



SENADO FEDERAL
SECRETARIA-GERAL DA MESA
SECRETARIA DE REGISTRO E REDAÇÃO PARLAMENTAR
REUNIÃO
08/07/2026 - 41ª - Comissão de Assuntos Sociais

O SR. PRESIDENTE (Dr. Hiran. Bloco Parlamentar Aliança/PP - RR. Fala da Presidência.) - Boa tarde a todas e a todos. Havendo número regimental, declaro aberta a 41ª Reunião, Extraordinária, da Comissão de Assuntos Sociais da 4ª Sessão Legislativa Ordinária da 57ª Legislatura.

A presente reunião atende ao Requerimento nº 63, de 2026, da CAS, de minha autoria, para a realização de audiência pública destinada a debater sobre o tema "Cegueira e evitável no Brasil: uma responsabilidade compartilhada".

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

Eu quero chamar os convidados para compor a mesa dos debates para as exposições.

Dra. Camila Carloni Gasparro, Coordenadora-Geral substituta de Atenção Especializada do Ministério da Saúde. Seja muito bem-vinda, Dra. Camila.

Meu querido colega, *habitué* desta Comissão, Dr. Mauro Goldbaum, meu colega Oftalmologista, Secretário-Geral do Conselho Brasileiro de Oftalmologia, representando aqui a nossa Presidente Maria Auxiliadora. Seja bem-vindo.

Dr. Victor Pavarino... Dr. Victor está presente? *(Pausa.)*

O Dr. Victor Pavarino nos acompanha remotamente, Oficial Técnico de Segurança Viária e Prevenção de Lesões da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas/OMS).

Dr. Frank Hida, Co-Chair América Latina da Agência Internacional para a Prevenção à Cegueira (IAPB), por favor. Seja muito bem-vindo, meu amigo Frank.

O SR. FRANK HIDA *(Fora do microfone.)* - Obrigado.

O SR. PRESIDENTE (Dr. Hiran. Bloco Parlamentar Aliança/PP - RR) - Eu só sou mais amigo do irmão dele, nós operamos juntos, que é o Takashi.

Agora, esse nome aqui é complexo, hein? Cadê o Ewésh? Ewésh, é você mesmo: Ewésh Yawalapiti Waura, é isso? Vem cá, fala o teu nome direito aqui para mim, vem cá. Seja bem-vindo. Como que é? Diz seu nome.

O SR. EWÉSH YAWALAPITI WAURA *(Fora do microfone.)* - Ewésh Yawalapiti Waura.

O SR. PRESIDENTE (Dr. Hiran. Bloco Parlamentar Aliança/PP - RR) - Ewésh Yawalapiti Waura, é isso?

O SR. EWÉSH YAWALAPITI WAURA *(Fora do microfone.)* - Isso.

O SR. PRESIDENTE (Dr. Hiran. Bloco Parlamentar Aliança/PP - RR) - Muito bem, saiu. Seja muito bem-vindo.

Dr. Rubens Belfort Mattos Junior, Professor Universitário, representante da Academia Nacional de Medicina, meu querido amigo, uma das referências mundiais de oftalmologia.

E quero também chamar aqui a Dra. Louise Christina Gonçalves Vasconcelos Siqueira, Vice-Presidente da Sociedade Brasileira de Oftalmologia para a Região Norte e, para a felicidade dela, minha filha, viu? Seja muito bem-vinda, Dra. Louise.

E eu quero passar inicialmente a palavra para a nossa primeira expositora, Dra. Camila Carloni, e quero já salientar a todos que vou conceder dez minutos para cada expositor e depois podemos, numa segunda rodada, fazer as considerações finais do que nós expusermos aqui.

Seja muito bem-vinda, Doutora. Transmita meu fraterno abraço ao nosso Secretário Massuda, de lá da Saes, viu?

A SRA. CAMILA CARLONI GASPARRO (Para expor.) - Bom, boa tarde a todas as pessoas.

Cumprimentando o Senador, eu cumprimento a mesa; e cumprimentando o público que está *online*, eu cumprimento todo mundo que tem interesse no assunto relacionado à cegueira.

Eu vou primeiro me apresentar, meu nome é Camila Carloni Gasparro, eu sou enfermeira, eu sou da Secretaria de Saúde do Distrito Federal, estou cedida para o Ministério da Saúde. Atualmente, eu estou lá na Coordenação-Geral de Atenção Especializada, da Saes, junto com o Secretário Mozart Sales. O Secretário Massuda agora é Secretário-Executivo, está ali com a gente também. Estamos lá, a equipe toda. Atualmente, eu estou como coordenadora substituta, trabalhando junto com a Dra. Carmen Moura, que é a Coordenadora-Geral de Atenção Especializada.

Bom, em relação, então... Primeiro, eu queria agradecer a oportunidade de estar aqui, agradecer pelo convite ao Ministério da Saúde e dizer que essa temática para a gente é uma temática superimportante. A gente tem sempre trabalhos e ações que estão em andamento em relação às questões oftalmológicas e à prevenção, tratamento, avaliação, exames, tudo relacionado a questões oftalmológicas.

O Ministério da Saúde tem a Política Nacional de Atenção em Oftalmologia, desde o ano de 2008. Essa política vem, lógico, sendo atualizada, de tanto em tanto, existem atualizações. Ela foi novamente reafirmada - vamos dizer assim - na portaria de consolidação que consolida as políticas do Ministério da Saúde. Então, em 2017, ela foi reafirmada como uma política prioritária. Ela está na portaria de consolidação, e existem, dentro dessa política, várias ações que são realizadas, relacionadas à saúde, vamos dizer, visual da população brasileira.

Especificamente em relação à atenção especializada, que é a área agora lá da Saes, a atenção especializada olha para consultas especializadas, exames, organiza os serviços, coloca critérios para habilitação de serviços, e a gente, então, tem aí serviços habilitados, tanto unidades de atendimento oftalmológico quanto centros de referência em oftalmologia, serviços específicos para tratamento de glaucoma. Então, o Ministério da Saúde, a área especificamente da atenção especializada, se debruça sobre essa questão da especialidade, do especialista, inclusive, oftalmologista, onde ele atende, onde ele fica, como é a regulação de pacientes para que essas pessoas possam ter acesso às consultas.

Então, com o advento do programa Agora Tem Especialistas, que é um programa que está especificamente olhando para a atenção especializada e para essas grandes demandas, redução de filas e tudo. Existe um... Não, existem cinco tipos, na verdade, que foram organizados para cuidados oftalmológicos, especificamente, de avaliação, de consulta e de exames.

Então, isso tem sido, cada vez mais, organizado nos municípios e nos estados, exatamente a fim de que as pessoas que precisam ter acesso tenham condições de ter esse acesso aos serviços, aos especialistas e aos exames necessários para fazer os diagnósticos e tudo isso.

Mas a gente sabe que só o acesso ao oftalmologista, uma vez que já está aí no curso de vida, não é o suficiente para a gente evitar cegueiras e outras enfermidades relacionadas aí à visão. Então, a gente sabe também que é importante ter discussões, por exemplo, junto com as maternidades e a Rede Alyne, no que diz respeito a essa prevenção, a essa detecção precoce.

Então, nas maternidades hoje, um dos testes que é realizado é exatamente o teste do olhinho. O que é isso? É um exame que é feito ali no recém-nascido, nos primeiros dias de vida, exatamente com o intuito de a gente fazer a detecção precoce e poder tratar, se for necessário, o mais rápido possível, essas crianças. A gente sabe a importância que tem a gente fazer essa detecção precoce, e essa discussão precisa ser feita junto aos profissionais das maternidades e na rede toda de saúde, né?

E depois, lógico, como uma das diretrizes, é priorizar as crianças de até 12 anos de idade. Então, quando a gente fala de regular consultas, quando a gente fala de colocar critérios para regular o acesso, a gente precisa priorizar, sim, as crianças. E isso está na diretriz, está na política, e é uma conduta que a gente sempre indica, que os serviços de regulação dos estados priorizem as consultas para as crianças até os 12 anos.

Então, isso também é uma discussão que sempre a gente tem quando a gente vai conversar sobre a regulação, sobre o acesso à oftalmologia, ao especialista. É sempre organizar os critérios de regulação, porque crianças, a gente sabe, tem muitas evidências de que para as crianças, até os 7 anos, principalmente, é o intervalo que a gente tem para poder tratar e evitar, inclusive, complicações futuras e muitas vezes reverter 100% das complicações. Então, é ali aquela janela de oportunidade

que a gente fala. A primeira infância, de novo, na verdade, precisa realmente da nossa atenção, porque ela é uma janela de oportunidade para a gente resolver muitas coisas que podem ser realmente resolvidas ali naqueles primeiros anos de vida e que evitam complicações futuras. Então, quero dizer que a gente tem feito esses diálogos sempre, a gente conversa com os profissionais também relacionados à linha materno-infantil, a Rede Alyne, os profissionais das maternidades sobre o teste do olhinho. E há essa questão da regulação, que está também na atenção especializada, ou seja, os critérios de regulação para consultas oftalmológicas, lembrando que existem os critérios de priorização, e a gente sabe que a infância é um desses critérios. Então, a gente tem que priorizar, sim, consultas para as filas de crianças, principalmente até os 7, mas até os 12 anos de idade, que é o critério que a gente utiliza na infância - a infância vai até os 12 anos.

Então, eu acho que é isso. O ministério tem sempre tentado olhar, é uma política prioritária da gente, a gente tem sempre ações relacionadas a isso. E, bom, eu me coloco à disposição também para outras questões depois, para outros diálogos.

Falar em primeiro é bom e é ruim, é bom porque a gente pode dar esse panorama geral, mas aí é ruim porque depois vão surgir coisas que eu não falei. E aí, se depois eu tiver a oportunidade, de repente, de poder responder também outras questões, eu agradeço.

Obrigada, mais uma vez, Senador, pelo convite e eu estou à disposição.

O SR. PRESIDENTE (Dr. Hiran. Bloco Parlamentar Aliança/PP - RR) - Muito obrigado, Dra. Camila. A razão de nós convidarmos vários expositores é exatamente por isso, que nenhum aqui é dono da verdade absoluta, nós vamos nos completando e, ao final, faremos aí uma rodada para dirimir as dúvidas. É uma coisa que eu já vou deixar aí para a senhora começar a pensar, que a gente precisa colocar a oftalmologia nos núcleos de saúde da família, porque eu não vejo razão para a oftalmologia estar na média e alta complexidade, quando a gente precisa dar acesso às pessoas nas UBS, nos rincões deste país, onde, às vezes, a gente não tem um hospital, mas a gente tem uma UBS. Se a gente colocar oftalmologia lá, eu acho que o acesso ficará mais facilitado e eu acho que isso vai ser uma coisa que vai ser discutida aqui pelos oftalmologistas que estão aqui com a mão na massa, que sabem das dificuldades que nós enfrentamos por falta de acesso a crianças na sua primeira avaliação oftalmológica.

Vou passar... Vou fazer um zigue-zague, vou passar, Dr. Mauro, para o Dr. Victor Pavarino, da Opas, que ele pediu para falar agora. Então, eu vou passar para o Dr. Victor, da Opas, por dez minutos. E, na minha apresentação do Ewesh, eu deixei de registrar que ele é Presidente da Associação Terra Indígena Xingu. Seja muito bem-vindo, querido amigo. Então, passo a palavra para o Dr. Victor Pavarino, por dez minutos.

O SR. VICTOR PAVARINO (Para expor. *Por videoconferência.*) - Bom dia. Estou tentando aqui só fazer o compartilhamento aqui do...

Não estou achando aqui a tela em que eu vou compartilhar.

Só um momento, por favor. (*Pausa.*)

Olha, eu não estou achando a tela aqui, mas eu acho que eu posso falar sem os eslaides. É muito rápido...

O SR. PRESIDENTE (Dr. Hiran. Bloco Parlamentar Aliança/PP - RR) - Fique tranquilo! Você quer que eu passe a palavra para o próximo expositor enquanto você tenta?

O SR. VICTOR PAVARINO (*Por videoconferência.*) - Não, não! Eu posso apresentar sem os eslaides.

O SR. PRESIDENTE (Dr. Hiran. Bloco Parlamentar Aliança/PP - RR) - Muito bem. Então, fique à vontade.

O SR. VICTOR PAVARINO (*Por videoconferência.*) - Não é necessário. É só uma saudação.

Primeiramente, boa tarde, Sr. Presidente, Coordenadora Camila, nossa contraparte no Ministério da Saúde, Dr. Belfort, que nos acompanha aqui, e todos e todas que nos acompanham aí presencial ou virtualmente aqui. Eu agradeço esse convite e eu o faço em nome do Sr. Representante da Opas/OMS no Brasil, Dr. Cristian Morales. E saúdo particularmente a iniciativa por esta audiência, lembrando da importância que a nossa organização empresta para esse tema.

Muito bem, de fato, a deficiência visual para a gente e a cegueira representam um desafio global de saúde pública, considerando que pelo menos 2,2 bilhões, o que a gente estima, de pessoas têm deficiência visual para perto ou para longe, globalmente falando, e, em pelo menos 1 bilhão desses casos - Sr. Presidente, tendo em conta o mote desta audiência -, a deficiência visual poderia ter sido evitado ou ainda precisa ser tratada. E o custo global anual, que a gente estima, da perda de produtividade - só para a gente ter uma ideia - da deficiência visual é de US\$411 bilhões, algo como R\$2,11 trilhões, que é algo que vai aí para cerca de 20% do nosso PIB.

Muito bem, mas eu acho que um aspecto que vale a gente considerar aqui e ressaltar é a questão da iniquidade e da desigualdade no acesso que a gente tem. A OMS estima que duas em cada três pessoas em países de baixa renda precisam

de óculos, mas não têm acesso a esses óculos, e, globalmente, uma de cada duas pessoas que precisa de cirurgia de catarata não tem acesso a esse procedimento. E a prevalência da deficiência visual para longe é estimada em mais ou menos quatro vezes maior em regiões de baixa e média renda do que em regiões de alta renda, globalmente falando.

E aqui na região das Américas, onde a gente atua, particularmente na nossa América Latina e no Caribe, os dados confirmam muito que a cegueira e a deficiência visual ocorrem nas áreas rurais e periféricas. Só na nossa região, aproximadamente 21% das pessoas com erro refrativo ainda apresentam necessidade não atendida de óculos, especialmente população rural, populações indígenas e de baixa renda. E, em crianças pequenas, particularmente, a deficiência visual grave e irreversível de início precoce pode afetar ainda o desenvolvimento motor, linguístico, emocional, social, cognitivo, entre outros. Já em adultos, a deficiência visual pode reduzir a qualidade de vida, está associada a um menor emprego e maiores taxas que a gente tem de depressão e ansiedade. E, em pessoas idosas, particularmente, pode contribuir para o isolamento social, para dificuldade para caminhar, para o maior risco de quedas e fraturas, que é outro problema grave que a gente tem tido com a transição epidemiológica, e para uma maior probabilidade de entrada precoce em instituições de cuidado.

Em muitos países que a gente vê aqui, a gente estima que para cada 1 milhão de habitantes a gente tem cerca de 5 mil cegos e 20 mil deficientes visuais. E pelo menos dois terços desses casos são devidos a causas, como foi dito, tratáveis, como catarata, defeito refrativo, retinopatia diabética, cegueira infantil, glaucoma, oncocercose e tracoma.

E nós entendemos aqui que, para reduzir a cegueira e a deficiência visual, a gente precisa aumentar o acesso aos serviços de atenção oftalmológica e fortalecer os serviços públicos nas áreas mais pobres de cada país. E o acesso a cuidados com a visão pode reduzir bastante a deficiência visual e os erros de refração ao longo do curso de vida.

E eu colocaria, finalmente, que a estratégia central que a gente tem pela OMS e pela Opas, de uma forma bem resumida, é promover o cuidado ocular integrado e centrado nas pessoas. Isso vai incluir apoio aos países, monitoramento das metas globais com que a gente se comprometeu, fortalecimento de capacidades, análise da situação dos serviços e implementação da iniciativa Specs 2030, que é, de forma também resumida, uma estratégia que a Opas e a OMS têm para ampliar o acesso equitativo à saúde ocular e aos serviços de correção visual. O Specs, também de forma bem resumida - depois a gente pode compartilhar com vocês -, vai focar nestas cinco áreas prioritárias de ação até 2030, e aqui, na nossa região das Américas, a iniciativa vai buscar especialmente, primeiro, integrar a saúde ocular à atenção primária à saúde, fortalecer a formação e distribuição da força de trabalho especializada, expandir o acesso a óculos e outros serviços de correção visual a preços acessíveis, melhorar o sistema de vigilância e de monitoramento da saúde ocular e, por fim, também promover a conscientização e educação para a prevenção da perda visual evitável.

Era isso.

Eu agradeço muito este convite.

E reforço aqui a nossa disposição e disponibilidade de contribuir para este tema tão importante.

Muito obrigado.

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

Passo em seguida a palavra ao Dr. Mauro Goldbaum, que é o Secretário Geral do Conselho Brasileiro de Oftalmologia, representando aqui a nossa Presidente do Conselho Brasileiro, a Dra. Maria Auxiliadora.

E também já faço uma saudação carinhosa, pois já estou vendo aqui que o meu querido amigo Rubens Belfort já está aí *online* nos acompanhando. Mando um abraço. Você será o próximo expositor depois do Dr. Mauro. Um grande abraço, meu querido amigo Rubens.

Mauro, por favor.

O SR. MAURO GOLDBAUM (Para expor.) - Bom, boa tarde.

Primeiramente, queria dar boa tarde para todos que estão presentes ou virtualmente assistindo aqui à sessão.

Queria dar os parabéns ao Senador Hiran pela iniciativa e os parabéns a todos os colegas aqui da mesa, os que já apresentaram e os que vão ainda apresentar.

O tema é "Cegueira evitável no Brasil: uma responsabilidade compartilhada".

Estou aqui em nome do Conselho Brasileiro de Oftalmologia, Presidente Maria Auxiliadora Frazão. Não tenho nenhum conflito de interesse, a não ser querer, voluntariamente, trabalhar no aperfeiçoamento, na promoção da saúde ocular da população.

Eu achei o título desta sessão - Cegueira evitável no Brasil: uma responsabilidade compartilhada - bastante apropriado, me lembrou dos eslaides que a gente tem apresentado há um tempo pela Sociedade Brasileira de Retina e Vitreo e pelo Conselho Brasileiro de Oftalmologia. Quando a gente apresenta para as agências reguladoras, a gente coloca a tônica na saúde ocular dos pacientes e no equilíbrio do sistema de saúde. E a gente geralmente apresenta esse eslaide, onde a gente reconhece que, no fundo, apesar de o paciente ser o beneficiado último ou o principal das nossas ações, todos os envolvidos no sistema de saúde têm que ter um cuidado, entender que o principal é a gente conseguir manter o sistema de saúde o mais sustentável possível.

De novo, uma das missões do CBO é promover e aperfeiçoar a saúde ocular da população.

E aqui eu trouxe o que a gente tem feito, não que, obviamente, todos os problemas da saúde ocular da população estejam resolvidos, mas eu trouxe o que o CBO tem feito no momento em relação a políticas públicas. A ideia é trabalhar com todos os envolvidos, todas as agências e organismos, órgãos que fazem parte desse sistema de saúde. Então, a gente participa da revisão dos protocolos clínicos de diretrizes terapêuticas, como retinopatia diabética e glaucoma; criação de documentos de triagem ocular neonatal e reabilitação visual, como foi colocado pela Camila; o programa de rastreio de triquíase tracomatosa; atuação junto ao Conass e Conasems; e a criação do protocolo das ofertas de cuidado integrados.

Temos trabalhado, novamente, em parceria com os dez conselhos regionais de medicina, a Associação Médica Brasileira e o Conselho Nacional de Justiça, com quem temos inclusive uma parceria numa campanha social para o atendimento da população em situação de rua; acordos de cooperação técnica com o Ministério da Saúde; e discussão de linhas de cuidados em oftalmologia.

Quais são as principais demandas oftalmológicas? A gente tem as doenças prevalentes, urgências ou doenças específicas, o atendimento a populações vulneráveis. E, basicamente, as doenças prevalentes são os erros refracionais e catarata, como já foi colocado; glaucoma e retinopatia diabética também são as questões prevalentes no SUS; descolamento de retina e retinoblastoma são urgências ou doenças, assim, mais específicas e mais raras; e populações vulneráveis: infantil, indígenas, situação de rua, como já foi colocado.

Essa é a capa de um livro que foi publicado três anos, dois anos e meio atrás no congresso anual do Conselho Brasileiro de Oftalmologia, pelo Prof. Marcos Ávila. Ele coloca aqui um apanhado da situação da oftalmologia naquele ano. Então, o principal problema: erros refracionais, lembrando que, no Brasil, a refração é um ato médico. Éramos cerca de 22 mil médicos oftalmologistas e, em 2024, foram quase 28 milhões de consultas oftalmológicas: 12,5 milhões no SUS, 15 milhões na saúde suplementar.

A gente precisa demais, mas isso vem crescendo e melhorando progressivamente. Cirurgia de catarata também é uma questão fundamental. Em 2024, foram quase 2 milhões de cirurgias. Juntando o SUS e a saúde suplementar, dá uma taxa de quase 900 cirurgias a cada 100 mil habitantes, o que coloca a gente mais ou menos no patamar da Itália, Reino Unido, Portugal, Turquia e Israel.

Em relação ao glaucoma, a gente fazia anualmente a campanha 24 Horas pelo Glaucoma, era uma campanha de um dia, mas virou, neste ano, 24 Dias pelo Glaucoma. Foi quase um mês de atividades intensas, incluindo uma audiência pública aqui no Senado - a gente vê audiência com o Senador Hiran aqui embaixo -, uma ação de atendimento na Câmara dos Deputados, 23 ações de conscientização e atendimento, 106 parcerias institucionais, mais de 3 mil matérias na mídia de consciência e conscientização da população.

Retinopatia diabética. Eu faço área de retina, tenho especial carinho por isso. A gente participou das discussões e feitura dos protocolos, tanto no SUS como na saúde suplementar. A gente também tem a campanha 24h pelo Diabetes, que a gente faz já há cinco, seis anos. É um dia de intensas ações, tanto um programa na internet como mutirões de atendimento de pacientes diabéticos em todos os estados da Federação. O principal, talvez o pioneiro, é esse de Itabuna, que já, há dois anos, completou 20 anos, e essas iluminações de monumentos nacionais - o glaucoma era verde; o diabetes é azul.

Passando para as doenças específicas. O retinoblastoma é uma doença importante. Essa ONG de Olho nos Olhinhos tem nos auxiliado no atendimento e triagem de doenças que possam vir a ter esse retinoblastoma, que é doença mais grave.

Pequenos Olhares, que é uma campanha que a gente faz anualmente durante o Congresso da Sociedade Brasileira de Oftalmologia e, aqui no fundo, é uma ação muito bonita, mas obviamente não chega, nem de perto, a remediar o problema da refração. Mas eu acho que é simbólico e, como bem pontuou o Senador Dr. Hiran, a gente precisa de uma solução mais oficial, não mutirões, não campanhas, e essa solução passa pelo acesso, pela participação da oftalmologia na atenção primária da população.

O trabalho junto à Secretaria Especial de Saúde Indígena (Sesai), a International Agency for the Prevention of Blindness (IAPB)...

E aqui a campanha da população em situação de rua, que a gente faz, em conjunto com o Conselho Nacional de Justiça. Neste ano já foram cinco, seis campanhas. A gente tem mais uma, que vai ser no fim de semana que vem, em Aracaju.

E, de novo, no fundo, tudo isso para dizer que o Conselho Brasileiro de Oftalmologia se coloca à disposição para qualquer ação que possa ajudar a promover ou aperfeiçoar a saúde ocular da população. Estamos aqui, realmente, para ajudar e, se tiver alguma questão, será um prazer responder.

Muito obrigado.

Parabéns, novamente, ao Senador Dr. Hiran.

O SR. PRESIDENTE (Dr. Hiran. Bloco Parlamentar Aliança/PP - RR) - Muito obrigado, querido Dr. Mauro, meu querido colega, que está sempre nos prestigiando aqui, com os seus conhecimentos e com a sua presença. Transmita à Diretoria do CBO o nosso respeito.

E passo, em seguida, a palavra ao meu querido amigo Dr. Rubens Belfort Mattos Junior, que é uma referência mundial em oftalmologia e, para a minha sorte, é meu amigo há muito tempo.

Seja muito bem-vindo!

O SR. RUBENS BELFORT MATTOS JUNIOR (Para expor. *Por videoconferência.*) - Obrigado, obrigado.

Bom, antes de passar para a parte formal, muito obrigado, Dr. Hiran. Dizem que a melhor coisa do amigo é que o amigo escolhe e é escolhido. Então, fico muito feliz de ter sido escolhido também, porque eu o conheço e o respeito há muito tempo.

Mas, agora, de maneira mais oficial, eu queria agradecer muito ao Senador Dr. Hiran por esse convite, que serve também para demonstrar o meu apreço e o da Academia Nacional de Medicina pelo seu trabalho, não apenas em favor da oftalmologia, mas em favor da saúde e da medicina neste país.

É importante lembrar, relembrar e comemorar o papel fundamental que o Senador Dr. Hiran teve, juntamente com o apoio do Senador Astronauta, para valorizar o papel do médico, e a tentativa de, pelo menos, controlar essa invasão enorme de faculdades de Medicina que, de maneira descontrolada, estão contribuindo para piorar a nossa medicina e a saúde da população.

Então, quando eu comentei com o Presidente da Academia Nacional de Medicina, Prof. Antonio Nardi, o convite para poder representar a academia aqui - e obter autorização dele -, ele fez questão que eu também lhe agradecesse, oficialmente, em nome da academia, pelo seu trabalho.

Mais especificamente, em relação à oftalmologia... Nossa, eu o conheço há muito tempo, quando o senhor ainda era Deputado no primeiro mandato e já demonstrava uma incrível liderança e capacidade de trânsito no Congresso Nacional. O Dr. Hiran é oftalmologista, grande líder político; ele é oftalmologista de sala de cirurgia e também de campanhas de acesso e uso da melhor oftalmologia em benefício da população, e numa região do Brasil tão importante, uma região do Brasil onde nós não apenas temos que ensinar, mas aprender.

O trabalho que o Dr. Hiran faz em Roraima... Com a família, né? Aí está apresentada à esquerda dele, uma das muitas... Ele tem uma geração de oftalmologistas brilhantes! O que ele faz é exemplar e é uma maneira de mostrar para a Região Centro-Oeste do Brasil, Sudeste e o sudoeste do Brasil o que pode ser feito.

Achei muito interessante também a participação e os comentários do Dr. Victor, porque abrangeram uma coisa muito importante. Quando o Dr. Frank Hida me pediu para participar aqui, ele explicou o que a IAPB (Agência Internacional de Prevenção de Cegueira) pretende com essa campanha mundial: mostrar para a sociedade que vale a pena investir na visão, vale a pena investir no controle da cegueira e da morbidade ocular, inclusive do ponto de vista econômico. E, quando você junta uma IAPB e o Congresso Nacional, com a liderança do Dr. Hiran, você vê que isso é possível.

E aí, então, o Frank Hida me falou: "Olha, ponha a pauta nesse sentido". Quando a gente participa numa reunião dessa, é muito importante a gente saber qual é a pauta, porque o assunto é tão grande. E segundo: quem vai ouvir? Bom, eu acho que a pauta está estabelecida: vale a pena a gente investir na saúde ocular? É uma questão só de caridade? É uma questão de solidariedade humana ou também de aporte naquilo que vai reverter em benefício financeiro da sociedade? E a resposta é: eu acho que sim. Sem dúvida nenhuma, isso existe. Quando o Senador Dr. Hiran comentou aqui a respeito do núcleo de saúde familiar, ele já resolveu uma pauta minha, que era justamente nesse sentido. Não é apenas em Roraima, mas em São Paulo, em Vila Mariana, e mais ainda nas periferias da cidade de São Paulo, Dr. Hiran. O senhor sabe que, provavelmente, é pior que muita região de Roraima. É extremamente necessário que a gente coloque oftalmologista nesse núcleo da saúde familiar.

Oftalmologia não é atenção terciária; muitas vezes, não é nem secundária. E não é mais, felizmente, a questão de colocar um oftalmologista em cada esquina, mas é colocar a oftalmologia em cada esquina e a oftalmologia em cada médico, através da tecnologia moderna.

Então, a tecnologia moderna, os algoritmos de inteligência artificial e a teleoftalmologia bem desenvolvida são a maneira de fazer com que as equipes de saúde primária possam ter o apoio do oftalmologista no acesso mais adequado, no encaminhamento mais rápido e no resultado, portanto, melhor.

O custo da cegueira, o custo da doença ocular é enorme. Eu gostei quando a enfermeira... Esqueci seu nome. Desculpe-me. A enfermeira do Ministério da Saúde comentou muito bem a questão da criança, e é lamentável o que acontece com as crianças, no Brasil, em relação à oftalmologia, porque a criança não é valorizada.

A cidade de São Paulo - é um exemplo que eu acho que repercute em todo o Brasil - tem uma enorme carência de hospitais que aceitam criança para oftalmologia. O assédio, o *bullying* da criança com estrabismo é brutal. "Olha o vesguinho, olha o vesguinho, olha o vesgo...". E a criança pode até ter o médico, mas não tem o local para ser operada, porque os hospitais não têm condição, não existe uma remuneração adequada, não existe número de hospitais que possam prover aquilo que os conselhos regionais exigem que é de segurança. Então, a criança não é valorizada.

A gente esquece que a criança não é os primeiros anos de vida. A criança, como criança, vai até a puberdade, vai até a adolescência.

A criança precisa ser mais valorizada como investimento, para que vire um cidadão bom, um cidadão que seja útil para a sociedade, inclusive do ponto de vista econômico.

Então, sem dúvida nenhuma, este tipo de reunião é muito importante.

Eu queria novamente lembrar: quando eu digo que não é colocar um oftalmologista em cada esquina, porque oftalmologista não é *office boy*, não é auxiliar de escritório; oftalmologista é um profissional extremamente bem-educado, de longo preparo, e que, portanto, não pode ser condenado a realizar tarefas precárias, tarefas mal pagas, tarefas em que ele acaba sendo desperdiçado. Oftalmologista tem que estar dentro da equipe de saúde, na posição para a qual ele foi preparado, exercendo a sua liderança natural. E, para isso, é necessário não apenas ter os algoritmos e tecnologia moderna, ao que já me referi, mas também recursos humanos adequados.

E aí eu queria lembrar também uma pauta importante, que vem sendo, felizmente, de sucesso no Brasil - ao contrário de outros países, que estão cada vez mais complicados: é que nós, felizmente, não temos os optometristas atrapalhando muito, como em outras sociedades.

Eu falo isso não porque eu seja contra o optometrista em si, mas porque a optometria, que teve origem há cerca de 200 anos, foi totalmente superada pelo avanço da medicina, o avanço da tecnologia. E nós não precisamos de mais profissionais de nível superior, porque os oftalmologistas que temos, com o auxílio de técnicos médios e algoritmos modernos, têm todas as condições para desenvolver o que é necessário, sem haver desperdício de recursos, inclusive na educação de profissionais, que vão estar aquém do que a sociedade precisa.

Queria lembrar então, técnicos médios, de nível médio, trabalhando integrados ao oftalmologista, aplicando recursos modernos de tecnologia, podem, sim, facilitar muito, muito o acesso. Isso é o que se fala muito já na Europa, se fala muito na Escandinávia, e fortalecer o acesso de novas maneiras é fundamental.

Nós só iremos resolver os problemas de saúde geral, não é apenas de oftalmologia... E aí, eu acho que eu posso falar ouvindo e vivenciando a Academia Nacional de Medicina por mais de 20 anos, apresentando e usando as tecnologias mais modernas.

A Academia Nacional de Medicina existe há praticamente 200 anos, e um dos objetivos é tratar de ajudar o Governo, os gestores a desenvolver a melhor medicina. E eu acredito que, então, essa possibilidade que nós temos junto ao Governo, com a ajuda de lideranças como o Dr. Hiran, de estabelecer comitês mais permanentes junto ao Ministério da Saúde, exercendo o papel forte da sociedade, em programas que sejam mais de Estado do que de Governo, vai ajudar muito a sociedade.

Dr. Hiran, mais uma vez, muito obrigado também, em nome da Academia Nacional de Medicina, pela sua liderança tão necessária para o país.

O SR. PRESIDENTE (Dr. Hiran. Bloco Parlamentar Aliança/PP - RR) - Muito obrigado, querido amigo, Prof. Rubens Belfort. Eu agradeço as palavras bondosas que você proferiu a meu respeito, e vou colocar isso no crédito da nossa amizade. Mas esse evento aqui fica muito honrado com sua presença, porque você é um oftalmologista de um conhecimento abrangente, um conhecimento maior que o Brasil. E, quando a gente fala sobre Roraima, a gente não fala sobre Boa Vista,

sobre Caracará, sobre os municípios de Roraima, a gente fala, por exemplo, de Toototobi, Balawaú, Demini, onde você conhece muito bem, porque fez trabalho lá, em relação a uma patologia que muitas pessoas não conhecem, que se chama cegueira dos rios, que é a oncocercose, e lá nós temos a maior área endêmica de oncocercose das Américas, que já foi objeto de trabalho do seu serviço, e você conhece muito bem.

Eu fico muito feliz de receber essa homenagem que você me presta, porque você, inclusive, é o orientador... É de doutorado ou de mestrado? Você vê que eu já inspirei até minha ex-esposa, né, Rubinho? Então, você que é o orientador dela, e ficamos muito honrados, a nossa família, de você passar essa orientação para alguém que vai prestar serviço lá no nosso Estado de Roraima, porque está todo mundo indo para lá. Acabei de formar mais dois - viu, Rubinho? - que certamente vão passar por você no futuro.

Eu quero passar aqui a palavra agora ao Presidente da Associação da Terra Indígena Xingu, Ewésh Waura - eu não consigo falar o nome dele direito.

Desculpe-me, deu certo agora? *(Pausa.)*

Muito bem.

Seja muito bem-vindo.

O SR. EWÉSH YAWALAPITI WAURA (Para expor.) - Muito obrigado, Dr. Hiran.

Boa tarde a todas e a todos. Eu me chamo Ewésh Yawalapiti Waura. Eu sou indígena do povo iawalapiti uaurá, da Aldeia Yawalapiti, do Alto Xingu, Advogado e Presidente da Associação da Terra Indígena Xingu, que representa 16 povos indígenas do território do Xingu.

Falo hoje em nome das comunidades indígenas do território indígena do Xingu. Um território que reúne, como eu falei, 16 povos, distribuídos em dezenas de aldeias. Hoje são quase 200 aldeias no território, em que vivem milhares de pessoas que compartilham o mesmo desafio: fazer com que o direito constitucional à saúde realmente chegue ao território.

Quero iniciar agradecendo à Comissão de Assuntos Sociais pela oportunidade de participar desta audiência pública. Agradeço por reconhecer que os povos indígenas precisam estar presentes neste espaço, discutindo políticas públicas sobre a saúde. Não é possível construir as soluções para o Brasil sem ouvir quem vive em realidades tão diferentes das grandes cidades. Hoje eu quero falar sobre um problema que afeta diretamente o nosso povo, a dificuldade de acesso à saúde ocular.

Para muitas pessoas, enxergar é algo natural. Para muitas famílias do Xingu, infelizmente, isso ainda é um privilégio. Nós convivemos com crianças que apresentam dificuldade para aprender, porque não conseguem enxergar adequadamente. Muitas sequer sabem que possuem algum problema visual; convivemos com adultos que têm sua capacidade de trabalhar reduzida, porque a visão vai diminuindo ao longo dos anos; e convivemos com idosos que, depois de uma vida inteira dedicada às suas comunidades, perdem gradativamente sua autonomia, porque não conseguem mais enxergar para realizar atividades simples do cotidiano. O mais doloroso ainda é saber que grande parte desses casos poderia ser evitada ou tratada se o atendimento chegasse no momento certo.

A Constituição Federal garante aos povos indígenas o direito à saúde diferenciada, o Sistema Único de Saúde também garante esse direito, mas, para quem vive nas aldeias do Xingu, esse direito ainda encontra enormes barreiras para sair do papel. O acesso ao atendimento oftalmológico é extremamente limitado. Quando uma pessoa precisa de uma consulta especializada, normalmente precisa ser encaminhada para municípios distantes ou até para centros maiores. Isso significa dias de deslocamento, longas viagens de barco, por estrada, afastamento da família e da comunidade e, muitas vezes, meses de espera pela regulação.

Em alguns casos, quando finalmente a consulta acontece, surge outro problema: o médico prescreve os óculos, mas a família não consegue comprá-los. Para muitas famílias indígenas, o custo de um par de óculos simplesmente não cabe no orçamento. Na prática, a consulta acontece, o diagnóstico acontece, mas o tratamento não se completa. Isso significa que o direito continua incompleto.

Quero compartilhar uma realidade que se repete no nosso território. Em diversas ocasiões, pessoas só conseguiram realizar exames de vista ou receber óculos porque organizações da sociedade civil desenvolveram projetos específicos dentro das aldeias. Essas iniciativas mudaram vidas: crianças voltaram a estudar melhor, idosos recuperaram parte da autonomia, adultos voltaram a desempenhar suas atividades com segurança.

Essas experiências mostram que levar atendimento oftalmológico até os territórios indígenas funciona, mas também revela outra realidade: quando o projeto termina, o atendimento termina junto. Não existe continuidade, não existe uma política pública permanente que garanta esse cuidado, e é justamente isso que precisa mudar. Não podemos depender exclusivamente da boa vontade de organizações não-governamentais para garantir um direito fundamental.

As organizações da sociedade civil têm desempenhado um papel extremamente importante, desenvolvendo soluções inovadoras e chegando aonde, muitas vezes, o Estado ainda não conseguiu chegar. Essas experiências precisam ser reconhecidas, precisam ser valorizadas, e, principalmente, precisam inspirar políticas públicas permanentes. O Estado brasileiro pode aprender com essas iniciativas e incorporá-las ao Sistema Único de Saúde, porque o direito à saúde não pode depender da existência de um projeto temporário; ele precisa ser permanente.

Nós ouvimos falar da campanha Agora Tem Mais Especialistas. Essa iniciativa representa um avanço importante, mas nós também fazemos algumas perguntas: como essa estratégia alcançará efetivamente os territórios indígenas? Ela chegará às aldeias mais distantes? Terá continuidade nos próximos anos ou será apenas uma ação pontual? Para nós, essas respostas são fundamentais.

Quando se afirma que milhões de brasileiros poderão apresentar perda da visão nos próximos anos, os povos indígenas fazem parte dessa realidade. Entretanto, muitas vezes, permanecemos invisíveis nas estatísticas. Ainda conhecemos muito pouco sobre a situação da saúde ocular dentro dos territórios indígenas. Sem diagnóstico adequado, sem dados e sem monitoramento, torna-se ainda mais difícil construir políticas públicas eficientes.

Por isso, gostaríamos de apresentar algumas propostas.

Primeiro, é necessário descentralizar a atenção oftalmológica. Precisamos aproximar os serviços especializados nas regiões onde vivem os povos indígenas. Isso pode ocorrer por meio de unidades móveis, mutirões periódicos, telemedicinas e fortalecimento da atenção primária, sempre respeitando a realidade de cada território.

Segundo, é preciso reduzir o tempo de espera na regulação. Quem mora em uma aldeia distante não pode esperar meses ou anos para realizar um exame simples. O acesso precisa ser mais rápido, mais eficiente e mais humanizado.

Terceiro, os povos indígenas devem participar da construção das políticas públicas desde o início, não apenas como beneficiários, mas como parceiros. Nós conhecemos nosso território, conhecemos nossas dificuldades, conhecemos nossas formas próprias de organização. Esse conhecimento precisa fazer parte das decisões.

E, quarto, é indispensável garantir financiamento permanente para a saúde ocular indígena, não apenas para consultas, mas também para exames, cirurgias, aquisição e distribuição de óculos, capacitação de profissionais indígenas, fortalecimento dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas e ampliação da infraestrutura necessária para que esse atendimento aconteça de forma contínua. A saúde ocular não pode depender de projetos temporários, ela precisa ser uma política de Estado.

Também gostaria de destacar outro aspecto muito importante. Nós, povos indígenas, possuímos conhecimentos tradicionais sobre cuidado, prevenção e promoção da saúde. Esses conhecimentos não substituem a medicina especializada, mas também não podem ser ignorados. O caminho é a parceria, é construir soluções em conjunto, respeitando a ciência, respeitando os conhecimentos tradicionais e respeitando a autonomia dos povos indígenas.

Sabemos que o Brasil participará do Global Summit for Eye Health ainda este ano. Esperamos que o país apresente ao mundo não apenas compromissos internacionais, mas também compromissos concretos com os povos indígenas brasileiros, que possa dizer que está fortalecendo o SUS nos territórios indígenas, que está ampliando o acesso aos especialistas, que está reduzindo desigualdades, que está garantindo atendimento permanente e que está assegurando que nenhuma criança indígena deixe de aprender porque não enxerga; que nenhum adulto deixe de trabalhar por falta de tratamento; e que nenhum idoso perca sua autonomia por ausência de acesso aos cuidados necessários.

A saúde ocular vai muito além dos olhos; ela representa dignidade, educação, autonomia, trabalho, qualidade de vida e respeito aos direitos humanos. O território indígena do Xingu está disposto a construir essas soluções junto com o Estado brasileiro. Queremos ser ouvidos, queremos participar e queremos contribuir, porque nós não queremos privilégios, queremos apenas que o direito garantido pela Constituição alcance também quem vive nas aldeias.

Muito obrigado pela oportunidade. Que esta audiência seja um acesso importante para que os povos indígenas também possam enxergar com dignidade o seu presente e o seu futuro! Muito obrigado.

O SR. PRESIDENTE (Dr. Hiran. Bloco Parlamentar Aliança/PP - RR) - Muito obrigado, Dr. Ewésh. Agora eu vou falar o nome certo. Falei certo, Ewésh?

O SR. EWÉSH YAWALAPITI WAURA (*Fora do microfone.*) - Sim.

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

E, olha, você falou em Distrito Sanitário Especial Indígena, Doutor. Só a título de curiosidade, o senhor sabe que eu fui Superintendente da FNS quando a atribuição à saúde indígena estava dentro da Cosai (Coordenação de Saúde Indígena) da FNS.

E, nos idos de 1988, eu recebi uma missão de estruturar o primeiro distrito sanitário especial indígena do Brasil, que eu acho que o senhor sabe que foi o Distrito Sanitário Especial Indígena - Yanomami, e foi um grande trabalho a gente criar um núcleo de atenção, onde hoje são 37 polos de base dentro da reserva - uma reserva de 9,4 milhões de hectares, maior que Portugal - e foi um grande desafio.

Então, realmente, a nossa atenção à saúde ocular é muito assimétrica, mas, para que o senhor não fique tão triste, aqui no Distrito Federal alguém que mora aqui na capital do país, ainda, às vezes, espera dois a três anos para fazer uma cirurgia de catarata no SUS. Então, nós precisamos realmente - claro, todos nós, isso é um trabalho da sociedade, do Governo, das nossas sociedades de especialidade - dar mais acesso às pessoas.

A questão da oftalmologia na atenção primária sempre foi uma luta. Eu tenho um projeto de lei aqui, desde quando eu cheguei como Deputado Federal, para tentar implantar isso no nosso país, porque, quando a gente não dá acesso à oftalmologia na primeira infância, a gente negligencia algumas coisas - eu não vou me antecipar, senão eu vou ser chamado a atenção pelos que ainda vão falar -, mas a gente termina negligenciando alguns casos de cegueira que poderiam ser muito preveníveis num exame benfeito por um oftalmologista.

Então, está de parabéns aqui todo mundo que expôs, e espero que nós possamos sair daqui com propostas viáveis e adequadas para que realmente a gente possa aumentar o acesso à atenção ocular do nosso povo, principalmente na atenção primária.

Eu vou passar, em seguida, a palavra à Dra. Louise Christina Gonçalves Vasconcelos, Presidente da Sociedade Brasileira de Oftalmologia para a Região Norte do nosso país.

Dra. Louise, por favor.

A SRA. LOUISE CHRISTINA GONÇALVES VASCONCELOS (Para expor.) - Senhoras e senhores autoridades, boa tarde.

É uma grande honra participar deste momento, promovido sob a liderança do Senador Dr. Hiran, que é médico oftalmologista e um Parlamentar tão engajado, que conhece profundamente os desafios da saúde ocular brasileira. A atuação demonstra que é possível a gente unir conhecimento científico, experiência clínica e o compromisso com as políticas públicas em benefício da população.

Eu trago uma saudação também da Sociedade Brasileira de Oftalmologia, que é a nossa SBO, uma entidade centenária que, desde a sua fundação, em 1922, já há mais de um século representa os oftalmologistas brasileiros, promove também educação médica continuada, incentiva a pesquisa clínica e trabalha diariamente também pela defesa da visão e da saúde ocular da nossa população, e a qual eu tenho a honra de estar hoje representando aqui.

Nós estamos então aqui reunidos para discutir um tema que ultrapassa a esfera da medicina. A cegueira evitável é uma questão de saúde pública, uma questão de desenvolvimento social, de inclusão e de dignidade humana. As projeções mostram que mais de 28 milhões de brasileiros podem apresentar perda significativa da visão até 2030, se nós não ampliarmos as estratégias de prevenção, diagnóstico e de tratamento.

Ao mesmo tempo, nós sabemos que existe uma mensagem que é positiva: 90% dessas causas poderiam ser prevenidas, tratadas ou reabilitadas se nós fizermos isso em tempo hábil. Isso significa, então, que milhões de brasileiros não precisam perder a visão, mas, para isso, se exige ação, e essa ação precisa ser compartilhada. Essa responsabilidade é compartilhada entre o poder público, os profissionais de saúde, as universidades, as sociedades médicas, a iniciativa privada e toda a sociedade civil.

Entre todas as doenças oculares, eu gostaria aqui de fazer menção e destacar duas em especial, pelas quais eu também tenho um carinho, que são o glaucoma e a ambliopia.

O glaucoma é conhecido como o ladrão silencioso da visão. Isso quer dizer que as pessoas perdem a visão sem estar percebendo no início, sem sintomas, e que, quando isso é percebido pelo paciente, às vezes nós já estamos num estágio muito avançado de lesão ao nervo óptico, que torna isso uma cegueira irreversível.

O glaucoma também permanece hoje, tanto no mundo como no Brasil, como uma das principais causas de cegueira. Mas eu também gostaria de chamar a atenção para a ambliopia, que popularmente é conhecida como olho preguiçoso. É a maior causa de deficiência visual em crianças e, quando não é diagnosticada e tratada durante o período do desenvolvimento visual, ela pode deixar uma perda permanente na visão.

O impacto da ambliopia vai muito além da infância. Uma criança que não recebe esse tratamento adequado pode carregar essa limitação por toda a vida, com repercussão tanto no estudo, no aprendizado, na qualificação profissional, na inserção no mercado de trabalho e até na aptidão para algumas profissões.

Essas doenças representam um custo social e econômico gigantesco. Mas a gente também tem a boa notícia de que, tanto no glaucoma quanto na ambliopia, o diagnóstico precoce transforma vidas. O glaucoma pode ser controlado, porque nós dispomos de tecnologias, de exames modernos, de medicamentos eficazes, de *laser*, e de técnicas cirúrgicas que são cada vez mais seguras para preservar a visão por toda a vida. E a ambliopia pode ser manejada e tratada com tratamentos com custo muito barato, com custo baixo e muito eficazes.

Então, o verdadeiro desafio não é a falta de conhecimento científico ou de conhecimento técnico. O desafio é fazer com que esse conhecimento alcance realmente quem mais precisa. Precisamos enfrentar as desigualdades regionais no acesso da saúde ocular. Como já foi falado aqui, nós temos um país com dimensões continentais e o acesso ao oftalmologista ainda é um enorme desafio em muitas regiões. Longas distâncias, barreiras geográficas, a distribuição desigual dos oftalmologistas e limitação na oferta de serviços retardam o diagnóstico e o tratamento. O lugar onde uma pessoa vive não pode definir se essa pessoa enxerga. Promover a equidade no acesso à saúde ocular, além da universalidade, da integralidade, que são princípios básicos do SUS, é um dever do Estado, mas também um compromisso de todas as sociedades.

Nós precisamos ampliar o acesso ao diagnóstico precoce, fortalecer a atenção primária, reduzir as filas para as consultas especializadas e incorporar as tecnologias que são baseadas em evidência científica, e promover campanhas, que sejam permanentes, de conscientização da população. Conforme foi falado aqui, nós temos projetos de glaucoma, por exemplo, mas esse projeto quicá está em todos os estados da nossa Federação. Então, nós precisamos, sim, falar de equidade, de integralidade, de universalidade.

Investir em prevenção da cegueira não representa apenas um benefício para o paciente, representa uma economia para o sistema de saúde, para a redução de aposentadorias precoces, para a preservação da autonomia das pessoas idosas e para maior produtividade e qualidade de vida para milhões de famílias brasileiras.

Cada caso de cegueira evitado significa uma pessoa que continuará trabalhando, dirigindo, provendo para a sua família de forma independente.

A Sociedade Brasileira de Oftalmologia acredita que nenhuma instituição consegue inventar esse desafio sozinha; por isso, nós estamos aqui para somar e construir pontes, construir pontes entre a ciência e as políticas públicas, a pesquisa e a assistência, os especialistas e a população, o conhecimento e a prevenção, as nossas sociedades médicas e a sociedade civil. Então, nós reafirmamos hoje, aqui, a nossa disposição permanente de colaborar tecnicamente com o Senado Federal, com o Ministério da Saúde, com os gestores estaduais e municipais e com todas as instituições que estiverem comprometidas com a saúde ocular dos brasileiros.

A SBO coloca à disposição toda a sua experiência científica, os seus especialistas e a sua tradição, para contribuir com a construção de políticas públicas cada vez mais eficientes, sustentáveis e baseadas em evidências disponíveis.

Quero encerrar renovando meus cumprimentos aqui, em meu nome e no do nosso Presidente recém-eleito da Sociedade Brasileira de Oftalmologia, Dr. Emílio Suzuki, e ao Senador Hiran, pela sensibilidade em trazer esse tema para o centro do debate nacional.

Quando falamos em visão, nós falamos em preservar oportunidades e, acima de tudo, em garantir que milhões de brasileiros possam continuar enxergando o futuro. Então, que este encontro aqui se transforme em um marco para fortalecer essa aliança contra a cegueira evitável. A SBO estará, como sempre, pronta para caminhar ao lado na construção desse futuro.

Mais uma vez, Senador Hiran, muito obrigada. Receba o reconhecimento da SBO por conduzir esta discussão em um momento tão decisivo para o futuro da saúde ocular do Brasil.

Muito obrigada.

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

Eu vou pedir licença ao meu querido amigo Frank Hida para prestigiar o nosso controle social, aqui representado pelo César Achkar, que está aqui presente, da Retina Brasil. Ele está sempre aqui defendendo políticas públicas que defendam a inclusão de portadores de visão subnormal no nosso país.

Quero aqui, Frank, pedir licença a você para passar a palavra ao César e dizer que, semana passada, nós fizemos aqui um grande evento onde nós abordamos o tema da degeneração macular relacionada à idade, principalmente a DMRI seca - nós já temos, inclusive, drogas que estão começando a ter algum tipo de efeito. Aqui no *foyer* do Senado, nós colocamos dois oftalmologistas e dois técnicos que fizeram retinografias guiadas por inteligência artificial, auxiliando os técnicos e os nossos colegas a estabelecerem diagnósticos, orientações para os pacientes que passaram por avaliação.

Fizemos, em média, quase 300 atendimentos ao dia aqui no Senado. Foi uma coisa...

O SR. CÉSAR ACHKAR - Foram 360.

O SR. PRESIDENTE (Dr. Hiran. Bloco Parlamentar Aliança/PP - RR) - Pronto, olhem aí! Estão vendo como ele é? Olhem aí o controle social funcionando.

Então, passo-lhe a palavra e o parabenizo pela dedicação e por estar aqui sempre presente para nos auxiliar a formular marcos legislativos que vão ao encontro das necessidades do nosso povo brasileiro.

Parabéns e passo a palavra ao César Achkar.

O SR. CÉSAR ACHKAR (Para expor.) - Obrigado pela oportunidade.

Sou eu quem o parabenizo, nós da Retina Brasil que o parabenizamos pela iniciativa desta audiência, desse tema tão importante.

Em primeiro lugar, vou fazer minha audiodescrição, pois temos colegas cegos assistindo, em respeito a eles. Eu sou um homem branco, de 62 anos, tenho cabelos grisalhos e estou aqui vestindo terno e gravata com meu *tablet*, por onde faço a minha leitura sombreada, leitura por áudio.

Sobre a Retina Brasil, a instituição que eu represento, é uma associação de pacientes que tem mais de duas décadas de atuação. Desde 2022, integramos o Conselho Nacional de Saúde. Participamos também do Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência, inclusive fui conselheiro.

Realizamos a primeira conferência livre de saúde ocular, conferência livre nacional, com participação de mais de 500 pessoas. Em consequência dessa conferência livre, participamos também com sete delegados da 17ª Conferência Nacional de Saúde, organizada pelo Ministério da Saúde.

Tivemos propostas, cinco propostas incorporadas na Resolução nº 17, de agosto de 2023, que é decorrência da própria Conferência Nacional de Saúde.

Temos atuação nas cinco regiões do país por meio de 15 grupos regionais e também de cinco grupos virtuais de pacientes, de pessoas com deficiência.

Somos membros da Retina Internacional e da Retina Iberoamérica.

Como lembrou o Dr. Hiran, na nossa última ação importante, aqui no próprio Senado, agora, entre o dia 30 e o dia 1º, conseguimos fazer esse atendimento a trezentos e sessenta e poucas pessoas, que saíram com o resultado de um exame e com uma orientação médica.

Tenho orgulho de fazer parte dessa associação de pacientes, eu sou o responsável pelo grupo regional aqui, da Retina Brasília, e estou aqui designado representando a instituição nacional, Retina Brasil.

Justamente por fazer parte dessa associação, eu queria encaminhar uma pergunta. A minha pergunta é: quais serão os critérios para a participação desse grupo de trabalho que tem essa missão de elaborar o plano de saúde ocular? E qual a garantia da participação social, da participação da sociedade civil nesse processo?

Obrigado.

Falhou um pouco aqui minha leitura, gente, por causa da máquina.

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

O SR. CÉSAR ACHKAR - É a primeira vez que eu uso esse equipamento...

O SR. PRESIDENTE (Dr. Hiran. Bloco Parlamentar Aliança/PP - RR) - Não, tranquilo, deu para entender completamente.

Parabéns, mais uma vez, pela sua participação, César.

Eu vou pedir licença a você, para que depois a gente faça a resposta à sua pergunta. Eu vou passar aqui em seguida ao Frank Hida, e, ao final, a gente pode responder a sua indagação.

Pode ser?

O SR. CÉSAR ACHKAR (*Fora do microfone.*) - Pode ser.

Obrigado.

O SR. PRESIDENTE (Dr. Hiran. Bloco Parlamentar Aliança/PP - RR) - Agora eu passo a palavra ao meu amigo Frank Hida, Co-Chair América Latina da Agência Internacional para a Prevenção à Cegueira (IAPB), por dez minutos.

Seja muito bem-vindo, Frank.

O SR. FRANK HIDA (Para expor.) - Muito obrigado.

Boa tarde a todos e todas. Gostaria de agradecer aqui imensamente à Comissão de Assuntos Sociais por esse convite, e agradecer, em especial, ao Senador Hiran por colocar todos aqui, nesta mesa, para um assunto muito importante. A sua liderança no Brasil tem sido uma inspiração.

Quero saudar também as representantes da Organização Pan-Americana de Saúde, o Ministério da Saúde, o Conselho Brasileiro de Oftalmologia, a Sociedade Brasileira de Oftalmologia, a Academia de Medicina Brasileira e todas as lideranças comunitárias aqui presentes. É uma honra estar aqui nesta mesa tão diversa e representativa.

Eu sou Frank Hida, Co-Chair da Agência Internacional de Prevenção à Cegueira (IAPB), que é uma aliança global que trabalha muito próxima ao setor de saúde ocular com a Organização Mundial da Saúde e com a Organização das Nações Unidas. Nós somos uma rede com mais de 300 organizações em todo o mundo. O nosso papel não é ditar regras nos países. Pelo contrário, nós atuamos como ponte em que nós conectamos as melhores práticas globais recomendadas pela Organização Mundial da Saúde com realidades locais, catalisando colaborações e ajudando a construir parcerias para que o acesso universal à saúde ocular seja uma realidade para todos, sem deixar ninguém para trás.

É exatamente com esse espírito de colaboração que venho falar com vocês hoje. Como o nosso CEO, Peter Holland, sempre diz: "A força do nosso movimento não está na nossa *expertise* individual, mas na nossa capacidade de trabalharmos todos juntos".

Nós estamos diante de um momento decisivo. Em novembro de 2026, o Governo da Antígua e Barbuda vai sediar o primeiro Global Summit para a Saúde Ocular, e esse evento não é apenas uma conferência internacional. É um marco histórico. É um momento em que líderes mundiais vão se sentar para transformar promessas da resolução da ONU sobre a visão, a chamada visão para todos, em ações concretas e financiadas.

O tema central do Global Summit é o valor da visão e os números que embasam esse tema são impressionantes. O nosso estudo global mostra que a perda de visão custa à economia mundial cerca de US\$411 bilhões em produtividade perdida por ano. Mas, por outro lado, a solução é o melhor negócio que um país pode fazer. Cada um real investido em saúde ocular, em países como o nosso, gera um retorno de R\$28. Nós estamos falando de manter os idosos independentes, adultos trabalhando e crianças aprendendo nas escolas. A grande pergunta que nos traz a esta mesa hoje é: como o Brasil vai se posicionar nesse cenário global? Quais compromissos, como país, vai levar para o Global Summit?

A IAPB construiu uma estrutura de políticas que desenha recomendações claras para o governo de todo o mundo. E nós estamos aqui, de portas abertas, para ajudar o Governo brasileiro e o Congresso Nacional a adaptar essas diretrizes para a realidade brasileira. Precisamos construir compromissos de três grandes frentes. Primeiro, a integração. Precisamos do compromisso de que a saúde ocular deixará de ser um apêndice e passará a fazer parte integral do SUS, desde atenção primária, com triagem nas comunidades, até as políticas de acesso à saúde universal à saúde ocular. Segundo, financiamento e regulação. Precisamos assumir o compromisso de criar linhas de financiamento sustentáveis. Precisamos olhar para nossas leis: como podemos reduzir impostos e barreiras para novas tecnologias, equipamentos e óculos, facilitando o acesso à população e a atuação dos profissionais e da indústria onde mais se precisa? Em terceiro, a inclusão e a parceria. Qualquer plano nacional precisa ser construído de mãos dadas com a sociedade civil, com o conselho, com a sociedade de classe e com as lideranças comunitárias, garantindo que o atendimento chegue, de forma contínua, a toda a população brasileira, e não esquecendo os mais vulneráveis, como os nossos povos indígenas. Não queremos ações assistencialistas pontuais, queremos sistemas longitudinais que funcionam, também não esquecendo as doenças raras.

A IAPB está aqui para oferecer todo o nosso apoio. Nós queremos trabalhar junto com o Ministério da Saúde e com o Senado e com todos os parceiros presentes para definir esses compromissos. Aqui, eu gostaria de fazer uma sugestão importante. A criação de um grupo de trabalho é fundamental, é muito necessária, mas há algo que precisa ser além do grupo de trabalho. Há algo que precisa ser permanente, há algo que precisa estar institucionalizado dentro do Ministério da Saúde: a criação de uma Câmara Técnica Assessora de Oftalmologia dentro do Ministério da Saúde.

Essa câmara seria um órgão consultivo especializado, permanente, focado em assessorar o Ministério da Saúde em desenhar planos, prepará-lo para o Summit, definir metas sempre baseadas na evidência, sempre atualizadas e sempre responsivas para a necessidade do povo brasileiro.

É essa estrutura que faz a diferença entre a iniciativa e que termina quando o projeto acaba e as políticas públicas se perpetuam. E essa é a estrutura que transforma promessas em direitos. Juntos, esses dois mecanismos garantirão que o Brasil não apenas chegue ao Global Summit para a Saúde Ocular com compromissos ambiciosos, mas também continue implementando esses compromissos nos anos que virão. O Brasil tem o tamanho, tem a capacidade técnica e tem a oportunidade de chegar ao Global Summit não apenas para assinar um documento, mas para liderar a América Latina como um exemplo.

Eu gostaria de convidar todos aqui - tem um livreto que está na frente de todo mundo aqui - a pegar esses óculos aqui. Esses óculos são especiais - os que todos vocês receberam aqui -, são uma tradição nossa na IAPB, um ato simples que simboliza muito: simboliza que todos nós, independentemente de quem somos, de onde viemos, podemos amar os nossos olhos, cuidar da nossa visão e, mais importante, garantir que todos tenham esse direito.

Então, convido vocês: coloquem esses óculos, amem seus óculos, os seus olhos. Vamos fazer isso juntos aqui no Senado, como um sinal de compromisso da saúde ocular no Brasil; como um gesto de solidariedade para milhões de brasileiros que ainda não têm acesso a algo tão simples quanto um par de óculos; como um sinal, para o mundo, de que o Brasil está comprometido com essa causa.

Vamos trabalhar juntos para transformar as palavras em ações e garantir que todos os brasileiros tenham o direito de enxergar em seu próprio futuro.

Muito obrigado.

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

Eu já... Permitam-me fazer um encaminhamento.

Nós vamos enviar uma sugestão ao Ministério da Saúde para que nós possamos criar um grupo de trabalho para formular sugestões que sejam apresentadas no Global Summit, que vai acontecer no dia 2 de novembro lá em Antígua e Barbuda.

Já respondendo à pergunta do César, que esse grupo de trabalho inclua membros da sociedade civil, e aí você será informado do andamento desses trabalhos, se for o caso de ser aceita essa nossa sugestão pelo Ministério da Saúde.

Eu vou passar agora a palavra para cada um dos expositores fazer suas considerações finais, por dois minutos, começando com a Dra. Camila.

A SRA. CAMILA CARLONI GASPARRO (Para expor.) - Bom, primeiro, eu queria agradecer a oportunidade de estar aqui, de ouvir, de aprender, mais uma vez, com tantas pessoas envolvidas nessa temática. Todas as vezes que a gente discute, a gente aprende um pouco mais, a gente consegue entender um pouco melhor o que é necessário ser discutido, ser feito, ser levado lá para discussões mais profundas, dentro do Ministério da Saúde, principalmente com estados e municípios, quando a gente tem oportunidades de discutir.

Na semana que vem, a gente vai ter o Congresso do Conasems, em Porto Alegre, que é o congresso com as secretarias municipais de saúde. É um congresso importantíssimo, em que a gente tem oportunidade mesmo de discutir com quem faz a saúde acontecer em cada município deste país, então são essas oportunidades que a gente não pode perder de tocar em assuntos tão importantes.

(Soa a campanha.)

A SRA. CAMILA CARLONI GASPARRO - Eu queria dizer, só complementando, que o Ministério da Saúde tem, para todas as suas políticas, assim como temos outras políticas, a de oftalmologia, então a gente tem uma política nacional de atenção oftalmológica e a gente cria, sim, câmaras técnicas para essas políticas e para ajudar, vamos dizer, o Ministério exatamente nas discussões pertinentes e nos temas que são necessários de ajustes e tudo isso. Então existe, sim, a gente já está com isso no nosso radar, existiu uma câmara técnica específica dessa política, ela foi desfeita, e está aí no radar para criá-la novamente. Isso já estava mesmo no radar lá da coordenação, então a gente se compromete a olhar para isso novamente com atenção e nos colocar à disposição.

(Soa a campanha.)

A SRA. CAMILA CARLONI GASPARRO - Vamos retomar essas discussões, a câmara técnica é exatamente isto: ela nos ajuda a trazer à tona questões que são importantes nas atualizações das políticas e no andamento das políticas no Brasil. E é isso, acho que um desafio muito grande que a gente tem é exatamente acesso, todo mundo falou isso muito aqui, tanto a organização dos cuidados integrados, que são as OCIs, de que a gente falou, do Agora Tem Especialistas, como as carretas. São duas ações específicas exatamente tentando aproximar de quem tem mais dificuldade de acesso esse acesso a especialista.

Então, é nesse esforço mesmo que o Agora Tem olhou; nessa dificuldade, nessa desigualdade inclusive que o Brasil tem hoje na saúde, que a gente sabe que não é só na oftalmologia, mas em todas as áreas da saúde... Infelizmente, a gente tem muita desigualdade de acesso...

(Soa a campanha.)

A SRA. CAMILA CARLONI GASPARRO - ... desigualdade de especialistas pelo Brasil todo.

Então, a oftalmologia é mais um desses e está dentro desse radar, desse programa das prioridades das OCIs, das carretas e da atenção do Ministério da Saúde.

Quero agradecer mais uma vez a oportunidade. Estamos à disposição.

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

Também antes de passar a palavra para o próximo expositor, eu pergunto se algum dos expositores que nos acompanham remotamente quer fazer uso da palavra. Eu vejo que o Prof. Rubens Belfort nos acompanha, não sei se o Dr. Victor Pavarino nos acompanha também.

Vou passar a palavra, então, ao Prof. Rubens Belfort, para suas considerações finais.

Por favor.

O SR. RUBENS BELFORT MATTOS JUNIOR (Para expor. *Por videoconferência.*) - Muito obrigado.

Então, novamente, eu quero agradecer. Eu consigo falar o nome do advogado brilhante que representou os indígenas do Xingu porque eu comecei a minha vida, nessa parte de atividade, no Xingu, nas comunidades Uaurá e Iaualapiti, em que - talvez ele nem se lembre do nome - existia um grande líder chamado Kanato. E, desde a amizade que meu pai tinha pelo Kanato, eu fui um grande, grande amigo do Aritana, que eu vi falecer, infelizmente, de covid. Então, eu fico muito feliz de ver, agora, que a comunidade indígena do Xingu tem uma pessoa brilhante como ele; e, realmente, o que ele falou foi muito importante.

Eu queria voltar um pouquinho a essa questão de tecnologia e ao exemplo bonito que a Retina Brasil deu aí no Congresso. Realmente, é tecnologia. Nós, há dois meses, no Rio Purus, examinamos 450 crianças de 8 a 12 anos usando tecnologia, cada criança em 30 segundos de exame. Então, essa é a tecnologia que vem da China, que é barata; isso vai dar acesso ao oftalmologista poder agir em massa, resolvendo o problema social.

Obrigado.

O SR. PRESIDENTE (Dr. Hiran. Bloco Parlamentar Aliança/PP - RR) - Muito obrigado. Muito obrigado, Professor. Será que ele terminou ou falhou a transmissão?

Terminou.

Muito obrigado, Prof. Rubens Belfort, pela sua participação. Um grande abraço.

Passo, em seguida, ao Dr. Victor Pavarino para suas considerações finais, por dois minutos.

O SR. VICTOR PAVARINO (Para expor. *Por videoconferência.*) - Posso reafirmar aqui a nossa disposição e disponibilidade para estarmos envolvidos com esse tema; em particular, com nossos parceiros por excelência, do Ministério da Saúde.

Uma boa tarde a todos.

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

Passo, em seguida, a palavra ao Dr. Mauro Goldbaum, meu querido colega.

O SR. MAURO GOLDBAUM (Para expor.) - Novamente, muitíssimo obrigado pelo convite, pela oportunidade.

Quero parabenizar o Senador Hiran, todos os envolvidos, todos que participaram.

De novo: a saúde ocular é a razão de ser do Conselho Brasileiro de Oftalmologia. Como a gente expôs, a gente já trabalha nessa área com iniciativas, com programas e campanhas que visam a promover e aperfeiçoar a saúde ocular na nossa população, e nos colocamos absolutamente à disposição dessa nova iniciativa. A oftalmologia é uma área, uma especialidade interessante. A gente, em geral, nunca dá alta; e a gente quer continuar trabalhando por isso.

Muitíssimo obrigado.

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

Passo a palavra ao Dr. Ewésh. Por favor.

O SR. EWÉSH YAWALAPITI WAURA (Para expor.) - Mais uma vez, muito obrigado por estar aqui, pela oportunidade de estar aqui falando um pouco sobre essa questão da cegueira no Brasil, principalmente do acesso aos povos indígenas, que é um desafio.

Quero parabenizar o Senador Dr. Hiran pela iniciativa, para que se enxergue nos territórios, para que os povos indígenas tenham acesso, porque o olho é importante.

Eu só queria agradecer mais uma vez pela oportunidade de estar aqui e quero acompanhar mais com o Doutor... O Frank está aqui também, que conhece o nosso território, não só o Território do Xingu, mas também outros territórios e comunidades indígenas.

Mais uma vez, parabéns pela iniciativa. *(Pausa.)*

O SR. PRESIDENTE (Dr. Hiran. Bloco Parlamentar Aliança/PP - RR) - Obrigado, Dr. Ewésh. Transmita as nossas saudações aos Povos Indígenas do Xingu, que se representam tão bem aqui no nosso evento.

Passo em seguida a palavra à Dra. Louise, por favor, por dois minutos.

A SRA. LOUISE CHRISTINA GONÇALVES VASCONCELOS (Para expor.) - Muito obrigada.

Eu queria trazer aqui rapidamente um dado para corroborar o que o Dr. Ewésh vinha falando. Nós fizemos um trabalho em Roraima, que foi uma tese de mestrado apresentada no passado, publicada no *The Lancet* - eu posso disponibilizar posteriormente -, que pode ajudar a embasar tudo isso que a gente vem falando. Nós fizemos atendimento de 158 indígenas na Casai e nós identificamos lá 15% da população com deficiência visual moderada grave. Desses que não enxergavam bem, 75% deles não viam bem por falta de óculos, uma coisa tão simples de se resolver, e 25% dos que não melhoraram com correção foi devido à catarata. Então, a gente precisa pensar nesses dados.

Queria botar aqui, mais uma vez, a Sociedade Brasileira de Oftalmologia à disposição para contarem conosco, como parceiros, para essa jornada.

Muito obrigada, Dr. Hiran, e parabéns também por trazer esse tema.

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

Eu quero também registrar a presença do Dr. Pedro Ivo, que é o Presidente do Hospital Japonês Santa Cruz, que nos prestigia com a sua presença. Seja muito bem-vindo.

Antes de passar a palavra para... Eu acho que só tem o Frank aqui para as suas considerações, eu queria chamar a atenção para uma coisa muito importante. Nós falamos de acesso. Eu acredito que, aqui nesta sala, e a maioria das pessoas que nos assistem remotamente não sabem quanto vale uma consulta por especialista no SUS, com quanto o SUS remunera uma oftalmologista. Vocês têm ideia?

Muito bem. Uma consulta por especialidade no SUS vale R\$10. A gente, para cortar o nosso cabelo, gasta muito mais do que isso. Não que não seja importante cortar o cabelo, mas uma consulta médica feita por um especialista, por um oftalmologista, como deve ser feita, tem que ser mais valorizada. E as pactuações, Dra. Camila, são muito difíceis. A gente precisa fomentar parcerias público-privadas, utilizar nossa rede de serviço de oftalmologia no nosso país. Ainda é muito difícil. Uma consulta de catarata custa R\$770 na tabela do SUS e, às vezes, é uma luta a gente pactuar na SIP um valor um pouco mais adequado, que seja R\$1,5 mil, R\$2 mil, que são uma média do que funciona no país.

A ideia do mais especialidades é ótima, mas até hoje... E eu vou lhe dizer, porque no nosso estado, na minha clínica, a gente opera em média 500 pessoas por mês. Se a senhora for ao... a senhora vai ver, eu acho, que Roraima é o único lugar no país onde não tem fila para a cirurgia de catarata. A gente opera, além dos nacionais, os venezuelanos, que foram vítimas daquele Governo tirano de Nicolás Maduro, que os expulsou para o nosso país.

Hoje, em Roraima, nós temos, Dr. Ewésh, 10% de venezuelanos que vivem em Roraima. Isso dá uma demanda incrível na nossa saúde. Nós atendemos também as pessoas que vêm da Guiana e vêm de países do Caricom, da América Central, porque é muito próximo, e eles descobrem que o nosso SUS é uma mãe; é uma mãe universal. Quer dizer, uma pessoa que chegou aqui ao país, Frank, aos 50, 60 anos...

Olha, seja muito bem-vindo o nosso Astronauta Marcos Pontes.

Uma pessoa que chegou ao nosso país aos 60 anos tira uma carteirinha do SUS, e aí, se o Astronauta Marcos Pontes for à minha clínica lá em Boa Vista, e ele chegar depois dela, na regulação, ele vai observar que, ao tomar leite Nestogeno quando ele era criança, o pai dele já pagava imposto. E ele passou a vida toda pagando imposto, mas quando ele chega para operar a catarata na minha clínica, chega um venezuelano, que nunca pagou um tostão de imposto sequer, e opera na frente dele.

Eu acho que isso não é justo. Eu acho que a gente tem que dar acesso, mas a gente tem que dar acesso primeiro aos nacionais - primeiro aos nacionais. E nós precisamos realmente discutir isso com profundidade.

Mas eu não quero me estender muito, porque chegou o autor do nosso projeto da proficiência em medicina, que certamente quer fazer uso da palavra em relação ao tema que nós estamos debatendo aqui nesta nossa audiência pública.

E eu vou lhe apresentar aqui a minha filha. A Dra. Louise é minha filha e está aqui prestigiando-nos hoje com seus conhecimentos oftalmológicos.

O SR. ASTRONAUTA MARCOS PONTES (Bloco Parlamentar Vanguarda/PL - SP. *Fora do microfone.*) - Parabéns! Que legal! Excelente, excelente!

O SR. PRESIDENTE (Dr. Hiran. Bloco Parlamentar Aliança/PP - RR) - Vou passar a palavra a V. Exa. Seja muito bem-vindo, meu querido amigo.

O SR. ASTRONAUTA MARCOS PONTES (Bloco Parlamentar Vanguarda/PL - SP) - Obrigado. Obrigado, Presidente. O Senador Hiran é o Relator da proficiência médica. A gente está nessa luta para que isso seja aprovado, mas não só aprovado, mas também que a prova seja feita pelo Conselho Federal de Medicina, que é quem de direito entende e precisa fazer isso. Não o MEC, porque o MEC faz a formação, e a parte profissional é cuidada pelo Conselho, assim como a OAB na área de direito.

Mas eu gostaria, antes de mais nada, de parabenizar o Senador Hiran por esta audiência. É um assunto que, quando eu cheguei à minha sala, olhei, vi na televisão, vi o assunto, falei: "Eu tenho que ir lá falar sobre isso aí, porque é um assunto extremamente importante, que afeta - quem sou eu para falar de oftalmologia - milhões de pessoas no mundo, milhares de pessoas no Brasil. E algumas delas são silenciosas, né?"

Eu fiquei realmente interessado nisso, porque eu tenho experiência própria com relação a isso. Veja bem, para um astronauta, a saúde é uma das características principais. Você tem que ter a saúde muito em dia e você tem todo tipo de exame, assim como para um piloto de caça, que eu era antes de ser astronauta. Então você tem exames periódicos.

E nesses exames periódicos, lá atrás, quando eu era Tenente, Segundo Tenente, lá em Santa Maria, eu fui a um dos exames ali com pressão de olho. Então, o médico determinou, verificou que a pressão do meu olho era superior, era entre 16 e 18. Não era glaucoma, mas estava no limiar, no limite ali, assim.

E aquilo preocupou, logicamente. A gente continuou fazendo acompanhamento, depois eu fiz uso de um timolol, o timolol, aquela coisa, durante bastante tempo. Até que depois, um médico, o Dr. Remo Susanna, lá em São Paulo, especialista nisso, fez uma série de exames, acompanhou, tira remédio e observa, e fala assim: "Não, na verdade o seu olho opera com a pressão mais alta, mas tem que manter o olho aí no olho, o tempo todo".

Então, eu passei a minha vida fazendo esses exames; na Nasa, obviamente, também, porque um dos efeitos da microgravidade é aumentar a pressão ocular. Mas tem muita gente... Eu contei essa historinha, porque tem muita gente no país que acaba não tendo esses exames e, quando vê, já está numa situação complicada.

Estamos falando de glaucoma, mas diabetes é outra coisa importantíssima com relação a isso. Muitas pessoas têm diabetes e não sabem, continuam com aquilo e, de repente... Nós tivemos o Kajuru aqui, o Senador Kajuru, com um problema sério de visão e, na influência do Kajuru, eu criei um em São Paulo... Diga-se de passagem, eu gosto de dar o direito autoral a ele, vamos dizer assim, porque ele fez um instituto para estudo e tratamento de diabetes, que eu copiei lá em São Paulo. E o instituto está funcionando, porque é uma coisa extremamente importante.

Então, eu vejo uma audiência como essa, acompanhada pela população, em que há não só a importância da discussão técnica sobre ele, mas também da consciência da população do problema, porque é um problema sério que precisa do apoio governamental, precisa do apoio público para poder fazer os exames, para poder fazer o acompanhamento, mas também para as pessoas terem a ciência e falarem assim: "Eu preciso fazer exame. Eu preciso acompanhar. Eu preciso ver se eu tenho alguma coisa como isso".

Então, parabéns, Senador, pela iniciativa de fazer o exame!

Eu queria agradecer a todos os que participam aqui como debatedores. Eu vi o Rubens Belfort.

O SR. PRESIDENTE (Dr. Hiran. Bloco Parlamentar Aliança/PP - RR) - Ele está nos acompanhando ainda aí - remotamente.

O SR. ASTRONAUTA MARCOS PONTES (Bloco Parlamentar Vanguarda/PL - SP) - Remoto... Ele também é responsável por esse trabalho junto, lá em São Paulo, nesse centro. Sem dúvida nenhuma, isso é uma das coisas que a gente precisa fazer no nosso país: prevenção e acompanhamento antes. Isso porque fica muito mais barato fazer a prevenção do que depois fazer a correção, sem dizer que a vida e a qualidade de vida das pessoas mudam drasticamente.

Então, parabéns de novo pela iniciativa! Contem comigo! Você sabe: pode contar comigo o tempo todo aqui, para poder auxiliar em projetos que ajudam a nossa população. Estou à disposição.

Obrigado.

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

Prof. Rubens, depois eu vou lhe passar a palavra. Você foi citado aqui e pode fazer uma consideração sobre a fala do nosso querido Astronauta Marcos Pontes, nosso Senador, mas eu vou lhe dar um exemplo também do que acontece conosco lá no nosso estado. Nós também temos carreta. Antes de o Ministério da Saúde falar em carreta, eu já tenho carreta - eu acho que há mais de dez anos -, e nós fazemos rastreamento de problemas visuais no estado todo.

Outro dia eu estava fazendo - eu mesmo estava fazendo um atendimento em Rorainópolis - um exame de uma criança, eu acho que tinha uns 10 ou 11 anos, e a mãe falou assim para mim: "Poxa, Doutor! Esse menino é tão introspectivo. Ele não gosta de jogar futebol, ele não gosta de nada. Ele só gosta de ficar no celular, no *tablet*, fazendo joguinhos. Ele é muito introspectivo na escola". Então, passou por vários exames e, quando passou pelo exame de refração, essa criança tinha -7 ou -8 graus de miopia. Então, ela não praticava futebol, porque não via a bola, só por isso. Já com 10 ou 11 anos, ela nunca tinha ido a um oftalmologista. Então, ainda bem que... ainda bem, né? Se ela tivesse 8 graus no olho e não tivesse grau nenhum no outro olho, nesse olho que ela tinha 8, provavelmente já teria ambliopia, que é o que a Dra. Louise falou, que é o olho preguiçoso. Com 10 anos ou com 11 anos já não dava mais para recuperar, principalmente se fosse um grau positivo.

Então são essas coisas que parecem tão simples para nós. Às vezes, a gente vai a uma ótica, compra um óculos de sol que custa mil, mil e poucos reais. Às vezes, uma criança dessa precisa de um óculos que custa R\$100 e não tem acesso. Então este país é absolutamente assimétrico, não é?

Então eu vou passar a palavra para o Prof. Rubens, porque ele foi citado aqui. Chegou um amigo seu aqui, então eu acho que você gostaria de fazer uma saudação ao nosso Senador Astronauta Marcos Pontes.

O SR. RUBENS BELFORT MATTOS JUNIOR (Para expor. *Por videoconferência.*) - Muito bom. Como eu falei no início da reunião, que esta reunião era muito importante, porque o Senador Hiran e o Senador Astronauta são pessoas que estão, muito além da oftalmologia, estão defendendo a medicina como um todo, né, Senador?

Em nome da Academia Nacional de Medicina também, quero lhe agradecer, Senador Astronauta, por toda a sua liderança. E em relação ao Instituto da Visão, é exatamente isso. Na Zona Leste da cidade de São Paulo, existem situações tão precárias quanto no Nordeste e no Norte do Brasil. E graças ao seu apoio, nós estamos avançando muito lá.

Muito obrigado pela sua liderança nessa área, por fazer agora com que a prova realmente de suficiência de medicina seja feita por quem de direito, e não por quem está no poder. E a sua liderança é exemplar.

Muito obrigado.

O SR. PRESIDENTE (Dr. Hiran. Bloco Parlamentar Aliança/PP - RR) - Eu queria também, já que você falou sobre a questão da medida provisória, o Governo plagiou nosso projeto, mas plagiou mal. E nós inclusive já apresentamos mais de 470 emendas à medida provisória. Isso significa que a medida provisória foi mal formulada.

E, para dar ciência às pessoas, nós fizemos um relatório, trabalhamos juntos com as entidades médicas, com o Ministério da Educação, o Ministério da Saúde, a sociedade civil, os nossos sindicatos, conselhos de medicina e CFM, e nós fizemos um relatório que ninguém questionou. Sabe o que foi o questionamento? Quem faz a prova? Só isso.

Mas não é só isso o relatório; o relatório trata do Enamed do Ministério da Educação, da prova de proficiência em parceria, Ministério da Educação, Ministério da Saúde, sob coordenação do Conselho Federal de Medicina, que é a autarquia federal especial que tem esse mister.

E nós vamos fazer lá também, estabelecer sanções para os cursos de Medicina que não aprovem determinado percentual de seus egressos, que vão desde suspensão do vestibular, diminuição do número de vagas e eventualmente fechamento desses cursos.

Vamos fazer uma grande reestruturação do programa de residência médica no nosso país, porque, pasmem, nós temos mais de 70 mil vagas de residência médica no nosso país, e só 50 mil, em média, são ocupadas, porque sobram vagas em algumas especialidades, faltam vagas em outras, e a gente tem que adequar esse interesse às necessidades também do nosso país.

E finalmente, nós deixamos consignado no texto, Frank, o que um egresso que não passou na prova pode fazer, porque um jovem cuja família gastou R\$1 milhão, R\$1,5 milhão em um curso em uma universidade privada, os pais vão ficar muito chateados de saber que eles investiram na educação desse jovem, e esse jovem não está qualificado para fazer absolutamente nada depois que se forma. Mas não, nós deixamos uma série de atividades, que vão desde pesquisa, coordenação, de serviços, enfim. Eles só não podem praticar atos médicos que estão consignados na Lei do Ato Médico, até que eles passem na prova de proficiência, que vai versar sobre conhecimento científico, habilidades técnicas e atitude de médico, quer dizer, conhecimento ético de medicina.

Não sei se quer fazer alguma consideração, Senador.

O SR. ASTRONAUTA MARCOS PONTES (Bloco Parlamentar Vanguarda/PL - SP) - Não, é só para corroborar com isso e dizer que o relatório que o Senador Hiran fez é excelente. Essa medida provisória era completamente desnecessária. Aliás - lembrando que eu era Ministro de Ciência e Tecnologia -, você tem que lembrar sempre que, para fazer uma medida provisória, você precisa ter relevância e urgência. O que não se cumpre nesse caso aí. Isso foi colocado, simplesmente, para se tentar manter ou recuperar aquilo que foi perdido no voto aqui, no voto da população. Nós representamos a população.

Então, eu tenho certeza - e espero também - de que o Senado vai colocar isso, e lá a gente vai continuar com o nosso projeto de lei feito da forma como tem que ser, democraticamente, e nós vamos vencer. E com isso é a população que vence.

Lembrando sempre que o MEC cuida de formação. O Conselho Federal de Medicina cuida de profissionais. Da mesma forma, a OAB cuida de profissionais. O MEC cuida da formação de advogados. A Academia da Força Aérea cuida de formação de pilotos, os aeroclubes cuidam de formação de pilotos. A Anac certifica os pilotos.

Não se pode misturar essas coisas, porque quem executa não pode fiscalizar, ou se autofiscalizar. Isso é básico em administração pública.

É isso o que a gente vê, essa tentativa de ser feito, ou seja, completamente errado. Eu tenho certeza de que vai prevalecer o bom senso, e a gente vai vencer isso, e a saúde da população vai ficar em primeiro lugar.

Eu quero aproveitar e cumprimentar também o Dr. Rubens Belfort, médico excelente, extremamente capaz e não só nisso, também na gestão de lá. E esse centro que eu fiz... Eu coloquei algumas emendas para que isso fosse feito lá em São Paulo e espero que sirva de modelo para a gente poder espalhar pelo Brasil essa ideia, porque, voltando ao tema daqui, prevenir a cegueira é extremamente importante.

A gente vê quanta gente que acaba tendo uma qualidade de vida muito prejudicada por coisas que poderiam ter sido evitadas. Aliás, todo acidente pode ser evitado, e é isso que a gente está tentando fazer.

Parabéns!

Parabéns, Senador, por isso aí!

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

Passo a palavra, em seguida, ao Co-Chair da América Latina da Agência Internacional para a Prevenção à Cegueira, o meu querido amigo Frank Hida, cuja maior qualidade dele é ser irmão do Takashi, que é meu grande parceiro cirúrgico.

O SR. FRANK HIDA (Para expor.) - Obrigado, Senador Hiran.

Falando sobre... Só indo um pouquinho no assunto do Senador Astronauta, o Brasil tem um conhecimento técnico muito grande na parte de oftalmologia e, recentemente, a gente criou, a IAPB criou uma iniciativa para que a gente possa trazer os países lusofônicos, juntos, para que a gente troque conhecimentos para esses países. Um exemplo: Moçambique tem milhões de habitantes. Quantos oftalmologistas tem? Vinte. A gente precisa trabalhar juntos, não só com o Brasil, como também com Portugal, juntos.

E, voltando ao nosso assunto aqui, eu agradeço muito pela participação aqui da audiência pública, e falamos muito aqui, mas agora falta a ação e essa ação é muito importante...

(Soa a campanha.)

O SR. FRANK HIDA - ... porque o Dr. Hiran aqui vai encaminhar um pedido para o Ministério da Saúde para que a gente crie esse grupo de trabalho. Esse é um passo muito importante.

E, também, a Enfermeira Camila aqui falou sobre o negócio da Câmara Técnica. Seria importantíssimo a gente seguir com essa Câmara Técnica Assessora de Oftalmologia para que a gente possa mesmo criar essas políticas públicas permanentes.

A IAPB está aqui à disposição para que a gente possa dialogar e trocar experiências globais. Estamos aqui à disposição para que possamos trabalhar todos juntos; juntos somos mais fortes.

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

Eu vou ler algumas perguntas que nos foram formuladas através do e-Cidadania, também dizendo a todos que nos enviaram as perguntas que elas serão encaminhadas aos expositores para que a gente possa responder através dos meios virtuais.

A Verena, de São Paulo, pergunta: "Quais estratégias de gestão de pessoas o plano propõe para atrair e fixar médicos oftalmologistas em regiões de difícil acesso?"

O Guilherme, do Rio de Janeiro: "Como o plano de saúde ocular protegerá monolares com risco de cegueira total e lhes garantirá acesso ao BPC antes dessa cegueira?"

A Ana, do Piauí: "De que forma podemos engajar mais a iniciativa privada e [...] [os órgãos] do terceiro setor em campanhas de triagem visual em escolas e periferias?"

O Oswaldo, do Rio de Janeiro, sugere incluir no plano de ação um monitoramento de creches e escolas públicas e exigir de empresas exames oculares anuais nos seus empregados.

A Vanessa, do Pará: "Que estratégias o Ministério da Saúde pretende implementar para ampliar o acesso das populações indígenas e de áreas remotas à oftalmologia?"

A Maria, de Mato Grosso do Sul: "Haverá adequação necessária para o SUS ter condições de atendimento preventivo?"

O Fábio, do Rio de Janeiro, diz: "[...] Tenho o diagnóstico de ceratocone e aguardo há [mais de] dois anos a cirurgia pelo SUS. Como esta doença é tratada pela saúde ocular quanto à gravidade?"

A Letícia, do Distrito Federal, faz um comentário: "A prevenção da cegueira é investimento em qualidade de vida. Ampliar o acesso à saúde ocular fortalece pessoas, famílias e o futuro do país".

A todos que participaram remotamente, eu quero agradecer e também com eles me comprometer: responderemos a todos esses questionamentos o mais breve possível.

Antes de encerrar, vou passar a palavra ao representante da Retina Brasil, que é o César, que quer fazer uma rápida consideração antes do encerramento desta audiência pública.

O SR. CÉSAR ACHKAR (Para expor.) - Senador, como eu me preparei e acabei trazendo um texto, que foi lido aqui por áudio, acabei não comentando uma coisa que me deixou muito satisfeito durante a reunião; aliás, logo no início na sua fala, quando o senhor defende que a saúde ocular seja colocada na atenção primária.

A gente tem lutado tanto por isso! Nós, como associação de pacientes, nós pessoas que temos problema visual sabemos a importância do diagnóstico precoce, do atendimento no tempo certo. Eu vi pessoas perdendo a visão em situações que poderiam ser evitadas; tentei ajudar como militante, como cidadão... A gente sabe o quanto isso é importante.

A gente aqui, durante a audiência também, ouviu tratar da falta de acesso, da dificuldade de acesso às comunidades indígenas. Para quem está nos ouvindo: não é só para comunidades indígenas, não! Com certeza - isso é óbvio, é consenso -, é até para as pessoas que moram nas metrópoles, na capital. A dificuldade de acesso é uma realidade brasileira, de toda a nossa nação.

No seu estado talvez não, mas aí muito da sua própria iniciativa de ser a pessoa que é, o político que é, mas, no geral, é um quadro nacional esse.

Obrigado.

O SR. PRESIDENTE (Dr. Hiran. Bloco Parlamentar Aliança/PP - RR. Fala da Presidência.) - César, você está... Olha, a luta nossa para incluir oftalmologia nos núcleos de saúde da família é longa sabe por quê? Acontece que, no Brasil, nós continuamos formando optometristas e, é bom que se diga - nós temos aqui uma audiência muito grande -, o optometrista não tem conhecimento técnico para fazer o exame oftalmológico completo.

Aquilo que o Senador Marcos Pontes detectou quando estava lá no sul do país, lá em Santa Maria, quando um colega nosso disse: "Olha, você tem uma pressão aí no limite, você tem que fazer campo visual, tem que fazer OCT, tem que fazer avaliações do disco periodicamente", um optometrista não pode fazer isso.

E aí, como às vezes as pessoas não têm acesso, Senador Marcos Pontes, ao exame oftalmológico no SUS, na atenção primária, ele cai em um optometrista, que às vezes até se disfarça de médico. Num lugar pequeno e longínquo, às vezes as pessoas não conseguem discernir o que é um oftalmologista do que é um optometrista.

E ele, fazendo-se de médico, termina confundindo a cabeça das pessoas, passando uma lente para a pessoa ler, e todas as patologias que estão lá no polo posterior do olho, que são inacessíveis ao exame que ele faz, passam despercebidas. Essa é a grande gravidade dessa questão. Então, é por isso que eu acho que nós estamos fazendo aqui um trabalho de proteção à sociedade.

Então, eu quero dar mais uma vez parabéns a todos que participaram desta nossa audiência pública tão importante e, nada mais havendo a tratar, declaro encerrada a presente reunião, saudando a todos e desejando a todos um excelente final de semana.

Muito obrigado. *(Palmas.)*

(Iniciada às 14 horas e 28 minutos, a reunião é encerrada às 16 horas e 21 minutos.)