



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

REUNIÃO

27/05/2026 - 28ª - Comissão de Transparência, Governança, Fiscalização
e Controle e Defesa do Consumidor, Comissão de Assuntos Sociais

Comissões: CTFC, CAS

O SR. PRESIDENTE (Dr. Hiran. Bloco Parlamentar Aliança/PP - RR. Fala da Presidência.) - Declaro aberta a 6ª Reunião da Comissão de Transparência, Governança, Fiscalização e Controle e Defesa do Consumidor e a 29ª Reunião da Comissão de Assuntos Sociais, que ocorrem de forma conjunta, da 4ª Sessão Legislativa Ordinária da 57ª Legislatura.

Submeto aos Srs. e Sras. Senadores a dispensa da leitura e a aprovação das atas das últimas reuniões da CTFC e da CAS. Aqueles que concordam permaneçam como se encontram. (*Pausa.*)

As atas estão aprovadas e serão publicadas no *Diário do Senado Federal*.

Hoje, a presente reunião tem como finalidade debater sobre o glaucoma no Brasil, em atendimento aos Requerimentos 25, de 2026, da CTFC, de minha autoria, e 27, de 2026, da CAS, de minha autoria também e da Senadora Damares Alves.

Antes de apresentar nossos convidados, eu comunico que esta reunião será interativa, transmitida ao vivo e aberta à participação dos interessados, por meio do Portal e-Cidadania, na internet, no endereço senado.leg.br/ecidadania ou pelo telefone 0800 0612211.

O relatório completo, com todas as manifestações, estará disponível no portal, assim como as apresentações que forem utilizadas pelos senhores expositores.

Eu quero chamar aqui, para comporem a mesa, a Dra. Claudia Galvão Pedreira, representante do Conselho Brasileiro de Oftalmologia; o colega Jayter Silva de Paula, representante da Sociedade Brasileira de Glaucoma; o Dr. Jair Giampani Junior, representante da World Glaucoma Association; e nos acompanha remotamente a Dra. Carmen Cristina Moura dos Santos, Diretora substituta do Departamento de Atenção Especializada e Temática do Ministério da Saúde.

Sejam todos muito bem-vindos!

E eu já passo, em seguida, a palavra para a exposição do meu querido colega Jair Giampani Junior.

Está certo o nome assim, Jair?

O SR. JAIR GIAMPANI JÚNIOR (*Fora do microfone.*) - Correto.

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

Seja muito bem-vindo. Você tem dez minutos para a sua exposição.

Aliás, eu estou muito à vontade aqui, porque a minha filha Louise gosta muito de glaucoma, ela está na sociedade... Eu acho que ela... Não sei que cargo que ela tem na diretoria de vocês, vou já saber aqui com ela.

O SR. JAIR GIAMPANI JÚNIOR - Ela vai ser nossa representante estadual.

O SR. PRESIDENTE (Dr. Hiran. Bloco Parlamentar Aliança/PP - RR) - Ah, é?

Muito bem.

Ela adora... Ela é muito cuidadosa com os glaucomatosos.

O SR. JAIR GIAMPANI JÚNIOR - Vamos precisar muito do apoio dela.

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

Jair, por favor, para a sua exposição...

O SR. JAIR GIAMPANI JÚNIOR (Para expor.) - Você pode colocar, por favor, a minha exposição? *(Pausa.)*

Boa tarde a todos.

Exmo. Senador colega Dr. Hiran, é um grande prazer aqui representar a Associação Mundial de Glaucoma, assim como também a Sociedade Latino-Americana de Glaucoma.

Pode colocar no modo de apresentação, por favor? *(Pausa.)*

Você acha que eu consigo aqui? *(Pausa.)*

Você tem como colocar no modo de apresentação, por favor? *(Pausa.)*

Está joia.

É um grande prazer a gente participar desta audiência pública para tratar de um assunto de extrema importância, como a gente vai começar a debater daqui por diante, daquela que é a principal causa de cegueira irreversível em todo o mundo, que é a neuropatia óptica glaucomatosa.

Como os senhores vão observar, o glaucoma, na verdade, não é uma doença única, é um grupo de doenças que guardam algumas características em comum e, entre essas características, o fato de quase sempre ser assintomático. Então, uma doença silenciosa, que nós costumamos chamar de ladrão silencioso da visão. Nesse sentido, faz-se necessário sempre o diagnóstico o mais precoce possível, já que a cegueira pelo glaucoma, uma vez instituída, é uma cegueira que é absolutamente irreversível.

Conseguiram colocar os eslaides? *(Pausa.)*

Os eslaides estavam corretos, eram aqueles mesmos.

De tal maneira que - já me adiantando aqui mesmo sem os eslaides - o mês de maio todo é um mês dedicado para campanhas de prevenção da neuropatia óptica glaucomatosa, da prevenção da cegueira pelo glaucoma. É um mês considerado o Maio Verde, em que todos os serviços do Conselho Brasileiro de Oftalmologia e os serviços credenciados pela Sociedade Brasileira de Glaucoma são serviços que desenvolvem ações preventivas de orientação da população, justamente com a finalidade de conscientização da população.

Como a gente vai ver mais adiante durante a minha apresentação, o glaucoma quase sempre acomete uma população bastante vulnerável, e é uma doença que vai ficando cada vez mais comum com o passar dos anos. Ela é diretamente relacionada ao envelhecimento. De tal modo que nós temos... *(Pausa.)*

Exato. Só colocar na tela cheia...

Obrigado. *(Pausa.)*

Eu posso passar por aqui agora? *(Pausa.)*

Só que não está passando. *(Pausa.)*

É o de baixo? *(Pausa.)*

Problemas técnicos acontecem.

É o de baixo?

Enfim, a gente vai falando, então, mesmo sem os eslaides, por enquanto.

É uma doença que é diretamente relacionada ao envelhecimento da população. A gente tem que na população ocidental acima de 40 anos de idade o glaucoma é uma doença extremamente prevalente já que pode acometer de 3% a até 6% ou mais dessa população acima de 40 anos de idade, dependendo dos grupos de risco envolvidos.

Agora sim? É o de baixo? *(Pausa.)*

E, antes de a gente propriamente começar, eu queria fazer um breve exercício aqui com vocês, para que todos vocês aqui presentes fechassem os olhos por cinco segundos apenas. Apenas cinco segundos.

Façam esse exercício, cinco segundos com os olhos fechados. *(Pausa.)*

Então, é exatamente com essa angústia desses cinco segundos com os olhos fechados que, aproximadamente, 80 milhões de pacientes, de acordo com dados de 2020, acabam amanhecendo e adormecendo, angustiados com medo da cegueira pelo glaucoma.

Os estudos mostram que, em 2040, esse número de 80 milhões vai saltar para quase 112 milhões de portadores de neuropatia óptica glaucomatosa. E aqui nós sabemos que, na população acima de 40 anos de idade, o glaucoma mais comum, que é o glaucoma primário de ângulo aberto, tem uma prevalência global da ordem de 2,4%, mas, na população acima de 80 anos, esse número sobe para quase 10% de prevalência, de tal modo que o glaucoma, então, é uma doença diretamente relacionada ao envelhecimento populacional e que tende a ficar mais prevalente na medida em que a nossa população vai envelhecendo.

Para os senhores terem uma ideia, então, da distribuição de acordo com alguns continentes, vejam que na América Latina é 2,4%, na América do Norte, 3,4%, na África Subsaariana, 4%, na Oceania, um pouco menos, em torno de 1,8%.

Daqueles 80 milhões de indivíduos portadores de glaucoma, então, lá em 2020, 11 milhões já são indivíduos bilateralmente cegos e 20 milhões unilateralmente cegos. E o grande problema, um dos grandes problemas do glaucoma é exatamente esse. Cerca de 50% ou até 90% dos pacientes portadores de glaucoma não sabem que têm a doença e, portanto, estão extremamente expostos à progressão dessa doença e ao diagnóstico tardio. E diagnóstico tardio de glaucoma é sinônimo de risco iminente de cegueira.

Isso traz, sem dúvida alguma, um grande impacto na saúde pública e também no sistema previdenciário. E aqui a gente para de falar absolutamente só sobre glaucoma, mas de todas as consequências que a baixa de visão traz. Esses são pacientes que acabam tendo uma redução da sua capacidade laboral. São pacientes que sofrem mais acidentes domésticos. São pacientes que sofrem mais acidentes automobilísticos e tudo isso acaba trazendo um grande impacto para o sistema de saúde de qualquer país.

Portanto, faz-se necessário o diagnóstico precoce do glaucoma. Uma vez fazendo o diagnóstico precoce, esse indivíduo tem total condição de conviver com a doença de tal maneira que ele pode levar uma qualidade de vida absolutamente normal.

Aqui são apenas alguns números. Observem que alguns subtipos de glaucoma, de que a gente vai falar daqui a pouquinho, como o glaucoma primário de ângulo fechado, acaba sendo muito mais prevalente em orientais, especialmente lá na Ásia, enquanto o glaucoma primário de ângulo aberto acaba sendo mais prevalente na população da América Latina e em afrodescendentes.

E quais são os dados que nós temos, atualmente, com relação à epidemiologia do glaucoma no Brasil? A prevalência estimada é de mais ou menos 3,4% na população acima de 40 anos de idade, e o glaucoma é mais comum e tem maior risco de cegueira em negros e afrodescendentes, principalmente o glaucoma primário de ângulo aberto; em mulheres, quando a gente fala do glaucoma primário de ângulo fechado; e, em indígenas, também do glaucoma primário de ângulo fechado.

Ou seja, nós estamos falando, justamente, de uma população mais vulnerável à cegueira pelo glaucoma, assim como de outros fatores de risco, como pacientes, por exemplo, míopes e, como a gente vai ver, pacientes que apresentam o principal fator de risco para a piora e para o desenvolvimento do glaucoma, que é a pressão ocular elevada.

Mas, falando agora exatamente do glaucoma, do que se trata, propriamente, o glaucoma? O principal conceito importante aqui é que nós sabemos que o glaucoma não é, na verdade, uma doença única, e sim um conjunto de doenças. É um conjunto de doenças que tem algumas características em comum. Basicamente, o glaucoma é uma doença do nervo óptico. O nervo óptico, como a gente vai ver daqui a pouquinho, faz a conexão entre o globo ocular e o cérebro.

Fazendo uma analogia, é como se fosse o nosso olho, a câmera do computador; o fio que conecta a câmera até a CPU do computador, o nervo óptico; e o computador, o nosso cérebro. Se nós não tivermos esse fio conectando a câmera até a CPU, a gente não tem a formação da imagem.

E o principal fator de risco, então, conhecido e modificável do glaucoma é, justamente, o aumento da pressão ocular. Então, o que se acredita é que, com o aumento da pressão ocular, vai havendo uma perda das fibras do nervo óptico...

(Soa a campanha.)

O SR. JAIR GIAMPANI JÚNIOR - ... que, justamente, fazem essa conexão com o cérebro, processando as imagens.

E qual é, em última instância, a consequência disso? A consequência é que o indivíduo começa a perder, inicialmente, o campo de visão mais periférico. E esse é um dos grandes problemas do glaucoma, porque ele só vai acometer a visão central nas suas fases mais tardias da doença. Se o paciente for aguardar, então, apresentar uma perda da visão central para, daí, procurar o médico, é sinal de que já está muito tarde. É sinal de que ele já perdeu uma quantidade absolutamente significativa de fibras do nervo óptico e, aí, sim, o risco de cegueira acaba sendo um risco maior.

Eu já estou finalizando a minha apresentação.

Só para os senhores terem uma ideia, porque são termos que, muitas vezes, a gente acaba lendo em documentos oficiais, e que são as classificações diferentes de glaucoma. A primeira grande classificação é uma classificação que qualifica os glaucomas em primários e secundários.

Basicamente, os glaucomas primários são os glaucomas idiopáticos, os glaucomas sem nenhuma causa definida, ao passo que os secundários são secundários a algum fator, por exemplo, a um trauma ocular, secundário a um descolamento de retina e assim por diante.

Os glaucomas também podem ser classificados - os senhores vão ver isso comumente - em ângulo aberto e ângulo fechado. O que significa esse ângulo aberto e ângulo fechado? O ângulo, basicamente, é essa estrutura que a gente tem na periferia da câmara anterior e que vai, justamente, fazer com que o humor aquoso, que é produzido dentro do nosso olho, seja escoado.

Quando a íris está muito próxima desse ralo natural que nós temos no nosso olho para drenar o humor aquoso, é um glaucoma de ângulo fechado. Quando a íris está distante, é considerado um glaucoma de ângulo aberto.

E, finalmente, uma outra classificação diz respeito à classificação por faixa etária. Vejam que nós temos os glaucomas da infância, o glaucoma do jovem e o glaucoma do idoso, ou seja, o glaucoma não escolhe faixa etária. O glaucoma pode acometer, desde o recém-nascido, com glaucoma congênito primário, até indivíduos mais idosos, como no caso do glaucoma primário de ângulo aberto, do pseudoesfoliativo ou mesmo do neovascular.

Basicamente, o tratamento do glaucoma se dá através da redução da pressão ocular, e isso pode ser feito de maneira medicamentosa, com colírios, com laser ou, eventualmente, cirurgia em casos específicos. Mas a grande mensagem é que o tratamento com colírios, cirurgia ou laser não traz de volta as fibras do nervo óptico que já foram perdidas, e, portanto, a lesão se faz irreversível. Porém, quando o tratamento é instituído nas fases precoces, ele permite a preservação da visão e da qualidade de vida dos nossos pacientes.

Naqueles casos em que nós, médicos oftalmologistas, os principais responsáveis pelo diagnóstico da neuropatia óptica glaucomatosa, perdemos a batalha para o glaucoma, quer seja porque o indivíduo chegou já numa fase muito tardia ou porque ele tem um glaucoma muito avançado, nos resta a reabilitação, que é igualmente importante nesses pacientes, seja através de bengalas, cão-guia, utilização do braile, atualmente, programas, *softwares* de computador ou mesmo aplicativos, cujo principal objetivo é justamente permitir ao indivíduo portador de glaucoma independência e autonomia para suas atividades diárias, com dignidade e bem-estar físico e emocional.

Sabe-se, já, hoje, que os indivíduos portadores de glaucoma são indivíduos que apresentam maior incidência de ansiedade, apresentam maior incidência de insônia e apresentam mais depressão, provavelmente por se tratar de uma doença crônica, e que tem sempre consigo um risco de cegueira.

Eram essas, então, as minhas considerações e, depois, estou à disposição aí para eventuais dúvidas. Muito obrigado novamente, Senador Hiran.

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

Passo, em seguida, a palavra ao meu querido colega Jayter Silva de Paula, representando a Sociedade Brasileira de Glaucoma, por dez minutos.

O SR. JAYTER SILVA DE PAULA (Para expor.) - Boa tarde a todos e todas.

Exmo. Senador Dr. Hiran, membros da banca e todos os presentes, é um prazer estar aqui, enquanto cidadão, enquanto representante da Sociedade Brasileira de Glaucoma, para esse assunto que é tão importante para a população e para nós também, que somos os profissionais de saúde. Nós enfrentamos algumas barreiras que são importantes, no dia a dia, principalmente das pessoas que são mais carentes e que têm dependência do Sistema Único de Saúde.

Eu vou falar para vocês um pouco, então, da perspectiva da Sociedade Brasileira de Glaucoma, em termos de conscientização do glaucoma.

Acho que é só colocar na tela cheia...

Enquanto a apresentação entra, a primeira coisa que eu gostaria de deixar bem explicitada é que a Sociedade Brasileira de Glaucoma, há alguns anos, faz, no mês de maio, uma campanha de conscientização visando a prevenção e melhoria do tratamento do glaucoma. E, em um dia desse mês, em parceria com o Conselho Brasileiro de Oftalmologia, se faz um programa intenso de conscientização, que é o 24 Horas pelo Glaucoma. E, neste ano, com a nossa nova diretoria - em que o atual Presidente é o Dr. Roberto Vessani, que eu estou aqui representando -, nós resolvemos expandir isso e passamos para 24 Dias do Glaucoma.

Acho que não está indo, pessoal.

Essa campanha, que começou no dia 4 de maio e está se encerrando hoje e amanhã, com essas ações na Câmara dos Deputados e aqui no Senado, é uma campanha que visa a realmente mobilizar a população e também as entidades e agências públicas para o problema.

A Sociedade Brasileira de Glaucoma começou em 1981 com um grupo de oftalmologistas especialistas em glaucoma que resolveu montar uma sociedade a fim de melhorar e expandir, desde o conhecimento do glaucoma, com pesquisas e ações comunitárias, até a conscientização das pessoas.

Uma coisa interessante de se saber, e a Dra. Cláudia deve falar isso na sequência também, é que o Brasil... Pelos dados brutos que nós temos, nos parece que - aqui nós estamos falando de oftalmologistas de modo geral, incluindo os glaucomatólogos - nós temos uma proporção de médicos oftalmologistas que não é baixa, inclusive, ela é até maior que alguns países desenvolvidos, chegando a até um oftalmologista para 10.500 habitantes.

Só reforçando o que o Dr. Jair disse, o glaucoma é uma doença mundial, e o Brasil é um representante que apresenta prevalência de doença e proporção de cegueira parecidas com o restante do mundo. Dentro de uma característica de miscigenação que nós temos, isso pesa um pouco até em termos de fazer com que nós tenhamos talvez um pouco mais prevalente e formas mais agressivas de glaucoma.

Ela é a primeira causa de cegueira irreversível no mundo e no Brasil, no entanto, faltam dados epidemiológicos no Brasil que pegam diretamente as pessoas na população, estudos populacionais sem ser por base dos levantamentos estatísticos do SUS. Isso nos daria a real prevalência de glaucoma e a real frequência de cegueira por diversas doenças, inclusive do glaucoma. Então falta isso para a gente saber. Nós temos dois trabalhos muito importantes, feitos com base populacional, mas são localizados: um do Paraná e um do Amazonas, que é o que gera todos esses números que a gente discutiu com o Dr. Jair.

Esses são os números que ele já apresentou, não vou repetir, mas vejam que é importante que nós temos 14% das pessoas com glaucoma, e isso acontece nos indivíduos mais velhos, que podem chegar a ter cegueira bilateral. E, de novo, às vezes mais de 50% das pessoas não sabem que têm a doença.

Também devemos entender que é uma doença que faz perder o campo visual, então vocês imaginem lidar com uma visão tubular como essa ou depois de algum tempo ficarmos cegos? A gente sabe que a qualidade de vida, a chance de problemas e a dependência de outras pessoas, gerando um ônus para a sociedade e também um ônus financeiro, é muito importante. Sabendo também que, na grande maioria dos quadros, ela é assintomática até a pessoa perceber que está perdendo completamente a visão.

Essa é uma classificação simplificada - o Dr. Jair simplificou bem mais para nós, eu não vou me atrever a passar por todos esses detalhes -, mas, de novo, a gente sabe que o ângulo aberto, aquela forma mais comum e crônica do glaucoma, chega a ser de dois terços ou mais dos casos.

Diversos são os fatores de risco, reforçando aqui: a pressão ocular alta é o principal fator de risco, mas vem, *pari passu* com a idade, também a história familiar. A gente sabe que algumas características familiares e algumas características hereditárias - vou dizer assim - são importantes e ponderam no risco do glaucoma, tanto para se desenvolver o glaucoma, como também no risco de progressão, ou seja, de gravidade do glaucoma.

Além disso, nós temos a questão racial ou étnica, temos também algumas outras características do olho, como córneas finas e perfusão sanguínea no nervo óptico, tudo isso relacionado a outros problemas de saúde, como hipertensão arterial e outras doenças que são prevalentes na população. Então esses são os principais fatores de risco, já todos com evidência científica.

Muito bem, então hoje nós temos um paradigma no Brasil e no mundo de que nós temos a tecnologia, nós temos acesso à tecnologia, nós temos acesso a procedimentos, como, por exemplo - eu coloquei aqui -, os microinvasivos, que são procedimentos altamente detalhados, com um custo alto, e, em paralelo também, nós temos problemas de acesso à população, então, a população mais carente com problemas de chegar ao médico e, depois de chegar ao médico, problemas de se tratar muitas vezes, não obstante os programas do Governo que fazem o credenciamento de serviços de saúde e fazem a dispensação de colírios, por exemplo, para o glaucoma.

Muito bem, eu queria aproveitar os últimos minutos aqui da minha fala para contar para vocês uma ação que se iniciou neste ano, na semana passada, que tem uma importância muito grande e está intimamente relacionada ao problema do glaucoma, que é o uso de medicamentos à base de corticoides ou corticosteroides.

Então, um *slogan* que eu pensei, que nós pensamos, é: o corticoide não é um colírio comum. Então, quem é oftalmologista sabe que, se qualquer um de nós chegar à farmácia sem receita médica, consegue comprar um colírio com corticoide, consegue comprar um comprimido com corticoide, *sprays* nasais e assim por diante.

Bom, o problema é que o corticoide está relacionado, em uma grande porcentagem das pessoas, ao glaucoma secundário, um glaucoma que é causado pelo uso indiscriminado dessa substância, que é o glaucoma cortisônico; e esse glaucoma pega uma porcentagem grande da população. Você acredita que um terço das pessoas, um terço de nós aqui, nesta sala, se nós começarmos a usar um colírio com corticoide no olho ou algum medicamento com corticoide, pode desenvolver glaucoma? Sendo que, desses, 4% a 6% são respondedores graves, e os grupos de risco piores são crianças pequenas, pacientes que já têm glaucoma, história familiar de glaucoma, pacientes míopes e diabéticos e aquelas pessoas que usam corticoide por necessidade por longo prazo.

Então, 40% das pessoas que usam os colírios indiscriminadamente têm alguma elevação da pressão intraocular. E 75% dos casos de glaucoma cortisônico são causados pelos colírios com corticoide via tópica ocular. Não é a única via. Quanto mais perto do olho, eu costumo ensinar assim os alunos e os residentes...

(*Soa a campanha.*)

O SR. JAYTER SILVA DE PAULA - ... quanto mais perto do olho a administração do corticoide é, maior a chance de levar ao aumento da pressão intraocular, assim como o tempo de uso.

Então, nós temos que os inalatórios e pomadas dermatológicas, essas têm um risco mais difícil de se medir e depende da intensidade de uso e tempo; no entanto, os colírios são mais diretamente relacionados.

E, mais, além do glaucoma, o colírio e os medicamentos com corticoide levam também à formação de uma catarata secundária, uma catarata complicada, que é o termo técnico, e esse risco é cumulativo, com pessoas chegando a 50% de chance de hipertensão com dez anos, mas, dependendo a via de uso e o tempo, o mesmo número ou mais de casos de catarata subcapsular posterior.

Então, essa é uma proposta. A gente pede a exigência de prescrição médica, rastreabilidade, protocolo de prescrição, monitoramento da pressão - isso como campanha e orientação de que as pessoas passem no oftalmologista para medir a pressão intraocular quando forem fazer o uso - e campanhas de esclarecimento.

Era isso que eu tinha para dizer. Quero agradecer ao Dr. Lisandro Sakata e ao Dr. Vessani pela ajuda com alguns eslaides. Muito obrigado. (*Palmas.*)

O SR. PRESIDENTE (Dr. Hiran. Bloco Parlamentar Aliança/PP - RR) - Nossa próxima expositora é a Dra. Cláudia Galvão Pedreira, que é representante do Conselho Brasileiro de Oftalmologia.

Por dez minutos, Doutora.

A SRA. CLÁUDIA GALVÃO PEDREIRA (Para expor.) - Muito obrigada.

Gostaria de desejar boa tarde a todos, cumprimentar o Exmo. Senador Dr. Hiran, que também é nosso colega; cumprimentar meus colegas da mesa e a todos os presentes.

Então, diante desse cenário que foi pintado pelos colegas que me antecederam, o Conselho Brasileiro de Oftalmologia tem um papel importante, não só de trazer informação, mas de propor algumas coisas.

Conseguiu? (*Pausa.*)

O Jayter e o Jair já trouxeram a situação de qual o panorama global do glaucoma, e não é diferente no Brasil. O Brasil apresenta também as mesmas dificuldades, os mesmos percentuais, com variações muito pequenas; só que o glaucoma, apesar de ser uma cegueira que, se o paciente tiver cegueira, a cegueira é irreversível, ela pode ser evitável, e a palavra mais forte que o CBO quer trazer aqui é "oportunidade". Se o tratamento e se os diagnósticos forem oportunos, nós podemos evitar que essa cegueira ocorra, ou pelo menos a perda visual ocorra.

Para isso, o SUS já garante, o SUS já oferece programas, mas a gente precisa juntar melhor o que é ofertado, para que a população tenha acesso, e isso é que nós precisamos debater aqui hoje.

O Brasil tem sociedades médicas organizadas: o Conselho Brasileiro de Oftalmologia, a Sociedade Brasileira de Glaucoma e suas afiliadas; especialistas qualificados, nós já vimos na apresentação do Dr. Jayter que nós temos uma quantidade grande por habitante de especialistas; tecnologia disponível; experiência em telemedicina; rastreamento.

Mas temos também desafios. Nós temos a demora no diagnóstico, apesar de termos já um início de acesso; dificuldade do acesso ao especialista do glaucoma, especificamente; a desigualdade regional, nosso país é muito grande, tem

diferenças enormes, densidades demográficas distintas, acesso geográfico também distinto; e a necessidade da integração da oftalmologia na atenção primária. Esse é um ponto muito quisto pelo Conselho Brasileiro de Oftalmologia.

Então, eu trouxe a pergunta: com quantos oftalmologistas a gente consegue fazer uma rede visual? A gente não sabe, mas a gente vai buscar a informação, e foi o que já foi dito. Então, os parâmetros da Organização Mundial de Saúde, em países desenvolvidos, são de que seja um para cada 17 mil habitantes. Em países de renda média, por outro lado, um a cada 40 mil habitantes. E o cenário do Brasil é muito bom, porque nós temos um para cada 10,5 mil; e, na verdade, esse número está um pouco defasado. Então, se a gente comparar com outros países e países desenvolvidos, nós estamos bem acima da média. E por que isso não acontece? Por que ainda a gente tem o atraso no diagnóstico? Então, a gente precisa encaixar a capacidade instalada que nós já temos de especialistas à população - colocar essas pessoas em contato.

Então, nós temos, como dado, como informação, uma quantidade muito grande de...

Eu consigo apontar, gente, aqui? Não, né? Ah, eu queria apontar. Não pega, né? Tá, tudo bem.

Então, é só para mostrar para vocês que, ao longo de seis anos - de 2019 até o final dezembro de 2025 -, nós tivemos um crescente de exames específicos para diagnóstico de glaucoma, a despeito do período pandêmico. Então, nós temos capacidade de solicitar e de diagnosticar pacientes - quer dizer, uma capacidade crescente; suficiência é outra história.

Ao mesmo tempo, o Brasil consegue também ofertar o tratamento clínico para o glaucoma. Esse tratamento clínico também vem numa crescente no mesmo período - de 2019 até dezembro de 2025 -, em todas as regiões do país, conforme mostrado anteriormente.

Então, isso é uma resposta do sistema quando ele tem organização, quando ele tem financiamento e quando ele tem priorização. Mas nós temos também - apesar desse aumento - uma diferença muito grande do acesso. Então, esses exames são realizados em locais, talvez, mais organizados, mais próximos de grandes centros. Nós podemos perceber que a geografia muda a chance de uma pessoa ter diagnóstico e tratamento de glaucoma, e pode mudar a chance de ela enxergar também. Nós temos estados com maiores coberturas e com menores coberturas, demonstrando a dificuldade de acesso.

Essa cena é muito triste de se ver, porque a cegueira por glaucoma, como já foi dito - e nunca a gente se cansa de dizer: ela é irreversível. O brasileiro tem muito aquele hábito de só fechar a porta da casa depois que o ladrão entrou. Jair falou que o apelido do glaucoma é "ladrão sorrateiro da visão", de fato. Eu, quando explico para meus pacientes - ele falou do computador, que eu achei bacana -, eu falo assim: "Olha, o jeito que a senhora ou que o senhor vai fazer para a cegueira não entrar na sua casa - o ladrão não entrar na sua casa - é passar a tranca. A tranca é o tratamento. Se der uma boqueira, ele entra."

Então, essa cena é muito difícil de se ver: uma mulher jovem, uma mulher negra e que teve uma perda visual bilateral por conta do glaucoma. A gente não quer viver isso de forma nenhuma. É um dia triste de viver para nós, mas o atraso é evitável. A gente consegue evitar o atraso no diagnóstico.

O que o Conselho Brasileiro de Oftalmologia quer trazer aqui é que ele está preparado para colaborar com essa construção, porque prevenção é muito mais barato do que o tratamento, como já foi dito. A repercussão, individualmente, é altíssima - por conta de custos na saúde, por conta de custos previdenciários -, mas não é aquela pessoa, aquele indivíduo só. Às vezes, o ente acometido é um pai de família que é o centro de uma família, e toda a família vai com ele. Ele puxa todo mundo junto. Então, o custo pode aumentar bastante.

E, como eu tinha falado antes, a oftalmologia na atenção primária é um assunto muito quisto pelo Conselho Brasileiro de Oftalmologia, porque nem sempre, na maioria das vezes, a gente não consegue levar o paciente para o especialista, mas com técnicas, com capacitação de equipes, com protocolos de rastreio de grupos de risco, fluxos regulados, educação da população, integração com telessaúde, a gente pode levar o conhecimento para os pacientes que estão nos rincões mais longínquos, de mais difícil acesso no país.

Então, a tecnologia e a descentralização são armas potentes que o tempo - o nosso tempo, nossa contemporaneidade - tem trazido para a gente e que permitem ampliar esse acesso com eficiência, com equipamentos portáteis, com laudos remotos; com telemedicina voltada para a nossa área, que é a teleoftalmologia; unidades móveis, integração digital; e, com isso, levam à redução de filas, ao uso do recurso de forma sustentável e à maior cobertura, como já falei, de áreas remotas.

O papel do Conselho Brasileiro de Oftalmologia e das sociedades afiliadas, tais como a Sociedade Brasileira de Glaucoma, é de ser um parceiro técnico do poder público; e é isso que o Conselho Brasileiro quer deixar claro aqui, que nós estamos à disposição do poder público para poder, através das OCIs, que foram, realmente, um gol de placa do Governo, em que o modelo é centrado na jornada do paciente, então não fica aquela solicitação solta de exame - o paciente faz um exame em uma clínica, outro exame em outra clínica e, para juntar o quebra-cabeça, às vezes não junta, não chega; e, nesse caso,

não... Então, é um pacote integrado de consultas e exames e, ali, você conclui, consegue concluir parte do tratamento; e direcionar isso para os centros que têm capacidade foi muito importante.

(*Soa a campanha.*)

A SRA. CLÁUDIA GALVÃO PEDREIRA - Então, o que nós podemos oferecer? Apoio técnico-científico; capacitação; sobretudo, diretrizes assistenciais; educação em saúde; apoio a programas de rastreio; integração nacional de iniciativas. Por quê? Porque, daí, a gente pode transformar a capacidade técnica, todo esse arcabouço, toda essa quantidade de especialistas que nós temos, em acesso real - acesso real para quem está lá no Amapá e que faz muito pouco exame, ou que está lá no Amazonas e que também tem dificuldades, como um paciente ribeirinho, que não consegue chegar àquele local, ao local do especialista.

O Dr. Jayter já falou sobre a campanha de conscientização da população, que começou há seis anos. Nós tomamos um susto hoje, eu e Lisandro, porque a gente achava que tinha o quê? Três anos; mas já tem seis! É a sexta edição, e eram 24 horas pelo glaucoma; nós mudamos agora, para que fossem 24 dias pelo glaucoma, neste ano assumindo um novo formato, diante da percepção da necessidade de pessoas mais vulneráveis - como já foi falado - terem acesso a esse tipo de tratamento, para que a gente não tenha que viver uma cena daquela de presenciar pacientes que chegam já cegos.

No serviço de onde eu venho - eu sou baiana -, 46% das pessoas que chegam ao ambulatório de glaucoma já estão cegas de um olho. Então, é um número muito alto, é assustador. É muito triste a gente perceber isso. É um sistema 100% SUS e ali, o nosso local de atendimento, é o fim de linha, é o lugar onde a pessoa não tem mais para onde ir. Então, é importantíssimo esse tipo de cuidado, esse tipo de olhar em cima desses locais.

Então, a campanha é um sucesso, a gente mobiliza a entidade médica, não só de oftalmologia, a gente faz parceria com outras entidades: a Abramet é uma parceira do CBO já antiga; instituições de diversos setores; celebridades; redes sociais; esportistas - neste ano, tem um craque agora da seleção brasileira que está falando -; cantores. Então a gente tenta mobilizar tudo isso, e é realmente uma maratona, maio virou uma maratona para o Conselho Brasileiro e para os seus associados.

Então a gente já sabe que o glaucoma é um mal silencioso. Nós temos agentes de mudança, nós somos um desses agentes de mudança. Mas a queremos multiplicar isso e precisamos ter estratégia. E nós temos o *know-how* para isso. O glaucoma pode ser silencioso, mas nós não podemos e não devemos ser, é essa a mensagem que eu queria deixar para vocês.

E o CBO agradece imensamente a atenção.

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

Essas considerações que foram feitas pela senhora são muito importantes, mas a dificuldade que nós temos é porque a nossa oftalmologia não está nos NASFs (Núcleos Ampliados de Saúde da Família), está na média e alta complexidade, e isso dificulta muito o acesso das pessoas a um acompanhamento de qualidade na atenção primária, porque nós não estamos na atenção primária. Isso é um grande desafio.

Aliás, é um desafio legislativo. Nós temos inclusive um projeto aqui, desde quando eu era Deputado, que não consegue caminhar, incluir a oftalmologia nos Núcleos Ampliados de Saúde da Família.

Mas eu vou passar a palavra aqui, depois a gente dá uma discutida aqui, à Dra. Carmen Cristina Moura dos Santos, que é Diretora do Departamento de Atenção Especializada e Temática, substituta, do Ministério da Saúde.

Dra. Carmen, nos acompanha?

A SRA. CARMEN CRISTINA MOURA DOS SANTOS (*Por videoconferência.*) - Sim, sim. Está me ouvindo, Senador?

O SR. PRESIDENTE (Dr. Hiran. Bloco Parlamentar Aliança/PP - RR) - Boa tarde, Doutora, seja muito bem-vinda.

A SRA. CARMEN CRISTINA MOURA DOS SANTOS (Para expor. *Por videoconferência.*) - Boa tarde. É uma satisfação muito grande estar aqui. Agradeço ao Senador pelo convite a todos os especialistas que estão aí. É sempre uma aula participar dessas audiências. Peço desculpas por não ter estado aí presencialmente, mas estou em viagem. Mas não poderia deixar de estar aqui.

Eu gostaria de... Eu trouxe uma apresentação rápida aqui. Eu acho que os especialistas já nos falaram muito e brilhantemente sobre o glaucoma, sobre todos os cuidados.

Eu vou pôr aqui para compartilhar. (*Pausa.*)

Estão visualizando? (*Pausa.*)

Então eu acho que devem estar visualizando a minha apresentação aí, não é?

Eu vou falar rapidamente aqui, porque já foi dito por todos aí a respeito do glaucoma, mas o objetivo central que nós estamos trabalhando muito, em parceria com o CBO - já é o meu terceiro ano participando da campanha, então é uma satisfação grande poder estar junto do CBO -, é a questão da prevenção da progressão, é a preservação do campo visual e a busca pelo não agravamento e pela não evolução para a cegueira.

Então nós temos, na rede de atenção, a atenção primária, que é a porta de entrada, que identifica os fatores de risco e faz a primeira suspeição clínica de qualquer dano ocular ou de qualquer doença oftalmológica, e ela encaminha para a atenção especializada. Então ela faz essa transição do cuidado para a atenção especializada, então procede, com a confirmação diagnóstica, a estratificação da gravidade e a definição do plano terapêutico.

É importante falar que nós temos vários exames que podem fazer o diagnóstico com precisão. A atenção especializada, hoje, pelo SUS, no país todo, tem condições de fazer o diagnóstico preciso, e o mais precoce possível, do glaucoma. Temos também aqui todos os medicamentos que também já foram falados pelos especialistas. E tanto o tratamento clínico quanto as intervenções cirúrgicas ou procedimentos a *laser* estão incorporados no SUS e são feitos conforme a disponibilidade nas regiões.

Já foi dito também pela Doutora que me antecedeu que existe um vazio assistencial em várias regiões, mas nós temos um rol grande de procedimentos incorporados no SUS que tratam o glaucoma. Então, no tratamento clínico, nós temos todos esses procedimentos que estão disponíveis para todos os profissionais disponibilizarem aos pacientes, e também temos as intervenções cirúrgicas e a *laser*, que estão também disponíveis na tabela do SUS e podem ser feitas.

Já foi falado sobre as OCIs. Nós temos uma preocupação tão grande com a oftalmologia, que uma das primeiras especialidades que entraram no Programa Agora Tem Especialistas foi a OCI da oftalmologia. Em parceria com o CBO, nós conseguimos desenvolver essas OCIs, essas ofertas de cuidado integrado, protocolo de encaminhamento, e conseguimos fazer toda essa estruturação da rede.

Pela primeira vez no país, nós temos uma Política Nacional de Atenção Especializada - foi publicada a portaria em 2023 -, e, com ela, vieram os programas que visam garantir o acesso das pessoas ao diagnóstico precoce. Esse diagnóstico é extremamente necessário. Hoje, nós temos as carretas, que estão levando o atendimento oftalmológico e esse diagnóstico para todos os estados do país, priorizando os locais onde nós temos uma deficiência de profissionais.

Estamos trabalhando também - um dos componentes do Programa Agora Tem Especialistas é a formação dos profissionais - com a garantia de uma formação de qualidade e com a ampliação a formação dos oftalmologistas no país.

Eu acho que o SUS dispõe de uma estrutura organizada, articulada e financiada para o diagnóstico, tratamento e acompanhamento do glaucoma, garantindo acesso a medicamentos. Nós já temos diretrizes clínicas claras, monitoramento sistemático, em que o foco central, como foi dito por todos, é a prevenção da perda visual. Eu acho que nós temos que fazer esses alertas sobre isso. O CBO está de parabéns com essa campanha que todos os anos ocorre.

Este ano, inclusive hoje, nós estamos participando da gravação junto com o CBO, e isso é muito necessário.

Temos desafios ainda. Acho que temos alguns desafios de alguns tratamentos que já estão em processo de incorporação, de atualização do protocolo de diretrizes terapêuticas do SUS, para que a gente possa ter um cuidado visual adequado a toda a população.

Eu trouxe, rapidamente aqui - acho que já foi dito... Nós tivemos um grande avanço na oferta da atenção especializada em oftalmologia. Em 2025, nós tivemos quase 50% de aumento nos tratamentos disponibilizados, e, sem dúvidas, essa é uma necessidade da população e é uma necessidade de se ampliarem os serviços, habilitar mais serviços. Buscamos a qualificação profissional e a parceria com as instituições de ensino, o CBO, enfim, com todas as entidades que atuam nessa área, extremamente necessária para o Ministério da Saúde para fortalecer as políticas públicas.

Então, agradeço, mais uma vez, a oportunidade de estar aqui e estou à disposição para qualquer esclarecimento que possa ser feito.

Obrigada.

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

Tenho aqui algumas perguntas que nos foram encaminhadas através do e-Cidadania e a primeira delas vem da Renata, do Rio de Janeiro, que pergunta se o envelhecimento da população brasileira pode aumentar a incidência do glaucoma nos próximos anos.

Ele realmente aumenta, mas não é nos próximos anos. Aumenta sempre. À medida que o tempo passa, o risco de aparecimento do glaucoma na sociedade vai realmente aumentando, como já foi colocado aqui pelos nossos expositores.

Ednaldo, da Bahia: "Quais fatores dificultam o diagnóstico precoce do glaucoma e quais estratégias de intervenção podem contribuir com a melhoria da qualidade?".

Eu vou deixar à vontade.

Você quer responder, Jair? *(Pausa.)*

Você tem um minuto para responder. *(Risos.)*

O SR. JAIR GIAMPANI JÚNIOR (Para expor.) - O.k.

Sem dúvida que um dos fatores que dificulta sobremaneira o diagnóstico precoce é o fato de ela ser quase sempre uma doença assintomática, uma doença silenciosa.

Então, não se faz o diagnóstico precoce do glaucoma a não ser através de um exame oftalmológico completo, realizado por um médico oftalmologista.

Quando se faz um exame de grau num consultório de um médico oftalmologista, essa é sempre a melhor oportunidade para que esse médico oftalmologista também faça a aferição da pressão ocular, examine o fundo de olho do paciente e, com isso, possa fazer o diagnóstico do glaucoma antes de os sintomas aparecerem.

De que maneira otimizar esse diagnóstico? Sem dúvida, a inserção da oftalmologia na atenção primária seria extremamente importante. E, para que a gente possa atingir os mais diferentes rincões aí do Brasil, em que o acesso muitas vezes é difícil, não há dúvida de que a telemedicina é uma ferramenta que vem ganhando espaço, assim como a inteligência artificial.

Então, a gente já tem um programa, por exemplo, em que são distribuídos aparelhos, a que nós chamamos de retinógrafos, portáteis, para que médicos ou mesmo paramédicos, pessoal de apoio à saúde da família, possam fazer fotografias do fundo do olho do paciente. Essas fotos são encaminhadas para um centro de leitura e de referência, para que se possa, então, triar pacientes com risco de desenvolvimento de glaucoma.

Essa seria, sem dúvida alguma, uma estratégia que possibilitaria esse diagnóstico mais precoce do glaucoma.

O SR. PRESIDENTE (Dr. Hiran. Bloco Parlamentar Aliança/PP - RR) - Bom, Jair, é bom que a gente aproveite essa oportunidade que nós estamos tendo, porque este nosso evento tem uma abrangência nacional, através da nossa TV Senado e através das redes sociais, para chamar a atenção para a questão de se fazer um exame oftalmológico pelo médico oftalmologista, como você falou aí. Sabe por quê? O que mais prolifera neste país é algo que nós abominamos: a questão da optometria.

Tem pessoas que vão fazer um exame de vista, vão aferir lá o seu grau, e elas acham que aquilo ali é só colocar o olho em um autorrefrator. E lá, normalmente, o optometrista faz uma venda casada com a ótica, o que, aliás, é uma coisa que a gente rechaça com veemência. É proibido fazer.

Aliás, existe uma resolução do nosso conselho sobre esse assunto. O médico pode até ter uma ótica ou ser sócio de uma ótica, pois não tem nenhum problema nisso. Tem uma resolução do conselho atual, de agora, que diz que você pode ter uma ótica, não tem problema nenhum. O crime é você dizer: 'Olha, só servem os óculos que forem feitos na minha ótica'. Essa venda casada não pode acontecer, porque isso é crime."

Mas o que acontece? Muitas pessoas vão fazer um exame com o optometrista, e o optometrista não sabe avaliar o que é uma alteração no nervo óptico. Quer dizer, ele não sabe avaliar as alterações que acontecem na cabeça do nervo óptico. Às vezes, não é uma coisa tão simples dizer que a escavação é uma escavação glaucomatosa, e vocês, que são especialistas, sabem muito bem disso.

E os pacientes, às vezes, quando vão fazer um exame com o optometrista, terminam sendo atendidos de maneira incompleta e, muitas vezes, saem de lá com óculos prescritos, mas terminam negligenciando o diagnóstico de uma doença que poderia ter sido feito de maneira muito precoce. E, às vezes, com a utilização de um colírio, ou da combinação de mais de um colírio, essa pressão do olho - que é uma das coisas que a gente pode controlar no glaucoma é a pressão do olho... Esse paciente poderia ter uma sobrevida visual muito maior, mas ele terminou perdendo a sua visão, o seu campo visual, o seu limiar de sensibilidade ocular visual, por conta de ele ter feito um exame por alguém que não tinha conhecimento técnico para fazê-lo.

Então, é bom que a gente chame a atenção.

Ontem mesmo, Cláudia, nós comemoramos o Dia Nacional de Conscientização sobre o Glaucoma e, através de um requerimento meu, aprovado nesta Casa, nós iluminamos o nosso Congresso Nacional de verde, cor alusiva ao mês de conscientização sobre essa doença tão importante, que causa tanta cegueira irreversível no Brasil e no mundo.

A próxima pergunta, que veio também através do e-Cidadania, é: "Quais modelos internacionais de rastreamento de glaucoma têm mostrado melhores resultados na prevenção da cegueira?". Jayter, por favor.

O SR. JAYTER SILVA DE PAULA (Para expor.) - É uma pergunta muito importante.

Um dos grandes problemas do glaucoma, em paralelo ao que o Dr. Jair disse, é que ficamos ainda muito na dependência de uma avaliação especializada. O ideal seria, como em outras campanhas, que tivesse um exame único, barato e simples, no qual a gente pudesse ir para um shopping ou para uma praça pública e facilmente fazer o exame, de maneira aberta, em todas as pessoas que ali se apresentassem.

Eu sempre comparo isso com os meus pacientes e, quando dou aula, digo que, muitas vezes, o diagnóstico de diabetes *mellitus*, que é uma doença terrível, superprevalente e com morbidade importantíssima, pode ser feito em cinco minutos, talvez gastando R\$2. Você faz uma glicemia e, se essa glicemia - em que você mede o açúcar do sangue - estiver acima de um determinado patamar, não há dúvida praticamente nenhuma de que a pessoa já tem diabetes. No caso do glaucoma, não é assim. Nós dependemos, muitas vezes ou quase sempre, ou de uma avaliação especializada muito boa e/ou de equipamentos e exames muito especializados, de custo elevado, e que muitas vezes não são reprodutíveis.

Então, respondendo: mundo afora, não tem fórmula mágica. Os estudos que temos, de revisão sistemática e outros, mostram que, ainda, da forma que está sendo feita, até pouco tempo atrás, com campo visual e OCT, não é custo-efetivo se fazer uma campanha de diagnóstico de glaucoma, não estou dizendo de conscientização.

Eu acredito que, nos próximos anos, talvez poucos anos, com o desenvolvimento da inteligência artificial... E, aqui, a gente falar de inteligência artificial não é piegas, é no sentido real. A gente tem visto experiências com base em fotografias, usando aquele aparelho que o Dr. Jair mencionou, e outros, que fazem a imagem do fundo do olho de maneira portátil. Isso, com a inteligência artificial e pessoas à distância podendo confirmar casos, talvez seja o caminho aí, no futuro mais breve, para se ter uma campanha que seja custo-efetiva.

O SR. PRESIDENTE (Dr. Hiran. Bloco Parlamentar Aliança/PP - RR) - É sempre chamada a atenção de que, realmente, o diagnóstico de glaucoma requer alguns exames. A gente não consegue fazer com um exame só, não é isso, Jayter? Nós temos que utilizar campimetria, tonometria, tomografia de coerência óptica... Enfim, não é um diagnóstico tão simples assim, é bom que a gente diga. Então, é por isso que as pessoas têm que ter muito cuidado.

Eu quero aqui... Tem outra Renata - porque aquela Renata era do Rio e essa Renata é do Distrito Federal - e ela faz uma pergunta assim: "A pressão ocular alta sempre significa risco de glaucoma? Quem tem histórico familiar de glaucoma deve fazer quais exames?".

Dra. Cláudia, por favor.

A SRA. CLÁUDIA GALVÃO PEDREIRA (Para expor.) - Então, a pressão ocular é um fator de risco para glaucoma. A pressão ocular elevada é, sim, e ele é o único modificável, o único que a gente pode mexer. O glaucoma, como o Dr. Jair falou, não é uma doença única, não tem um tipo só, é uma doença multifatorial, e o que a gente pode mexer é na pressão ocular.

O diagnóstico do glaucoma, que foi tão falado aqui antes, a oportunidade de a pessoa ter acesso a um médico especialista, que pode ter a possibilidade e a oportunidade de dar o diagnóstico àquele paciente e mudar a vida daquele paciente, nem sempre é fácil para a gente. Existem casos de pressão ocular elevada em que o paciente não tem glaucoma. Existem casos de pressão ocular normal, em que o paciente tem a pressão ocular normal, e ele tem glaucoma. Então, não é um diagnóstico simples: "A partir daqui é glaucoma, a partir daqui não é glaucoma"; não tem uma linha de demarcação, um biomarcador específico, único, para que a gente saiba que aquilo ali trata-se de um paciente com glaucoma ou não.

Então, o diagnóstico é complexo na grande maioria das vezes, mas, quando a pressão está alta, fica mais fácil de a gente desconfiar. Então, nem sempre, respondendo objetivamente à sua pergunta, nem sempre a pressão ocular elevada é indicativa de glaucoma, mas a chance é muito alta.

O SR. PRESIDENTE (Dr. Hiran. Bloco Parlamentar Aliança/PP - RR) - Bom, eu queria perguntar, primeiro, à Dra. Carmen: a senhora quer fazer alguma consideração a respeito da nossa audiência pública?

A SRA. CARMEN CRISTINA MOURA DOS SANTOS (Para expor. *Por videoconferência.*) - Senador, eu vi que o senhor estava falando comigo, mas deu uma cortada. Se o senhor puder repetir, por gentileza.

O SR. PRESIDENTE (Dr. Hiran. Bloco Parlamentar Aliança/PP - RR) - Eu queria saber se a senhora quer fazer alguma consideração a respeito da nossa audiência. Pode fazê-la. A gente está concedendo um minuto para cada expositor fazer suas considerações.

A SRA. CARMEN CRISTINA MOURA DOS SANTOS (Para expor. *Por videoconferência.*) - Eu quero parabenizá-lo, mais uma vez, pela audiência. Acho que esses espaços são sempre importantes para que a gente possa discutir.

Quero dizer que, no SUS, hoje nós já temos telessaúde. Nós temos atenção primária hoje recebendo equipamentos. A oferta nacional de teleoftalmologia já é uma realidade no SUS, e as carretas estão equipadas para fazer um diagnóstico primário de qualquer alteração visual que a pessoa tenha. Então, eu acho que nós estamos, sim, avançando.

A telessaúde, com certeza, é uma saída para a garantia do acesso e do tratamento oportuno, que é tão importante para o glaucoma.

Acho que é isso. Nós estamos à disposição.

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

Inclusive, nós tivemos o Fórum Nacional de Residentes aqui, em Brasília, em que nós discutimos a questão do Mais Acesso a Especialistas, que é uma excelente ideia. Mas o que ficou muito claro ali é que nem todo mundo está conseguindo se cadastrar no Mais Acesso a Especialistas. Então, é algo que suscita mais debate. Eu até, oportunamente, vou chamar o Ministério da Saúde aqui para a gente discutir a questão do cadastramento das secretarias estaduais de saúde, para que a gente possa ampliar esse acesso lá na ponta, não só para oftalmologia, mas para outras especialidades em que a gente ainda tem filas de espera muito grandes.

Por exemplo, eu estava falando hoje, Carmen, sobre acesso a drogas para doenças raras no evento do Esfera e eu tangenciei um pouco da conversa e falei sobre tabela SUS, sobre quanto o SUS paga por uma prótese de joelho - que a maioria das pessoas não sabe -, quanto tempo uma pessoa espera no SUS para fazer uma cirurgia de prótese de joelho - média de três a cinco anos. O SUS paga mil, quinhentos e poucos reais. É claro que a tabela SUS é um parâmetro que a gente não tem utilizado porque tem que se contratualizar de maneira bi ou "tripactuada", o que pressupõe o Sistema Único de Saúde. Muitas vezes, o município não tem recurso. Então, se faz uma pactuação Governo Federal e estado, e a gente consegue melhorar um pouco essa tabela. Mas esse é um grande desafio.

Outra coisa importante, que a gente precisa realmente avaliar, é a questão de inserir a oftalmologia nos Nasp. Eu tenho carreta minha mesmo, Carmen, no meu estado. Na minha clínica, nós fazemos rastreamento de pacientes que não têm acesso ao primeiro exame oftalmológico na infância. Têm muitas crianças, às vezes, de 10 anos, 11 anos, 12 anos que têm ambliopia e acham que aquela visão é normal, que só usam um olho e que o outro fica de reserva e só funciona se faltar o olho com o que eles veem bem. Olhe só o conceito que eles têm!

Então, muitas crianças ainda ficam cegas de maneira irreversível por ambliopia, que é algo absolutamente que nós podemos evitar quando a gente faz a correção da ametropia, ao tempo adequado, e esses exames são negligenciados e essas pessoas têm o acesso a eles dificultado. Isso é um grande desafio. E eu não estou culpando esse ou aquele Governo. Veja bem, não tem nada disso. Eu só estou dizendo que, ao longo do tempo, a gente tem ficado com essa dívida. O nosso SUS, que tem 37 anos, mais ou menos, precisa ser sempre aperfeiçoado ao longo do tempo. É o que nós estamos fazendo aqui discutindo essas questões. E que isso aqui não fique só nesse nosso discurso, mas que a gente consiga fazer essa parceria CBO-Ministério da Saúde, para que nós possamos realmente aprimorar esse sistema, que é um patrimônio do povo brasileiro, que tem um tripé pétreo aí de equidade, integralidade e universalidade, que tem sido tão importante para nós, haja vista o que aconteceu naquela tragédia que foi a pandemia.

Então eu quero aqui, antes de terminar, agradecer a você. Transmita o meu agradecimento ao Ministro Padilha, que é um amigo pessoal. Nós temos diferenças, mas nós somos amigos. Eu quero também agradecer a você, a sua participação. Nós estamos aqui à sua disposição, no nosso gabinete, para ajudar a formatar cada vez mais melhores políticas públicas que vão ao encontro de mais acesso do povo brasileiro a essas coisas básicas que, às vezes, parecem muito simples para nós, mas que são tão difíceis para as pessoas.

Por exemplo, eu estava hoje conversando com uma pessoa, que disse assim: "Ah, doutor, a minha mãe vai ficar cega pelo glaucoma. Ela tem que fazer uma injeçãozinha no olho, que melhora muito a visão, mas é R\$3,5 mil a injeção, ou seja, ao exame de VGF a gente precisa também facilitar o acesso. Então, são muitas coisas que a gente pode melhorar, não é? Então, estou aqui à disposição, para que nós possamos construir isso.

Quero agradecer ao CBO. Transmitam ao Conselho Brasileiro de Oftalmologia, à minha querida Presidente Maria Auxiliadora, que está aqui em Brasília, o nosso respeito. Agradeço a vocês por terem saído das suas cidades, por terem sacrificado os seus dias, porque nós sabemos o que são nossas agendas. Ontem mesmo, lá no meu estado, se entrarem aqui no Instagram, eu operei só 16 de manhã, só para esquentar o sangue. Então, a nossa vida é assim, é essa correria. Mas eu agradeço a vocês por terem tirado um pouco do tempo de vocês, da atividade profissional de vocês, para virem aqui tentar conscientizar as pessoas da importância de a gente fazer exames periódicos com médicos oftalmologistas, para dar diagnóstico precoce e controlar essa doença, porque só assim é que a gente amplia as possibilidades de prevenção da cegueira dos pacientes portadores de glaucoma crônico simples, que é o glaucoma mais prevalente no mundo.

E não havendo mais nada a tratar, eu agradeço a todos vocês e declaro encerrada essa nossa audiência pública.

Um grande abraço a todos.
Deus abençoe.

(Iniciada às 14 horas e 35 minutos, a reunião é encerrada às 15 horas e 41 minutos.)