



SENADO FEDERAL
SECRETARIA-GERAL DA MESA
SECRETARIA DE REGISTRO E REDAÇÃO PARLAMENTAR
REUNIÃO
04/12/2014 - 42ª - Comissão de Assuntos Sociais

O SR. PRESIDENTE (Waldemir Moka. Bloco Maioria/PMDB - MS) - Declaro aberta a 42ª Reunião da Comissão de Assuntos Sociais da 4ª Sessão Legislativa da 54ª Legislatura do Senado Federal.

Antes de iniciarmos nossos trabalhos, proponho a dispensa da leitura e a aprovação da ata da reunião anterior.

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

Aprovada.

A presente reunião destina-se à realização de audiência pública em atendimento aos Requerimentos nºs 29 e 52, de 2014, ambos de iniciativa da Senadora Ana Amélia, com o objetivo de discutir políticas públicas de prevenção do câncer de intestino, bem como instruir a elaboração de projeto de lei com o propósito de instituir o Dia Nacional de Prevenção do Câncer de Intestino.

Convido para compor a Mesa os ilustres oradores: Marlise Mello Cerato Michaelsen, Presidente da Associação Gaúcha de Coloproctologia.

Muito obrigado, Drª Marlise, pela presença.

Convido o Dr. Paulo Hoff, Diretor-Geral do Instituto do Câncer do Estado de São Paulo; o Dr. Eduardo de Paula Vieira, Secretário-Geral da Sociedade Brasileira de Coloproctologia, representante de Ronaldo Salles, Presidente da Sociedade Brasileira de Coloproctologia; a Drª Angelita Habr-Gama, Presidente da Associação Brasileira de Prevenção do Câncer de Intestino.

Muito obrigada, Drª Angelina.

Convido a Drª Luciana Holtz, Presidente do Instituto Oncoguia.

A Luciana já é colaboradora aqui de várias audiências.

Eu estou aguardando a chegada da Drª Patrícia Sampaio Chueiri, Coordenadora-Geral de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas, do Ministério da Saúde.

Quero agradecer a presença de cada um dos oradores, dizer da satisfação que temos de recebê-los aqui, na Comissão de Assuntos Sociais, para esta audiência pública requerida pela ilustre Senadora Ana Amélia, e dizer algumas coisas da audiência pública.

Inicialmente, os senhores falarão por dez minutos, cada um. O tempo parece, num primeiro momento, curto. Só que damos os dez minutos e depois rodamos outra vez. E como o tema é repetitivo, embora eu saiba que cada um dos senhores vai tentar... Mas tem algumas partes, como estatística, incidência, coisas que são... E acaba a gente, mesmo que não queira... Então, o tempo é de dez minutos. Quero avisá-los de que aquele relógio marca os dez minutos. No nono minuto soa uma campainha que não sou eu que toco, ele é programado para isso. Falo porque as pessoas ficam olhando para mim, como se eu estivesse buzinando para o orador. É até meio desagradável. Mas é para informar que tem um minuto para concluir. É claro que isso também não é uma sangria desatada. Evidentemente, a gente vai aguardar mais um minuto, um minuto e meio ou dois. O que não pode é esquecer que os outros...

Nós somos seis. Então, só de fala, já dá uma hora. Aí, tem a volta, porque os argumentos, às vezes, são... Alguém questiona um dos oradores e diverge. Há divergências - talvez não hoje - e são permitidas a réplica, a tréplica, o que for necessário, está certo?

Eu vou considerar a ordem em que estou chamando para a ordem da fala e, depois, no retorno, eu inverte essa ordem, de tal forma que o último a falar vai ser o primeiro no início, e assim consequentemente, está certo?

Então, eu, antes de conceder a palavra aos oradores, regimentalmente, concedo a palavra à Senadora autora do requerimento, Senadora Ana Amélia, até para que ela possa justificar esta audiência pública.

A SRª ANA AMÉLIA (Bloco Maioria/PP - RS) - Em primeiro lugar, caro Presidente, Senador Moka, e Senador Ruben Figueiró, eu queria agradecer imensamente a disponibilidade de todos os convidados, que deixaram agendas extremamente relevantes. Estamos chegando no mês de dezembro, é um mês particularmente complicado, com programação de férias, os pacientes precisam sair bem, e todos têm os compromissos com a sua clientela, ou os compromissos institucionais, com as instituições que representam aqui, em diversas áreas.

Então, esse é o primeiro agradecimento.

Não menos importante é agradecer ao Senador Moka, porque nós tivemos uma sessão que se prolongou até às cinco da manhã e o Senador Moka ficou até lá. Eu tive, eu diria, uma crise de hipotermia, porque o plenário do Congresso estava, realmente, desumanamente frio...

O SR. PRESIDENTE (Waldemir Moka. Bloco Maioria/PMDB - MS) - E ela é gaúcha, imaginem eu, que sou pantaneiro!

A SRª ANA AMÉLIA (Bloco Maioria/PP - RS) - A situação foi complicada e eu não podia, por condição de saúde, até, porque fiquei completamente desequilibrada de temperatura. Então, não consegui ficar lá e seria pior ainda, porque teriam que me levar de maca de lá de dentro.

Eu fiquei encarangada, ouviu, Senador Moka, o senhor que é do Mato Grosso do Sul? O Senador Ruben Figueiró... Conhece o termo?

O SR. PRESIDENTE (Waldemir Moka. Bloco Maioria/PMDB - MS) - Conheço o termo.

A SRª ANA AMÉLIA (Bloco Maioria/PP - RS) - Então, muitos dos nossos telespectadores desta audiência, dada a circunstância de muitos Senadores estarem, ainda, recuperando-se do que aconteceu ontem à noite ou nesta madrugada...

Esta audiência é transmitida ao vivo, neste momento, pela TV Senado, e o Brasil inteiro, interessado nas questões relacionadas à saúde pública e, em particular, no caso, hoje, discutindo a questão da prevenção ao câncer de intestino, está acompanhando. A TV e toda a rede do sistema do Senado recebem contribuições. As pessoas ligam, manifestam-se, então, isso já tem o alcance que nós queremos dar, por quê? Porque o objetivo desta audiência é, exatamente, discutir, dar os argumentos para que sob o ponto de vista legislativo se institua a lei do Dia Nacional de Prevenção do Câncer de Intestino.

Todas essas iniciativas, por mais, digamos, aparentes, apenas, que possam ser, no que podem ajudar a combater a doença ou a prevenir a doença? Elas terão, sim, um significado na melhoria da qualidade de saúde dos brasileiros, na prevenção de um dos cânceres que têm letalidade e atinge tanto homens, quanto mulheres. Então, não é o câncer da mama, para o qual a gente tem o Outubro Rosa, não é o da próstata, que pega o universo masculino no Novembro Azul, de nossa iniciativa também, Senador Moka, mas é, agora, o do Maio Laranja, possivelmente, para dar uma cor, também, a essa doença insidiosa que é o câncer de intestino.

Eu queria agradecer, particularmente, à Drª Marlise Mello Cerato Michaelson, que é do Rio Grande do Sul e me levantou a questão, ela que é interessada nesse setor, e me deu vários argumentos sobre a necessidade disso, levando-me até a colocar roupa cor de laranja no dia em que nós lá falamos sobre o problema. Então, são os sinais que a gente precisa ter.

Já para não perdermos mais tempo, Senado Moka, quero agradecer muito a V. Exª por ter vindo presidir esta Comissão e esta audiência pública.

O SR. PRESIDENTE (Waldemir Moka. Bloco Maioria/PMDB - MS) - Eu, rapidamente, mas com enorme prazer, gostaria de agradecer a presença, aqui, do Dr. Edson Arakaki, Dr. André Abrão, Drª Soraia Araújo, Drª Alexandra Mendoza e Drª Marcia Cortes de Campos.

Muito obrigado pela presença aqui.

Concedo a palavra, então, por dez minutos, à Drª Marlise Mello Cerato Michaelson, Presidente da Associação Gaúcha de Coloproctologia.

A SRª MARLISE MELLO CERATO MICHAELSEN - Exmº Presidente da Comissão de Assuntos Sociais do Senado Federal, Senador Waldemir Moka; Exmª Senadora Ana Amélia Lemos; Exmº Ministro da Saúde, Dr. Ademar Chioro, ou seu representante do Ministério da Saúde; prezados colegas; Dr. Ronaldo Salles, Presidente da Sociedade Brasileira de Coloproctologia, aqui o Dr. Eduardo, representando-o; Drª Angelita Gama, Presidente da Associação Brasileira de Prevenção do Câncer de Intestino; Dr. Paulo Hoff, Diretor do Instituto do Câncer do Estado de São Paulo; Drª Luciana Holtz, Presidente do Instituto Oncoguia; demais autoridade presentes; senhoras e senhores, bom dia.

Estou hoje, nesta solenidade, representando a Associação Gaúcha de Coloproctologia e quero agradecer, em meu nome e em nome de toda a diretoria e dos membros da Sociedade Gaúcha de Coloproctologia, dizendo que é uma grande honra participar desta audiência pública, na qualidade de oradora do tema Políticas Públicas de Prevenção do Câncer de Intestino. Falarei sobre a nossa campanha de prevenção do câncer de intestino Maio Laranja.

Consolidando o tema, estamos trabalhando desde maio para a instituição de projetos de lei que tornem a última semana do mês de maio como a Semana de Prevenção ao Câncer de Intestino. Estamos aqui reunidos para a elaboração de projetos de lei com o propósito de instituir o dia nacional de prevenção ao câncer de intestino.

Quero fazer um agradecimento especial a três pessoas, entre várias outras que me receberam, me estenderam a mão e acreditaram no projeto, incentivaram e trabalharam comigo para lançarmos o Maio Laranja: a Senadora Ana Amélia Lemos, política dedicada, comprometida e que realmente batalha pelas causas da saúde, entre tantas outras.

Senadora, minhas palavras seriam insuficientes para expressar minha satisfação em poder contar com seu apoio, por ser uma pessoa que faz total diferença na vida dos outros, ajudando a salvar vidas e a dar qualidade de vida.

A outra homenagem é ao Deputado Pedro Westphalen, colega, ginecologista, comprometido. Está sempre lutando também pelos direitos dos médicos e pelas causas da saúde. O Deputado e sua equipe me receberam e prontamente propuseram que fosse feito um projeto de lei que tornasse obrigatória a prevenção ao câncer de intestino como plano de governo. Afinal, estamos tratando de um problema de saúde pública.

A terceira pessoa que se envolveu com a causa e também a apoiou e registrou um projeto de lei para tornar a última semana do mês de maio como a Semana de Prevenção ao Câncer de Intestino foi o Vereador Idenir Sequin, que, junto com sua equipe, está trabalhando nesse projeto, que se encontra em votação nesta semana.

Agradeço também à minha família, que sempre me ensinou e incentivou a fazer o melhor.

Finalizo dizendo que salvar a vida dos outros é salvar a nossa própria e a das pessoas que amamos. Não existe recompensa maior do que promover a saúde. Para isso, temos que fazer prevenção.

Agora, gostaria de apresentar aos senhores a nossa campanha de prevenção ao câncer de intestino Maio Laranja: "Faça a prevenção e tenha uma vida saudável."

A incidência de câncer colorretal é maior na Europa e na América do Norte, sendo menor na África, Ásia e América do Sul. É o terceiro tipo de câncer mais comum, após pulmão e próstata, em nível mundial e também no Brasil. Após próstata e pulmão, nos homens, o câncer colorretal; e, após a mama, nas mulheres, o câncer colorretal. As regiões de maior incidência são as Regiões Sul e Sudeste, sendo 25 a cada 100 mil homens e 27 a cada 100 mil mulheres.

Esta é uma representação espacial que mostra as regiões de maior incidência, tanto nos homens quanto nas mulheres.

Esta também é uma representação por regiões.

Aqui, o número é a estimativa do Inca de novos casos para 2014: em torno de 15.070 casos para os homens e 17.530 casos para as mulheres.

Esta também mostra uma estimativa da incidência tanto no Estado quanto na capital, e a gente pode ver que, no Estado do Rio Grande do Sul, o câncer colorretal é o terceiro; o câncer mais comum nos homens, e o segundo, nas mulheres, sendo que, em Porto Alegre, ele é o segundo mais comum, tanto em homens quanto em mulheres. Em relação às mulheres, Porto Alegre é a capital brasileira de maior incidência do País.

O câncer colorretal é uma doença multifatorial, que sofre ação de agentes ambientais, fatores dietéticos, alterações somáticas e da hereditariedade. Há vários fatores agressores e protetores sobre os quais vou falar a seguir.

Vocês podem ver que a maior parte dos tumores são casos esporádicos. Há pacientes que têm história familiar em torno de 10% a 30%, e os demais, as outras síndromes genéticas.

O câncer colorretal não aparece de um dia para outro. Leva em torno de dez a quinze anos, mais ou menos, para se formar um câncer colorretal, sofrendo várias alterações genéticas, formando um pólipo que vai crescendo até formar o tumor propriamente dito.

Este é o exemplo de um tumor e aqui de uma polipose familiar, que é uma síndrome genética.

Os fatores que aumentam a incidência de câncer colorretal: gordura saturada animal; a carne vermelha, que libera radicais livres e agentes pró-oxidantes, álcool, que altera a absorção do folato; a obesidade; o tabagismo; a doença inflamatória intestinal; a colestectomia; a história familiar - se a pessoa tem um familiar com câncer de intestino, aumenta em 2,25 vezes a chance de ter, e, se tem dois familiares, dobra essa chance -; a radioterapia; a acromegalia. É um tumor que é raro antes dos 50 anos.

Os fatores protetores: frutas e legumes, que têm agentes antioxidantes, carotenoides e ácido ascórbico; fibras, como todos sabem; cálcio; folatos; ácido acetilsalicílico e anti-inflamatórios não esteroides, que são protetores, mas que não utilizamos devido os seus efeitos colaterais; reposição hormonal; e atividade física.

As manifestações sintomáticas: dor abdominal, sensação de evacuação incompleta, alteração do hábito intestinal, sangramento anal. Se, no exame de sangue, há o sangue oculto nas fezes positivo, em torno de 30% a 60% podem ter um câncer invasivo; e em torno de 20% a 25%, um pólipó benigno. Vou falar mais a seguir.

Os três pilares das campanhas de rastreamento de câncer colorretal: mudança de comportamento e conscientização da população; rastreamento de câncer e lesões precursoras; e o tratamento rápido e acessível a todos.

Os rastreamentos levam ao diagnóstico precoce com taxas de cura até 90% ou evitam a doença. Interrompendo a sequência adenoma-carcinoma e fazendo um diagnóstico do pólipó, podemos fazer a polipectomia.

O que se pode fazer em termos de mudança de comportamento? Não ingerir bebida alcoólica em excesso; consumir diariamente fibras, frutas e verduras: em torno de 25g a 30g; praticar atividade física regular; evitar gorduras e carne vermelha; não fumar; beber em torno de 2l a 3l de água por dia; e realizar os exames - a colonoscopia a partir dos 50 anos ou, se tiver história familiar, a partir dos 40 anos. Se houver alguma manifestação sintomática, procurar um especialista.

Vocês podem ver por que a campanha foi chamada Maio Laranja.

Essas campanhas de rastreamento se prestam para pacientes de risco moderado, ou seja, pessoas de ambos os sexos acima de 50 anos.

Nas campanhas de rastreamento, devemos aplicar exames simples e de fácil execução, para que possam ser aplicados em grandes populações.

Somente em torno de 10% a 15% dos pacientes com tumor precoce vão ter manifestação sintomática. Então, muitas pessoas vão ter uma lesão, um pólipó ou um tumor e não vão ter manifestação sintomática.

O câncer colorretal, pela alta prevalência, fase assintomática longa e presença de lesões pré-malignas tratáveis, é ideal para rastrear. Isso pode ser feito através de exames de fezes ou exames estruturais.

Quanto ao teste de sangue oculto nas fezes, pode ser feito o guáico ou o teste imunoquímico, sendo que, no guáico, várias coisas interferem, como alimentos, medicamentos, podendo haver um resultado falso positivo. Então, hoje em dia, se utilizam mais os teste imunoquímicos, que detectam a hemoglobina humana, que não tem reação cruzada com os alimentos e os medicamentos, tendo uma sensibilidade e especificidade alta.

O teste de DNA fecal ainda não há aqui no nosso meio.

Há os exames estruturais, como a retossigmoidoscopia flexível e a colonoscopia. A retossigmoidoscopia não avalia todo o intestino, avalia em torno de 60cm do intestino. A colonoscopia é considerado padrão áureo para avaliar o câncer e as lesões precursoras, tendo uma taxa de complicação baixa. Os demais exames, colonografia e enema baritado, são exames que podemos fazer, com tomografia ou raios X, mas eles sempre vão precisar de uma confirmação.

O intervalo necessário para esses exames para rastreamento: o da colonoscopia seria uma vez a cada dez anos; o do teste de sangue oculto nas fezes, tanto guáico como imunoquímico, seria anual ou bianual; e os demais, a retossigmoidoscopia, o enema baritado, a colono virtual, a cada cinco anos.

(Soa a campanha.)

A SRª MARLISE MELLO CERATO MICHAELSEN - O teste de sangue oculto nas fezes é o exame indicado para população em que não tem como oferecer colonoscopia para todas as pessoas de risco moderado. Ele deve ser complementado com a colonoscopia sempre que positivo.

Um estudo americano, um estudo recente que saiu no *The New England*, comprovou que a taxa de câncer colorretal caiu 30% em dez anos, sendo que o número de colonoscopias triplicou, ou seja, realmente, podemos prevenir o câncer de intestino.

Recomendações do Inca e de vários outros institutos são as de que, sempre que houver sangue oculto nas fezes positivo, o paciente deve ser triado para a colonoscopia.

O programa de rastreamento para Porto Alegre busca acrescentar pesquisa de sangue oculto nas fezes nas Unidades Básicas de Saúde. Se o sangue oculto nas fezes for positivo, o paciente deve ter acesso a uma Unidade que possa triar e destiná-lo para um hospital para que realize a colonoscopia, porque esse é o grande problema que nós temos. Pacientes que tenham convênio ou condições devem procurar um especialista.

Então, a campanha Maio Laranja, um projeto ligado à Semana de Prevenção ao Câncer de Intestino, visa a tornar o mês de maio um mês de prevenção desse tipo de câncer através de palestras e de ações que abordem esse tema, com dicas de prevenção e com assuntos relacionados. São projetos em andamento a legalização da campanha e o Dia Nacional de Prevenção ao Câncer de Intestino, com o lema "Faça a Prevenção e Tenha uma Vida Saudável". Isso começou em maio deste ano, com o objetivo de mudar a realidade do Rio Grande do Sul, diminuindo a incidência do câncer colorretal, e de conscientizar da necessidade da realização dos exames de colonoscopia.

Nós levamos um modelo inflável, o Intestino Gigante da Abrapreci, da Dr^a Angelita. Esse foi o nosso evento científico de abertura, do qual várias pessoas participaram, como a Dr^a Angelita, o Presidente da Sociedade Brasileira e vários outros colegas.

Essas são algumas fotos, para vocês verem como, realmente, nós obtivemos o apoio de todos os coloproctologistas e de várias outras entidades.

Aqui, mostramos que para lá também foram crianças e adolescentes. Mostramos também todas as homenagens que recebemos com a campanha. Aí estão os patrocinadores.

Eu gostaria de terminar, dizendo que, quando sonhamos sozinhos, é apenas um sonho e que, quando sonhamos juntos, é o início de uma nova realidade.

Muito obrigada.

O SR. PRESIDENTE (Waldemir Moka. Bloco Maioria/PMDB - MS) - Agradeço à Dr^a Marlise. Agradeço também a observância do tempo. Isso é importante, porque, depois, acaba sobrando tempo para a parte que julgo ser mais produtiva. Com a palavra, o Dr. Paulo Hoff, Diretor-Geral do Instituto do Câncer do Estado de São Paulo.

O SR. PAULO HOFF - Sr. Presidente, Senador Moka, e Senadora Ana Amélia, muito obrigado pelo convite.

Cumprimento ao Senador Ruben Figueiró.

Quero saudar os demais componentes da Mesa e os participantes desta audiência e agradecer à Dr^a Marlise, que faz com minha apresentação seja muito mais curta. A apresentação dela foi muito completa, o que facilita bastante.

Eu vou contar uma historinha interessante, já que me sobra tempo. Na década de 90, nos Estados Unidos, começaram a fazer aqueles pequenos nozinhos comemorativos, para a conscientização dos cânceres, e houve uma briga muito grande em torno de qual seria a cor que caracterizaria o câncer colorretal. Um grupo queria que fosse marrom, por algumas razões óbvias, mas acabou vencendo o azul-escuro. A cor do *botton* é azul-escuro. Mas acho que não há necessidade alguma de seguirmos a coloração americana. Eu apoio o Maio Laranja de todo o coração, pois acho que fica muito bonito. E é um contraste interessante, porque, afinal de contas, já existe o Novembro Azul, referente ao câncer de próstata. Então, é ótimo!

Não me vou ater a tudo que já foi apresentado, mas chamo a atenção para um dos eslaides que a Dr^a Marlise colocou e que penso ser importante para a nossa discussão hoje. Acho que é necessário haver um tempo de conscientização. E esse não é assunto para discussão nesta Mesa, pois isso é consenso. Acho que o que podemos discutir aqui é o seguinte: até onde iremos nessa conscientização?

Eu chamaria a atenção para o fato de que existe no Brasil, sim, diferenças regionais importantíssimas quanto à incidência dessa doença. Quando falamos de Brasil, estamos falando de um continente inteiro e estamos falando de um País que tem certas restrições orçamentárias etc.. Então, qualquer planejamento que o Ministério da Saúde venha a fazer para adotar procedimentos em relação a essa doença, talvez até infelizmente, tenha de levar em consideração essas diferenças regionais - esta é minha opinião -, para que o projeto possa dar certo.

Para aqueles que nos estão ouvindo pela televisão, eu só chamaria a atenção para o fato de que, hoje, nós reconhecemos duas vias de formação dos tumores: a instabilidade cromossômica, que leva dez anos, e a instabilidade de microssatélites, que é um pouco mais rápida. Mesmo que o indivíduo tenha feito uma colonoscopia recente, se tiver sintomas, é importante que ele retorne ao médico, porque existem exceções.

Vou chamar a atenção dos senhores para dois pontos da prevenção: a prevenção primária e a prevenção secundária; e, às vezes, a gente mistura um pouco as duas.

É importante que a gente separe, porque a prevenção primária é mais fácil e mais barata. É mais difícil no sentido de conscientizar a população, mas quase não necessita de recurso para sua aplicação.

O que seria a prevenção primária para o câncer de colo retal? Mudança de estilo de vida. Foi muito bem apresentado pela Dr^a Marlise. Mudanças de hábitos nutricionais, alimentares e de exercício. E essas mudanças, se realizadas quando o indivíduo é jovem, vão resultar numa redução importante da incidência da doença, praticamente sem custo para a sociedade.

Depois, nós temos a prevenção secundária, que é a determinação da presença de uma lesão pré-maligna que virará câncer, ou de um câncer em estágio inicial. Aqui nós falamos de todos esses tipos de metodologias que foram muito bem apresentadas pela Dr^a Marlise, que podem levar à detecção e resolução do problema antes que ele se torne algo invencível ou incurável.

Eu não vou me ater a todos os tipos de prevenção que foram apresentados, metodologias de prevenção, mas discutirei muito rapidamente, Senador Moka, duas delas. Primeiro, o sangue oculto nas fezes. Esse é o mais barato e já há nos Estados Unidos documentação que leva a uma redução de até 30% na mortalidade por câncer colorretal. Infelizmente, é um exame que não é tão simples como parece, porque sofre de falso positivo, que leva à necessidade de exames adicionais. Mas isso está sendo resolvido agora com os exames imunoquímicos, que são mais específicos para hemoglobina humana e não têm uma reação cruzada com a hemoglobina animal da alimentação, e acho que num futuro muito próximo teremos os exames de DNA nas fezes, porque já está em fase experimental. E aí, sim, teremos um exame de alta sensibilidade e especificidade, que vai diminuir a necessidade de exames que vão resultar em resultados negativos para os pacientes.

Aí temos a colonoscopia, que acaba sendo, no final, o padrão ouro, porque não só faz o diagnóstico mas faz a cura do problema, pois remove o problema quando é um pólip, um câncer inicial. Mucosectomia, que é a remoção da mucosa doente do intestino, cura tumores em estágio inicial. É um procedimento muito importante. Mas tem um custo que não é só do procedimento em si, mas tem o custo do preparo. Quem já teve a oportunidade de realizar o exame sabe que o preparo é um pouco mais demorado, exige um pouco mais de atenção particularmente em pessoas idosas. Então, tudo isso tem que ser levado em conta ao se fazer algum tipo de programa de prevenção.

Eu acho, Senador, que a solução mesmo virá muito em breve, quando nós pudermos extrair o DNA circulante, ou seja, vamos fazer um exame de sangue e analisar, no exame de sangue, a presença de DNA do tumor circulante. Isso já existe, não é ficção científica. Não é comercialmente disponível, mas hoje, para pacientes com câncer, nós já conseguimos quantificar o DNA circulante e isso pode ser utilizado até em planejamento futuro. Acho que em poucos anos estará disponível e teremos uma ferramenta maravilhosa, simples e fácil de fazer, que resolve muitos dos problemas que estão sendo discutidos.

Para evitar que não tenhamos tempo para debate, acho que podemos sair daqui todos com a convicção de que é necessário um tempo de conscientização, seja um dia, uma semana ou um mês, mas o importante é que a gente traga um tumor que é cada vez mais comum à realidade, para que a população saiba que o tumor existe e a maneira de evitá-lo ou então tratá-lo precocemente.

É importante que discutamos a regionalização dos tipos de procedimentos que serão realizados. Estados como Rio Grande do Sul, Paraná, Santa Catarina, São Paulo, provavelmente precisam de programas imediatamente, para redução da incidência e cura do câncer. Em outros Estados que têm incidência mais baixa, talvez essa discussão possa se aprofundar um pouco mais. Eu não daria uma solução nacional única. Acho que seria importante vermos o risco de cada região.

Há um apelo que eu sempre faço nesse tipo de reunião, Senadora, para que o Governo brasileiro invista em soluções nacionais, como por exemplo uma tecnologia nacional de captura de DNA circulante para detecção precoce não só de tumor colorretal, mas de outros tumores em pacientes aparentemente saudáveis.

Nós precisamos investir mais em pesquisa, capacitação de cientistas no Brasil, porque acho que a solução final que vai realmente resolver, ou adiantar muito essa condição, passa por uma incorporação de tecnologia que, neste momento, ainda é investigacional.

O SR. PRESIDENTE (Waldemir Moka. Bloco Maioria/PMDB - MS) - Eu queria agradecer muito, Dr. Paulo Hoff. Vi que o Senador Ruben Figueiró prestou muita atenção. Vi que o senhor, V. Ex^a, desculpe, prestou muita atenção. Tem alguma relação com o Dr. Paulo Hoff, assim mais...

O SR. RUBEN FIGUEIRÓ (Bloco Minoria/PSDB - MS) - É muito importante ouvir a opinião de genro. Se ele não for corinthiano, bem entendido.

O SR. PRESIDENTE (Waldemir Moka. Bloco Maioria/PMDB - MS) - É um fanal.

Quero dizer o seguinte: é importante essa fala, e a gente percebe que o Paulo deve estar acostumado porque é extremamente didático. Dei aula durante 15 anos e sei quando estou diante de alguém que está acostumado a colocar as coisas com muita didática. E é fundamental porque as pessoas que estão nos ouvindo, na imensa maioria, são leigas. Então, é importante

que a gente tenha esta preocupação. Tenho certeza, Senador, pelo nível da Mesa. A começar pela nossa estreante aqui, que esgotou o assunto em dez minutos. Imagine se ela tivesse mais tempo para falar?

Então, acho que é importante, principalmente. E essas questões vão aparecer. Durante o debate aqui, a Dr^a Patrícia é uma grande colaboradora. Sempre que veio aqui, a gente sai com encaminhamento. E temos tido uma colaboração muito grande do Ministério da Saúde, na pessoa da Dr^a Patrícia.

A SR^a ANA AMÉLIA (Bloco Maioria/PP - RS) - E como V. Ex^a prestou atenção, pela ordem, Presidente, é que foram muito bem complementadas a didática da Dr^a Marlise com o que o Dr. Paulo avançou, já indo para um outro caminho que me chamou muita atenção, que é a regionalização, e essa questão de perseguir com tecnologia avançada disponível no mundo, que o Brasil pode também chegar mais cedo, aqui, na América Latina, com uma área tão... Surpreendeu-me essa história do DNA circulante. Isso é muito interessante.

O SR. PRESIDENTE (Waldemir Moka. Bloco Maioria/PMDB - MS) - Na sequência, quero passar a palavra ao Dr. Eduardo de Paula Vieira, Secretário-Geral da Sociedade Brasileira de Coloproctologia, representando, aqui, o Dr. Ronaldo Salles, Presidente da Sociedade Brasileira de Coloproctologia.

O SR. EDUARDO DE PAULA VIEIRA - Bom dia a todos.

Exm^o Senador Moka, Exm^a Senadora Ana Amélia, Exm^o Senador Ruben Figueiró, em nome da Sociedade Brasileira de Coloproctologia, a qual aqui represento, gostaria de parabenizar esta iniciativa de discutir este programa efetivamente de prevenção do câncer de intestino, câncer colorretal, e dizer que isso é uma preocupação constante nossa como Sociedade Brasileira.

Não vou entrar no mérito científico, acho que já foi muito bem apresentado pela Dr^a Marlise, e quero falar um pouco mais da nossa estrutura como Sociedade e o que podemos oferecer.

O grande problema, acho, da política de saúde no Brasil é o tamanho do País e as diferenças regionais. Somos, na verdade, um Continente. Isso gera problemas em todas as áreas de saúde, dentre elas a de intestino. Como V. Ex^s já viram, há diferença de incidência entre uma Região e outra do País.

Como Sociedade Brasileira de Coloproctologia, temos regionais, como a gaúcha, da qual somos os coordenadores, vamos dizer assim, e temos ascendência sobre todas essas regionais. Temos uma identificação de todos os serviços que tenham membro coloproctologista, que são certificados pela nossa Sociedade em todo o Brasil, e a nossa Sociedade, na verdade, em termos de coloproctologista, é a segunda maior Sociedade do mundo, cerca de 1.700 coloproctologistas dentro da Sociedade; só perdemos para a Sociedade Americana de Coloproctologia.

Esse é um ponto muito importante que vem agregar essa possibilidade de difundirmos o conhecimento, com diversos programas de ensino que proporcionamos não só aos colegas médicos, mas à própria população, através do *site*, através de várias ações como uma eventual possibilidade de disseminação e divulgação de qualquer programação de prevenção ou de conscientização. Então, nós temos condições de tentar nacionalizar efetivamente, ainda que com as diferenças regionais, esse programa, se for instituído de alguma forma.

Isso é muito importante e já houve algumas discussões, até no âmbito do Ministério da Saúde. A Dr^a Luciana Pyramo, que já foi nossa ex-presidente, chegou a ir ao Ministério tentar alguma coisa, e a questão sempre caía no custo. Quer dizer, eu acho que a gente deve discutir aqui, porque isso vai ser uma coisa muito importante em termos de rejeição ou aprovação, eventualmente, de qualquer projeto.

Penso muito seriamente: o que nós vemos hoje? Além de fazer parte da direção da sociedade, eu sou professor de coloproctologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro, que é um serviço público, e vemos que os pacientes chegam para tratar o câncer de intestino num estágio muito avançado.

Então, mesmo antes da prevenção, nós poderíamos pegar esses cânceres num estágio precoce. Imaginem quanto não seria bom haver a prevenção.

E o que acontece? Na verdade, acaba o custo de um tratamento de um paciente com um câncer muito avançado sendo muito maior. Porque, no final das contas, vai requerer internação, quimioterapia, radioterapia, quer dizer, cuidados paliativos num paciente terminal para quem não haja mais soluções médicas a serem oferecidas; esse vai ser um custo muito maior.

Atualmente, o que acontece? Por um medo e por não haver uma diretriz efetiva sobre prevenção, sobre conscientização, as pessoas começam a ouvir falar e todo mundo, até o médico, sai pedindo exame. Saem pedindo colonoscopia, muitas vezes desnecessárias. Então, o que nós vemos hoje, principalmente na rede pública, mas na privada também, é serem solicitadas inúmeras colonoscopias que não seriam necessárias. Eu acho que, se houver uma diretriz como, por exemplo, há para o câncer de mama, principalmente no sistema público, nós vamos ter não um aumento de custo, mas uma diminuição, com efetividade muito maior no resultado final. Como a Dr^a Marlise e o Dr. Paulo já mostraram, efetivamente, se a gente tirar

aquele pólipó que é encontrado no intestino, benigno, o tratamento será mais efetivo. Porque, diferentemente da prevenção do câncer de próstata, do câncer de mama, na verdade, nesse caso, não é feita uma prevenção, mas uma detecção precoce. No nosso caso, com a retirada desses pólipos, que são benignos - e, se forem deixados, na maioria das vezes, vão virar um câncer -, nós realizaríamos a prevenção.

Então, se conseguirmos colocar critérios a que os pacientes possam ser submetidos, como serem solicitadas colonoscopias, mas, antes, provavelmente, um exame mais simples, como sangue oculto e até retossigmoidoscopias, poderemos, sim, na minha avaliação, diminuir muito esse custo. Tanto na realização simplesmente do exame - e não vamos pensar no tratamento de um paciente com um câncer mais avançado, porque esse vai continuar ainda por um tempo -, só a colonoscopia, a curto prazo, acredito, teremos uma redução de custo. Eu acho que esse é um ponto muito importante, Senador. E apoiando a Sociedade Brasileira de Coloproctologia. Eu acho que esta aqui é uma excelente forma para isso. Nós estamos apoiando e temos essas condições de, eventualmente, nacionalizar, vamos dizer assim, todo o programa.

Após alguma discussão, Senador, a gente pode retornar.

O SR. PRESIDENTE (Waldemir Moka. Bloco Maioria/PMDB - MS) - Muito obrigado, Dr. Eduardo.

São coisas diferentes: detectar-se precocemente, indo para o tratamento, e prevenir. Realmente, em se tratando desse tipo de câncer, realmente o custo será muito menor.

Eu acho que são essas coisas que, nessas audiências, a gente vai juntando, formatando, fazendo raios-X do corpo inteiro, do que é importante, para que a gente possa avançar.

Eu quero, ao agradecer ao Dr. Eduardo, conceder a palavra à Dr^a Angelita Habr-Gama, Presidente da Associação Brasileira de Prevenção do Câncer de Intestino.

A SR^a ANGELITA HABR-GAMA - É um prazer enorme, uma honra estar aqui.

Cumprimento a nossa querida Senadora Ana Amélia por sua grande iniciativa, não só nisto, mas ela fez outras leis. Há uma lei importantíssima que nós todos usamos, está o Prof. Paulo Hoff está aqui para se gabar, da quimioterapia oral, de que muitas pessoas se esquecem. Muito bem! Parabéns, Senadora! Nós a admiramos muito. Senador Moka, parabéns por estarmos aqui! Eu agradeço aos nossos colegas.

Algumas coisas vamos ter que obrigatoriamente repetir, já foi dito, mas vou acelerar. É importante, esse é um câncer importante para o Ministério agir, porque é um dos cânceres mais frequentes, é o terceiro câncer no Brasil geral, o segundo no sexo masculino e é uma grande causa de mortalidade. É o único câncer prevenível, porque nós conhecemos a lesão que precede, retiramos, através do exame que se chama colonoscopia, e o doente está curado, diferentemente do câncer de mama, do útero e da próstata, em que nós fazemos - muito bem feita e deve ser feita - detecção precoce. No câncer de intestino, além da detecção precoce, nós podemos fazer - como foi dito já - a prevenção. É um câncer importante e, no momento, para o futuro, temos que lembrar que em cada 20 pessoas, uma terá câncer de intestino e 90% terá câncer já diagnosticado. Temos 90% dos casos diagnosticados acima de 50 anos. É por isso que começamos as campanhas de conscientização de prevenção a partir dos 50 anos. E o Brasil segue o que ocorre no mundo. É muito frequente, está-se tornando realmente um programa de saúde pública. É por isso que nós estamos aqui. Já foi dito pela Dr^a Marlise que é um câncer do qual conhecemos a sequência: mucosa normal vai crescendo, mudando e vai se transformar num pólipó, que nós removemos com a colonoscopia. E, num prazo que dá folga para que o doente descubra esse câncer, num prazo de 10 anos, ele já cresceu, formou um câncer, mas ainda é possível fazer o diagnóstico, fazer o tratamento precoce e podemos conseguir a cura. Quanto mais precocemente nós detectamos e fazemos a prevenção, pela retirada dos pólipos, nós estamos curando esse câncer. É interessante saber que após os 50 anos, no mínimo 25% da população terá um pólipó. Então, ele precisa, portanto, ser rastreado.

Quero mostrar aqui os países que fazem prevenção. Nós já sabemos que nos Estados Unidos é bem conduzido o sistema de prevenção, reduzindo - como já foi mostrado aqui - enormemente a incidência de mortalidade por câncer. Na Europa, Alemanha, França, Espanha e Portugal, fazem-se campanhas de prevenção; Canadá, muito. Mas eu queria chamar a atenção na América Latina, o único país em que se faz prevenção - espantem-se - é a Bolívia. Porque na Bolívia a saúde pública é cuidada como aqui no Brasil, pelo sistema nacional de saúde. Como no Brasil nós temos o sistema nacional de saúde - que é muito bem feito, nós precisamos melhorar sua qualidade -, nós podemos fazer prevenção, seguirmos o modelo da Bolívia.

Mas eu queria chamar a atenção para esta diretriz, o Caderno de Atenção Primária nº 29. Já foi suficientemente reconhecido - e os senhores leiam bem - que a prevenção está com o Grau de Recomendação A, a pesquisa de sangue oculto nas fezes, retoscopia e colonoscopia realmente previnem o câncer no intestino, Grau de Recomendação A.

Mas não sei por que, em 1910, foi feita uma diretriz chamando a atenção de que esse programa de rastreamento - rastreamento é pesquisa de tumor no indivíduo assintomático -, esses testes não são úteis, principalmente o sangue oculto,

porque ele se acompanha de uma quantidade enorme de falsos positivos. Não importa que alguém tenha sangue positivo nas fezes falso, porque ele está sabendo. Se descobrirmos hemorroidas, doenças diverticulares, já valeu. Então, é importante fazer pesquisa de sangue oculto. Mas aí, nessa diretriz - achando que os falsos positivos dificultam os programas de rastreamento - recomendando e impedindo, a partir daí, que os programas que são feitos por sociedades e entidades tenham continuidade, porque estão impedidos por meio dessa diretriz que nós gostaríamos, na reunião de hoje, que realmente fosse modificada.

É bom chamarmos a atenção para que caindo significativamente a incidência de câncer nos Estados Unidos (65%), de 2002 a 2006, paralelamente cai a taxa de mortalidade. E eu diria aos senhores que o câncer colorretal teria um excelente prognóstico, mas ainda a nossa probabilidade de cura, no Brasil, raramente, ultrapassa os 50%. Só em centros acadêmicos, em centros que têm bem desenvolvidas as técnicas cirúrgicas e as técnicas de diagnóstico precoce, nós conseguimos ter índices de cura acima de 60%. Mas, a cada 100 doentes que nós operamos e tratamos, 50 vão morrer em cinco anos. E é um câncer de excelente prognóstico, de diagnóstico precoce fácil e de fácil prevenção.

Então, é esse o câncer que nós devemos rastrear, porque o rastreamento e as políticas públicas de rastreamento vão reduzir a incidência, a mortalidade; vai ser mais efetivo quanto ao custo para o País; e, claro, vai melhorar, de imediato, a qualidade de vida do cidadão. Então, nós devemos fazer isso!

Nós somos entusiastas da prevenção. E nós começamos isso em 1980, quando começou nos Estados Unidos, promovendo aqui o primeiro congresso de prevenção de câncer de estômago, de câncer de intestino grosso. Fizemos um congresso do qual participaram as maiores entidades nacionais - eram 50 participantes. Escrevemos um livro sobre prevenção e já publicamos um trabalho utilizando a pesquisa de sangue oculto numa população assintomática, na cidade de São Paulo, com a colaboração, num trabalho multicêntrico, de vários colegas no Brasil, e já encontramos uma incidência significativa de câncer nessa população assintomática. Ou seja, datando, desde de esse trabalho publicado em 1983 e do nosso primeiro congresso, em 1980, a gente vem falando em prevenção. Até que, em 2004, após várias vindas aqui ao Senado, de várias conversas com o Ministro à época, nós entendemos o problema do Brasil: o Brasil é muito grande; é difícil economicamente fazer programas de prevenção, mas vale a pena. Nós sabemos que a incidência é grande, mas como o Dr. Hoff bem mencionou, é principalmente alta no Sul. Então, talvez, a gente devesse, por economia, por facilidade, regionalizar esses programas.

Nós fizemos a Abrapreci, que, infelizmente, não é capaz de fazer a prevenção. Mas nós fazemos uma companhia de conscientização corpo-a-corpo, porque, conscientizando a população, nós vamos facilitar o trabalho das nossas entidades públicas, do Ministério, e ter, com isso, o seu apoio.

Para tanto, fizemos um intestino gigante, o "gigantão", com quase 30 metros, que anda pelo Brasil inteiro, já foi de Manaus a Porto Alegre, visitando 19 Estados do Brasil. Colocamos no avião, colocamos no ônibus, pelo que agradeço aqui o trabalho da D. Regina Pires, nossa Secretária da Abrapreci. Enfim, fazemos um trabalho corpo-a-corpo, carregando esse intestino, que já foi até ao Canadá.

O grande impulso de prevenção no Canadá foi movido pela passagem desse intestino naquele país, quando de um congresso internacional, americano-canadense. Esse intestino girou por lá durante um mês. É um intestino fantástico; é um modelo que serve para a instrução da juventude. Acompanhando o intestino, nós temos dentro um boneco que fala, em linguagem lúdica, para as crianças. Nós, geralmente, levamos as nutricionistas, que falam às crianças, ensinando-as a se alimentarem, ensinando os pais a se alimentarem, a mudarem os seus hábitos de vida.

Esse intestino gira muito. Fizemos iniciativas locais e regionais; tivemos o prazer de sermos seguidos pela Dr^a Marlise Mello em Porto Alegre. Apoiamos muito essa iniciativa, que culmina, agora, no Maio Laranja...

(Soa a campainha.)

A SR^a ANGELITA HABR-GAMA - Nós já vamos encerrar.

Nós fizemos um plano piloto. Fizemos uma cidade, no Norte de São Paulo, que se chama Santa Cruz das Palmeiras - e os senhores viram que o brasileiro adere aos programas de prevenção. Nós entrevistamos quase cinco mil pessoas e treinamos o teste de sangue oculto. Nós ganhamos de presente 10 mil testes de sangue oculto, testes imunológicos, do governo chinês. Consegui iludir... *(Risos.)*

Facilitar que eles nos mandassem. Não consegui no Brasil, mas consegui na China; e foi...

ORADOR NÃO IDENTIFICADO *(Fora do microfone.)* - Sensibilizar.

A SR^a ANGELITA HABR-GAMA - Isso! Sensibilizar; não iludir. E nós conseguimos fazer a pesquisa de sangue oculto em Santa Cruz das Palmeiras. Passamos a fazer a colonoscopia. Nós mesmos levamos os colonoscópios, uma vez por mês,

e fizemos as colonoscopias, tivemos um resultado positivo importante, e os doentes, quando foram operados, contaram com o auxílio dos colegas de Santa Cruz.

Publicamos um trabalho, que tem sido muito citado no exterior. E, agora, reproduzimos, com o auxílio do Ministério da Saúde, um plano piloto de filantropia através do pessoal da Oswaldo Cruz. Fizemos isso na Moca, em frente à quadra de futebol do Juventus. Fizemos um programa de prevenção muito bem feito, tivemos entrevistadores, distribuimos exames de sangue oculto, agora pagos pelo Ministério da Saúde com apoio da Prefeitura e com nosso próprio apoio. Trabalhamos nisso e entrevistamos 8,5 mil pessoas, fizemos exames de sangue oculto, detectamos câncer. Temos aqui, já para o Brasil, modelo de dois projetos pilotos.

Então, o que podemos fazer através desta reunião?

Solicitar ao Ministério da Saúde que reavalie as diretrizes do Caderno 29 e criar um grupo de trabalho para avaliação e planejamento de implementação de políticas de rastreamento, e é isso que estamos fazendo. Além disso, deve integrar esses programas no Programa de Saúde da Família, permitir que os projetos pilotos de rastreamento também sejam projetos do Pronon. Queremos que o Ministério da Saúde apoie as iniciativas, regionais, municipais, privadas, todas elas, porque, juntos, podemos realmente fazer um trabalho que será modelo para muitos outros países. Muito obrigada.

O SR. PRESIDENTE (Waldemir Moka. Bloco Maioria/PMDB - MS) - Dr^a Angelita, fiquei com vontade de bater palmas para a senhora. *(Risos.)*

Na próxima audiência pública, vamos convidá-la sempre, porque a senhora já traz inclusive o encaminhamento da... *(Risos.)*

Ela já traz, ela fala e já diz o que tem que ser feito.

Percebi que a doutora fala com com paixão, com autoridade de quem conhece. Eu tenho apenas uma curiosidade: de quem foi a ideia desse intestino gigante? Achei uma coisa que...

A SR^a ANGELITA HABR-GAMA - Nos ouvimos - o planejamento disse - os Estados Unidos, mas eles não haviam feito ainda. Chegamos aqui e, correndo, fizemos antes deles.

O SR. PRESIDENTE (Waldemir Moka. Bloco Maioria/PMDB - MS) - A senhora é ligeira, iludiu os chineses e, agora, passou os americanos. *(Risos.)*

A SR^a ANGELITA HABR-GAMA - E fizemos por iniciativa própria. Esse modelo era muito simples. Depois, precisou ir para os Estados Unidos. Eles gostaram muito, queriam comprar o nosso modelo, iam nos pagar muito pouco, menos do que gastamos. Então, não vendemos; cedemos a eles o DVD com a fala do Dr. Preventino. Vamos a alguns congressos no Canadá e Estados Unidos, sobretudo de gastroenterologia, e vemos um intestino igualzinho ao nosso, com o boneco brasileiro falando em inglês ou em francês, porque ele fala ora em inglês, ora em francês. Ele fala: "*I came from Brazil*" ou "*I came from São Paulo, Abrapecí*". *(Risos.)*

São Paulo, Brasil.

O SR. PRESIDENTE (Waldemir Moka. Bloco Maioria/PMDB - MS) - Muito obrigado.

Eu vou conceder a palavra à Dr^a Luciana Holtz, uma parceira nossa aqui, Presidente do Instituto Oncoguia.

A SR^a LUCIANA HOLTZ - Bom dia a todos. Bom dia, Senador Moka. Muito obrigada, mais uma vez, pela oportunidade de nos abrir esse espaço para, realmente, discutirmos esse tema tão importante. Obrigada, Senadora Ana Amélia, parceira e grande defensora da causa do câncer no Brasil. Bom dia, plateia.

Eu estou aqui representando o Instituto Oncoguia, uma ONG que atua para ajudar o paciente com câncer a viver melhor, por meio de projetos de informação, de apoio aos pacientes e na defesa de direitos.

Diferentemente de todo mundo, acho que não tenho mais números para dar; acho que a importância, a relevância e a gravidade do tema já foi mais do que dita; porém, como a história da Maria, temos várias outras no portal, e acho que vale a pena ler um pouquinho.

Em 2009, comecei a sentir muitas dores abdominais, dores insuportáveis. Fui ao ginecologista, achando que fosse alguma inflamação. Fiz todos os exames, mas não acusaram nada. E continuava a sentir dores. Começou um sangramento pelas fezes. Voltei ao médico e expliquei o que estava acontecendo, e ele me orientou a passar em um gastro. Marquei consulta, fiz uma colono, e veio a notícia de que eu estava com câncer no intestino.

Essa é uma história entre muitas outras. O que a gente vê nesse cenário do câncer de intestino é que, da prevenção ao paciente que vive realmente com a doença, o caminho não está claro, os problemas são muitos, acho que falta, realmente, muita transparência, desde o paciente que não sabe sequer em que médico deve ir, qual o exame que tem que fazer, onde ele vai fazer o tratamento. Então, ele fica literalmente perdido nesse mundo, nesse cenário, porque a gente precisa torná-lo mais claro.

De novo, vou contar a história da D. Ana, que tem 53 anos. Ela começou a sentir algumas dores abdominais, percebeu o intestino um pouco preso, notou sangue nas fezes, procurou a UBS mais perto de sua casa. Ela é uma paciente que depende do SUS. Eu acho que esta fala dela também é muito importante: "Nunca ouvi falar em colonoscopia e nem sabia que existia câncer no intestino". Gente, assim, eu acho que vale a pena a gente prestar atenção nisso! O quanto realmente a gente tem um trabalho de base para educar as pessoas com relação inclusive ao tipo de câncer que a gente está abrigando.

E aí, gente, olha só a historinha dela - quantos desafios. Infelizmente, quando ela chegou na UBS não havia médico. Foi puro azar dela uma UBS em que não havia médico. E a gente sabe que isso também é uma realidade aí pelos muitos lugares Brasil afora. Infelizmente ela demorou mais de 30 dias para conseguir passar por um médico da UBS. O médico não a examinou. E aí, por conta da queixa dela de sangue nas fezes, ele deu vermifugo. O que, aparentemente, é bastante comum, porque acho que confunde ali, pelo que a gente entendeu. D. Ana continuou com os sintomas. Ela conseguiu voltar ao médico três meses depois e, dessa vez, havia um outro médico na UBS, que ouviu suas queixas e resolveu, então, pedir uma colonoscopia.

Gente, ela aguardou seis meses na fila para fazer o exame! E, de verdade, na cidade de São Paulo, a fila no Município para fazer uma colonoscopia é de seis meses. Ela aguardou, então, o exame. Com o resultado, ela já estava com câncer colorretal com metástase no fígado. Hoje ela está em tratamento. A gente sabe então que no SUS ela também não tem acesso ao melhor tratamento, mas a gente não vai discutir isso aqui hoje.

Bom gente, então o meu pedido: se Anas e Josés - acho que vale a gente lembrar que diferente do Outubro Rosa, diferente do Novembro Azul, que a gente está falando de homens e mulheres, no câncer de intestino a gente está falando de homens e de mulheres; é uma doença que atinge a todos nós - tivessem acesso, então, a uma informação ao câncer de intestino e aos seus exames preventivos, ao sangue oculto, imunoquímico, a colonoscopia, que sedentarismo e obesidade têm, sim, relação com o câncer de intestino... Recentemente, a gente fez uma pesquisa com o Datafolha, e dados que nos surpreenderam muito foram que, realmente, é muito baixa a relação que as pessoas fazem conectando mesmo o sedentarismo e a obesidade com o surgimento de um câncer. Hoje a gente sabe, principalmente a obesidade, o quanto está conectada com o surgimento de um câncer e, em especial, o câncer colorretal.

Acho que aos 50 anos a importância, realmente, de a gente ter disponível o exame de sangue oculto nas fezes, e aí vale, sim, essa discussão com relação ao imunoquímico. Se esse sangue oculto tiver alterado, acho que esse paciente precisa ser priorizado e a gente precisa pensar se é possível disponibilizar uma colonoscopia em um mês ou o mais rápido possível. E, de novo, se for uma paciente que já está apresentando sintomas, como os da D. Ana, ela precisa ser priorizada, precisa ser tirada da fila e precisa ter acesso a uma colonoscopia o mais rápido possível.

Então, a gente fez um documento, que acabamos de distribuir para vocês, que foi amplamente discutido, nós reunimos diferentes entidades, profissionais, isso aconteceu em maio deste ano, e ele traz aí algumas recomendações. A gente teve desafios; a gente propôs que, durante a reunião, discutíssemos barreiras da prevenção, barreiras do diagnóstico, barreiras do tratamento e barreiras de viver com a doença. E, de verdade, gente, apesar de a gente querer muito discutir os desafios, inclusive o tratamento em si do paciente, a gente quase que não conseguiu chegar lá, porque as barreiras da prevenção e as barreiras do diagnóstico são tantas e merecem atenção e precisam ser priorizadas que eu acho que vai ficar, realmente, para um segundo capítulo, apesar de merecer muito.

E aí vale a gente lembrar, então, na última página, que acho que está completamente em alinhamento aqui com a Mesa, que as duas prioridades que ficaram da reunião foram a questão de a gente conscientizar a população sobre a doença, seus fatores de risco, sinais e sintomas, essa questão da obesidade, do sedentarismo, do combate à obesidade e ao sedentarismo, e a questão de a gente promover junto, ao mesmo tempo... Acho que não dá para fazer uma coisa desconectada da outra.

Está aí o número da mortalidade, os pacientes estão morrendo por causa dessa doença que a gente pode simplesmente prevenir. Acho que este é o ponto. E junto, então, a gente promover melhor acesso ao diagnóstico precoce. E aí cabe, aqui, a gente discutir. Mas o pedido seria, Patrícia, que realmente o Governo criasse uma política nacional de rastreamento, que a gente pudesse construí-la juntos, dentro do que é possível, claro, considerando todos os desafios que a gente sabe que esse cenário tem.

É isto. O que a gente quer, e acho que está claro aqui na Mesa, é conseguir fazer com que o câncer gere menos sofrimento, preconceito e mortes, promover mais qualidade de vida. E não podemos nos esquecer de que estamos aqui para salvar vidas.

Obrigada, gente.

Bom dia.

O SR. PRESIDENTE (Waldemir Moka. Bloco Maioria/PMDB - MS) - Muito obrigado, Dr^a Luciana, parceira importante da nossa Comissão.

A Patrícia sempre é a última a falar, porque as pessoas, de alguma forma... Só sobra o Ministério da Saúde. Não é que sobre, mas é a responsabilidade, na verdade.

Mas a gente... Eu, às vezes, sou muito duro, mas eu gosto de reconhecer quando a gente tem tido, e nós temos tido, eu, pelo menos aqui, a Patrícia tem sido realmente uma pessoa que tem dado a essas prioridades dessas audiências públicas e a gente tem encontrado essa... É por isso que estimula. Desde a época em que nós fizemos aqui... A Ana foi a autora e eu relatei a quimioterapia oral. Na época, tivemos que brigar com os planos de saúde.

Lembra a confusão que foi com os planos de saúde? A senhora não queria nem ouvir falar naquilo.

Mas eu acho que é assim. A gente tem que ir vencendo.

Então, passo a palavra à Dr^a Patrícia Sampaio, Coordenadora Geral de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas, do Ministério da Saúde.

A SR^a PATRÍCIA SAMPAIO CHUERI - Bom dia, Senador Moka, Senadora Ana Amélia, colegas da Mesa.

É um prazer estar aqui mais uma vez.

Muitas coisas que vocês trouxeram eu também trouxe. Então, vou tentar fazer uma apresentação um pouco mais rápida para a gente poder abrir para o debate.

Rapidamente, vou falar do contexto epidemiológico, de que já se falou bastante, da Política Nacional de Oncologia, da questão do rastreamento, das recomendações atuais e das possibilidades para o futuro, de como a gente pode conversar.

Então, aqui já foi dado, acho que mudou e a gente, então...

É um câncer muito incidente, mas ninguém falou dos dados de mortalidade.

Ele não é um dos cânceres que mais matam no País. Ele é o quinto entre as mulheres e o sexto entre os homens. Então, quando a gente olha a epidemiologia, a gente tem que olhar a incidência e a mortalidade. Olhando só um dado, a gente tem uns vieses de leitura.

As maiores incidências, como o Dr. Paulo falou, sim, são nas Regiões Sul e Sudeste e também em Mato Grosso do Sul. Depois a gente pode falar um pouquinho em relação às políticas regionais, em como a gente pode pensar um pouquinho sobre isso. Então, acho que todos vocês já conhecem a Portaria 874, que foi a revisão da Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer, e as novidades da política, que foram esses dois pontos aqui.

A Portaria descreve quais são as responsabilidades das esferas de gestão. Eu sinto falta aqui, na Mesa, e quero pontuar isto, do Conass e Conasems.

O Sistema Único de Saúde é tripartite. A gente é um país federado. Não adianta a gente pensar só no Ministério da Saúde, que tem o maior volume de financiamento - não estou não reconhecendo isso -, mas, para pensar as políticas, eu preciso de Estado e Município juntos. E também na Portaria estão descritas as responsabilidades das estruturas operacionais, então, do ponto de atenção primária, secundária, hospitalar, e em relação a quais são as responsabilidades na linha de cuidado da pessoa com câncer.

Além disso, a gente tem uma portaria que saiu este ano que redefine os critérios e os parâmetros para organização, planejamento, controle e avaliação da alta complexidade na área da oncologia. Mudou a lógica.

Então, a habilitação dos hospitais que fazem tratamento oncológico no SUS era muito desligada da rede. Essa portaria, então, traz uma lógica de rede, uma responsabilidade para uma população adscrita. Isso muda e torna mais fácil o trabalho com as questões de referência, contrarreferência, até para fazer programas organizados de rastreamento.

Para relembrar, a gente gastou, em 2013, só com tratamento na área da oncologia, sem incluir aqui a compra centralizada de medicamentos, R\$ 2,8 bilhões com cirurgia, quimioterapia e radioterapia. E aqui está a quantidade de procedimentos realizados. O maior é de quimioterapia, depois cirurgia e radioterapia, em que a gente precisa avançar.

Aqui eu quero lembrar que programas... Qual a diferença... Nos sistemas nacionais de saúde, podemos ter vários graus de organização da prevenção e do controle do câncer. Primeiro, quero lembrar que prevenção é diferente de rastreamento, que é diferente de detecção precoce. A gente fica falando em prevenção e acha que tem de fazer exame.

Eu posso ter a prevenção primária, para mudar a qualidade de vida e hábitos de vida da população, eu posso fazer campanhas e alertas para sinais e sintomas - a gente ainda precisa dar esse passo - e eu posso ter programas organizados ou oportunistas de rastreamento. A gente precisa ter bem claro, porque, senão, prevenção fica igual a exame, e não é disso que estamos falando.

Para fazer rastreamento, o câncer de cólon é perfeito. E a gente sabe a história natural da doença. Eu tenho lesão precursora, igual a câncer de colo do útero, e o rastreamento é feito na população assintomática e, em geral, é populacional. Eu posso escolher uma população com risco adicional ou não. Em um programa de rastreamento organizado, para poder disparar isso, eticamente, é preciso garantir a confirmação diagnóstica, porque rastreamento não é confirmação diagnóstica, dependendo do tipo de exame que for usado para rastreamento, como o sangue oculto dito aqui, e, obrigatoriamente, eu tenho que ofertar o tratamento. Eu não posso colocar essa paciente em outra fila e ela só ficar na cabeça que está com câncer. Então, antes disso, precisamos tomar uma série de medidas. Então, eticamente, só pode haver um programa de rastreamento organizado se forem garantidas outras questões dentro do SUS. E tem a questão de se trabalhar com diagnóstico precoce, sinais e sintomas.

Crítérios. Eu trouxe esse trabalho de 1968, muito antigo, mas esses são os critérios para programas populacionais de rastreamento. A doença tem que representar um importante problema de saúde pública, que seja relevante para a população, considerando esses conceitos de epidemiologia, magnitude, transcendência e vulnerabilidade, a história natural precisa ser bem conhecida, é ideal que se conheça um estágio pré-clínico bem definido, durante o qual a doença pode ser diagnosticada e tratada, é preciso provar benefício de detecção precoce e tratamento precoce, para o rastreamento ter mais benefício do que malefício para o paciente, os exames de detecção dessa condição clínica devem estar disponíveis, aceitáveis e confiáveis, o custo do rastreamento e tratamento de uma condição clínica deve ser razoável e compatível com o orçamento destinado ao sistema público de saúde e o rastreamento deve ser um processo contínuo e sistemático para que haja queda de mortalidade, como a gente teve em amostras de trabalhos aqui, hoje.

Aqui estão alguns dos critérios que a OMS coloca para ter programas de rastreamento. Então, é preciso haver evidências científicas robustas, recurso humano, equipamento, tecnologia suficiente para cobrir todo público-alvo do programa de rastreamento, é preciso haver retaguardas de serviço de confirmação diagnóstica, oferta de tratamento e seguimento desse paciente e a prevalência da doença deve ser grande o bastante para justificar o rastreamento.

Eu sempre gosto de lembrar isto: rastreamento é uma intervenção sanitária complexa e poucos países do mundo têm condição de fazer o rastreamento populacional de forma adequada. Então, hoje, poucos países do mundo têm programas organizados de rastreamento. Há outros procedimentos que podemos implementar antes do rastreamento.

Bom, já se falou dessa questão de fatores protetores, de fatores de risco em relação ao cólon.

Aqui está o CAB 29, o Caderno de Atenção Básica, que orienta a questão do rastreamento. Justamente porque somos um País federativo, a ideia era, se algum Estado ou Município decidisse por isso, a gente deixar claro as evidências que temos em relação a isso. Mas é diferente de pensarmos uma política nacional. Então, sim, há bastantes evidências para o diagnóstico precoce e, sim, há evidências para o rastreamento.

E aqui a recomendação, que a Dr^a Angelita já trouxe, que está no caderno.

Hoje, a gente não considera o rastreamento viável e custo efetivo. A gente recomenda fortemente estratégias para divulgação ampla de sinais de alerta para a população e profissionais de saúde e acesso imediato ao exame diagnóstico.

A gente precisa trabalhar com linha vermelha na oncologia. Eu já falei isso várias vezes. Uma pessoa que tem a doença de Crohn, por exemplo, e está esperando a colonoscopia não pode ficar na mesma fila de uma pessoa que está esperando porque está com sinal e sintoma de câncer. Devem ser filas diferentes. A gente precisa trabalhar com protocolos muito claros de regulação. E eu preciso dar acesso ao tratamento adequado e oportuno.

Bom, o que eu pensei de próximos passos possíveis nessa questão? Eu conheço o Proadi do HO. A gente ainda não teve o resultado de custo efetividade de avaliação desse Proadi, que é o que a gente está esperando desse sistema. Eu acredito que eles apresentem no ano que vem, em São Paulo, na Mooca, que finalizou o projeto e a gente está aguardando os resultados. Então, o que eu pensei de próximos passos? A gente poderia pensar em criar um grupo de trabalho dentro do Comitê de Mobilização Social e de Especialistas de Oncologia para pensar em relação ao câncer colorretal, ao câncer de intestino, pensar que a gente pode escrever e espalhar para o Brasil inteiro recomendações em relação à referência na linha vermelha, como o NHS tem hoje. São coisas que a gente pode pensar. Pode pensar em fazer campanhas e alertas sobre sinais e sintomas tanto para cidadãos quanto para profissionais de saúde. E eu acho que a gente precisa pensar num

projeto piloto em uma região de saúde, não só num Município ou numa região de um Município, para avaliar com mais magnitude, com mais força epidemiológica a questão do custo efetividade...

(Soa a campanha.)

A SRª PATRÍCIA SAMPAIO CHUERI - Estou acabando.

Podemos pensar na comparação dos exames de rastreamento, porque a gente sabe a questão do falso positivo, o exame que a gente hoje faz de sangue oculto nas fezes, e a questão da faixa etária, em que eu acho que a gente precisa pensar.

Eu só queria fazer algumas considerações em relação às falas que a gente ouviu hoje.

Em relação à regionalização, Dr. Paulo Hoff, é uma dificuldade. Aí é uma avaliação... Hoje o sistema de saúde, o brasileiro não tem maturidade para a gente ter políticas regionais, porque, enquanto eu, como Ministério da Saúde, penso numa política regional, vem um juiz, por exemplo, lá da Região Norte, e vai brigar porque não está se dando colonoscopia... Então, a gente precisa de uma decisão maior do que a do Ministério da Saúde para pensar em políticas regionais. Por isso que eu falei da questão de a gente ter Estados e Municípios, porque a gente pode trabalhar em parceria com decisões dos secretários estaduais, e aí a gente talvez não tenha tanto problema com a área da judicialização, e pensar isso nacionalmente regionalizado... Eu acho que isso se torna mais viável em vez de inviabilizar o sistema, como a judicialização tem feito hoje em grandes etapas. Então, eu acho que é um jeito de a gente pensar em parcerias com as secretarias estaduais.

Já que a Luciana me fez um pedido, eu vou fazer um pedido para ela. Para mim, dói muito, é muito caro ver como a gente apresenta o SUS. A gente não se orgulha de ter um sistema de saúde nacional que foi e é muito importante para a mudança de vários indicadores de saúde e de mortalidade. Está perfeito? Não está perfeito, a gente precisa avançar. Então, eu fico muito triste de ver o quanto a atenção primária sempre é apresentada de forma desqualificada. E, se a gente não girar essa roda, se a atenção primária não for o lugar que tem maior qualidade, uma série de coisas, e a gente não apresentá-la de forma diferente, ela sempre vai ser um lugar a que nenhum médico quer ir, onde nenhum médico quer ficar. Os piores estágios na faculdade de Medicina, em geral, são na atenção primária. Então, se a gente não mudar esse discurso, a gente não vai conseguir mudar a realidade. E a mesma coisa em relação ao Sistema Único. A gente precisa olhar o copo meio cheio. Ele não está perfeito, mas ele fez um monte de coisas.

Então, eu queria saber: por quê o tratamento não é ideal? Especificamente, o que está faltando para esse paciente? Vamos ver. Precisa mandar para a Conitec? Peço para apresentar o contrário. É só este o pedido.

Obrigada.

Estou à disposição aqui para a gente ver os encaminhamentos.

O SR. PRESIDENTE (Waldemir Moka. Bloco Maioria/PMDB - MS) - A Patrícia parece ser muito durona, mas não é, gente.

Patrícia, eu vou começar fazendo uma provocação mais no sentido de a gente encaminhar o debate.

Eu tive uma percepção e acho que você não tem uma prioridade, quer dizer, entre as prioridades. Não me pareceu. Depois eu queria ouvi-la para a gente estabelecer esse encaminhamento.

Eu acho que a Patrícia tem razão com relação a essa questão da judicialização, que realmente é importante. Talvez a parceria com a Secretaria de Saúde pudesse evitar isso. Quer dizer, é uma decisão do Secretário de Saúde colocar aquele serviço proporcional, um rateamento ou não, e estabelecer uma relação entre o Rio Grande do Sul e o Mato Grosso do Sul. Nós temos essa cultura da carne vermelha. Quer dizer, é uma coisa bem próxima dos nossos dois Estados. Mas aí há também São Paulo. É difícil estabelecer essas relações. Mas me chamou a atenção Mato Grosso do Sul ter essa correlação.

Eu passo a palavra para... Na verdade, a Senadora Ana Amélia não pergunta, mas faz uma inquirição. Ela tem essa facilidade de jornalista.

Senadora Ana Amélia.

A SRª ANA AMÉLIA (Bloco Maioria/PP - RS) - Senador Moka, muito obrigada, Do Mato Grosso do Sul, eu lhe dou a explicação sobre uma cidade que o senhor me convidou para conhecer chamada Chapadão do Sul. A cidade tem 30 anos e tem uma população de quase 30 mil habitantes, sendo que 95% deles são gaúchos. Isso talvez explique a identidade do problema. A migração que houve, a ida de gaúchos para essa região de maneira mais intensa do que para outros Estados talvez esteja determinada pelas questões genéticas. Eu não sou uma clínica geral, não; eu estou apenas fazendo uma dedução que talvez tenha lógica, mas me parece que isso talvez possa sinalizar.

O SR. PRESIDENTE (Waldemir Moka. Bloco Maioria/PMDB - MS) - Mas isso tem a ver com o hábito, o hábito da alimentação, não é?

A SRª ANA AMÉLIA (Bloco Maioria/PP - RS) - Sim, exatamente por isso também, porque levam... No almoço de que participamos, Senador, havia um galeto, linguiça - todas carnes leves -, um churrasco, salada de maionese, muita fartura. Era tudo bom, mas bastante gordura.

Mas eu começo pela Drª Patrícia. Concorde com o Senador Moka que a Drª Patrícia é muito aplicada nos procedimentos. Pelo que a senhora fala, não se pode minimizar o problema do câncer do intestino, porque esse é o sexto câncer que mais mata entre os homens e o quinto entre as mulheres. E aí eu me reporto à questão da AIDS. Baixamos a vigilância sobre a AIDS. O que aconteceu? A tendência da sociedade é ao sedentarismo. Hoje, com a vida moderna, em que você não se levanta da cadeira sequer para mudar o canal da televisão, você está, culturalmente se viciando nos maus hábitos.

Como acabou caindo a vigilância sobre a prevenção à AIDS, ela recrudescer de maneira assustadora no Brasil. Então, se a gente não cuidar agora, nós podemos ter, como aconteceu com a AIDS, o câncer de intestino pode aumentar, até por conta dessa mudança de hábitos e de comportamentos da sociedade brasileira, como de resto no mundo. A internet é um vício, as crianças ficam o dia inteiro sentadas em casa, Drª Patrícia. Para elas, não é castigo, porque elas adoram ficar ali. Só que, para a saúde delas, isso é o pior dos mundos. Então, ela não sai para jogar bola, para dar pinote e tal, o que seria necessário. Então, eu imagino que a senhora considera que nós temos que trabalhar, mas que isso não é a emergência maior, porque temos outras coisas para fazer.

A senhora falou do que o Ministério da Saúde gastou com o SUS nessa área, R\$2,8 bilhões, mas a senhora não falou do universo atendido.

Quantas pessoas foram atendidas e se há uma estatística sobre esse atendimento, sobre esse gasto - e aí há a questão da qualidade do gasto -, no que diz respeito à recuperação do paciente que foi atendido para tratamento ou para uma quimioterapia ou para uma cirurgia para a retirada de pólipos e tratamento para evitar o câncer? Então, qual é a avaliação de qualidade desse gasto de R\$2,8 bilhões?

É muito dinheiro! Se atendeu a um universo de tantas pessoas, a gente pode...

Eu vou fazer para todos depois. É só para deixá-la...

Então, a senhora fala que é difícil estabelecer uma regionalização, porque o pessoal do Nordeste vai lhe cobrar. Isto é natural, pois vivemos numa Casa política. Eu vejo isso no meu Estado, na minha região. Você libera uma emenda para uma região e me dizem: "Senadora, a senhora deu uma emenda para o tal município; eu também quero". Isto é parte da nossa demanda, do processo de enfrentamento. Mas a senhora tem um grande argumento, por exemplo, em relação à Região Sul, que é o de ter o índice mais alto, no caso do Rio Grande do Sul mais ainda, pelos dados da Drª Marlise, o que requer, talvez, um tratamento. Claro que essa região é mais receptiva, pelos órgãos todos, a entrar numa ação comunitária, numa ação de parceria. Concorde com a senhora que não dá para pensar que o Poder Público, só o SUS... E já farei um requerimento, Senador Waldemir Moka, para uma segunda audiência, sobre o mesmo tema, trazendo o Ministério da Saúde, o Conasems e também o Conselho Nacional dos Municípios. Acho que é importante o debate com outras entidades que tratem do tema, porque se compõe.

Eu gostei muito de ver aqui que talvez a área médica, a área de coloproctologia, tenha sido, Drª Angelita - e aí a senhora é protagonista do processo - tenha muita parceria com entidades públicas, como a Drª Patrícia falou, com o seu Instituto, o AJ, com a Abrace, fazendo um trabalho que hoje tem repercussão internacional. Quer dizer, desenhar o intestino... As crianças aprendem muito mais vendo uma representação física que lhes dá a noção do que é aquilo, porque, teoricamente... Eu não tenho ideia de como é o desenho dele agora, falando, mas imagino que é um S dentro do corpo da gente, do abdômen. É isso, doutor? Ainda bem que não errei. A criança tem uma capacidade de entender melhor as coisas pelo lado lúdico, caminhando dentro daquela realidade. Eu a cumprimento por isto.

Como a senhora já tem experiência, eu gostaria de saber em que outras coisas seria possível estabelecer parcerias com os setores. Esse trabalho comunitário daquela cidade de São Paulo, Santa Cruz das Palmeiras, foi um trabalho para exatamente fazer um diagnóstico geral, os exames, todas as questões feitas.

Eu queria saber da Drª Marlise quanto custa uma colonoscopia e quanto custa um exame de verificação de sangue nas fezes. Quanto custa isso? Isto é para fazer também um cálculo de custo/benefício, o que é necessário para a prevenção.

Para o Dr. Eduardo eu gostaria de perguntar por que - e isso me preocupou muito, nós já vimos isso outras vezes aqui - existem exames desnecessários. Há falta de orientação médica? É mais cômodo para o médico pedir isso? Isso facilitaria a vida dele? Ou é a falta de uma boa formação, na especialidade, para identificar, independentemente da colonoscopia, outros procedimentos para realizar isso?

A nossa Luciana fez um pedido para a Patrícia. Estou curiosa para ouvir a resposta e a resposta da provocação que a Patrícia fez a você a respeito de como realizar isso.

Ao Dr. Paulo Hoff, que falou dessa questão do DNA circulante, pergunto em que estágio está essa sistema, essa detecção, essa identificação do DNA, que já é feito em outras áreas, que é, hoje, um exame caro, e como ele sugeriria que órgãos do Governo, públicos ou privados, numa parceria público-privada, poderiam, com mais rapidez, oferecer à sociedade brasileira um acesso a esse exame mais rapidamente, porque dependeria de uma política de investimentos para que um laboratório brasileiro ou o Governo, através das suas instituições de pesquisa, de ciência, pesquisa e tecnologia, trabalhassem em cima disso. Nós estamos qualificados? Qual é o caminho para chegarmos a esse exame?

Como o senhor viu, Presidente Moka, não é uma inquisição.

O SR. PRESIDENTE (Waldemir Moka. Bloco Maioria/PMDB - MS) - Senador Ruben Figueiró.

O SR. RUBEN FIGUEIRÓ (Bloco Minoria/PSDB - MS) - Sr. Presidente, Senadora Ana Amélia, eu estou aqui para aprender. Eu só tenho que dar um testemunho e agradecer o Dr. Paulo Hoff por ter me convencido a fazer um exame de colonoscopia, porque eu acho que sou o único dos presentes que já passou por essa experiência, para mim extremamente...

O SR. PRESIDENTE (Waldemir Moka. Bloco Maioria/PMDB - MS) - V. Ex^a não está desejando nada para ninguém, não é? *(Risos.)*

O SR. RUBEN FIGUEIRÓ (Bloco Minoria/PSDB - MS) - Portanto, por uma experiência que eu tive, a recomendação que faço a todos é que não temam esse exame.

Eu quero dizer que saio daqui extremamente esclarecido a respeito da importância de combate ao câncer colorretal.

A SR^a ANA AMÉLIA (Bloco Maioria/PP - RS) - Só para lhe ajudar, Senador, o exame não dói nada. Chato é o preparo. *(Risos.)*

O SR. RUBEN FIGUEIRÓ (Bloco Minoria/PSDB - MS) - Olha, é o temor do preparo. Mas foi extremamente válido para mim.

Eu quero cumprimentá-lo, portanto, meu caro Presidente, Senador Waldemir Moka, pela iniciativa que V. Ex^a e a Senadora Ana Amélia tiveram de convocar ilustres personalidades, especialistas na área, que vão contribuir sensivelmente para que o Senado da República amanhã ofereça um projeto capaz de atender os reclamos da nossa sociedade.

Com essas palavras, breves palavras, eu cumprimento todos pela oportunidade que me deram de ouvir lições valiosíssimas. Muito obrigado.

O SR. PRESIDENTE (Waldemir Moka. Bloco Maioria/PMDB - MS) - Obrigado, Senador Ruben Figueiró.

Primeiro, eu devo dizer que a liberdade com o Senador é porque ele é do meu Estado e que, quando eu comecei a minha vida política, o Senador já era um político tradicional, um patrimônio político, um homem que é, para nós do Mato Grosso do Sul, um orgulho, uma referência.

Agora, eu cometi um erro. Eu não deveria brincar com isso, porque, pedagogicamente, a gente não deve dizer que o exame é doloroso ou que... Isso, ao invés de contribuir para estimular ao exame, pode criar preconceito e resistências, mas ele é um exame necessário.

E eu acho que a evolução vai caminhar para isso mesmo. Claro que há formas com custo menor e prevenções - eu concordo com a Patrícia -, mas a forma realmente, sem dúvida nenhuma, seria essa. Eu só insisto que... E aí, só para a minha participação, porque são coisas diferentes, porque eu acho que, se a gente conseguisse fazer realmente uma política pública que a gente pudesse... E aí, Dr^a Patrícia, estou falando realmente com diagnóstico, e a pessoa fosse realmente ainda na fase em que ainda não virou um câncer, e a gente pudesse fazer as intervenções, eu acho que - e aí acho que foi o Dr. Eduardo que falou - o custo iria diminuir.

Então, talvez a gente estivesse falando em diminuição de custos, e não em aumento. É claro que eu entendo as dificuldades. Eu acho que a gente tem que tratar as coisas aqui dentro dessa realidade. O País é continental, eu acho que temos que priorizar as regiões, acho que é importante isso, mas nós temos que começar.

Eu acho que o importante é esse grupo de trabalho, eu acho que é fundamental. E aí eu não sei, Senadora Ana Amélia, se a gente faz uma audiência pública. Por que não incorporar nesse grupo de trabalho? Aí o pessoal já vem para essa reunião, o Conasems. Eu acho que talvez... Porque já teríamos, o pessoal já participaria como... Escolheríamos, talvez, um Estado, pode ser, em função da incidência do câncer no seu Estado, mas pode ser no Mato Grosso do Sul, e eu ajudaria, com certeza, nessa coisa da parceria com a Secretaria de Saúde do meu Estado. Eu teria até uma certa facilidade para fazer isso. E a gente começaria com um grupo de trabalho, um projeto-piloto, regionalmente, não o Município, talvez algo mais amplo, que pudesse ajudar nesse sentido.

Eu, agora, vou inverter. A Patrícia foi a última a falar. Eu começo pela Patrícia para responder os questionamentos. Eu vou passando, e, se houver algum questionamento entre os palestrantes, nós voltamos a considerar a tréplica.

Então, Dr^a Patrícia.

A SR^a PATRÍCIA SAMPAIO CHUERI - Obrigada.

Quando eu quis trazer os dados epidemiológicos, penso que a gente causa um viés no dado, Senadora. Então, tem que se olhar todos. Não quis dizer que não é uma prioridade, mas não é a única prioridade. Eu tenho outras coisas. Eu tenho que olhar incidência e mortalidade. Eu não posso olhar só incidência. Isso não é o olhar integral, global, para você fazer uma análise e tomada de decisão na gestão.

Eu acho que a gente está num momento bom, porque logo ele vai subir na escala de mortalidade, principalmente em outras regiões. Então, é um momento de a gente pensar e organizar políticas até para evitar que isso aconteça, atuar nesse sentido. Acho que ficou uma impressão ruim. Eu só quis dizer que a gente precisa olhar todos os dados, não olhar só dados de incidência.

Eu posso mandar, depois, Senadora, sobre a quantidade de pessoas que aquele número representa. Eu não sei de cor, eu não trouxe esse dado. Mas só com isso é difícil avaliar a qualidade de gastos. A gente precisa de... Hoje, para avaliar a qualidade do gasto, eu precisava olhar uma série de indicadores e uma série de dados, porque nem temos acesso a todos hoje, por exemplo, com o RHC, o Registro Hospitalar de Câncer. Lá eu talvez conseguisse olhar algumas coisas. São coisas para a gente pensar, metas mais para o futuro, a longo prazo, nem tanto a longo prazo.

Uma questão que eu acho que não respondi. Em relação à Dr^a Angelita, o Pronon permite apresentar projetos com esse conteúdo. Não sei por que ficou essa impressão de que não permite. Ele permite. Ele tem linha de assistência, de formação em educação permanente e linha de pesquisa. Então, na linha de pesquisa, um estudo deste não teria por que não ser financiado.

A SR^a ANGELITA HABR-GAMA - Os estudos tem, mas as campanhas...

A SR^a PATRÍCIA SAMPAIO CHUERI - Eu posso até, na assistência, financiar algumas campanhas, pela assistência....

O SR. PAULO HOFF - Desde que não sejam serviços já instalados.

A SR^a PATRÍCIA SAMPAIO CHUERI - Não, porque, se o serviço já instalado, Dr. Paulo, não faz isso...

O SR. PAULO HOFF - Sim, mas é...

A SR^a PATRÍCIA SAMPAIO CHUERI - Não sei qual é a dúvida.

O SR. PAULO HOFF - Eu acho que o que a Prof^a Angelita está levantando é que no Pronon está especificado que, se há uma área de assistência já existente, o Pronon não pode ser utilizado para ampliar essa área já existente.

A SR^a PATRÍCIA SAMPAIO CHUERI - Não, doutor, não é isso que o Pronon fala. O Pronon não pode pagar... Eu não posso pagar ações que eu já faço no SUS. Mas, se eu ampliar as minhas ações, eu posso colocar para dentro do Pronon. Então, por exemplo, vamos dizer que eu atenda cem pessoas. Se vou passar a atender 150, essas 50 eu posso pôr para dentro do Pronon, num exemplo simples.

Outro ponto. Eu estou aqui, no Ministério da Saúde, e preciso pensar numa política nacional. Eu não acho que a gente tem maturidade, enquanto sociedade, de que a política nacional se regionalize. Infelizmente, os argumentos de incidência, por exemplo, ou de mortalidade, têm... No Judiciário, por exemplo, é difícil, em várias questões. Eu não estou falando que a gente não tem que fazer nada regional; eu só acho que, talvez, pensar numa política nacional/regional não seja a saída. A gente talvez possa apoiar políticas regionais de Estado, até, talvez, com financiamento do Ministério, mas que isso seja do Estado. Se eu fizer isso saindo do Ministério, isso vai ficar.... É muito difícil fazer isso. Isso sai até do meu âmbito de tomada de decisão.

Eu coloquei aqui que acho que a gente pode formar um grupo de trabalho - foram esses os próximos passos possíveis que eu pensei - para a gente focar, pensar em questões de curto, médio e longo prazos que a gente pode fazer em relação ao câncer de intestino. Eu acho que há coisas, antes do rastreamento, com exames, que a gente precisa dar conta de fazer. Isto pensando em política nacional. Estou falando o que eu acho. Esse grupo de trabalho a gente pode compor e fazer isso por dentro do comitê que já existe.

Hoje, o Comitê de Mobilização, tanto social quanto de especialistas, é focado só no câncer de colo e no câncer de mama. A minha ideia é que a gente amplie isso, que ele seja um comitê de mobilização do câncer, e a gente tenha grupos de trabalho, até para a gente ter mais corpo.

Vou colocar isso em pauta, na reunião do comitê. Não sei se vai passar. Se não passar, a gente pode pensar em como criar isso de outra forma, um grupo de trabalho nesse sentido.

Não sei se respondi.

A SRª ANGELITA HABR-GAMA - Pergunto a você, porque acho que, no Brasil, os registros de câncer são muito falhos. Então, acho que deveria regionalizar, mas é muito difícil, porque o Brasil tem 200 milhões de habitantes, mas sei que os registros de câncer existem em poucas cidades. Nós fizemos um levantamento por cima há pouco tempo e verificamos que havia apenas 19 Municípios, cidades com registro de câncer no Brasil. Então, essa diferença de incidência entre norte e sul pode ser causada pelas diferenças nos registros. Talvez fosse preciso priorizar também um estudo melhor dos registros de câncer no País, assim como registros de mortalidade. Agora, a mortalidade nos Estados Unidos e na Europa está bem documentada. A mortalidade é paralela à incidência: a incidência nos Estados Unidos diminuiu 65% e a mortalidade, 50%.

A SRª PATRÍCIA SAMPAIO CHUEIRI - Professora, por exemplo, a gente tem outros cânceres com mortalidade maior. É só isso. Não estou dizendo que... A gente não pode esquecer a parte de cima da tabela.

A SRª ANGELITA HABR-GAMA - No caso do câncer de intestino, eu falei que, de cada 100 doentes que nós operamos, 50 morrem em cinco anos. Então, é a mortalidade num câncer de tão bom prognóstico...

A SRª PATRÍCIA SAMPAIO CHUEIRI - Ai é questão da sobrevida, do estadiamento, do diagnóstico, mas é discussão para a gente fazer no grupo de trabalho.

O SR. PRESIDENTE (Waldemir Moka. Bloco Maioria/PMDB - MS) - Drª Angelita, vamos fazer uma sequência. Eu tenho também a atribuição de coordenar e organizar. Se não, começa uma discussão e não conseguimos encaminhar de forma, penso eu, mais adequada.

Então, na sequência, Drª Luciana Holtz.

A SRª LUCIANA HOLTZ - De qualquer forma, acho que você conhece o nosso trabalho e, de verdade, é com dor no coração que escolhi essa história. Mas esta é a história que a gente escuta. De verdade, de cada dez casos de pacientes do SUS que ligam para a gente, sete estão vivendo isso. Você sabe que a gente vai conversar, inclusive, sobre o desafio. Eu concordo totalmente quando a gente pensa no desafio que é garantir diagnóstico precoce, que a gente precisa oferecer o médico no momento certo, exame no momento certo, tratamento no momento certo... Esse processo, antes de chegar ao tratamento de câncer, se chama regulação. E a gente sabe que regulação hoje, no Brasil, está na UTI - roubando um pouco a discussão, a gente vem usando esse termo quando fala de pesquisa clínica -, porque o paciente está perdido nesse processo. Por exemplo, lá em São Paulo, até lá no M'Boi, que é um lugar em que a gente tem o Oncoguia na comunidade, em que a gente está lá para educar as mulheres, para que elas entendam o processo, para que elas usem o sistema do jeito correto, que tem que entrar pela UBS, que tem que esperar a regulação, que ela tem que ser atendida pelo médico, o exame tem que ser pedido... A gente está educando esses pacientes o tempo inteiro, mas elas estão, literalmente, esperando. Lá no M'Boi, por exemplo, tem 25 UBS e 6 não tem médico. Isto lá em São Paulo, numa região de 600 mil habitantes.

Então, não tenho dúvida, a gente está aqui para construir, para contribuir, para fazer junto. A conversa de tratamento, não tenho dúvida, é outra. A gente estava junto, um desses dias, numa reunião com todas as instituições filantrópicas de câncer, e saí de lá mal, porque fiquei ouvindo as instituições filantrópicas de câncer pedindo apoio. Todas com déficit negativo, contas de 10 milhões, de 20 milhões, sem receber esse retorno... Os hospitais que estão ali cuidando dos pacientes estavam pedindo ajuda, Senadora. Então, saí de lá falando: "Ai, meu Deus, o que a gente vai fazer com isso?" E aí, de novo, volta para o Estado. Concordo com você que talvez a gente precise mesmo ter o Município ou Estado aqui para entender quem é que ajuda a pagar essa conta.

Então, os desafios são muitos, sim, mas acho que estamos no caminho. Vamos prosseguir.

Só uma coisa: Dr. Paulo, para entender um pouquinho, talvez até pensando em nosso público leigo, eu queria que o senhor falasse um pouquinho dessa questão da regionalização. Por que isso acontece? Como é isso? Acho que isso é um superdesafio mesmo. Se a gente tem os motivos - imagino - de por que ser mais São Paulo, Rio Grande do Sul... O que acontece nos outros Estados? Se é porque não estamos achando, se tem a ver com hábito de vida... Eu queria só entender um pouco melhor isso.

O SR. WALDEMIR MOKA (Bloco Maioria/PMDB - MS) - Na hora em que chegar a vez do Dr. Paulo, ele responderá, Luciana.

Drª Angelita, por favor.

A SRª ANGELITA HABR-GAMA - Acho que já falei muito. Eu acho que nós estamos no caminho certo. Precisamos juntar esforços e fazer essas iniciativas juntos. Mas, talvez, o assunto nosso, o de prevenção, não é fácil, mas a conscientização da população, essas medidas de ensino, classe médica... A classe médica também precisa ser ensinada, isso o que se tem feito por meio de folhetos. Nós mandamos folhetos a todos os congressos para diversas especialidades, divulgando as ideias sobre câncer de intestinos, mandamos a programas de televisão. Tudo isso é muito importante que o Ministério também faça isso e divulgue à população as medidas e o conhecimento sobre a importância de cada um, individualmente. Cada médico que atende a pequenas populações... Porque a prevenção secundária é muito importante também. Cada médico é responsável por um grupo de doentes. Se os médicos se conscientizarem disso e, felizmente, estão se conscientizando, isso melhora muito, até, às vezes, em excesso, como o disse o Profª Paulo.

Realmente, nós estamos caminhando... Não temos muito o que falar, mas temos de divulgar, trabalhar muito porque no País - muito pouca gente... Uma vez, em um programa de televisão, recebi um telefonema de Roraima. Uma cliente ouviu o Programa de Divulgação de Intestino, foi ao médico, fez colonoscopia, e ela tinha um câncer precoce. Então, agradeceu a informação, pois lá ninguém falava sobre isso.

(Risos.)

Eu acho que nós estamos no caminho certo. Precisamos juntar esforços e fazer essas iniciativas juntos. Nosso assunto, prevenção, não é fácil, mas a conscientização da população, essas medidas de ensino, a classe médica... A classe médica também precisa ser ensinada, e é isso que a gente tem feito por meio de folhetos. Nós mandamos folhetos de todos os congressos para diversas especialidades, divulgando as ideias sobre câncer de intestino. Programas de televisão... Tudo isso é muito importante. Que o Ministério também faça isso e divulgue à população as medidas e o conhecimento sobre a importância de cada um, individualmente... Cada médico que atende a pequenas populações... Porque a prevenção secundária também é muito importante. Cada médico é responsável por um grupo de doentes. Se os médicos se conscientizarem disso - e, felizmente, eles estão se conscientizando -, isso melhora muito, às vezes até em excesso, como disse o Dr. Paulo.

Realmente, nós estamos caminhando. Não temos mais muito o que falar, mas temos de divulgar, de trabalhar muito, porque, no País, muito pouca gente... Uma vez, em um programa de televisão, recebi um telefonema de Roraima. Uma cliente ouviu um programa de divulgação do câncer de intestino, foi ao médico, fez colonoscopia e descobriu que tinha um câncer precoce. Então, ela agradeceu a informação, pois lá ninguém falava sobre isso.

O SR. PRESIDENTE (Waldemir Moka. Bloco Maioria/PMDB - MS) - Dr. Eduardo de Paula Vieira.

O SR. EDUARDO DE PAULA VIEIRA - Respondendo à Senadora... Depois, eu gostaria de colocar o que, efetivamente, a Sociedade Brasileira de Coloproctologia pensa desse tema.

Eu acho que a senhora tocou no ponto crucial de, efetivamente, todo esse projeto que estamos todos querendo desenvolver. Na verdade, eu acho que todo o mundo é a favor de se prevenir em relação a alguma coisa. É fácil haver unanimidade quanto a isso. A questão é quando vai bater no custo. Efetivamente, vai bater no custo benefício. O que acontece? Principalmente, baterá, efetivamente, mais até que no sangue oculto, vai bater, no nosso caso, na colonoscopia. Acho que esse é o ponto crucial de toda essa discussão aqui. Na verdade.... Eu também faço colonoscopia, tanto na parte privada quanto na parte pública. Faço esse adendo porque, eventualmente, poderia vir alguém da saúde suplementar, o que seria importante, pois há um percentual importante da sociedade que é suprida pela saúde suplementar. Acho que eles teriam interesse e também poderiam ajudar.

Tanto na saúde pública, no SUS, onde eu faço, quanto na suplementar, eu diria - não tenho o número exato - que 80% das colonoscopias que eu faço são desnecessárias. Falo da minha experiência. Acho esse número extremamente alto. Eu não diria que são desnecessárias, mas que... Muitos terão outras patologias importantes, mas aqueles que vão, efetivamente, para uma prevenção de câncer, 80% não se enquadrariam... Porque há outras patologias, como doenças inflamatórias... Então, eu estaria exagerando falando em 80% de todas as patologias. Mas, no câncer, a gente vê que muitos médicos não têm uma orientação. Aí é questão da judicialização, quero dizer, da medicina, pois, hoje em dia, o paciente vai lá e o médico, com medo, se por acaso o cara não se enquadrar... Eu já operei paciente com câncer colorretal de 17 anos. Então, a prevenção nele seria muito complicado, ele vai sair da média.

Agora, se conseguirmos - quer dizer, em um eventual projeto - colocar... Como a mama, não é? Houve até uma discussão a respeito do exame da mama, tendo 40 ou 50 anos, se só de um lado ou não... Então, nessa discussão, eu acho fundamental nós adotarmos critérios os quais esses pacientes vão ser submetidos a colonoscopia em termos de prevenção do câncer colorretal. E não tenho dúvida de que vai diminuir - é lógico que esses 80% não são uma coisa científica, é uma sensação

minha; pode ser menos, mas é significativa -, vai diminuir significativamente essa fila que tanto nos preocupa e vai diminuir o custo. Não tenho dúvida disso. Independentemente da diminuição do custo do tratamento a longo prazo.

Acho que, adotando critérios, nós vamos diminuir o custo de colonoscopia e facilitar o acesso a curto prazo. Entendo que, com a efetiva prevenção secundária, vamos diminuir também a longo prazo.

E, não seria uma questão de formação médica, não é? Quer dizer a questão médica... Eu seria um defensor da carreira de Estado de médico. É por isso acho que faltam médicos na ponta, porque não é atraente para o médico, como seria para o Judiciário, em que o juiz vai fiar ali na periferia, no interior, durante 3, 4, 5 anos, e depois vai galgar outro espaço, e no final vai ser consultor.

Então, a carreira de Estado para o médico a Sociedade Brasileira de Coloproctologia vê que seria fundamental não só para o câncer colorretal como para qualquer política de saúde no Brasil.

Em termos da regionalização, nós pensamos que é importante - concordo com a Dr^a Patrícia - que o programa deva ser nacional, sim. É lógico que esse programa - e também concordo muito com o que ela falou de nós sabermos exatamente do que estamos falando, se é conscientização, se é rastreamento, se é prevenção. E isso pode ser uma sequência também, fazemos o projeto de iniciar uma conscientização - é o que estamos pensando, que temos discutido muito na Sociedade Brasileira - e, efetivamente, passar, num futuro, por prevenção, rastreamento para os exames.

Então, pode ser isso. O Programa pode ser estabelecido hoje e ser sequencial, não é? Entendemos também que, apesar de pelo Brasil ter uma grande diferença, quer dizer, nós temos ascendência sobre os diferentes Estados, nós estamos em contato constante com todos os serviços...

(Soa a campanha.)

O SR. EDUARDO DE PAULA VIEIRA - ... visitando todos os serviços de diferentes Estados, tanto a parte pública, quanto a parte privada, e temos ascendência. E, eventualmente, isso poderia ser feito, sim, um projeto piloto no local, mas que isso fosse parte de um programa nacional, seria essa a nossa avaliação.

O SR. PRESIDENTE (Waldemir Moka. Bloco Maioria/PMDB - MS) - Obrigado, Dr. Eduardo.

Com a palavra o Dr. Paulo Hoff.

O SR. PAULO HOFF - Certamente, a senhora tem parentes, talvez filhas, netas ou sobrinhas, grávidas. Hoje, uma mulher grávida que apresente alguma suspeita de má-formação fetal, vai ao laboratório, recolhe o material e o exame do DNA do feto é feito já comercialmente.

A tecnologia para se fazer a detecção de tumores não é muito diferente. Passa... Claro que não é tão simples, talvez, porque você precisa determinar que moléculas especificamente você vai pesquisar, etc. Mas a tecnologia em si está muito próxima de ser dominada completamente.

Nós já podemos mensurar e avaliar células tumorais circulantes. Já se faz isso com certa rotina, não comercial, mas em pesquisa a gente faz isso com certa rotina. Então, acho que está muito próximo. Acho que o Governo Federal, obviamente, não vai virar uma empresa para fazer o teste, mas ele pode ajudar direcionando, por exemplo, em nível de CNPq, abrindo uma linha de financiamento a investigadores que tenham como interesse detecção precoce de tumor por via de testes hematológicos e etc.

Então, há maneiras que o Governo tem de estimular. Nós temos que ser uma sociedade mais de empreendedores, de inovadores, e o Governo tem que fomentar isso, não, necessariamente, o Governo tomando a frente e um órgão do Governo fazendo o teste, mas facilitando, para que os investigadores - e nós temos muitos investigadores bons no Brasil - possam fazer.

Eu vou aproveitar o meu tempo rapidamente.

Eu queria fazer só alguns comentários. Um deles, Senador é que os 2,8 bilhões são muito dinheiro. Mas, se nós olharmos uma lógica de mercado de seguradoras, isso teria que ser de 6 a 7 bilhões, porque uma operadora dispende de 6% a 7% do seu orçamento em tratamento de câncer. Isso é um número comercial. Então, é muito dinheiro, mas provavelmente ainda está subfinanciado.

Um segundo ponto que a senhora abordou, e é importante a gente mencionar, eu acho, Senadora, que há uma deficiência de formação. Vamos ser honestos. Oncologia não é um foco importante ainda nas faculdades de Medicina como deveria ser. E vou dizer algo que talvez não foi tratado aqui - nós estamos falando de testes complexos -, mas de um quarto até quase um terço desses tumores são detectáveis por toque. A maior parte dos tumores é do lado esquerdo do intestino, os tumores do reto são de 30% a 40% e nosso dedo chega até 7cm, 8cm, dependendo do tamanho e do comprimento da mão.

Então, muitos desses tumores seriam detectáveis com um toque. Quantas pessoas vão ao médico, rotineiramente, e nunca fizeram toque. Então, isso é algo a ponderar.

Eu tinha muitas coisas a abordar, mas eu vou me ater à pergunta da Luciana, porque, eu creio, isso foi mencionado bastante. Refiro-me à regionalização. Eu acho que há incidências diferentes de tipos distintos de câncer no Brasil, por hábitos populacionais, herança étnica. Existe uma série de razões. É claro que o ideal seria fazer rastreamento de todos os tipos de câncer para todos os pacientes, mas isso é difícil. Então, você tem que escolher onde você vai ter maior retorno. É muito importante um conceito médico da expectativa pré-teste. Antes de fazer um teste, eu tenho que ter uma expectativa razoável de que esse teste vai dar um resultado positivo, porque, se eu faço um teste e essa expectativa é muito baixa, a chance de um falso-positivo é muito maior do que a chance de um resultado positivo verdadeiro e eu acabo submetendo o pacientes a mais...

Em um Estado como o Rio Grande do Sul, por exemplo - vamos usar o exemplo da Senadora -, na minha opinião, a expectativa pré-teste é grande o suficiente para justificar o rastreamento. Outros Estados da Federação podem não atingir esse patamar. Aqui, permita-me, eu adoro História, Senador Moka, por isso vou lembrar um pouco os primórdios do senado romano. No senado romano, Júlio César, no primeiro século antes de Cristo, tomou a iniciativa de usar o senado como fator de unificação da República e depois seguiu o Império, com senadores das diversas províncias representando-os. Thomas Jefferson, em suas famosas cartas federalistas, discutia o papel de haver ou não um senado na república americana, e se decidiu que o senado era importante porque seria a representação das unidades federadas, e não do povo. É o nosso modelo. Então, é mais do que adequada discutir no Senado se é apropriada ou não a regionalização. Prevenção primária tem que ser nacional. Quanto à prevenção secundária, vamos chegar a um acordo onde ela é justificada, porque os recursos não são infinitos.

(Soa a campainha.)

O SR. EDUARDO DE PAULA VIEIRA - Patrícia, para terminar, o nosso problema no tocante ao que foi abordado é o seguinte: concordo plenamente com você, hoje se nós estabelecêssemos colonoscopia para todo o mundo, os pacientes do rastreamento ocupariam o espaço dos pacientes com sintomas. Seria pior a emenda do que o soneto. Mas isso não pode ser uma justificativa permanente. É algo que impede a implantação imediata, mas não impede que se faça um planejamento de aumentar a disponibilidade de colonoscopia para que você possa implantar o programa de rastreamento. Então, não pode ser uma desculpa de avestruz, não vamos esconder a cabeça. O problema existe. É preciso aumentar o número de exames. A fila de colonoscopia é uma realidade e, se nós fizemos o rastreamento, vai aumentar. Então, vamos preparar as instituições para fazer o rastreamento, mas não vamos só ignorar, porque é um problema.

A SRª PATRÍCIA SAMPAIO CHUEIRI - Desculpe-me, só um aparte: o sangue oculto dá um percentual de positividade. Não é muito que vai para a colonoscopia, porque não passa de 8%. Então, ao fazermos o rastreamento, pedimos o sangue oculto. Desses positivos, nos dois trabalhos que a gente fez - aliás, já tinha feito antes -, não dá mais do que 8%. Então, se 8% fizerem colonoscopia já está bom. É que nós não temos colonoscópios no Brasil suficientes e muito menos colonoscopistas preparados para fazer a colonoscopia. É preciso treiná-los. Então, tudo isso é ensino. E a programação - desculpe-me, são sempre bons os apartes colaterais -, agora, e eu estou sabendo, é que o Ministério está interessado mais, porque, por exemplo, o nosso programa vai se encerrar em dezembro, em colonoscopias.

O SR. PRESIDENTE (Waldemir Moka. Bloco Maioria/PMDB - MS) - Então, agora, na sequência, a última a falar é a Drª Marlise Mello Cerato Michaelsen, que é a Presidente da Associação Gaúcha de Coloproctologia.

A SRª MARLISE MELLO CERATO MICHAELSEN - Os colegas todos já mencionaram a questão das prioridades. Acho que, realmente, os dados da Drª Patrícia, de que o câncer colorretal é o quinto ou o sexto em mortalidade, pesando mortalidade e incidência, a gente tem de avaliar bem essa questão, porque, se colocar todo mundo junto, todo o País junto, realmente a gente vai ter uma incidência mais baixa e uma mortalidade não tão alta.

Acho que, por isso, a gente está falando tanto em regionalização. Acho, sim, que o projeto tem de ser no nível nacional, que a gente tem de ter o apoio nacional, mas, também, por outro lado, tem que priorizar as regiões de maior incidência, porque essas vão ter também uma mortalidade muito alta, ou seja, como a Drª Angelita mostrou, como eu mostrei, em torno de 50%. Então, de dois, um vai morrer.

A gente tem que começar por algum local, senão é muito confortável. Muitas pessoas falam: "Ah, o País não tem dinheiro para investir em rastreamento, então nós não vamos fazer rastreamento, não vamos fazer prevenção, não vamos fazer campanha, porque não há condições de fazer colonoscopia em todo mundo". Realmente, a gente tem que priorizar a colonoscopia. Acho que, sem dúvida, como já foi falado, fazer um projeto de conscientização é uma coisa que é fácil de fazer, que todo mundo pode fazer, que não requer custos para isso, e sim organização de grupos que tenham vontade de

fazer; prevenção primária, também. Então, eu acho que tem que ser estabelecido. Sugiro que seja iniciado pelas regiões de maior incidência com alguns projetos junto à Secretaria da Saúde, como fizemos na Campanha Maio Laranja. Eu, pessoalmente, entrei em contato com o Governo do Estado, com a Secretaria da Saúde, com a Câmara de Vereadores, com a Assembleia Legislativa, para que se tivesse mais força para conseguir mudar a realidade.

Realmente, eu acho que a gente tem que fazer projeto e trabalhos práticos. E é muito difícil, mesmo a gente vindo aqui e falar, é muito difícil ter esse apoio na região.

Então, acho, sim, que, nas regiões de maior incidência, além da conscientização da prevenção primária, a gente tem que instituir a pesquisa de sangue oculto nas fezes, na população de risco moderado, não de risco alto, porque senão, realmente, os pacientes com sintomas não teriam condições. Penso que também a gente pode, no nível regional, juntar os diversos especialistas, fazer uma comissão com os diversos especialistas e fazer mutirões de colonoscopia, tentar mudar essa realidade, tentar absorver essa população que não teria condições de fazer colonoscopia. Também acho que a fila não pode ser a mesma. Acho que o paciente que faz no posto de saúde, porque é fácil instituir a pesquisa de sangue oculto nas fezes no posto de saúde, que não é um exame caro, é um exame que custa em torno de R\$15,00 mais ou menos, já a colonoscopia é um exame mais caro. Creio que, no nível do SUS, deve ser em torno de cento e poucos reais, eu acredito. Se for particular, daí é mais caro, em torno de R\$1 mil, de R\$1,5 mil, dependendo da localização.

Mas acho, sim, que a gente tem que instituir esses programas, a gente tem que instituir a pesquisa de sangue oculto nos postos de saúde e, de alguma maneira, triar esses pacientes. Porque senão, realmente, Patrícia, tu tens toda a razão: a gente cria pânico na população. A gente alerta que o paciente que faz o exame, a gente solicita o exame, pior ainda, a gente solicita, o paciente tem o exame positivo, fica com aquilo na mão, e a gente não tem o que fazer. Porque o grande problema é justamente o tempo que o paciente tem para esperar a colonoscopia. Depois que ele faz e tem o diagnóstico de câncer, no máximo em duas semanas está sendo tratado. Isso o SUS absorve, não há problema nenhum. Isso funciona muito bem lá no Rio Grande do Sul, e acredito que nos outros lugares.

Então, acho, sim, que a gente tem que agir, para mudar essa realidade. A gente está vendo que, apesar do número de colonoscopias, a incidência não está diminuindo, está aumentando. Isso é preocupante. Se agora está em quinto e sexto, amanhã vai estar em terceiro, segundo. Então, realmente, acho que a gente tem que agir. Este é o momento de agir.

É isso.

Obrigada.

O SR. PRESIDENTE (Waldemir Moka. Bloco Maioria/PMDB - MS) - Senadora Ana Amélia.

A SRª ANA AMÉLIA (Bloco Maioria/PP - RS) - Voltando ao começo, esta audiência pública, como todas as outras em que vêm os especialistas e de forma muito didática oferecem aos leigos, como nós, Parlamentares, que, à exceção dos médicos, que é o caso do nosso Senador Moka...

O SR. PRESIDENTE (Waldemir Moka. Bloco Maioria/PMDB - MS) - Mas eu sou quase leigo.

A SRª ANA AMÉLIA (Bloco Maioria/PP - RS) - Mas estudou Medicina e ainda lembra, porque tem uma memória boa, das lições que recebia na Faculdade.

O objetivo dessa audiência - e, realmente, foi primorosa, de todas, e elas foram todas complementares, como se fosse montada uma teia, aqui, cada um deu uma complementação, que temos um quadro muito real de todos os problemas, evidentemente, vamos continuar nesse processo, um a mais, de acordo com a sugestão da Patrícia, mas, mais dentro, já, de um grupo de trabalho, para institucionalizar -, então, o objetivo da audiência é exatamente aquilo que a Drª Marlise Cerato me provocou, quando eu estive visitando o Hospital Ernesto Dornelles, lá em Porto Alegre, considerado Sorbonne da Medicina. Então, eu fui lá e ela foi muito insistente sobre a questão. Eu fui lá para cuidar de mastologia com o Dr. Pedrini, e, aí, ela aproveitou a minha presença lá e já entrou com a mesma obstinação. E, aí, estão todos aqui, Drª Marlise, por conta daquele encontro no Hospital Ernesto Dornelles.

O objetivo, aqui, é exatamente institucionalizar, porque, se não tiver, ficam isoladas as iniciativas, e uma coisa, Patrícia, barata, que é a campanha de prevenção, a campanha nacional. Instituir, formalmente, o Dia Nacional da Prevenção ao Câncer de Intestino, dia ou mês, nós podemos colocar, o Mês de Prevenção ao Câncer de Intestino.

Hoje, o outubro é o Outubro Rosa, o novembro é o Novembro Azul. Então, podemos, em vez de ficar um dia só, porque se dilui, num dia só, a informação, mas penso que o mês marca mais. Exatamente porque aqui, também ficou muito claro em cada uma das exposições, e quem mais, digamos, do ponto de vista, aí, talvez, pelo viés de comunicadora que fui, durante muito tempo, a comunicação e a informação são essenciais. Então, a Luciana, quando diz "eu não sabia o que que era uma colonoscopia, eu não sabia o que que era isso", se o paciente não tem noções básicas dos exames que vai ter que fazer, ou mesmo de um câncer, câncer de mama, o que é que tem que fazer a mulher? Todas sabem, mamografia.

Então, mamografia é uma coisa conhecida das mulheres. Então, colonoscopia... Claro que, como a Patrícia salientou, Dr^a Angelita, a incidência do câncer, ele não é o maior, como o de mama, e de próstata, no caso dos homens, mas ele tem que, aqui, esse mês de maio laranja, ele tem que ser para valer, para entrarem todas as organizações públicas e privadas, médicas e não médicas, área social, para ampliar o grau de informação, porque foi, exatamente, também, no grau de informação sobre a AIDS que houve, digamos, um recrudescimento da incidência da AIDS. Aí, quando você vai ver, um jovem: "Ah, eu não uso camisinha. Pois é, eu me esqueci". "Eu não lembro", "Eu não sabia dos riscos que ocorrem".

Então, como o objetivo da audiência é isto: criar condição para você formalizar, nacionalmente, com uma política pública de prevenção primária, minha querida Patrícia, acho que essa sua sugestão, aqui, nós vamos convidar os Secretários Estaduais de Saúde e Municipais, porque esses são os agentes, esses são os agentes que têm que liderar o processo: o SUS, as Secretarias Estaduais e as Secretarias dos Municípios.

Ora, se a Dr^a Marlise, em um Estado que é, digamos, festejado pelo seu alto grau de politização, como o Rio Grande do Sul, que é o meu Estado, tem dificuldades para fazer essa interatividade com os diversos segmentos, numa matéria de saúde, de que o Estado é o que tem a maior incidência de câncer de intestino, imagine o que é num longínquo Estado do Norte do País ou do Nordeste, com muito menor grau de oportunidades nos meios de comunicação, no agente público para, digamos levar isso, nas escolas.

A experiência, ali, que foi mostrada, que as crianças vão lá, aos eventos, como isso, o maio laranja, levar para as escolas, porque a criança, como sabem, absorve essas informações e leva para o pai. Então, aqui nós chegamos a conclusão, de fato, que a campanha é fundamental, porque quanto maior for a informação, maior é a capacidade de a pessoa assumir a responsabilidade sobre o cuidar da sua própria saúde.

Aqui foi dito, na exposição da Dr^a. Marlise, todos os hábitos que precisam, que valem para qualquer patologia, para a cardiologia, obesidade, tanto que esta Comissão discutiu o grave problema da obesidade no Brasil e os custos que isso está representando, hoje, como epidemia no Brasil, a obesidade. Dr. Paulo Hoff, que é oncologista, mas, também, cardiologia especializado, esse é um problema grave. E todos eles estão diretamente vinculados a todos os tipos de câncer, a obesidade. O sedentarismo igualmente.

Então, todos esses parâmetros estão aqui referidos e essa informação é fundamental em qualquer iniciativa. Que não adianta nós... E aí também o Dr. Eduardo nos enriqueceu, 80% dos exames seriam dispensáveis. Também é isso uma coisa muito importante. Aí para as entidades médicas, até para o Oncoguia, o próprio Ministério, que também fiscaliza, e as instituições públicas nesse sentido da qualidade do serviço prestado.

Então, eu saio convencida daqui de que informação é fundamental, Dr^a. Marlise, que é o ponto da questão também levantada pela Luciana, e quantas questões de conteúdo propriamente dito, que são as políticas de prevenção primária, prevenção secundária, o exame de sangue nas fezes, ou colonoscopia, ou o próprio - esse que me chamou a atenção - do DNA circulante. E isso, digamos, prosseguir como debate no maio laranja e, permanentemente, estar na agenda das políticas públicas de saúde.

Então, eu nem vou fazer as perguntas, porque em todas as exposições, com muito didatismo, aqui nas exposições tudo já foi dito sobre os princípios e porque ela é importante e sobre a institucionalização do maio laranja.

Então, muito obrigada, Senador Moka, por haver convocado esta audiência antes de a gente terminar o ano. Esta audiência foi extremamente valiosa do ponto de vista da matéria que é muito importante para a saúde pública do nosso País.

O SR. PRESIDENTE (Waldemir Moka. Bloco Maioria/PMDB - MS) - Obrigado Senadora.

Senador Ruben Figueiró.

O SR. RUBEN FIGUEIRÓ (Bloco Minoria/PSDB - MS) - De tudo que eu pude ouvir aqui, leigo, não tão leigo quanto V. Ex^a, mas muito mais, eu me conscientizei, realmente, da importância desta audiência. E concordo, perfeitamente, com a Senadora Ana Amélia de que há necessidade de uma campanha nacional para que o povo tome ciência da importância desse exame de colonoscopia.

Eu me lembro, inclusive, de uma frase de um iminente homem público de nosso País, que lançou um alerta, ele se chama Senador Milton Campos, nome nacional - eu tenho certeza que V. Ex^as o conhecem pelo menos de nome, eu tive o prazer de conhecê-lo pessoalmente -, que dizia que é melhor adentrar no meio da corrente tentando dar curso às águas do que ficar às margens apreciando os efeitos do caudal.

Esse é o propósito que os senhores aqui nos prestaram ao nos alertar. Vamos, realmente, adentrar no meio da corrente para ver se nós conseguimos contornar essas águas danosas que decorrem dessas doenças tão importantes que hoje assolam uma boa parcela da população brasileira.

Sr. Presidente, meus cumprimentos reiterados pela oportunidade desta audiência.

Senadora Ana Amélia, meus aplausos e também a todos os senhores. Saio daqui consciente de uma realidade muito importante para a saúde do nosso País.

Cumprimentos a todos.

A SRª ANA AMÉLIA (Bloco Maioria/PP - RS) - Presidente Moka, pela ordem.

Já que o Senador Ruben Figueiró usou uma frase emblemática do Milton Campos, que dá nome à Fundação que eu presido, professor e político mineiro de grande respeito.

A Laura Boeira - imagino que a Patrícia a conheça - é Analista Técnica de Políticas Sociais da Coordenação Geral de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas, mandou, já que eu havia feito uma série de perguntas, e também como há uma definição que a Drª Angelita leu, referente à manifestação da Organização Mundial da Saúde, aquele texto que aparece ali que fala sobre a questão de disponibilizar, falar sobre o exame de sangue oculto nas fezes, enfim, aquele texto que a senhora apresentou aqui, que me preocupou, que sempre se trata do custo disso e o efeito e o impacto para o paciente. Então, a Laura - vejam só a coincidência - mandou uma frase, não sei quem é o autor, mas em espanhol: "Si quieres cambio verdadero, pues camina distinto." Ou seja, se quer realmente que mude, a gente tem que fazer diferente. É mais ou menos isso. Achei legal.

Então, parabéns! Veja só como são as coisas.

É interessante a frase porque ela também complementa o que disse o Senador Figueiró sobre o curso das águas, enfim, de mudá-las. É a mesma coisa: mudar o caminho.

O SR. PRESIDENTE (Waldemir Moka. Bloco Maioria/PMDB - MS) - Tem que ter coragem para entrar na correnteza. É mais como você ficar na margem, olhando.

Quero, como sempre faço, ser objetivo, Patrícia. Então, Senadora, aqui vai o meu primeiro questionamento: esse projeto está na Câmara ou no Senado? V. Exª vai apresentá-lo?

A SRª ANA AMÉLIA (Bloco Maioria/PP - RS) - Vamos fazer o projeto. A audiência é para instruí-lo.

O SR. PRESIDENTE (Waldemir Moka. Bloco Maioria/PMDB - MS) - Mas ele está...

A SRª ANA AMÉLIA (Bloco Maioria/PP - RS) - Estamos preparando sim. Está aqui. Está pronto. Ele instrui, fundamenta.

O SR. PRESIDENTE (Waldemir Moka. Bloco Maioria/PMDB - MS) - Então, vamos ter um grupo de trabalho. Essa é a minha sugestão.

Então, Drª Patrícia, no final aqui, informalmente, a gente troca, como a gente faz, os cartões, os contatos.

A SRª ANA AMÉLIA (Bloco Maioria/PP - RS) - Da regionalização, né?

O SR. PRESIDENTE (Waldemir Moka. Bloco Maioria/PMDB - MS) - E aí, para fazer o grupo de trabalho, grupo que, paralelamente, vai orientar também esse projeto. Porque, para mim, ficou claro que nós temos que começar com a conscientização. Se tivermos um mês, uma semana, enfim, o maio laranja, é a conscientização, e fazer uma transição, ter um prazo definido: tanto tempo para fazer a conscientização, depois, vamos passar... Até que a gente possa chegar naquilo que as entidades estariam já adaptadas para receber essa demanda. Porque me lembro do Novembro azul, começamos a falar aqui de câncer de próstata, câncer de próstata...

A SRª ANA AMÉLIA (Bloco Maioria/PP - RS) - Vieram aqui, vieram aqui.

O SR. PRESIDENTE (Waldemir Moka. Bloco Maioria/PMDB - MS) - Não há urologista, ou há poucos, no Sistema Único de Saúde. Então, há uma demanda e, depois, isso fica difícil. Então, eu acho que essas coisas têm que caminhar juntas. E o projeto tem que ter essa cronologia, porque aí vai ficar uma coisa que vai dar a curto, médio e longo prazo, para que a gente possa caminhar, devagar talvez, mas para que a gente chegue a isso daí.

E eu queria, antes de encerrar, Patrícia, dizer que, na verdade, no Ministério da Saúde a política é nacional. Mas temos condições de fazer a política nacional, e, aí, com a participação do Estado, regionalizando as iniciativas. Acho que é possível isso. No Mato Grosso do Sul, cheguei a perguntar para a doutora, estamos passando por um momento de transição, foram eleitos novos Governadores, não tenho dificuldade com quem ganhou lá, no Estado, e posso estar enganado também com o futuro Secretário de Saúde, quer dizer, é uma pessoa que conheço bem, e vamos ter facilidade. Se for Mato Grosso do Sul, se tivermos que começar um projeto-piloto por ali, acho que é possível, como acho que é possível também no Rio Grande do Sul. Sei que você não quer assumir este compromisso, mas a gente tem que ter o início, vamos ter que ter este

início, aí, eu queria ouvi-la assim com objetividade, pragmatismo de sempre, se é possível a gente fazer isso, para a gente sair daqui com uma coisa mais concreta do ponto de vista do encaminhamento e de propor uma solução para isso.

A SRª PATRÍCIA SAMPAIO CHUERI - Senador, com o que eu podia me comprometer, eu já me comprometi, que é montar o grupo de trabalho e pensar nos tempos, em como é que vamos organizar isso. Não tenho governabilidade para me comprometer com algo maior, em fazer acontecer rastreamento com colonoscopia nos Estados. Não tem como eu fazer isso aqui.

O SR. PRESIDENTE (Waldemir Moka. Bloco Maioria/PMDB - MS) - Então, só para ajudar. A Comissão de Assuntos Sociais vai se reunir antes do final do ano com o Ministro. Eu não sei se o Ministro continua ou não, mas, independentemente disso, acho que é uma oportunidade de conversa que eu terei.

Ainda na condição de Presidente da Comissão, eu queria perguntar se há alguma coisa que esta Comissão poderia ajudar no encaminhamento ou você acha que o limite é este neste momento?

A SRª PATRÍCIA SAMPAIO CHUERI - Eu realmente acho que o limite é este, neste momento.

O SR. PRESIDENTE (Waldemir Moka. Bloco Maioria/PMDB - MS) - Então, fica claro que o que podemos fazer de prático aqui, Senadora Ana Amélia, é nos comprometermos com um grupo de trabalho, não mais que isso, senão vamos esbarrar no faz de conta. E eu detesto isso, eu não gosto disso.

Então, é um grupo de trabalho que vai se reunir. A minha sugestão é que esse grupo de trabalho oriente como vai ser o projeto que a Senadora pretende apresentar, para que possamos apresentar alguma coisa no projeto que esteja em consonância com aquilo que achamos. É claro que vamos fazer um esforço para avançar, viu Patrícia, pode ter certeza disso, porque essa é a intenção de todo mundo aqui.

Antes de encerrar, eu pergunto se alguém da Mesa tem mais alguma questão para ser colocada. *(Pausa.)*

A SRª MARLISE MELLO CERATO MICHAELSEN - Eu tenho.

O SR. PRESIDENTE (Waldemir Moka. Bloco Maioria/PMDB - MS) - Pois não, rapidamente. Eu quero ouvi-la.

A SRª MARLISE MELLO CERATO MICHAELSEN - Eu acho muito interessante esse encaminhamento, muito importante, só que sugiro que seja marcada uma nova reunião ou uma nova audiência com representantes regionais, para que eles possam se comprometer, já que o Ministério da Saúde não pode se comprometer, a não ser com formar o grupo de trabalho para começarmos a conscientização.

Eu acho que o problema, em certas regiões, como o Rio Grande do Sul e São Paulo, é grave. E, se ficarmos protelando, a coisa vai cada vez complicar mais e piorar. Então, acho que devemos fazer, sim, uma reunião com representantes. Eu, como sociedade gaúcha, não tenho tanta força para exigir que seja liberada uma verba, por exemplo, para colocar o exame de sangue oculto nas fezes nos postos de saúde, para podermos fazer uma triagem em regiões de maior incidência.

Então, eu sugiro que isso seja discutido, e, para isso, que seja realizada uma reunião com representantes do SUS e dos governos, com as secretarias de saúde regionais.

A SRª ANA AMÉLIA (Bloco Maioria/PP - RS) - Dentro do que a Drª Patrícia falou sobre que era preciso estar hoje aqui exatamente os Secretários estaduais e municipais de saúde.

Então, podemos, na sequência, não concluir, para trazê-los aqui e fazer uma nova audiência com eles e com Ministério da Saúde - ou a entidade que representa o setor da área médica, que está preocupada - e estabelecer essas regras, essas normas, e um maior - digamos - comprometimento e responsabilidade na adoção dessas políticas.

O SR. PRESIDENTE (Waldemir Moka. Bloco Maioria/PMDB - MS) - Senadora e Drª Marlise, eu vou divergir disso, porque, se nós ficarmos no grupo de trabalho, vamos chamar os representantes. Primeiro, o Senado não tem como convidá-los, pois a autonomia dos secretários de saúde é restrita ao governador.

Agora, é diferente o nosso acesso ao Ministério da Saúde. Por isso que estou dizendo que é a partir deste grupo de trabalho... Senão, vamos ter de esperar uma outra reunião, com representantes dos Estados e dos Municípios. Estamos no final do ano e vamos fazer isso quando? No ano que vem? Eu não sei nem quem estará presidindo a Comissão.

Eu penso que teríamos de, se possível, daqui para o final do ano, tentar organizar este grupo de trabalho. Pelo menos isso. E, a partir do ano que vem, aí, sim, no reinício, começamos com vocês já reunidos, com uma visão da política nacional, como seria possível a regionalização, e aí chamaremos uma nova reunião, Senadora Ana Amélia. É apenas uma sugestão por que querendo ser mais prático e caminhar para alguma coisa que tenha uma sequência, porque uma reunião com essa representação, primeiro, nós não vamos fazer antes do final do ano, não tem como fazer, e aí já passa para o ano que vem. Eu penso que nós poderíamos fazer.

A SRª ANA AMÉLIA (Bloco Maioria/PP - RS) - Bom, aí, nesse caso, Senador Moka, eu não sei quem está presidindo hoje o Conselho dos Secretários Estaduais de Saúde. Se ele não for dessa região, seria melhor até trazer o secretário estadual da região e o secretário municipal da capital que talvez pudesse também ser, e, se o Presidente do Conselho dos Secretários Municipais de Saúde for da região, traz o presidente.

Drª Marlise, veja como essa coisa da comunicação é importante. Acabo de receber de uma pessoa que está nos assistindo, nos acompanhando que disse: "Excelentes as sugestões da Drª Marlise. Foi ao ponto das questões relacionadas a esse comprometimento". Então, as pessoas estão acompanhando e estão atentas com isso. Acho que realmente é importante. Penso que é produtivo para podermos fazer, antes de encerrar. Acho que terá dificuldades de fazer este ano. Mas que seja a primeira missão no mês de fevereiro, quando retomarmos os trabalhos legislativos, e, independente do nosso projeto, andar, dar encaminhamento.

O SR. PRESIDENTE (Waldemir Moka. Bloco Maioria/PMDB - MS) - Por isso que estou dizendo que o grupo teria essa finalidade de orientar o projeto, de preparar a reunião, que seria mais objetiva, com vocês já mais articulados, porque isso serve para aproximar, mas, informalmente, na hora que vocês se reunirem, porque não é uma coisa de audiência pública, é uma coisa mais prática: "Quem sabe fazemos isso, quem sabe fazemos aquilo". E aí a outra reunião tem já essa característica porque vocês já terão esse formato.

Vamos ser só mais objetivos.

Drª Luciana.

A SRª LUCIANA HOLTZ - Eu não quero ir para casa, Senador, com esse ponto porque eu acho que, se pelo menos eu ouvir da Mesa que realmente está todo mundo junto... Quando a gente faz como conscientização, a gente aprende muito com os movimentos globais. E uma coisa que me preocupa muito, Senador - e isso acho que já dividi com você um pouco da minha preocupação -, é que o mês global de conscientização do câncer de intestino é março. Então, eu acho que a diferença que o Outubro Rosa fez e que Novembro Azul fez foi porque a gente estava amparado dentro de um movimento global. Só me preocupa essa desconexão com o movimento global. O que é minha sugestão? Se a Mesa tiver todo mundo alinhado, porque é juntos que a gente vai fazer a diferença, então, eu acho que o.k. a gente ficar com maio, mas eu não podia deixar de fazer esse comentário.

A SRª ANA AMÉLIA (Bloco Maioria/PP - RS) - Presidente Moka, o mesmo argumento que eu fiz que era, para mim, março. Mas a Drª Marlise teve um argumento do período do ano para o Brasil - Carnaval, férias, essa coisa assim de um pouco do desligamento das pessoas e a retomada em março - e aí falou maio. Também não fui eu que inventei o maio, o maio foi uma sugestão da Drª Marlise. Então, por isso talvez ela tenha as razões para não estar sintonizado com a questão global.

O SR. PRESIDENTE (Waldemir Moka. Bloco Maioria/PMDB - MS) - Eu acho o seguinte: nós temos que dar o passo do tamanho que a gente pode, senão nós vamos criar uma expectativa e, depois, nós mesmos... Porque, por exemplo, chamar os secretários de saúde do Estado, fazer uma reunião, nós não temos. Essa política fica a cargo do governador de Estado. É diferente isso. É diferente quando a Comissão de Assuntos Sociais se reúne com representantes do Ministério da Saúde para que a gente, a partir do Ministério da Saúde, possa fazer, mas ela, pelo menos eu tenho que respeitar, é o limite nesse momento do grupo de trabalho. E aí eu quero dizer que o grupo de trabalho, isso será em maio, pelo que estou dizendo. Nós temos, então, já o final do ano, o início do ano que vem e vamos fazer o primeiro com uma série de coisas. Agora, a globalização disso aí, desculpe-me, mas é todo mundo, é compromisso de todo o mundo.

A SRª ANA AMÉLIA (Bloco Maioria/PP - RS) - Senador Moka, o que ela explicou é o seguinte: assim como a questão não nasceu no Brasil do Outubro Rosa...

O SR. PRESIDENTE (Waldemir Moka. Bloco Maioria/PMDB - MS) - Sim.

A SRª ANA AMÉLIA (Bloco Maioria/PP - RS) - ..., ele é um movimento global, da mesma forma o Novembro Azul.

O SR. PRESIDENTE (Waldemir Moka. Bloco Maioria/PMDB - MS) - Eu sei.

A SRª ANA AMÉLIA (Bloco Maioria/PP - RS) - Então, o que a Drª Luciana está argumentando é que, se nós botarmos maio, que, globalmente, nos outros países, é março.

O SR. PRESIDENTE (Waldemir Moka. Bloco Maioria/PMDB - MS) - Sim.

A SRª ANA AMÉLIA (Bloco Maioria/PP - RS) - Então, se nós fizermos em maio, nós estaremos desconectados do movimento global disso. O que ela está propondo é que seja em março e não em maio. Apenas isso.

O SR. PRESIDENTE (Waldemir Moka. Bloco Maioria/PMDB - MS) - Mas é isso o que eu estou dizendo, Ana. Essa decisão.

A SRª ANA AMÉLIA (Bloco Maioria/PP - RS) - Do grupo de trabalho

O SR. PRESIDENTE (Waldemir Moka. Bloco Maioria/PMDB - MS) - É o que eu estou dizendo. O grupo de trabalho vai dar a você condições para quando propor o projeto, isso vai estar afinado entre vocês. É disso que eu estou falando.

A SRª ANA AMÉLIA (Bloco Maioria/PP - RS) - Mas é importante.

O SR. PRESIDENTE (Waldemir Moka. Bloco Maioria/PMDB - MS) - Eu sei que a questão globalizada ajuda e eu tenho consciência disso. Agora, eu acho que nós não vamos tomar aqui a decisão. Vai-se tomar nesse grupo depois que vocês conversarem. É a minha opinião.

Pois não.

A SRª LUCIANA HOLTZ - Eu só gostaria de colocar que nós fizemos no mês de maio porque a gente não tinha tempo hábil para organizar todo o trabalho até março. Realmente, março é um período em que o pessoal está voltando. A gente chegou a pesquisar e viu que em alguns lugares realmente é março, e tem algumas divergências em nível mundial.

Nada impede que a gente converse e decida mudar o mês. Não é uma coisa rígida. A única questão é que nós, em nível de Rio Grande do Sul, instituímos alguns projetos de lei que já estão até em votação, inclusive um deles nesta semana em nível de Assembleia e Câmara de Vereadores, instituindo maio como mês de prevenção. Porque nós fizemos a primeira campanha em maio e porque nós teríamos mais tempo de organizar uma segunda campanha em maio novamente. Mas eu acho que isso a gente tem que discutir realmente e ouvir a opinião de todos.

A SRª ANA AMÉLIA (Bloco Maioria/PP - RS) - Obrigada.

O SR. PRESIDENTE (Waldemir Moka. Bloco Maioria/PMDB - MS) - Senador Eduardo, não foi nem porque V. Exª chegou já no final, mas...

O SR. EDUARDO SUPLCY (Bloco Apoio Governo/PT - SP) - Permita-me apenas cumprimentar V. Exª, Senadora Ana Amélia e todos que participaram. Eu queria pedir desculpas a todos. Só queria lhes dizer que, até por uma questão de prevenção e saúde, depois de eu haver dormido pouco por diversos dias e haver dormido às 6 horas da manhã, portanto, se eu viesse aqui cedo hoje, eu teria tido alguma coisa. Então, por essa razão, por questão de prevenção e cuidado com a saúde, que é o tema de todos aqui, eu cumprimento-os, mas quero justificar minha ausência, por ter chegado nesse horário, Sr. Presidente.

O SR. PRESIDENTE (Waldemir Moka. Bloco Maioria/PMDB - MS) - Eu sou testemunha, estávamos juntos lá. É que eu, na condição de Presidente, primeiro que a Ana Amélia manda em mim, então esse é o primeiro ponto. Eu não tinha como não estar aqui. Realmente, fomos até de madrugada, a Ana já disse isso aqui, Eduardo.

Eu ao encerrar, quero dizer o seguinte: Senadora Ana Amélia, veja que lá no seu Estado já há projeto na Assembleia Legislativa. Então, essa discussão vai ter que ser feita nesse grupo de trabalho, e o projeto que V. Exª vai apresentar vai ter que estar em sintonia ou não. Aí vai ser uma opção que o grupo vai ter. Eu quero só contribuir para a gente organizar, senão, com a vontade e com a ansiedade que nós estamos de fazer as coisas, de repente nós podemos começar sem estar sintonizados globalmente, podemos estar já votando algumas coisas no caso do Estado, em função da incidência, da necessidade, mas eu acho que seria importante que a gente pudesse pensar de forma mais globalizada nisso aí.

Como sempre, Patrícia, que a gente possa contar com o Ministério da Saúde, com o encaminhamento. Eu me coloco à disposição daqui para o final do ano, se vocês quiserem fazer reunião no gabinete ou no Ministério da Saúde, onde for, eu estou à disposição. Claro que nós já temos a presença da Senadora Ana Amélia, do Senador Ruben Figueiró, talvez do Eduardo, mas que a gente possa ajudar. É a contribuição que eu posso aqui me comprometer.

Senadora Ana Amélia tem a palavra para encerrar.

A SRª ANA AMÉLIA (Bloco Maioria/PP - RS) - Apenas dizendo a frase do Dr. Paulo: "A prevenção primária é mais barata e mais fácil". Então, o objetivo, digamos, prioritário, básico é este: a prevenção primária. E isso se dará nesse mês, falando sempre todo dia. O que não diz que depois dos outros deixaremos de falar neles, é apenas alertar, dar relevo ao tema.

O segundo é a prevenção secundária, com todos esses procedimentos que foram feitos aqui, dentro de uma lógica. Para essa ideia do piloto para regionalizar e identificar os problemas, sugerido pela Patrícia, nós também estamos à disposição, Drª. Patrícia, para trabalhar juntos na segunda etapa.

As duas coisas são fundamentais, mas a primeira é mais viável, mais barata, mais fácil de fazer. E como aqui é a Casa da República é mais fácil trabalhar em torno disso.

De novo, muito obrigada a todos os senhores e senhoras. Estou feliz, como mulher, que nesta Mesa com seis expositores, quatro são mulheres e dois, homens. É raro isso acontecer!

O SR. PRESIDENTE (Waldemir Moka. Bloco Maioria/PMDB - MS) - Para encerrar, vamos nos comprometer, Senadora Ana Amélia, no sentido de que no início do ano, aqui, nesta Comissão, vamos voltar ao tema, ver como está o encaminhamento deste grupo de trabalho, e aí vamos prosseguir para que possamos, em um segundo momento, avançarmos, tendo esses compromissos, eu acho que a Dr^a Marlise tem razão, mas neste momento, não me sinto em condições de assumir esses compromissos sem antes termos uma ideia do grupo de trabalho.

Então, agradeço a todos os participantes.

Nada mais havendo a tratar, vou encerrar a presente reunião.

Está encerrada a presente reunião.

(Iniciada às 9 horas e 58 minutos, a reunião é encerrada às 12 horas e 29 minutos.)