



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

REUNIÃO

28/10/2015 - 31ª - Comissão de Assuntos Sociais

A SRª PRESIDENTE (Angela Portela. Bloco Apoio Governo/PT - RR) - Declaro aberta a 31ª Reunião, Extraordinária, da Comissão de Assuntos Sociais, da 1ª Sessão Legislativa Ordinária da 55ª Legislatura do Senado Federal.

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

As Srªs e 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 33, 35 e 36, de 2015-CAS, de iniciativa das Senadoras Ângela Portela e Ana Amélia, com o objetivo de discutir estratégias mais eficazes de prevenção e controle do câncer do colo do útero e do câncer de mama no País.

Convido, agora, para compor a mesa, os ilustres convidados: Maria Inês Gadelha, Diretora Substituta do Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência, representante do Ministro da Saúde, Marcelo Castro, e do Diretor-Geral do Instituto Nacional do Câncer, Sr. Paulo Eduardo Xavier de Mendonça.

Convido também o Sr. Paulo Sella, Diretor Substituto do Departamento de Monitoramento e Avaliação do Sistema Único de Saúde, representante do Diretor do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde, Sr. Gilliate Cardoso Coelho Neto.

Convido também o ilustre Sr. José Luiz Pedrini, Vice-Presidente para a Região Sul da Sociedade Brasileira de Mastologia e editor da revista *News*, da Sociedade Brasileira de Mastologia, representante do Presidente da Sociedade Brasileira de Mastologia, Sr. Ruffo de Freitas Júnior.

A gente lamenta a ausência da Luciana, que é Presidente do Instituto Oncoguia. Infelizmente, ela não pôde participar, porque teve um problema e não chegou a tempo, mas foi uma pessoa que quis muito estar presente, Senadora Ana Amélia. Inclusive, solicitou que, através de requerimento, pudéssemos incluí-la nesta audiência pública para discutir esses dois temas tão importantes.

Neste momento em que o nosso País comemora... Na verdade, é uma campanha internacional; o Outubro Rosa tem destaque internacional, e a gente observa que o Brasil incorporou essa campanha. Nós vimos inúmeros prédios públicos, inclusive o Congresso Nacional, com a iluminação rosa, caracterizando o chamamento de atenção para o câncer de mama, que aflige as mulheres brasileiras.

Nós estamos aqui numa intensa campanha, Senadoras e Deputadas Federais. Inclusive, ontem, na Comissão Especial que discute a violência contra a mulher, houve uma audiência pública tratando sobre esse tema. Na CCT, amanhã, também haverá uma audiência pública discutindo o tema. Então, o que se quer é discutir amplamente essa questão do câncer de mama e também do colo de útero, considerando que a Região Norte, inclusive o meu Estado, Roraima, tem uma incidência três vezes maior de câncer de colo de útero do que a média nacional. Isso nos preocupa muito, porque sou do Estado de Roraima. Daí a nossa intenção de discutir também, nesta audiência pública, além do câncer de mama, o câncer de colo de útero, um câncer que é muito fácil de ser detectado inicialmente. E é preciso discutir seriamente políticas públicas que possam se dirigir à prevenção.

Então, a gente propõe campanhas educativas para dar maior visibilidade a essa questão, principalmente para aquelas mulheres que vivem no interior do nosso País, nas comunidades indígenas.

Aproveito para registrar que, no nosso Estado, 15% da população é indígena, e o grande índice, onde se registra o dobro da incidência de câncer de colo de útero em relação ao câncer de mama, é maior exatamente nessa população. E isso se dá exatamente porque nós temos dificuldades em levar essas mulheres indígenas das suas comunidades a um serviço de saúde que lhes assegure um exame de papanicolau preventivo, para um diagnóstico precoce que proteja as nossas mulheres desse câncer que é tão fácil de curar, se estiver diagnosticado precocemente, cerca de 100% de possibilidade de cura. A gente gostaria de agradecer aos nossos convidados.

Vamos iniciar o nosso debate aqui com a participação da Dr^a Maria Inês Gadelha, que é do Ministério da Saúde, representando aqui o Ministro.

V. S^a está com a palavra.

A SR^a MARIA INEZ PORDEUS GADELHA - Muito obrigada. É um prazer estar novamente nesta Casa, onde já vimos discutindo problemas tão importantes.

O que eu gostaria de começar falando é que sou testemunha ocular de todo o processo de melhoramento que tem havido no âmbito da saúde no Brasil como um todo. Eu me formei em 1974 e, desde o meu estágio em medicina, optei pela cancerologia. Então, Senadora, eu tenho, ao longo desses anos todos, vivido o problema, tanto como médica como, após anos de atividade assistencial, na atividade de gestão. E eu posso dizer que a situação já foi muitas vezes pior e também testemunhar que a entrada de novas ideias, com estratégias bem consolidadas, faz uma diferença muito grande no curso dos acontecimentos.

Eu, pessoalmente, vivi no tempo em que havia, no Ministério da Saúde, uma Secretaria chamada SNPS, de Programas Especiais de Saúde, quando se abriu, em conjunto com o Inamps, um programa chamado Programa de Oncologia. Esse programa, que começou a funcionar em 1986, sediou-se no Instituto Nacional do Câncer, em conjunto com a Campanha Nacional de Combate ao Câncer. Até então, o que a gente tinha eram ações muito dispersas no âmbito da assistência, unicamente da assistência, com uma ausência completa de normativa e de discussão teórico-científica sobre o tema.

De modo que julgo muito salutar esta oportunidade, porque as coisas acontecem por impulsos. Então, nós, em 1987, abrimos o Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo Uterino, da mesma forma que abrimos o Programa de Combate ao Tabagismo, abrimos também um programa de educação em cancerologia e iniciamos a discussão para o Programa Nacional de Controle do Câncer de Mama.

Então, ao longo do tempo, o que nós temos visto, com essa minha experiência desde 1974, é que faltava muita informação para fazer o planejamento. A gente planejava muito em cima de séries. Por exemplo, as séries das Pioneiras Sociais, com o Campos da Paz, o pai. Ele simplesmente fazia um programa de controle do câncer do colo uterino muito localizado, mas foi a experiência que o Brasil ganhou em termos de laboratório e que se repetiu em São Paulo, no IBCC, no Instituto Brasileiro de Controle do Câncer, e, depois, com o Deputado Pinotti, que foi um médico muito ativo, muito atuante nessa área.

O que se vê, então, é que, à medida em que o País foi absorvendo conhecimento e evoluindo no sistema de saúde, deu-se um grande impulso com a criação do SUS, porque, com a criação do SUS, possibilitou-se também o desenvolvimento de políticas públicas muito mais abrangentes. Não seria uma política pública da Beneficência, não seria a atuação do inamps e não seria a atuação de grupos de universidades.

Então, com o SUS, a situação passou a ser muito mais objetiva, do ponto de vista de política pública, e hoje o que a gente tem? Já há mais informação sobre o câncer. Eu fui professora universitária e sentia muita vergonha, quando dava aula, porque eu começava a falar sobre câncer... Por exemplo, eu me lembro muito bem de uma aula sobre câncer no endométrio que começava assim: "nos Estados Unidos..." Quando a gente ia falar de câncer de estômago, citávamos o Japão, e, na América do Sul, falávamos no Chile. A gente não tinha absolutamente nenhum dado que pudesse falar sobre a situação brasileira. E nós, professores de medicina, ensinávamos para os alunos uma coisa que eles teriam de abstrair.

Nesse Programa, em 1986, nós começamos também a estudar, junto com a Agência Internacional de Informação sobre o Câncer, da Organização Mundial de Saúde, e criamos, no Brasil, nesse mesmo programa de oncologia, a parte de registros de câncer. Criamos o Programa de Registros Hospitalares de Câncer e também do Registro de Base Populacional de Câncer. Isso contribuiu muito. Hoje em dia, é difícil ver um professor dando aula ou um artigo científico sendo publicado, de autor brasileiro sobre câncer, que não faça referência às estatísticas nacionais. Então, é uma evolução que houve.

E nós temos, para este ano, uma estimativa de mais de 576 mil casos novos de câncer, dos quais 182 mil são cânceres de pele não melanoma, ou seja, são cânceres basocelular, espinocelular de pele, que são muito mais factíveis de atendimento,

porque são de atendimento ambulatorial. Então, restam-nos mais de 350 mil casos que temos de cuidar dentro da política pública.

Assim, quando falamos de câncer de mama, de câncer de colo do útero, especificamente, na verdade contemplamos as especificidades desses cânceres, mas a política pública teria de contemplar todo o arcabouço normativo e operacional para o câncer, porque a anatomia patológica que serve para o diagnóstico de câncer de mama vai servir para outros tantos mil casos. A medicina nuclear, que serve para avaliar metástase de câncer de mama, vai servir para outros tantos mil casos de câncer de próstata e para outros cânceres que metastatizam para o osso.

Então, vamos reduzir para 350 mil, porque o câncer de pele é de operação muito mais simples, e, entre esses, nós temos 57 mil casos por ano de câncer de mama e 15 mil novos casos de câncer do colo uterino. O que estou querendo dizer é que, ao invés de discutirmos serviços, discutamos sistema, a organização do sistema como um todo. E o câncer do colo de útero é um modelo médico, é um modelo de nosológico, patológico, excelente para se fazer uma conformação de um sistema de saúde. Por quê? Porque ele interessa desde a promoção da saúde, ou seja, evitar adoecer, implica a prevenção, ou seja, diagnosticar precocemente, implica o diagnóstico definitivo, no estadiamento, no tratamento, da reabilitação e nos cuidados paliativos.

Então, para enfrentar essa doença, que se costuma resumir ao nome câncer, mas são pelo menos umas 200 doenças diferentes, nós temos de discutir sistema. E, dentro da especificidade de cada tipo de câncer, fazer a sua discussão, como, por exemplo, no caso do câncer de mama, fazer a mamografia, com suas consequências de necessidades diagnósticas, e no caso do câncer do colo do útero, o rastreamento pela CID Patologia, sendo que o câncer do colo do útero é muito melhor modelo, porque a gente pode diminuir a incidência, o que é o mais importante.

No Brasil, se nós acompanharmos as séries históricas de incidência e mortalidade, vamos verificar que é o câncer que tem diminuído de incidência e diminuído em mortalidade. E ele, Senador, é um excelente indicador socioeconômico. Tanto o câncer de mama como o câncer do colo do útero são indicadores socioeconômicos também, porque naquelas populações de menor condição social e econômica, o câncer do colo do útero é mais incidente, ao inverso do câncer de mama e de próstata no homem, que se fazem mais incidentes na população de melhor condição socioeconômica.

Então, só o fato de um país se desenvolver socioeconomicamente já leva à redução da mortalidade desses cânceres que são, vamos dizer, taxativos dessa condição. Então, há uma redução do câncer de colo do útero, há uma redução do câncer de estômago e há um aumento relativo do câncer de mama... Não, absoluto mesmo, porque a pessoa passa a viver mais e, assim, passa a ter cânceres de uma idade mais avançada, como é o caso do câncer de mama e de próstata etc.

Então, volto a dizer do meu testemunho porque assisti, acompanhei essa redução. Não podemos dizer que só foi pelo sistema de saúde. Não; contribuiu muito a criação do SUS, mas também contribuiu o pequeno desenvolvimento que houve no Brasil, ao longo desse tempo.

Então, se pelo câncer do colo do útero nós temos a condição de reduzir a sua incidência... Ou seja, o papanicolau, o exame preventivo, permite a detecção de lesão pré-neoplásica, que antigamente se chamava de displasia e, hoje, chamamos de neoplasia intraepitelial cervical. Nessa fase não é câncer. Até a fase de carcinoma *in situ* não é considerado câncer. Então, se cuidarmos dessas mulheres, primeiro não deixando que elas adoçam, tendo uma vida sexual mais saudável, tendo menos infecções de repetição, nós podemos, mesmo assim, fazer com que a incidência desse tumor caia por conta da detecção de lesão pré-cancerosa. Esse é o grande fator, o grande segredo do exame de papanicolau. E, conseqüentemente, se nós reduzirmos a incidência, vamos reduzir a mortalidade. Menos casos, menos mortes, que é o que vinha acontecendo ao longo do tempo.

Fora o câncer do colo do útero, o único tumor que tem tido diminuída a sua mortalidade é o câncer de estômago, e não é por conta somente do maior acesso a diagnóstico e tratamento; é principalmente pela melhoria socioeconômica e pela conservação dos alimentos. A partir do momento em que o Brasil, a população brasileira, passou a ter mais acesso a geladeira e a *freezer*, a uma melhor conservação de alimentos... Nós não temos um solo como o do Japão ou do Chile, um solo que favorece muito a produção de nitrosamina, daí a grande incidência nesses países, porque o solo deles é muito rico em nitrato. Nós não temos esse problema aqui. Então, uma política pública bem conduzida, uma política de desenvolvimento socioeconômico boa fará com que esses tumores que cravam na população essa chaga de subdesenvolvida, de baixa condição socioeconômica, também se resolva.

Já com relação ao câncer de mama, nós não temos o objetivo de reduzir a incidência, muito pelo contrário. Um programa de rastreamento de câncer de mama aumenta a incidência, mas o que nós procuramos, e isso, hoje em dia, nos últimos anos, nos últimos quatro anos, é bastante contestado, é reduzir a mortalidade. Os epidemiologistas, os sanitaristas e os estudiosos de populações ainda discutem se há uma real redução de mortalidade ou se é um falso ganho de tempo.

(*Soa a campanha.*)

A SRª MARIA INEZ PORDEUS GADELHA - Ou seja, se o diagnóstico era dado no ponto A e a morte ocorria no ponto B, se nós trazemos o diagnóstico para o ponto zero, automaticamente o tempo de sobrevida aumenta e a mortalidade, contada nesse tempo, também reduz.

De qualquer modo, na minha opinião, é um imperativo moral que se faça o rastreamento do câncer de mama num país como o nosso, porque temos ainda muitos casos ocultos, muitos casos dependendo dessa detecção. Para isso é muito importante que o exame seja feito na população que deu o melhor resultado, a melhor garantia de pequeno falso positivo ou pequeno falso negativo.

Resumindo... Eu não sei quanto tempo eu tenho; eu ouvi uma campanha.

A SRª PRESIDENTE (Angela Portela. Bloco Apoio Governo/PT - RR) - Tem mais uns dois minutinhos.

A SRª MARIA INEZ PORDEUS GADELHA - Está bem.

Então, resumindo, o que eu gostaria de dizer é que temos, no câncer do colo do útero, um ótimo modelo; temos, no câncer de mama, estratégias que são conhecidas no Brasil. Podemos reduzir a incidência do câncer do colo do útero. É necessário que todo esforço seja feito. Se toda mulher se submeter a pelo menos um exame de papanicolau na vida, haverá redução da mortalidade da população. Então, isso é muito importante.

Então, o que a gente teria de fazer, na discussão de novas estratégias, é colocá-las no contexto do sistema, não é criar o roteiro ou o sistema do câncer de mama ou o sistema do câncer do colo do útero; é colocá-las no contexto do SUS, respeitando e observando as particularidades que cada tumor desses tem.

Obrigada pela oportunidade e pela compreensão, pois eu não percebi que estavam contanto o tempo.

Obrigada.

A SRª PRESIDENTE (Angela Portela. Bloco Apoio Governo/PT - RR) - Muito obrigada, Drª Maria Gadelha, por sua exposição, representando o Ministro da Saúde.

Passo a palavra, agora, ao Dr. Paulo Sellera, que é Diretor Substituto de Monitoramento e Avaliação do Sistema Único de Saúde.

É o Datasus, não é?

O SR. PAULO SELLERA - Não; é o Demas.

A SRª PRESIDENTE (Angela Portela. Bloco Apoio Governo/PT - RR) - Corrigindo: Demas.

Com a palavra. O Dr. Paulo Sellera.

O SR. PAULO SELLERA - Bom dia a todos e a todas.

Eu queria agradecer o convite das Senadoras Ângela Portela e Ana Amélia.

Apenas um adendo: na verdade, estou representando também o Secretário Executivo, Dr. José Agenor. O Departamento de Monitoramento e Avaliação faz parte da estrutura da Secretaria Executiva do Ministério da Saúde. E, recentemente, através de um decreto, o Datasus também passou a integrar a estrutura da Secretaria Executiva, como já foi no passado. Na verdade, inclusive, essa volta do Datasus à estrutura da Secretaria Executiva visa também dar maior articulação com o Departamento de Monitoramento e Avaliação, que também lida com informações consideradas estratégicas para o Sistema Único de Saúde.

Eu vou me ater aqui... Eu trouxe uma pequena apresentação, mas não sei se o tempo será suficiente, já que são dez minutos. Na verdade, visa dar uma satisfação, uma transparência a todos os presentes do acompanhamento das metas em relação à ampliação de serviços de diagnóstico, em relação à ampliação a serviços para tratamento de câncer, que nós, pelo Departamento, fazemos mensalmente em relação ao Programa de Controle e Prevenção do Câncer.

Então, se puderem, por favor, passar...

Também procurei colocar, além desse acompanhamento da ampliação de serviços, um pouco do que já é sabidamente um problema em relação ao Sistema de Informação de Câncer, Siscan, que fez parte, inclusive, da pesquisa da Femama em relação à questão do sistema de informações, que faz não somente o acompanhamento, mas também o cumprimento da Lei dos 60 dias.

Então, em relação ao laboratório de citopatologia, a meta de 2014 era estruturar cinco laboratórios nas Regiões Norte e Nordeste. Acho que, com certeza, Inez, atentos a essa questão que já foi levantada, que os maiores problemas que nós temos hoje ainda são nas Regiões Norte e Nordeste, especificamente em Recife, Boa Vista, Manaus, Santarém e Belém. A situação atual, de um mês atrás, quando do último monitoramento, é de que temos dois laboratórios com contratos de

repassa em cláusula suspensiva, Pernambuco e Pará. Elas estão canceladas no momento até que sejam equacionados os problemas em relação a essas propostas; três propostas sem pagamento e quatro propostas de equipamentos com recursos pagos: Pernambuco, dois no Pará e um em Roraima, sendo três em licitação - dois no Pará e um em Roraima -, e um em funcionamento em Pernambuco.

Aqui é um quadro que procura exemplificar o eslaide anterior, a situação de cada laboratório de citopatologia e o recurso que está aprovado, o recurso que já foi empenhado, se já foi pago, em que fase se encontra essa estruturação dos laboratórios.

Em relação a serviço de referência para diagnóstico de câncer de mama, a meta ainda é a mesma de 2014, isto é, implantar cinquenta serviços de diagnóstico. A situação atual é de 20 propostas empenhadas, sendo do total 24, sendo três canceladas. Quatorze já estão pagas e cinco desses serviços já se encontram em funcionamento.

Aqui, no quadro embaixo, o detalhamento dessas propostas. Nós temos ainda a liberar sete. Foram reenviadas ao Ministério duas do Mato Grosso do Sul, uma do Ceará e uma de São Paulo. Em diligência, nós temos 14, sendo duas no Ceará, uma no Espírito Santo, duas no Maranhão, nove em São Paulo. Também reenviadas ao Ministério uma do Espírito Santo e duas de São Paulo, e aprovadas, aguardando a portaria para liberação, duas de São Paulo e duas do Maranhão, num total de 30 serviços.

Para tratamento de lesões precursoras do câncer do colo de útero, a nossa meta é a implantação de 20 serviços. Situação atual: 29 propostas empenhadas, ou seja, além da proposta inicial; 27 já se encontram pagas, falta Recife e Grajaú, no Maranhão, e nove desses serviços já estão em funcionamento.

O quadro abaixo é apenas, de novo, o detalhamento.

Em relação à ampliação e à qualificação da assistência oncológica, a meta é de 80 novos aceleradores, através do Plano de Expansão, Projeto Expande, do Inca, e outros convênios. Situação atual: 22 aceleradores adquiridos e instalados, 12 entregues antes de 2011. No Projeto Expande, especificamente, 24 unidades previstas, 18 já entregues, 37 convênios pagos, 54 propostas de aceleradores vigentes, sete de braquiterapia, quatro em funcionamento, em Jaú, Muriaé, Criciúma e Belo Horizonte, e duas propostas canceladas, em Três Lagoas, no Mato Grosso do Sul, e em Itaperuna, no Rio de Janeiro.

No Plano de Expansão, o contrato foi assinado em 1º de novembro de 2013, no valor de R\$119 milhões. São 55 unidades com projeto básico e 18, em relação a 12 no último monitoramento em junho, com projetos executivos aprovados, prontos para licitação e o início de obras.

E, aqui, o detalhamento.

Foi publicado um aditivo em fevereiro deste ano, com extensão do prazo em 90 dias. O contrato definitivo foi assinado em 18 de maio, sendo quatro unidades com ordem de serviço para obras (Campina Grande, na Paraíba; Feira de Santana, na Bahia; Maceió, em Alagoas; Rio Branco, no Acre); 17 ainda não entregaram o projeto básico, três foram excluídos, dois por inviabilidade técnica e um por critério assistencial. Por quê? Não basta apresentar o projeto. A equipe da SAS, junto com uma comissão, vai ao local e vê se há condições, inclusive, de estrutura para poder implantar naquele local que está sendo proposto.

Prazo total estimado.

Depende se é um novo serviço ou se é uma ampliação. Então, aqui é para dar uma ideia da tarefa, realmente, muito morosa, muitas vezes, pela questão de a estrutura a ser implantada. Pode demorar de 556 dias até 736 dias por acelerador linear, sendo 162 dias até a aprovação do Plano de Expansão, em média demora isso por conta de todas as cláusulas que têm de ser cumpridas; 112 dias para a licitação até a contratação - obviamente que esse é um prazo estimado; 180 dias para obras de ampliação ou 360 dias se for de construção; 45 dias para a instalação. Quando se chega na quarta, indo para a quinta etapa do processo de obras, a comissão já informa ao Ministério para que se traga o equipamento para a instalação. A gente não faz isso antes por uma questão de morosidade, e o equipamento, muitas vezes, pode ficar obsoleto, se for trazido e ficar guardado num local, como já aconteceu no passado. Depois, 12 dias para comissionamento, licença final, etc. Isso só para vocês terem uma ideia de que o processo, realmente, é demorado, mas é por conta das etapas de obra e também das etapas técnicas que têm de ser cumpridas.

Aqui o cronograma. Eu vou deixar, obviamente, essa transparência na Comissão para que vocês possam avaliar melhor, com mais tempo. Qualquer informação necessária em relação a isso pode ser pedida ao Ministério. Nós teremos prazer em responder.

Outro problema que foi levantado também é a questão do Sistema de Informação do Câncer (Siscan).

O Siscan, hoje, não está mais sob gerenciamento técnico, do ponto de vista das informações, do Datasus. O Siscan está hoje sob o gerenciamento da SAS, do Departamento de Regulação, do Derac, justamente porque ele tem uma aderência muito

grande a sistemas que o Derac, através da SAS, já vem há muitos anos trabalhando, que é o caso do SIA, do BPA-I. Então, a partir de junho deste ano, o Siscan volta para a SAS, subgerenciamento, justamente para podermos trabalhar em relação aos problemas que estão sendo informados pelos Estados, Municípios e prestadores de serviços na sua alimentação.

Então, quais são os principais problemas relatados? Dificuldades no encerramento da competência por inúmeros prestadores; BPA enviado a gestores com inconsistências; dificuldades na operacionalização das ações dos laboratórios tipo 2, que é o monitoramento externo da qualidade; dificuldades de acesso ao sistema e liberação de novos usuários.

Que ações, então, o Derac vem fazendo, a partir de julho deste ano? Além da transferência da gestão do processo em relação ao Siscan, está estabelecendo outros fluxos de trabalho interno também. E também, junto com o Datasus, o estabelecimento de um Disque Saúde específico para tratar dos problemas relacionados ao Siscan. Essa medida visa um ganho de eficiência, um maior controle das demandas recebidas, o que não existia até então.

Estamos numa versão em atualização, com a correção das seguintes inconsistências: o BPA, que estava sendo gerado vazio ou com erro no cabeçalho; erro na geração do laudo, visualização dos retornos dos laboratórios tipo 2, que não localizavam, no módulo de monitoramento externo, os exames de controle de qualidade; criação de rotina automatizada de reprocessamento para os prestadores que tiveram problemas na geração dos BPAs, nas competências maio, junho, julho e agosto, o que já foi concluída, agora em setembro; e ajustes de infraestrutura realizados em alguns equipamentos por parte do Datasus, que englobam os sistemas integrados ao CPA e o Cartão Nacional de Saúde ao Siscan, no desempenho da aplicação e servidor de balanceamento, objetivando melhoras na distribuição de carga de acesso, o que está em andamento neste momento.

O encaminhamento dos demais erros do sistema estão sendo tratados por ordem de criticidade: relatório de prévia, revisão de mensagens de erro, conexão ao barramento do CNES, relatórios gerenciais do Siscan.

Uma retomada importante do projeto de *web service*. Muitos Municípios ou Estados já têm sistema próprio. Então, não tem sentido, na lógica do Sistema Único de Saúde, o Ministério impor um sistema de informação. Na verdade, o Ministério da Saúde tem de ter as informações importantes para o acompanhamento do programa. Isso, estando garantido nos sistemas locais, a gente pode fazer um *web service* e colocar essas informações diretamente dos sistemas locais.

Alinhamento com a equipe do Inca e das doenças crônicas para a revisão dos regimentos técnicos de oncologia, incluindo a avaliação dos formulários utilizados pelo sistema; intensificar a capacitação da equipe de suporte. Como é um serviço novo, a SAS está, junto com o Datasus, capacitando essa equipe para um melhor atendimento através do 136; e a criação de um canal de comunicação entre o Ministério, o Inca e as Coordenações Estaduais na rede corporativa do SUS. Também na lógica de se aumentar mais agilmente a comunicação entre esses agentes. E, ainda, definição de prazo de descontinuidade do Siscolo e do Sismama, desde que observada a completa operacionalidade do Siscan.

Essa é uma questão importante, porque a gente não pode encerrar, de fato, o Siscolo e o Sismama se o Siscan não estiver plenamente aprovado para sua operação no Sistema Único de Saúde.

Acho que consegui falar no prazo.

Aqui, na verdade, é um resumo, como coloquei, do que a gente vem acompanhando em relação à estratégia de ampliar os serviços, qualificar os serviços hoje, tanto de diagnóstico como de tratamento do câncer no País, principalmente focado no câncer de colo de útero e no câncer de mama, e também em um problema, de fato preocupante, que faz com que 32% dos Municípios apenas informem no Siscan e que, entre esses que informam no Siscan, apenas algo em torno de 50%, informam dentro do prazo de 60 dias, conforme prevê a lei.

Então, o Siscan, de fato, é uma ferramenta muito importante. Sem ela vai ser muito difícil a gente fazer esse acompanhamento, tanto da implantação da lei como, de fato, na prática, se as mulheres estão sendo atendidas no prazo colocado pela lei.

Então, estou à disposição para demais esclarecimentos.

Obrigado.

(Soa a campanha.)

A SRª PRESIDENTE (Angela Portela. Bloco Apoio Governo/PT - RR) - Obrigada, Dr. Paulo.

Eu tenho até uma participação popular aqui, do Fábio Gomes, através do e-Cidadania, que permite que a população acompanhe e participe desta audiência de forma interativa.

O Fábio Gomes faz uma um comentário, e faz uma pergunta:

Também está previsto no PPA de 2012/2015 a implantação de 20 serviços para a ampliação do acesso à confirmação diagnóstica e tratamento de lesões precursoras do câncer de colo de útero até 2015. Até dezembro de 2014, havia 10 serviços. Essa meta será alcançada?

Depois a gente passa a palavra ao senhor para que possa responder ao Fábio, que participa, neste momento, desta audiência pública na Comissão de Assuntos Sociais.

Passo agora a palavra para o nosso terceiro palestrante, o Dr. José Luiz Pedrini, da Sociedade Brasileira de Mastologia, Editor Chefe da Revista *News* da Sociedade Brasileira de Mastologia.

Com a palavra o Dr. Luiz Pedrini.

O SR. JOSÉ LUIZ PEDRINI - Bom dia, Senadora Ângela, obrigado pela oportunidade. Agradeço também à Senadora Ana Amélia.

Felicito a Maria Inez Gadelha por sua bela apresentação, e ao Paulo também. E só um comentário sobre serviços de informação. Sem informação, nós não sabemos nem quem somos, e, no momento - e trabalho num hospital público, o Hospital Nossa Senhora da Conceição, em Porto Alegre, que é 100% SUS -, o desencontro de informações... As pessoas que estão chegando lá para me pedir informações sobre o câncer de mama não têm noção do que estão fazendo. Eu quero até ser parceiro nessa ajuda.

Cumprimento os Senadores aqui presentes - eu já conhecia o Senador Moka, cardiologista - e os outros...

(Intervenção fora do microfone.)

O SR. JOSÉ LUIZ PEDRINI - Muito bom! Importante! Estão fazendo falta os anestesistas, mas aqui o senhor é mais importante, possivelmente.

O SR. WALDEMIR MOKA (PMDB - MS. *Fora do microfone.*) - E, no caso, ele ainda é. No meu caso, eu há muito tempo fui.

O SR. JOSÉ LUIZ PEDRINI - Mas continua muito importante.

Sobre o Outubro Rosa a Senadora Ângela já comentou. Senadora, neste ano, a Sociedade Brasileira de Mastologia pautou a sua meta em "nenhuma mulher sem mama". Isso é outra coisa que a gente pode discutir outro dia, ou seja, o absurdo de poucas mulheres terem acesso à reconstrução imediata de mama, na mesma hora. Não há necessidade da mutilação. Está mais do que provado, no mundo inteiro, que a presença ou não da reconstrução mamária não altera em nada a sobrevida; muito ao contrário, melhora. Os serviços médicos têm de começar a cumprir a Lei de 1999, que até hoje não é cumprida.

Fica um exército de mutiladas, mulheres insatisfeitas, perdendo o companheiro, tudo o que já se sabe, não é? Às vezes, por um mutirão - e sou contra mutirão -, fazem uma reconstrução 10, 20 anos depois, e aquilo aparece em jornais. Eu acho que nós temos de ver isso também.

Estratégias mais eficazes para a prevenção e o controle do câncer de mama no País.

O rastreamento, do qual a Dr^a Gadelha já falou, inclusive. O objetivo de um rastreamento é pegar uma doença importante e ter alguma estratégia que consiga mudar a história natural dessa doença. Em mama é importante que se faça, são 57 mil novos casos, 14 mil mortes por ano, não baixando a mortalidade ainda. Então, a finalidade são os tumores iniciais, antes que eles se tornem potencialmente agressivos e metastatizem; ainda não palpáveis - é o ideal -, o que leva a menos cirurgias agressivas, menos tratamentos sistêmicos.

Sabe-se que, em tumores pequenos, a chance de invadir a axila, que é o primeiro sinal de doença agressiva, nós temos menos de 3% de envolvimento axilar. Isso se o tumor for pequeno; se ele for maior, já são 17% de chances de invasão.

O risco de desenvolver câncer de mama, até os 40 anos, é de 1 para 69 mulheres; dos 50 aos 60 anos, é de 1 para 42 mulheres; e, acima de 60 anos, vai aumentando a chance de ter o câncer de mama. Muitos se baseiam nesse fato para justificar a não realização de uma mamografia antes dos 50 anos.

É caro fazer o *screening* de câncer de mama, fazer o exame em mulheres sadias tentando encontrar lesões pequenas. Os Estados Unidos gastam de US\$7 bilhões a US\$10 bilhões por ano. É um plano de prevenção. Nos Estados Unidos, cada Estado tem a sua lei. Na Europa, é central em alguns países, quer dizer, existe o *screening*, escrevenina a prevenção de câncer de mama, a prevenção secundária, e, em alguns países, é oportunístico, faz quem quer.

Desde 2009, vem se discutindo quem tem razão. A Europa estabelece a partir de 50 anos a mamografia. Isso em 2009. Isso tem mudado. A American Cancer Society, em que pese a sua publicação agora, em 2009, dizia que tinha de começar aos 40 anos. Agora, já está falando em 45 anos. O Inca aos 50 anos, e a Lei nº 11.664 diz que, a partir dos 40 anos, toda

mulher tem direito a sua mamografia. É um dever do Estado fornecer, pelo sistema de saúde, seja ele privado ou pelo SUS, a mamografia a partir dos 40 anos.

E essa controvérsia entre por que aos 50 ou aos 40 anos? Na verdade, todos têm razão ou talvez ninguém tenha razão. Não há um consenso em relação a isso.

O Daniel Kopans é um dos principais autores sobre exames de imagens em mama. E ele fala, muito claramente, que não existem estudos que confirmem alteração abrupta do risco somente a partir dos 50, que a partir dos 40 anos a mulher já está suscetível, com maior intensidade, ao câncer de mama, embora existam mulheres mais jovens do que isso com a doença.

Não existe evidência científica sobre a diminuição da mortalidade com o uso do *screening* somente para mulheres com alto risco. Ele disse que o *screening* não é só para as mulheres que não têm aquela alteração do BRCA, que não tem aquele caráter familiar, de múltiplos familiares com câncer de mama; ele deve ser feito para todas as mulheres da população, porque de 75% a 90% dos casos de câncer de mama aparecem esporadicamente, eles não são só naquele grupo de risco, eles aparecem nas mulheres da população, em geral.

O SR. WALDEMIR MOKA (PMDB - MS) - Dr. Pedrini, sempre houve essa questão de característica familiar. Isso está sendo desconsiderado? Eu entendi o que ele disse, ou seja, de que se deve levar em conta essa questão familiar, mas que isso pode aparecer esporadicamente, isto é, não é só a paciente que teria o chamado alto risco.

Como é isso? Desculpe-me, fiquei meio confuso.

O SR. JOSÉ LUIZ PEDRINI -

O SR. JOSÉ LUIZ PEDRINI - Senador, 90% das mulheres que apresentam o câncer de mama não têm uma linha familiar. Noventa por cento são esporádicos, ocorrem em mulheres com o risco considerado médio.

O que é o risco médio? Ser mulher, estar vivo e a depender da idade. Que outras causas? Não ter filhos ou ter o primeiro filho mais tarde, o que aumenta o risco do câncer de mama. A hereditariedade de que falamos, mas esse risco familiar, hereditário, representa 10% do total de cânceres. As mulheres que têm essa característica têm uma chance muito grande de ter câncer de mama, mas 90% dos casos de câncer de mama encontrados no Brasil é aleatório; aparece não se sabe exatamente o porquê.

Como a Dr^a Gadelha falou anteriormente, o fato de se ter maior desenvolvimento socioeconômico aumenta também a chance do câncer de mama.

Outro viés, outra dificuldade que se tem é que a população tem crescido de forma diferente. Na década de 80, essa era a pirâmide social: muitas crianças e pouca gente lá adiante. Hoje, a partir dos 40 anos, nós já temos um contingente muito maior de mulheres. Se considerarmos aqui as Regiões Norte e Sul, a diferença se acentua mais nessa pirâmide social, com menos criança e a faixa de idade aumentando. Então, nós temos mais gente a partir de 40 anos do que se tinha há alguns anos.

As indicações de rastreamento, esse *screening* do câncer de mama. O Inca preconiza iniciar aos 50 anos e fazer uma vez a cada dois anos. A Sociedade Brasileira de Mastologia, o Colégio Brasileiro de Radiologia e a Febrasgo emitiram documento em conjunto considerando que a mamografia deva ser feita a partir dos 40 até os 70 anualmente.

Na verdade, com todos esses vieses - a Europa adotando uma idade, os Estados Unidos outra, Inca e Ministério da Saúde outra, as sociedades organizadas, as sociedades de medicina dando outra idade -, fica uma confusão de dados que, realmente, cria a necessidade de, em conjunto, estabelecer-se uma meta do que é importante para a nossa população.

Então, saíram daqui as recomendações do Colégio Brasileiro de Radiologia, da Sociedade Brasileira de Mastologia e da Sociedade de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo): mamografia, de 40 a 69 anos; ultrassonografia, nessa faixa de 40 a 69 anos, quando indicado ou quando a mama é muito densa; e ressonância magnética individualizada, principalmente em mulheres de alto risco. Então, a recomendação, o consenso é esse: de 40 a 69 anos, uma mamografia anual. Ultrassonografia não é método de detecção isolado e não deve ser feito isoladamente.

Por que iniciar a mamografia aos 40 e não aos 50? Redução da mortalidade. Há um estudo canadense e um estudo britânico que vou mostrar a seguir. Outra situação é que 25% dos casos de câncer de mama, no Brasil, ocorrem entre 40 e 50 anos. Temos, sim, mamógrafos suficientes no Brasil. A paciente que inicia a mamografia aos 40 anos vai ser mais aderente aos 50, ou seja, aos 50 ela vai continuar fazendo, isso se comparada àquelas que vão iniciar só mais tarde, que talvez nunca façam.

Esse é um estudo canadense, um estudo grande. Pegaram mulheres entre 40 e 74 anos. A conclusão é que às que participaram do *screening* de mamografia, no Canadá, foi associada uma redução de mortalidade grande. Foram escolhidas num braço... Foram 27 mil mamografias, um número grande.

"A participação em programa de rastreamento mamográfico, no Canadá, esteve associada com substancial redução de mortalidade por câncer de mama."

Esse é o dado importante nesse estudo canadense. Aqui é o risco padrão de ter câncer de mama. Tanto em mulheres entre 40 e 50 anos como entre 50 e 60 anos, houve redução da mortalidade. Aqui é a mortalidade para menos. Aqui os vários locais do Canadá em que foi feito esse estudo. Ela é efetiva, sim, entre os 40 e 50 anos.

Esse é um dado recente, é de julho de 2015, um estudo feito na Inglaterra, com um número grande mulheres acompanhadas por 17 anos. Então, havia um grupo convidado a fazer a mamografia a partir dos 40 anos e outro a partir dos 50 anos. Os resultados foram os seguintes: rastreamento anual em mulheres entre 40 e 50 anos, em 53 mil mulheres que faziam mamografia e em 106 mil que só faziam o controle médico anual e o autoexame.

"Após 17 anos de seguimento, houve 16% na redução da mortalidade".

Nos dez anos iniciais foi mais impactante; foi de 25% a redução da mortalidade. Claro que, ao longo do tempo, muitas mulheres vieram a falecer um pouco mais adiante disso.

Esse é um trabalho publicado nas revistas brasileiras, mostrando que aqueles lugares, como Barretos, têm um sistema muito bem monitorado de pacientes... Aqui são os estágios clínicos da doença: 1, 2, 3 e 4. Aqui é o bem inicial, *in situ*, quando ainda não é câncer. Olha o número maior, em quem faz mais exames, declinando para a doença avançada; ao contrário de outros lugares, que mantêm uma média, ainda, de quase 70% de tumores avançados, com a mama e a axila tomadas.

Então, o *screening* é importante de ser feito, sim.

O câncer de mama em mulheres jovens é mais frequente nos países em desenvolvimento. Dinamarca, Reino Unido, Austrália, Canadá e Alemanha têm uma proporção pequena de mulheres jovens com câncer de mama. Já, nos países em desenvolvimento, a proporção diminui: há mais mulheres jovens tendo câncer de mama, o que justifica o rastreamento anterior.

Aqui é um dado também do Brasil: a incidência de câncer de mama entre 40 e 49 anos é de 26%. A distribuição de mamógrafos não é a mais adequada, mas existe uma distribuição. No Amapá, temos um mamógrafo para 16.138 mulheres em fase de fazer o *screening*.

(*Soa a campanha.*)

O SR. JOSÉ LUIZ PEDRINI - No Norte, é um para 8 mil; no Nordeste, é um para 8.100. A Região Sudeste é onde se concentra uma melhor proporção entre mamógrafos e pacientes.

Com relação ao tipo de mamógrafo, os dois são bons, o DR, que é esse...

Eu tenho mais um tempinho?

A SRª PRESIDENTE (Angela Portela. Bloco Apoio Governo/PT - RR) - Sim; pode continuar.

O SR. JOSÉ LUIZ PEDRINI - Então, posso terminar a apresentação.

Mas, isso não é importante; o importante é o número que temos.

Com relação à cobertura mamográfica no Brasil, os dados não são os mesmos. Por Pesquisa de Amostra de Domicílio, nós temos 71% das pessoas fazendo mamografia; o IBGE diz que são 60%; e a Rede Goiânia diz que são 24%.

Mais importante, senhores, do que ter mamografias à disposição - e nós já temos, o Ministério da Saúde fornece um volume razoável, tanto que não tem muita gente esperando por uma mamografia -, é a questão da qualidade. Existe um selo de qualidade fornecido pelo Colégio Brasileiro de Radiologia, pela Febrasgo e pela Sociedade Brasileira de Mastologia, o Colégio Brasileiro e a Sociedade de Ginecologia e Obstetrícia, que é a imagem fornecida pelo aparelho, o profissional que a interpreta e a auditoria. Aí tem de entrar a Anvisa, através da Vigilância Sanitária, a Sociedade de Medicina controlando esse profissional, e o prestador de serviços tem de, a cada ano, demonstrar quantos cânceres novos conseguiu por mil mamografias feitas, quantos BI-RADs 0, 1, 2, 3, 4 e 5. No ano seguinte, faz-se a checagem e, no ano seguinte faz-se a checagem.

Dr. Paulo, não é difícil fazer isso, mas precisamos evoluir nisso.

Em 2005, fizemos uma representação junto ao Ministério Público do Rio Grande do Sul contra os maus exames. Na época, todos os serviços do Rio Grande do Sul foram notificados por irregularidades, vários foram fechados temporariamente. O Inca, em 2006, constatou o mesmo.

O plano de ação que nós temos é que mamografia seja um exame com selo de qualidade fornecido pelas sociedades de interesse com a saúde mamária, a fim de vermos se conseguimos diminuir essa situação, ou seja, a diminuição da

mortalidade só aconteceu nesses Estados que estão em verde e aumentaram ainda nesses Estados em vermelho, na zona urbana, e, na zona rural, só diminuiu em São Paulo a mortalidade por câncer de mama. Nós temos de melhorar.

Surgiu agora, recentemente, essa publicação da American Cancer Society dizendo que o autoexame das mamas e exame médico anual não serve para diminuir a mortalidade por câncer de mama e que a mamografia associada à ressonância magnética em mulheres com alto risco é uma recomendação importante para diminuir a mortalidade também. As recomendações que saíram agora e que geraram grande polêmica na mídia é que a American Cancer Society estabelece que o *screening* deve ser dos 45 aos 54 anos, feito anualmente. Quem tem mais de 55, a cada dois anos; ou anual, se preferir. Entre 40 e 44 anos, a mulher só fará mamografia se ela assim o desejar. Mas tem que estar sabendo que a mamografia pode ter resultados duvidosos.

O rastreamento do câncer de mama, no Brasil, concluindo aqui, inicia aos 40 anos, anualmente. Mamografia digital é preferível sobre a analógica, mas as duas são boas desde que bem feitas. Não tem problema. O ultrassom e a ecografia em mamas densas. Ressonância, em casos de alto risco. Não há necessidade fazer ressonância magnética como rotina. Além de caro, além de irradiar a paciente, ela não vai acrescentar muito mais. Exames de qualidade. Buscar formas para melhorar o acesso.

O acesso à saúde é que continua sendo importante. Não adianta só fazer o diagnóstico ou assustar aquela paciente. Tem que fazer com que ela tenha para onde levar o exame.

A cobertura mamográfica no País ainda não atingiu a taxa recomendada, mas nós estamos no caminho. Em geral, mais de 50% das brasileiras têm feito mamografia pela saúde suplementar, e é necessário desenvolver ferramentas para que as mulheres façam o exame. Muitas mulheres fogem. Não adianta só oferecer; temos que fazê-las fazer os exames, tanto o de colo uterino como a mamografia.

O Programa Nacional de Qualidade é incipiente e precisa ser melhorado. E vamos estabelecer que o nome "mamografia" seja reservado para aquele serviço que oferta exames com o padrão de qualidade. E cumprir a lei de 60 dias.

Só pra finalizar aqui, eu queria apresentar uma cartilha que nós fizemos. E eu queria, de público, agradecer à Senadora Ana Amélia Lemos, pois, através do seu instituto, o Instituto Milton Campos, propiciou a feitura, a impressão dessa cartilha, que fala algumas coisas sobre as condições de vida e também da importância da mamografia, ou seja, de se fazer o exame. E, infelizmente, lembrar que, ainda, apenas 10% das mastectomizadas conseguem a reconstrução da mama. Nós queremos todas façam no momento da cirurgia.

E as evidências que a gente vai discutindo ao longo do tempo mudam as nossas condutas.

Muito obrigado. Desculpe-me por ultrapassar o tempo.

A SRª PRESIDENTE (Angela Portela. Bloco Apoio Governo/PT - RR) - Muito obrigada, Dr. José Luiz Pedrini por apresentação muito esclarecedora em relação a esses dois tipos de cânceres que tanto afetam as mulheres brasileiras.

Nós temos aqui a relação de oradores inscritos. A Senadora Ana Amélia seria a primeira por ser também a autora do requerimento, mas temos aqui inscritos a Senadora Regina Sousa, o Senador Eduardo Amorim, o Senador Waldemir Moka, o Senador Dário Berger e o Senador Elmano Ferrer.

Passo a palavra, agora, à Senadora Regina Souza, a primeira inscrita aqui.

Agradeço a presença do Deputado Wellington Prado, que é do PT de Minas Gerais.

Obrigado por sua presença nesta audiência pública.

E agradeço também a presença do nosso Presidente, Senador Edison Lobão.

A SRª REGINA SOUSA (Bloco Apoio Governo/PT - PI) - Bom dia, Srª Presidenta, Srs. Senadores, senhores convidados.

Tenho algumas perguntas. Quando eu cheguei, já haviam se passado algumas falas, mas uma pergunta se refere a uma experiência própria: mamografia e ultrassom juntos é necessário?

Pergunto porque os meus médicos sempre pedem as duas coisas. Eu faço as duas coisas. Então, por que fazer? Eu sempre duvidei disso, daí estar fazendo a pergunta hoje.

A questão da anuidade, ou seja, de fazer anualmente. Eu tive um nódulo - não era maligno, graças a Deus -, já quase com 60 anos. E eu fazia o exame todos os anos. No ano em que eu não fiz, porque esqueci, com a agitação, com a vida agitada, eu passei um ano que espantei. O mastologista ligou para mim e disse: "você não fez mamografia". Aí deu um nódulo que era 60% de chance. Eles me apavoraram; eu chorei muito, porque era 60% de ser maligno. Mas, graças a Deus, quando foi feita a biópsia, constatou-se que não era. E eu o retirei.

Mas, quanto a essa questão de ser anual, há algum estudo científico dizer que tem de ter esse espaço de tempo necessariamente? Porque deixei de fazer um ano e aconteceu - e não era palpável!

A questão é que eu queria perguntar sobre... O senhor falou da questão da qualidade, da irregularidade. Que tipo? Eu ouvi um especialista falando que aquelas carretas, a mamografia móvel, que o Governo do meu Estado está fazendo, por conta das distâncias das cidades para a capital e porque praticamente só as grandes cidades têm mamógrafo... E, aí, aquelas pessoas que já têm uma rejeição ao exame, já têm medo do exame, porque todo mundo que faz diz a barbaridade que é. Eu acho bárbaro. E não entendo por que tem de ser daquele jeito. Não é nem o tamanho da dor, mas aquele impacto que assusta.

Aí, como dizia, eu ouvi alguém questionando a qualidade da mamografia feita naquelas carretas, porque parece que, por conta das estradas, o aparelho pode... Mas, no meu Estado, há carretas andando nos Municípios fazendo mamografia com equipe especializada multifuncional. Então, u queria saber se tem a ver também sobre isso.

A questão dos 40, 50 anos. O problema é o que eu disse: o acesso. Dadas as distâncias, as mulheres não se deslocam para fazer o exame. Até vão fazer outras consultas, mas para a mamografia elas não se deslocam. Pode haver mamógrafos suficientes, mas a questão é a distribuição na região.

Quanto à polêmica que se levantou aqui, ou seja... Há projetos de lei aqui falando que a mulher tenha direito a fazer, independente de indicação médica. Queria que vocês comentassem também, porque eu fico preocupada. Se a mulher já é mais cuidadosa com a saúde, se já é mais apavorada com algumas coisas, por qualquer dor que ela sentir, por qualquer coisa que ela sentir no peito, ela corre para fazer uma mamografia sem que seja indicada? Essa é uma polêmica. Há uns projetos de lei aqui...

É de V. Ex^a esse?

(Intervenção fora do microfone.)

A SR^a REGINA SOUSA (Bloco Apoio Governo/PT - PI) - É da Vanessa.

Queria que os senhores pudessem comentar também.

Muito obrigada.

A SR^a PRESIDENTE (Angela Portela. Bloco Apoio Governo/PT - RR) - Obrigada, Senadora Regina.

Eu vou propor que nós, primeiramente, ouçamos os Senadores, para que façam seus questionamentos, as suas perguntas, e, em seguida, a gente passa para que vocês possam responder.

Senador Eduardo Amorim, com a palavra.

O SR. EDUARDO AMORIM (Bloco União e Força/PSC - SE) - Bom dia a todos. Bom dia a todos da mesa, a todos os colegas Senadores, a todos os que nos assistem pela TV Senado, que nos acompanham pela internet.

Presidente, dois questionamentos. Primeiro, uma questão de ordem. Eu apresentei um requerimento há algum tempo e gostaria, se possível, depois de terminada a audiência pública, de apreciar. Na verdade, seria uma continuidade desta audiência pública, agora chamando outras entidades para discutir realmente essa questão da política de combate ao câncer.

Gostaria que depois, se possível, pudesse ser apreciado.

A SR^a PRESIDENTE (Angela Portela. Bloco Apoio Governo/PT - RR) - Claro. Nós vamos atender a sua questão de ordem.

O SR. EDUARDO AMORIM (Bloco União e Força/PSC - SE) - Obrigado, Presidente.

A pergunta que faço é exatamente para o Dr. Paulo.

Dr. Paulo, há algum tempo, um mês atrás, o Bom Dia Brasil fez uma matéria sobre esses aparelhos de radioterapia adquiridos pelo Ministério da Saúde. Dos 80 aparelhos, segundo ouvi na matéria, apenas alguns pontos estariam sendo instalados. E vejo aqui, nos seus eslaides - não sei se é possível demonstrar de novo, até para a gente tirar essas dúvidas - algo bem diferente do que foi apresentado naquela matéria. Dos 80 aceleradores, segundo o seu eslaide, 22 aceleradores adquiridos, e todos já foram entregues em 2011 mesmo. No Projeto Expande, das 24 unidades previstas. 18 entregues. Dos convênios, 37 pagos.

Eu queria que o senhor detalhasse esse eslaide, porque essa é uma batalha que, no meu Estado, no Estado de Sergipe, a gente vem perdendo. O Governo do meu Estado prometeu, há muitos anos, construiu o nosso Hospital do Câncer. Eu, como médico, não só com anestesista, mas também como especialista em dor, sou membro da Sociedade de Oncologia

do meu Estado e sei que essa batalha a gente vem perdendo, porque recursos foram mandados, depositados em conta, e, Senador Moka, uma parede sequer foi construída. Isso há mais de cinco anos!

O aparelho de radioterapia que nós temos, o acelerador que nós temos é do século passado; é de quando ainda era Ministro o Senador José Serra - 2002. Eu era o coordenador do centro de oncologia. Então, não é por falta de recursos.

Quando eu vi que o Ministério da Saúde havia adquirido esses 80 aceleradores, pensei: "Olha, pelo menos dois ou três irão para o meu Estado, e vamos começar vencer essa batalha". Mas, infelizmente, o genocídio do povo sergipano continua, fruto da omissão creio que lá do Governo meu Estado ou, talvez, com a conivência do Ministério da Saúde.

Então, queria que o senhor esclarecesse de quem é responsabilidade da construção. São das entidades, do Ministério da Saúde? Por que não foram entregues? Segundo ouvi na matéria, apenas quatro centros estavam sendo construídos, exatamente aqueles que o senhor citou: em Maceió, no Ceará, em Feira de Santana... Então, queria que o senhor detalhasse esse eslaide e dissesse qual a situação desses 80 aparelhos. Todos foram pagos? Ou eles são pagos à medida que são solicitados? Como é que foi feita essa compra?

A SRª PRESIDENTE (Angela Portela. Bloco Apoio Governo/PT - RR) - Primeiramente, nós vamos ouvir os Senadores; depois, a gente passa. É o que eu proponho. Habitualmente se faz dessa forma.

Passo a palavra agora para o Senador Waldemir Moka.

O SR. WALDEMIR MOKA (PMDB - MS) - É evidente essa questão. Eu, por exemplo, preocupo-me muito com o seguinte: feito o diagnóstico, a pessoa recebe o diagnóstico e, aí, começa a batalha, porque a pessoa sabe que tem a doença, seja ela o câncer de mama ou de colo de útero. Mas, aí, a Lei dos 60 dias que não acontece. Daí o desespero dessas pessoas, porque elas sabem que, a cada dia que passa, aquilo só tende a se agravar, principalmente em se tratando de câncer de mama. Por exemplo, eu tive um professor que dizia que câncer de mama dá metástase até em pé de mesa. Então, é uma loucura. Começa com câncer de mama, pulmão, cérebro, coluna. Aí acabou. A pessoa está...

Então, essas coisas têm de caminhar paralelamente. Quer dizer, nós temos que ampliar os centros de diagnóstico, mas, ao mesmo tempo, nós temos que oferecer a esses pacientes o acesso ao tratamento, porque, senão, não adianta. Você só aumenta o tormento. A pessoa recebe o diagnóstico e não tem acesso ao início do tratamento. E, aí, a cada dia que passa, você imagina uma mulher ou uma outra pessoa qualquer, com diagnóstico firmado de que tem um câncer de mama ou de útero, e ela não tem acesso ao tratamento, a iniciar o tratamento. Imagine, Senadora Angela, o desespero dessa pessoa.

Eu não tenho pergunta, mas eu acho essas coisas têm que trabalhar juntas, porque, senão, nós vamos discutir, discutir, e as coisas vão continuar.

É claro que eu vejo avanços. O Outubro Rosa ajudou e muito. Hoje se propagou muito isso; isso é uma realidade. Tem aumentado a informação. Há que se reconhecer isso, mas ainda muito aquém da necessidade do que se precisa.

Campo Grande, por exemplo, eu olhei aqui nessa lista, não tem nem previsão, e nós temos um histórico lá - não quero entrar em detalhes aqui, porque é polêmica essa história lá - que é o tipo da coisa que eu...

Agora o cara não se forma ais em medicina; ele é bacharel em Medicina. Isso a última invenção de moda do MEC: bacharel em Medicina. Eu nunca vi isso na minha vida.

São coisas que eu gostaria de discutir, sobretudo com os colegas, a necessidade de se defender isso. Como na sua palestra falou o Dr. Luiz Pedrini, não adianta aumentar os exames que podem fazer o diagnóstico precoce... E a Drª Maria Inez Gadelha disse que, quanto mais precoce for o diagnóstico, maiores são a chance e o poder de resolutividade desse tipo de doença. Isso é fundamental! Se você pegar um câncer no início, as chances de isso se resolver ou de resolver satisfatoriamente são muito maiores.

Eu não tenho perguntas, Senadora Angela, mas agradeço a oportunidade dessa discussão e concluo dizendo o seguinte: eu gostaria sempre de discutir estas duas coisas juntas, ou seja, aumentar o número de oportunidades de diagnóstico e, sobretudo, de doenças em que, quanto mais precoce o diagnóstico, maior é a chance de você ter um tratamento ideal. E, claro, diminuir o tempo que essas pessoas lamentavelmente ficam a esperar, em filas intermináveis, para começar o tratamento, com um tormento: sabendo que têm uma doença muito grave e que pode levá-las à morte.

Muito obrigado.

A SRª PRESIDENTE (Angela Portela. Bloco Apoio Governo/PT - RR) - Muito bem, Senador Waldemir Moka.

Passo a palavra agora ao Senador Dário Berger. (*Pausa.*)

Ele saiu.

Senador Flecha Ribeiro, então, com a palavra.

O SR. FLEXA RIBEIRO (Bloco Oposição/PSDB - PA) - Bom dia a todos; bom dia, Presidente, Senadora Angela Portela, Sr^{as} Senadoras, Srs. Senadores, senhores convidados a esta audiência pública da CAS, Dr^a Maria Inez Gadelha, que representa o Ministro da Saúde; Dr. Marcelo Castro; Dr. Paulo Sellera, Diretor do Departamento de Monitoramento e Avaliação do Sistema Único de Saúde; Dr. José Luiz Pedrini, Vice-Presidente para a Região Sul da Sociedade Brasileira de Mastologia.

Senadora Angela Portela, eu não tenho formação acadêmica na área da saúde, mas venho aqui tratar, como cidadão, de algo que atinge a todos nós; atinge diretamente a todos nós, porque diz respeito à vida, ao bem mais precioso que Deus deu a cada um de nós.

Nós estamos em pleno Outubro Rosa. Foi aqui dito que o Outubro Rosa veio para mobilizar a consciência da sociedade brasileira e, em especial, daqueles que podem e devem atender a todos os brasileiros na área da saúde com relação ao câncer de mama.

Eu fui surpreendido, na quarta-feira passada, com a visita de duas senhoras de Belém ao meu gabinete. Elas tinham vindo participar de um encontro na Câmara sobre o Outubro Rosa e sobre o câncer de mama, onde vieram fazer um apelo dramático - dramático. Todas as duas tiveram câncer de mama: uma delas, dentista de profissão, Senador Eduardo, com câncer mama com metástase no pulmão e na base da língua; a outra iniciou com câncer de mama que fez uma metástase nos ossos.

Sabiam ambas que estavam com os dias de vida contados. E diziam, na sua coragem, que, enquanto tivessem vida, elas queriam se dedicar a ajudar que outras pessoas não passassem pela situação que elas estavam passando, engajadas que estão no movimento de prevenção ao câncer de mama, e não só ao câncer de mama, mas a todo tipo de câncer.

Já foi dito aqui - e é importante - da necessidade do Ministério da Saúde, do Governo no atendimento da saúde básica, na prevenção. Não é só o câncer. Está provado que a possibilidade de cura é maior do que 90% se ele for diagnosticado previamente, no início. Então, ele é curável hoje em dia. Mas temos doenças silenciosas que matam e gastam recursos públicos desnecessariamente. É o caso do diabetes, que leva ao problema renal, que leva à hemodiálise, que leva o paciente ao transplante ou ao óbito. Como é o caso da hipertensão, que é silenciosa também e acaba levando o paciente a um AVC, com consequências graves senão a óbito. E outras, como a hepatite C. São doenças que são silenciosas e que podem e devem ter uma prevenção por parte do Ministério da Saúde com exames periódicos. Os exames periódicos não custam caro e vão trazer o benefício de não se ter que gastar recursos enormes quando chegam ao estágio em que são essas duas senhoras que nos vieram até aqui.

Elas vieram ao meu gabinete me trazendo uma portaria, a Portaria nº 01, da Secretaria de Tecnologia, cujo secretário é o Dr. Adriano Massuda. Eu fiz uma solicitação de uma audiência a ele no mesmo dia, ele atendeu. Eu quero aqui de público agradecer a ele a forma bastante ágil como ele fez o atendimento. E reuniu toda a sua equipe. Não só ele, como o adjunto, como os técnicos, e nos atendeu com as duas senhoras, que relataram. Eu praticamente não precisei falar. Eu só deixei que elas falassem ao Dr. Adriano e à sua equipe o que estavam sentindo. Queriam elas entender por que o Ministério da Saúde tinha mudado a questão da idade para o acompanhamento do câncer de mama por mamografia para a idade de 50 a 69 anos quando era de 40 a 69 anos.

Então, a pergunta, o Dr. Adriano me pediu que eu fizesse por escrito o pedido de informações. Eu o fiz e encaminhei a ele. Mas fiz um procedimento ontem não só sobre essa questão, mas sobre a questão do atendimento da saúde de um modo geral aos brasileiros.

O SUS, o ex-Ministro Chioro, antes de deixar o cargo, deu uma declaração de que a saúde no Brasil estava em colapso. Ou seja, não tinha como atender os brasileiros. A tabela do SUS, fiz também uma referência ontem, não é corrigida há 10 anos. Há 10 anos. Então, o que acontece? Os exames que são feitos e pagos de uma forma subfinanciada acabam, na realidade, eu acredito, Senador Moka, Senador Eduardo, que são médicos, que acabam sendo feitos não com o rigor que deveriam fazer. Eu vou usar a palavra rigor para não usar algo mais forte.

Eu pergunto aos representantes do Ministério da Saúde, primeiramente, isso, com relação ao atendimento da área da saúde, ao orçamento, à necessidade de recursos. Não me venham com resposta de dizer que o problema da saúde é a aprovação da CPMF. A própria Presidente da República já declarou que os recursos da CPMF, se aprovados, não irão para a Saúde. Irão para atender ao déficit da Previdência. Ou seja, não é mais problema de recursos. Eu acredito que recursos sempre são necessários. Mas o que falta para a Saúde no Brasil é gestão. É um problema de gestão. É fazer funcionar aquilo que já está instalado e que não funciona. Não funciona.

Nós aprovamos aqui, a Senadora Ana Amélia tem projetos, me parece que é seu, Senadora, o projeto para atendimento em 60 dias.

A SR^a ANA AMÉLIA (Bloco Parlamentar Democracia Progressista/PP - RS) - Eu fui Relatora desse projeto. Era de autoria do ex-Senador Osmar Dias e estava desde 97 na Casa. Ele foi aprovado e sancionado pela Presidente da República. É para que o SUS, em até 60 dias, inicie o tratamento após o diagnóstico do câncer. Mas é preciso um cadastro, e o Ministério ainda não tem uma estrutura adequada para fazer. As exigências para isso é que estão dificultando que se inicie e cumprimento da lei. O próprio Ministério Público Federal está fazendo avaliações junto com o TCU.

O SR. FLEXA RIBEIRO (Bloco Oposição/PSDB - PA) - Eu acredito... Quero parabenizar a Senadora Ana Amélia por ter relatado um projeto de 97, né, Senadora Ana Amélia? De 97, e nós estamos 2015.

Agora, é um absurdo você ter que fazer uma lei, o Congresso brasileiro ter que aprovar uma lei para que o SUS atenda o paciente com diagnóstico de câncer em 60 dias, que já é um prazo que pode levar a complicações que não têm retorno. Não precisava de lei. Isso não precisa de lei. Precisa de gestão, de atendimento, de consciência do Executivo e do Ministério da Saúde nesse sentido.

Então, eu perguntaria...

Me foi dito também pelo Dr. Massuda que essa compra de 80 equipamentos para radioterapia, que serão distribuídos. Mas é preciso, e eu já estive, Senadora Angela Portela - e isso seria interessante a Dr^a Maria Inez poder esclarecer -, eu já estive com alguns Ministros da Saúde, pelo menos uns três ou quatro, questionando que a regulamentação para cadastrar serviços no Ministério da Saúde tem de ser flexibilizada, atendendo evidentemente as condições de segurança para as regiões, as diferentes regiões do nosso País. Para você cadastrar no Ministério da Saúde para ter o reembolso por parte do Ministério dos atendimentos de média e alta complexidade, por exemplo, na radioterapia, a exigência é de que você tenha dois físicos nucleares por sistema instalado. No Pará, tem um físico nuclear e tem quatro unidades de radioterapia espalhadas no território. Como é vai ser credenciada essa unidade no sistema de saúde?

Ou seja, o Governo, o Ministério da Saúde não retorna ao Estado o tratamento em radioterapia. O Estado tem que bancar. Por isso os Estados gastam mais do que os 12% constitucionais na Saúde, os Municípios gastam muito mais do que os 15% constitucionais na área da Saúde.

Então, a minha pergunta para a Dr^a Maria Inez é exatamente com relação aos atendimentos. Primeiro, o reajuste da tabela do SUS, a questão do orçamento da Saúde e da gestão na área da Saúde.

E para o Dr. José Luiz Pedrini, me foi dito, Dr. Luiz, algo sobre os Estados Unidos - e eu tenho a matéria do *Estadão* que me deram nessa reunião com Dr. Massuda. Segundo a manchete, "os Estados Unidos recomenda a mamografia anual a partir dos 45 anos".

Mas a Sociedade Brasileira de Mastologia não concorda com isso. Ela discorda. Então, há dúvida. Diz que as mulheres brasileiras têm tido a incidência do câncer de mama com uma idade menor do que os 45 anos e menor do que os 40 anos.

Então, gostaria de ter também a opinião da Sociedade Brasileira de Mastologia com relação a essa portaria do Ministério da Saúde.

E o Senador Lasier entrou, Senador Ana Amélia, com um projeto de decreto legislativo para tornar nula essa portaria. Está tramitando no Senado Federal. E vamos agilizar o encaminhamento, Senadora Angela Portela, para que posamos realmente tornar sem efeito a portaria.

E eu vou ouvir do Dr. José Luiz como é que a Sociedade brasileira Mastologia vê a portaria e o risco que a mulheres vão correr quando você eleva para 50 anos o acompanhamento de mamografia.

A SR^a PRESIDENTE (Angela Portela. Bloco Apoio Governo/PT - RR) - Muito obrigada, Senador Flecha.

Muito bem,

Agora, eu passo a palavra para uma das autoras do requerimento para a realização desta audiência pública, a Senadora Ana Amélia.

A SR^a ANA AMÉLIA (Bloco Parlamentar Democracia Progressista/PP - RS) - Até para esclarecer ao Senador Flexa. Em 2013, o Ministério da Saúde fez duas portarias sobre a questão da mamografia. Uma em 2013 e agora renovou a mesma portaria.

Em 2013, eu fiz um projeto de resolução, assim como referido pelo Senador Flexa Ribeiro, que está ainda na CCJ. Em 2013. Nesse meio tempo, lá na Câmara, com mais rapidez, a Deputada Carmen Zanotto, que é muito vinculada e atenta às questões de saúde, fez o mesmo projeto. Foi aprovado e veio para o Senado. Eu até pedi à minha assessoria...

É uma outra. Exatamente. Com o mesmo modo de limitar.

Eu penso que, mesmo reconhecendo, e referia novamente o que aconteceu domingo. O Fantástico mostrou dois casos de jovens. Uma, inclusive, estava grávida e teve que fazer mastectomia, câncer, ela grávida. Teve um filho é perfeito. Iniciou a quimioterapia. Uma outra era noiva e, ao saber do câncer, fez a quimioterapia e casou, não mudou a rotina dela. Casou. Casou de véu e grinalda, com a cabeça raspada, com um boné branco. Uma história belíssima.

Agora, antes falando com Dr. Pedrini, lá no Rio Grande do Sul, ele é mastologista reconhecido de dois grandes hospitais, do Grupo Hospitalar Conceição e do Hospital Ernesto Dornelles, que são referências também nessa área, operou uma jovem de 33 anos com câncer.

Então, nós temos a mutação genética ou os hábitos alimentares, os hábitos de vida, uma série de fatores influem nessa questão do câncer. Então, eu penso que tudo que for possível fazer será feito.

Eu queria, primeiro, agradecer ao Dr. Pedrini, pedir desculpas aos nossos expositores. Eu venho acompanhando esse tema com a Senadora Angela e todos os demais colegas Senadores aqui são médicos. Nós somos generalistas, mas aqui há médicos. O Senador Moka, o Senador Eduardo Amorim, que são especialistas. Mas eu tenho acompanhado isso. Eu só queria pedir desculpas sinceras por não ter ouvido a exposição do Dr. Pedrini, mesmo reconhecendo todo o trabalho relevante que ele faz tanto pela Sociedade Brasileira de Mastologia como lá no Rio Grande do Sul. Eu estava, sou Presidente da Comissão da Agricultura, recebendo uma comissão do Irã, uma comissão parlamentar de oito parlamentares e mais o embaixador e o chefe, o presidente da Comissão de Agricultura do Irã. Então, isso já estava marcado, e eu não podia, como sou Presidente, tive que fazer. E os outros Senadores estão também com comissões. Então, me coube isso. Por isso peço desculpas aos senhores. O motivo foi relevante.

Quando o Dr. Paulo falou muito dos novos mamógrafos que serão instalados, o senhor falou em empenhos, em empenhados. São frutos esses novos mamógrafos de emendas parlamentares? Pela distribuição nos Estados? Ou são frutos do orçamento próprio do Ministério da Saúde? É do Ministério da Saúde?

(Intervenção fora do microfone.)

A SR^a ANA AMÉLIA (Bloco Parlamentar Democracia Progressista/PP - RS) - Bom. Isso é importante saber.

Quando se fala em acelerador, até eu conversei com a Dr^a Maria Inez, porque recebi uma informação de que, em 2012, foram comprados 82 aceleradores lineares e que não haviam sido usados. Eu até usei uma expressão: estão lá empoeirados, guardados, encaixotados. Estavam lá as duas moças do Pará, no dia lá na Câmara. Falei no senhor. Aí a Dr^a Maria Inez, com todo zelo de gestora do setor público, veio dizer: "Não, Senador, não estão encaixotados; é que eles não foram instalados". Então, eu brinquei com ela: para mim, não estando funcionando, está encaixotado. Porque não está funcionando. Então, ele só tem eficácia quando ele estiver em operação. Então, é o sentido figurado disso. Isso foi em 2012, há três anos. Essa é uma área de grande evolução tecnológica. Então, talvez já haja uma outra etapa de equipamentos mais modernos, com outras especificidades e melhores também para atender as pacientes.

Querida saber disso se o senhor puder informar.

Agora a Dr^a Maria Inez já disse que são das duas coisas, de orçamento próprio do Ministério da Saúde e também de emendas parlamentares.

E eu queria dos dois porque os Senadores acho que já fizeram pergunta apenas é esta: em que medida, Dr. Pedrini, o senhor que é de um hospital público, vem notando que a crise financeira tem afetado o empenho de recursos para os programas que estão em andamento no Rio Grande do Sul.

Ontem eu tive uma boa notícia sobre uma situação de AVC. Amanhã vai ser Dia Mundial do AVC. O Rio Grande do Sul está bem, tem dez unidades hospitalares aptas a receber um paciente com AVC para logo tratar. É o único Estado que tem isso. São Paulo tem três hospitais prontos. Três! São 40 no Brasil. Essas 40 unidades hospitalares para atender o paciente que está acometido por um AVC estão com capacidade para esse atendimento. No Rio Grande do Sul, são 10, graças ao ativismo de uma médica que cuidava muito dessa questão. Então, nós tivemos essa qualidade.

Mas eu queria saber se, na questão da mastologia, houve algum prejuízo, se está-se notando essa questão financeira que afeta todos, e o Estado do Rio Grande do Sul também de algum modo é afetado, especialmente no Ernesto Dornelles, ou naqueles pagamentos para os hospitais que ficam aguardando a remuneração.

Então, a Dr^a Maria Inez já deu a explicação. Eu queria saber se o acelerador que ele está falando são os mesmos aceleradores lineares de que eu falo, para tratamento de câncer.

Muito obrigada.

A SR^a PRESIDENTE (Angela Portela. Bloco Apoio Governo/PT - RR) - Muito obrigada, Senadora Ana Amélia.

Passo a palavra agora ao Senador Elmano Férrer.

O SR. ELMANO FÉRRER (Bloco União e Força/PTB - PI) - Nossa Presidente, Senadora Angela Portela, cumprimento as Sr^{as} Senadoras, os Srs. Senadores, os nossos estimados convidados nesta audiência pública. Início cumprimentando as mulheres que integram esta Comissão, principalmente a nossa Angela Portela, a nossa querida Regina e Ana Amélia pela iniciativa desta audiência.

Inclusive, quando fui Prefeito de Teresina e Secretário do Planejamento, preocupou-me muito a taxa de mortalidade tanto do homem, em decorrência da próstata, como da uma mulher, em decorrência do câncer de mama e outras doenças.

Reportando-me aqui ao que disse o nobre Senador Flexa realmente uma das questões da saúde é também a gestão e o subfinanciamento. Mas, se nós melhorarmos a gestão da saúde no âmbito dos Municípios, dos Estados, principalmente, e da própria União, a gente assegura uma saúde melhor para a população, sobretudo e especialmente para a população mais carente. Nós criamos, sem alocação de mais recursos para o Município de Teresina, o Ambulatório do Homem. E fizemos isso com recurso de que dispúnhamos àquela época. E fizemos um trabalho na área da prevenção. E para a mulher também. Como Secretário do Planejamento, há 20 anos, no Estado Piauí, a gente sentia, nas pesquisas realizadas, a alta taxa de mortalidade em decorrência do câncer de mama.

Mas a realidade é que, no grande Estado do Piauí, como no Brasil, nem sempre é possível fazer os exames recomendados pela legislação - e aqui nós temos uma -, considerando o território com quatro mil quinhentos e tantos Municípios. E é humanamente impossível se levar, digamos, toda a assistência, os exames de prevenção a cada Município ou região.

Eu queria ressaltar sobre isso. O Governador Wellington, agora, inclusive por iniciativa da Regina, que é uma Senadora do nosso Estado muito preocupada com essa questão, tem uma unidade móvel. Mas são 224 Municípios. Não atende realmente à demanda. Já há duas unidades. Então, esperamos que atinjamos as dez unidades. Mas a limitação de recursos não permite.

Eu, inclusive, tive dificuldade, mas trouxe umas perguntas, em parte já respondidas, principalmente pelo Dr. Pedrini. Mas eu gostaria de fazê-las.

Trata-se do seguinte: a Lei nº 11.644, de 2008, determina que o Sistema Único de Saúde deva assegurar a realização de mamografia para o rastreamento do câncer a partir dos 40 anos. Aí tem a questão da idade mínima, que varia de 40 a 50 e de 51 a 69. De outra parte, o Ministério da Saúde e o Instituto Nacional do Câncer preconiza a mamografia de rotina apenas para as mulheres de 50 a 69 anos a cada dois anos.

Então, a primeira pergunta: diante do que determina essa lei e o que preconiza o Ministério da Saúde, qual é a melhor recomendação para o início do rastreamento mediante mamografia?

A outra pergunta: que motivos explicam a controvérsia entre essas duas recomendações?

Por último, aqui é mais para o Dr. Paulo, creio, ou não sei se a Maria Inez, uma pergunta, que eu já respondi também. Creio que é difícil. O SUS tem condições de garantir o atendimento a todas as mulheres com mais de 40 anos de idade que requeiram o exame de mamografia conforme a Lei nº 11.664?

Eram essas as perguntas que nós tínhamos a fazer.

A SR^a PRESIDENTE (Angela Portela. Bloco Apoio Governo/PT - RR) - Muito obrigada, Senador Elmano. Agora que todos os Senadores fizeram os seus questionamentos...

Pois não, Senador Flexa.

O SR. FLEXA RIBEIRO (Bloco Oposição/PSDB - PA) - Presidente, Senadora Angela, se V. Ex^a permite, eu gostaria de aditar uma pergunta ao Dr. Paulo Sellera.

A SR^a PRESIDENTE (Angela Portela. Bloco Apoio Governo/PT - RR) - Pois não.

O SR. FLEXA RIBEIRO (Bloco Oposição/PSDB - PA) - A imprensa tem noticiado, e o próprio Instituto de Estudos de Saúde Suplementar, que, em função da crise econômica, começando em 2014 e continuando agora em 2015, com o agravamento da crise, muito brasileiros deixaram de pagar os seus planos de saúde ou porque não tinham mais condições ou estão inadimplentes e perderam o atendimento e estão agora única e exclusivamente tendo que recorrer ao Sistema Único de Saúde. Ou seja, vai aumentar a carga de pessoas que irão procurar o SUS. Então, gostaria de ouvir do Dr. Paulo essa questão que vem em função da crise econômica. Mas que vai agravar o atendimento no SUS.

A SR^a PRESIDENTE (Angela Portela. Bloco Apoio Governo/PT - RR) - Muito bem. Agora que todos os Senadores se manifestaram, eu vou passar a palavra para as respostas aos questionamentos e às perguntas dos Senadores.

Primeiro, para a Dr^a Maria Inez Gadelha. Depois, para Dr. Luiz Pedrini. Em seguida, para o Dr. Paulo Sellera.

Com a palavra, a Dr^a Maria Inez Gadelha.

A SR^a MARIA INEZ PORDEUS GADELHA - Muito obrigada. Eu agradeço muito a oportunidade, porque o Brasil está precisando de racionalidade. O senhor mesmo perguntou o motivo da controvérsia. Eu vou tentar chegar lá, porque uma situação muito clara na questão da mamografia é que Programa Nacional de Rastreamento não se baseia no risco. Ele se baseia na validade do exame, na acurácia de um exame que seja aceitável pela mulher. A mamografia até que se superou. Que seja de fácil operação, que a doença tenha uma incidência grande na população. Não adianta eu fazer rastreamento, por exemplo, em câncer de endométrio, porque vai ser botar muita gente sob exame, abrir muita ansiedade, abrir muita coisas para um resultado que vai ser mínimo e que não altera absolutamente a história biológica daquela doença.

A outra coisa é que a doença tenha uma história bem conhecida, bem determinada e que não seja aguda. É por isso que eu disse no começo que o câncer do colo do útero é o melhor modelo para isso, porque ele atende a todas essas premissas e exigências de um programa de rastreamento que atua sobre mulheres aparentemente normais. Nós normais estamos aqui. Não é nem sobre população de risco reconhecido nem sobre pessoas doentes.

Então, esse conceito precisa ficar muito claro porque - eu repito - um programa de rastreamento de câncer de mama não se baseia no risco de aquela mulher ter de desenvolver mais, por exemplo, uma história familiar muito acentuada, de mãe, de irmã, de prima. Isso aumenta o risco dela. Essa mulher precisa de mais vigilância, precisa de mais um acompanhamento. E não propriamente de rastreamento. O rastreamento se faz em população assintomática.

E por que a questão da faixa etária? Não é pelo risco. É pela acurácia do exame. O exame radiológico funciona com contraste. Então, os raios X, quando atravessam a estrutura, para bater no filme que está atrás daquela estrutura simplesmente, se a estrutura for muito densa, não deixa passar raio. Não queima o filme. Se a estruturas for mais rarefeita, o raio passa, queima o filme. Então, é esse filme queimado, dependendo do que se interpõe entre o filme radiográfico e a ampola de raios X que dá o chamado contraste. Em órgão oco, isso não é possível porque o órgão oco é oco, só tem gás lá dentro, quando não tem alguma comida ou algumas fezes, no caso do intestino, ou urina, no caso da bexiga, nós temos de usar contraste. Tem-se de tomar contraste para fazer seriografia gastroduodenal. Tem de se estilar contraste para fazer uma urografia excretora e visualização de bexiga. Tem-se que incluir contraste para fazer o enema opaco. Por quê? Porque o contraste é uma exigência para o exame radiográfico.

Então, o que acontece com a mama? A mama de uma mulher jovem, que ainda está no ciclo menstrual, em primeiro lugar é uma mama que se alterna muito durante o mês.

(Soa a campanha.)

A SR^a MARIA INEZ PORDEUS GADELHA - Ela não tem uma aparência única, porque vai depender... Eu vou ter de me acentuar porque eu acho isso muito importante para o País. Não é nem para nós médicos ou não médicos. É para o País. Nós temos de superar essa questão.

Então, o contraste na mama se faz de forma natural. Se uma mulher tem densidade mamária. Ou seja, tem tecido mamário, que é variável durante o ciclo menstrual, essa mamografia vai ser branca.

O filme não vai queimar porque essa mama impede mais a passagem dos raios X. No entanto, quando ela chega na menopausa - isso se dá em torno dos 50 anos de idade -, esse tecido mamário vai sendo substituído por tecido gorduroso. A gordura é transparente aos raios. É translúcida aos raios. Não chega a ser inteiramente transparente. Mas ela deixa passar muito mais raio do que a mama densa, a mama da mulher na pré-menopausa.

Resultado: qual é a importância disso? É o contraste natural. O contraste natural à mamografia se consegue a partir dos 50 anos de idade, que é a idade média da menopausa. Aí acontece que o nódulo mamário é branco. No momento em que ele se projetar sobre uma mama densa, ele pode passar despercebido. Pode haver um falso negativo muito alto. Essa é a questão da validade da mamografia.

No entanto, numa mulher que já tem a sua substituição de tecido mamário por gordura, vai acontecer que aquele branco do nódulo ou da calcificação ou de qualquer alteração mamária vai aparecer naturalmente contrastado. Então, o motivo de a mamografia estar indicada para rastreamento - não é mulher de risco. Mamografia dá diagnóstico de câncer de mama em qualquer idade? Dá. Tenha a mulher 12 anos, 14 anos, 16 anos, 30 anos. Mas essa não é a questão. É o quanto uma mamografia, num programa de rastreamento, repetida periodicamente, é capaz de mudar a projeção ou a história natural do câncer de mama numa população que não seja de risco. Essa é a confusão que se faz.

Inclusive a lei que existe no Brasil diz claramente isto: a mulher que tenha risco não é mulher para rastreamento. Ela não vai poder ter periodicidade pré-determinada. Ela precisa, sim, de vigilância mais aprofundada, mais contínua, vigilância por médico preferentemente mastologista. E esse médico, sempre que julgar necessário, faz a indicação da mamografia.

Então, essa questão é que a gente tem de deixar clara. E isso é apoiado não por consenso de American Cancer Society. É apoiado por programas nacionais de rastreamento em países que o fazem há 30, 40 anos e que demonstram claramente. Os Estados Unidos não têm programa de rastreamento de câncer de mama. Isso tem de se deixar muito claro.

A American Cancer Society é uma sociedade de especialistas que faz seus consensos. Agora, no momento em que a American Cancer Society passasse a analisar as coisas em vez de, por artigos científicos isolados, fizesse revisões sistemáticas, fizesse meta-análises, que isso foi o que Conitec fez, e qualquer comissão e qualquer agência de avaliação tecnologia faz, os resultados aparecem. E um dos resultados de mamografia abaixo dos 50 anos é que, primeiro, o benefício não supera o risco. Faz mais mal do que bem. Com intervenções desnecessárias, porque começa a biopsiar mama densa, começa a fazer muitas intervenções. É o mesmo caso câncer de próstata. Começa a intervir demais no homem, e os malefícios são muito maiores do que um eventual benefício que pudesse trazer.

Então, eu sugiro que os Srs. Senadores, se puderem, peguem seus assessores e leiam, Senador Flexa, a portaria da SCTIE, que não mudou. Não houve mudança nenhuma. Está absolutamente o que sempre foi no Brasil. Respeita-se inteiramente a lei, que, aliás, está bem de acordo, porque a lei fala de rastreamento e diz das mulheres de risco.

Na mulher de risco não é para rastreamento. E a Conitec, inclusive, fez essa análise a partir de um pedido meu porque eu já não aguentava ficar em audiências e em congressos discutindo um foco que é mínimo dentro do processo todo, da necessidade toda que se apresenta para um doente ou uma doente ter acesso realmente ao que precisa.

Estratégias vão muito além de mamografia. Estratégias para o controle de câncer de mama não podem ser resumidas a essa discussão de faixa etária. Então, eu acho que a gente tem essa responsabilidade.

O Senador Elmano perguntou se o SUS tinha como garantir o atendimento a todas as mulheres de mais de 40 anos com mamografia. Para o senhor ter uma ideia, nós hoje fazemos no Brasil mais de quatro milhões de mamografias de rastreamento porque o procedimento é informado para rastreamento. Existe a outra mamografia que pode ser usada, inclusive, nessas mulheres de risco. Nós fazemos quatro milhões de exames por ano; no entanto, apenas 42% dessas são feitas em mulheres na faixa etária de melhor contraste radiológico, que é acima de 50 anos; ou seja, por uma questão que não se ajusta, não se adequa, não é racional - para mim, está beirando à irracionalidade -, nós estamos simplesmente perdendo chance de proteger mulheres em que a mamografia seria muito mais adequada do ponto de vista da sua acurácia.

(Soa a campanha.)

A SRª MARIA INEZ PORDEUS GADELHA - E eu respondo que sim, nós teríamos, sim, condição de fazer, como fazemos, porque, quando eu digo que são 40 milhões, são 40 milhões de mamografias de rastreamento; a outra está lá contando 800 mil, um milhão, quantas forem. Então, esse não seria o impedimento, a questão é a racionalidade científica com base em evidências que não sejam de artigos isolados.

Bem, respondendo rapidamente as outras questões, se a Senadora me permite, eu deixo para o Dr. José Luiz responder sobre mamografia e ultrassonografia junto, eu vou ficar naquilo que me compete.

Radioterapia: 80 aparelhos. Eu participo dessa reforma e da implantação do SUS desde o seu início - aliás, eu comecei antes, em 1986, a trabalhar nessa organização do sistema - e eu digo o seguinte: esse Projeto Expande, Senadora, que a senhora vê aí, nós abrimos pelo Ministério da Saúde no Instituto Nacional do Câncer e com ele a dificuldade era enorme de os hospitais fazerem a sua parte. Houve quem perguntasse assim: a quem compete a obra? A obra compete ao hospital. Nós financiamos a obra, financiamos reforma, financiamos equipamento, financiamos acessório, sim, porque não existe radioterapia sem acessório e a grande evolução tecnológica não é no equipamento de tratamento, é no acessório, principalmente com a informatização.

O SR. EDUARDO AMORIM (Bloco União e Força/PSC - SE) - Então, a culpa é dos hospitais?

A SRª MARIA INEZ PORDEUS GADELHA - Não, não. Eu vou chegar lá, Senador.

Eu, inclusive, tenho o maior orgulho de informar para o senhor que, em 2002, o Projeto Expande instalou, no então Hospital Governador João Alves Filho, nós instituímos aquele hospital para ser um centro público de oncologia, porque Sergipe era inteiramente dependente do Hospital de Cirurgia.

Aonde eu quero chegar? O que a gente observava é que a dificuldade de os hospitais gerenciarem - a questão de gestão é muito séria - o processo de compra e o processo de obra junto à Caixa Econômica era uma dificuldade tão grande, porque eu vivi isso no Expande e vivi isso nos convênios, que, então, em 2011, nós propusemos, quando o Ministro Padilha assumiu o Ministério, e ele disse: "Vamos tentar dar um encaminhamento a essa questão". E a proposta que surgiu na radioterapia foi exatamente isso: "Vamos fazer uma diferença?"

Vamos juntar obra com equipamento?" E aí fizemos esse plano de expansão que não alterou o Expandê, o Expandê continuou, os convênios continuaram, tudo continuou. Por isso o senhor falou que os números não batem com o que passou na imprensa porque a imprensa está focando o plano de expansão de radioterapia de 80 aparelhos, que nós chamamos naquela ocasião "soluções de radioterapia".

Nós iríamos modificar a forma. Em vez de o hospital por norma e por lei ser obrigado a fazer a obra, nós compraríamos 80 aparelhos, 80 serviços de radioterapia e que a empresa ganhadora da licitação, que é internacional, fizesse as obras e nos entregasse o conjunto, a solução. Isso é um processo que ela faz muito no setor privado que se chama *turn key*. Então, compra-se o serviço, só que, por questões legais, por questões de dizerem que as empreiteiras iriam reclamar, iriam entrar na Justiça, iriam atrapalhar o plano, essa proposta em que nós trabalhamos por mais de seis meses, um grupo imenso trabalhando nela, inclusive eu, simplesmente não pôde ir adiante, e aí nós voltamos ao antigo, ou seja, compra de aparelho separadamente da obra, mas o Ministério financiando tudo.

Pelo Projeto Expandê e por convênios, Senador, nós implantamos radioterapia em Tucuruí, implantamos em Santarém, e o grande problema é recurso humano. O de Santarém está funcionando, mas o de Tucuruí ainda está pendente de se resolver a questão de recursos humanos, inclusive físico. Então, essa é a história da radioterapia.

O SR. EDUARDO AMORIM (Bloco União e Força/PSC - SE) - Quantos foram instalados?

A SRª MARIA INEZ PORDEUS GADELHA - Aí é aonde eu vou chegar.

O plano de expansão continua. Quantos foram instalados por Projeto Expandê ou por convênios continuam.

O SR. EDUARDO AMORIM (Bloco União e Força/PSC - SE) - Dos 80?

A SRª MARIA INEZ PORDEUS GADELHA - Com os 80 o que aconteceu? Nós tivemos de reformular todo o plano, separar a obra.

A Anvisa, juntamente com a CNEN e o Ministério da Saúde, andamos esses serviços todos e o papel que eles faziam, declaração de que queriam, nem sempre correspondia localmente, tanto que nós já botamos 12, alguns pedem para sair porque esse plano tem uma outra consequência boa para o Brasil. Não é qualquer país que compra 80 equipamentos, nem grandes países, nem nos Estados Unidos se faz compra de 80 equipamentos assim. A fábrica teria de, num tempo tal, implantar acessórios, produzir acessórios aqui porque eles vendem o equipamento, e ele tem uma duração de até 20 anos de uso, bem conservado, bem mantido, mas o que eles ganham é nesses acessórios. Num futuro maior, com mais tempo - e já iniciou-se a construção - eu acho que é no Estado de Pernambuco, não tenho certeza, eu fico devendo a informação -, de fábrica de acelerador no País, porque a radioterapia é 100% dependente tecnologicamente do exterior. Nada se produz aqui, tudo é absolutamente implantado.

Então, esses 80 equipamentos, na verdade, são o mote para fazer um plano maior e está em andamento, como o Paulo mostrou aí.

O SR. EDUARDO AMORIM (Bloco União e Força/PSC - SE) - Isso foi pago?

A SRª MARIA INEZ PORDEUS GADELHA - Não, não. Pago, não. Foi licitado e o pagamento é progressivo, à medida que é a coisa vai acontecendo.

Agora, um acelerador linear...

O SR. FLEXA RIBEIRO (Bloco Oposição/PSDB - PA) - Qual é o prazo de entrega, Drª Maria Inez?

A SRª MARIA INEZ PORDEUS GADELHA - Nós planejamos, Senador, de 2011 a 2015, gastando os primeiros anos para fazer, porque é um plano muito complexo, é uma área muitíssimo especializada, é a área mais complexa tecnologicamente da oncologia e mesmo da Medicina.

Então, nós fizemos isso, só que o primeiro ano seria gasto todo nessa questão de... Fizemos audiência pública, fizemos tudo.

O SR. FLEXA RIBEIRO (Bloco Oposição/PSDB - PA) - Mas nós estamos em 2015.

A SRª MARIA INEZ PORDEUS GADELHA - Mas aí eu falei...

O SR. EDUARDO AMORIM (Bloco União e Força/PSC - SE) - Nenhum foi instalado.

O SR. FLEXA RIBEIRO (Bloco Oposição/PSDB - PA) - Pois é.

A SRª MARIA INEZ PORDEUS GADELHA - Não, não foi.

O SR. FLEXA RIBEIRO (Bloco Oposição/PSDB - PA) - Se o plano é de 2011 a 2015.

A SRª MARIA INEZ PORDEUS GADELHA - Aí é o que eu quero dizer.

O SR. EDUARDO AMORIM (Bloco União e Força/PSC - SE) - A empresa vai querer manter o compromisso?

A SRª MARIA INEZ PORDEUS GADELHA - Continua. Quem não vai querer? A fábrica inclusive...

O SR. EDUARDO AMORIM (Bloco União e Força/PSC - SE) - Tem três anos e nenhum foi instalado!

A SRª MARIA INEZ PORDEUS GADELHA - Mas, olha, o tempo médio, como o Paulo mostrou, para instalar o serviço dele era muito maior, de seis anos no País. Então, a gente tentou diminuir, como eu já expliquei. Agora, o seguinte: um acelerador linear só sai da fábrica depois da obra feita. Deixa-se uma parede aberta, o acelerador entra, porque é uma coisa imensa, é uma sala imensa e, depois de ele posto, é que a parede se fecha.

O SR. EDUARDO AMORIM (Bloco União e Força/PSC - SE) - Então, a incompetência - desculpe-me a expressão, também sou médico, fui coordenador de Centro de Oncologia -, a perversidade, nesse caso, é dos hospitais ou do gestor responsável por ali, não é isso?

A SRª MARIA INEZ PORDEUS GADELHA - De todos nós, Senador. É de todos nós.

O SR. EDUARDO AMORIM (Bloco União e Força/PSC - SE) - Está disponível.

A SRª MARIA INEZ PORDEUS GADELHA - É de todos nós.

O SR. EDUARDO AMORIM (Bloco União e Força/PSC - SE) - No meu Estado, Drª Maria Inez, há um aparelho do século passado.

A SRª MARIA INEZ PORDEUS GADELHA - De 2002.

O SR. EDUARDO AMORIM (Bloco União e Força/PSC - SE) - De 2002, do século passado, e tem uma fila de mais de 400 pessoas.

Em Arapiraca, uma cidade do Estado de Alagoas, agora tem o turismo da saúde; as pessoas saem do meu Estado para se tratar lá. Veja o custo disso e o sofrimento dessas pessoas porque muitos desses pacientes, Presidente Senadora Angela Portela, e os colegas médicos relatam que, quando essas pessoas, essas mulheres entram na fila e chega a sua vez, ou seja, passaram 400 pessoas, Senador Flexa, elas chegam não com um tumor, mas chegam com quatro ou cinco tumores, ou seja, já metastizou.

O SR. FLEXA RIBEIRO (Bloco Oposição/PSDB - PA) - Não dá para esperar.

O SR. EDUARDO AMORIM (Bloco União e Força/PSC - SE) - Ou seja, a fila foi uma sentença, foi uma condenação.

O SR. FLEXA RIBEIRO (Bloco Oposição/PSDB - PA) - Corredor da morte.

O SR. EDUARDO AMORIM (Bloco União e Força/PSC - SE) - Então, o que está acontecendo no meu Estado é um corredor da morte, é um genocídio, é a inoperância pela omissão, não é pela falta de recurso, o que seria mais difícil.

A SRª MARIA INEZ PORDEUS GADELHA - Isso é o que dói, porque o recurso teve.

O SR. EDUARDO AMORIM (Bloco União e Força/PSC - SE) - O recurso tem, nós temos recurso até para construir um hospital do câncer. Este ano coloquei a sexta emenda para construir o hospital do câncer de Sergipe. Sexta emenda! Não tem uma parede construída, um tijolo sequer. Isso dói.

A SRª MARIA INEZ PORDEUS GADELHA - Isso precisaria ser discutido porque a tendência no mundo não é especializar, não.

O SR. EDUARDO AMORIM (Bloco União e Força/PSC - SE) - Alguém é responsável por isso. Essas pessoas estão morrendo, e não é um número pequeno, não, é um número grande de crianças, homens, mulheres, pais, mães de famílias. Vidas estão sendo perdidas pela omissão, sobretudo do Estado, seja ele Governo Federal, que está conivente com isso, seja ele Governo do Estado ou seja ele Governo municipal. Alguém está cometendo essa omissão.

O dinheiro está lá, os aparelhos foram adquiridos e, no meu Estado, está ocorrendo um genocídio, ou seja, são pessoas que não têm pena, que não têm dó, que não se colocam no sofrimento do outro. Já pensou o que é você entrar numa fila para enfrentar 400 pessoas, e a máquina como é velha e não tem nem peças de reposição mais - a senhora sabe disso.

A SRª MARIA INEZ PORDEUS GADELHA - Não. Essa máquina é um acelerador linear de...

O SR. EDUARDO AMORIM (Bloco União e Força/PSC - SE) - Velho, antigo, que perde a precisão; por mais que ela seja consertada, sabe-se que perde a precisão. Quando chega na sua vez, já condenou.

A SRª MARIA INEZ PORDEUS GADELHA - O que pode estar acontecendo, Senador, é uma questão mesmo de manutenção, aí a máquina perde, mas ela, bem cuidada, dura 20 anos, 30 anos. Não é uma coisa assim porque é o que eu falei: a irradiação não muda, o equipamento não muda, o que muda é acessório. E lá, em Sergipe, também tem o Hospital de Cirurgia, que inclusive tem radioterapia também, não é só o Hospital Geral hoje, e que está inclusive no plano de convênio, ele tem convênio.

O SR. EDUARDO AMORIM (Bloco União e Força/PSC - SE) - Drª Maria Inez, de 2002 para cá...

A SRª PRESIDENTE (Angela Portela. Bloco Apoio Governo/PT - RR) - O debate está bem intenso, o Senador Flexa também está querendo se manifestar.

O SR. EDUARDO AMORIM (Bloco União e Força/PSC - SE) - ... no meu Estado, houve uma regressão. Temos hoje cerca de dez vezes mais recursos e muito mais pessoas estão morrendo. Alguém tem que ser responsabilizado por isso.

A SRª MARIA INEZ PORDEUS GADELHA - Essas palavras do senhor confirmam a questão de gestão do Senador Elmano e do Senador Flexa Ribeiro. É complicado. Agora, o que mais me dói como médica, oncologista que sou e servidora pública que sou, é isso, porque o dinheiro foi disponibilizado.

O SR. FLEXA RIBEIRO (Bloco Oposição/PSDB - PA) - Drª Maria Inez, primeiro, eu quero parabenizar a V. Sª pela excelente memória porque V. Sª se reporta aos Estados cirurgicamente: falou do meu Estado, falou de Santarém, falou da Unacon de Tucuruí, falou de Sergipe.

Ela fez o dever de casa! Mas eu diria que a Unacon de Tucuruí está pronta, não funciona por problema de custeio. O Governador agora vai colocar para funcionar através de uma OS, mas é aquilo que eu disse anteriormente: a radioterapia é um atendimento de alta complexidade e que, por obrigação, o Governo Federal teria que ressarcir o Governo do Estado pelo atendimento, e não o faz por um motivo principal que é o não credenciamento, e aí vem a questão a que me referi.

Eu quero também - V. Sª não fez referência -, mas o Hospital Barros Barreto, que é um hospital federal universitário, da Universidade Federal do Pará, tem uma Unacon. Há cinco anos, eu estive com o então Ministro, antes do Ministro Padilha - não me lembro do nome agora -, numa audiência com o Governador eleito Simão Jatene, que não tinha sido empossado, e com o Reitor da Universidade do Pará, para tratar da Unacon do Barros Barreto. O Ministério da Saúde disse que os recursos tinham que ser do Ministério da Educação, que o hospital era universitário, que não era do Ministério da Saúde.

Para resumir: o Estado teve que bancar a instalação do aparelho e até hoje não funciona porque não tem pessoal, então o Estado vai ter que assumir a operação da Unacon do Hospital Barros Barreto. Então, aí vem novamente o problema de custeio, e os Estados e os Municípios não têm mais condições por mais esforço que façam. O Governador Simão Jatene acabou de inaugurar o Hospital Oncológico Infantil no Pará. Existe o Ophir Loyola, que é o hospital de câncer, com graves problemas de atendimento, e acabou de inaugurar um novo, oncológico, para atender crianças e adolescentes, separar pelo menos o atendimento.

Então, o que eu acredito é que é muito mais, Senador Eduardo. É necessário recurso para investimento? Sim, é preciso que tenha recurso para investimentos, mas nós temos que encontrar o meio, Senadora Angela Portela, através da lei orçamentária, de colocar recursos que sejam efetivamente liberados. Não adianta brigar na Comissão de Orçamento e chegar ao final e eles serem contingenciados, não são liberados e não chegam ao objetivo que são os recursos para custeio da saúde, que é isso que está faltando.

A SRª MARIA INEZ PORDEUS GADELHA - Se o Senador me permite, eu lembro que, habilitado o hospital, ele passa automaticamente, e a gente publica a portaria de custeio.

Agora, na questão desse hospital universitário, o Ministério tem o REHUF, aquele programa de recuperação de hospitais universitários, junto com o MEC. Realmente, a responsabilidade, se o hospital quer ser apresentado à prestação de serviço, isso tem que ser feito em conjunto com o MEC. Na hora da habilitação, aí sim, é conosco. Eu posso verificar a situação de habilitação dele. Agora, Tucuruí eu não sei.

A SRª PRESIDENTE (Angela Portela. Bloco Apoio Governo/PT - RR) - Muito obrigada, Drª Maria Inez. Muito obrigada, Senador Flexa.

A SRª MARIA INEZ PORDEUS GADELHA - Eu poderia dizer só uma informação, Senadora, que é muito importante, é a questão da habilitação do serviço ainda, que foi falado aqui.

A habilitação de serviço depende muito da Anvisa. Toda essa regra que o senhor falou de físico é uma regra de vigilância sanitária, é regra da Anvisa e que a gente tem de observar.

O SR. FLEXA RIBEIRO (Bloco Oposição/PSDB - PA) - É do Governo Federal, tem que fazer uma reunião então do Ministério da Saúde, com a Anvisa, para tratar de alterar, dentro da garantia, a coisa.

A SRª MARIA INEZ PORDEUS GADELHA - Eu sei. Aí é que vem a segurança, não é?

A SRª PRESIDENTE (Angela Portela. Bloco Apoio Governo/PT - RR) - Muito obrigada.

A SRª MARIA INEZ PORDEUS GADELHA - Nós não podemos.

O SR. FLEXA RIBEIRO (Bloco Oposição/PSDB - PA) - Dentro da segurança.

A SRª MARIA INEZ PORDEUS GADELHA - Eu lembro para o senhor o que é falta de segurança em radioterapia com o acidente de Goiânia.

O SR. FLEXA RIBEIRO (Bloco Oposição/PSDB - PA) - Dentro da segurança.

A SRª MARIA INEZ PORDEUS GADELHA - Perfeitamente.

O SR. FLEXA RIBEIRO (Bloco Oposição/PSDB - PA) - Eu não abri mão da segurança.

A SRª PRESIDENTE (Angela Portela. Bloco Apoio Governo/PT - RR) - Muito obrigada, Drª Maria Inez, mais uma vez. O debate está intenso, está esclarecedor. É muito bom que os Senadores tenham objetividade nas respostas que são dadas pelos palestrantes.

Então, passo agora a palavra para o Dr. José Luiz Pedrini para fazer suas respostas.

O SR. JOSÉ LUIZ PEDRINI - Senadora Regina, realmente a mamografia é o exame recomendado para *screening*; uma vez ao ano, a partir dos 40 anos, é o que nós recomendamos. Quanto à ecografia, ela é um exame, na forma de *screening*, complementar; ela deve ser utilizada quando a mamografia não tiver aquela definição de imagem que nós consideramos assim boa. Então, a ecografia é um excelente método de complementação e é importante que ele seja feito na mesma hora, num mesmo serviço.

A senhora mesma declarou antes que teve uma imagem alterada e, na biopsia, felizmente não deu nada, como em mais de 70% das vezes. Esse é um problema do exame, Senador Flexa, que ele vai mostrar alguma coisa e vai ter que fazer algum procedimento. Então, quando se fala assim: "Fazendo-se mamografia, nós vamos intervir mais, nós vamos fazer biopsias desnecessárias." O que é desnecessária? É quando não é encontrado um câncer. Eu não acho que seja desnecessário, eu acho que é esclarecedor, mas é questão de interpretação.

Quanto à ressonância magnética, só em situações especiais porque no rastreamento mais atrapalha, gasta, irradia do que nos ajuda, mas, em situações especiais, ela é extremamente útil.

A senhora perguntou também sobre o caminhão. Eu vou falar claramente aqui o que eu penso, aí é uma opinião própria de quem já estudou bem essa matéria. Eu acho que ele é ótimo para o fabricante de caminhão porque eu não consigo entender um caminhão passando por vários Municípios, indo de porta em porta, batendo, quando é um procedimento altamente técnico. Só o balançar do caminhão já atrapalha tudo. Aí vai pegar aquelas pessoas, cabrestear, botar dentro do caminho, fazer, a imagem é interpretada normalmente à distância porque senão vai ter que levar um corpo técnico muito grande. Eu acho que, se quiser levar para um serviço, então pegue um caminhão e leve para um centro, de manhã; vai lá, faz o exame, já faz o procedimento na hora.

No hospital que eu trabalho, o Nossa Senhora da Conceição, quando é feita a mamografia no serviço e existe uma alteração, o próprio médico que está ali, na sala ao lado, já faz a biopsia, a pulsão, e, quando eu recebo a imagem, eu já a recebo com o resultado do que aquilo representa.

Então, eu não acredito no caminhão. Ele funciona em Barretos, é fabricado caminhão lá. Eu acho bom, mas aí tem um serviço atrás, todo um interesse em provar que aquilo é bom, aí funciona, mas falta, Senador Flexa, aquela gestão de encaminhar pessoa e gestão de ter o que fazer com aquilo.

O SR. EDUARDO AMORIM (Bloco União e Força/PSC - SE) - No caso de Barretos, tem.

O SR. JOSÉ LUIZ PEDRINI - Barretos tem, mas aí é um exemplo que é difícil reproduzir em todo o Brasil. Por quê? Porque Barretos está preparado para isso. Então, antes de mandar o caminhão para outro Estado, tem que preparar o que vão fazer com que for encontrado de exame nesse caminhão.

Em Belo Horizonte, a empresa que ganhou a licitação para interpretar os exames fica no Rio de Janeiro. Então, vai uma imagem lá e volta, quando nós sabemos que a mamografia tem 20% de falso negativo em qualquer idade, são aqueles tumores periféricos que não aparecem - não é, Dr^a Gadelha? - na mamografia. Então, a mamografia não é a salvação, a mamografia é o exame mais importante em quem não está sentindo nada, mas ele não é único, Senador Amorim.

Então, esse sistema, além de onerar muito, porque o gestor paga para uma empresa fazer as biopsias, pulsões e tudo, perde-se o controle. Eu acho que Barretos - eu mostrei ali - tem um diagnóstico precoce maior do que nos outros serviços porque tem o interesse em fazer; mérito deles e tem que ser louvado. Acho que é um método que deu certo.

O Senador Moka, que saiu, nosso colega cardiologista, falou que chega a ser quase um sadismo quando se faz um diagnóstico de câncer, a pessoa chega ansiosa: "Olha, seu fulano, D. Maria...

(*Soa a campanha.*)

O SR. JOSÉ LUIZ PEDRINI - ... a senhora tem um câncer aqui, agora é um câncer de mama, eu vou-lhe encaminhar para uma central". E aí começa tudo. Sabe o que é, Senador Flexa, encaminhar para uma central? Vamos dizer assim o sadismo ou o erro que se comete?

O SR. FLEXA RIBEIRO (Bloco Oposição/PSDB - PA. *Fora do microfone.*) - Falta de sensibilidade.

O SR. JOSÉ LUIZ PEDRINI - Falta de sensibilidade.

Eu trabalho no segundo andar, setor de mama do Hospital Nossa Senhora da Conceição, 100% SUS, ligado ao Ministério. A oncologia clínica, a quimioterapia, funciona no primeiro andar. Aí eu diagnostico uma jovem lá - estou dizendo de semana passada -, 26 anos, câncer da mama, câncer avançado. Quando chego no serviço, já fazemos pulsão no mesmo dia; na semana seguinte, o resultado está na mão.

A voluntária do câncer de mama já está lá - depois eu vou falar do voluntariado para o senhor também, que é muito importante a questão quando tem metástase -, eu ligo para o Dr. Gorini e digo: "Gorini, eu estou mandando aí a D. Maria, vai descer aí agora. Ela está com um carcinoma avançado, é para fazer quimioterapia antes da cirurgia". E, quanto antes começa, melhor; não existem células espalhando.

A demora no tratamento do câncer, seja ele qual for, nunca vai ser benéfica; no mínimo, ela é ansiogênica e boa parte das vezes representa a divisão entre viver ou morrer daquilo ali.

Então, ela desce ao primeiro andar, chega lá no Dr. Gorini, oncologista, e, da porta: "Olha, o Dr. Pedrini já ligou aqui e está aqui." Aí vai dizer: "Então vamos começar a quimio?" "Não, não, tem que ter a regulação." Ela está ali, com a veia pronta, com o material todo, tem tudo ali para fazer. "Não, faltou o número da regulação." Aí volta para uma central, que liga para uma outra central, que aí vai determinar o local de atendimento. Eu chamo assim: todos têm o mesmo direito, isto é, nenhum; quem vai decidir onde vai ser, quem vai fazer... É muito bonito no papel. Se está aqui, pula para cá; daqui, pula para lá; de lá, para lá, mas nós estamos tratando de uma pessoa ali que precisa de atendimento. Deixe ela ser atendida ali, troque outra que seja de lá.

Eu não sei se eu lhe respondi, Senadora. A ideia do caminhão bem organizado é ótima, mas comprar um caminhão numa prefeitura e sair com ele e andar, isso não é muito bom.

O Senador Flexa perguntou sobre esses grupos de apoio. Por que fazer anualmente e não...

O SR. FLEXA RIBEIRO (Bloco Oposição/PSDB - PA. *Fora do microfone.*) - Qual é a posição da Sociedade Brasileira de Oncologia em relação à portaria do Ministério da Saúde?

O SR. JOSÉ LUIZ PEDRINI - Por que não 40 e, sim, 50 anos?

A Dr^a Gadelha disse que a mama até os 50 anos é densa, não vai mostrar nada, e o exame ruim pode ser pior. Concordo com ela, só que tem o seguinte: uma mulher pode ter mama densa aos 70 anos, aos 60 anos, aos 50 anos, não existe isso, chama-se genética. Abaixo de 40 anos não se faz porque realmente não há benefício, mas, entre 40 anos e 50 anos, existem trabalhos que mostram redução de mortalidade, tanto que o American Cancer Society define 45 anos, mas ele diz o seguinte: "Dos 40 anos aos 44 anos, se ela quiser, ela faz, mas nós aconselhamos a partir de 45 anos até 55 anos e, a partir daí, bianual." Então, por que anual? Porque, nesse intervalo, dificilmente alguém vai morrer se tiver um tumor. Esse câncer de intervalo que pode aparecer não seria tão agressivo e fazer mais de uma vez por ano não há necessidade. Vinte e cinco por cento dos casos de câncer de mama no Brasil são naquela faixa de 45 anos e 50 anos.

Então, nós achamos que, mesmo a partir de 50 anos, ele não é 100% seguro e não existe um limite assim: por que aos 49 anos é ruim e aos 50 anos já é bom? Aí nós entramos naquilo em que temos que fazer a qualificação do exame, que tenhamos um exame de qualidade. Ele vai reduzir em muito esse erro de interpretação e vai esconder menos os tumores.

O SR. FLEXA RIBEIRO (Bloco Oposição/PSDB - PA) - Dr. Pedrini, o senhor há pouco fez referência a um caso de uma jovem de 23 anos, diagnosticada por V. Sª...

O SR. JOSÉ LUIZ PEDRINI - Isso.

O SR. FLEXA RIBEIRO (Bloco Oposição/PSDB - PA) - ... com diagnóstico de câncer de mama.

Na matéria de *O Estadão*, de segunda-feira, no último parágrafo, diz assim: uma pesquisa inédita do A.C. Camargo, que é referência em tratamento de oncologia, constatou que 34,8% das mulheres com até 39 anos, ou seja, mais jovens, receberam os diagnósticos nos estágios 3 e 4, níveis mais avançados da doença.

Ou seja, 34,8% é um percentual considerável.

O SR. JOSÉ LUIZ PEDRINI - Antes dos 40 anos.

O SR. FLEXA RIBEIRO (Bloco Oposição/PSDB - PA) - É, próximo dos 40 anos, com pesquisa do Hospital A.C. Camargo, estágios 3 e 4, ou seja, estágios já avançados da doença.

O SR. JOSÉ LUIZ PEDRINI - É quase que incuráveis os dois. O 4 é incurável, sem dúvida nenhuma; no 3, a chance de morrer em cinco anos chega a mais de 50%.

O SR. FLEXA RIBEIRO (Bloco Oposição/PSDB - PA) - Eu estou fazendo essas perguntas todas em função exatamente das pessoas que nos procuraram. Elas estão lutando com a doença para que outras não venham a passar pelo que elas estão passando, como foi dito aqui. Elas sabem, elas têm consciência do risco que estão enfrentando.

O SR. JOSÉ LUIZ PEDRINI - Senador Flexa, o Instituto Nacional do Câncer recebe mulheres para tratamento quando elas já têm o diagnóstico pronto. Então, nós sabemos, se regredir, aí elas, em 60 dias, começam o tratamento, sem problema nenhum, assim como, no meu hospital, quando começaram a atrasar cirurgias por câncer de mama, eu fui ao Ministério Público, no final de 2013, e denunciei o meu serviço por não estar cumprindo o que determina a lei. Claro que eu fui suspenso e tudo, mas eu consegui, conseguimos fazer um TAC (Termo de Ajustamento de Conduta).

O senhor não sabe o que é fazer isso dentro de um hospital público, tem que ter muita coragem. Ganhei uma suspensão de três dias, queriam me demitir, não conseguiram, mas depois eu disse: enquanto nós temos uma causa e Medicina não é só atender a quem vai ser curado, também é atender a quem é metastático, e tem que atender muito bem, porque nós temos hoje maneiras de prolongar bem a vida com tratamentos humanos - e eu estava falando com a Senadora Ana Amélia - e incluir nos serviços de oncologia os grupos de apoio. A sociedade civil organizada tem que estar dentro do serviço. Os médicos não gostam muito disso, mas eu acho que se faz necessário. Controle de qualidade.

O SR. FLEXA RIBEIRO (Bloco Oposição/PSDB - PA. *Fora do microfone.*) - ... funciona perfeitamente nesse atendimento.

O SR. JOSÉ LUIZ PEDRINI - No hospital em que eu trabalho, também.

E a Senadora Ana Amélia perguntou sobre o custeio. Está difícil, Senadora. Nós tivemos um problema agora, para vocês verem como é.

A Silimed, que fornecia silicones para todas as cirurgias de mama do Hospital Nossa Senhora da Conceição e do Hospital Fêmina... Nós cumprimos a lei desde 1999. Nenhuma mulher sem mama desde 1999, a não ser que ela queira ou que tenha uma comorbidade, uma doença que impeça a cirurgia no mesmo momento. Acontece que a Silimed, na Alemanha, constataram que na cápsula tinha algum elemento diferente, então a Anvisa suspendeu - e fez muito certo -, e a Silimed se retirou do mercado enquanto não corrige isso ou prove que isso não tem problema. Então, o hospital ficou sem prótese, e aí vieram me falar, e eu disse: "Não, vamos fazer uma tregua, então vamos resolver isso até a próxima paciente". Não sou eu que vou dizer para uma paciente que ela não tem direito ao exercício da lei, da cidadania dela porque o hospital perdeu aquele convênio. Compre de outra, existem 19 empresas que vendem prótese. Uma mulher não pode ser penalizada por uma decisão que foi correta do hospital, talvez tenha sido correta.

Senador Elmano, o senhor tinha perguntado porque de ano em ano... Não, eu acho que era a polêmica dos 40 anos ou 50 anos. Essa é a nossa justificativa. Então, eu vou fazer uma proposta a amiga aqui: quem sabe começamos, Drª Gadelha, aos 45 anos e vamos ver o que acontece, porque nós não temos dados de população brasileira, nós não temos isso ainda.

O SR. FLEXA RIBEIRO (Bloco Oposição/PSDB - PA. *Fora do microfone.*) - Tem que mudar a portaria.

O SR. JOSÉ LUIZ PEDRINI - Eu acho que sim.

O SR. EDUARDO AMORIM (Bloco União e Força/PSC - SE) - Mudar a lei, é lei.

O SR. JOSÉ LUIZ PEDRINI - Mudar a lei.

A SRª ANA AMÉLIA (Bloco Parlamentar Democracia Progressista/PP - RS. *Fora do microfone.*) - Na lei, é 40 anos.

O SR. FLEXA RIBEIRO (Bloco Oposição/PSDB - PA) - Na portaria, é 50 anos.

O SR. EDUARDO AMORIM (Bloco União e Força/PSC - SE) - Uma missão para você, Angela, com o nosso apoio.

A SRª PRESIDENTE (Angela Portela. Bloco Apoio Governo/PT - RR) - Certamente, essa é uma grande missão.

Bem, eu gostaria só de fazer uma pergunta também para o Dr. Pedrini. O que ele acha desse medicamento fosfoetanolamina? Há uma polêmica em torno desse medicamento, que foi desenvolvido pela Universidade de São Paulo. Hoje eu estava dando uma entrevista na Rádio Senado e uma ouvinte pediu para eu trazer o tema desse medicamento aqui, para o debate nesta audiência pública.

A SRª ANA AMÉLIA (Bloco Parlamentar Democracia Progressista/PP - RS) - Eu queria só informar, Senadora Angela Portela, que amanhã, por meu requerimento, na CAS, conjuntamente com a CCT (Comissão de Ciência de Tecnologia), e por requerimento do Senador Ivo Cassol, às 9h, nós vamos fazer esse debate; virão o Ministério da Saúde, a Anvisa e todos os responsáveis pela criação dessa famosa pílula que tem um nome difícil, fosfoetanolamina, já decorei.

A SRª PRESIDENTE (Angela Portela. Bloco Apoio Governo/PT - RR) - Eu estou tentando. Senadora, faz é hora que eu leio isso aqui para ler direitinho, mas está complicado.

A SRª ANA AMÉLIA (Bloco Parlamentar Democracia Progressista/PP - RS) - Fosfoetanolamina.

Vamos debater o tema e aproveito para já fazer o convite a todos os interessados: amanhã, a partir das 9h da manhã, reunião conjunta, na sala 3, da Alexandre Costa.

A SRª PRESIDENTE (Angela Portela. Bloco Apoio Governo/PT - RR) - Certo, mas considerando, Senadora Ana Amélia, que uma ouvinte pediu para trazer para o debate nesta audiência, eu gostaria de ter a opinião do Dr. Pedrini a respeito desse medicamento para que a gente possa satisfazer a curiosidade dessa pessoa que participou através da Rádio Senado.

O SR. JOSÉ LUIZ PEDRINI - Eu faço pesquisa clínica internacional há 16 anos. Não existe nenhuma droga nova em câncer de mama que não tenhamos testado no hospital em que eu trabalho; existe um centro de pesquisas dentro do hospital. Então, estudamos muito novas drogas, estudamos mecanismos de ação; nisso o Brasil está evoluindo. Nós não somos mais... Apesar de não criarmos novas drogas, nós participamos de todos os estudos de novas drogas.

Essa droga, sob o ponto de vista de tratamento de câncer, não existe.

A SRª ANA AMÉLIA (Bloco Parlamentar Democracia Progressista/PP - RS) - Eu só queria aproveitar, Senadora Angela Portela, para dizer que está aqui o Senador Eduardo Amorim, que foi Relator na CCJ de um projeto que tem a assinatura do Senador Waldemir Moka, do Senador Walter Pinheiro e minha assinatura, o PLS 200, que trata de fazer uma regulação da pesquisa clínica no Brasil. Nosso objetivo é em favor do paciente e para simplificar os procedimentos. Então, o nosso objetivo é esse.

Aproveito aqui o Senador porque esse medicamento não foi submetido a uma pesquisa clínica, e isso prova a oportunidade desse projeto, e nós lamentamos profundamente que há pessoas se opõem ao debate, por isso nós estamos trazendo a questão da fosfoetanolamina. Mesmo que muitos oncologistas a condenem, achem que ela não tem eficácia, mas nós temos que trazer para o debate - democracia é isso. Agora, *a priori* impedir que a Casa faça um projeto dessa natureza de pesquisa clínica é um desserviço à democracia, não é um ato democrático.

Então, eu quero renovar o agradecimento ao Senador Eduardo Amorim, que fez um primoroso trabalho, corrigiu, aperfeiçoou o projeto na CCJ e agora ele está na Comissão de Ciência e Tecnologia.

Então, muito obrigada.

Aproveito por conta do tema.

A SRª PRESIDENTE (Angela Portela. Bloco Apoio Governo/PT - RR) - Muito obrigada, Senadora Ana Amélia e Senador Eduardo Amorim. Realmente tem que trazer para o debate esse tema tão polêmico.

Antes de passar a palavra, agradecendo ao Dr. José Luiz Pedrini por sua participação, gostaria de trazer aqui uma pergunta do Fábio Gomes feita ao Paulo Sella, pelo Portal e-Cidadania e está cobrando a resposta à pergunta dele, já que todos os Senadores foram atendidos, falta apenas a participação do Dr. Paulo.

Vou repetir a pergunta dele: a avaliação do Plano Plurianual 2012/2015 mostra que, na meta de implantar 50 serviços de referência para diagnóstico do câncer de mama, apenas quatro serviços iniciaram o fornecimento até 31/12/2014. De que adianta colorir tudo de rosa se ações planejadas não se cumprem? Essa é a primeira pergunta do Fábio.

A segunda tem também a ver com o planejamento: também está previsto no PPA 2012/2015 a implantação de 20 serviços para ampliação do acesso à confirmação diagnóstica e tratamento de lesões precursoras do câncer de colo de útero até 2015. Até dezembro de 2014, havia dez serviços. Essa meta será alcançada? Essa são as perguntas do Fábio Gomes, que está participando através do Portal e-Cidadania.

Eu gostaria de já passar a palavra ao Dr. Paulo Sellera para que ele possa responder o Fábio Gomes e os demais Senadores, obviamente.

O SR. PAULO SELLERA - A primeira pergunta em relação aos 50 serviços, de fato, é muito complexo, como a Dr^a Inez já colocou. Não basta apenas uma vontade política única do Ministério da Saúde para que esse serviço seja implantado. Como ela bem colocou, o Sistema Único de Saúde prevê e só funciona se todos os entes federados trabalharem de uma forma articulada. Então, de fato, eu concordo com ele, não basta só pintar de rosa, e nós temos muito a fazer para conseguir alcançar esse objetivo.

Em relação aos 20 serviços de referência para diagnóstico e tratamento de lesões precursoras, na verdade, são nove desses serviços em funcionamento. A meta, de fato, são 20, e nós temos quatro propostas habilitadas e sete aprovadas; portanto 11, no total. Então, existe ainda a possibilidade até dezembro de nós termos 20 serviços em funcionamento.

De fato, pelo andar da carruagem, muito provavelmente os serviços vão atingir 20, em 2016, mas existe ainda a possibilidade de se chegar em dezembro com os 20 serviços em funcionamento.

A SR^a PRESIDENTE (Angela Portela. Bloco Apoio Governo/PT - RR) - Parece-me que o Senador Flexa também lhe perguntou alguma coisa a respeito.

O SR. PAULO SELLERA - Sim, em relação aos planos de saúde, não é, Senador Flexa? De fato, essa é uma notícia recente que nós também acompanhamos através da mídia.

É muito difícil se avaliar neste primeiro momento qual vai ser o impacto dessas pessoas saindo do plano de saúde e buscando exclusivamente o serviço SUS. O que eu posso-lhe dizer - e acho que é de conhecimento de todos - é que a população de uma maneira geral não procura apenas os serviços de plano de saúde, ela também busca já tradicionalmente os serviços do SUS, e os serviços, principalmente de média e alta complexidade, a maioria ou pelo menos uma grande parte, são dupla porta. Então, eles não atendem só aos planos de saúde, eles também já atendem através do SUS, são contratualizados através do Sistema Único de Saúde.

Então, nós vamos obviamente acompanhar qual é o impacto, mas acho que é muito prematuro podermos aqui avaliar qual será esse impacto a partir de agora e também temos que considerar que talvez essa situação, pela questão econômica, possa ser superada e equilibrar novamente esse percentual entre população que usa exclusivamente planos privados e população que usa os serviços públicos através do SUS.

O SR. FLEXA RIBEIRO (Bloco Oposição/PSDB - PA) - Sr. Presidente.

A SR^a PRESIDENTE (Angela Portela. Bloco Apoio Governo/PT - RR) - Pois não, Senador Flexa.

O SR. FLEXA RIBEIRO (Bloco Oposição/PSDB - PA) - V. S^a, Dr. Paulo, fez referência ao uso concomitante tanto do plano de saúde quanto do SUS. É importante que o SUS seja remunerado pelos seus gastos ao atender o paciente do plano de saúde, que tinha a obrigação de fazê-lo, que foi direto para o SUS; o SUS deve cobrar do plano de saúde esse atendimento. É importante isso. Parece-me que é uma questão que está judicializada e por aí vai. Mas eu perguntei também sobre a questão do reajustamento da tabela do SUS que não ocorre há dez anos.

Então, no pronunciamento de ontem, fiz referência, Senador Eduardo, que o SUS paga por uma consulta básica ao médico R\$10. Então, não é possível a pessoa estudar 19 anos para ter uma especialização - residência, especialização, mestrado e doutorado - e receber R\$10. Aí, sem demérito a nenhuma outra profissão ou serviço, é melhor eles treinarem e fazerem corte de cabelo porque eles vão receber mais do que os R\$10, do que uma consulta médica, sem necessidade de ter mais de 20 anos de estudo. Também queria saber de V. S^a por que essa tabela não é corrigida.

O SR. PAULO SELLERA - Em relação à primeira questão, em relação ao ressarcimento, de fato, o Ministério - e a ANS, em particular - já está fazendo esse cruzamento de informações através do Cartão Nacional de Saúde para possibilitar esse ressarcimento devido ao Sistema Único de Saúde. Esse já é um trabalho que já vem sendo desenvolvido.

Agora, em relação à tabela, Senador, perdoe-me, mas esse é um assunto extremamente complexo, tanto é que, até o momento, não se chegou a um denominador comum quais valores seriam aqueles adequados para o ressarcimento de todos os procedimentos.

O SR. FLEXA RIBEIRO (Bloco Oposição/PSDB - PA) - Eu me refiro ao reajustamento só, eu não estou discutindo o valor da tabela que já é baixo, mas ela era reajustada antes e deixou de o ser há dez anos.

A SRª MARIA INEZ PORDEUS GADELHA - Eu posso complementar?

A SRª PRESIDENTE (Angela Portela. Bloco Apoio Governo/PT - RR) - Só um minutinho, é já que eu passo para a senhora.

O SR. FLEXA RIBEIRO (Bloco Oposição/PSDB - PA) - Pois não, eu lhe agradeço.

A SRª PRESIDENTE (Angela Portela. Bloco Apoio Governo/PT - RR) - Complemente rapidamente, doutora.

A SRª MARIA INEZ PORDEUS GADELHA - Por favor, Senadora, porque eu lido muito com tabela do SUS e pelo menos na oncologia eu garanto para o senhor que ela não passa dez anos sem uma revisão, inclusive com a atualização de valores. Agora, o Ministério da Saúde está tentando se livrar desse modelo de procedimento. Médico nenhum recebe R\$10 por consulta, não; ele recebe lá o salário dele, o pró-labore dele, o que seja.

Então, nós temos, de 2010 para cá, de 2011 para cá, tentado fugir dessa questão de procedimento, e a tabela passar a ter a finalidade que ela tem de informação, e esses hospitais que prestam esse serviço passaram a receber por incentivo. Contratamos metas, damos incentivos e recebem o valor tabelado, mas acima daquilo. Por exemplo, os hospitais universitários recebem 75%, 50%, muito além daquela produção.

É muito importante a questão de procedimento para o serviço privado com fim lucrativo, porque ele vive exclusivamente de tabela.

O SR. FLEXA RIBEIRO (Bloco Oposição/PSDB - PA) - Filantrópico.

A SRª MARIA INEZ PORDEUS GADELHA - Não, o filantrópico tem todo o incentivo também, mas todo o equipamento é financiado. Então, o financiamento do SUS não é feito somente por tabela, ele realmente é só por tabela no privado com fim lucrativo, que assim mesmo é muito pouco, é muito pouco serviço privado com fim lucrativo no SUS.

A SRª PRESIDENTE (Angela Portela. Bloco Apoio Governo/PT - RR) - Muito obrigada, Drª Maria Inez.

Eu gostaria de colocar duas questões em relação ao câncer do colo do útero e em relação ao câncer de mama.

O senhor colocou aqui, Dr. Pedrini, que existem mamógrafos suficientes em nosso País. Eu acredito que, pelo quadro que o senhor apresentou aqui, eles estão distribuídos de uma forma bem desigual, muito centralizado no Sudeste; Norte e Nordeste já têm uma quantidade menor.

O meu Estado fica no Norte, e, em Roraima, nós temos, enquanto a média de mamógrafos no Brasil é 2,19 por cada 100 mil habitantes, lá, no nosso Estado, é 0,85 mamógrafo para cada 100 mil habitantes. Nós temos em torno de 500 mil habitantes e temos dois mamógrafos. Um deles não está em funcionamento, exatamente por dificuldades de pessoas preparadas, capacitadas para operar o mamógrafo; portanto, existe um encaixotado. Aí o Governo do Estado faz convênio com clínicas particulares, privadas, para poder melhorar o atendimento.

Portanto, do ponto de vista da eficiência e da eficácia para o rastreamento do câncer de mama, nós não temos mamógrafos suficientes, considerando todos esses aspectos que nós colocamos aqui e que outros Senadores também colocaram.

Aí eu digo para o Dr. Paulo Sella que fico feliz de saber que, no quadro que o senhor expôs ali, está previsto um laboratório de citologia para Roraima, porque lá um dos problemas que foi detectado por uma pesquisa feita pelo maior hospital de lá, o Hospital Geral de Roraima, que é referência no Estado e recebe inclusive pacientes da Guiana e da Venezuela, então é sobrecarregado, sem dúvida nenhuma, uma das questões graves é em relação à elevada proporção de resultados falso positivo e falso negativo. Então, esse novo laboratório de citologia, sem dúvida nenhuma, em funcionamento - esperamos que seja o mais rápido possível -, vai diminuir a incidência de câncer do colo do útero porque vai fazer investimentos em um exame mais preciso, mais fiel e vai evitar tantos erros. Lá em Roraima, Senador Flexa, nós temos três vezes mais incidência de câncer do colo do útero do que de mama. Três vezes mais! Quer dizer, é o índice de países que têm a situação socioeconômica muito ruim, muito baixa, por isso a importância desses investimentos que estão sendo feitos, principalmente esse laboratório de citologia vai amenizar.

O outro aspecto também é nas comunidades indígenas. Nós temos muitas mulheres nas comunidades indígenas que não têm acesso ao serviço de saúde que possa oferecer o exame Papanicolau, que pode ser feito no posto de saúde, mas elas

têm essa dificuldade de acesso. Isso eleva os indicadores do nosso Estado por conta dessas duas questões, e são estudos feitos pelos médicos especialistas da Unacon Roraima, que é a Unidade de Atendimento Oncológico no Estado.

Então, eu gostaria de registrar essa situação do nosso Estado e fico feliz com esse laboratório de citologia que, sem dúvida nenhuma, vai ser providencial para as mulheres do nosso Estado.

Eu gostaria muito de agradecer a presença e a participação de todos os convidados.

Os debates foram muito esclarecedores, todos se preocuparam em dar respostas pontuais e objetivas para os questionamentos dos Senadores. Eu queria agradecer a todos vocês por essa objetividade, por essa clareza de propósito de esclarecer esse tema que aflige a nós todos aqui.

Cada um de nós trouxe problemas de seus Estados, e realmente é muito difícil a gente ouvir depoimentos de pessoas que têm o câncer, que não têm o tratamento adequado e que não pôde ser detectado de forma precoce para lhe dar uma sobrevida maior e até para curar, porque o câncer do colo do útero pode ser curado facilmente se for detectado no início.

Então, eu considerarei esta audiência pública muito proveitosa e quero parabenizar a participação de todos os Senadores e também dos nossos convidados.

Senador Eduardo Amorim, ainda gostaria de falar?

O SR. EDUARDO AMORIM (Bloco União e Força/PSC - SE) - É sobre o requerimento, antes de encerrar.

O SR. ELMANO FÉRRER (Bloco União e Força/PTB - PI) - É um outro requerimento que nós temos sobre a mesa; se for possível, apreciar nesta reunião.

A SRª PRESIDENTE (Angela Portela. Bloco Apoio Governo/PT - RR) - Está sobre a mesa um requerimento do Senador Eduardo Amorim.

ITEM 1

REQUERIMENTO DA COMISSÃO DE ASSUNTOS SOCIAIS Nº 45, de 2015

- Não terminativo -

Nos termos do inciso II do art. 90 do Regimento Interno do Senado Federal, combinado com o inciso II do § 2º do art. 58 da Constituição Federal, requero a realização de audiência pública, no âmbito da Comissão de Assuntos Sociais, para debater os problemas enfrentados pelos pacientes oncológicos, devido aos atrasos e defasagem dos valores pagos pela tabela do Sistema Único de Saúde (SUS) nos repasses de verbas para os hospitais credenciados no tratamento dessa enfermidade, com repercussão na realização de exames, compra de medicamentos e procedimentos com rádio e quimioterapia.

Solicita-se a participação dos seguintes expositores:

- *Dr. Henrique Prata - Diretor Geral do Hospital de Câncer de Barretos - SP;*
- *Dr. Evanius Garcia Wiermann - Presidente da Associação Brasileira de Oncologia Clínica (OSBC);*
- *Dr. Paulo Eduardo Xavier de Mendonça, Presidente do Instituto Nacional do Cancer;*
- *Dra. Claudia Simone Barbosa Pacheco - Coordenadora Geral de Media e Alta Complexidade do Ministério da Saúde;*
- *Dr. Robson Freitas de Moura - Sociedade Brasileira de Cancerologia*
- *Dr. Roberto Gurgel, Cirurgião Oncológico no Estado de Sergipe.*

Autoria: Senador Eduardo Amorim

Concedo a palavra ao Senador Eduardo, para encaminhar.

O SR. EDUARDO AMORIM (Bloco União e Força/PSC - SE) - Na verdade, colegas Senadores, é para dar continuidade a uma audiência como esta.

Então, o tema é extremamente complexo e volto a dizer: no meu Estado, sofremos demais. Fico feliz em saber que a Drª Maria Inez sabe de toda a história e todo o acompanhamento, e que bom que ela está lá vendo! Percebo que ela procurou, na medida do possível, as soluções necessárias, mas, enfim, o fato é que ainda pagamos muito por isso. Drª Maria Inez, desde quando a senhora instalou aquele equipamento de radioterapia, há quase 13 anos, regredimos muito, pioramos muito. Então, é para discutir problemas como esse por que muitas pessoas, centenas de pessoas estão morrendo, não só no meu Estado, mas no Brasil afora.

Então, peço aí a compreensão e o sim dos colegas Senadores para que continuemos discutindo esse tema.

A SRª PRESIDENTE (Angela Portela. Bloco Apoio Governo/PT - RR) - Os Senadores e as Senadoras que concordam permaneçam como se encontram.

(Pausa.)

Aprovado o requerimento do Senador Eduardo Amorim.

Mais um requerimento do Senador Eduardo Amorim.

O SR. EDUARDO AMORIM (Bloco União e Força/PSC - SE) - Meu foi só um.

A SRª PRESIDENTE (Angela Portela. Bloco Apoio Governo/PT - RR) - Só um?

O próximo requerimento é do Senador Elmano.

ITEM 2

REQUERIMENTO DA COMISSÃO DE ASSUNTOS SOCIAIS Nº 46, de 2015

- Não terminativo -

Requeiro, com fundamento nos incisos II do artigo 93 do Regimento Interno do Senado Federal, a realização de audiência pública, no âmbito da Comissão de Assuntos Sociais, para debater a atual conjuntura das políticas públicas asseguradoras de direitos das pessoas idosas.

- *Representante do Ministério das Mulheres, Igualdade Racial e Direitos Humanos*

- *Doutora Karla Cristina Giacomini - Médica Geriatra e docente em cursos de especialização em Gerontologia (PUC-MG), onde ministra o tema sobre Políticas Públicas;*

- *Dra. Marília Anselmo Viana da Silva Berzins - Presidente do Observatório da Longevidade Humana e Envelhecimento;*

- *Exma. Sra. Dra. Marlúcia Gomes Evaristo Almeida - Promotora de Justiça do Ministério Público do Piauí e Coordenadora do Centro de Apoio Operacional de Defesa da Pessoa com Deficiência e do Idoso;*

- *Exma. Sra. Dra. Monize da Silva Freitas Marques - Juíza coordenadora da Central Judicial do Idoso do Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Territórios;*

- *Dra. Paula Regina de Oliveira Ribeiro - Defensora Pública do Distrito Federal e Especialista em Gerontologia e Saúde do Idoso.*

Autoria: Senador Elmano Férrer

Concedo a palavra ao Senador Elmano, para encaminhar o requerimento.

O SR. ELMANO FÉRRER (Bloco União e Força/PTB - PI) - Nós esperamos a aprovação das Srªs e Srs. Senadores, considerando a importância das políticas públicas para o idoso, conforme prevê a Constituição da República Federativa do Brasil.

Sabemos que existem políticas públicas, entretanto nós gostaríamos de ter uma série de informações a mais com relação à execução dessas políticas e pintar um horizonte que traduza e materialize o que preceitua a nossa Constituição.

Agora, eu gostaria de aproveitar a oportunidade, porque esta é a última semana do Outubro Rosa e o próximo mês será o Novembro Azul, que vai tratar da saúde nossa, do homem. Eu queria, nessa oportunidade, fazer esse registro e pedir que nós nos debruçemos também sobre os graves problemas que atingem o homem, especialmente daquelas camadas mais pobres, que não têm acesso às devidas informações preventivas com vistas à sua saúde.

Era isso que nós queríamos fazer, ressaltando o alto nível dos nossos estimados palestrantes, que esclareceram muito sobre as políticas públicas relacionadas à saúde da mulher.

A SRª PRESIDENTE (Angela Portela. Bloco Apoio Governo/PT - RR) - Os Srs. Senadores e as Srªs Senadoras que concordam com o requerimento permaneçam como se encontram. (Pausa.)

Aprovado.

Senador Elmano, será no dia 25 de novembro, quarta-feira, a sua audiência pública.

Quero dizer ao senhor que o Novembro Azul deve também ser objeto de discussão e de pauta entre as mulheres também. Digo ao senhor que eu aprovei aqui, no Senado Federal e na Comissão de Assuntos Sociais, um projeto de lei que institui a Política Nacional da Saúde do Homem. Nós temos já a Política Nacional de Atendimento à Saúde da Mulher, do Ministério

da Saúde, e aprovamos aqui, no Senado Federal, um projeto que institui a Política Nacional da Saúde do Homem. Mesmo havendo lá no Ministério da Saúde, quisemos dar a nossa contribuição para cuidar também dos homens do nosso País.

Senador Dário.

O SR. DÁRIO BERGER (PMDB - SC) - Bem, infelizmente, Senadora Angela Portela, não pude participar dessa audiência pública - apesar de ser membro titular da Comissão de Assuntos Sociais - em função de outros compromissos, inclusive em outras Comissões nas quais eu era um dos protagonistas do requerimento.

Mas eu tive oportunidade de ouvir e de assistir uma breve passagem por aqui do Dr. José Luiz Pedrini, que, de certa forma, trouxe-me um encanto muito grande pela didática, pela forma como V. Ex^a expôs o problema. E eu não tenho dúvida também de que a audiência seguiu da mesma forma pelos demais expositores.

De forma que eu quero aqui, primeiro, cumprimentar e parabenizar V. Ex^a, Senadora Angela Portela, pela iniciativa do tema, pela relevância que isso tem na nossa sociedade e pelo reconhecimento que nós todos temos que fazer, sobretudo pelo Outubro Rosa, que está se finalizando. Pelo que eu pude perceber, houve uma participação e uma aderência muito grande em todas as cidades brasileiras. Inclusive na minha cidade, Florianópolis, no domingo passado, houve uma passeata de quase 3 mil pessoas, todas vestidas de rosa, em uma demonstração dessa consciência.

E eu quero acrescentar - V. Ex^a tem conhecimento - que eu fui Relator de um projeto de autoria da Senadora Vanessa Grazziotin...

A SR^a PRESIDENTE (Angela Portela. Bloco Apoio Governo/PT - RR) - Foi. Verdade.

O SR. DÁRIO BERGER (PMDB - SC) - ...com relação a essa questão do câncer de mama, do seu rastreamento e outras coisas mais.

À época, consegui conhecer um pouco mais dessa realidade, sobretudo nessa questão do rastreamento a partir dos direitos estabelecidos pela Lei do SUS, que toda mulher tem direito a fazer, então, o seu exame de mamografia a partir dos 40 anos.

Inclusive, recebi, Dr^a Maria Inez, uma certa recomendação do Ministério da Saúde, para que, nesse projeto de lei, eu ampliasse esse rastreamento a partir dos 50 anos, que é a tal discussão que o senhor colocou com muita propriedade.

Eu não pude ceder, vamos dizer assim, à sugestão do Ministério da Saúde, porque eu entendo que a saúde é um bem de expectativa infinita - as pessoas querem viver mais e viver melhor. E elas só vão conseguir isso se o Estado brasileiro construir uma logística de maneira a atender as pessoas em tempo real. Porque, se não se diagnosticar o problema na sua origem inicial, vamos dizer assim, depois não adianta mais. Então, eu acho que o ideal é que nós pudéssemos dar essa assistência, esse atendimento a todas as mulheres, inclusive menores de 40 anos.

No entanto, eu acho que nós estamos evoluindo bastante. E eu quero lhe dizer que muitas mulheres me procuram no meu gabinete em busca de uma emenda para aquisição de um mamógrafo nos seus Municípios. É uma coisa que realmente me comove muito e eu quero me solidarizar com toda esta Comissão e quero parabenizar os expositores, sobretudo os Senadores que participaram de maneira ativa e ativa desta Comissão.

Além do mais, evidentemente, quero parabenizar, mais uma vez, V. Ex^a, que é uma legítima e digna representante de Roraima, que expôs aqui com muita propriedade os problemas do seu Estado. Penso que o Estado de Roraima deve se orgulhar muito da sua representação, além de tudo por ser uma representante feminina e que luta pelos direitos das mulheres daquele Estado. Parabéns a V. Ex^a!

A SR^a PRESIDENTE (Angela Portela. Bloco Apoio Governo/PT - RR) - Muito obrigada, Senador Dário, por suas palavras carinhosas.

Quero lhe dizer que o seu relatório foi muito elogiado por todos os membros da Comissão de Assuntos Sociais, que tratou dessa questão do aumento dos mamógrafos, da disponibilidade dos mamógrafos para mulheres a partir de 40 anos. O senhor diversificou a possibilidade da oferta desse exame, que é tão importante para o rastreamento do câncer de mama. Parabéns por V. Ex^a ter feito esse relatório muito bem escrito, muito bem fundamentado e que atende, sem dúvida nenhuma, à necessidade das mulheres.

Bem, eu gostaria de agradecer, mais uma vez, a todos os participantes: Dr^a Maria Inez Gadelha, muito obrigada; Dr. José Luiz Pedrini e Dr. Paulo Sella. Muito obrigada pela participação de vocês aqui.

E quero agradecer ao Senador Edison Lobão, Presidente desta Comissão; à Senadora Ana Amélia, que foi também, junto comigo, uma das autoras do requerimento para realização desta audiência pública; à Senadora Regina Sousa; ao Senador Eduardo Amorim; ao Senador Waldemir Moka; ao Senador Dário Berger, que está aqui conosco ainda; ao Senador Flexa Ribeiro; e ao Senador Elmano Férrer.

Muito obrigada pela participação de todos.

Declaro encerrada esta audiência pública, esta reunião.

Muito obrigada. (*Palmas.*)

(Iniciada às 9 horas e 34 minutos, a reunião é encerrada às 12 horas e 27 minutos.)