



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

REUNIÃO

09/12/2025 - 6ª - Subcomissão Temporária com o objetivo de debater propostas relacionadas à prevenção e ao tratamento de câncer.

O SR. PRESIDENTE (Dr. Hiran. Bloco Parlamentar Aliança/PP - RR. Fala da Presidência.) - Boa tarde, senhoras e senhores, Senadores e Senadoras.

Havendo número regimental, declaro aberta a 6ª Reunião da Subcomissão Temporária, com o objetivo de debater propostas relacionadas à prevenção e ao tratamento do câncer, da 3ª Sessão Legislativa Ordinária da 57ª Legislatura.

A presente reunião atende aos Requerimentos nºs 6, 8 e 12, de 2025, da CASCANCER, de autoria das Senadoras Dra. Eudócia e Damares Alves, para a realização de audiência pública com o objetivo de debater sobre terapia nutricional para pacientes oncológicos.

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

Estão presentes, aqui no Plenário desta Comissão, o Presidente da Sociedade Brasileira de Nutrição Oncológica, Dr. Nivaldo Barroso de Pinho - muito boa tarde -, e também Arthur Lorenzetti. Sejam muito bem-vindos. Acompanham-nos, remotamente: Viviane Dias Rodrigues e Simone Kikuchi.

Muito bem. Eu quero aqui, antes de convidar os expositores para virem compor este dispositivo, pedir desculpas pela minha querida Senadora Eudócia, que foi informada de uma reunião importante no Partido Liberal e me pediu que substituísse a querida Senadora nesta sessão. Então ela manda uma saudação a todos os presentes e pede desculpas, mas eu vou procurar fazer o máximo para cumprir essa missão honrosa que ela me concedeu.

Chamo, em seguida, o primeiro expositor.

Quem chegou primeiro aí?

(Intervenção fora do microfone.)

O SR. PRESIDENTE (Dr. Hiran. Bloco Parlamentar Aliança/PP - RR) - Dr. Nivaldo, pela precedência, por favor. Você pode vir aqui, por favor, ao meu lado? Será uma honra recebê-lo.

Vou chamar também... Está aqui presente o Dr. Arthur Lorenzetti.

Por favor, Dr. Arthur, fique aqui à minha esquerda... Não gosto desse termo "esquerda", mas, por favor, fique aqui à minha esquerda.

O SR. NIVALDO BARROSO DE PINHO *(Fora do microfone.)* - É um prazer. Muito obrigado.

O SR. PRESIDENTE (Dr. Hiran. Bloco Parlamentar Aliança/PP - RR) - Seja muito bem-vindo. *(Pausa.)*

Também acaba de chegar à nossa Comissão a Dra. Manuela Dolinsky, que é Presidente do Conselho Federal de Nutrição. Dra. Manuela, por favor, que a senhora venha aqui compor o nosso dispositivo.

Seja muito bem-vinda, em nome da nossa Presidente Eudócia. *(Pausa.)*

Eu vou passar a palavra para os expositores por dez minutos, inicialmente, mas, se houver necessidade de ampliar o tempo, não tem nenhum problema. Nós estamos aqui com o intuito principal de esclarecer a sociedade sobre sistemas tão importantes. Então terei todo o cuidado para tentar conduzir da melhor maneira, mas sempre também procurando respeitar aqueles que estão nos acompanhando remotamente e que também precisam fazer suas exposições.

Quero passar a palavra para o meu colega, Dr. Nivaldo Barroso de Pinho - seja muito bem-vindo -, por, inicialmente, dez minutos.

O SR. NIVALDO BARROSO DE PINHO (Para expor.) - Está ligado o microfone e funcionando?

O SR. PRESIDENTE (Dr. Hiran. Bloco Parlamentar Aliança/PP - RR. *Fora do microfone.*) - Está ligado.

O SR. NIVALDO BARROSO DE PINHO - Eu queria agradecer muito esta oportunidade que nos foi dada de estar, aqui nesta Casa, para discutir um pouco sobre terapia emocional do paciente com câncer e agradecer o convite da Dra. Eudócia e do Dr. Hiran, por estar aqui recebendo a nós e os demais membros desta mesa, aqui representando suas instituições - o Conselho Federal de Nutrição e também a representação aqui do Nutrindo Vidas, perfeito?

Eu sou o Presidente da Sociedade Brasileira de Nutrição Oncológica; trabalhei no Instituto Nacional de Câncer durante 34 anos da minha vida - eu me aposentei com quatro anos -; por 25 anos, eu fui Chefe do Serviço de Nutrição do Hospital do Câncer I. Quando eu cheguei lá, éramos eu e mais quatro nutricionistas, e, ao final, tinha 35 nutricionistas dentro dessa unidade; quer dizer, a gente conseguiu fazer com que o serviço de nutrição crescesse numa estrutura sustentável. Nos últimos nove anos, eu fui Coordenador da Divisão Técnico-Assistencial, sendo responsável pela área de reabilitação nutricional do paciente com câncer, fisioterápica, fonoaudiológica, psicológica e social, e coordenava também a farmácia. O processo de reabilitação do paciente com câncer é de extrema importância, porque a doença e o tratamento trazem inúmeras adversidades nessas áreas.

No início de 2007, a gente iniciou nacionalmente, no Instituto Nacional de Câncer, a construção de um consenso, o Consenso Nacional de Nutrição Oncológica, visando sistematizar a assistência nutricional ao paciente com câncer - centenas de instituições participaram dessa construção. Em 2009, a gente lançou o primeiro documento, e, após essa construção, essas instituições se juntaram para investigar o perfil nutricional da população brasileira com câncer.

Então, em 2013, não só o Instituto Nacional de Câncer mas também os membros fundadores da Sociedade Brasileira de Nutrição Oncológica se reuniram para investigar o perfil nutricional do paciente adulto e, na sequência, fazer o Inquérito Luso-Brasileiro, no qual a gente avaliou o paciente oncológico idoso; e, finalmente, em 2015, a gente fundou a Sociedade Brasileira de Nutrição Oncológica. Essa sociedade, em 2021, criou o I Consenso Brasileiro de Nutrição Oncológica e o Inquérito Brasileiro de Nutrição Oncológica em Pediatria.

Desde 2016, a sociedade vem titulando especialistas em nutrição oncológica. Nessas investigações, o Inquérito Brasileiro de Nutrição Oncológica gerou publicações em revistas de alto impacto, em revistas internacionais que respondem pela publicação de diretrizes - a *Clinical Nutrition* e a revista *Cancer*.

Esse foi o Inquérito Brasileiro de Nutrição Oncológica, no qual a gente avaliou 4.783 pacientes com câncer, adultos e idosos. Nessa publicação, a gente pôde encontrar uma prevalência muito alta de desnutrição, principalmente naqueles pacientes com tumores de cabeça e pescoço, abdômen alto e tumores de tórax também, gerando em torno de 70% essa prevalência de desnutrição nessa população.

A gente identificou também que ser indivíduos com idade maior ou igual a 65 anos aumenta substancialmente o risco de desnutrição e também ter tumores de cabeça, pescoço, abdômen alto e tórax. Quando o indivíduo tem mais do que três sintomas, o risco de desnutrição aumenta em até oito vezes.

Quando a gente compara faixas etárias de indivíduos com idade menor ou igual a 50 anos, entre 51 e 64 anos e maior ou igual a 65 anos, a gente percebe que a prevalência de desnutrição aumenta progressivamente com a idade, e a gente pode observar que indivíduos mais idosos são mais desnutridos.

A gente observou também, nesses estudos, os desfechos clínicos desfavoráveis que ocorrem e que estão intimamente relacionados à idade desses indivíduos. Quanto mais idosos maior a razão de chance de ocorrência de desfechos clínicos desfavoráveis como disfagia, xerostomia, perda de peso, redução na ingestão, déficit funcional e prevalência de risco nutricional ou qualquer grau de desnutrição nessa população.

No inquérito do paciente idoso, a gente também publicou esses resultados em revistas de alto impacto, nas quais a gente pôde demonstrar uma forte associação entre a desnutrição e o risco nutricional desses pacientes com o aumento do risco de

mortalidade. Quer dizer, indivíduos idosos desnutridos têm o risco de mortalidade aumentado em até dez vezes, mostrando a importância dos aspectos nutricionais nessa população.

Com relação à criança, a gente também investigou essa população e publicou o Inquérito Brasileiro de Nutrição Oncológica em Pediatria. Essas publicações, nacionais e internacionais, em revistas de alto impacto, nos levaram a conclusões como nessa avaliação que a gente fez de 723 crianças com câncer, lembrando que, nessa população de crianças com câncer, a prevalência é menor do que a do adulto. Então, 723 crianças avaliadas é uma amostra muito robusta na população, cuja prevalência da doença era leucemia e linfoma, em 62% dos casos; e 10% dessas crianças apresentavam magreza acentuada ou magreza. A gente também conseguiu identificar 30% de prevalência de desnutrição nessa população, desnutrição moderada, e 6,5% dessa população com desnutrição grave.

Outro achado foi que a desnutrição moderada e grave foi mais prevalente em adolescentes - crianças pré-adolescentes e adolescentes - de 10 a 18 anos; aqueles com tumores sólidos e aqueles com magreza, segundo o IMC; e aqueles que tinham maior tempo de exposição também da doença.

É importante a gente ressaltar as consequências da desnutrição nessa população oncológica, porque essa desnutrição compromete requisitos fisiológicos que são necessários para o desenvolvimento dessa criança e traz aspectos de impacto negativo na qualidade de vida desses indivíduos. A perda de massa magra na criança, que é um fenótipo da sarcopenia, leva essas crianças a uma fragilidade precoce, a um envelhecimento prematuro. A gente vê indivíduos adultos que tiveram câncer na infância e que são indivíduos frágeis, são indivíduos que apresentam um envelhecimento mais precoce. E essa sarcopenia nessa população leva a um risco maior de toxicidade ao tratamento quimioterápico, muitas vezes tendo que ser adiado ou suspenso esse tratamento nessa criança.

Então em que a gente acredita?

(Soa a campainha.)

O SR. NIVALDO BARROSO DE PINHO - Que a lei deve contemplar a criação de uma linha de cuidado nutricional em oncologia na sua regulamentação; que a gente deve criar uma linha de cuidado, em que a gente recomenda uma assistência nutricional que deva ser especializada, por profissionais titulados como especialistas em nutrição oncológica ou em formações compatíveis; que a terapia nutricional para essa população deve ser uma terapia nutricional especializada e que deve contemplar não só aconselhamento nutricional por profissional especializado, mas imunonutrição e a abreviação do jejum desses pacientes - abreviação do jejum pré-tratamento cirúrgico, principalmente naqueles pacientes com tumores de cabeça e pescoço, abdômen alto, tórax, indivíduos idosos e crianças. Essa proposta na íntegra está nesse [link](#) que aparece aí.

Então, como a gente sabe, a Constituição assegura o direito humano à alimentação adequada. Para o paciente com tumores de cabeça e pescoço, abdômen alto, que tem dificuldade para mastigar, para engolir, dor ao mastigar e engolir, que tem alterações de processos digestivos, absorptivos, o alimento natural não dá conta de atender a essa alimentação adequada. Esse paciente precisa de uma nutrição especializada para que ele possa garantir a sua alimentação adequada. Então falta para essa população um programa que possa garantir a nutrição especializada para esses pacientes com câncer, principalmente aqueles com essas localizações que a gente acabou de falar.

A Sociedade Brasileira de Nutrição Oncológica tem inúmeros produtos, jornadas em que a gente visa capacitar a população de profissionais no Brasil, curso preparatório para capacitar esses profissionais e também um congresso a cada dois anos. Além disso, a gente está certificando também instituições quanto à qualidade da assistência nutricional. A gente já certificou o Hospital Sírio-Libanês e o H-Dia, e agora vamos certificar o Hospital São Marcos, no Piauí.

O título de especialista nosso foi recentemente reconhecido, chancelado pelo Conselho Federal de Nutrição, e eu queria agradecer muito pela oportunidade de estar aqui apresentando aí as minhas criaturas, os meus netinhos.

Muito obrigado, gente. *(Palmas.)*

O SR. PRESIDENTE (Dr. Hiran. Bloco Parlamentar Aliança/PP - RR) - Muito obrigado, Dr. Nivaldo. A sugestão é muito bem acolhida por esta Comissão. Você sabe que eu, como médico, participei de toda a organização da Lei 14.758, de 2023, que estabelece no país a Política Nacional do Câncer, estabelecendo como eixos fundamentais o diagnóstico precoce, a facilitação de acesso e o enfrentamento multiprofissional dessa doença que é epidêmica e crescente no mundo. Eu tenho a plena sensibilidade de que toda essa proposta de nós consignarmos, em lei, um direito à nutrição, seja ela enteral ou parenteral, para um paciente portador de câncer, é fundamental. Conte com o meu apoio aqui no Senado da República.

Quero passar, em seguida... Aliás, o senhor não me fez inveja; eu vou lhe mostrar a foto da minha aniversariante de hoje, que está disputando em beleza com a sua netinha. E vou passar aqui a palavra ao nosso querido Dr. Arthur Lorenzetti, que é Embaixador do Movimento Nutrindo Vidas. Por favor, por dez minutos.

O SR. ARTHUR LORENZETTI (Para expor.) - Muito obrigado, Senador Hiran. Obrigado a todos os presentes pela oportunidade de dar voz ao Movimento Nutrindo Vidas e de contar um pouco para vocês sobre o que é o Movimento Nutrindo Vidas e de como a gente se alinha a essa luta, justamente para entrar e ajudar nessa lei, em tudo o que foi identificado nesse longo e árduo caminho de diagnóstico, tratamento e prevenção do câncer.

O Movimento Nutrindo Vidas é uma coalizão que é formada tanto por instituições privadas mas também por pacientes e entidades médicas. E a ideia aqui é justamente garantir que a gente consiga, dentro de todo esse cenário em que a gente busca a prevenção, o tratamento e o suporte ao paciente com câncer, que ele tenha o suporte nutricional necessário em qualquer fase em que esteja... E, através disso, a gente quer, na verdade, conscientizar a sociedade sobre a importância da nutrição especializada e contribuir da maneira como a gente puder justamente com essas políticas públicas.

Esse movimento é um movimento muito amplo, como eu mencionei, tanto de associações médicas quanto de associações de pacientes, as quais estão até conosco aqui, em busca desse fim. E o compromisso que o movimento tem é justamente de ajudar a conscientizar a sociedade e os profissionais de saúde, porque mesmo os profissionais de saúde hoje têm uma informação que ainda é limitada sobre o poder que essa nutrição especializada pode ter dentro das diversas doenças. E, através disso, a gente foca nos grupos que são mais vulneráveis: pacientes com câncer, crianças da primeira infância ou com agravos dentro da infância.

E a gente busca sempre promover este debate sobre a criação de uma diretriz de nutrição especializada, para que haja, então, um acesso mais amplo sobre essa nutrição para todos que precisem dentro do nosso país.

A nutrição especializada não é garantir uma nutrição, que é o arroz e o feijão, para quem está doente, é outra coisa. Quando a gente fala de uma nutrição especializada, está falando sobre necessidades especiais.

O Dr. Nivaldo trouxe aqui, muito claro, algumas dessas necessidades especiais para os pacientes com câncer e como isso acontece dependendo do lugar onde esse câncer os acomete, mas isso também acontece com outras doenças em que a gente busca essa nutrição especializada como acesso.

Então, a gente tem aí, dentro da Anvisa, a própria denominação de como isso é visto, o papel importante que a nutrição tem, inclusive, na recuperação desse paciente. E também a gente vai falar um pouco da própria sustentabilidade do tratamento e do encaminhamento desses pacientes dentro do sistema.

E qual é o problema que a gente enxerga hoje como movimento e que é da gente como país? Falta acesso, hoje, para essa nutrição especializada, seja no SUS ou seja em outros lugares. Apesar de existirem políticas ou apesar de existirem maneiras para se ter esse acesso, hoje ele ainda é muito falho. Por quê? Porque ele é um assunto muito pouco discutido ainda no Brasil, mesmo considerando toda a prevalência que a gente tem desses agravos na saúde. Muitos grupos que precisam dessa nutrição especializada não têm acesso aos tratamentos hoje porque as políticas nacionais são fragmentadas até então. E ela não conta com um suporte nutricional dentro de toda essa jornada do paciente.

Também existe uma necessidade de se estabelecer uma rede que seja integrada para a atenção nutricional, para esses alimentos de fins especiais. Então, a gente entende que sem uma política nacional direcionada para esses pacientes, dificilmente a gente vai conseguir aumentar ou ajudar nos desfechos desses pacientes com câncer. Então, precisa ser algo realmente abrangente.

E algumas coisas.... Acho que hoje a gente vai ter oportunidade de escutar muitos dados epidemiológicos, dados sobre o impacto que isso tem no sistema, na vida das pessoas que lutam contra isso. Para que os senhores tenham alguns dados de impacto na cabeça, a desnutrição pode chegar a 70% dos pacientes com câncer. Além disso, de 10% a 20% das pessoas que vêm a falecer com câncer morrem por conta da desnutrição e não por conta do câncer propriamente dito. Elas ficam fracas a ponto de não conseguirem continuar o seu tratamento, precisa ser interrompido. Então, o papel da nutrição dentro dessa jornada é essencial.

Para quem está num processo de envelhecimento... Hoje muito se fala sobre músculo e da importância no próprio envelhecimento, mas, para todos se fala que 100 dias de tratamento para o câncer equivalem a 20 anos de envelhecimento muscular. Então, dependendo da faixa etária ou até em linha com o que o Dr. Nivaldo disse sobre uma criança que está enfrentando um câncer, imagine o que é isso para a questão nutricional desse paciente.

Existe uma pesquisa que foi feita, em 2023, aqui no Brasil, através do Instituto Ipsos, que viu justamente que 70% desses pacientes com câncer estavam desnutridos, 82% deles tiveram uma perda significativa de peso durante esse tratamento, mais da metade deles com perda muscular, o que afeta mobilidade e toda a capacidade de ele se manter nesse tratamento.

E um alerta é que menos de 1 em 3, ou seja, menos de 30%, que a gente estava vendo, desses pacientes fizeram algum tipo de uso de uma suplementação, algum tipo de uso de uma nutrição especializada durante esse tratamento para o câncer que ele enfrentou.

E a gente pode pensar que a nutrição especializada é algo que virá a acrescentar custos ao tratamento, mas na verdade é o oposto, porque a nutrição especializada se mostra como sendo custo-efetiva. Por quê? Porque, ao se garantir que esse paciente esteja numa melhor condição nutricional, você diminui aqui o tempo de internação desse paciente, os resultados clínicos são melhores, com isso a qualidade de vida melhora e você tem menos efeitos adversos. O que onera o próprio sistema, seja ele público ou privado, de uma maneira muito maior é quando não estão nutridos.

Então, existem hoje algumas portarias relacionadas com a nutrição especializada, e a Portaria 120, de 2009, que foi revista pela Saes - foi feito um diagnóstico muito bem-feito em 2023 -, identificou que existe essa portaria para a nutrição dentro dos serviços hospitalares, onde foi identificado que existe uma alta complexidade para ter acesso a esse tratamento, mesmo existindo uma portaria.

Existiam serviços de oncologia de alta complexidade fora da habilitação, não conseguiam se habilitar para que conseguissem fornecer essa nutrição especializada. Em quatro estados não tinha serviços para poder ajudar e trazer qualquer tipo de nutrição e também havia uma ausência de cofinanciamento federal em serviços de alta complexidade.

A boa notícia é que essa portaria já foi revista e existe uma nova proposta, já pactuada em janeiro de 2024, mas que ainda está aguardando a publicação. Então, estamos aí com um avanço, quase no caminho, faltando essa publicação, mas é uma portaria que já vem com grande esperança também para esses pacientes.

(Soa a campanha.)

O SR. ARTHUR LORENZETTI - Então, quais são os principais pedidos aqui do Movimento Nutrindo Vidas? Primeiro, essa portaria, que já foi revisada e que pode ampliar o acesso para quem mais precisa, para que seja feita a publicação. Isso deve normatizar os critérios de uso intra-hospitalar da nutrição para o câncer.

Segundo, é justamente que seja criada essa rede integrada de atenção nutricional, que a gente olhe os alimentos para fins especiais em toda a jornada do seu paciente, promovendo a equidade e a regulamentação desses produtos. Então, desde o começo, quando você faz esse diagnóstico, até quando essa pessoa sai do hospital e vai para casa - e ainda está em tratamento -, ela precisa continuar nutrida para continuar o seu tratamento. Caso contrário, pode ser que ele seja interrompido, piore e tenha agravos.

E a terceira é o reconhecimento da relevância da terapia nutricional justamente como um adjuvante no tratamento de câncer, sendo uma terapia custo-efetiva.

Então, o Movimento Nutrindo Vidas tem uma grande satisfação de poder vir aqui e contribuir, dar voz a esses achados e a esses pedidos.

E deixo aqui o nosso *site* com todas essas portarias, regulamentações e o trabalho feito até agora, Senador.

Obrigado. *(Palmas.)*

O SR. PRESIDENTE (Dr. Hiran. Bloco Parlamentar Aliança/PP - RR) - Muito obrigado, Dr. Lorenzetti, pela sua participação.

Ao mesmo tempo, dou as boas-vindas ao Sr. Hebert Mota, que já está aqui à nossa mesa, do nosso lado esquerdo, e é membro voluntário da Associação Brasileira de Câncer de Cabeça e Pescoço do Brasil. Seja muito bem-vindo.

Mas vou passar a palavra. Agora, vamos prestigiar a Dra. Viviane Dias Rodrigues, que é Chefe da Divisão Técnico-Assistencial do Instituto Nacional de Câncer (Inca), representando o Ministério da Saúde, por dez minutos.

Por favor, Dra. Viviane.

A SRA. VIVIANE DIAS RODRIGUES (Para expor. *Por videoconferência.*) - Boa tarde. Só um instantinho que vou colocar minha apresentação aqui. *(Pausa.)*

Só um instante.

Vocês estão vendo a apresentação?

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

A SRA. VIVIANE DIAS RODRIGUES *(Por videoconferência.)* - Ainda não.

Só um instantinho. *(Pausa.)*

Só um instantinho, por favor. *(Pausa.)*

O SR. PRESIDENTE (Dr. Hiran. Bloco Parlamentar Aliança/PP - RR) - Sra. Viviane, se você...

A SRA. VIVIANE DIAS RODRIGUES *(Por videoconferência.)* - Só um momentinho, por favor.

Estou tendo uma certa dificuldade para colocar...

O SR. PRESIDENTE (Dr. Hiran. Bloco Parlamentar Aliança/PP - RR) - Só quero fazer uma sugestão à senhora.

Essas coisas acontecem. De vez em quando, quando vou fazer uma palestra, dá tudo certo no dia anterior e, quando vou ligar o meu computador, na hora de falar, dá tudo errado.

É assim mesmo, essas máquinas estão começando a ter autonomia, vontade própria. Isso é inteligência artificial, viu?

Mas, olha, se a senhora quiser, eu passo a palavra à Dra. Simone Kikuchi.

É isso? Está certo, Dra. Simone, o nome?

A SRA. SIMONE KIKUCHI (Por videoconferência.) - Certo.

O SR. PRESIDENTE (Dr. Hiran. Bloco Parlamentar Aliança/PP - RR) - Eu vou passar para a Dra. Simone, que é nutricionista oncológica e Coordenadora do Grupo de Estudos de Nutrição em Oncologia, por videoconferência.

Ela vai fazer a apresentação enquanto a Dra. Viviane organiza a sua apresentação.

Está bom, Dra. Viviane?

A SRA. VIVIANE DIAS RODRIGUES (Por videoconferência.) - Não, perfeito. Perfeito.

Agradeço.

O SR. PRESIDENTE (Dr. Hiran. Bloco Parlamentar Aliança/PP - RR) - Pois não, Dra. Simone, por favor.

A SRA. SIMONE KIKUCHI (Para expor. Por videoconferência.) - Oi gente, boa tarde.

Só preciso que alguém aí habilite o meu compartilhamento de tela.

O SR. PRESIDENTE (Dr. Hiran. Bloco Parlamentar Aliança/PP - RR) - Olha, segundo a minha assessoria técnica, aqui está tudo certo.

A SRA. SIMONE KIKUCHI (Por videoconferência.) - Prontinho, então, vamos lá.

Vocês estão conseguindo ver?

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

A SRA. SIMONE KIKUCHI (Por videoconferência.) - Perfeito.

Agradeço o convite para poder falar da nossa realidade, da dificuldade dos pacientes oncológicos - com esse público...

Então, só para vocês saberem, sou nutricionista oncológica e, desde que me formei, trabalho só com pacientes oncológicos.

Então, só para vocês saberem, sou nutricionista oncológica desde que me formei, trabalho só com pacientes oncológicos, tive essa vivência em hospital público e em hospital privado e poder falar sobre esses pacientes, para mim, acho que é uma missão e um propósito de vida.

Essa aqui é a minha avó, a minha primeira paciente oncológica.

Só reforçando os dados que o Dr. Nivaldo e o Arthur já falaram, a gente teve, no último biênio, estimados 704 mil novos casos de câncer. Vale lembrar que 40% desses cânceres já são associados ao maior risco de desnutrição ou baixa massa muscular.

Quando a gente fala sobre essas doenças localmente avançadas ou metastáticas, até 73% apresentam uma perda de peso involuntária, ou seja, incontrolavelmente esse paciente já perde peso quando chega ao seu tratamento.

Eu queria que vocês imaginassem, para trazer uma analogia muito simples em relação ao paciente oncológico, que a gente tem aqui um carro avançando por uma estrada moderna, superestilizada, com um asfalto de excelente qualidade, de altíssima tecnologia, porém esse carro anda sem combustível. Quando esse carro está sem combustível, nenhum desses outros recursos importam, porque ele fica vulnerável, vulnerável a não conseguir concluir a sua jornada. Ele fica exposto, frágil, correndo o risco de a qualquer momento ter que parar no acostamento.

Isso é muito parecido com o que acontece com o paciente oncológico, porque hoje nós já temos diversas ações muito sofisticadas, terapias-alvo, imunoterapia, cirurgias de alta tecnologia, a gente tem máquinas de alta tecnologia e precisão, porém, se esse paciente não tiver condições físicas de suportar o tratamento, nada disso adianta. É como tentar seguir viagem, mas sem o motor funcionando adequadamente.

Essa perda de peso e a redução da ingestão alimentar é exatamente o combustível desse indivíduo, assim como o nosso carro. Então, muitas vezes a gente se preocupa em investir muito na tecnologia, na inserção de novos medicamentos, o

que também é muitíssimo importante, mas não dá para deixar de olhar o estado que esse paciente vai estar para conseguir concluir o seu tratamento.

A nutrição hoje não é um acessório, é um preditivo de quão bem esse paciente chega até o final desse tratamento, o quanto ele vai conseguir seguir adequadamente toda a trajetória que foi desenhada para ele no seu diagnóstico.

Então, vamos seguindo lembrando que 45% dos pacientes com câncer já perdem 10% do seu peso no pré-diagnóstico, ou seja, ele chegou lá, teve diagnóstico e já está com perda de peso. E esses pacientes, quando estão hospitalizados, já seguem também desnutridos, 50% dos pacientes hospitalizados e até 30% dos ambulatoriais estão desnutridos.

Essa desnutrição relacionada ao câncer é praticamente universal, chegando até 80%, a depender do diagnóstico, do sítio tumoral e de quanto esse paciente demorou para ser diagnosticado.

O que mais nos assusta é que o suporte nutricional só é oferecido entre 30% a 60% desses pacientes com risco de desnutrição.

E aí eu pergunto para vocês, para os senhores, o que vocês fariam em 16 meses? Dezesesseis meses é um tempo considerável, é um ano e meio praticamente. Em 16 meses um pai consegue levar uma filha para o altar, a gente consegue fazer uma viagem dos sonhos, eu consigo esperar um neto nascer, eu consigo ver um filho se formar, eu consigo fazer uma reunião de família, em 16 meses muita coisa pode acontecer. Imaginem 16 meses da sua vida que poderiam ser modificados através do seu estado nutricional.

Eu gosto muito dessa imagem, porque vocês podem ver que, quando eu tenho o zero, eu tenho um paciente que está sem perda de peso e com IMC dentro do adequado; quando esse número vai aumentando, do zero até o quatro, eu tenho um paciente com perda de peso alta e IMC reduzido. E olhem a diferença de sobrevida global que o paciente que não tem perda de peso e está no peso adequado tem: 20,9 meses; diferentemente daquele paciente com baixo peso e perda de peso recorrente, que tem 4,3 meses de sobrevida. São 16 meses que podem separar esse indivíduo de atingir ainda algum objetivo na sua vida.

E aí, por que a nutrição especializada é tão importante para esse cuidado na oncologia? Porque o paciente que está em tratamento oncológico segue com diversas dificuldades relacionadas aos efeitos colaterais do tratamento, lembrando que é um paciente que muitas vezes já chega debilitado para a gente. Por isso, quando esse paciente não tem a dieta adequada, a gente tem uma lacuna muito grande entre o que ele deveria ingerir e o que ele de fato consegue ingerir.

E nós falamos "especializada" quando a gente tem um alimento que foi alterado na sua composição para que ele possa fornecer uma melhor qualidade nutricional por um período temporário ou permanente. Lembro que o nosso consenso já fala sobre uma média, uma necessidade calórica e proteica do paciente oncológico, e essa média está acima da população geral. A gente pede pelo menos 1,5g de proteína por paciente oncológico, chegando até a 2g em alguns casos. E, quando a gente fala de calorias, são pelo menos 25 calorias por quilo de peso. Parece pouco, mas, se nós pensarmos num indivíduo de 50kg - que é um peso baixo -, uma mulher de 50kg, que precisa de 1,5g, ela precisa de 75g de proteína por dia, lembrando que um filé de frango grande de 100g tem até 30g. Quando o paciente está em tratamento oncológico, às vezes, a náusea, a mucosite e a saciedade precoce ou algum dos diversos efeitos colaterais que o Dr. Nivaldo citou impossibilitam essa pessoa de conseguir consumir o necessário - o mínimo necessário - para se manter bem, para conseguir se resguardar dos efeitos colaterais desse tratamento. É por isso que a gente faz uso de suplementos alimentares específicos nesse período; para que a gente possa atingir essa meta nutricional calculada para esse paciente.

Já ficou claro para vocês o impacto dessa baixa massa muscular e da desnutrição no câncer, mas eu acho que a gente não pode deixar de reforçar a direta associação com fadiga, com maior toxicidade, com piores desfechos cirúrgicos, com uma redução de funcionalidade e, sem dúvida, uma piora na qualidade de vida. A pesquisa do Ibranutri mostrou que, em pacientes desnutridos, que eram 48,7%, somente 6% receberam nutrição enteral, e apenas quatro pacientes receberam suplementos orais. Suplemento oral é um suplemento que o paciente toma pela boca mesmo - pode ser pó, pode ser líquido - e que contempla, auxilia esse paciente a atingir a meta calórica e nutricional dele em volumes pequenos, ajudando muito, sendo uma ferramenta extremamente útil para a nutricionista ajudar o paciente a seguir melhor no seu tratamento em períodos de baixa aceitação alimentar.

Em relação ao custo de suplemento, eu fiz uma média aqui: um suplemento em pó com 500 calorias por dia, 36g de proteína por dia, teria o custo de R\$16 por dose, em um mês R\$960,00; um suplemento líquido que daria 600 calorias, 40g de proteína, R\$19 a unidade, em um mês R\$1.140. A questão é o acesso.

Eu trabalhei em duas realidades diferentes, por muito tempo, e é nítido que, quando o paciente, por si só, consegue comprar esse suplemento, ele segue melhor, principalmente, nas inter-internações, naquele período em que ele fica fora do hospital.

É um paciente que fica mais estável, interna menos, porque ele consegue ter ferramentas que o auxiliam e fazem com que ele passe melhor quando não come tão bem.

Só trago para vocês lembrarem aqui a história de um paciente, o Sr. João. Vocês veem que ele já chega para a gente com uma perda de peso de três meses. Ele pesava 70kg e agora está com 58. Ele começa uma quimiorradioterapia já com disfagia, já com alteração da consistência que ele come. Ele é um paciente que não consegue engolir os alimentos em formato normal. Ele tem que, às vezes, usar um líquido para deglutir, para deixar esse alimento mais macio. E aí ele acaba internando por uma queda de estado geral com peso menor ainda, de 52kg.

Quando está internado, ele recebe suplementação nutricional. Ele consegue ter o ajuste alimentar. Ele vai de alta com três quilos a mais, 55. Só que ele vai para casa dele e não consegue comprar o suplemento. Ele não tem acesso. Aí, após 20 dias, ele volta para a quimioterapia com 51kg. Ele para o ciclo. Por quê? Broncopneumonia. Ele está emagrecido demais, com uma piora geral desse estado e aí a equipe vai avaliar se consegue operá-lo ou não.

Então, ele é um paciente que já chega debilitado e o próprio processo do tratamento o vai debilitando ainda mais. O suplemento alimentar ajuda, sim, quando ele está internado e quando ele consegue ter acesso a isso. No período em que ele fica fora, ele perde tudo o que... *(Falha no áudio.)*

E lembrando para vocês que a nutrição é um investimento, tem um impacto positivo. O Arthur já falou sobre isso. Acho que um grande resumo é que, com um dólar investido, a gente economiza quatro, seja em reinternação, seja nas complicações que esse paciente tem.

Então, pensar em nutrição é pensar em eficiência, em eficiência de serviços, em aonde a gente pode colocar esse dinheiro de forma melhor.

Termino com essa frase: Nenhum paciente deveria perder a chance de receber nutrição adequada no seu tratamento. E completaria: Nenhum sistema deveria aceitar perder um paciente por falta de nutrição.

Muito obrigada. *(Palmas.)*

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

Eu passo a palavra, em seguida, à Dra. Viviane Dias, Chefe da Divisão Técnico-Assistencial do Instituto Nacional do Câncer (Inca), representando aqui o Ministério da Saúde.

Estamos prontos aí, doutora? *(Pausa.)*

Agora. Muito bem.

Fique à vontade, doutora.

A SRA. VIVIANE DIAS RODRIGUES (Para expor. *Por videoconferência.*) - Boa tarde a todos. É uma honra participar dessa audiência.

Eu acredito que as coisas não são por acaso. Foi providencial, primeiro, a apresentação de todos os profissionais que brilhantemente se apresentaram, porque, na sequência, vou fazer uma síntese do que foi conversado brilhantemente por todos eles.

Vocês estão conseguindo ver a apresentação?

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

A SRA. VIVIANE DIAS RODRIGUES (*Por videoconferência.*) - Só um instante. A gente está com um problema sério aqui de...

Agora estão vendo?

O SR. PRESIDENTE (Dr. Hiran. Bloco Parlamentar Aliança/PP - RR) - Não, doutora. Não está...

A SRA. VIVIANE DIAS RODRIGUES (*Por videoconferência.*) - É, a gente está com um problema sério de acesso. Só um instantinho. *(Pausa.)*

A SRA. VIVIANE DIAS RODRIGUES (*Por videoconferência.*) - Vocês estão vendo agora?

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

A SRA. VIVIANE DIAS RODRIGUES (*Por videoconferência.*) - Bom, excelente.

Meu nome é Viviane Dias Rodrigues. Eu sou nutricionista já há quase 30 anos e há 25 eu tenho a honra de trabalhar no Instituto Nacional do Câncer. Trabalhei muitos anos com o Nivaldo. Eu digo que fui a pessoa mais tempo chefiada por ele, foram 20 anos ininterruptos. Com isso, eu tive a oportunidade de construir todos esses instrumentos e todos esses

documentos que o Nivaldo citou na apresentação dele, o que visava a justamente isto: trazer a equidade no atendimento ao paciente com câncer, fazer um panorama da nossa população oncológica e, com isso, poder trazer as melhores práticas. Eu fui Chefe do Serviço de Nutrição por dez anos. Hoje eu sou a Chefe da Divisão Técnico-Assistencial e nela a gente tem, sob esse guarda-chuva, fisioterapia, fonoaudiologia, farmácia, psicologia, o serviço de nutrição e o serviço social.

Hoje, dentro do Serviço de Nutrição do Hospital do Câncer I, que é onde eu chefei, essa divisão, nós temos em torno de 30 nutricionistas se dividindo entre nutricionistas para o paciente internado e para o paciente ambulatorial.

Então, contextualizando o que vem a ser a terapia nutricional em oncologia, dito brilhantemente pelos nossos colegas, são intervenções nutricionais individualizadas que podem ser tanto por via oral, enteral ou parenteral que visam a justamente isto: prevenir e tratar a desnutrição, preservar a massa magra, reduzir toxicidades e manter a funcionalidade, principalmente a qualidade de vida desse paciente.

Aí a gente traz a importância da nutrição e dessa terapia. Como já foi dito aqui, pacientes com câncer apresentam alto risco de desnutrição. Cerca de 20% a 70% desses pacientes vão cursar para algum déficit nutricional. Isso vai ter um impacto direto na resposta ao tratamento. Otimizando essa terapia, você reduz essas complicações e internações. Com isso, você consegue ter uma rotatividade melhor, e o que a gente objetiva é melhorar essa qualidade de vida e principalmente a sobrevivência desse paciente, trazer mais tempo de vida para esse nosso doente.

Eu trago aqui o que já foi dito pelo Nivaldo, desse estudo multicêntrico que foi o nosso Inquérito Brasileiro de Nutrição Oncológica, que envolveu as cinco regiões do Brasil. Então, a gente pôde trazer uma panorâmica de como era a situação nutricional desses pacientes através de uma ferramenta muito simples, que foi a Avaliação Subjetiva Global. Muitas vezes, para você diagnosticar esse paciente de risco, esse paciente desnutrido, você não precisa de grandes ferramentas, mas de ferramentas que sejam efetivas e eficazes. E aí a gente observou exatamente isto: que mais de 45% desses pacientes já apresentavam desnutrição ou a suspeita dela, mais de 45% desses pacientes apresentavam um escore altíssimo dessa ASG e, principalmente, impactos de sintomas que a gente sabe que cursam durante o tratamento, que são sinais como perda de peso, de apetite, deglutição, vômitos, e a localização da doença, que impacta diretamente nesse estado nutricional dessa nossa população, além da própria idade.

Se a gente pensar nisso, a gente pensa o quê? O que é mais nobre para o nosso corpo e faz com que esse intercurso do tratamento seja otimizado? É você preservar essa massa muscular, porque, através da preservação dessa massa muscular, você consegue fazer com que esse paciente tenha uma competência maior para que ele possa passar pelo intercurso de um tratamento como rádio, químico e a cirurgia. A gente sabe que adultos saudáveis têm uma taxa de perda muscular de 1% a 1,4% ao ano. Quando eu trago isso para a população oncológica, para o paciente com câncer, essa perda muscular no câncer pode ser 24 vezes superior à de um indivíduo saudável.

E aí eu trago para vocês a baixa prevalência de baixa muscular nas diferentes localizações tumorais. Então, a gente tem aqui um percentual elevado, principalmente em pacientes com câncer de pulmão, cabeça, pescoço, do trato gastrointestinal de uma maneira geral. E essa massa muscular, se você tem uma perda dessa massa muscular, uma não otimização dela, os seus desfechos clínicos podem ser extremamente deletérios. Então, você tem aí maior tempo de internação desse paciente, você tem uma piora na qualidade de vida, você tem mais tempo de internação por complicações maiores nesse pós-operatório. E, com isso, em tudo, você mantém esse paciente internado, você vai precisar de mais recursos para tratar esse indivíduo. Se esse indivíduo conseguir ser tratado precocemente sob o ponto de vista nutricional e principalmente com a preservação dessa massa muscular, esses desfechos, com certeza, vão ser minimizados.

Então, uma triagem, uma avaliação nutricional se torna mister nesse paciente. É imprescindível que a gente faça essa avaliação nutricional com pelo menos 48 horas da internação desse doente; idealmente, que isso aconteça 24 horas antes, é o que a gente procura trazer para nossa prática aqui dentro do Inca, do Hospital do Câncer I, utilizando os inúmeros instrumentos que os documentos e os *guidelines* nos norteiam, para que a gente possa identificar o quanto antes a situação nutricional desse paciente e conseguir intervir de forma precoce.

E aí, trazendo o que a minha colega Simone trouxe, quando você traz isso para o cálculo das necessidades nutricionais, você pode otimizar muito mais com o uso de suplementação nutricional para esse paciente, lembrando que ele está num momento de tratamento, que ele pode ter intercorrências desse tratamento que possam levar a uma queda dessa ingestão alimentar. E quando essa ingestão oral é inferior a 70 dias, é preconizado por diferentes *guidelines*. Aí é que eu trago o nosso Consenso Nacional de Nutrição Oncológica do Inca, trago as diretrizes brasileiras e também o Consenso Brasileiro de Nutrição Oncológica, que existem critérios para indicação. Então, se você já tem um paciente que traz para você uma queda de 70% dessas necessidades, já se faz imprescindível o uso de um suplemento nutricional oral para esse paciente. Você ajusta as consistências, mas também consegue manejar melhor esses sintomas, como mucosite, disgeusia, náuseas, o que é muito comum nessa nossa população.

Atentar para a questão do percentual da ingestão, se menor que 60%, otimizar uma via alternativa, como a nasogástrica, nasoenteral, a gastrostomia, jejunostomia, então, essas intervenções também se tornam necessárias e fórmulas específicas, conforme as necessidades desse paciente - hiperproteica, hipercalórica ou até mesmo imunomoduladora -, para a gente conseguir modular essa resposta inflamatória... (*Falha no áudio.*)

... resposta em pacientes, vai trazer um melhor resultado para essa nossa população.

Para pacientes desnutridos ou em risco nutricional e candidatos a cirurgias de grande e médio porte, já é preconizado o uso de terapias nutricionais com imunomoduladores para que a gente possa otimizar todo esse pós-operatório desse paciente e evitar as complicações anteriormente ditas. Caso não seja possível, há o recurso da parenteral. O Presidente, o Senador, falou também dessa necessidade. Ou enteral, ou oral, ou parenteral, na necessidade da inviabilidade de objetivos.

É importantíssimo envolver a família, ter a segurança alimentar também como norte, uma reavaliação contínua e o envolvimento da equipe multiprofissional, sempre com a individualização dessa terapia, adaptada às necessidades desse paciente, e também com foco na funcionalidade para avaliação. Essa funcionalidade é central para que os pacientes mais funcionais, como a Simone, a colega, disse, tolerem melhor o tratamento.

Pela atenção de todos, obrigada. (*Palmas.*)

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

Passo em seguida a palavra à Dra. Manuela Dolinsky, que é Presidente do Conselho Federal de Nutrição, por dez minutos. Por favor.

A SRA. MANUELA DOLINSKY (Para expor.) - Boa tarde a todos.

Cumprimento a Mesa na pessoa do Senador Dr. Hiran. Queria cumprimentar os colegas Dr. Nivaldo, Dr. Arthur, Dra. Viviane e Simone, que estão *online*.

Sou Manuela Dolinsky, Presidente do Conselho Federal de Nutrição, nutricionista, docente há 31 anos, professora da Federal Fluminense, lá no Rio de Janeiro, como vocês podem observar, onde eu coordeno o Ambulatório de Dietética e Alimentos Funcionais. Também publiquei aí alguns livros na área.

Trago aqui, na verdade, o olhar e a missão institucional do CFN sobre a temática. Antes disso, a gente precisa passar pela missão do próprio Conselho Federal de Nutrição que, na verdade, coloca, precipuamente o direito humano à alimentação e à nutrição adequadas relacionado à segurança alimentar e nutricional, sempre em benefício da sociedade.

Quando a gente fala em segurança alimentar e nutricional, eu não estou falando só alimentação e nutrição, estou falando, por exemplo, em nutrição especializada, como muito mencionado por aqui, eu estou falando de acesso à alimentação e nutrição sem comprometimento dos direitos humanos, dos demais direitos humanos. Essa é a nossa missão.

Numericamente falando, o sistema tem quase 250 mil nutricionistas distribuídos, não de uma forma homogênea, mas no Brasil inteiro. Nós também contamos com os técnicos em nutrição dietética. Então, somos, atualmente 11 conselhos regionais de nutrição, estamos em todas as jurisdições do nosso país e caminhando para ter um número de conselhos igual ao número de estados no Brasil.

Eu queria destacar que na nossa regulamentação da profissão, a lei de 1991 já coloca lá que a assistência dietoterápica hospitalar ambulatorial e em nível de consultório de nutrição dietética é, sim, uma atividade privativa do nutricionista. Então, só destacando: o nutricionista é um profissional de saúde generalista, ele não se forma especializado. O nutricionista pode atender todas as especialidades. É claro que a gente quer, salutarmente, que ele faça educação continuada e se especialize, sim, mas qualquer nutricionista pode atender paciente oncológico.

E aí a gente tem, no Conselho Federal de Nutrição...

Eu estou passando, tem um *delay*, eu passo demais, então desculpe, voltei aqui um pouquinho.

A gente tem a resolução que define quais são as especialidades, são 34 especialidades que nós temos lá definidas, e obviamente que a nutrição clínica em oncologia está lá colocada, como é importante.

O cenário brasileiro, eu não vou me repetir, muitos dos nossos colegas aqui já colocaram, mas eu quero só destacar alguma coisa desse cenário, principalmente relativa à prevenção. A gente tem essa estimativa, que as colegas já colocaram lá, de 700 mil novos casos de câncer por ano.

Há uma elevada proporção de diagnóstico em estágio avançado de câncer, o que é uma problemática, e com impacto direto sobre o estado nutricional, como muito aqui mencionado.

Nesse contexto, a gente tem os cânceres mais incidentes na população brasileira, dentre os quais se destacam os tipos de cânceres totalmente relacionados à alimentação e nutrição. Como destaque a gente traz dessa magnitude.

E eu trago então um estudo, que eu acredito ser um divisor de águas da alimentação e nutrição, e seu impacto na mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis - em destaque o câncer. Esse foi um estudo que, embora seja de 2021, eu o considero um estudo clássico, que mostra o seguinte.

Primeiro, ele reuniu 195 países, e o Brasil estava lá colocado, fez um *follow up* de 1990 a 2017, e viu qual era o impacto de diversas variáveis sobre morbidade e mortalidade dessas populações. Esse estudo tem muitos resultados, mas eu destaco esse aqui, que mostra que a alimentação e nutrição são o principal fator de risco para todas as doenças crônicas não transmissíveis, inclusive o câncer.

Então, a gente vê lá que dietas ricas em sódio, pobres em grãos integrais, pobres em frutas, baixas em nozes, vegetais, enfim, são dietas que aumentam em muito o risco de câncer. Isso dá à alimentação e nutrição, e ao nutricionista, um protagonismo muito grande em prevenção, que eu gostaria, Dr. Hiran, de destacar nesta Mesa: a prevenção é sempre muito melhor e menos custosa do que o próprio tratamento.

E outros estudos mais recentes corroboram esses dados, colocando ali que o padrão dietético, de fato, reduz o risco de todos os tipos de câncer. A gente tem alguns artigos publicados em revistas de impacto mostrando justamente isso; e o contrário, o alto consumo de alimentos ultraprocessados aumentando em muito o risco de câncer.

Sobre desnutrição e mortalidade por câncer, nossos colegas já mencionaram bastante aqui. Então, a gente tem apenas que sublinhar, que a má nutrição impacta, de uma forma significativa, no risco de mortalidade por câncer. Então, esse risco é 70% maior de mortalidade por todas as causas; e 49% maior de complicações por quimioterapia e toxicidade por ela.

Em relação ao prognóstico relacionado à composição corporal, também aqui é importante destacar que a baixa muscularidade, a sarcopenia, é um fator prognóstico independente, como muito já foi também mencionado aqui. E que a sobrevida mediana de pacientes é quase duas vezes menor do que aqueles com muscularidade normal. Então, há o impacto real da composição corporal na mortalidade nesse paciente.

Em relação à atuação do nutricionista, a gente vai destacar, sim, quais são os pontos positivos de o nutricionista estar na pauta legislativa em relação a essa temática. O primeiro aspecto diz respeito à intervenção nutricional. Então, a presença do nutricionista no cuidado multidisciplinar certamente traz uma triagem precoce e individualizada, ajustes de dieta, dos suplementos, da nutrição especializada, como aqui colocado; obviamente que reduzem os efeitos colaterais e melhoram, sim, a resposta ao tratamento, à qualidade de vida e à sobrevida.

Por outro lado, outro ponto positivo é o monitoramento do estado nutricional. Então, a avaliação nutricional é muito importante para avaliar a composição nutricional desses pacientes, identificando rapidamente esse risco nutricional, e a terapia nutricional iniciada cedo aumenta a sobrevida. Obviamente que incluir esse profissional no debate legislativo reforça, sim, a importância dessas evidências.

Por outro lado, quais seriam os pontos negativos, ou seja, a ausência do nutricionista na pauta legislativa, em relação a essa temática? Aumenta o risco de negligência, sem a menor sombra de dúvidas. Então, a desnutrição em decorrência do câncer tende a ser subdiagnosticada. Diversos estudos mostram isso. Falta triagem padronizada e suporte adequado. Mais da metade dos pacientes já inicia o tratamento em risco nutricional, que é o que nós não queremos. Por outro lado, também pioram os desfechos clínicos. Então, pacientes desnutridos têm menos massa magra - a gente já falou aqui - para tolerar quimioterapia, mais infecções, e têm pior recuperação das cirurgias. Então, o risco de desnutrição aumenta 70% a mortalidade e as complicações por quimioterapia.

Nesse sentido, os benefícios para o paciente da terapia nutricional orbitam em quatro aspectos principais, como a redução de complicações e toxicidades, a melhoria da qualidade de vida, a otimização do tratamento e, conseqüente, a redução de custos hospitalares e sociais também.

Por fim, quais seriam as propostas na agenda legislativa, prezados?

A gente tem o PL 2.514, de 2023, que já tramitou pela Câmara e chegou ao Senado, e a gente solicita algumas inclusões para a melhoria do texto legislativo desse PL. Essas inclusões destacam três aspectos principais. O primeiro é o fortalecimento da terapia nutricional como parte essencial do tratamento oncológico, e aí a gente coloca um texto, nessa nossa nota técnica, em que não vou me alongar aqui.

O segundo aspecto é a garantia de cuidado multiprofissional e do direito humano à alimentação adequada, que faltou destacar nesse PL - viu, Senador? -, o 2.514, de 2023.

E, por fim, o terceiro aspecto seria...

(Soa a campanha.)

A SRA. MANUELA DOLINSKY - ... o aperfeiçoamento do marco legal com a inclusão do nutricionista, sim, por todas as razões mencionadas aqui durante toda a audiência pública, no art. 7º do estatuto.

Então, assim, a gente encerra dizendo que nutrição é prevenção e tratamento, não apenas tratamento, colocando-nos à disposição, novamente agradecendo pelo convite ao Senador Dr. Hiran.

Muito obrigada. (*Palmas.*)

O SR. PRESIDENTE (Dr. Hiran. Bloco Parlamentar Aliança/PP - RR) - Muito obrigado, Dra. Manuela Dolinsky.

Eu quero aqui ressaltar o compromisso desta Comissão, que tem à frente a minha querida amiga Senadora Dra. Eudócia e que, com esse gesto...

Aliás, vocês sabem que a nossa TV Senado é um canal que tem uma capilaridade nacional imensa. Então, aquelas pessoas que estão nos assistindo sabem do compromisso da nossa Senadora Eudócia com o fortalecimento do enfrentamento dessa doença pandêmica e crescente no mundo.

E ao convidar membros da equipe multiprofissional da saúde - e vocês são, como nutricionistas, extremamente competentes -, a gente dá uma sinalização da importância do enfrentamento do câncer de uma maneira multifacetada, envolvendo as nossas profissões, que têm esse viés, esse mistério de cuidar das pessoas, de minorar seu sofrimento.

Enfim, eu estou muito feliz de estar tendo essa oportunidade de substituir a minha querida Eudócia nessa pertinente audiência pública, que, certamente, vai sensibilizar o Senado para encaminhar esses projetos.

Eu entendo a ansiedade de vocês. Eu passei mais de dez longos anos tentando aprovar o projeto de pesquisa clínica em seres humanos, desde quando eu era Deputado, e a gente foi passando de Comissão em Comissão. Quando eu me elegei Senador, deixei esse projeto fundamental, para garantir acesso às pessoas que têm patologias graves de difícil tratamento, cânceres, no Plenário da Câmara, e eu tive a felicidade de ser eleito Senador. O Deputado Pedro Westphalen aprovou esse projeto já no Plenário, e eu aqui relatei, aqui no Senado; aprovamos por unanimidade. O Governo brasileiro vetou grande parte do texto que nós tínhamos discutido durante dez anos - vejam bem, uma canetada e vai tudo embora -, e aí nós derrubamos o veto, e essa lei está em vigor e está sendo, inclusive, regulamentada pelo Ministério da Saúde do nosso país. Mas tem, inclusive, entidades questionando a constitucionalidade da lei.

Para a senhora ver a dificuldade que a gente enfrenta aqui no Parlamento, dada a diversidade de pensamento, e que a gente respeita muito, mas vamos tentar sempre aqui, através das nossas argumentações e do convencimento, fazer o que é melhor para o povo brasileiro.

Quero aqui passar a palavra para o Sr. Herbet Motta, que é membro voluntário da Associação Brasileira de Câncer de Cabeça e Pescoço do Brasil, e agradeço muito a sua presença. Eu acho que você vai ser, aqui, a testemunha viva daquilo tudo que nós falamos aqui. Por isso, com muita honra, passo a palavra a você, lhe dando as boas-vindas, em nome da nossa Presidente, Senadora Eudócia, por favor.

O SR. HERBET MOTTA (Para expor.) - Eu agradeço, senhoras e senhores da mesa, e senhoras e senhores presentes, boa tarde. Me chamo Herbet, sou morador de Brasília e, em 2019, eu fui diagnosticado com câncer. Entre o diagnóstico e a cirurgia, foi um processo rápido.

Sou servidor público federal e já tinha plano de saúde, mas eu descobri, nesse período, que planos de saúde não gostam de câncer, porque houve uma enorme dificuldade para a realização dos exames, alguns exames que são mais caros, e eu ouvi de cinco médicos do meu plano que não realizariam a cirurgia pelo plano. Os valores, em 2019, foram de R\$190 a R\$250 mil. Para o meu universo, bem inviável.

Feita a cirurgia, eu fiquei mais ou menos - acredito aqui já que eu estava meio inconsciente - mas passei um período na UTI e, depois, na internação, posteriormente, cinco meses com o uso da sonda nasogástrica. Dentro do hospital, eu tinha alimentação garantida, mas a partir da alta, eu recebi uma bolsa de alimentação e mais nenhuma informação.

Então, a minha esposa foi providenciar a alimentação, e eu tenho nota de quase todas as compras - algumas talvez não... Mas, em 2019, iníciozinho de 2020, a soma dessa alimentação chegou a uma ordem de um pouquinho mais de R\$12 mil, o que felizmente foi possível adquirir, mas já apresento que, com certeza, fui muito feliz, porque para grande parte não seria possível. E, quase ao final da minha alimentação, fui informado por um colega de tratamento que, durante as consultas de quimioterapia e radioterapia, fiquei conhecendo, que isso era fornecido pelo hospital. Não sei por que não me disseram, não é? Mas tudo bem.

Então, essa foi, assim, uma das dificuldades que eu tive que superar.

A grande importância do atendimento multidisciplinar é fantástica, porque não é só cirurgia. Após a cirurgia, inicia-se outra parte desse tratamento. Aí entra odontólogo, fonoaudiólogo, nutricionista, o psicológico...

Como eu tinha plano e, diga-se de passagem, era superior... Eu tinha plano de saúde, mas não era um plano inferior, não, era um plano superior. Como servidor público federal, eu fazia questão de ter o plano, e fiquei muito triste de não ser atendido em hospital particular, com o meu plano.

Então, por trabalhar na Universidade de Brasília e também ter trabalhado no Hospital Universitário, eu conheci muitos profissionais médicos, atendi muitos médicos na época, com o meu trabalho, e, por insistência de uma amiga enfermeira, fui fazer uma consulta no hospital, e já levei vários exames. Aí ele falou: Que ótimo que você trouxe os exames. Falei para ele das dificuldades, que nenhum médico realizaria a minha cirurgia pelo plano, e ele me disse: Olha - eu já tinha ouvido isso de todos os médicos -, tempo é um tesouro que você não tem. Ele confirmou isso e falou: Se você quiser se internar na quarta, da próxima semana, eu faço a sua cirurgia na quinta-feira.

Eu já estava tentando, e pensando em entrar com ações contra o plano de saúde, mas, devido a esses comentários de todos os médicos, eu aceitei a proposta. E, só para informar, antes do final da cirurgia, o médico foi conversar com a minha esposa e falou: Foi em cima da hora. Mais um pouquinho, a gente só ia fechar.

Então, assim, se estou vivo, foi graças a todo esse processo que ocorreu - no particular e no público -, essa rapidez com que veio a proposta da cirurgia.

Muitas pessoas morrem por falta de atendimento. Eu estou falando aqui de Brasília, gente, que é a capital. Aí fora é bem pior, com certeza.

Fazendo parte da ACBG Brasil (Associação Brasileira de Câncer de Cabeça e Pescoço) e a representando - a nossa Presidente, Melissa Medeiros, gostaria muito de estar aqui, mas, devido a alguns problemas, não foi possível -, nós temos alguns encontros nacionais, no caso, com profissionais de todo o Brasil e alguns pacientes. Eu, como representante de Brasília, participo desses encontros.

Gente, eu já ouvi em um desses encontros - isso é uma denúncia - que, apesar da lei, apesar de o material estar garantido, de a verba estar garantida - foi de um profissional de saúde que eu ouvi isso durante um desses encontros -, a recomendação era: não fale para o paciente.

Por exemplo, a laringe eletrônica, que foi uma luta da ACBG: hoje é garantida através dessa luta de alguns anos, e já existe a lei, que é uma lei federal, que garante essa entrega logo da laringe para o paciente; alguns estados não informam ao paciente, não entregam ao paciente o aparelho, quando ele sai de uma laringe, por exemplo. E os profissionais da equipe são orientados a não falar e, quando falam, às vezes, eles recebem repressão. Não entendo o porquê, mas tudo bem.

Mas, gente, alimentação. Claro, é muito importante; o preço é exorbitante para muitas pessoas. Só para dar uma ideia, eu tinha 107kg quando eu fui fazer a cirurgia, em 2019; eu tenho mais ou menos 83,5kg. Eu tinha uma vida atlética, então eu tinha um porte físico, assim, avantajado.

O SR. PRESIDENTE (Dr. Hiran. Bloco Parlamentar Aliança/PP - RR) - Desculpa a interrupção.

Você se incomoda de dizer qual era o tipo de câncer que você teve?

O SR. HERBET MOTTA - Foi um câncer na face, uma neoplasia. Ela estava abaixo da pele, na mucosa, e isso me levou... No globo ocular, eu estou usando uma prótese, gente. Inclusive, hoje eu coloquei a prótese - até trouxe a minha boina e não era nem para eu trazer, eu só faço uso da boina porque eu uso um tapa-olho, que eu tive que usar por muito tempo - e, por muito tempo também, eu não fiz uso de prótese bucal. Eu perdi metade do meu maxilar superior - metade!

O SR. PRESIDENTE (Dr. Hiran. Bloco Parlamentar Aliança/PP - RR) - E você também fez uma enucleação, né? Tirou o olho...

O SR. HERBET MOTTA - O olho, o osso facial - esse afundamento aqui na minha face - e parte do palato duro e mole. Para quem não conhece, já que está sendo transmitido, é o céu da boca. Gente, eu tenho uma obturação - que é a palavra técnica -, eu tenho um buraco que vai do céu da boca e que se comunica com o meu globo ocular, porque eu perdi a base do meu olho também.

O SR. PRESIDENTE (Dr. Hiran. Bloco Parlamentar Aliança/PP - RR) - Olho esquerdo.

(Soa a campanha.)

O SR. HERBET MOTTA - Retirada a sonda nasal, a minha vida poderia ser normal, mas eu tinha que me alimentar. E como me alimentar? Foi quando entrou o trabalho da fonoaudiologia para me ensinar a comer, porque essa prótese não veio logo de imediato. A prótese veio depois. E detalhe: ela não estava muito bem adaptada. Essa minha prótese de hoje foi - por convite da ACBG para que eu fosse à Florianópolis - para que um profissional bem qualificado, pós-doc, realizasse para mim a confecção da prótese bucal e a prótese do olho.

Então, por isso é que eu tive que usar tapa-olho por bastante tempo. As outras próteses me machucavam muito. Às vezes, até preferia comer sem porque me evitavam dores, vamos dizer assim - desgastar a minha boca, machucar a minha boca.

Então, eu gostaria de também frisar que essa atenção é muito importante, e a criação da lei é muito importante, mas é muito importante também que seja feito o cumprimento dessas leis, porque já existem bastantes leis que garantem muitos direitos às pessoas, mas infelizmente o cumprimento não é 100%. Inclusive, tem muitos diretores de hospitais que já colecionam mandados judiciais, etc.

Eu tenho - por exemplo, só para acrescentar - um colega que foi diagnosticado agora, um amigo meu, diagnosticado com câncer, e a indicação de urgência, urgentíssima para uma cirurgia, isso em outubro de... foi agora, no ano passado - urgentíssima, vermelho. Ele realizou a cirurgia agora em julho e tem tido, de julho para cá, bastantes complicações, e agora a equipe médica falou para a esposa dele que ele pode ir para casa. E a ele foram oferecidos ir para a casa ou então para uma casa de acompanhamento - acho que é esse o nome que se dá.

O SR. PRESIDENTE (Dr. Hiran. Bloco Parlamentar Aliança/PP - RR) - Cuidados paliativos.

O SR. HERBET MOTTA - Isso, e ele falou que prefere morrer em casa. Isso é muito triste, gente. Ele prefere morrer em casa. Para quem teve um diagnóstico em outubro, quer dizer, ele perdeu muito tempo, porque o câncer voa. Quem tem câncer não pode esperar - não pode esperar.

O meu começou com um leve inchaço, um pequeno, muito pequeno inchaço. E, apesar de eu ter feito a cirurgia rapidamente - e ter levado esse tempo todo com ele - , porque, quando eu fui já para a cirurgia, eu já estava com um inchaço bem significativo, e a gente fica vendo pessoas na fila que esperam primeiro cirurgia, depois é rádio e químio. Então assim... E a lei hoje garante 90 dias para quem é diagnosticado com câncer, mas o hospital não tem condição - o meu colega teve desmarcada a cirurgia dele duas vezes.

Mas então é isso.

Eu posso dizer que eu me alimento razoavelmente bem. Apesar das dificuldades, agora com a prótese é bem melhor, mas a perda de quase 30kg, pouco mais de 30kg, é devido a essas dificuldades em ter uma alimentação adequada. E, graças a Deus, apesar de ter tido todo esse acesso à alimentação, eu não entendi algumas coisas que aconteceram nesse meio do processo. Por que eu não fui informado inicialmente? Foi um custo muito significativo, quase R\$12 mil em 2019. E o que as pessoas têm por aí é isso - na capital do Brasil! Eu devo frisar isso porque, fora da capital, com certeza, em estados que estão mais à margem do Brasil, é bem mais difícil, não é?

Então é isso.

As falas aqui foram excelentes, viu, gente? Vocês conseguiram - todos os profissionais aqui presentes - passar muito bem todo esse processo aí para vocês. E é exatamente isso que a gente vive nesse processo. E digo: não é uma caminhada, não; é uma corrida de 400m profissional, onde segundos, horas, dias são muito importantes e fazem muita diferença.

O SR. PRESIDENTE (Dr. Hiran. Bloco Parlamentar Aliança/PP - RR) - Muito obrigado, viu, Herbert. Obrigado pela sua participação, uma participação marcante aqui, que sensibiliza as pessoas.

E, meu amigo, senhoras e senhores, eu sou médico há 44 anos. Eu acho que muita gente que está aqui não tinha nascido quando eu me formei. E eu sou médico num lugar longínquo. Eu sou médico... Eu sou amazonense, fiz residência médica no Rio e fui fazer medicina e oftalmologia em Roraima. Eu sou médico legista federal, médico do Ministério da Saúde, e continuo sendo oftalmologista até hoje, ativo.

Pasmem, no meu estado, nós não temos um ciclo completo de tratamento de câncer. Nós vamos inaugurar nossa primeira unidade de rádio e braquiterapia agora. Está pronta. Nós estamos montando a equipe multiprofissional para trabalhar na unidade, porque não adianta acelerador, braqui, se não tiver equipe qualificada, preparada, para enfrentar e cuidar desses pacientes. E as pessoas que têm câncer e precisam de cirurgia - tem químio também -, mas, quando vai para a rádio ou braqui, têm que entrar numa fila de um negócio chamado TFD (Tratamento Fora de Domicílio).

Assim é o Brasil. O Brasil é assimétrico, mas...

O SR. HERBET MOTTA - Se o senhor me permite...

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

O SR. HERBET MOTTA (Para expor.) - Se o senhor me permite, o senhor conhece muito bem a bomba de cobalto.

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

O SR. HERBET MOTTA - Em algumas regiões do seu estado ainda é utilizada essa bomba de cobalto. Para quem não sabe, a bomba de cobalto é...

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

O SR. HERBET MOTTA - Ela explode o tratamento radioterápico, só que ela não fica localizada.

O SR. PRESIDENTE (Dr. Hiran. Bloco Parlamentar Aliança/PP - RR) - Têm pouca seletividade.

O SR. HERBET MOTTA - Os equipamentos modernos hoje fazem uma localização. É bem localizado. A bomba de cobalto, quando ela explode, vai para tudo. Claro que isso, muito provavelmente, pode trazer consequências graves, principalmente para o olho e vai para todo o rosto. Isso agravando ainda mais as questões de salivar, no caso.

O SR. PRESIDENTE (Dr. Hiran. Bloco Parlamentar Aliança/PP - RR) - Efeitos colaterais...

O SR. HERBET MOTTA - Isso, efeitos colaterais graves.

O SR. PRESIDENTE (Dr. Hiran. Bloco Parlamentar Aliança/PP - RR) - Extremamente graves.

O SR. HERBET MOTTA - Tá?

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

Olha só, eu também quero registrar que houve participação remota nessa nossa audiência pública.

A Sarah, de Santa Catarina, pergunta: "O que a gestão pública enxerga como prioridade para reduzir o número de tratamentos interrompidos ou atrasados pela desnutrição?"

Lucas, de São Paulo: "Quais são as barreiras atuais para implementar triagem nutricional sistemática e cuidado nutricional individual nos serviços oncológicos?"

A Ana, do Distrito Federal, pergunta: "Como reduzir desigualdades regionais no acesso à terapia nutricional para pacientes oncológicos no Sistema Único de Saúde?"

Adelgício, de Minas Gerais: "Hoje temos muitos nutricionistas e seria importante haver mais profissionais desta área especializados na nutrição de pacientes oncológicos".

A Dayane, do Rio de Janeiro, afirma que: "Ampliar vagas de residência multiprofissional com foco em oncologia e terapia nutricional nas regiões com maior déficit de profissionais".

Isso seria uma ideia, uma sugestão importante.

Eu vou passar aos nossos painelistas aqui para que eles possam fazer as suas respostas, e nós encaminharemos as respostas às pessoas que participaram remotamente desta audiência pública.

Quero também, em nome, mais uma vez, da nossa querida Senadora Dra. Eudócia, Presidente desta Comissão, saudar todos que nos assistiram aqui, agradecer a todos os painelistas que fizeram essas exposições extremamente importantes, extremamente pertinentes.

Agradeço a todos vocês pela participação - àqueles que estão aqui presencialmente e aos nossos expositores que o fizeram de maneira remota.

Antes de encerrarmos a reunião, proponho a dispensa da leitura e a aprovação dessa ata.

Os Srs. Senadores e Senadoras que a aprovam queiram permanecer como se encontram. *(Pausa.)*

A ata está aprovada e será publicada no *Diário do Senado Federal*.

Nada mais havendo a tratar, agradeço mais uma vez a todos vocês, desejando-lhes um excelente seguimento e final de semana. Que Deus os abençoe!

Declaro encerrada a presente reunião.

(Iniciada às 14 horas e 15 minutos, a reunião é encerrada às 15 horas e 40 minutos.)