o diagnóstico que o senhor dá pode ser cirúrgico, em que lugar existe desperdício que melhoraria com a tecnologia? Só para não perder essa interação, porque fiquei curioso com esse dado.

O SR. LUÍS ROMAGNOLO - É muito interessante, e a gente estava discutindo hoje, porque é o seguinte: quando a gente trabalha... O Departamento de Ciência e Tecnologia já investiu bastante sobre inovação com inteligência artificial e outros dados, principalmente sobre a conectividade do Sistema Único de Saúde.

Onde eu vejo que a gente poderia trabalhar? Se a gente conseguir trabalhar com uma conectividade de dados de todo o Sistema Único de Saúde - e lembro que 70% da população brasileira utilizam o Sistema Único de Saúde -, se fizer um paralelo com o Hospital de Amor, a gente faz 6 mil atendimentos diários de câncer por dia, 6 mil - 6 mil! -, vamos jogar isso para o Brasil, quantos atendimentos todo o Sistema Único de Saúde faz no Brasil? E esses dados ficam armazenados onde? Se a gente levar para um linguajar mais científico, se a gente tivesse um *data lake*, um *big data* nacional onde a gente armazenasse todos esses dados e, através de inteligência artificial em vários programas de aceleração que o Governo

já tem, a gente também tem e outros lugares do Brasil também têm - isso não é uma competição, e, sim, como eu disse, o benefício é o paciente -, a gente conseguiria que esse paciente que tem o diagnóstico I ou II chegasse antes de I para a gente. Dados oficiais eu não tenho, porque os dados que a gente tem de resultados eu consigo trazer do hospital, eu não tenho uma rede integrada de saúde que eu conseguiria hoje do Ministério da Ciência e Tecnologia. Talvez o pessoal que está aqui com a gente possa me ajudar com isso. Eu não tenho esse dado.

Mas é interessante a gente falar sobre esse grande número de economia que se poderia fazer investindo em inteligência artificial, e não só inteligência artificial - quando a gente fala de inteligência artificial, a gente fala de um tripé, que é telemedicina ou telessaúde, medicações, então, erro medicamentoso, dose de medicamento errada, liberação de medicamentos -, assim, a gente poderia economizar através de um banco de dados: "Ó, esse paciente toma esse remédio". Quantos pacientes chegam para a gente - o Ricardo pode falar bem - e a gente pode falar: que remédio o senhor toma? "Branquinho, amarelinho, verdinho, não sei o quê, não sei o quê." Ele nunca sabe qual é o remédio que ele toma. Se a gente tivesse um sistema que antecipasse isso, poderia evitar o desperdício de medicamentos. Isso a inteligência artificial faz.

E é isso que a gente começou a desenvolver no hospital, avaliando essa ideia, porque, quando a gente fala do Hospital de Amor, a gente não fala de hospital de Barretos, hoje a gente fala que é o hospital do Brasil. Por quê? Porque a gente atende pacientes de todos os Municípios do Brasil. Contando a nossa rede de prevenção, carretas, centros de prevenção, nós já estamos em 13 Estados da Federação. Desses 13 Estados da Federação, eu consigo ter na mão do hospital a ponta, onde está o defeito na cidade ribeirinha, onde está o defeito numa cidade capital, onde há várias interações, e aí é onde está o problema. O paciente precisa fazer uma colonoscopia... Vamos falar do Outubro Rosa, da mamografia. Se o paciente precisa fazer uma mamografia hoje, quanto tempo ele demora para chegar a um posto de saúde, pedirem uma mamografia e ser resolvido isso? Talvez, se um sistema de inteligência artificial rastreasse a cidade e falasse: todo paciente com idade de 40 anos ou história familiar... O posto de saúde já tendo conectividade traz a pessoa até lá, porque, vejam, em relação a telefone, há mais telefone do que cidadão no Brasil, e as pessoas sabem mexer com todos os tipos de plataformas de redes sociais, de comunicação.

O que a gente fez? Pensando nessa possibilidade, a gente transformou e começou... Dentro do hospital, a gente tem um centro de treinamento para técnicas cirúrgicas, que é um centro que chama Ircad. Há dez anos, a gente desenvolve, lá e em outros países, porque o Ircad é mundial, um programa de inovação em saúde voltado para cirurgia. E o que chama a atenção dos franceses... O presidente dessa instituição lá na França falou para mim: "Toda vez que a gente vem para Barretos vocês têm uma novidade", e os caras vêm a cada três meses. Por que a gente não pode trazer um evento, que se chama Best, que a gente tem lá, que é um evento que se chama Business Engineering and Surgical Technologies? É um evento em que a gente desenvolve problemas da região. Então, como a gente tem esse centro de treinamento aqui no Brasil, a gente tem na Ásia, a gente tem um centro desse na Europa e a gente tem um centro desse que está sendo lançado na África, por que a gente não faz uma comunicação entre todos os centros?

Em 2019, a gente trouxe esse evento para Barretos. Através do quê? Problemas que o hospital tem. E um problema - já disse um ganhador do prêmio de Medicina, de 1989 -, o problema do tratamento do câncer é o diagnóstico e o acesso. E o Brasil é continental, gente! A gente precisa ter acesso. E a gente desenvolveu o quê? Carretas que vão até as cidades ribeirinhas, carretas que andam na água, carretas que chegam até as cidades, que fazem mamografia, exame preventivo de colo de útero, próstata, biópsia de pele para câncer de pele. Esses pacientes são rastreados e levados para fora, para os Municípios de referência.

Pensando em tudo isso, eu gostaria de dizer que, como o hospital está em 13 Estados da Federação, com um número gigantesco de pessoas que a gente atende, como disse, mais de 6 mil, são 9 mil refeições por dia, enfim, várias coisas dessas, a gente pensou: por que não desenvolver uma conexão de saúde, saúde pública, que é o Harena, que a gente chama de Harena Inovação? O Harena Inovação é um centro de inovação, um *hub* de inovação em saúde pública onde nós detectamos problemas que acontecem no Brasil inteiro, na saúde pública, trazemos para dentro do hospital e, dentro do hospital, a gente desenvolve soluções gratuitas para a população do SUS.

Por que o paciente que não tem dinheiro não pode ter acesso a um aplicativo que vai gerir o parto da esposa? Por que ele não pode receber um comunicado de que está na hora de fazer seu exame? Por que ele vai a um pronto-socorro e faz um raio-X, e esse raio-X é perdido porque não há um armazenamento?

Então, a ideia do Harena é a gente transformar... E eu vou passar rapidinho porque eu tenho meu tempo de...

Pode passar para mim? Está no verde aqui. É para lá, para cá... *(Pausa.)*

Vou desligar e ligar. Passou?

Perfeito.

E não é aí que eu vou chegar. É só para dizer para vocês, Senador, um dado: R\$4,7 bilhões são gastos no tratamento oncológico no Brasil. É um dado de 2017, do Ministério da Saúde. São R\$4,7 bilhões! Como eu disse, Estadiamentos 3 e 4, aqueles que você tem que operar, mas, muitas vezes, vai voltar a doença, são a maioria deles.

E esse dado é o eslaide mais importante que eu queria mostrar para vocês. A gente comparou o custo médico-hospitalar considerando o IPCA, a inflação. Olha que interessante! Eu vou num número bem interessante.

Se vocês forem ver, o 8,5, que eu tenho lá na frente, significa quanto está a inflação econômica pelo IPCA. E, em verde, lá no alto, seguindo a mesma linha, 20,6 é a porcentagem que dobrou o custo hospitalar. Quer dizer, daqui a uns anos, se o sistema continuar desse jeito, nós vamos ter que pagar para ter saúde no Brasil. Teremos que pagar, se continuar desse jeito. Você vai ter que pagar o seu tratamento.

E, aí, como a gente consegue resolver essa ideia? A gente consegue resolver através de inovação.

Vamos ver se eu passo agora. Para cá, para cá, para lá...

Eu não consigo passar. *(Pausa.)*

Passou. Isso. Mais um. Pode passar. Isso.

Esse foi o Prêmio Nobel em 1989. Em 1989, ele já disse que o acesso é o grande problema para o controle de câncer. Isso a gente tem que pensar em trabalhar de várias formas.

A gente estava conversando - não é, Ricardo? -, e você precisa de informação, educação e prevenção, trabalhando na jornada do paciente oncológico, conscientizando a população, fazendo educação. E esse é um dado do hospital: a gente está em quase todos os Estados. Déficit gigantesco. E desde 1994 a gente inova, desde o exame preventivo, que era uma bicicleta que andava pela cidade de Barretos e região fazendo exame, até evoluirmos para as carretas, carretas que hoje viajam o Brasil inteiro e para fora do Brasil fazendo diagnóstico de câncer de pulmão, de pele, de todos os tipos de câncer, e as nossas unidades de prevenção. Essas são algumas que a gente tem. Estamos com hospital em Porto Velho também, outro hospital que vai ser inaugurado em Sergipe.

(Soa a campanha.)

O SR. LUÍS ROMAGNOLO - E, para finalizar, eu queria trazer a possibilidade do Harena para vocês, que é disso que a gente quer falar aqui. É um conjunto de um *hub* que nós vamos trabalhar com mentores, *hubs* de inovação... Como eu disse, não existe competição, gente. Todos os *hubs* podem... *Hub* é uma conexão. *Hub* é como se fosse um satélite. E nós vamos trabalhar com empresas privadas que podem investir em soluções, em parceiros que vão dedicar espaços seus, e, é claro, as ideias das *startups*.

Estes são os nossos pilares do Harena: gestão hospitalar; saúde digital; IoT e *medical devices*, que são os produtos médicos; prevenção ao câncer; pesquisa clínica; e diagnóstico por imagem. Assim, a gente desenvolveu o Harena, que já está aberto a todas as pessoas que tenham interesse em saber como isso trabalha, gratuitamente. As *startups* se aceleram e trabalham com isso, vários eventos já aconteceram, e esse é o nosso portfólio inicial. Hoje nós estamos com mais de 60 *startups* aceleradas.

Eu queria falar especialmente de uma *startup*, é bem interessante, que nos procurou para acelerar por causa de uma história, porque toda *startup* depende de uma história da família. Era um pai de uma criança com autismo severo, em grau máximo de autismo. Ele não conseguia conversar com o filho, o filho não falava com ele. "E se eu criar um produto em que meu filho fale comigo?". Olha que coisa mais nobre! Ele criou um aplicativo em que, através de figuras, ele sabe quando o filho está com fome, ele sabe quando o filho tem sede, quando o filho está feliz, quando o filho está triste. Ele conseguiu restituir o afeto pai e filho. Essa *startup* foi acelerada junto com a gente, e hoje são mais de 200 mil famílias conectadas. Já estão traduzindo o programa para outros idiomas, e foi desenvolvido através de um problema familiar. Quantas pessoas têm problema familiar e poderiam desenvolver um produto? "Ah, eu não sou médico, eu não vou saber de saúde". Você não precisa ser médico para saber de saúde; o que você precisa é gostar do próximo.

Então, eu só finalizo com o seguinte, para a gente poder discutir bastante sobre isso: inovar é o quê? Inovar é para a gente humanizar, inovar é para a gente crescer, inovar é para a gente economizar, e o principal, a gente precisa inovar para ajudar a saúde pública no Brasil. Por isso que hospital tem essa frente 100% gratuita, voltada para o sistema público de saúde. Se a gente não trabalhar em conjunto, associando Governo Federal, governo estadual, municipal e iniciativa privada, se não tiver essa associação, eu acredito que a saúde pública vai colapsar e a gente não vai ter condição de trabalhar, porque a gente vai precisar de muito apoio financeiro, humano e intelectual.

Então, a gente quis passar essa ideia do Harena para vocês, do Hospital de Amor. Eu sei que tenho o meu tempo para falar, mas estou à disposição para o que vocês quiserem perguntar depois.

Mais uma vez eu queria agradecer em nome do hospital e dos nossos pacientes por esta possibilidade.

Obrigado.

O SR. PRESIDENTE (Styvenson Valentim. Bloco Parlamentar PODEMOS/PSDB/PSL/PODEMOS - RN) - Dr. Luís, o senhor retorna. Aqui já tem algumas perguntas para o senhor. Eu fiquei curioso, eu vou fazer algumas perguntas em particular, não vou fazer uma consulta, a respeito justamente do que o senhor falou e do que eu vi ali. Acho que o brasileiro fica curioso para saber se falta dinheiro ou não para a saúde pública. Fiquei curioso também com os seus 6 mil atendimentos por dia, na rede pública ou em outras redes filantrópicas. É uma comparação que a gente tem que fazer.

Com a palavra, por 15 minutos, o Sr. Ricardo Cesar Cavalcanti, Presidente do Hospital do Coração de Alagoas.

O SR. RICARDO CESAR CAVALCANTI (Para expor.) - Bom dia a todos.

Muito obrigado.

Inicialmente quero cumprimentar o Senador Styvenson Valentim pela honra de estar nesta Casa, Senado Federal, e, com isso, cumprimentar todos que fazem esta Casa.

Eu quero também agradecer ao Senador Rodrigo Cunha pelo honroso convite e, ao mesmo tempo, parabenizá-lo por incluir neste debate uma entidade privada e, com isso, trazer também à discussão a visão daqueles que fazem a medicina fora do eixo público.

E isso, sem dúvida nenhuma, pode, em determinado ponto, sobretudo naquele ligado às tecnologias, ser de alguma valia. E eu espero que ele esteja certo e que a gente possa contribuir com o debate.

O Luís já facilitou muito o nosso caminho, falando da questão do vulto financeiro que envolve o atendimento do paciente na rede única de saúde, no setor público, e também de um fato muito interessante, em que ele fala "da tecnologia a serviço da humanização".

A gente sabe que isso tem sido um entrave para o estabelecimento pleno das tecnologias, notadamente da telemedicina, por se tratar de um tema que envolve máquinas e, portanto, por envolver atendimento à distância, e a classe médica, algumas vezes, tem tido alguma dificuldade no entendimento de que a tecnologia, aliada a um bom serviço médico, seguramente interage com a humanização, num sentido positivo, uma vez que facilita o trabalho médico e, sobretudo, leva esse serviço, Senador Styvenson, àqueles que estão em situação de maior fragilidade social, em áreas remotas.

De forma que esse é um tema que acredito que talvez a pandemia da covid-19, apesar de todas as suas mazelas, traga. Trazer, ainda com mais força, à luz o tema da telemedicina e a possibilidade de uma interação à distância entre médicos e pacientes.

E minha função aqui, na realidade, já que sou do Hospital do Coração de Alagoas e, portanto, lido com a área cardiovascular, é de trazer alguma experiência que a gente teve na utilização de tecnologias que possam, de alguma forma, servir ao Estado e atuar naqueles menos favorecidos.

Então, neste momento inicial, eu me reporto aqui a uma experiência que nós tivemos por ocasião do início da pandemia, quando todos sabem que o poder público teve que montar diversas UTIs, Dr. Luís, e, naturalmente, não havia, em Alagoas como no resto do Brasil, profissionais capacitados para terapia intensiva, sobretudo naquele paciente covid tão grave.

Então, no Hospital do Coração - e nisso a atividade privada talvez possa ajudar de alguma forma, por sua grande agilidade -, nós montamos imediatamente uma UTI virtual, em uma das UTIs que estavam desativadas, porque era UTI pediátrica, para se fazerem cirurgias cardiovasculares, que, por conta da pandemia, por questões óbvias, foram canceladas, já que em cardiopatia pediátrica não há urgência, e o risco da covid seria maior do que se postergar um pouco. Então, essa UTI foi desativada, e nós gratuitamente oferecemos ao poder público, montamos e oferecemos uma UTI virtual, um centro de simulação realística.

Treinamos quase 300 profissionais, entre médicos, fisioterapeutas, enfermeiros, em terapia intensiva, sobretudo no que diz respeito à ventilação mecânica de pacientes. E aquele grupo que foi destinado às UTIs teve, antes mesmo de começar a atuar, um treinamento no Hospital do Coração.

(Intervenção fora do microfone.)

O SR. RICARDO CESAR CAVALCANTI - Não, isso presencial, presencial, porque era um treinamento feito com equipamentos, demonstrando como se intubar um paciente, como mexer no equipamento.

Mas, posteriormente, nós, após esse treinamento, que foi presencial, instituímos unidades robôs em cinco das UTIs principais do Estado, que estavam recém-implantadas, e montamos o que nós chamamos de UTI virtual, que foi o quê?

A equipe do Hospital do Coração se postou em uma sala, como se estivesse de plantão, e aí nós tínhamos o intensivista, Luís, cardiologistas, infectologistas, pneumologistas ligados remotamente ao médico com pouca experiência que estava na UTI e, com isso, diuturnamente, nós discutíamos casos.

E, eu digo a vocês, isso foi uma experiência extremamente gratificante, primeiro, porque deu muito conforto a um médico inexperiente discutir casos e ouvir uma segunda opinião de um médico mais experiente. Então, isso, do ponto de vista de humanização do profissional foi muito bom, e aí se estende à enfermagem e à fisioterapia. E, em segundo lugar, e principalmente, porque a gente teve um ganho qualitativo muito grande.

Esse projeto surgiu exatamente... Na realidade, era uma ideia que a gente já tinha anteriormente, talvez, acho que já há uma década, Luís. E, aí, esse seu projeto é interessante, porque nós tínhamos esse projeto, tentamos financiamento no Brasil, tentamos no exterior, não conseguimos e foi só na pandemia, pela urgência, que conseguimos o patrocínio para poder, de fato, levar isso a cabo.

Mas o fato concreto é que aqueles médicos, postados remotamente no Hospital do Coração, ligados por unidades robôs com possibilidade de interface tanto de som e imagem, como também para rodar exames pesados como tomografia - muito importante na covid -, essa discussão de caso clínico, essa orientação, a instituição de protocolos, a realização de ecocardiogramas a distância...

Tivemos vários casos, Senador Styvenson, em que uma pessoa não especializada com um aparelho de economia, naquela UTI, realizava a economia, e o nosso ecocardiografista no Hospital do Coração via as imagens, dava o diagnóstico, e isso foi muito decisivo em vários casos.

Da mesma forma, orientamos cardioversões elétricas. Então, imagine você orientar um choque elétrico no coração de um paciente que está do outro lado da cidade. E tudo feito com uma segurança muito grande, porque havia médico de ponta a ponta. Havia uma *expertise*, e essa *expertise* foi transferida através da tecnologia, com a imagem, com som e com a interpretação de exames. Então, nós analisávamos tomografias em tempo, não em tempo real, porque a tomografia é um exame que você vê após a imagem, mas o ecocardiograma, por exemplo, é em tempo real, assim como o eletrocardiograma.

Então, foi uma experiência iniciada pela iniciativa privada, mas destinada ao ente público que criou uma situação de uma demonstração clara do uso de tecnologia, do uso da telemedicina - e olhe que em ambiente de extrema dificuldade, um ambiente agudo, de crise aguda -, em que você deu uma qualidade muito grande àquele paciente e àquele médico.

Então, essa é uma iniciativa que, evidentemente, pode ser adotada pelo poder público.

Nós temos um país de dimensões continentais como todos sabem. Nós temos, Senador Styvenson, algo em torno de quase 500 mil médicos, quatrocentos e tantos, para algo em torno de 5,5 mil Municípios. Isso dá uma relação, mais ou menos, de 2,2 médicos por mil habitantes, que está um pouco abaixo da média mundial, que é em torno de 3,4, mas que é um número bastante interessante. Esse não é o problema. O problema é a distribuição geográfica. Para você ter uma ideia, 60% dessa massa trabalhadora médica, 60% estão em apenas 40 cidades, que são aquelas cidades com mais de 500 mil habitantes, que podem ter um hospital como o Hospital do Coração, como o Hospital de Amor, etc. Setenta por cento desses Municípios, aí você está falando de... Se você fala que você tem em torno de 5,5 mil Municípios, em torno de cinco mil e alguma coisa vão ser cidades com menos de 50 mil habitantes; tecnicamente, cidades com grande dificuldade de terem um hospital com essa tecnologia mostrada aqui do Hospital de Amor.

E, quando eu falo de tecnologia, estou falando daquela massa de conhecimento que só pode ocorrer diante de um atendimento em escala razoável. É preciso haver uma quantidade de procedimentos e de atendimentos para se gerar um conhecimento que possa ser realmente robusto. Então, tecnicamente, há a impossibilidade de, em todas as cidades, haver um grande serviço médico que entregue um serviço médico de qualidade. É aí que entra a telemedicina, que entra a tecnologia voltada a auxiliar a ação de uma segunda opinião, voltada ao auxílio à decisão médica, ao telemonitoramento, à teleconsulta, ao ensino, que é algo que já se faz. E o SUS, os entes públicos, de maneira geral, têm feito um trabalho fantástico. Nós já temos, hoje, um arcabouço extremamente robusto, que precisa ainda ser mais consubstanciado e mais validado do ponto de vista legal, mas que já é um substrato absolutamente fantástico.

Mas temos ainda alguma dificuldade de fazer isso se transformar em uma entrega de serviços lá na ponta. Então, talvez, o ente privado possa, associando-se ao ente público, dar um pouco mais de agilidade na entrega, na ponta, ao paciente, que é o que interessa. Iniciativas como aquela a que eu me reportei, talvez, possam ser utilizadas como exemplo de que é possível uma parceria público-privada, mas isso, evidentemente, pode ser feito só pelo ente público, sem dúvida nenhuma. Isso foi feito com um ente privado por uma necessidade local. Evidentemente, o poder público, o SUS brilhou no combate à covid e, talvez, até tenha tirado as dúvidas de quem as tinha sobre a necessidade desse sistema e sobre a sua alta qualificação pelo seu papel na covid, mas, evidentemente, não é perfeito, até pela sua grandiosidade.

Aí é importante que a classe médica realmente se conscientize, aceite, de fato, que a tecnologia médica, notadamente a telemedicina, não só pode como deve... E até direi que ela é inevitável, sobretudo para um país tão desigual e tão grande como o nosso País. Volto a insistir: medicina a distância, com qualidade, com qualificação, com o médico nas extremidades, é uma solução, é uma boa solução.

Dessa forma, eu espero que este exemplo da UTI Virtual e outros serviços... O Einstein tem feito isso de forma bem científica. Acredito que, em breve, a gente terá algum estudo de custo/efetividade, que é outro tema extremamente importante, porque, na coisa pública, você há de fazer também essa análise. Evidentemente, precificar a vida é algo muito complicado, mas, em política pública, as novas tecnologias precisam passar por esse crivo do custo/efetividade, e a gente sabe que, muito dificilmente, a tecnologia peca ou perde nesse ponto.

São necessários, naturalmente, grandes investimentos, mas, como bem mostrou o Luís, o ganho, no final, tende a ser maior. A nossa UTI foi uma demonstração clara disso. Nós cuidamos, com um grupo de cinco profissionais, de praticamente cem pacientes de UTI. Por quê? Porque não precisaria discutir todos os casos. A gente tinha um médico na outra ponta. A gente discutia aqueles casos nos quais a alta qualificação, a *expertise*, aquele conhecimento específico fazia a diferença. Só que isso, em grande parte das vezes, é o diferencial entre viver ou morrer.

Então, você pode não substituir - isto está fora de cogitação -, mas pode dar mais qualidade ao sistema, utilizando uma conexão entre essas grandes entidades dessas 40 cidades com mais de 500 mil habitantes, com grandes centros médicos, que podem transferir - eu até diria que devem transferir - o conhecimento, a tecnologia, para o bem daqueles menos assistidos que estão em áreas remotas.

Então, essa seria uma abordagem inicial que aconteceu na covid.

Eu não sei se ainda tenho tempo, acredito que sim.

O SR. PRESIDENTE (Styvenson Valentim. Bloco Parlamentar PODEMOS/PSDB/PSL/PODEMOS - RN. *Fora do microfone.*) - Tem mais dois minutos.

O SR. RICARDO CESAR CAVALCANTI - O.k. Estou dentro... Tenho dois minutos.

Eu deixaria outra experiência que nós temos, essa não na fase aguda, mas em uma doença comum, que é o infarto agudo do miocárdio. Nós tiramos o Estado de Alagoas da condição de um Estado que não tratava o infarto agudo do miocárdio com a técnica chamada "padrão ouro", que é a angioplastia coronária, e demonstramos, através da tecnologia da telemedicina, que isso poderia ser feito, mesmo havendo um único centro no Estado que pudesse fazer o procedimento, simplesmente acelerando o diagnóstico e acelerando a transferência desse paciente, através de telemedicina.

Se houver possibilidade, a gente pode demonstrar essa experiência. Eu trouxe alguns eslaides. Acho que isso é bem interessante do ponto de vista da logística, do que pode ser feito no Sistema Único de Saúde.

O SR. PRESIDENTE (Styvenson Valentim. Bloco Parlamentar PODEMOS/PSDB/PSL/PODEMOS - RN. *Fora do microfone.*) - O senhor trouxe os eslaides?

O SR. RICARDO CESAR CAVALCANTI - Trouxe.

O SR. PRESIDENTE (Styvenson Valentim. Bloco Parlamentar PODEMOS/PSDB/PSL/PODEMOS - RN) - Estão aí?

O SR. RICARDO CESAR CAVALCANTI - Estão aí. Se puder, então... O.k.!

O SR. PRESIDENTE (Styvenson Valentim. Bloco Parlamentar PODEMOS/PSDB/PSL/PODEMOS - RN) - Coloque os eslaides dele, para a gente ver. Aqui a cirurgia é completa.

O SR. RICARDO CESAR CAVALCANTI - O.k.! Então, veja, é preciso falar um pouquinho disso, mas vou fazê-lo bem rapidamente.

Esse é o Estado de Alagoas, um Estado com aproximadamente três milhões de habitantes, dividido em duas macrorregiões: aquela do litoral e Zona da Mata, onde estão as cidades principais, onde está a cidade principal, com os grandes centros hospitalares na capital, que é Maceió; e a segunda macrorregião, que é o Agreste e o Sertão, cujo centro é Arapiraca.

Então, os pacientes que, até 2015, enfartavam no Estado de Alagoas tinham uma conduta mais expectante. Alguns faziam trombolítico, que é uma medicação feita para dissolver o coágulo que causa infarto. Mas nenhum deles fazia a angioplastia primária, que é o tratamento ouro.

Então, vejam aqui, são dados do Datasus: entre 2010 e 2014, o Estado de Alagoas fez apenas quatro angioplastias. Veja que o infarto, assim como o AVC, são as principais causas de morte no Estado de Alagoas; na sequência, vem o câncer. Então, a principal causa de morte não era tratada em 2014.

Nós assumimos, através de uma fundação, esse desafio de implantar, dentro da rede de cuidados do infarto, no SUS, o tratamento do infarto, e o que a gente fez...

(Soa a campanha.)

O SR. PRESIDENTE (Styvenson Valentim. Bloco Parlamentar PODEMOS/PSDB/PSL/PODEMOS - RN. *Fora do microfone.*) - Pode continuar.

O SR. RICARDO CESAR CAVALCANTI - ... foi, simplesmente, juntar as pontas.

Aí eu trago a mensagem de que a telemedicina e essas tecnologias podem brilhar. Evidentemente, para que as coisas caminhem bem, há que se ter algum grau de organização, e o primeiro ponto é que todo mundo fale a mesma língua e faça tudo dentro de uma mesma lógica. Então, para isso, foi implantado um protocolo para que todo o Estado tratasse o problema da mesma forma, conversasse com a mesma língua. E também, através do nosso centro de treinamento, nós, gratuitamente, implantamos, fizemos o treinamento daquelas UPAs, daqueles hospitais que, lá na ponta, no Sertão, por exemplo, tratavam o infarto. A gente sabe que grande parte dos pacientes infartados falece nas primeiras duas horas de parada cardíaca, que pode ser revertida. Então, treinamos aquelas equipes em ressuscitação cardiopulmonar, como parte do programa, mas, fundamentalmente, o que nós fizemos foi juntar as pontas.

Então veja: nós já tínhamos no Estado um financiamento, tanto municipal como estadual e federal, para tratar do infarto agudo do miocárdio, nós tínhamos as UPAs funcionando plenamente, nós tínhamos um grande serviço que é o Samu e nós tínhamos um hospital que atendia esses pacientes.

O infarto, Senador Styvenson, a gente tem que tratar, no máximo, dentro de 12 horas - o ideal é tratar dentro de seis horas -, senão o músculo morre, você vai gastar os recursos, ocupar o leito e não vai evitar que o paciente perca a função cardíaca. E, quando isso acontece, ele perde a força de trabalho. Como, em grande parte do Estado, o trabalhador é braçal, ou seja, usa a força física, ele fica inviabilizado completamente para o trabalho. Então, há um dano social aí muito grande.

Mas já existiam essas entidades, já existia o custo. O que nós fizemos? Nós implantamos telemedicina, teleeletrocardiografia, e rearrumamos, ou seja, lincamos esses atores. Então, as pessoas que estavam na UPA agora tinham o diagnóstico preciso, feito em, no máximo, cinco minutos, de um eletrocardiograma já laudado. A partir desse momento em que era feito o diagnóstico de infarto, feito por um médico, mas com o auxílio de um especialista na outra ponta, esse caso saía do domínio privado daquele médico, ou seja, não havia mais a opção de ele não tratar aquele paciente, porque, quando esse diagnóstico era feito, era disparado um alarme para mim, que organizava o sistema; para um médico que estava no Samu; para o bombeiro, que também entrou nisso; para o pessoal do HGE e para a equipe que ficava de sobreaviso para fazer a intervenção. Então, dava-se início a um grupo de discussão que utilizava a rede WhatsApp. Não havia um sistema mais otimizado e até mais efetivo, mas o WhatsApp serviu muito. A gente criava um código, não se colocava o nome do paciente, e se discutia aquele caso.

E aí foi interessante, Senador Styvenson, que mesmo os pacientes que não conseguiram se submeter à angioplastia tiveram redução de mortalidade. Mas como? Qual é a mágica? É que o médico, a partir do momento em que o caso ia a público, evidentemente, tinha um pouco mais de cuidado de não deixar de fazer, por exemplo, a aspirina etc., etc. Então, houve um ganho global. Mas eu vou mostrar o que houve, de fato, em relação ao ganho específico para o qual foi o projeto.

Então, veja que, na realidade, o que nós fizemos foi lincar todos esses atores através de uma coisinha chamada telemedicina, mais especificamente tele-eletrocardiografia. E, com isso, a gente inicia um processo para tratar, para fazer aquele paciente da cidade remota chegar à capital e fazer a angioplastia. Foi bonito, porque vários casos nós trouxemos até de helicóptero, como se a gente estivesse nos Estados Unidos. Isso foi possível.

Então veja que, até 2014, nós tínhamos uma mortalidade estadual de infarto de 19%, algo muito, muito diferente do que nós conseguimos, por exemplo, no Hospital do Coração, em que a taxa era, na mesma época, de 4,3%. Então, imagine você ter três vezes mais chance de morrer porque não tem acesso a uma tecnologia. Veja que, com o programa, a gente conseguiu trazer isso para 5%. Então, foi um ganho e uma demonstração clara de que é possível salvar vidas com o que já se tem, desde que essas instituições ou essas entidades conversem entre si. E é isto que faz a tecnologia: colocar os atores para conversar entre si.

Então, nós temos, sem dúvida nenhuma... Eu peço até desculpa aos que fazem, de fato, o grande trabalho brasileiro que é feito pela rede pública, e não pela privada. Mas, de fato, se há um problema de financiamento - e a gente sabe que há -, há também um problema de gestão, não por culpa do gestor, mas, sim, de um sistema que não conversa entre si.

O que nós fizemos, Senador, foi simplesmente lincar aqueles vários atores e colocá-los em prol de um ato único naquele momento específico: o de levar esse paciente rapidamente para fazer uma angioplastia. Então, esse foi o resultado, e a gente ficou muito feliz que isso tenha acontecido.

Basicamente, era isso que eu queria trazer aqui, para falar um pouco que é possível a tecnologia ser utilizada em um ambiente público de saúde, que é o que, de fato, ajuda a população.

Vejam, em inúmeros absolutos, que nós saímos de 4, em dois anos, para 446; 446 é o número daqueles que conseguiram chegar àquela janela e, portanto, foram beneficiados ao se abrir artéria e recuperar músculo. Além disso, havia um universo de pacientes que estavam, iniciavam o programa porque havia uma alteração do eletro e que, naturalmente, mesmo não estando infartados, estavam em via de enfatar, estavam com algo que chamamos de síndrome coronariana aguda, que também causa mortalidade, que pode se transformar em um infarto; às vezes, já é um infarto que não alterou ainda o eletro. Esse pessoal também foi trazido. Vejam que o número absoluto foi de 853 angioplastias. Então, isso é o que se consegue com tecnologia a serviço da boa medicina, sendo utilizada por médicos que já estavam atuando e que encontraram ali um parceiro.

Por isso, eu faço um apelo aos que ainda são resistentes ao uso de tecnologias e que atuam remotamente, porque, Senador, isso literalmente não é uma opção para o Brasil. Não se trata, na minha visão, de se discutir se o sistema deve ou não utilizar essas tecnologias - e eu falo aqui mais deliberadamente da telemedicina -, mas de como utilizá-las. Como utilizá-las? Evidentemente, a gente precisa avançar realmente em uma segurança jurídica e em um ordenamento, e há, como eu falei anteriormente, um material excepcional já realizado. No mais, basta implantar.

Acredito que o setor privado pode, sim, dar uma contribuição, nem que seja com esses exemplos.

Então, agradeço, mais uma vez, a possibilidade deste debate.

Muito obrigado.

O SR. PRESIDENTE (Styverson Valentim. Bloco Parlamentar PODEMOS/PSDB/PSL/PODEMOS - RN) - Dr. Ricardo, eu achei espetacular a apresentação do senhor.

Eu estou atento, desde o início; começou pela pandemia.

Antes de passar a palavra para a Sra. Clarissa Mathias e, em seguida, para os demais palestrantes, peço ao senhor que guarde uma pergunta para responder depois. Quem foi que teve essa ideia, essa iniciativa? O senhor uniu pontas, uniu o que já existia, como o senhor mostrou ali. Mas partiu de quem essa união?

O SR. RICARDO CESAR CAVALCANTI - Partiu de mim mesmo.

O SR. PRESIDENTE (Styverson Valentim. Bloco Parlamentar PODEMOS/PSDB/PSL/PODEMOS - RN) - Partiu da instituição privada.

O SR. RICARDO CESAR CAVALCANTI - Foi, foi.

O SR. PRESIDENTE (Styverson Valentim. Bloco Parlamentar PODEMOS/PSDB/PSL/PODEMOS - RN) - Por que eu quero perguntar isso? Porque parece que, para o público, é mais difícil colocar essa tecnologia para funcionar, parece que é mais difícil haver alguém que tenha essa iniciativa.

A gente tem hospitais públicos de referência. Perfeito!

Foi comentada aqui a questão do desperdício de remédios, de insumos, de material de limpeza - é um desperdício! -, o que a gente não consegue enxergar na iniciativa privada.

Então, o meu questionamento era só este, que o senhor já antecipou: de quem partiu essa iniciativa de pegar essas pontas que já existem e esses profissionais que já estão ali na atuação e de convergir tudo para um ponto só? O único problema é o WhatsApp sair do ar, não é? O único problema era o WhatsApp sair do ar e parar de funcionar o sistema que o senhor montou. Era só esta a dúvida que eu tinha: partiu de quem essa ideia? É interessante que, com a ideia exitosa que o senhor mostrou, saiu de um número altíssimo para um número reduzido, salvando vidas, diminuindo o custo público. Então, ideias como essa, que a gente traz como exemplo, têm que ser replicadas.

Eu vou passar a palavra agora para a Clarissa Mathias, Presidente da Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica, para a senhora falar por 15 minutos, está bem?

Perdoe-me se eu deixei a senhora após os homens, porque eles estavam aqui presentes. Eu deveria ter colocado a senhora no início. Perdoe-me a falta de cavalheirismo.

A SRA. CLARISSA MATHIAS (Para expor. *Por videoconferência.*) - Sem problema.

Bom, primeiro agradecer a oportunidade de estarmos aqui hoje para conversarmos um pouquinho sobre este final de Outubro Rosa e mostrar para vocês um pouco do que a Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica tem feito em relação ao aumento do acesso de mulheres a medicamentos, e falar um pouquinho da importância do Outubro Rosa.

O Outubro Rosa foi criado no final da década de 90, em Nova Iorque, e ele tinha como objetivo justamente chamar a atenção das mulheres em relação à problemática da detecção precoce em câncer de mama.

Como foi muito bem falado anteriormente, com a detecção precoce e com o tratamento precoce de pacientes com câncer, nós temos como evitar gastos que são absolutamente fenomenais nos dias de hoje.

É muito preocupante que durante a pandemia nós tivemos até 50% das mulheres, tanto no setor público, como no setor privado, que não fizeram seus exames de rotina, e isso certamente vai criar um problema assustador para os próximos anos. Então, é uma preocupação muito grande da sociedade.

Eu gostaria de compartilhar com os senhores uns breves eslaides em relação ao que nós temos feito para aumentar o acesso.

Vocês conseguem ver meus eslaides?

Conseguem ver?

(Pausa.)

Então, o que tem acontecido em relação ao acesso a medicamentos oncológicos no Brasil? Eu não tenho qualquer potencial conflito de interesses para esta apresentação. Só lembrar a vocês um pouco o que é a SBOC. Nós somos 2.500 associados, médicos oncologistas e profissionais da área de saúde de oncologia. Nós atuamos em todo o Brasil e somos uma entidade civil, de cunho científico e social, sem fins lucrativos. Nós participamos do Conselho de Câncer do Ministério da Saúde, da Câmara Técnica de Oncologia do CFM, e nós apoiamos nossos membros através da educação médica continuada, da defesa profissional, várias parcerias nacionais e internacionais.

E, atualmente, nós fornecemos suporte aos três Poderes: ao Executivo, através do suporte às áreas técnicas do Ministério da Saúde e agências de saúde, sempre que chamados; ao Legislativo, nós temos um relacionamento com fins Parlamentares, para pareceres técnicos, além de monitoramento de projetos, para os quais nós somos convidados; e, em relação ao Judiciário, nós damos sempre suporte técnico a juízes e ao Ministério Público Federal.

Então, o protagonismo da SBOC, na verdade, começou há alguns anos, no final da gestão do Dr. Gustavo Fernandes e início da gestão do Dr. Sergio Simon, com a submissão do Trastuzumabe, um medicamento venoso, que absolutamente mudou a história da oncologia feminina. Então mulheres que são tratadas com o Trastuzumabe têm um ganho de sobrevida global, que nunca foi descrito anteriormente.

E em, 2017, nós submetemos uma outra medicação à Conitec também para o tratamento de pacientes HER-2 positivo. E ambas as medicações foram avaliadas pela Conitec, foram incorporadas e isso foi fantástico. Toda a sociedade médica nesse dia celebrou essa incorporação. Houve, inclusive, muita reverberação em nível internacional. Mas, infelizmente, existe uma lei de 180 dias, que é o Decreto 7.646/11. E, apesar de o Trastuzumabe ter sido incorporado em 4 de dezembro de 2017, o acesso aconteceu em 2 de junho de 2018. Vários 180 dias se passaram, e foi realizado, finalmente, um acordo em 3/7/2020, para a compra desse medicamento. E, na prática, esse medicamento só foi recebido no final de 2020.

Eu me ative para essa apresentação apenas aos medicamentos relacionados ao câncer de mama, mas eu posso dizer aos senhores que o problema em relação ao câncer de rim nós temos mais dois medicamentos que já foram incorporados e nós não temos acesso em todo o território. E mais ainda, para melanoma nós temos também dois medicamentos que já foram incorporados no início da minha gestão, em 2020, e que ainda não foram também disponibilizados para a população. É uma situação extremamente triste e grave.

Então, na verdade, nós temos muitos dias de atraso em relação ao caso do Trastuzumabe. Enquanto isso, nós tivemos uma série de movimentações, de chamadas ao Ministério da Saúde, várias discussões. E por que incorporar e negociar o preço depois? Por que isso não pode ser visto logo no início? Existe a necessidade absoluta de um esforço adicional público depois dessa incorporação. Então, na verdade, nós precisamos, a todos os medicamentos... E novamente só estou citando esses dois por conta do Outubro Rosa. Mas nós precisamos viabilizar todo esse processo de forma mais transparente e que chegue à população de uma maneira mais diligente.

Então, a SBOC ingressou recentemente com uma *amicus curiae* em relação ao Ministério Público Federal para impedir que essas incorporações de via Conitec sejam condicionadas a negociações futuras de preço. Nós precisamos obrigar a União a fazer uma compra centralizada dessas tecnologias ofertadas ou estabelecer algum tipo de financiamento e controles adequados. Nós não sabemos se isso vai resolver o problema. Mas com certeza a incorporação, o processo vai absolutamente tranquilo dentro da Conitec, com transparência dentro das reuniões, critérios claros de aumento de sobrevida nessa população. Mas para essa incorporação nós entramos numa zona extremamente vermelha, cinzenta, em

que não existe um fluxo claro pós-incorporação, não existe uma inteligência estratégica, não existe uma negociação de preços, não existem modelos de negociação e não existe um modelo de centralização para a assistência oncológica adequado. Então, os dados precisam ser utilizados para essa tomada de decisão.

Gostaria também de chamar a atenção dos senhores: recentemente nós elaboramos um documento juntamente com o Inca, que é chamado de GTATS (Grupo de Trabalho de Acesso a Tratamento Sistêmico), que discute vários gargalos em relação ao acesso a oncológicos dentro do SUS e compartilha aprendizados e colaboração.

Então, só finalizando, a SBOC está fazendo 40 anos este ano.

Nós agradecemos, mais uma vez, a oportunidade de discutir com os senhores e estamos absolutamente à disposição para criarmos vias de acesso realmente para os nossos pacientes.

Muito obrigada.

O SR. PRESIDENTE (Styvenson Valentim. Bloco Parlamentar PODEMOS/PSDB/PSL/PODEMOS - RN) - Nós que agradecemos, Dra. Clarissa Mathias. Obrigado.

Para dar celeridade à nossa discussão e retornar com algumas perguntas, passo a palavra agora para o Chefe da Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede do Ministério da Saúde, Sr. Arn Migowski Rocha dos Santos. Acho que é isso. Que nome! Quinze minutos. Com a palavra.

O SR. ARN MIGOWSKI ROCHA DOS SANTOS (Para expor. *Por videoconferência.*) - Bom dia a todos.

Eu vou compartilhar a minha apresentação. *(Pausa.)*

Não me habilitaram para compartilhar a tela aqui; tem que alguém me habilitar. *(Pausa.)*

Pronto.

Quando eu recebi o convite ontem, no final da tarde, o tema é inovação na prevenção, diagnóstico e tratamento do câncer, que é um tema bastante amplo. Eu trouxe, para dar um aporte e para contribuir um pouco, como interpretar essas evidências, como avaliar essas evidências e essas inovações tecnológicas. O convite foi no sentido do tema câncer, mas isso se aplicaria também à cardiologia, que é outro tema em discussão aqui.

Então, em relação ao controle do câncer, nós temos diversos tipos de ação, desde a promoção, a prevenção primária e a detecção precoce, que são tanto para o câncer como para a cardiologia também - não são apenas exames de *check-up* em assintomáticos, mas também são essas ações, para indivíduos com sinais e sintomas iniciais suspeitos, de organização do sistema de saúde e toda essa questão, e também é a forma de fazer: a inovação na maneira de fazer, de coordenar e de organizar o sistema de saúde -, até o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e os cuidados paliativos. Então, é uma série de ações em várias vertentes.

As inovações são as mais diversas. Então, eu queria informar um pouco como deve agir o tomador de decisão, quais são algumas linhas gerais e, antes de chegar à questão do custo/efetividade, o que se deve avaliar.

Então, a gente deve focar e avaliar se há uma evidência de benefício real, quantificar esse benefício e quantificar também os danos daquela intervenção. Então, isto é o básico: a qualidade da evidência científica, a quantidade desse benefício e também os danos dessa ação de saúde. Então, a evidência científica vem nesse sentido de dar um subsídio para a tomada de decisão tanto do médico, profissional de saúde, quanto dos gestores, dos políticos, para embasar a política de saúde em geral.

Então, o objetivo é dar ciência das evidências em que a prática de saúde está baseada, da força de evidências também e das inferências, das conclusões que são possibilitadas por essas evidências existentes, então, a melhor evidência disponível. E a evidência é dinâmica; ela pode ir mudando ao longo do tempo.

Existem alguns estigmas em relação à saúde baseada em evidência. Ela não é uma forma de economizar; o objetivo não é tirar a autonomia do médico, do profissional de saúde; e não é impedir a individualização da medicina e do cuidado. Pelo contrário, ela é um complemento a tudo isso. Ela ajuda a gente, pesquisador, e também o gestor a tomar, a delinear quais são as perguntas de pesquisa importantes, fazer a busca de toda evidência que existe no mundo sobre aquele assunto e avaliar criticamente as evidências científicas que existem, porque existem muitas evidências, muitas inovações, muitos estudos saindo, mas a qualidade delas difere. Então, é necessário interpretar corretamente os estudos e a sua qualidade.

Então, para ter uma diretriz baseada em evidência, a gente deve mostrar as incertezas que existem sobre aquele tema, as incertezas científicas, quais são as evidências que embasaram aquelas recomendações e se basear nas melhores evidências disponíveis para a tomada de decisão.

Mas o que é evidência? É um tema um pouco desgastado. É a experiência pessoal do profissional? É a opinião do especialista? É um consenso de especialistas? É o resultado do mais novo estudo? Tudo isso é evidência.

Então, por que há tanta discordância? Há a validade da evidência, a qualidade de cada estudo. É a melhor evidência disponível que embasa a decisão? O contexto na aplicação é correto? Ela está sendo bem interpretada?

Então, é por isso que existe essa pirâmide de evidências. O nível mais baixo é o consenso de especialistas, que tem mais incerteza; novos estudos que saem são outro nível baixo também; a revisão de todos esses estudos, que é a revisão sistemática, é um nível maior; e as diretrizes baseadas em evidências - devem se basear nisso.

Mesmo diretrizes internacionais famosas misturam níveis de evidência mais alto com consenso de especialistas. Isso, às vezes, confunde os profissionais de saúde. Então, deve-se sempre basear na melhor evidência disponível.

E as diretrizes baseadas em evidências devem focar na seleção, avaliação da qualidade das evidências e elaboração de recomendações com base nessas melhores evidências disponíveis e aplicadas corretamente ao contexto em que se quer implementar a evidência científica. E este é um outro desafio: a implementação da evidência na prática do sistema de saúde, que é um desafio gigante, que tem diversas barreiras e que é toda uma área de pesquisa também nova de ciência da implementação.

Então, essa transparência de como se fazem as recomendações, a reprodutibilidade e o rigor metodológico são as características principais das diretrizes clínicas baseadas nas melhores evidências disponíveis para se avaliar incorporação e inovações em saúde.

O método é uma revisão sistemática de toda a literatura científica que existe sobre aquele tema, não é uma revisão que a gente chama de narrativa tradicional da literatura científica.

Os critérios de elegibilidade dos estudos que vão ser selecionados para diretrizes são pré-definidos, não é segundo a conveniência ou se algum especialista já conhece aquela evidência. E as recomendações são baseadas na evidência e não as evidências escolhidas são baseadas nas recomendações que já se tem, de antemão, pela opinião do grupo.

Então, é uma mudança de paradigma que a gente tem tido, de uns anos para, na forma de se fazer diretrizes e recomendações que devem pautar essa forma de a gente avaliar, escolher e selecionar as evidências científicas para implementação no sistema de saúde. E agora esse novo modelo é um modelo colaborativo, em que a gente tem especialistas no tema, um comitê gestor e também especialistas no método. E é esse grupo todo, em conjunto, que vai conseguir criar a melhor diretriz possível, juntando todos esses aspectos que eu mencionei e que eu espero que possa iluminar essa discussão de inovação para o sistema de saúde.

Eu agradeço e fico à disposição aqui para contribuição no debate.

O SR. PRESIDENTE (Styvenson Valentim. Bloco Parlamentar PODEMOS/PSDB/PSL/PODEMOS - RN) - Obrigado, Sr. Migowski - acho que eu pronunciei certo agora. É isso?

O SR. ARN MIGOWSKI ROCHA DOS SANTOS - Isso. Obrigado.

O SR. PRESIDENTE (Styvenson Valentim. Bloco Parlamentar PODEMOS/PSDB/PSL/PODEMOS - RN) - Desculpa por ter errado.

Vou passar para o Sr. Marcos Cesar de Oliveira Pinto, Diretor do Departamento de Empreendedorismo Inovador do Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovações.

O SR. MARCOS CESAR DE OLIVEIRA PINTO (Para expor. *Por videoconferência.*) - Bom dia! Vocês estão me ouvindo agora? *(Pausa.)*

Ótimo!

Bom, antes de mais nada, agradecemos, em nome do Ministro Marcos Pontes, o convite do Senado Federal, em especial, ao Senador Rodrigo Cunha, que propôs a realização desta reunião; saúdo também o Senador Styvenson, que está presidindo os trabalhos; saúdo os colegas de Mesa.

Em especial, a fala do Luís Romagnolo, do Hospital de Barretos, foi muito marcante para mim, porque, quando meu pai estava com câncer, a gente procurou o hospital e exatamente, no caso dele, ele estava em estágio IV. Então, caiu exatamente como uma luva o exemplo. Infelizmente o hospital não pôde acolhê-lo, a gente já estava num cenário de paliativo, mas isso demonstra como, de fato, a gente precisa evoluir muito em relação a essa questão do tratamento do câncer.

Na verdade, a inovação é fundamental para o desenvolvimento da saúde por várias razões: primeiro, hoje em dia, por uma questão de expectativa dos usuários. A gente está acostumado a fazer tudo pelo celular, ter essa comunicação, essa

facilidade, mas, às vezes, a gente ainda tem que imprimir resultado do exame para levar para o médico, quer dizer, saúde ainda precisa, em vários aspectos, de uma transformação digital. Isso está muito claro e essa é a expectativa do cidadão.

Além disso, é óbvio que a gente precisa desenvolver novos tratamentos, não só para o câncer, como para várias doenças. Covid foi um caso de sucesso fantástico, em que a gente desenvolveu vacinas em tempo recorde, o que mostra como a inovação é importante e, além disso - o que já foi falado pelos colegas de mesa -, a questão do aumento da eficiência. O único jeito de a gente fazer mais com menos, em termos de políticas públicas, é por meio da inovação e da tecnologia. Se a gente não usa inovação e tecnologia, a gente faz menos com menos ainda, e isso é particularmente importante na saúde, em que os custos só tendem a aumentar nos próximos anos.

O câncer, obviamente, impõe desafios adicionais, primeiro, porque a gente sabe muito bem, e os senhores sabem melhor do que eu, da imensa variedade de tipos e protocolos de tratamento. É chato eu dar outro exemplo pessoal, mas minha mãe teve um colangiocarcinoma, que é um tipo de câncer relativamente raro, e eu percebi que os médicos, apesar de ela morar numa cidade de médio porte, que tem uma tradição muito grande de medicina, não sabiam direito o que fazer com ela. Ela até faleceu relativamente rápido, sofreu menos, mas, claramente, é um exemplo de como o câncer é uma doença complexa de ser tratada, porque não é um câncer, mas milhares de cânceres possíveis, não é?

Além disso, a gente tem esse envelhecimento da população, e, como a gente melhorou o tratamento de outras causas de morte, principalmente de doenças cardiovasculares, o que está acontecendo? O que está "sobrando", entre aspas, é o câncer. E, além disso, obviamente, tratamentos de câncer são muito caros. A gente até tem um debate, às vezes, que a gente tem que fazer, porque temos tratamentos que são muito caros e pouco efetivos com um custo/benefício baixo. Então, nesse aspecto, a inovação, de novo, é muito importante para a gente tentar reduzir o custo e aumentar também a efetividade desses tratamentos.

Bom, como o Ministério pode contribuir para darmos um avanço em relação a isso? A gente tem uma série de ações para apoiar a inovação e a transformação digital na saúde. Algumas ações são genéricas, são para todos setores, mas acabam atendendo o setor de saúde também.

Do ponto de vista específico, começando por ele, a gente tem o que a gente chama de Câmara de Saúde 4.0. Essa câmara está agora em fase de implantação. A gente está construindo isso com o Ministério da Saúde, com o Datasus especificamente, e a gente quer tratar de vários temas nessa Câmara de Saúde 4.0, tais como a questão da telemedicina, a questão do monitoramento remoto, em que, inclusive, muito pode ser feito com a internet das coisas. Eu estive em Recife na semana passada, e há uma *startup* lá que desenvolveu o monitoramento de tubos de oxigênio por internet das coisas. Então, ele verifica tanto a vazão, se a vazão está correta, como informa quando está acabando aquele tubo, porque, senão, historicamente, a pessoa que precisava de oxigênio em casa ficava com vários tubos lá, mas não sabia direito qual está cheio e qual está vazio. Nesse sistema, a gente tem uma melhoria de eficiência e uma redução de desperdício muito grande, o que vai muito em linha com o que foi mencionado nas falas anteriores e é, claramente, um exemplo de como a gente pode usar inovação e tecnologia, nesse caso, por meio de *startups*, para melhorar a qualidade na prestação do serviço e reduzir o custo.

Além disso, dentro da Câmara de Saúde 4.0, um tema fundamental vai ser o tema de inteligência artificial, e a gente vai, nesse sentido, usar isso em conjunto com a Estratégia Brasileira de Inteligência Artificial, que a gente já tem dentro do Ministério e que pode apoiar iniciativas nesse sentido.

Outro tema muito importante para a gente é exatamente o apoio ao empreendedorismo inovador. A gente tem vários programas de apoio a *startups*. Vou citar dois programas aqui. A gente tem, por exemplo, o Programa Conecta Startup Brasil - veja, não são programas para a área de saúde -, a gente apoiou quase 20 *startups* da área de saúde. No Programa Centelha, que é um programa de ideação que apoia as *startups* numa fase inicial, a gente apoiou mais de 70 *startups* da área de saúde, e destaco, entre elas, quatro que trabalham especificamente com o câncer. Uma delas, inclusive, é de Alagoas, do Estado do Senador que solicitou o tema, que faz o que a gente chama de oncologia de precisão, que é muito interessante; há uma outra do Mato Grosso do Sul, que desenvolve medicamentos para o câncer; duas no Espírito Santo - uma delas está desenvolvendo soluções de inteligência artificial aplicada a exame de imagem, que é obviamente algo muito importante. Vou dar o exemplo de novo do meu pai, cujos exames de imagem eram confusos, então, o diagnóstico demorou muito, o que aumentou muito o sofrimento dele. Acho que ele viria a óbito de qualquer forma, mas o diagnóstico tempestivo é importante não apenas para evitar o óbito mas também para dar o tratamento mais adequado.

Além disso, a gente aprovou o marco legal das *startups* recentemente, foi um trabalho conjunto com o Ministério da Economia, no qual o Congresso Nacional teve o papel sensacional de ter uma tramitação supercélere. A gente enviou em 2020, em 2021 já estava aprovado. E, no marco legal das *startups*, eu destaco dois instrumentos, o Sandbox Regulatório e a compra pública de inovação - especialmente a compra pública de inovação, porque entendo que pode ser um caminho

muito útil para os governos, não só o Governo Federal, mas também os governos estaduais e municipais, de comprarem tecnologias inovadoras na área de saúde para enfrentar esse desafio que a gente já está discutindo hoje.

Por último, temos uma novidade importante: a gente está retomando os investimentos em ambiente de inovação, tais como parques tecnológicos, centros de inovação, *hubs* de inovação. A gente pretende lançar um edital ano que vem, da Finep, que vai investir recursos nesses ambientes de inovação, e a gente ficaria muito feliz se, entre as propostas, recebesse propostas de ambiente de inovação da área de saúde, porque a gente entende que esse modelo que está sendo gestado, desenvolvido em Barretos, é um modelo que faz todo o sentido para construir um ecossistema de inovação ao redor de instituições de excelência, que envolvam universidades, empreendedores, *startups*, laboratórios que permitam a realização de pesquisas. A gente acha que isso vai ser muito importante para avançar na inovação na área da medicina, especialmente para enfrentar o câncer.

Nesse sentido, já encerro a minha fala pelo adiantado da hora, sinalizando algumas parcerias em potencial. Então, obviamente, quando a gente instituir a câmara, a gente quer muito ouvir os atores do ecossistema, então, a gente vai convidar o pessoal dos hospitais de excelência para fazerem falas dentro da câmara. A gente tem todo interesse em fazer uma parceria com o Ministério da Saúde ou mesmo, quem sabe, com recursos de emendas do Congresso Nacional, para desenvolver um programa de apoio a *startups* específico para a área de saúde. Como eu falei, nos programas genéricos, a gente já está apoiando quase cem *startups*, mas o setor de saúde tem especificidades e a gente teria condições de desenvolver um programa específico para atender essa área.

A gente também tem a câmara de inovação, que é um espaço em que a gente pode ter uma construção conjunta de políticas públicas, e, por último, a gente também tem todo interesse de conversar com Estados e Municípios a respeito da aplicação desses instrumentos de compra pública de inovação. Então, Estados e Municípios que tiverem o interesse em fazer compras públicas de inovação, inclusive voltadas para a área de saúde, como a lei é nova, e a gente sabe que a gente escreve leis muito bonitas, às vezes, mas que elas demoram para pegar, então a gente quer dar um apoio técnico nesses processos, para que a gente consiga gerar uma massa crítica para disseminar a inovação realmente, por todos os Governos. E a inovação realmente pode acontecer em qualquer lugar, não é? E como eu falei, os exemplos das *startups* que a gente tem, de vários Estados diferentes, mostram muito claramente isso. Então, a gente conta realmente com essa disposição dos entes federados e a gente tem todo o interesse em apoiar esse tipo de iniciativa.

Então é isso. Ficamos à disposição. Muito obrigado.

O SR. PRESIDENTE (Styvenson Valentim, Bloco Parlamentar PODEMOS/PSDB/PSL/PODEMOS - RN) - Obrigado, Sr. Marcos Cesar de Oliveira Pinto. Eu ia fazer uma pergunta ao senhor, mas eu acho que não vai dar tempo. Mas a minha pergunta, acho que é mais uma reflexão. Então, para o senhor ficar, para o brasileiro refletir: tem como a gente ser um País inovador, um País tecnológico? Tem como o nosso País estar na vanguarda ou estar pelo menos próximo a quem se aproxima de um desenvolvimento tecnológico para resolução de problemas do dia a dia das pessoas sem investimento, sem dinheiro? Só para reflexão.

Antes de passar a palavra para o último - e vou dar cinco minutos, porque o senhor não está inscrito, Sr. Guilherme Sanchez; então, em cinco minutos, o senhor vai ter tempo de expor suas ideias -, eu vou deixar uma pergunta já para os dois, que foi direcionada aqui.

O Sr. Renan Torres, do Paraná, direciona aqui a pergunta para o Sr. Ricardo e para o Sr. Luís. É uma pergunta genérica. Eu espero que os dois respondam dentro do prazo aí. Vou dar uns três minutos, devido ao passar do tempo. Ele pergunta: "Quais dessas tecnologias que foram apresentadas aqui por ambos, ou por todos, podem ser implementadas de maneira ampla e rápida para o usuário do sistema SUS?".

Dentro dessa mesma pergunta, eu pergunto para os dois o porquê, então, dessa dificuldade da implementação de certas tecnologias no setor público, no serviço público?

Então, Sr. Guilherme. Depois que o Sr. Guilherme falar, se o senhor também quiser, dentro do tempo, falar sobre esse questionamento, o senhor vai ter cinco minutos para falar.

O SR. GUILHERME SANCHEZ (Para expor.) - Perfeito.

Bom, primeiramente, muito bom dia. Vou ser pontual, Presidente.

Queria só trazer uma contribuição com base em algumas coisas que o Dr. Luís aqui falou, o Dr. Ricardo também, corroborando um pouco com essa dificuldade nossa, que temos, de tornar a saúde pública ou a tecnologia, a inovação na saúde pública, algo, de fato, capilar dentro do País.

A gente vive hoje uma situação em que 73% das *startups* do País estão, infelizmente, presentes só em dez cidades do Brasil. É uma dificuldade que a gente tem, de fato, de tornar capilar essa tecnologia que a gente desenvolve em Barretos, que a gente desenvolve em Maceió, que a gente desenvolve em várias cidades, e levar, de fato, para outras regiões do País. Hoje, apesar de figurarmos aí entre as 12 maiores economias do mundo, ocupamos a posição número 62 quando o assunto é aplicação de tecnologia e de inovação em cenários reais dentro das indústrias.

E há um dado aqui da consultoria Branch, uma consultoria norte-americana, que diz que, no Brasil, a cada real que é investido em uma nova *startup* brasileira, isso reverte R\$5,84 para a economia, em forma de geração de riqueza, dentro de três anos, e R\$2,89 voltam em forma de contribuição de salários, em forma de contribuições previdenciárias, trabalhistas como um todo.

E, nesse modelo com que o Dr. Luís contribuiu aqui, que o Dr. Luís falou, eu acho que é importante a gente salientar uma transformação na forma de fazer inovação. A gente tinha, não só na saúde, mas em outras indústrias, em outros segmentos do País, um modelo que era estritamente fechado, que era justamente essa inovação que acontecia da porta para dentro das instituições, e os modelos sobre que a gente está conversando aqui, que a gente discutiu, são modelos que são essencialmente abertos de geração de inovação.

Aqui a gente fala desses empreendedores no centro do processo, mas, principalmente, trazendo a academia, trazendo o poder público, trazendo a iniciativa privada, trazendo o capital de risco, seja público, seja privado - aí entra a participação dos editais de fomento a fundo perdido, essa contribuição, de fato -, para que a gente possa transformar projetos, ideias em soluções que vão gerar resultados reais na vida do paciente, na jornada do paciente.

Uma frase que me marcou na fala aqui foi que a tecnologia não é mais uma opção. E, quando o Dr. Luís traz esses dados, de que a inflação médica cresce de forma desproporcional à nossa inflação econômica, isso quer dizer que o sistema não é sustentável num prazo de cinco, oito, dez, quinze anos daqui para a frente. Enquanto o meu salário, o nosso salário cresce em uma proporção de 5% ou 8%, o custo médio da saúde cresce 15%, 18%, 20%.

Isso, em determinado momento, torna o sistema de saúde totalmente insustentável, e é isso que eu acho que o Dr. Ricardo traz: a fala de que a tecnologia não é mais uma opção. Se a gente não se aliar, se a gente não trazer a aplicação dessa tecnologia para dentro das instituições, mas trazendo um contraponto dessa inovação fechada para um modelo cada vez mais aberto, trazendo o poder público, como nós estamos fazendo aqui, agora, trazendo a iniciativa privada, trazendo as academias, que são formadoras de talento, para a mesma mesa para a gente discutir, a gente vai ter um modelo cada vez mais - como o dado de que eu falei, 73% dos *startups* estão presentes só em dez cidades do Brasil - heterogêneo. Grandes polos surgindo no País, grandes polos desenvolvendo a tecnologia, desenvolvendo a inovação, mas, quando a gente fala de Barretos, uma cidade de 120 mil habitantes, hoje com 67 *startups* sendo aceleradas, somente da área da saúde, resolvendo problemas específicos da área da saúde, a gente está falando da quebra de um modelo fechado para um modelo aberto, porque não surgiram dentro do Hospital de Amor, não surgiram dentro do Harena essas ideias, mas a gente trouxe todo o ecossistema de inovação de saúde ou não para a mesma mesa para a gente discutir aqui novas tecnologias.

E quem precisa se beneficiar com isso é a saúde pública. A gente tem um modelo sustentável na saúde privada, mas, quando a gente fala do Sistema Único de Saúde, quando a gente fala da saúde pública, a gente fala do grande desafio. E esse modelo colaborativo pode trazer, de fato, resultados reais...

(Soa a campanha.)

O SR. GUILHERME SANCHEZ - ... resultados viáveis para dentro da jornada do paciente. E tudo que a gente falou aqui é para beneficiar a jornada do paciente. Aí, entra o teleatendimento; os robôs de telepresença, que a gente já tem hoje lá dentro do Hospital de Amor de Barretos; a cirurgia robótica, que diminui o tempo de internação, aumenta a própria qualidade da cirurgia e traz mais benefícios para que a gente possa colocar benefícios na jornada do paciente.

Obrigado, Presidente.

Era isso.

Parabéns a todos os colegas pela fala também.

O SR. PRESIDENTE (Styvenson Valentim. Bloco Parlamentar PODEMOS/PSDB/PSL/PODEMOS - RN) - Boa intervenção, Sr. Guilherme!

Antes de passar a palavra para as respostas ao Sr. Ricardo Cesar Cavalcanti e ao Sr. Luís, eu queria lembrar que o Sr. Guilherme e todos os outros já falaram que é imprescindível, na vida cotidiana de toda pessoa, hoje, a tecnologia. Se eu quero me deslocar, há um aplicativo para isso; se eu quero comprar, há um aplicativo para isso; se eu quero ir ao banco, há um aplicativo para isso; se eu quero conhecer alguém, há um aplicativo para isso. A tecnologia, hoje, é, pois,

imprescindível e indispensável. Cerca de 80% das pessoas utilizam um aparelho como este na mão. E por que não os *smartphones*, os telefones não servirem para essa finalidade?

Então, lembro a pergunta que eu fiz, a do Renan Torres, do Paraná: o que pode ser implantado? E, se não é implantado, onde está a dificuldade? São três minutos para cada um.

É um desafio para o gestor, é um desafio para o político, é um desafio para quem agora está me ouvindo e está no serviço público ou vai fazer uso dele, do SUS, que é um sistema bom, mas que talvez não seja bem gerido... Mas é um desafio a gente pegar hospitais que, em sua grande maioria - não são todos -, estão praticamente sucateados, hospitais públicos, onde o profissional tem que fazer milagre para salvar vidas, dentro de uma desorganização também que causa um prejuízo imenso aos cofres públicos.

Então, Sr. Ricardo, Sr. Luís, com a palavra V. Sas. para a resposta, por três minutos, porque já se vai para uma hora.

O SR. RICARDO CESAR CAVALCANTI (Para expor.) - O.k.!

Eu acredito que o Senador Styvenson literalmente colocou o dedo na ferida em dois temas cruciais.

Em minha modesta opinião... Como falei anteriormente, eu sou do setor privado, embora, como cidadão, tenha tentado dar alguma contribuição ao setor público.

Eu digo ao senhor, Senador, que, para a geração de conhecimento, sem investimento, a resposta é: não, você não gera conhecimento, não gera tecnologia sem investimento, e investimento pesado. O Brasil tem ido na direção oposta a isso e precisa mudar radicalmente.

Veja: tudo que nós utilizamos, em termos tecnológicos, para esse projeto que eu mostrei aqui aos senhores foi tecnologia do exterior. Então, não usamos, porque não existe, tecnologia nacional. E veja que isso tem, na realidade, outra face: nós nos atemos muito a esta questão financeira, do que se paga pela utilização desses recursos tecnológicos, como esse que o senhor citou, por exemplo, dos *smartphones*, mas há outro dado de extrema importância e para o qual o Brasil precisa despertar, que é o domínio do conhecimento, o domínio dos dados.

Então, veja: a partir do momento que eu utilizo uma ferramenta tecnológica que não é nossa, eu transfiro dados para o dono dessa tecnologia, para esses grandes conglomerados econômicos que detêm esses algoritmos todos de inteligência artificial, que utilizam aprendizados de máquina etc., etc., que vão ditar todas as ações do futuro em todas as áreas, para o bem e para o mal. Eu transfiro dados, transfiro conhecimento, transfiro tecnologia e, sobretudo, transfiro a possibilidade de novos algoritmos para a criação de novos instrumentos. Então, isso é muito grave, e a gente precisa reverter isso.

(Soa a campanha.)

O SR. RICARDO CESAR CAVALCANTI - Então, sem investimento, não se gera conhecimento.

Agora, em relação especificamente à pergunta do Renan Torres, do Paraná, eu diria que, na realidade, a tecnologia que deve ser utilizada é aquela de que o meio precisa. Com isso, eu quero dizer, Senador, que... Evidentemente isso não é ideia minha, isso é de conhecimento geral, mas seria interessante que isso, de fato, fosse mais aplicado na prática. Eu entendo, modestamente, que o sistema público de saúde, em nível federal, que é o mais importante, tem que pensar sistemicamente, mas tem que agir localmente, pontualmente, dentro daquela realidade.

Então, a tecnologia a ser empregada é aquela de que o meio precisa. Isso pode ser feito, Renan, de algumas formas. Eu vou citar, por exemplo, rapidamente, duas ações que nós tomamos em Alagoas e que dão uma demonstração de que nem sempre é a tecnologia ou os recursos que podem fazer isso.

A primeira é relativa à cardiopatia congênita, que é aquela cardiopatia que afeta as criancinhas. O Estado tinha uma dificuldade, nós assumimos o problema e fizemos basicamente uma única coisa: nós tiramos da rede SUS o atendimento, que era feito por todos e por ninguém, porque era feito de forma aleatória, e condensamos todos, Senador, em uma casa, em uma única casa, chamada Casa do Coraçãozinho - eu coloquei esse nome já para amolecer os corações mesmo, para ver se a gente conseguia ajuda para mantê-la. Então, a Casa do Coraçãozinho reuniu os seis cardiopediatras que havia no Estado e que seriam suficientes para dar conta do recado. Ao invés de trabalharem separadamente, começaram a trabalhar unicamente em uma casa, e essa casa concentrou 100% do atendimento em cardiopatia congênita, com um prontuário eletrônico, com histórico. Hoje, já estamos em fase de busca ativa. O recurso é o mesmo, mas o resultado foi muito diferente.

Agora, recentemente, até coincidentemente na semana passada, lançamos no Estado, também para atendimento 100% SUS, a Casa do Coração. Veja: o que é a Casa do Coração? O que é que nós vamos fazer lá? Nós vamos pegar o paciente cardiopata do Estado, que é atendido na rede por alguns colegas, e vamos colocar para serem atendidos todos em um mesmo local, com também um prontuário eletrônico, com o mesmo recurso que o colega recebe pela consulta. Nós vamos agrupar esses colegas em grupos de interesse pessoal. Há colegas que são especializados em arritmia; outros, em coronária;

outros, em válvula. Então, quando o paciente chegar, ele não vai ser mais atendido por um cardiologista generalista; ele vai ser atendido pelo médico que gosta, que entende mais daquela patologia. Isso dá um diferencial brutal de resolutividade e, portanto, de efetividade. Então há grupos de arritmia, grupos de miocardiopatia, coisa que talvez a gente não tenha nem no setor privado, mas o recurso é o mesmo.

Então, eu acho, Renan, que isso pode ser feito. Agora, é importante colocar que o SUS é a ferramenta. Então, as críticas que nós fazemos são para a melhoria. Evidentemente se presta um trabalho muito grande, mas, infelizmente, o Senador Styvenson está correto: pode-se melhorar muito, e se melhora, eu acredito, com gestão e com isto que nós colocamos aqui, uma visão sistêmica, mas uma ação pontual.

O SR. PRESIDENTE (Styvenson Valentim. Bloco Parlamentar PODEMOS/PSDB/PSL/PODEMOS - RN) - Infelizmente, eu não queria estar correto, não.

O senhor falou uma palavra, agora: "prontuário eletrônico". É sério, isso foi promessa, agora, em campanha municipal. Cada candidato diz: "Ah, vou botar o prontuário eletrônico".

Ainda se está pensando no papel! Isso favorece o fura-fila, favorece o desvio, favorece a política dentro da saúde para exames e cirurgias. Não há transparência, não há tecnologia, não há ordem, ninguém sabe o que acontece dentro do sistema. Mas o sistema é bom. Talvez ele não tenha boa gestão ou não tenha inovação ao ponto de concretizar os princípios tão básicos da Constituição, que seriam, no mínimo, a eficiência e a transparência.

Sr. Luís, o senhor dispõe de três minutos, por favor.

O SR. LUÍS ROMAGNOLO (Para expor.) - Senador, primeiro, eu queria agradecer pela oportunidade de estar mais uma vez aqui. O Senador Rodrigo Cunha abriu a ideia de pedir a pauta desta audiência aqui.

Eu queria agradecer às suas perguntas e ideias, a toda a equipe, enfim, a todas as pessoas.

Quero dizer assim: nós do hospital trabalhamos em função de alguma coisa.

O Dr. Paulo Prata, que é o pai do Sr. Henrique Prata, que fundou a Fundação Pio XII, dizia uma frase... Ele falava assim: "Não existe medicamento que seja eficiente enquanto você não restaure a dignidade do paciente". E a dignidade do paciente está em, muitas vezes, a gente ter acesso hoje à inovação.

No ano que vem, nós comemoramos 60 anos de hospital. E o hospital já foi uma inovação. Isso é uma inovação em saúde. Só que, hoje em dia, a inovação cresceu de um jeito tão intenso, que a gente não pode suportar mais a morosidade.

Por que se demora tanto para a gente conseguir a solução, como o Renan perguntou? Existem soluções? Existem inúmeras soluções, só que a burocracia do sistema faz com que as pessoas desistam. Quando você fala que vai criar uma *startup*, dizem: "Ah não, eu tenho que portar o papel, fazer tal coisa, eu tenho que investir". Espere aí, gente! Existem muitas ideias nas cabeças das pessoas aí que poderiam ajudar muitas pessoas, mas eu não tenho acesso, eu não tenho investimento. Demora muito o investimento. Inovação é ótimo, funciona, mas, muitas vezes, ela tem que ser prática, e a prática exige rapidez. E rapidez, muitas vezes... Não pode demorar oito meses! Alguém vai lá, rouba o seu produto, faz a ideia. É o que acontece com os americanos. Nada tenho contra, mas, se a gente tem uma ideia e leva uma ideia dessas para um congresso internacional...

(Soa a campanha.)

O SR. LUÍS ROMAGNOLO - ... o que acontece? Eles pegam a ideia, porque eles têm dinheiro e investimento rápido, vão ao produto, voltam e vendem para a gente! E nós somos consumidores dos produtos deles! A ideia foi nossa, mas nós perdemos, porque demora a patente, demora a ideia. A patente brasileira de um produto leva mais de dez anos. Uma *startup* que tem uma ideia...

Então, só para finalizar, por causa do tempo curto, quero dizer que a gente fez uma parceria com uma empresa na época do covid e conseguiu um robô de telepresença para atender os pacientes na UTI. Em vez de o familiar ver o paciente, o robô ia lá. Reduzimos em 80% o gasto de EPI dentro da UTI, 80%! Quanto se investiu dentro do covid? Eu poderia ter 80% de benefício, e poderiam ser reduzidos os custos. E é uma coisa que foi uma ideia de uma *startup*, que a trouxe para o Brasil, investiu, vendeu. Houve um acordo entre a iniciativa privada e o hospital público, com doação do produto. É lógico que o hospital privado tem que comprar mesmo! Ele tem dinheiro, tem que comprar! Agora o hospital público tem que ter essa parceria, e isso tem que ser rápido.

Então, acredito que a solução para que a gente traga mais dignidade para o nosso paciente é a combinação da velocidade, porque inovação é velocidade, tecnologia é velocidade, para que a gente consiga trazer para a nossa população brasileira que utiliza telefone... Como eu disse, há mais telefones do que pacientes, do que pessoas. Todo mundo pode usar. Mas a inovação não está em celular. A inovação está em protocolos, está em atendimento, está em telemedicina, está em medicamento, está em um monte de ideias. Só que as ideias estão aí.

Ou modificamos a forma de trabalhar e aceleramos esse desenvolvimento ou vamos continuar sendo consumidores de produtos externos, aumentando o nosso gasto, já que há dólar alto, euro alto, e o produto brasileiro - e a gente sabe que o brasileiro é extremamente criativo - não vinga, por causa de muitas morosidades do sistema, em que a gente não consegue trazer inovação.

Então há produtos? Há produtos. Há *hubs*? Há *hubs*. Mas você demora... E, na hora em que a pessoa vai para o mercado, põe o *fit* no *market* ali, ela perde. Ela fala: puxa! E a gente sabe que 0,04% das *startups* são as que viram negócio. Então, a cada quatro mil, uma dá negócio. Então você tem que criar.

Então a ideia de inovação... A gente pode discutir inúmeras vezes sobre isso. Acho que este é um foro extremamente rico, e, por isso, fiquei muito gratificado por estar aqui e poder dizer que a gente está com um *hub* de saúde pública, voltado para a saúde pública. Na saúde privada, legal, todo mundo paga, tem dinheiro e compra. E o coitado do paciente que não tem condição de ter acesso ao seu exame que foi feito ontem? Ele vai entregá-lo para o médico no mês que vem, mas não tem acesso. E acontece o que o colega disse: a mãe, quando diagnosticou, já estava no estágio IV da doença. O câncer vai consumir muitas pessoas. Ou a gente chega a uma solução, ou vai continuar sendo a doença do século.

É isso aí.

Obrigado.

O SR. PRESIDENTE (Styvenson Valentim. Bloco Parlamentar PODEMOS/PSDB/PSL/PODEMOS - RN) - Perfeito! Eu é que agradeço.

Sr. Ricardo, o senhor quer usar a palavra ainda, bem rápido?

O SR. RICARDO CESAR CAVALCANTI (Para expor.) - Na realidade, eu gostaria de agradecer, Senador Styvenson, a oportunidade e dizer que rezo para que, no Brasil, algum dia, que não seja muito tardio, a gente passe a ter política de Estado, e não de governo, porque esse é um dos motivos principais para iniciativas como esta do Hospital do Coração, em que há o empenho de tanta gente, às vezes durarem só um mandato.

Então, eu quero agradecer ao Senador Rodrigo Cunha, não apenas pelo convite, mas quero aqui, de público, porque citei a Casa do Coração, dizer que a Casa do Coração é uma iniciativa proveniente de uma medida impositiva destinada ao Estado de Alagoas pelo Senador Rodrigo Cunha, que viabilizou esse atendimento diferenciado à população do Estado de Alagoas.

Então, meu muito obrigado ao Senador Rodrigo Cunha, ao Senador Styvenson e aos demais que fazem esta Casa. Foi um prazer.

O SR. PRESIDENTE (Styvenson Valentim. Bloco Parlamentar PODEMOS/PSDB/PSL/PODEMOS - RN) - Eu é que agradeço a presença de todos aqui, de quem acompanhou, de quem fez perguntas, de todos que discutiram as ideias de inovação, prevenção, diagnóstico, ainda mais sobre uma doença tão dura como é o câncer.

Eu agradeço a todos, ao pessoal que faz parte da equipe aqui.

Então, se não há mais nada a falar, se não há mais nada a mostrar, dou por encerrada a reunião de hoje.

Obrigado a todos.

(Iniciada às 11 horas e 16 minutos, a reunião é encerrada às 12 horas e 55 minutos.)