



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

REUNIÃO

05/05/2026 - 22ª - Comissão de Assuntos Sociais

A SRA. PRESIDENTE (Dra. Eudócia. Bloco Parlamentar Democracia/PSDB - AL. Fala da Presidência.) - Boa tarde a todos aqui presentes, colegas Senadores, colegas Senadoras que estão remotamente em casa.

Declaro aberta a 22ª Reunião, Extraordinária, da Comissão de Assuntos Sociais da 4ª Sessão Legislativa Ordinária da 57ª Legislatura.

A presente reunião atende ao Requerimento nº 8, de 2026, da CAS, de minha autoria e de autoria do Senador Marcelo Castro, para a realização de audiência pública destinada a debater o cenário epidemiológico, os desafios assistenciais e as perspectivas de aprimoramento das políticas públicas relacionadas ao câncer de ovário e ao câncer do colo do útero, com especial atenção às estratégias de prevenção, diagnóstico oportuno, organização da rede assistencial e qualificação das bases de dados em saúde da mulher.

Informo que a audiência tem a cobertura da TV Senado, da Agência Senado, do Jornal do Senado, da Rádio Senado e contará com os 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 via internet.

A finalidade desta audiência pública é debater o cenário epidemiológico, os desafios assistenciais e as perspectivas de aprimoramento das políticas públicas relacionadas ao câncer de ovário e ao câncer do colo do útero, com especial atenção às estratégias de prevenção, diagnóstico oportuno, organização da rede assistencial e qualificação das bases de dados em saúde da mulher.

Observações: a reunião será interativa, transmitida ao vivo e aberta à participação dos interessados por meio do Portal e-Cidadania, via internet, e também da Ouvidoria, da qual já relatei aqui o contato telefônico.

O requerimento de realização da audiência é o Requerimento nº 8, de 2026, da CAS, do Senador Marcelo Castro.

Nós temos como convidados a Dra. Guacyra Magalhães Pires Bezerra, que é Diretora do Departamento de Atenção ao Câncer da Secretaria de Atenção Especializada à Saúde, do Ministério da Saúde. Ela está aqui presencialmente. Por gentileza, convido-a para compor a mesa. Obrigada por ter aceito o nosso convite.

O Dr. Roberto de Almeida Gil, Diretor-Geral do Instituto Nacional de Câncer (Inca), está conosco através de videoconferência.

A Dra. Thais Piazza de Melo, Tecnologista do Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde do Ministério da Saúde (Conitec), também está em videoconferência. Sua presença está confirmada.

Quero cumprimentar a Dra. Daniele Assad Suzuki, Diretora da Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica. Sua presença está confirmada. Ela está aqui presencialmente.

Doutora, prazer em revê-la. Estamos aqui com a Dra. Daniele presencialmente para discutirmos esse tema tão importante.

O Dr. Agnaldo Lopes da Silva Filho, Diretor Científico da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo), tem a sua presença confirmada. Está aqui conosco o Dr. Agnaldo.

Muito grata a todos vocês pela presença, mesmo os nossos colegas que estão através de videoconferência. A participação de cada um de vocês é de suma importância.

O tema é um tema para o que realmente nós temos que estar vigilantes, participando de cada momento da evolução das doenças oncológicas, dessa vez no trato genital.

A Dra. Marcella Salvadori, Coordenadora de Advocacy e Apoio do Paciente do Grupo Brasileiro de Tumores Ginecológicos, Grupo EVA, através de videoconferência, já está confirmada.

Dessa forma, quero, mais uma vez, cumprimentar e agradecer a cada um dos senhores e das senhoras por estarem aqui presentes nesta audiência pública e por terem aceito o nosso convite.

Agora vamos dar início à nossa sessão para os debates.

Convido a Dra. Guacyra Magalhães, que está representando o Ministério da Saúde, para sua explanação.

Dra. Guacyra, a senhora tem cinco minutos para sua exposição.

A SRA. GUACYRA MAGALHÃES PIRES BEZERRA (Para expor.) - Hoje o Ministério da Saúde conta com a implementação do rastreio organizado do câncer de colo uterino com a pesquisa do DNA-HPV oncogênico, que iniciou há alguns meses e que tem uma estratégia para ampliação para todo o país.

Hoje pelo menos um município - e tem estado que tem mais que isso -, durante este ano de 2026, pelo menos um município... iniciar a coleta dessa forma. Até o final do ano, todos os municípios do país.

O Ministério da Saúde tem disponibilizado o *kit* de coleta, o *kit* de extração e amplificação e também a estratégia da citologia reflexa em meio líquido, com treinamento de equipe, disponibilidade de testes, indo até a população mais distante no Brasil e tentando fazer com que a gente consiga, realmente, implementar essa estratégia nacionalmente.

É o câncer que a gente mais consegue prevenir, depois do de pele. Realmente, a gente tem um cenário difícil de uma incidência ainda elevada do câncer de colo uterino no Brasil, com a mortalidade elevada - como terceira causa de morte entre as mulheres, especialmente as mulheres nordestinas e do Norte do Brasil. Então, a gente tem que mudar essa realidade, e não é só fazendo rastreio. Também precisamos intensificar a vacinação contra o HPV para as meninas de 9 a 15 anos - e meninos também - e, com isso, ao longo dos anos, a gente vai conseguir eliminar ou quase eliminar o câncer de colo uterino. Os países desenvolvidos possuem essa estratégia e têm conseguido uma redução ou quase eliminação do câncer de colo uterino, e o Brasil tem como conseguir isso também.

Em relação ao câncer de ovário, recentemente a Conitec aprovou o teste BRCA1 e BRCA2 - acho que tem menos de dez dias, se não me falha a memória - e a gente, enquanto ministério, está estudando como fazer a precificação dentro do SUS, colocar dentro da tabela do Sigtap, para que realmente seja operacionalizado e ofertado para aquelas mulheres que tiverem a indicação de testagem do BRCA1 e BRCA2. Porque diferentemente das estratégias para prevenção do câncer de colo de útero, no câncer de ovário a estratégia de prevenção é controversa; mas quando a paciente tem uma história familiar muito importante de câncer de mama e ovário, tem uma mutação BRCA1 e BRCA2, ela realmente precisa ser melhor acompanhada.

A SRA. PRESIDENTE (Dra. Eudócia. Bloco Parlamentar Democracia/PSDB - AL) - Parabéns pela sua explanação, Dra. Guacyra.

De uma forma bem objetiva e clara, você colocou as ações do Ministério da Saúde para o... Eu sempre chamo de guerra contra o câncer, por isso que eu ia falar combate; porque é uma verdadeira guerra, uma vez que os estudos mostram que, hoje, as doenças cardiovasculares são as doenças que mais matam e as doenças oncológicas estão em segundo lugar. Porém, até 2030, os estudos científicos mostram que as doenças oncológicas ficarão em primeiro lugar. E nós temos que chegar na frente, porque são políticas públicas de suma importância nós conseguirmos detectar - e aqui vou focar no câncer de ovário e no câncer de colo uterino.

Se nós tivermos diretrizes práticas, objetivas e que cheguem à população para diagnóstico precoce desses dois tipos de cânceres, como você até mencionou, Dra. Guacyra, a genotipagem para BRCA1 e BRCA2, que são o tipo de câncer...

A SRA. GUACYRA MAGALHÃES PIRES BEZERRA (*Fora do microfone.*) - Mutação.

A SRA. PRESIDENTE (Dra. Eudócia. Bloco Parlamentar Democracia/PSDB - AL) - ... que mais avança. Exato, que mais ocorre, né? São esses dois tipos genéticos que são os mais prevalentes e são os tumores mais agressivos.

Então, se a gente foca, se a gente amplia essa política pública do Ministério da Saúde - como você até mencionou - para todo o país... Eu não sei, especificamente - depois você me responda -, se a genotipagem para BRCA1 e BRCA2 já tem em todo o Brasil, mas eu entendi que o DNA-HPV vocês colocaram em um estado, por enquanto.

A SRA. GUACYRA MAGALHÃES PIRES BEZERRA - Hoje... São dois tumores que a gente rastreia de forma diferente: o câncer de colo uterino, com a pesquisa do DNA-HPV oncogênico; e, no caso da paciente ter detecção de um desses, que normalmente é o 16 e o 18, tendo essa positividade na pesquisa, a paciente parte para a colposcopia e aí, os diagnósticos: se ela tiver um NIC 2, um NIC 3, o que ela vai fazer? Vai fazer uma CAF. É um carcinoma invasivo, vai para a cirurgia, dependendo do estágio da doença. Mas tudo se inicia realmente... A forma mais eficaz do rastreio é com o DNA-HPV para o câncer de colo uterino.

Em relação ao de ovário, em torno de 10% das pacientes é que possuem essa mutação do BRCA1 e BRCA2, que é um exame de sangue realizado nas pacientes e que tem grande chance de ter relação com a presença dessa mutação nessa paciente - aí o câncer é hereditário. No caso do de ovário, nesse percentual de pacientes que eu falei, em torno de 10%. Mas a imensa maioria das mulheres, em relação ao câncer de ovário, é ao acaso, e aí existem outras situações ao redor: o envelhecimento, a questão hormonal, a obesidade...

Então tudo isso tem relação também com o câncer de ovário e ele é um tumor, é um tipo de câncer que é silencioso. Então, é uma paciente que não sente nada e também não tem sentido, na população geral, ficar fazendo ultrassom aleatoriamente. É um tumor que é diferente de rastrear, porque a gente não tem rastreamento para ele de forma eficaz. No câncer de colo uterino, existe, sim, a gente tem como fazer a prevenção, tem como dar o diagnóstico precoce e evitar muitas e muitas mortes. Quantas mulheres hoje a gente vê com insuficiência renal, sangramento importante e morrendo de forma desnecessária, porque é uma morte evitável, é uma doença evitável?

A SRA. PRESIDENTE (Dra. Eudócia. Bloco Parlamentar Democracia/PSDB - AL) - Correto, mas, Dra. Guacyra, a minha pergunta foi o seguinte: você mencionou que o exame do DNA para o HPV - que é o exame que realmente detecta o gene do vírus HPV - começou em um estado do Brasil, mas que tem previsão para isso ser ampliado para todo o Brasil. Por que eu estou fazendo essa pergunta? Porque quanto a esse exame de DNA-HPV, já passamos do prazo, vamos dizer assim, do prazo de validade. Já era para estar em todo o território nacional...

A SRA. GUACYRA MAGALHÃES PIRES BEZERRA - Está em todo...

A SRA. PRESIDENTE (Dra. Eudócia. Bloco Parlamentar Democracia/PSDB - AL) - ... porque o Papanicolau só mostra... aliás, mostra...

A SRA. GUACYRA MAGALHÃES PIRES BEZERRA - ... mas em um município apenas, pelo menos em um município por estado. Então está em todo o Brasil, mas pelo menos em um município do estado, porque é a estratégia de implementação. Tem estado que possui diversos municípios já envolvidos. Essa é a implementação, que vai durar em torno de dois meses, e, a partir daí, o restante do ano será já com a estratégia nacional para os quase 5,5 mil municípios do Brasil.

A SRA. PRESIDENTE (Dra. Eudócia. Bloco Parlamentar Democracia/PSDB - AL) - Tá, então, no momento, é só uma cidade por cada estado.

A SRA. GUACYRA MAGALHÃES PIRES BEZERRA - Pelo menos um município por estado. Pelo menos um.

A SRA. PRESIDENTE (Dra. Eudócia. Bloco Parlamentar Democracia/PSDB - AL) - Tá. E até colocar nos quase 6 mil municípios, vocês irão fazer como para as outras cidades daquele estado terem a mesma oportunidade? Para chegar naquela cidade e ter direito também ao rastreio do câncer de colo de útero?

A SRA. GUACYRA MAGALHÃES PIRES BEZERRA - Já estamos fazendo treinamento com os estados - inclusive tem gente da nossa equipe aqui que participa desses treinamentos -, então estamos indo presencialmente nos estados fazendo treinamento, mas, ao mesmo tempo, ofertando treinamento *online* para os estados. Então já teve treinamento *online* de quase 300 pessoas ao mesmo tempo; um único treinamento, por exemplo. Então a gente está expandindo o treinar as pessoas, informar sobre a estratégia e divulgar culturalmente também - porque a gente precisa mudar a cultura.

Antes era só um rastreio, que era oportunístico: a mulher chegava no posto de saúde e fazia o exame dela. Agora não: é um rastreio organizado, para as mulheres entre 25 e 64 anos; tem que haver a organização da atenção primária em saúde, para que aquelas mulheres nessa faixa etária sejam resgatadas - o agente comunitário de saúde vai ter um papel muito importante nisso, além, obviamente, do posto de saúde perto lá da casa da paciente, da sua área, para que ela seja resgatada, que seja feito o exame.

Se a paciente tiver um teste, uma pesquisa de DNA-HPV negativa, ela só vai precisar fazer novamente o teste com cinco anos. Olha que maravilha! Para quantas mulheres... A gente sabe que elas deixam às vezes de fazer o exame porque têm vergonha, porque esquecem, e tem locais mais difíceis de acesso. A gente, pensando enquanto cidade, é até razoável chegar no posto, mas para quem mora numa região feita a Amazônia, que pega barco, que pega estrada de barro, é toda

uma dificuldade de se conseguir ir. Então, tem que pensar realmente, e são estratégias também diferentes a depender das dificuldades de acesso daquela população feminina.

A SRA. PRESIDENTE (Dra. Eudócia. Bloco Parlamentar Democracia/PSDB - AL) - Quero reforçar que a vacina contra o HPV realmente protege a mulher e, dessa forma, assim que nós conseguirmos atingir toda essa população de mulheres que está... Você falou aí da vacinação dos jovens, e aí depois ampliarmos para a idade que seja sexualmente ativa. A gente sabe que tem como, sim, quebrar esse ciclo de câncer do colo de útero devido ao HPV, porque o vírus HPV causa 99% dos cânceres de colo de útero.

Se a gente consegue vacinar as mulheres sexualmente ativas e os nossos pré-adolescentes e adolescentes, então nós vamos ter uma cobertura muito boa, podendo até chegar numa estimativa de as mulheres não terem mais câncer de colo de útero. E isso é a nossa luta, para que a gente não escute mais falar em câncer de colo de útero. Então, a tendência mundial - não é só no Brasil, não, é mundial - é esta: é darmos as mãos, darmos os braços e trabalharmos juntos, para que a gente chegue nesse patamar, e não ficando para trás dos outros países que estão mais avançados.

A SRA. GUACYRA MAGALHÃES PIRES BEZERRA - Reforço que não são só as meninas: são meninas e meninos de 9 a 15 anos. E, além da prevenção do câncer de colo uterino, a vacina contra o HPV também previne contra o câncer de cabeça e pescoço, então tem que estimular, é o que vai fazer a diferença. A gente não vai encontrar uma mudança de realidade de forma rápida - de forma alguma -, mas, se a gente cumpre o nosso papel de conseguir vacinar 90% dessa população de 9 a 15 anos, a gente vai conseguir reduzir - e com o diagnóstico precoce, porque tem pacientes que já passaram dessa faixa etária -, a gente vai conseguir mudar a realidade dessas mulheres.

A SRA. PRESIDENTE (Dra. Eudócia. Bloco Parlamentar Democracia/PSDB - AL) - Com certeza, sem sombra de dúvidas.

E, realmente, nós temos câncer de laringe, de cavidade oral, que pode dar metástase para os gânglios do pescoço e, enfim, para qualquer outra parte do corpo. Por isso, a importância da vacinação. Inclusive, eu tenho um projeto de lei aqui no Senado Federal, que é da vacina nonavalente contra o vírus HPV. Nós sabemos que a vacina quadrivalente já cobre bem, ela já cobre bem, mas, se a gente pode cobrir muito mais, pegar os nove sorotipos do HPV que mais causam o câncer de colo de útero... Tem países já estudando 21 sorotipos. Eu estive em missão oficial na China e lá eles já estão estudando 21 sorotipos. E assim por diante.

Então, cada vez mais que a gente aumenta a cobertura vacinal, inclusive a biotecnologia dessa vacina para mais sorotipos, nós estamos garantindo àquela mulher, àquele jovem, àquele menino, àquele adolescente, àquela menina adolescente, àquelas mulheres em fases sexualmente ativas uma possibilidade muito maior de se prevenirem contra o câncer.

Quero lhe agradecer pelas dúvidas, Dra. Guacyra, até porque, como vocês viram que eu li aqui, nesta audiência pública não estamos só nós, nem os colegas que estão por videoconferência. Está todo o Brasil nos assistindo e querendo, depois, tirar um monte de dúvidas, que serão tiradas através do e-Cidadania. Nós iremos mandar para vocês essas perguntas e vocês irão responder a cada uma dessas pessoas para que essas pessoas que estão aqui interagindo, porque é uma reunião interativa, possam também tirar suas dúvidas nos assistindo.

Mais uma vez, quero lhe agradecer, Dra. Guacyra, pela sua explanação.

E agora eu passo a palavra para o Dr. Roberto de Almeida Gil, que, como já falei, é Diretor-Geral do Instituto Nacional do Câncer, o Inca, e está por videoconferência.

Você tem a palavra, Dr. Roberto.

Seja muito bem-vindo a esta audiência pública!

O SR. ROBERTO DE ALMEIDA GIL (Para expor. *Por videoconferência.*) - Muito obrigado.

Boa tarde a todos. Boa tarde, Dra. Guacyra também, minha colega aí de Ministério.

Eu acho que a gente está diante de uma questão importante, que é o câncer na mulher, o câncer ginecológico. A gente acabou de publicar as estimativas do Inca e nessas estimativas a gente vê que o câncer de colo uterino, como foi falado, é o terceiro em incidência que a gente tem no Brasil. A gente tem também o tumor de corpo uterino aumentando a incidência, o câncer de endométrio, por razões de envelhecimento, obesidade, outros fatores que atingem as mulheres. Esse é o sexto em incidência nas mulheres e o câncer de ovário é o oitavo em incidência nas mulheres.

Então, a gente tem hoje um ambiente que, entre as dez principais causas de mortalidade por câncer em mulheres, tem três cânceres ginecológicos muito significativos e com evoluções clínicas diferentes.

O primeiro já foi bem falado aqui sobre o câncer de colo...

A SRA. PRESIDENTE (Dra. Eudócia. Bloco Parlamentar Democracia/PSDB - AL) - Dr. Roberto, só um instante.

O SR. ROBERTO DE ALMEIDA GIL (*Por videoconferência.*) - Pois não.

A SRA. PRESIDENTE (Dra. Eudócia. Bloco Parlamentar Democracia/PSDB - AL) - Dr. Roberto, só um instante.

Daria para o senhor se aproximar mais do microfone, porque a gente está lhe escutando, porém está muito baixo o volume. O senhor poderia fazer isso, por gentileza?

O SR. ROBERTO DE ALMEIDA GIL (*Por videoconferência.*) - Posso, sim.

Melhorou agora?

A SRA. PRESIDENTE (Dra. Eudócia. Bloco Parlamentar Democracia/PSDB - AL) - Sim, melhorou.

O SR. ROBERTO DE ALMEIDA GIL (*Por videoconferência.*) - Melhorou?

Então, eu vou...

Voltando, então, dizendo que o câncer de colo uterino é um câncer de uma incidência muito grande. Nós publicamos agora as estimativas do câncer, e a gente sabe que ele é o terceiro câncer em incidência que a gente tem no Brasil - um câncer evitável, prevenível, que a gente tem. O câncer de corpo uterino está aumentando a sua incidência, o câncer de endométrio, é o sexto; e o câncer de ovário é o oitavo em incidência nas mulheres. Então, entre os dez principais tipos de câncer nas mulheres, três são cânceres ginecológicos, e eles têm atividades biológicas diferentes, têm abordagens diferentes.

O câncer de colo uterino, como já foi falado, é um câncer prevenível através da vacina contra o HPV. E a gente lembra, hoje, que a cobertura no Brasil da quadrivalente ainda é muito significativa, já que a grande maioria dos nossos casos são 16 e 18, e a gente não tem transferência de tecnologia, ainda, da nonavalente, quer dizer, de custo muito mais elevado, mas a gente vai precisar disso no futuro. É um câncer rastreável, é um câncer que, hoje, a gente pode fazer o rastreamento. A gente tem o rastreamento do Papanicolau, que hoje tem uma nova tecnologia, que é o teste molecular, a pesquisa do HPV. Essa pesquisa do HPV traz vantagem de maior sensibilidade e de um intervalo maior, mas ela traz algumas dificuldades, talvez a necessidade de um ambiente melhor de colposcopia e de tratamento das doenças pré-cancerosas com o CAF, e a gente precisa... O Inca fez um modelo hoje de previsão com base populacional para que você tenha a previsão do número de colposcopias que você vai precisar fazer, de CAFs que você vai precisar realizar, para você ter uma parametrização para os gestores poderem se organizar, porque só o rastreamento organizado é que consegue, realmente, ser efetivo.

A gente tem, hoje, o processo de prevenção do câncer de colo do útero desde 1965, e a gente reduziu pouco, ainda, a mortalidade por esse câncer, como foi falado aqui, que é o segundo câncer em mortalidade da Região Norte e Nordeste - isso é inaceitável.

O câncer de ovário é um câncer mais complicado, ele não tem uma estrutura, a gente não conseguiu fazer o rastreamento; a gente chama de *silent killer*, porque, normalmente, quando a gente faz o diagnóstico, a gente já faz em uma fase mais avançada da doença. A gente tem, sim, essas mutações de BRCA1 e BRCA2, que devem ser testadas. Em todos os pacientes de ovário, deve ser feito esse teste.

A gente precisa hoje ter... A gente tem os tratamentos tanto cirúrgicos como de quimioterapia incorporados dentro do SUS, mas a gente precisa incorporar uma droga, que é o inibidor de Parp, que já foi aprovada na Conitec e está em vias, hoje, de ser liberada pelo Ministério da Saúde, após uma negociação, para que a gente possa chegar a um preço compatível com a sustentabilidade e introdução, para que ela possa ser feita.

Então, eu acho que a gente está diante de um ambiente, de um cenário onde é possível, hoje, melhorar os indicadores no câncer ginecológico.

A SRA. PRESIDENTE (Dra. Eudócia. Bloco Parlamentar Democracia/PSDB - AL) - Dr. Roberto de Almeida, muito grata pela sua participação. Quero lhe parabenizar, Dr. Roberto, pela brilhante explicação.

O Inca vem contribuindo muito nessa guerra contra o câncer - é essa palavra que eu uso, porque é uma verdadeira guerra - e, quanto mais o Poder Legislativo e o Executivo estiverem unidos em prol das doenças oncológicas, mais teremos como avançar no combate a essa doença, que causa tantas mortes nas mulheres, já que estamos falando, especificamente, aqui de câncer de colo do útero e câncer de ovário.

Aqui eu quero cumprimentar a minha amiga Baby, agora que a vi. Baby e eu me esqueci da nossa colega...

(Intervenção fora do microfone.)

A SRA. PRESIDENTE (Dra. Eudócia. Bloco Parlamentar Democracia/PSDB - AL) - Expedita.

Expedita e Baby, sejam muito bem-vindas. Vocês, que fazem parte da ONG Unidas...

(Intervenções fora do microfone.)

A SRA. PRESIDENTE (Dra. Eudócia. Bloco Parlamentar Democracia/PSDB - AL) - Vencedoras Unidas.

Parabéns! É uma ONG que não falta aqui nas discussões, nos debates, nas audiências públicas. Vocês estão de parabéns por vestir a camisa e representar a sociedade civil organizada aqui nesses debates. Parabéns mais uma vez. Deixo o meu abraço carinhoso para todas vocês, nas pessoas de vocês duas, Baby e Expedita.

Quero cumprimentar todas as ONGs e institutos que fazem parte desse movimento contra o câncer. Mais uma vez, parabéns por estarem aqui e muito grata pela participação.

Agora eu quero convidar a Dra. Thais Piazza de Melo, que é Tecnologista do Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde do Ministério da Saúde, pela Conitec. Está por videoconferência.

Seja muito bem-vinda, Dra. Thais.

A SRA. THAIS PIAZZA DE MELO (Para expor. *Por videoconferência.*) - Boa tarde, me ouvem bem?

A SRA. PRESIDENTE (Dra. Eudócia. Bloco Parlamentar Democracia/PSDB - AL) - Pode dar início à sua fala, sim, à sua explanação.

Seja muito bem-vinda.

A SRA. THAIS PIAZZA DE MELO (*Por videoconferência.*) - Obrigada.

Estou compartilhando a tela. Vocês já conseguem ver?

A SRA. PRESIDENTE (Dra. Eudócia. Bloco Parlamentar Democracia/PSDB - AL) - Está perfeito.

A SRA. THAIS PIAZZA DE MELO (*Por videoconferência.*) - Bom, eu vou falar um pouquinho aqui...

Não está passando ou está passando para vocês? Para mim, está... (*Pausa.*)

Ela já está. Eu acho que não está... Eu vou fechar e abrir de novo, porque para mim já está no modo apresentação.

Só um segundo. (*Pausa.*)

Agora foi?

A SRA. PRESIDENTE (Dra. Eudócia. Bloco Parlamentar Democracia/PSDB - AL) - Dra. Thais, primeiro você tem que abrir em modo de apresentação e depois você coloca no modo compartilhar.

A SRA. THAIS PIAZZA DE MELO (*Por videoconferência.*) - Beleza.

Eu fiz o teste, exatamente o que eu fiz... (*Pausa.*)

Agora foi?

A SRA. PRESIDENTE (Dra. Eudócia. Bloco Parlamentar Democracia/PSDB - AL) - Agora deu, tudo certo.

Pode começar a sua fala.

A SRA. THAIS PIAZZA DE MELO (*Por videoconferência.*) - Obrigada.

Bom, eu vou falar um pouquinho da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde, que é a Conitec. Ela é responsável justamente pela avaliação para incorporação, exclusão ou alteração de tecnologias em saúde no SUS, bem como pela constituição dos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas. Então, ela tem o papel de assessorar o Ministério da Saúde nessas decisões. É composta por três comitês e pela Secretaria-Executiva, da qual quem é a responsável é a Dgits, que é o departamento em que eu trabalho e que estou aqui representando. São três comitês temáticos, cada um deles trata de um aspecto. Então, cada um deles tem 17 membros, que têm direito a voto, incluindo uma cadeira rotativa para organizações da sociedade civil, de acordo com o tema que está sendo debatido.

A Conitec é responsável pela incorporação, exclusão ou alteração de tecnologias do SUS, também pela constituição dos protocolos clínicos; e também pela atualização da relação de medicamentos.

Aqui eu trago - bem rapidamente, por conta do tempo - a composição de cada um dos comitês, todas as secretarias do ministério e vários representantes de outras instituições. A gente tem membros ouvintes, inclusive do Conselho Nacional da Justiça, do Conselho Nacional do Ministério Público e do Conselho Superior da...

A SRA. PRESIDENTE (Dra. Eudócia. Bloco Parlamentar Democracia/PSDB - AL) - Dra. Thais, só um instante, por favor.

Dra. Thais, por gentileza, você pode falar um pouquinho mais alto? É porque eu estou vendo que o microfone está bem adaptado aí para você falar...

A SRA. THAIS PIAZZA DE MELO (Por videoconferência.) - Está bem.

A SRA. PRESIDENTE (Dra. Eudócia. Bloco Parlamentar Democracia/PSDB - AL) - ... mas ainda está saindo um pouco baixa a sua voz. Se você puder falar um pouquinho mais alto...

A SRA. THAIS PIAZZA DE MELO (Por videoconferência.) - Tudo bem.

A SRA. PRESIDENTE (Dra. Eudócia. Bloco Parlamentar Democracia/PSDB - AL) - Muito obrigada.

A SRA. THAIS PIAZZA DE MELO (Por videoconferência.) - Por nada.

Nessa parte da composição, tudo bem? Posso seguir?

A SRA. PRESIDENTE (Dra. Eudócia. Bloco Parlamentar Democracia/PSDB - AL) - Pode sim, tudo bem.

A SRA. THAIS PIAZZA DE MELO (Por videoconferência.) - Perfeito.

Aqui é um resumo das etapas do processo de incorporação de tecnologias.

Inicialmente, a Conitec precisa receber uma solicitação de incorporação, que pode ser uma demanda externa ao Ministério da Saúde ou interna, e ela é composta pelo quê? Por evidências científicas, sejam de eficácia, de segurança, de efetividade sobre o que está presente, assim como os dados da avaliação econômica, de custo-efetividade e de impacto orçamentário.

Essa avaliação pela Conitec precisa ocorrer em um intervalo de 180 dias, renovados por mais 90, e ela vai ter uma deliberação. Essa deliberação - que é final, depois desse período também vai acontecer consulta pública, enfim -, essa decisão final da Conitec é uma recomendação para o Ministério da Saúde. É o Ministério da Saúde que vai, de fato, publicar uma portaria que vai incorporar ou não essa tecnologia. E, após 180 dias, essa tecnologia precisa ser disponibilizada pelas áreas finalísticas do Ministério da Saúde.

A composição, a estrutura desses relatórios é bem detalhada, bem complexa; todo esse detalhamento está disponível no *site* da Conitec, então tem todas as análises realizadas, cada uma das etapas, a recomendação preliminar da Conitec, as discussões que aconteceram, a consulta pública, a deliberação final e a decisão. E toda essa tomada de decisão envolve, basicamente, quatro grandes grupos de parâmetros, que são os parâmetros clínicos, os parâmetros econômicos, os parâmetros do paciente - a perspectiva do paciente - e a organização do SUS, como sistema de saúde, para dispor de cada uma dessas tecnologias. No âmbito da transparência e participação social, a Conitec tem várias iniciativas, a disponibilização das gravações das reuniões, as pautas e atas que estão disponíveis e outras questões, que estão - todas - informadas lá no *site* da Conitec, está tudo disponível.

Então, eu trago aqui, especificamente para o câncer de ovário e depois para o câncer de colo do útero: quais foram as tecnologias que a Conitec já avaliou? Ela já avaliou a dosagem do antígeno CA125 para o câncer de ovário, e essa tecnologia foi incorporada lá em 2012. A Conitec também avaliou o Olaparibe, e ele foi incorporado em 2012. A gente avaliou também o Niraparibe, em que a decisão foi de não incorporação pela Conitec - e essa decisão foi acatada pelo Ministério da Saúde no ano passado.

Para o câncer do colo do útero, a gente teve a avaliação da vacina contra o HPV, em 2013, que foi incorporada; o Bevacizumabe, que não foi incorporado, em 2017; a citologia em meio líquido para o rastreamento do câncer de colo do útero, que foi incorporada em 2019; e também a testagem molecular para a detecção do HPV, que - já foi colocado aqui - foi incorporada em 2024.

Além disso, eu trago agora algumas tecnologias que estão em avaliação neste momento. Então, a gente tem o PET-CT para o câncer de ovário; o Pembrolizumabe está sendo avaliado para o câncer de colo do útero. E a gente tem que processar outra tecnologia que não é para nenhum desses dois tipos de câncer, mas é de um câncer que tem uma relação com o câncer de endométrio, que é o dostarlimabe.

Além disso, eu trago aqui as diretrizes clínicas que hoje existem no Ministério da Saúde, que foram elaboradas ou estão sendo elaboradas pela Conitec, e aqui é como essas diretrizes clínicas passam a ser demandadas pelo Ministério da Saúde, seja pela incorporação com a tecnologia, seja por uma área do Ministério da Saúde que solicita à Conitec - "Olha, a gente precisa dessa diretriz." - ou pela atualização de uma evidência que se modificou ao longo do tempo. Então, esses três motivos geram a demanda, e eles podem ou não estar associados.

Hoje, a gente tem vigente a Diretriz Diagnóstica e Terapêutica da Neoplasia Maligna Epitelial de Ovário, e essa diretriz está em atualização. A gente também tem, no âmbito do colo do útero - que foi publicada no ano passado -, justamente

a Diretriz Brasileira para o Rastreamento, que trata do teste de detecção de DNA-HPV - que já foi bastante falado -, e essa é a Parte I.

Estão em elaboração outras duas diretrizes: a Parte II dessa diretriz, que vai justamente trazer as informações da avaliação, do tratamento e do seguimento dessas mulheres com a lesão inicial ou com as lesões precursoras; e a gente tem o PCDT de câncer de colo do útero também, que está em elaboração - foi uma demanda recente -, para trazer mais o diagnóstico, o tratamento e o monitoramento das mulheres com o câncer de colo do útero com uma característica mais avançada, com os sintomas.

Então, essas diretrizes - Parte I e Parte II - estão mais voltadas para o rastreamento, para mulheres assintomáticas; já o PCDT, para aquelas mulheres sintomáticas com o câncer, mais nos estágios... geralmente, o sintoma vem no estágio mais avançado.

Só para finalizar, a Conitec preza pela ciência, pelas evidências, pela transparência, sempre em prol dos serviços do próprio Sistema Único de Saúde. Então, todo o trabalho é realizado para apoiar as decisões do Ministério da Saúde e garantir que a população tenha acesso às tecnologias de forma eficaz, promovendo equidade, qualidade e sustentabilidade no SUS.

Eu me coloco à disposição.

A SRA. PRESIDENTE (Dra. Eudécia. Bloco Parlamentar Democracia/PSDB - AL. Para interpelar.) - Dra. Thais, parabéns pela sua explanação. Realmente, é algo em que a gente tem que avançar cada vez mais, as políticas públicas na área de oncologia. E aqui nós estamos falando de doenças oncológicas ginecológicas - as que mais acometem as mulheres -, que são o câncer de colo de útero e ovário.

Queria só fazer uma pergunta a você, Dra. Thais. É o seguinte: o pembrolizumabe já está incorporado ao SUS, porém tem algumas indicações que... A gente sabe que ele é indicado em vários outros tipos de cânceres, não só em câncer ginecológico. A minha pergunta é: todos os pacientes... E aqui eu vou abranger um pouco, Dra. Thais, a minha pergunta, porque já serve também para todas as outras audiências públicas que já aconteceram aqui na CAS: essa imunoterapia está disponível para todo e qualquer paciente que necessite dessa droga em tempo recorde? - porque a doença oncológica é tempo dependente.

Então, a minha pergunta é: o pembrolizumabe está disponível para qualquer indicação dos oncologistas para diversos casos de cânceres? Se sim, por que existem tantas judicializações e - vamos voltar para a questão da mulher - tantas mulheres que, infelizmente, padecem na fila, esperando receber a primeira dose dessa medicação?

Obrigada.

A SRA. THAIS PIAZZA DE MELO (Para expor. *Por videoconferência.*) - Agradeço pela pergunta.

Bom, primeiro, eu vou poder responder no âmbito da Conitec, porque não é a Conitec que disponibiliza para o sistema de saúde a tecnologia. Como comentei, ela recomenda para o Ministério da Saúde uma determinada decisão, que decide incorporá-la ou não.

Então, sobre a questão de tempo de disponibilização, eu não sou a melhor pessoa para responder a esse tipo de pergunta. Mas, com relação à incorporação dessa tecnologia, hoje, para o câncer de ovário, o pembrolizumabe está em avaliação pela Conitec. A decisão ainda não aconteceu.

Então, está sendo avaliado neste momento pela Conitec esse medicamento para cinco indicações. Uma delas é para o câncer de ovário, mas, neste momento, a decisão ainda não foi emitida, a decisão final.

A SRA. PRESIDENTE (Dra. Eudécia. Bloco Parlamentar Democracia/PSDB - AL) - O.k., Dra. Thais. Muito grata.

Mas, já que a Conitec, como você bem falou, cuida realmente dessa parte de incorporação, então vem uma segunda pergunta.

Eu fui Relatora do projeto de lei de imunoterapia aqui no Senado Federal. Esse projeto, depois de seis anos que estava parado aqui no Congresso Nacional, eu consegui trazê-lo para colocá-lo em pauta. Fui Relatora, com muita alegria, e ele foi aprovado aqui no Senado Federal. Ele foi sancionado e se tornou lei agora, esse projeto de lei, que é a Lei nº 15.379, de 2026, colocando todas as imunoterapias que estão no rol da ANS dentro do escopo do projeto de lei, agora da lei, porque se tornou lei. Todas as imunoterapias que fazem parte da ANS agora fazem parte também do rol do SUS.

Então, a minha pergunta é: a Conitec já colocou... Todas essas imunoterapias que fazem parte do rol da ANS já fazem parte agora da Conitec? Se não, quanto tempo vai levar isso? Porque, mais uma vez, eu repito: o câncer não espera.

O câncer é tempo dependente, e nós já estamos atrasados para isso. Já era para as imunoterapias terem sido colocadas no rol do SUS há muito tempo, porque os nossos pacientes que dependem totalmente do SUS ficam aguardando numa fila

gigante e, às vezes, acontece que, quando o paciente tem acesso à primeira dose dessa imunoterapia, já é muito tarde. Ele já é um paciente com doença metastática e, às vezes, morre sem receber a primeira dose.

Então, a minha pergunta é, Dra. Thais: essa lei já está incorporada, a das imunoterapias, em 100% na Conitec? Se não, quanto tempo vai levar para ela ser incorporada?

Muito obrigada.

A SRA. THAIS PIAZZA DE MELO (Por videoconferência.) - Obrigada pela pergunta.

Bom, com relação às imunoterapias, todas as demandas de qualquer tipo de tecnologia, seja ela medicamento, produtos ou procedimentos, precisam acontecer, como falei lá no início, seja dentro de uma área do Ministério da Saúde, seja por uma área externa; a própria indústria pode demandar, isso acontece o tempo inteiro. E também, durante o processo de elaboração de diretrizes clínicas, essas demandas surgem e se tornam avaliações

Então, para cada item, isso já vem sendo feito, obviamente, conforme a demanda, seja interna, seja externa, considerando as tecnologias; esse é o fluxo que vem acontecendo.

E, com relação ao tempo de disponibilização, realmente eu não consigo responder para a senhora. Talvez a área assistencial consiga ter uma dimensão maior, justamente por conta do fornecimento.

A SRA. PRESIDENTE (Dra. Eudócia. Bloco Parlamentar Democracia/PSDB - AL) - Dra. Thais, só fazendo uma consideração: essa lei deixou bem claro que vocês, que fazem parte da Conitec, não vão analisar caso a caso. Uma vez indicada pelo oncologista que acompanha esse paciente ou essa paciente, ela tem que ser disponibilizada de imediato para o paciente do SUS - isso ficou muito claro.

E a rotina de vocês, na Conitec, é caso a caso. Então, foi indicado, vocês vão analisar; tem um prazo de até 180 dias para analisar, para depois o paciente receber. Isso não poderá acontecer mais depois dessa lei.

Então, só fazendo uma consideração, uma vez que você já respondeu, é para dizer que a Conitec não mais vai analisar caso a caso. Vocês vão ter que incorporar todas essas medicações na Conitec, para quando o médico oncologista ou a médica oncologista indicar para determinado paciente, vocês poderem estar disponibilizando para esses pacientes.

Só queria fazer essa consideração e muito obrigada pela sua participação. (Pausa.)

Com a palavra o Dr. Roberto Gil.

Pois não, Dr. Roberto, o senhor tem a palavra.

O SR. ROBERTO DE ALMEIDA GIL (Para expor. Por videoconferência.) - Muito obrigado. Estão me ouvindo?

A SRA. PRESIDENTE (Dra. Eudócia. Bloco Parlamentar Democracia/PSDB - AL) - Sim, sim.

O SR. ROBERTO DE ALMEIDA GIL (Por videoconferência.) - Eu só fico preocupado, Senadora, por uma questão: a gente tem 49 indicações de imunoterapia; o custo de cada frasco de imunoterapia é de R\$15 mil. E o que acontece nisso?

A gente, hoje, está no momento de discutir transferência de tecnologia, negociações. Eu acho que, quando a gente fizer isso, a gente vai ter um impacto orçamentário de tal modo que a gente torna insustentável o sistema que a gente tem.

Outra coisa: a resposta à imunoterapia é diferente em cada um dos casos. Então, ela tem uma relação (*Falha no áudio.*) que é uma determinação que a gente estabeleceu hoje, de quanto é o valor, de como é que a gente pode, porque é um mecanismo que a gente faz para a gente ter alguma lógica de incorporação, porque as respostas não são, necessariamente, iguais. Você tem algumas patologias em que a incorporação é muito significativa e outras em que ela é muito limítrofe.

Então, eu temo, um pouquinho, uma lei que pode, em vez de trazer um benefício, trazer uma... A análise individualizada de cada uma das indicações é necessária porque ela tem um peso de equivalência completamente diferente.

Lógico, quem tem a doença tem sempre a necessidade de querer, mesmo que seja um ganho mínimo, mas a gente tem que racionalizar isso em busca de uma sustentabilidade.

Um país que tem um Sistema Único de Saúde para 200 milhões de habitantes pode ter, e uma estatística de incidência de câncer como nós temos, pode trazer um desequilíbrio de tal forma que desorganize mais do que organize.

Então a gente está em um momento hoje em que a gente tem a oportunidade de negociação de transferência de produção nacional e de barateamento do custo, porque ninguém discute o preço de uma medicação que foi precificada com uma indicação e mesmo tendo 49 indicações hoje manteve o mesmo padrão de preço que tinha antes. Isso é impossível de ser aceitável, porque, como qualquer tecnologia, à medida que você aumenta o consumo, você dilui o seu ganho em nível dos pacientes em que se está utilizando, só que isso não acontece na indústria farmacêutica.

Então eu vejo a lei com muita preocupação. E o conceito de imunoterapia é muito amplo: ele envolve não uma droga; o CAR-T Cell imunoterapia é R\$200 mil cada aplicação. A gente tem outras formas, tem desenvolvimento de outras possibilidades. A gente aprova por ano, hoje, 25 medicações diferentes para câncer, todas a um custo elevadíssimo, de R\$30 a 40 mil. Claro que elas são necessárias para os pacientes, mas isso cria uma insustentabilidade.

Daí o mecanismo da Conitec ser tão importante, porque ela é uma comissão de avaliação de incorporação de tecnologia. Ela avalia custo-efetividade, ganho, e ela tem uma parametrização. O que eu acho que não pode acontecer é, uma vez aprovada na Conitec, ela não ser ofertada no sistema público. E isso eu concordo inteiramente: ela passou por um crivo prévio e deve ser incorporada.

Desculpe, mas eu acho que isso é uma coisa que eu não poderia me furtar de falar, enquanto Instituto Nacional do Câncer.

A SRA. PRESIDENTE (Dra. Eudócia. Bloco Parlamentar Democracia/PSDB - AL) - Não, não precisa pedir desculpas, não, Dr. Roberto Gil. A audiência pública é para isto: é para nós escutarmos o Poder Executivo, o Poder Legislativo, o povo que está nos assistindo...

Eu entendi o seu esclarecimento, mas eu quero fazer uma ressalva: quem vai analisar esses resultados não sou eu, não é o senhor, do Inca; quem vai analisar os resultados são os colegas oncologistas que estão acompanhando esses pacientes. O oncologista, sim, vai avaliar se a droga X, Y, Z é indicada ou não é indicada, quando é que tem que aumentar a dose, quando é que tem que diminuir, quando é que tem que ser substituída... Não somos nós.

E a minha preocupação com o Conitec... Eu entendo a sua preocupação com a questão orçamentária, mas eu me preocupo mais ainda com a morte das pessoas com doença oncológica que não podem esperar receber a primeira dose depois de 180 dias.

Outra colocação que eu vou fazer é o seguinte: sobre a questão que o senhor falou, Dr. Roberto, que tem em média 30, 40 ou mais imunoterapias, certo? Mas eu não estou falando aqui dessa quantidade de imunoterapias passando de 30, 40 imunoterapias, eu estou falando de 8 imunoterapias que já tem no rol da ANS, 8 imunoterapias que são as imunoterapias básicas para tratar os diversos cânceres que mais matam a nossa população. E aqui a gente não tem como pensar em orçamento. Quanto vale uma vida? Quanto vale uma vida? Então a gente tem que avaliar por esse ângulo.

Eu vou falar aqui para o senhor, Dr. Roberto Gil, do caso de uma paciente chamada... que a gente chama de Dany, Dany Catunda, uma paciente que lutou durante cinco anos, foi diagnosticada, recebeu algumas doses da imunoterapia, mas depois faltou a imunoterapia para ela e ela veio a óbito. E aí? Ela veio a óbito porque não tinha imunoterapia para dar continuidade ao seu tratamento. Algumas doses ela teve que comprar. Ela teve que ter ajuda da família, de colegas, enfim... Mas chegou a hora em que ela não tinha mais condições, não tinha recurso para continuar, e a gente sabe... E outra coisa, ela estava evoluindo muito, muito bem, até faltar a droga, até parar de receber as infusões e até vir a óbito. Então, é sobre isso que eu estou falando.

Mais uma vez repito, Dr. Roberto Gil, não estou falando de 30 ou 40 imunoterapias, eu estou falando de oito imunoterapias que fazem parte do rol da ANS. E nós não aceitamos... Aliás, não sou eu que não aceito, não é sobre isso, é que se tornou lei. Lei a gente segue; lei a gente executa. Projeto de lei a gente discute; lei a gente não discute, a gente executa. É para isso que tem o Senado Federal, é para isso que tem a Câmara dos Deputados e outros órgãos mais legislativos para formularem lei. Sobre o projeto de lei de que eu fui Relatora - para o qual tanto lutei junto com várias ONGs, com vários institutos que sempre estiveram aqui presentes no Senado -, os colegas Senadores entenderam a importância. E quero aqui, mais uma vez, agradecer aos colegas Senadores e Senadoras que - de uma forma, vamos dizer assim, em larga escala, não vou dizer por unanimidade, mas quase por unanimidade - aprovaram esse projeto de lei aqui no Senado, que foi para sanção presidencial. O Presidente da República sancionou e se tornou lei, é a Lei - mais uma vez repito - 15.379, de 2026. Então, já é lei, tem que ser executada. E é isso que nós esperamos.

Por isso é que eu fiz a pergunta à Dra. Thais sobre a previsão de incorporação dessa nova lei, dessas oito imunoterapias pela Conitec, e ela falou que estariam analisando, enfim... Qual é a previsão da Conitec absorver essas oito imunoterapias no rol do SUS? Mais uma vez, repito: para quem é da rede suplementar e quem é da rede particular, está tudo certo, não precisam do SUS diretamente - apesar de terem direito a ser tratado pelo SUS, que é universal -, mas quem tem plano de saúde, quem pode pagar, não tem problema, tudo bem, tem condições, que bom! Mas e quem precisa totalmente, inteiramente, da rede SUS para não morrer de câncer? Então, era essa consideração que eu queria fazer.

Eu passo agora a palavra para a Dra. Daniele Assad Suzuki, que é Diretora da Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica (Sboc).

Dra. Suzuki, que prazer tê-la aqui, presencialmente, compondo aqui a mesa, neste debate tão importante para os nossos pacientes oncológicos e, especialmente, para as nossas mulheres com doenças oncológicas ginecológicas.

Seja muito bem-vinda.

A senhora tem a palavra por cinco minutos.

Muito obrigada.

A SRA. DANIELE ASSAD SUZUKI (Para expor.) - Boa tarde, cumprimento a Senadora Dra. Eudócia.

Eu sou da Diretoria da Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica, que entende que, quando a gente fala de câncer de colo do útero - como já foi dito, são 17 mil novos casos estimados por ano -, a gente não pode deixar de falar da prevenção.

A Organização Mundial de Saúde estabeleceu algumas metas para erradicar essa doença, e essas metas envolvem vacinar 90% das crianças, meninas e meninos entre 9 a 14 anos. E nós estamos aquém dessa meta. Quando a gente olha os nossos números, a gente não atinge 80% de vacinação das meninas, nem 70% dos meninos.

Algumas coisas a gente pensa que são necessárias: voltar a vacinar de fato nas escolas; tentar realmente conscientizar a população de que a vacinação contra o HPV previne mortes - isso precisa ficar muito claro -, com uma campanha maciça, envolvendo isso.

Eu acho que é organização. Como a gente sabe, a gente tem a tecnologia disponível, a vacina quadrivalente que previne contra 70% dos casos, mas nem ela está sendo ofertada a 100% da população. Então, é preciso a gente organizar para poder conseguir os maiores benefícios.

Quando a gente fala de diagnóstico precoce, a gente está falando de rastreamento. A meta da OMS é 70% com o teste de alto rendimento, que é o do DNA do HPV. A nossa abrangência da citologia está bem inferior. A gente tem estatísticas de 30% a 50% apenas da citologia. O nosso rastreamento não é organizado, como é em outros países. A mulher procura espontaneamente o Sistema Único de Saúde, o centro de saúde, mas não tem uma organização. Então, sem isso, a gente não vai conseguir resolver esse problema.

Sabemos que o teste de DNA de HPV foi sancionado, essa incorporação, mas a gente acompanha de perto essa implementação e a gente espera que isso esteja disponível o mais breve possível para essas mulheres, mas não só isso, que seja organizado, porque senão a gente vai ter... E eu já estou pensando aqui, Agnaldo, que uma mulher vai, todo ano, lá fazer o teste molecular do DNA do HPV, se não tiver organizado - se não tiver organizado...

(Intervenção fora do microfone.)

A SRA. DANIELE ASSAD SUZUKI - Exato.

A SRA. PRESIDENTE (Dra. Eudócia. Bloco Parlamentar Democracia/PSDB - AL) - A palavra está com a Dra. Daniele. Obrigada.

A SRA. DANIELE ASSAD SUZUKI - Então, eu penso que precisa realmente ter essa organização.

Alguns mitos ainda existem. A gente tem quase 12% das mulheres que nunca fizeram teste, um preventivo, por vergonha, medo, desconhecimento familiar, pressão. Enfim, temos muitas coisas a fazer nesse sentido.

E, para finalizar, ao falar do câncer de ovário, a gente entende que realmente não é uma doença rastreável como o câncer de colo do útero, porque a gente não tem estudos populacionais que mostrem a evidência de algum benefício com um teste, mas sabemos que o rastreamento é baseado em riscos. Então, as mulheres que têm câncer de ovário precisam ser testadas com BRCA1, BRCA2, porque, em um teste positivo, você consegue deflagrar, na história dessa família, uma cirurgia redutora de risco, caso seja mutação patogênica. Na rede privada, a gente já tem essa incorporação recente - que bom que a gente tem essa incorporação recente -, e a gente vai também acompanhar.

Por último, eu deixo o papel da sociedade como uma parceira nessas discussões. A gente está trabalhando em conjunto com o Ministério da Saúde, como órgão consultor. A sociedade desenvolveu o Índice de Priorização de Medicamentos. Nós temos as diretrizes clínicas para orientar os tratamentos. O que a gente coloca na diretriz é baseado em evidência científica randomizada, Fase III, estudos clínicos. E, nessas diretrizes, é o que a gente entende de melhor tratamento para a população. Entendemos que esses nossos papéis dessa interação é que vão fazer com que o acesso às nossas mulheres melhore.

Muito obrigada.

A SRA. PRESIDENTE (Dra. Eudócia. Bloco Parlamentar Democracia/PSDB - AL) - Dra. Daniele, muito grata pela sua participação, pela sua explanação.

Realmente essa questão da imunização contra o HPV está bem aquém do esperado, porque, como você falou e a Dra. Guacyra também, às vezes as mulheres têm algum receio, assim, sem conhecimento suficiente da importância desse

exame. Mas a gente pode, sim, fazer políticas públicas e se comunicar com essas mulheres, divulgando e tornando algo bem amplo mesmo para todo o Brasil, fazendo uma força-tarefa mesmo - não é? - para que a gente possa avançar nessa imunização contra o câncer de colo de útero, vacinando contra o vírus HPV.

E como você falou, Dra. Daniele, é muito importante essa genotipagem. Que bom que a Dra. Guacyra nos colocou aqui que já começou essa genotipagem para BRCA1 e BRCA2. E aí, como você falou, é fazer a cirurgia que seria a redutora.

A SRA. DANIELE ASSAD SUZUKI - Redutora.

A SRA. PRESIDENTE (Dra. Eudócia. Bloco Parlamentar Democracia/PSDB - AL) - Exatamente.

Que vai resolver o problema, na verdade.

A SRA. DANIELE ASSAD SUZUKI - Vai cortar a cascata.

A SRA. PRESIDENTE (Dra. Eudócia. Bloco Parlamentar Democracia/PSDB - AL) - Vai cortar a cascata, não é?

Então, é motivo de muita alegria ter essa informação agora, sabendo que vocês vão ampliar para todo o país.

E aí, Dra. Guacyra, eu coloco só mais uma questão. É que esse avanço, nos quase 6 mil municípios, seja realmente, assim, bem rápido, mais célere, para que a gente evite que as nossas pacientes morram de câncer de ovário, por conta do BRCA1 e BRCA2, podendo causar...

A SRA. GUACYRA MAGALHÃES PIRES BEZERRA (*Fora do microfone.*) - É para o câncer de útero.

A SRA. PRESIDENTE (Dra. Eudócia. Bloco Parlamentar Democracia/PSDB - AL) - É verdade, é de útero, desculpa.

E também do câncer de ovário, para que a gente possa... É tanto para o câncer de ovário, como para o câncer de útero. E aqui, especialmente, colo de útero, podendo também evoluir, obviamente, para endométrio, corpo do útero, e tudo o mais.

Mas o fato é que vocês do Ministério da Saúde possam avançar de uma forma célere, para que a gente tenha êxito nesse programa e as nossas mulheres aumentem a sobrevida e o diagnóstico precoce, para que elas não tenham a doença instalada.

Depois eu lhe dou a palavra, Dra. Guacyra.

Eu quero, mais uma vez, agradecer à Dra. Daniele e parabenizá-la.

Agora eu passo a palavra para o Dr. Agnaldo Lopes da Silva Filho, que está aqui conosco, que é Diretor Científico da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo).

Dr. Agnaldo, muito grata pela sua presença, mais uma vez. Você sempre está aqui, quando a gente o convida.

E você tem, Dr. Agnaldo, cinco minutos, para colocar para nós todo o seu conhecimento. Se é que você consegue, em cinco minutinhos, colocar para nós.

Muito grata.

O SR. AGNALDO LOPES DA SILVA FILHO (Para expor.) - Perfeito.

Uma boa tarde, Senadora Dra. Eudócia. É um prazer estar aqui. Quero parabenizá-la por todo o trabalho que você tem feito, nesta Comissão, e parabenizo... Boa tarde a todos os colegas aqui. Há importância a gente estar aqui.

Eu represento a Febrasgo. Hoje são 35 mil ginecologistas no Brasil, a nossa associação tem 17 mil profissionais de saúde que atuam na ginecologia e obstetrícia do Brasil.

Mostro um ponto um pouquinho diferente do que foi falado até aqui. Acho que as evidências estão todas aí, especialmente em relação a câncer de colo. Talvez o momento mais importante seja a gente tomar ações, seja a gente mudar o que a gente tem feito.

O câncer ginecológico tem importância muito grande: o câncer de colo do útero é o segundo ou terceiro câncer mais prevalente em todas as regiões brasileiras. A gente fala muito da Região Norte, mas é importante em todas elas. Dois terços das mulheres são diagnosticadas em fases avançadas da doença. A gente já está há bastante tempo discutindo isso, e a gente tem que falar algo que vai além da biologia, talvez sobre algumas questões de diversidade, equidade e inclusão.

A questão de gênero talvez tenha uma importância muito grande em relação a isso. Esse é um estudo... Foi uma publicação do Lancet, muito recente, num hospital oncológico na Índia, mostrando que a cada dois meninos, só uma menina era atendida naquele hospital. No final das contas, em Mumbai, mostrou que a vida de uma mulher tem menos valor do que a vida de um homem. Então, a questão de gênero tem uma importância muito grande, sabe? Eu acho que, se essas questões... Eu fico muito feliz de ver uma mesa com mulheres, líderes, como vocês aqui, e até tomo esse partido em relação às mulheres. Com uma visão - não gosto do termo feminista - olhando para mulher, várias mortes poderiam ser evitáveis, e câncer de colo é um exemplo.

Outra questão superimportante é onde você mora. A gente acha que o problema é estadiamento de câncer ou biologia. Se você me falar seu CEP, provavelmente eu te falo a mortalidade em relação a câncer. Tem uma disparidade muito grande em relação a isso. Se eu tenho acesso a um outro sistema de saúde... Então, quando eu vejo a senhora com a Senadora falando sobre essa questão da lei, não é admissível no Brasil a gente ter dois modelos de saúde. Eu posso viajar de primeira classe ou segunda classe, ou turístico, ou não viajar. Agora, viver ou morrer por eu ter acesso ao SUS, medicina privada ou suplementar, isso não é admissível no Brasil.

A taxa de sobrevivência de câncer em um país desenvolvido, de uma forma geral, chega a mais de 70%; em país de baixa renda, menos de 20%. Sobre o câncer de colo tem mais de 40 anos que a gente tem tentado fazer essas questões, e a mortalidade por câncer de colo está estável em todos esses anos. Não mudou a mortalidade por câncer de colo. As estimativas do Inca, recentes: os que eram 17 mil novos casos por ano, são 19 mil novos casos por ano em relação ao colo. Então, a gente já conhece muito bem a história natural da doença, e a gente realmente não mudou as nossas estatísticas. E não é aceitável: a incidência em Minas Gerais, 6,4%; no Amapá, 31%. Então, uma menina que nasce na Região Norte tem cinco vezes mais chance de morrer, por câncer de colo, do que uma menina que nasce na Região Sudeste. Isso não é aceitável para o Brasil. Então, essa questão não é a geografia do tumor, é a geografia da pobreza de acesso à saúde que a gente vive, de uma forma geral.

Sobre os tumores de colo, em dois terços da doença localmente avançada, nós fizemos um estudo recente mostrando nas regiões brasileiras, especialmente na Região Norte, onde tem maior mortalidade, maior taxa de população não branca, maior nível socioeconômico, o que reflete em acesso à saúde, a menor número de equipamentos de radioterapia, menor número de médicos, o que aumenta a mortalidade por câncer de colo. Então, nós estamos discutindo uma geografia da pobreza e de gênero, em relação à câncer de colo, que passa por tudo.

A vacinação a gente melhorou muito no Brasil e a gente pode melhorar. Esse desafio em relação ao rastreamento do câncer de colo com essas mudanças vai de encontro ao *call for action* da Organização Mundial de Saúde. A lei está aí - por exemplo, a Lei dos 60 dias -, mas quantas mulheres efetivamente são tratadas com mais de 60 dias? A lei está aí, mas a gente oferece imunoterapia para as pacientes? Provavelmente não. Então, a gente tem que repensar muito essa questão do câncer de colo. Tem a questão de vacina, rastreamento e tratamento, mas há a questão social, e é extremamente importante a gente valorizar essas mulheres.

Agora nós vamos fazer um pacto - a gente encaminhou também para o Ministério da Saúde - com todas as federadas da Febrasgo, as 27 federadas, com a gente se comprometendo, para que ele seja seguido e que as medidas com relação a isso sejam realizadas em todos os estados brasileiros.

Câncer de ovário acaba sendo um pouquinho diferente. É um tumor que mata muito, sem rastreamento eficaz, mas a gente tem algumas alternativas que podem ser interessantes. Por exemplo, a salpingectomia, retirar a tuba uterina, que pode diminuir em até 70%... Isso tem que ser discutido de uma forma geral para um tumor que não tem rastreamento eficaz.

E a gente já sabe o que a gente tem que fazer: centros muito especializados, de alto volume, têm o melhor prognóstico das pacientes com câncer de ovário. Nas Regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, menos de 5% dos centros teriam condição, equipe multidisciplinar - com multidisciplinar, eu falo de oncologista, cirurgião, enfermeiro, fisioterapeuta, psicólogo... - para atender essas pacientes. Então, acaba sendo um problema muito grande.

A questão genética, que foi discutida aqui: eu não posso oferecer isso ao paciente de convênio e não ter acesso a isso no SUS. Isso é extremamente importante.

Respeitar a Lei dos 60 Dias: você vê que no próprio câncer de colo - dados do ministério - a maior parte das mulheres não são tratadas depois do diagnóstico em 60 dias.

E este aqui, para terminar: o Tedros, Diretor-Geral da Organização Mundial de Saúde, diz que, a cada mulher que morre por câncer de colo, isso tem que ser visto como uma tragédia. Não pode ser cova rasa e vala comum, né? É uma mãe, é uma filha, é uma avó, e houve algo de muito errado em toda a jornada daquela paciente. Talvez ela não tenha sido vacinada, talvez o câncer não tenha sido rastreado de uma forma adequada, talvez ela tenha tido um sangramento que não foi valorizado, e ela não teve acesso a um serviço de excelência. Então, a gente tem que valorizar isso, e essa é a questão.

Com uma visão, um olhar para a mulher em relação a câncer, a gente pode evitar 800 mil mortes por ano no mundo em relação a isso. Homens tomam a decisão e homens talvez não tenham optado, lá atrás, por ter um rastreamento eficaz, valorizar essas mulheres.

Então, eu fico muito feliz pelo trabalho da Senadora e por este grupo de mulheres - aqui tem duas colegas que fazem esse trabalho também. Espero que o futuro mude, com mulheres na liderança.

Obrigado.

A SRA. PRESIDENTE (Dra. Eudócia. Bloco Parlamentar Democracia/PSDB - AL) - Obrigada pela sua explanação, Dr. Agnaldo, e pelas suas palavras também. Muito grata.

Dr. Agnaldo, eu tenho uma pergunta a fazer ao senhor. É o seguinte: o senhor colocou que o problema não é geográfico. O tumor não é geográfico, mas as políticas públicas do nosso país, sim, são geográficas. A minha pergunta é: o senhor mostrou os problemas; agora me fale qual seria a solução, quais seriam os itens de solução para que a gente resolvesse - não é nem minimizar, é resolver - essa questão do Norte e Nordeste, para que esses tratamentos, esses diagnósticos precoces fossem equitativos, universais e iguais para todo o nosso país?

Quero ouvir do senhor.

Muito grata.

O SR. AGNALDO LOPES DA SILVA FILHO - Senadora, é uma pergunta importante.

Eu acho que, quando a gente pensa em rastreamento, uma questão em que se pode pensar é vincular algum benefício social a isso - não é algo excludente -, como, por exemplo, o Bolsa Família.

Olha, você tem seu teste de DNA-HPV nos últimos cinco anos? Sim ou não? Não tem? Vamos colher aqui para você poder ter acesso a isso. Mamografia, mesma coisa. Ovario, infelizmente, a gente não tem um rastreamento eficaz, então isso não seria possível.

E a outra questão é, efetivamente, que o câncer seja uma prioridade para o Brasil. Eu acho que isso é fato. Quando a gente discute essas questões de custo, eu entendo toda essa questão. Eu acho que tem um custo que tem que ser muito levado em consideração para tornar a questão sustentável, mas tem que ser uma prioridade para o Brasil. Câncer não espera, câncer mata muito. Você comentou sobre doença cardiovascular, mas a gente tem, efetivamente, que valorizar muito isso e levando a sério do ponto de vista de investimento e centros de excelência em câncer. Nós não temos.

É um Brasil que tem duas medicinas bastante diferentes. Eu falo de um fator prognóstico do sistema público de saúde; ela pode dar sorte de ter - e tem vários centros - muitos de altíssimo nível no Brasil, de sistema público, mas não dá conta da demanda. A gente tem que ter mais centros em relação a isso. Então, a mulher tem que estar na prioridade, câncer tem que ser prioridade, a gente tem que lutar a cada dia, porque as mulheres estão morrendo, em algumas situações, por questões evitáveis.

Câncer de colo é basicamente isso: tem 40 anos que a gente mantém a mesma mortalidade por câncer de colo no Brasil. Para câncer de colo, a gente não precisa mais de evidência, não precisa de mais nada. A gente tem que ter ação para mudar essa realidade - essa triste realidade - que a gente vive no Brasil, e em outros países do mundo também, mas, no Brasil, isso realmente nos envergonha bastante, toda essa questão.

Ovario é outra discussão: é levar a sério desde a formação dos profissionais, equipes multidisciplinares; eu acho que isso faz muita diferença para as mulheres.

A SRA. PRESIDENTE (Dra. Eudócia. Bloco Parlamentar Democracia/PSDB - AL) - Muito obrigada por ter respondido a minha pergunta, Dr. Agnaldo.

E quero dizer, sobre os centros de excelência que o senhor colocou, que, de repente, nós poderíamos pensar nessa possibilidade de colocar centros de excelência no Nordeste.

O SR. AGNALDO LOPES DA SILVA FILHO - Exatamente.

A SRA. PRESIDENTE (Dra. Eudócia. Bloco Parlamentar Democracia/PSDB - AL) - Isso está faltando...

O SR. AGNALDO LOPES DA SILVA FILHO - Faz toda a diferença.

A SRA. PRESIDENTE (Dra. Eudócia. Bloco Parlamentar Democracia/PSDB - AL) - ... para nós.

É triste ouvir do senhor que a estatística em relação ao câncer de colo de útero há 40 anos é a mesma.

O SR. AGNALDO LOPES DA SILVA FILHO - Não mudou. Mortalidade não mudou.

A SRA. PRESIDENTE (Dra. Eudócia. Bloco Parlamentar Democracia/PSDB - AL) - Só que há 40 anos avançou muito a medicina, e nós paramos no tempo. Mas isso não pode continuar.

Então, precisamos, sim, fazer políticas públicas voltadas à orientação, para que as mulheres possam fazer ao menos a cada cinco anos o DNA-HPV e possamos avançar mais e mais, orientando as mulheres, vacinando mais as nossas crianças...

O SR. AGNALDO LOPES DA SILVA FILHO - Sem dúvida.

A SRA. PRESIDENTE (Dra. Eudócia. Bloco Parlamentar Democracia/PSDB - AL) - ... nossos adolescentes - pré-adolescentes e adolescentes -, e as mulheres que estão na fase sexualmente ativa.

Então, é isso. Eu quero agradecer a sua grande contribuição, Dr. Agnaldo...

O SR. AGNALDO LOPES DA SILVA FILHO - Eu que agradeço, é um prazer estar aqui.

A SRA. PRESIDENTE (Dra. Eudócia. Bloco Parlamentar Democracia/PSDB - AL) - ... para essa discussão nesta audiência pública.

O SR. AGNALDO LOPES DA SILVA FILHO - Parabéns, eu acho que isso é superoportuno, e as brasileiras merecem esse tipo de discussão.

A SRA. PRESIDENTE (Dra. Eudócia. Bloco Parlamentar Democracia/PSDB - AL) - Muito obrigada, Dr. Agnaldo.

E agora eu passo a palavra à Dra. Marcella Salvadori. Ela é Coordenadora de *Advocacy* e Apoio do Paciente do Grupo Brasileiro de Tumores Ginecológicos, do Grupo EVA.

Está por videoconferência a Dra. Marcella.

A senhora tem cinco minutos para sua explanação, e muito obrigada por ter aceitado o nosso convite de participar dessa audiência pública.

A SRA. MARCELLA SALVADORI (Para expor. *Por videoconferência.*) - Boa tarde, Exma. Senadora Dra. Eudócia, Sras. e Srs. Parlamentares, colegas e representantes da sociedade civil.

Em nome do EVA, eu agradeço o convite para contribuir com esse relevante debate para a saúde pública do Brasil.

O EVA é um grupo multidisciplinar com mais de mil membros, majoritariamente médicos, dedicado à promoção do controle integral do câncer ginecológico, por meio de educação, pesquisa, prevenção, tratamento e suporte aos pacientes em todo o território brasileiro, tentando reduzir essas disparidades, como o Agnaldo trouxe, com o compromisso de difundir a oncoginecologia de qualidade nos quatro cantos do país.

Vocês já falaram destas estimativas do câncer: 19 mil casos novos, segundo as últimas estatísticas do Inca, de câncer de colo de útero; 8 mil novos casos em câncer de ovário; e, em mortalidade, 7 mil mortes para câncer de colo do útero, enquanto 4 mil mortes por câncer de ovário.

Quando a gente vê esses dados, a gente sabe que o câncer de colo do útero permanece como importante problema de saúde pública, marcado por essas desigualdades regionais e com forte associação com vulnerabilidade social, e é uma doença, em grande parte, evitável, o que reforça o papel de discussões como esta de hoje e das políticas públicas.

Por outro lado, o ovário, embora menos incidente, quando a gente fala desses dados, tem alta letalidade, é frequentemente diagnosticado em estágios avançados, uma vez que é uma doença, como já dita, não passível de rastreamento. A gente não tem nenhum método de rastreamento eficaz, o que impacta diretamente nos desfechos e sobrevivências das pacientes.

Então, o que eu posso contribuir a mais, depois de todo o dito aí pelos colegas, é, diante desse cenário, com a prevenção.

Nós sabemos que a vacinação contra o HPV representa uma das estratégias mais efetivas em saúde pública. A gente teve uma queda da vacinação durante a pandemia e depois a gente foi observando uma retomada da cobertura vacinal. No ano de 2024, o Brasil alcançou 83% entre as meninas e 67% entre os meninos de 9 a 14 anos, ainda abaixo das metas estipuladas pela Organização Mundial de Saúde, como a Dra. Daniele falou. Ainda assim, persistem desigualdades regionais relevantes e a adoção do recente esquema de dose única exige cautela na interpretação desses resultados e aprimoramento das nossas análises epidemiológicas, quando nós estamos falando de qualidade de dados.

A qualificação do sistema de informação, como o SI-PNI, é fundamental para a gente garantir precisão e rastreabilidade do nosso problema.

Nesse contexto, eu destaco a Lei nº 14.886, de 2024, que fortalece a vacinação em ambiente escolar como estratégia de ampliação de cobertura, ao integrar escolas e serviços de saúde e reduzir perda de oportunidade. Como a Senadora Eudócia disse, isso é lei, tem que ser cumprida, e isso não está sendo cumprido no nosso Brasil afora.

No eixo do diagnóstico, o exame citopatológico permanece como a principal estratégia de rastreamento no SUS. Nós ainda não observamos a redução proporcional da mortalidade do país desde a sua implementação, como o Agnaldo disse, já há 40 anos.

Tem uma importante discrepância entre as coberturas autorreferidas e os dados reais de saúde, que parece ser só cerca de 30% da nossa população alvo, realizando a citopatologia. Ou seja, inferior ao esperado e com grande...

(*Interrupção do som.*)

A SRA. MARCELLA SALVADORI - ... variação regional.

Além disso, persiste um desafio crítico na continuidade do cuidado. Nós não dispomos, até o momento, de um indicador nacional que estabeleça o tempo entre um exame alterado e uma investigação diagnóstica. Estudos brasileiros mostram atrasos frequentes e seguimento muitas vezes incompatível com os protocolos, evidenciando fragilidades na coordenação da linha do cuidado.

O país avança agora na implantação do teste molecular do DNA-HPV, mas nós temos que saber que haverá desafios. A técnica de PCR para HPV exige estrutura laboratorial, padronização e equipe qualificada. Além disso, vai ter um aumento por demanda de colposcopia, etapa crítica para definição de conduta. Nesse contexto, a qualificação da força de trabalho vai se tornar central, tanto em volume quanto em capacitação técnica.

Para fechar, em vista do tempo, no câncer de ovário, como eu já falei, nós não temos rastreamento. Nós temos inclusive o Projeto de Lei 5.181, de 2023, em tramitação, quando a gente fala de ampliação a acesso de testagem, mas eu quero falar de um ponto essencial aqui: além de avançar na disponibilidade do teste, nós defendemos a estruturação de uma linha de cuidado integral que inclua aconselhamento genético pré e pós-teste, orientação familiar adequada e definição de fluxos assistenciais para o encaminhamento oportuno das pacientes elegíveis às estratégias de redução de risco, incluindo cirurgias profiláticas. Então nada adianta nós termos a disponibilidade do teste e não termos essa linha de cuidado para essas pacientes.

Dessa maneira, esta audiência pública representa uma oportunidade concreta para avançarmos de forma estruturada na construção das políticas públicas mais efetivas para o controle dos tumores ginecológicos no Brasil. O EVA se coloca à disposição desta Comissão e do Parlamento para contribuir tecnicamente com esse processo, apoiando a construção de políticas públicas baseadas em evidência, com foco na redução das desigualdades e na melhoria dos desfechos das nossas pacientes.

Muito obrigada.

A SRA. PRESIDENTE (Dra. Eudócia. Bloco Parlamentar Democracia/PSDB - AL) - Dra. Marcella Salvadori, muito grata pela sua participação, brilhante explanação, brilhante explanação! Eu acho que você ficou por último, acho que foi assim uma boa coincidência, não é, Dr. Agnaldo? Ela conseguiu resumir, não foi, Dra. Daniele e Dra. Guacyra, conseguiu resumir tudo que foi falado aqui e ainda colocou tudo o que nós devemos fazer para avançar, deu diagnóstico e tratamento, então foi uma consulta completa e é isso.

Mas, olha, Dra. Marcella, a sua preocupação é uma preocupação de todos nós, todos nós colegas médicos e também do Governo Federal, do Legislativo e assim por diante. É como você falou, Dra. Marcella, não adianta fazer testes, diversos tipos de testes, enfim, sem ter uma linha de cuidado, porque, como você colocou, se o exame vier alterado, e aí, qual vai ser o próximo passo? Quando será o primeiro atendimento? E, depois do primeiro atendimento, se vai ser seguido o protocolo, os protocolos clínicos para o tratamento, porque existe protocolo para todo tipo de doença. Então, o que o paciente precisa e merece e tem que ser feito é seguir os protocolos clínicos, seguir as *guidelines*.

Então, os nossos pacientes não podem ir para os colegas oncologistas, ginecologistas, clínicos gerais, enfim, terem o diagnóstico precoce, mas não terem a linha de cuidado. Então, é aquela questão de você avançar e parar. Isso não pode acontecer, nós temos que ter início, meio e fim.

Caso contrário, Dra. Daniele, a gente vai passar mais 40 anos com as mesmas estatísticas. E nós não queremos isso para os nossos pacientes brasileiros e nossas pacientes brasileiras. Nós não queremos. Por isso que estamos aqui, nessa mesa, e os colegas aí do outro lado, os nossos cidadãos e cidadãs brasileiras e brasileiros, assistindo aqui, interativamente, este debate. Então, esse não é o nosso propósito, porque, se assim o fosse, não estaríamos aqui, discutindo alguma coisa que a gente quer que avance.

Então, eu acho que chegou o momento de nós darmos forças, nos darmos as mãos, e a gente poder avançar nas políticas públicas na área da saúde, mas especialmente na área oncológica, já que a discussão aqui são tumores ginecológicos, a área de tumores ginecológicos, que matam tantas mulheres no nosso Brasil. Nós estamos no século XXI, a medicina avançou e muito. Os outros países avançaram muito. Tive a oportunidade de visitar, Dr. Agnaldo, Dra. Daniele, Dra. Guacyra, e todos os colegas que estão aqui, neste debate tão importante, a China, de visitar o Reino Unido, de visitar a Rússia, e de estudar um pouco dessa biotecnologia que eles desenvolvem lá fora.

Inclusive, eu quero aqui colocar uma vacina que está em estudo. Temos que colocar isto: que está em estudo, mas já está na fase clínica, dos países mais avançados, que é a vacina RNA mensageiro contra o câncer. Obviamente que está em estudo. Ainda vão ver, na fase clínica, como é que vai evoluir, se tem segurança, se tem eficácia, se tem segurança para os nossos pacientes. Eficácia demonstrou a nível de fase pré-clínica, agora vamos ver na fase clínica.

A Rússia já começou e já fez a primeira dose da vacina em uma paciente oncológico. Eles estão aguardando agora como vai evoluir. Mas, quando eu estive lá, que estava na fase pré-clínica, eles já tinham esse estudo, que era muito promissor. E espero que, na fase clínica, o resultado seja o mesmo. E daqui a dois anos - eles colocam daqui a dois anos, no máximo, três anos -, essa vacina RNA mensageiro contra o câncer já vai ser colocada para toda a população - isso nos países que eu visitei: Rússia, China e Reino Unido.

E aí a minha visita foi justamente para isto, Dra. Daniele, para que a gente não fique atrás, para que a gente acompanhe essa evolução na medicina - e aqui estou falando na área oncológica -, para que o Brasil possa andar lado a lado dessas terapias de ponta.

Inclusive, eu fui autora do marco regulatório da vacina contra o câncer, que foi para a sanção presidencial, já foi sancionada e agora é lei. É a Lei 15.385, de 2025, que coloca os avanços, os estudos clínicos, os estudos científicos em relação a essa vacina ou a outras vacinas que estão desenvolvendo e colocar essa questão da troca de biotecnologia desses grandes países para o Brasil, para que, uma vez mostrando a sua eficácia, possa ser produzida aqui também no nosso país, no Brasil.

E aqui me coloco, assim, feliz de saber que o Poder Executivo vem acompanhando esse meu trabalho aqui no Senado, tanto é que foi assinado o convênio em Oxford. E eu estive lá, no Oxford Cancer Center, com o Dr. Lennard Lee e Dr. Tim. E aí a gente viu o avanço do estudo dessa vacina terapêutica. E inclusive eles já estão estudando vacina profilática contra o câncer. Olha como eles estão avançados. Estão estudando já vacinas profiláticas. Estão começando pelo câncer colorretal e de pulmão, mas querem avançar.

E aí eu fico feliz de saber que agora temos uma lei, que é a Lei 15.385, de 2025, e saber que o Ministério da Saúde já assinou esse convênio, junto com os colegas lá de Oxford, para que essa biotecnologia venha para o país e comecemos a produzir aqui no nosso país, inclusive também as imunoterapias, outras imunoterapias, porque vacina de câncer também é imunoterapia.

Então, é motivo de muita alegria poder fazer parte dessa história.

E aqui eu quero agradecer cada um dos senhores que participaram deste momento tão importante, que tiveram a sensibilidade de vir aqui presencialmente, e também os colegas que estão virtualmente, através da videoconferência. Muito grata a todos vocês.

Quero também agradecer a participação da Lilaidys, de São Paulo; Alina, de Pernambuco; Maria, de São Paulo; Bianca, de São Paulo, e Tervânio, do Rio de Janeiro. Vocês que fizeram essas perguntas, através do Portal e-Cidadania, terão suas perguntas respondidas pelos colegas que acompanham aqui a mesa e pelos colegas que estão através de videoconferência. Uma vez que iremos mandar as suas perguntas para os palestrantes, eles irão nos responder e nós iremos mandar para o *e-mail* que vocês colocaram aqui no e-Cidadania. Muito grata pela participação.

E quero só colocar aqui, antes de terminar a nossa audiência, a questão do projeto que coloquei aqui no Senado Federal, que é o projeto de lei da vacina nonavalente, o Projeto de Lei nº 3.907, de 2025, entendendo que, se nós avançarmos da quadrivalente para a nonavalente, teremos mais mulheres com cobertura vacinal para que a gente possa avançar nessa guerra contra o câncer de colo de útero.

Mais uma vez, grata a todos.

E nada mais havendo a tratar, declaro encerrada a presente reunião.

O meu muito obrigada.

(Iniciada às 14 horas e 48 minutos, a reunião é encerrada às 16 horas e 20 minutos.)