



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

REUNIÃO

03/10/2017 - 46ª - Comissão de Assuntos Sociais

A SRª PRESIDENTE (Marta Suplicy. PMDB - SP) - Havendo número regimental, declaro aberta a 46ª Reunião, Extraordinária, da Comissão de Assuntos Sociais da 3ª Sessão Legislativa Ordinária da 55ª Legislatura do Senado Federal. Antes de iniciar os nossos trabalhos, eu proponho a dispensa da leitura e a aprovação da ata da reunião anterior.

Os Srs. Senadores e as Senadoras que aprovam permaneçam como se encontram. (*Pausa.*)

Aprovadas.

A presente reunião destina-se à realização de audiência pública em atendimento ao Requerimento nº 5, de 2017, de iniciativa da Senadora Ana Amélia, para debater os desafios do diagnóstico e do tratamento do câncer colorretal.

Convido para compor a Mesa os ilustres oradores: Paulo Gonçalves de Oliveira, representante da Associação Brasileira de Prevenção do Câncer de Intestino; Marlise Mello Cerato Michaelsen, representante da Associação Gaúcha de Coloproctologia. Muito bem-vinda. Sandro José Martins, Coordenador-Geral de Atenção Especializada do Departamento de Atenção Especializada e Temática do Ministério da Saúde. Bem-vindo também.

Justificamos a ausência de André Sasse, médico oncologista do Hospital das Clínicas da Unicamp. E concedo a palavra à Senadora Ana Amélia para suas considerações iniciais.

A SRª ANA AMÉLIA (Bloco Parlamentar Democracia Progressista/PP - RS) - Cara Senadora Marta Suplicy, Presidente da Comissão de Assuntos Sociais; caros amigos que aqui vêm mais uma vez tratar de questões que interessam à saúde pública de nosso País.

Queria agradecer a Dra Marlise Cerato Michaelsen porque, há pelo menos dois anos ou um pouco mais, em Porto Alegre, na visita ao Hospital Ernesto Dornelles, para tratar de questões relacionadas ao câncer de mama com o Dr. José Luiz Pedrini, que foi inclusive presidente da Sociedade Brasileira de Mastologia, ela me alertou sobre a incidência do câncer de colorretal e sobre a relevância que tem a abordagem desse tema na prevenção, no tratamento e no diagnóstico precoce. Fizemos já uma audiência pública sobre essa questão e agora voltamos.

E eu queria apenas, Senadora Marta Suplicy, lembrar que nós estamos em pleno Outubro Rosa, que tem um cuidado internacional de alerta às mulheres, porque o câncer de mama, depois das doenças cardiovasculares, é o que mais mata mulheres no mundo, no Brasil e nosso Estado, Dra Marlise, no Rio Grande do Sul.

E agora, nessa matéria que estamos debatendo hoje, é o segundo, depois do câncer de mama, que mais mata. E as mulheres são as maiores vítimas, mais do que os homens, Dr. Paulo.

Então, esse é o motivo pelo qual, mais uma vez, requeri esta audiência pública, no sentido de informar.

Ontem tivemos um debate em Porto Alegre, na TV Pampa, comandado por Paulo Sérgio Pinto e quatro médicas, uma oncologista clínica, uma mastologista, uma radiologista, e com o Secretário da Saúde; e vimos realmente certa não compreensão, uma certa confusão, que o Secretário tentou esclarecer, entre prevenção e tratamento. A prevenção, a mamografia, que eu tinha como prevenção, na verdade não é bem... Ela é identificadora da doença, ela é um exame como a colonoscopia, o exame adequado para identificar a doença. A prevenção é outra coisa: é exercício, é alimentação saudável, é uma série de outras regras. Então, ontem, finalmente se explicou essa diferença entre as duas questões.

Essa é a razão desse requerimento. Eu agradeço muito V. Ex^a por estar aqui, fazendo a abertura da audiência pública.

A SR^a PRESIDENTE (Marta Suplicy. PMDB - SP) - Eu gostaria de parabenizar a Senadora Ana Amélia, que se tem dedicado de maneira exaustiva a todas as questões do câncer nesta Casa, e principalmente relacionado à mulher. E essa iniciativa é muito bem-vinda.

Como V. Ex^a colocou, atinge as mulheres, e tem o preconceito. A verdade é essa, é essa a situação, porque mesmo quando o ministério ou nós mesmas fazemos a campanha do Outubro Rosa, ninguém fala desse tipo de câncer, e isso é o que acaba se tornando um dos maiores índices de mortalidade nesse quesito.

Então, essa discussão aqui vem a calhar, ela é televisionada para o Brasil todo. Não sei o horário de agora, que sai do nosso dia normal, que é à noite, agora eu não sei, mas ela é televisionada e espero que sirva...

(Soa a campanha.)

A SR^a PRESIDENTE (Marta Suplicy. PMDB - SP) - ...como um alerta para o Outubro Rosa, que possa realmente se dedicar a todos os tipos de câncer, principalmente esse, que é tão escondido e tão pouco falado.

E vou ter que me ausentar, porque tenho, nós estamos debatendo a questão de trabalho infantil e artístico na Comissão de Direitos Humanos, e o relatório... É uma audiência pública em que eu tenho de estar presente. Vou pedir à Senadora Ana Amélia que faça a gentileza de presidir esta reunião.

A SR^a ANA AMÉLIA (Bloco Parlamentar Democracia Progressista/PP - RS) - Obrigada!

A SR^a PRESIDENTE (Marta Suplicy. PMDB - SP) - Muito obrigada!

A SR^a PRESIDENTE (Ana Amélia. Bloco Parlamentar Democracia Progressista/PP - RS) - Eu queria renovar os agradecimentos ao comparecimento do Dr. Paulo Gonçalves de Oliveira, representante da Associação Brasileira de Prevenção do Câncer de Intestino (Abrapreci); da Dr^a Marlise Cerato Michaelsen, representante da Associação Gaúcha de Coloproctologia; e ao Dr. Sandro José Martins, que é Coordenador-Geral de Atenção Especializada do Departamento de Atenção Especializada e Temática do Ministério da Saúde.

O Dr. André Sasse, que é médico oncologista do Hospital das Clínicas e foi convidado, já nos justificou a ausência em função de compromissos e de impossibilidade de estar em Brasília para esta audiência; mas agradecemos, de qualquer maneira, a atenção que ele teve ao antecipar as escusas.

Nós estamos hoje em um dia de muita inquietação no Senado, por conta de umas questões que envolvem o relacionamento da instituição Senado Federal também com o Supremo Tribunal Federal.

Então, nós vamos condensar a nossa audiência. Cada um dos expositores terá dez minutos para falar, e teremos algumas questões sobre a matéria que dão mais esclarecimentos.

Quero agradecer também a participação compartilhada dos nossos telespectadores que estão nos canais do YouTube e Facebook, acompanhando essa transmissão ao vivo pelos canais da TV Senado.

Então, agradeço antecipadamente todos que mandarem as suas perguntas. A Secretaria da Comissão de Assuntos Sociais do Senado estará atenta para anotar e aqui faremos a apresentação.

Convido o Dr. Paulo Gonçalves de Oliveira para começar...

(Intervenção fora do microfone.)

A SR^a ANA AMÉLIA (Bloco Parlamentar Democracia Progressista/PP - RS) - Inversão? Pois não.

Acho que é a gentileza de um cavalheiro para que a Dr^a Marlise abra a reunião. Depois, falarão o Dr. Paulo e o Sandro, porque será o Ministério falando sobre essas questões.

A SR^a MARLISE MELLO CERATO MICHAELSEN - Muito obrigada.

Exma Sra Presidente da Comissão de Assuntos Sociais do Senado, Senadora Martha Suplicy; Exma Senadora Ana Amélia Lemos; Dr. Sandro Martins, Coordenador da Coordenação de Alta e Média Complexidade do Ministério da Saúde, prezado colega e amigo; Dr. Paulo Gonçalves de Oliveira, demais autoridades presentes, senhoras e senhores.

Bom dia, estou hoje nesta solenidade junto com o colega e amigo, Dr. Paulo Gonçalves de Oliveira, representando a Abrapreci, que tem como Presidente a Dr^a Angelita Gama, assim como a Sociedade Brasileira de Coloproctologia, em nome do seu Presidente, Dr. Henrique Fillmann e a Sociedade Gaúcha de Coloproctologia, sendo membro titular de todas e membro da Comissão de Defesa de Classe da Sociedade Brasileira de Coloproctologia.

Quero agradecer em meu nome dos demais colegas dessas entidades médicas e dizer que é uma grande honra participar dessa audiência pública, na qualidade de oradora do tema "Desafios, Diagnóstico e Tratamento do Câncer Colorretal".

Falarei sobre o maior desafio de todos: a prevenção e diagnóstico precoce do câncer colorretal, assim como estimativas para 2017. Desde 2014, estamos batalhando para instituir projetos de lei nesse sentido. Fizemos quatro campanhas de conscientização da população em Porto Alegre, no Rio Grande do Sul, com abrangência estadual, assim como três campanhas nacionais de prevenção em vários Estados do País, no já consolidado Setembro Verde.

Quero fazer um agradecimento especial a três pessoas que me receberam, estenderam a mão, acreditaram no projeto, incentivaram e trabalharam comigo para lançarmos o Setembro Verde, além de desenvolveram o Projeto de Lei da Semana e Dia Nacional de Prevenção ao Câncer de Intestino. São elas a Senadora Ana Amélia Lemos, política dedicada comprometida e que realmente batalha pelas causas da saúde, dentre tantas outras. Senadora, minhas palavras seriam insuficientes para expressar a minha satisfação em poder contar com o seu apoio, por ser uma pessoa que faz total diferença na via dos outros ajudando a salvar vidas e a dar qualidade de vida.

A outra homenagem especial é dedicada ao Deputado Pedro Westphalen. Nosso colega, Ginecologista, comprometido, que está sempre lutando pelos direitos dos médicos e pelas causas da saúde. O Deputado e sua equipe me receberam prontamente. E o Pedro Westphalen, perspicaz como sempre, propôs que fosse feito um projeto de lei que tornasse obrigatória a prevenção ao câncer de intestino como plano de governo, afinal estamos tratando de um problema de saúde pública.

A terceira pessoa que se envolveu totalmente com a causa e registrou um projeto de lei para tornar o dia 28 de maio e a semana que o inclui - porque as campanhas iniciaram em maio, - como Dia e Semana de Prevenção do Câncer de Colorretal - foi o Vereador Idenir Cecchim, que, junto com a sua equipe, anexou na Lei 10.904 a prevenção do câncer colorretal no calendário de datas comemorativas e de conscientização do Município de Porto Alegre.

Quero também comunicar, em nome do Secretário de Saúde de Porto Alegre, Dr. Erno Harzheim, o comprometimento com o início do rastreamento do câncer de intestino no Município de Porto Alegre. No final deste ano ou, no máximo, no ano que vem, teremos em Porto Alegre uma ação global, com atendimento à população em várias especialidades, que estaremos coordenando junto com a Sociedade Brasileira de Coloproctologia.

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

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

Agora eu gostaria de apresentar aos senhores alguns dispositivos sobre o assunto.

Obrigada.

Eu vou falar sobre os desafios no diagnóstico e tratamento do câncer colorretal.

O câncer é um problema de saúde pública. Vinte milhões de pessoas no mundo vão ter câncer; 600 mil novos doentes por ano no Brasil; 60% desses doentes vão ter um diagnóstico em estado avançado. Isso causa um grande impacto socioeconômico. Um terço desses casos de câncer poderiam ser evitáveis. É a segunda causa de morte; em torno de 190 mil doentes por ano morrem de câncer. O tratamento é de alta complexidade e o controle depende de política pública e envolvimento da sociedade.

Para que servem as estimativas? Para que a gente possa conhecer a magnitude dos principais tipos de câncer, planejar ações e programas de controle, definir políticas públicas e a alocação de recursos.

Aqui vocês podem ver os tipos de câncer mais comuns, tanto em homens quanto em mulheres. Como a gente falou anteriormente, como a Senadora muito bem colocou, na Região Sul e na Região Sudeste, o câncer colorretal é o segundo mais comum nas mulheres; na Região Centro-Oeste, o câncer colorretal é o terceiro entre os homens, sendo muito comum.

Tirando o de pele não-melanoma, nas mulheres, no Brasil, o câncer colorretal é o segundo de maior incidência; nos homens, o terceiro, após próstata e pulmão.

A incidência é maior na Europa e na América do Norte, menor na África, Ásia e América do Sul. É o terceiro tipo de câncer mais comum, após próstata e pulmão, nos homens; e o segundo nas mulheres.

No Brasil, para 2017, temos uma expectativa de 34,280 mil, sendo 16,660 mil novos casos para homens e 17,620 mil para mulheres. Desses, infelizmente, quase 40% vão evoluir para óbito, sendo que a doença é geralmente tratada em fase mais avançada. As Regiões Sul e Sudeste são as de maior incidência. No Rio Grande do Sul, são 22,35 homens a cada 100 mil habitantes e 23,7 mulheres para cada 100 mil habitantes. Como falamos anteriormente, infelizmente, em Porto Alegre, a realidade é ainda pior: temos 32,8 a cada 100 mil homens e 34,75 a cada 100 mil mulheres, sendo Porto Alegre a capital nacional de maior incidência de câncer de intestino.

O câncer é um problema de saúde pública mundial. A incidência de câncer no mundo cresceu 20% na última década. No mundo, espera-se, para 2030, 27 milhões de casos novos de câncer.

O impacto do câncer na população corresponderá a 80% em países desenvolvidos, dos mais de 20 milhões de casos estimados para 2025.

O câncer colorretal compromete o cólon em torno de 60% dos casos e o reto em 40% dos casos.

É uma doença multifatorial que sofre a ação de agentes ambientais, fatores dietéticos e elementos internos: alterações somáticas, genéticas e hereditariedade.

A maior parte dos tumores de intestino são esporádicos, em torno de 75%; em torno de 10 a 30% ocorrem em pessoas com história familiar.

O câncer colorretal é uma doença silenciosa. Desde uma mucosa normal até o aparecimento do câncer leva em torno de 10 a 15 anos. Várias alterações genéticas se somam até o aparecimento do câncer. Então, é muito importante as pessoas saberem que não ter sintomas não significa não ter câncer.

Aqui é um exemplo de imagem de câncer de intestino e de uma doença genética, a polipose adenomatosa familiar.

Os fatores que aumentam a incidência do câncer colorretal:

- gordura saturada animal;
- carne vermelha, que libera radicais livres e agentes pró-oxidantes;
- álcool - altera absorção do folato;
- obesidade;
- tabagismo;
- colecistectomia, uma cirurgia de retirada da vesícula. Os ácidos biliares promovem a carcinogênese colorretal;
- doença inflamatória intestinal acima de dez anos e doença severa;
- história familiar. Se a gente tem um familiar com câncer de intestino, dobra a chance de ter; se tiver dois, quadruplica;
- radioterapia;
- acromegalia;
- idade, é raro antes dos 50 anos, apesar de acontecer em quase 20% dos casos, como vou mostrar a seguir, mas a idade é um fator de risco importante;
- baixa ingestão de vitamina C, selênio e cálcio.

Fatores protetores:

- frutas e legumes, a indicação é a ingestão de 25-30g/dia, porque tem agentes antioxidantes, carotenóides e ácido ascórbico;
- fibras, que aumentam o bolo fecal com diluição de carcinógenos, aceleram o trânsito intestinal reduzindo contato com carcinógenos e alteram a flora bacteriana;
- cálcio;
- evitar gorduras saturadas, redução de até 30%;
- folatos, que agem na metilação do DNA regulando a expressão genética;
- evitar carne vermelha processada e, principalmente, muito assada, que libera carcinógenos;
- consumir peixe duas a três vezes na semana;
- existem alguns medicamentos, o ácido acetilsalicílico e os anti-inflamatórios, que poderiam ser utilizados na prevenção do câncer de intestino, mas não são, pois têm efeitos colaterais proibitivos;
- atividade física regular;
- não fumar;
- flavonóides - chocolate, vinho tinto, suco de uva;
- não ingerir bebidas alcoólicas;
- manter-se no peso certo;
- ingerir 2 a 3 litros de água/dia.

A manifestação clínica do câncer de intestino pode ser dor abdominal e/ou sensação de esvaziamento incompleto, que a gente chama de tenesmo; alteração da função do intestino para mais ou para menos, diarreia e/ou constipação; sangramento retal. Como eu falei para vocês, é mais comum em pacientes com 50 anos, mas em torno de 17,5% de pacientes com menos de 50 anos podem ter câncer colorretal. Existe um exame de que vou falar a seguir, o sangue oculto nas fezes, que, se positivo, tem chance de 30 a 60% de o paciente ter um câncer invasivo e 20 a 25% de ter um pólipó, que é uma lesão precursora do câncer, na maior parte das vezes.

(Soa a campanha.)

A SR^a MARLISE MELLO CERATO MICHAELSEN - As informações sobre o câncer servem para identificar o perfil epidemiológico, estabelecer diretrizes, planejar ações e estratégias de intervenção e avaliação.

Para que servem os programas de prevenção? Mudança de comportamento e conscientização; rastreamento de câncer e lesões precursoras; tratamento rápido e acessível a todos.

Os rastreamentos levam a diagnóstico precoce com taxas de cura de até 90%, interrompendo a sequência adenoma-carcinoma, fazendo o diagnóstico do pólipó - polipectomia.

Agentes protetores eu já falei anteriormente.

É importante a estratificação do risco. Os alvos de campanha de prevenção são pessoas de ambos os sexos acima dos 50 anos - 4% dessas pessoas vão ter câncer de intestino. Há pacientes com risco alto ou muito alto - esses pacientes deveriam fazer uma colonoscopia, mas, se não tiverem condições, podem ser também triados com sangue oculto nas fezes.

No rastreamento, devemos aplicar exames simples e de fácil execução para a grande população, para selecionar indivíduos assintomáticos para exames mais específicos. De 10% a 15% somente dos pacientes com tumores precoces vão ter sintomas. O câncer colorretal, pela alta prevalência da fase assintomática longa e presença de lesões precursoras tratáveis, é ideal para o rastreamento. Existem os testes de fezes - sangue oculto nas fezes, guaiaco ou imunoquímico, testes de DNA - e testes estruturais - a colonoscopia, a retossigmoidoscopia e outros.

O teste de sangue oculto nas fezes pode ser o guaiaco ou imunoquímico. Quando positivo, o paciente deve ser triado para uma colonoscopia. O guaiaco sofre ação de alguns alimentos. Então, tem que fazer um preparo para poder fazer o exame. O teste imunoquímico é mais sensível e específico, e não sofre ação de alimentos. O teste de DNA fecal ainda não tem no nosso meio, mas detecta algumas mutações genéticas.

O rastreamento também pode ser feito com outros exames e a retossigmoidoscopia flexível, a colonoscopia, a colonografia e o enema baritado.

Métodos de rastreamento e a sequência colonoscopia devem ser feitos uma vez a cada dez anos. O sangue oculto pode ser anual ou bianual e os outros - retossigmoidoscopia e outros - a cada cinco anos. Então, o teste de sangue oculto é o exame indicado para populações em que não tem como oferecer colonoscopia para todas as pessoas de risco moderado, a partir de 50 anos. Se for positivo, deve ser complementado com uma colonoscopia.

Estudos americanos comprovam que a taxa de câncer colorretal caiu 30% em dez anos, quando o número de colonoscopias triplicou. Recomendações do Inca é que seja realizado sangue oculto fecal anual e, se positivo, colonoscopia. Uma sugestão de programa de rastreamento para Porto Alegre: acrescentar pesquisa de sangue oculto nas fezes nas Unidades Básicas de Saúde e, se positivo, triar para fazer a colonoscopia.

Desde 2014, nós viemos fazendo essas campanhas de prevenção, é o Setembro Verde; conscientização da necessidade de prevenção primária e secundária através da entrega de *folders* explicativos e programas de comunicação; a divulgação com modelo inflável, com vídeos educativos, ilustração das patologias também está sendo feita.

Acrescentar pesquisa de sangue oculto nas fezes nas Unidades Básicas de Saúde precisa ser implantado através de um programa de governo. Estudos mostram que, a cada 1% de adenoma detectado, diminui em 3% a chance de desenvolver o câncer colorretal após a colonoscopia. Se sangue oculto positivo, o paciente deve ser triado para uma colonoscopia, que também deve ser implantada através de um programa de governo.

Essas são imagens...

(Soa a campanha.)

A SR^a MARLISE MELLO CERATO MICHAELSEN - ...das campanhas que nós fizemos anteriormente.

Já estou encerrando.

Essa é a lei que instituiu o anexo na Lei 10.904 incluindo o câncer colorretal nas datas comemorativas e de conscientização de Porto Alegre.

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

Muito obrigada.

A SRª PRESIDENTE (Ana Amélia. Bloco Parlamentar Democracia Progressista/PP - RS) - Obrigada, Drª Marlise.

Só para não perder o gancho, qual percentual, se é possível mensurar, dos exames que identificam sangue oculto nas fezes confirmando, numa colonoscopia, quando é feita, a incidência do câncer? Esse é o primeiro. E ali a senhora falou de um a cada dez anos a frequência de se fazer a colonoscopia, como identificação ou prevenção. Então, se é essa mesma a data do exame, se é o mais recomendável.

A SRª MARLISE MELLO CERATO MICHAELSEN - Então, quando há sangue oculto nas fezes positivo, aumenta em três a quatro vezes a chance de se ter uma neoplasia. Em torno de 30% a 60% dos pacientes com sangue oculto nas fezes positivo vão ter um câncer invasivo no exame da colonoscopia. Em torno de 20% a 25% vai ser identificado um pólio, que geralmente é uma lesão precursora.

O câncer de intestino é um pouco diferente dos outros tumores, porque realmente a gente consegue prevenir, a gente consegue fazer um diagnóstico precoce, mas também conseguimos prevenir porque no momento em que se detecta o pólio, que é a lesão benigna, ela é uma lesão precursora. E, realizando a polipectomia, nós vamos realmente evitar que esse paciente tenha um câncer. Então, a gente altera totalmente a história natural desse paciente. A colonoscopia, os *guidelines* recomendam que, se for um exame normal, pode ser repetida em até dez anos.

A SRª PRESIDENTE (Ana Amélia. Bloco Parlamentar Democracia Progressista/PP - RS) - Obrigada.

Então, passo agora a palavra ao Dr. Paulo Gonçalves de Oliveira, que é representante da Associação Brasileira de Prevenção do Câncer de Intestino.

O SR. PAULO GONÇALVES DE OLIVEIRA - Boa tarde a todos. Inicialmente, gostaria de cumprimentar e parabenizar a Presidente desta reunião no momento, a Senadora Ana Amélia. V. Exª tem sido uma grande lutadora nessa causa e, em 2014, período em que eu era Presidente da Sociedade Brasileira de Coloproctologia, junto com a Drª Marlise, nós a procuramos, sempre muito bem recebidos. E seu total apoio às causas do câncer, à causa dos agravos à saúde da população, não é só o câncer, todo esse complexo...

A SRª PRESIDENTE (Ana Amélia. Bloco Parlamentar Democracia Progressista/PP - RS) - Eu quero agradecer ao Dr. Paulo e agradecer também ao famoso comentarista esportivo, Milton Neves, que hoje na sua página, aliás, na página em que nós colocamos o convite para esta audiência, para mostrar junto com a área de comunicação da TV Senado e da Rádio Senado... Todo o setor de comunicação fez um *post* para falar sobre a audiência. E aí o Milton Neves fez um registro lá: "Parabéns pela iniciativa. É isso. Continue firme." Então, eu acho que essa manifestação... Ele é uma pessoa de, digamos assim, grande influência na opinião pública, pela posição que tem como um grande comunicador, especializado na área de esporte. Então, agradecer também à referência que é especificamente sobre esta audiência pública em que estamos debatendo.

O SR. PAULO GONÇALVES DE OLIVEIRA - É. Eu acho que esse reconhecimento é fruto de um trabalho, não foi de um dia para o outro. Então, com certeza, eu acho que isso só recebe o apoio de várias instituições.

É um prazer também estar à mesa junto com a Drª Marlise, colega de Porto Alegre; o Dr. Sandro Martins, coordenador de alta complexidade do Ministério da Saúde; os demais presentes. E dizer que nós estamos aqui representando, em primeiro lugar, a Profª Angelita Habr-Gama, que é fundadora e Presidente da Abrapreci, que é a Associação Brasileira de Prevenção do Câncer de Intestino, uma pesquisadora internacionalmente reconhecida, com uma luta enorme no câncer, uma cientista com reconhecimento realmente internacional. E também está na nossa Sociedade Brasileira de Coloproctologia, que congrega uma parte dos especialistas que cuidam das doenças relacionadas ao colo e ao reto, que são os coloproctologistas, que habitualmente são aqueles que realizam os exames, as colonoscopias, e operam esses pacientes. Quem faz a quimioterapia ou radioterapia são oncologistas clínicos ou radioterapeutas. Então, acho que o primeiro desafio é a gente entender que se trata de uma questão multidisciplinar.

A Profª Marlise fez um excelente resumo sobre todos os aspectos do câncer colorretal, com ênfase muito grande sobre a prevenção, que é fundamental, que é muito importante. Se a gente considerar os cânceres que têm uma elevada incidência, o câncer de colo de útero e o câncer de intestino são os dois de que realmente se pode fazer prevenção. Não se faz diagnóstico precoce, faz-se prevenção. Mamografia para câncer de mama faz diagnóstico precoce. É ótimo, tem que ser feito para que o paciente possa ser tratado. Em câncer de próstata se faz diagnóstico precoce, mas já é câncer.

No câncer de colo de útero, sabe-se hoje que com papanicolou - a associação com o HPV, o tratamento -, você corta essa sequência, que é chamada displasia das alterações celulares, para o câncer. E no intestino, quando você faz uma colonoscopia, encontra um tumor benigno, que a gente chama de adenoma, você resseca isso durante a colonoscopia, sem precisar de uma operação, com uma alcinha, queima, corta. Você resolve, você quebra essa sequência. Essa pessoa deixa de, daí a 5, 10 anos, vir a ter um câncer. Não são 100% dos casos de adenomas que vão se tornar câncer, mas a esmagadora maioria dos cânceres provém de um adenoma.

Então, acho que o aspecto da prevenção é muito importante, mas também a chamada promoção da saúde, que é recuperar a saúde, porque nós temos de tratar também as pessoas que estão doentes. Nós precisamos entender que esse é o outro desafio. Acho que esse é o tema também de hoje, associado à prevenção, que deve estar sempre em nossa mente.

Eu gostaria de comentar algumas coisas, a partir da visão tanto da Abrapreci quanto da Sociedade Brasileira de Coloproctologia, com respeito a três pontos principais, que seriam diagnóstico, tratamento e segmento dessas pessoas, porque esses são os três desafios nos quais eu entendo que a gente precisa focar e precisa trabalhar.

A gente sabe que a incidência no Brasil é heterogênea - e no mundo da mesma maneira - e tem uma relação direta com os melhores índices de desenvolvimento humano (IDH). Ou seja, é um câncer que aparece com a modernidade, com a melhora das condições de vida e o que vem associado a ela - vem muita coisa boa, mas vem muita coisa ruim.

Então, a gente precisa entender que o Brasil muda o seu perfil claramente. Então, quando a gente vê o mapa do Inca, quando produz a distribuição do câncer no País, a gente vê claramente que as regiões que têm maior poder socioeconômico, vamos considerar assim, têm muito mais cânceres - e dentre eles o câncer colorretal. Ou seja, nós repetimos a história do mundo.

Então, não tem jeito. Nós precisamos entender que ele tem essa heterogeneidade. Talvez o mesmo programa para todas as regiões do Brasil não sirva da mesma maneira. Acho que o Ministério da Saúde tem bem essa visão. O do colo de útero a gente vê no Norte, no Nordeste, em muitas cidades. Mas, no Norte e Nordeste, a gente tem que tomar cuidado também, porque as capitais têm alto índice de câncer colorretal. Então, talvez o enfoque seja muito maior hoje no colo do útero, porque nos outros lugares realmente caiu muito, afortunadamente - isso é uma coisa excepcional.

A gente deve entender, então, quando se fala sobre diagnóstico em dois grupos, como já disse a Prof^ª Marlise, a chamada população de risco. Quem tem risco que vale a pena fazer um exame, se possível, ou alguma investigação ou avaliação, para que se possa detectar talvez não o câncer, mas o adenoma? Ele tratado evitará que evolua para o câncer. Então, são as pessoas acima de 50 anos. Nós temos que ver uma maneira, talvez...

É possível oferecer colonoscopia universalmente para todo mundo acima de 50 anos? Muito provavelmente não. Talvez nenhum país no mundo tenha conseguido. E eu estou falando de Reino Unido, Austrália, que são países que tentaram e não conseguiram. Então, temos que nos adequar à nossa realidade. Sangue oculto nas fezes? Quem tiver positivo, o que fazer? Aqueles com história pessoal e familiar - e nós já estamos entrando em grupo de maior risco -, talvez mereçam furar fila, porque eles precisam ter uma atenção diferente, e também aqueles que têm esses antecedentes ou doenças genéticas, talvez com a criação realmente de um registro nacional - nós precisamos ter um registro nacional.

Nós temos, no nosso Hospital Universitário, aqui na Universidade de Brasília, registradas 46 famílias. Você sabe que, em algumas doenças, a chance de câncer é de 100% até os 40 anos, então ele precisa ser tratado. É diferente da população... Agora, isso representa talvez 5%, menos de 10% população. Então, a gente tem que contemporizar, ver qual seria o melhor para cada um desses grupos.

Com respeito ao diagnóstico ainda, eu gostaria de falar sobre os sintomáticos, aqueles que têm esses sintomas que listou a Dr^ª Marlise. Mas eles não têm acesso à colonoscopia. Nós precisamos incrementar a utilização de centros de endoscopia para rastreamento dessas lesões. Se a gente tratasse pelo menos os sintomáticos, a gente já conseguiria talvez fazer o diagnóstico precoce ou tratar um adenoma que estivesse sangrando.

Entrando no tratamento, que é uma coisa fundamental, a lei diz que em 90 dias deveria ser tratado. Eu não sei qual é o padrão de todo o Brasil, porque a esse tipo de coisa nós não temos um grande de acesso. Aqui no Distrito Federal, que é praticamente uma cidade, uma região relativamente privilegiada, extremamente privilegiada, nós temos uma dificuldade muito grande de, em 90 dias, fazer com que a pessoa tenha o seu diagnóstico e já esteja em tratamento. Por quê? Muitos são pacientes idosos.

Esses pacientes idosos precisam de unidades de terapia intensiva, e a gente não tem. Várias vezes você pede uma operação, há uma vaga na unidade de terapia intensiva, mas, quando ele vai ser operado, é suspenso. Por quê? Porque depois que ele for operado - é uma grande operação. É um paciente que tem uma doença cardiológica, tem outras doenças associadas -, ele não pode ir para a UTI. Então, é suspensa a operação.

Então, nós precisamos trabalhar esse tipo de coisa com respeito à operação, especificamente, à utilização das chamadas técnicas minimamente invasivas, que agridem menos a pessoa - uma disponibilidade maior para elas.

O uso de materiais especiais parece muito simples, mas a utilização de grampeadores evita que se sacrifique o aparelho sinteriano. Falando claramente, evita que a pessoa fique com uma colostomia, que é uma boca de intestino no seu abdômen. Então, se eu tiver acesso a grampeadores que me permitam fazer o que a gente chama de anastomose, que é juntar uma parte do intestino com o reto, bem baixinho, que eu não consigo fazer com a mão, para isso é fundamental que eu tenha esses grampeadores. Os grampeadores no serviço público são uma concessão relacionada ao SUS, que é o grande provedor dos nossos hospitais públicos.

Acho que a gente tem que entender que alguns desses pacientes vão ficar com essas ostomias. Existem dois tipos, principalmente: aquelas temporárias, ou seja, enquanto ele cicatriza aquela parte que foi operada, ele fica com um desvio anterior, para que depois possa ser reconstruído; ele fica por um período, e existem aqueles que ficam com ostomias definitivas, pois essas bocas ficam para sempre. Eles deixam até de ser pacientes.

(Soa a campanha.)

O SR. PAULO GONÇALVES DE OLIVEIRA - São pessoas que têm uma condição especial, que é ser portadoras de uma ostomia.

Elas precisam ter materiais adequados, que permitam levar uma vida normal, que permitam ir à praia, que permitam andar de... sair, ir a um restaurante, ter uma vida ativa, normal. Isso é possível, tendo acesso a materiais de boa qualidade. É fundamental que a gente tenha...

A gente sabe hoje que o tratamento, principalmente no reto - o Sandro é oncologista, sabe muito bem... A gente sabe que a chamada neoadjuvância muda radicalmente, melhora o prognóstico dos pacientes, quando se faz radio e quimioterapia antes de operar. E esse acesso é muito difícil.

Brasília, o Distrito Federal, tem cerca de dois milhões de habitantes; seria um CACON para cada, mais ou menos 500 mil habitantes, mas também nós temos dois. É uma situação privilegiada.

Os pacientes têm uma dificuldade muito grande de chegar a ter radio e quimioterapia. E, depois de passar por essa quimioterapia, há um período em que ele tem que ser operado. Ele tem uma janela para que eu possa operar, não posso nem antes nem muito depois. Então, o tratamento depende da cirurgia, porque é geralmente a radio, a quimioterapia - isso é do câncer de reto especificamente -, a operação e depois novamente quimioterapia. Nós precisamos agilizar e entender isso de uma maneira melhor.

Por último, mas não menos importante, é também o seguimento dessas pessoas. Cada vez mais, há população mais idosa, há pessoas que estão curadas, mas elas vão ser sempre pessoas que têm um risco maior de ter outra lesão. Então, elas vão ser sempre uma população de alto risco. Nós precisamos entender que temos que dar também atenção a esse grupo. Eles vão precisar de colonoscopias periódicas. Também alguns com ostomia têm que ter acesso a esse material de boa qualidade para ter uma vida com qualidade.

Para concluir, quero só dizer o seguinte: acho que essas discussões são fundamentais para que a gente possa, juntamente com o Poder Público, cobrar, mas também participar ativamente em todos os níveis, seja na prevenção, seja na promoção da saúde,...

(Soa a campanha.)

O SR. PAULO GONÇALVES DE OLIVEIRA - ...seja nesse momento em que se faz o diagnóstico e se compromete com o paciente para levá-lo até o fim e acompanhá-lo, porque esse é o papel da sociedade, na medida da nossa possibilidade.

Mais uma vez, parabeno a Senadora Ana Amélia pela sua iniciativa, pelo seu apoio constante à causa da oncologia, do câncer, em todos os seus níveis no Brasil.

Muito obrigado pela oportunidade.

A SRª PRESIDENTE (Ana Amélia. Bloco Parlamentar Democracia Progressista/PP - RS) - Muito obrigada, Dr. Paulo Gonçalves de Oliveira.

Passo agora a palavra ao Dr. Sandro José Martins, que, por conta da declaração do Dr. Paulo, sabemos que é oncologista também. Eu sabia que era médico, mas não sabia da especialidade.

O SR. SANDRO MARTINS - Boa tarde.

É uma satisfação poder estar aqui com uma Mesa tão ilustre, discutindo um tema tão caro à saúde pública do País, que é a prevenção dos poucos tipos de cânceres que são passíveis de diagnóstico precoce e é propriamente um tratamento com maior chance curativa. Não é, infelizmente, a maioria dos tumores que têm essa possibilidade. E o câncer colorretal se insere nessa modalidade.

Depois da fala da Dr^a Marlise, que apresentou um panorama bastante amplo a respeito da história natural da doença, e a colocação do Dr. Paulo Gonçalves, que trouxe uma descrição de como é a forma multiprofissional, multidisciplinar necessária para o tratamento desses pacientes, vou tentar apresentar como se organiza a rede pública de oncologia no Brasil e quais os desafios, no tema da proposta da Senadora, nesse diagnóstico e no tratamento para o SUS.

Já foi pontuado que o câncer colorretal, na maioria dos países desenvolvidos e em muitas regiões do País, está crescendo de importância epidemiológica tanto em homens como em mulheres, representando uma carga de morbimortalidade bastante significativa e de tendência, a se esperar, crescente.

De modo geral, em oncologia, nós sempre somos surpreendidos ou informados a respeito de avanços de pesquisas e de conhecimentos que crescem de maneira quase que exponencial, mas a incorporação dessas tecnologias e desses procedimentos na prática clínica, do ponto de vista de mudar a história natural dessas doenças, tem caminhado a passos um pouco mais lentos do que toda a comunidade de especialistas, os profissionais da área e, principalmente, os pacientes que são objeto desse cuidado desejariam.

Hoje, então, o câncer, se for se definir, é uma doença entendida como do nosso genoma, que acumula mutações e alterações com o processo de envelhecimento. Daí o câncer ser mais frequente em pessoas idosas. Esse entendimento de que os tumores e as pessoas são diferentes e têm particularidades tem permitido um entendimento novo a respeito dessa doença.

Como a gente faz, no âmbito do SUS para cuidar dessas pessoas? No âmbito do SUS, a política de oncologia, como foi pontuado anteriormente pelo Dr. Paulo, preconiza a instalação de um hospital de alta complexidade em oncologia, que atenda na área de cirurgia oncológica, quimioterapia e radioterapia, as três modalidades centrais do tratamento do câncer, mas não as únicas.

Com isso, com a nossa população de 200 milhões de habitantes, a gente poderia fazer uma conta rápida e imaginar que seriam necessários em torno de 400 centros de tratamento de câncer. Ponderando ainda que existam alguns hospitais de grande porte que respondem pela assistência de um número maior de pessoas pelo seu porte tecnológico, ainda assim há um espaço muito grande, uma necessidade de ampliar a oferta de serviços de oncologia no SUS, principalmente no interior do País, onde o acesso é remoto e difícil.

Do ponto de vista de tratamento do câncer no SUS nos últimos anos, nós temos tido um crescimento mais do que vegetativo da realização de cirurgias, quimioterapia, radioterapia para o câncer. E é um crescimento decorrente principalmente desse aumento na oferta de serviços, com novos hospitais habilitados e colocados para atender à população.

Quais os desafios, então, que, do ponto de vista assistencial, hoje a gente entende que perpassam a interiorização desses serviços de atenção oncológica? No que diz respeito à cirurgia, que é seguramente, no tratamento do câncer colorretal, a modalidade central tanto no diagnóstico como no tratamento dessa doença, ela requer normalmente um processo de formação longo. É o cirurgião coloproctologista e o cirurgião oncológico que fazem uma formação específica para atuar nessa área e dependem, no sucesso da sua intervenção, de uma plataforma, de um hospital, de um serviço organizado, com complexidade tecnológica considerável. O Dr. Paulo pontuou que, se não há um leito de UTI disponível, uma cirurgia desse tipo eletiva acaba sendo adiada, postergada. Então, é necessário um ambiente tecnológico que suporte o tratamento da cirurgia do câncer. Esse tratamento só pode ser feito adequadamente com o diagnóstico. Por diagnóstico, entenda-se a realização de exames histopatológicos, biópsias, que provêm informação sobre o tipo de tumor e ajudam no planejamento terapêutico.

Foram mencionados aqui também grampeadores como parte de insumos que são necessários ao procedimento cirúrgico. Realmente o acesso a insumos para a realização de cirurgias acaba, muitas vezes, dificultando o acesso ao tratamento no tempo adequado. De forma que hoje, no SUS, nós temos cinco hospitais onde há cirurgia laparoscópica com assistência de robô realizando cirurgias, pelo SUS, assim como temos um grande contingente de hospitais que têm uma condição tecnológica mais modesta e simples, e precisam ser qualificados para melhorar os resultados do tratamento do câncer no SUS. Foi mencionada a radioterapia como papel importante no tratamento pré-operatório dos pacientes com câncer de reto, que é um segmento dos casos de câncer colorretal. E a gente entende que essa modalidade também requer um aparato tecnológico - e principalmente de recursos humanos superespecializados - para implementar esse tipo de tratamento em hospitais. E à parte do investimento necessário para construção e instalação de equipamentos de radioterapia, o investimento em recursos humanos não pode - e não tem sido deixado - ficar em segundo plano, para haver a efetiva interiorização dessa modalidade de tratamento.

Quanto à radioterapia também, nós temos uma variação tecnológica. Nós temos ainda 49 equipamentos de cobalto funcionando no País que fornecem uma modalidade de radioterapia segura para um espectro até grande de tumores, mas não é a modalidade de radioterapia mais segura do ponto de vista ambiental e do ponto de vista de permitir o tratamento de todos os tipos de tumor. Daí porque a necessidade do investimento na aquisição de acelerador linear para o País.

Hoje, se a gente mapeia do ponto de vista de parâmetros recomendados de cobertura, nós temos grande parte do País com uma cobertura insuficiente ou limitada de radioterapia. Daí porque muitos conhecem os relatos das filas de tratamento em radioterapia, que comprometem seguramente o sucesso do tratamento, dado que existem prazos - como foi mencionado - para que esses tratamentos entreguem o resultado ótimo para os pacientes.

Para mudar esse cenário de radioterapia, está sendo feito o investimento na aquisição de, hoje, em torno de 113 equipamentos até 2020, para aumentar a oferta de radioterapia no SUS. Após esse investimento, ainda vai permanecer um déficit de radioterapia em pelo menos três Estados da União - se a gente não conseguir até lá trabalhar a instalação de novos hospitais habilitados em oncologia -, que são Maranhão, Piauí e Pará.

Atualmente, dos equipamentos de radioterapia, nós temos que 19 foram entregues no ano passado, e este ano provavelmente em torno de 20 equipamentos serão entregues à comunidade.

(Soa a campanha.)

O SR. SANDRO MARTINS - E a partir de 2018, ainda haverá um grande número de equipamentos que estão em processo de instalação.

Quimioterapia é terceiro pilar do tratamento do câncer, complementar em relação à cirurgia e à radioterapia no câncer colorretal. Ele tem um papel menor, mas importante. E o desafio em relação à quimioterapia, hoje, é justamente o processo de inovação tecnológica em que novos tratamentos se tornam disponíveis, dada a possibilidade de se identificar subtipos de doenças, e com isso ter resultados mais seguros e muitas vezes mais eficazes. A dificuldade é a sustentabilidade econômica, para o sistema de saúde, da inclusão de novos tratamentos. Isso aqui é um gráfico dos Estados Unidos mostrando o custo por ano de vida salvo por novas drogas de quimioterapia, dos anos 90, final dos anos 90, até atualmente. Então, quadruplicou praticamente o custo anual de tratamento em oncologia clínica em quimioterapia.

E, voltando à questão da possibilidade de prevenção primária e prevenção secundária, que são passíveis no caso do câncer colorretal - prevenção primária é quando a gente vai tratar o pólipo e evitar o aparecimento do câncer; e prevenção secundária é quando a gente vai diagnosticar essa doença em condição subclínica e tratar com maiores chances de cura -, nós temos, então, para assistir a nossa população - ou seja, se olharmos o subgrupo em que, em geral, se recomenda programas de rastreamento -, em torno de 40 milhões de brasileiros que seriam sujeitos de abordagens voltadas para o rastreamento. Dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde nos dizem que nós temos poucos médicos coloproctologistas no País, e realizamos um número de...

(Soa a campanha.)

O SR. SANDRO MARTINS - ...colonoscopias e retossigmoidoscopias muito abaixo do que seria o necessário, caso programas de rastreamento organizados estivessem amplamente disponíveis. Então, é necessário a gente entender a questão de necessidade de se aumentar e incrementar a capacidade de atendimento em exames diagnósticos, endoscopias, para o controle do câncer de colorretal.

Nessa perspectiva, a gente entende, então, que a detecção precoce do câncer colorretal como estratégia tem que partir da necessidade de esclarecimento, e oportunidades como esta de discutir a doença é sempre muito relevante. E isso só tem resultado se as pessoas puderem - entendendo uma anormalidade clínica - buscar e ter acesso ao serviço diagnóstico no SUS. O serviço diagnóstico precisa ter condições de realizar, então, os exames necessários endoscópicos, biópsias, tomografias e exames de estadiamento. E o paciente precisa ter acesso rápido a esse tratamento multiprofissional, como foi mencionado, porque só ocorre a prevenção do câncer colorretal se o diagnóstico resultar num tratamento rápido, adequado e de qualidade.

Essas são as reflexões aqui para esta Mesa de discussão.

A SRª PRESIDENTE (Ana Amélia. Bloco Parlamentar Democracia Progressista/PP - RS) - Muito obrigada, Dr. Sandro. Se a minha memória não falha - e a Drª Marlise estava aqui -, quando a Drª Patrícia do Ministério da Saúde... Eu diria que ela - não usarei a palavra "menosprezou" - deu pouca relevância à colonoscopia, porque esse não era um exame do Ministério. Então, fico feliz que o Dr. Sandro já tem uma visão, digamos, mais adequada do tratamento da doença, até talvez porque é a especialidade dele, por ser um oncologista, para nosso benefício e dos pacientes. Isso já melhora bastante então, Dr. Sandro.

Eu vou colocar... Eu tenho uma série de questões aqui, e vou dividi-las pelos três expositores. Começo com o Dr. Paulo.

Lei nº 12.732, de novembro de 2012. Eu tive a alegria de ter sido a Relatora desta lei, a famosa Lei dos 60 dias, que garante aos pacientes diagnosticados com câncer o direito de ter o tratamento da doença iniciado no prazo máximo de até 60 dias, pelo Sistema Único de Saúde (SUS). A pergunta para o senhor: no caso do câncer colorretal, esse prazo está

sendo observado? Dois: o acesso a serviços e meios para diagnóstico está sendo assegurado? Quais os principais gargalos? Esses questionamentos são para o senhor.

Para o Dr. Sandro: a Organização Mundial da Saúde preconiza o rastreamento sistemático do câncer colorretal na população acima de 50 anos, desde que os países tenham condições de garantir a integralidade do cuidado às pessoas diagnosticadas com esse câncer. Sobre esse tema eu lhe pergunto qual a situação do rastreamento do câncer colorretal no Brasil - embora o senhor tenha dado alguns dados aqui. O Ministério da Saúde adota o rastreamento de casos de câncer colorretal e de outros como política pública de saúde? E também: que ações têm sido desenvolvidas de forma a orientar a população e os profissionais de saúde quanto à importância do rastreamento do câncer colorretal?

E eu aduziria: como o Ministério tem um Programa de Saúde da Família, já que prevenção - o que a gente falou no começo dessa audiência - trata também de você ter cuidados com alimentação, ingestão de líquidos, especialmente a água, que é o alimento melhor, um suco, de que a Dr^a Marlise falou tanto da outra vez, dessas ações todas preventivas, da questão do excesso de álcool, de comidas gordurosas, carne vermelha, enfim, como esses programas de políticas poderiam, junto ao Programa de Saúde da Família, ter atuação?

E à Dr^a Marlise: como a senhora avalia a política assistencial voltada para os pacientes com câncer colorretal desenvolvida no âmbito do SUS? Quais são as principais deficiências? O câncer colorretal conta com protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas atualizadas? Quais os principais desafios em relação ao diagnóstico - a senhora mencionou bastante esse tema - e ao tratamento das pessoas com câncer colorretal? Como o Ministério da Saúde tem enfrentado, do ponto de vista médico - agora é a sua visão e pode ser a do Dr. Paulo -, esses desafios? E, em relação à prevenção, que ações podem ser desenvolvidas com mais efetividade? Isso pode ser também para o Dr. Paulo e para a senhora.

Então, esses são os meus questionamentos.

E eu queria só mencionar aqui que li a entrevista do Dr. Paulo Hoff nas páginas amarelas, que é um oncologista que nos ajudou muito aqui, inclusive, na formalização de leis de proteção aos pacientes de câncer. E ele fala que, nos casos de intestino com metástase no fígado, que foi também mencionado aqui, até 60% é possível a cura. E ele acha que isso é uma tendência que está havendo. A cura de todos os casos ou ao menos o controle de 100% deles serão vistas ainda por nós, pelas gerações atuais, em relação à questão da cura.

Ele foi questionado sobre o que falta ainda fazer para a cura do câncer. E ele diz taxativamente que o câncer já tem cura: seis em cada dez casos são completamente eliminados.

Então, é uma boa notícia para os tumores metastáticos, como é o caso do câncer de intestino com metástase no fígado.

E há uma informação também de um medicamento:

[...] Presidente da Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica, comenta que o cetuximabe é uma droga que incorpora valor ao tratamento do câncer colorretal metastático nas populações selecionadas e que seus resultados são comprovados e conhecidos na literatura médica há mais de dez anos. "Não existe a mínima dúvida em relação à efetividade do medicamento. Qualquer negativa para sua incorporação deve estar lastreada em outro motivo que não seja a sua eficácia", diz ele. "A Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica, visando melhorar a qualidade de vida do paciente em tratamento com câncer colorretal metastático, é totalmente favorável à incorporação [desse medicamento] [...] pelo SUS" [...]

É isso que diz o Dr. Gustavo Fernandes, Presidente da Sociedade Brasileira de Oncologia.

Então, estão colocados, Dr. Paulo, Dr^a Marlise e Dr. Sandro.

O SR. PAULO GONÇALVES DE OLIVEIRA - Bem, primeiro quero louvar a participação da senhora, então, mais uma vez, o seu interesse nos nossos pacientes com doenças relacionadas à oncologia.

Temos que tentar estabelecer esse tempo, para que ele possa, desde que tenha o diagnóstico, iniciar o seu tratamento, seja na modalidade que for, que seja ser operado ou iniciar uma quimioterapia...

A SR^a PRESIDENTE (Ana Amélia. Bloco Parlamentar Democracia Progressista/PP - RS) - Eu acrescentaria, Dr. Paulo...

O SR. PAULO GONÇALVES DE OLIVEIRA - Pois não.

A SR^a PRESIDENTE (Ana Amélia. Bloco Parlamentar Democracia Progressista/PP - RS) - Eu já vi um movimento no caso de câncer de mama de reduzir para 30 dias. E o Ministério da Saúde, na gestão passada, era o Ministro Arthur Chioro, havia, inclusive, feito uma portaria para que o exame de mamografia fosse com mulheres acima de 50 anos. E aí houve uma revolução da Bancada Feminina na Câmara e no Senado para isso. E, na questão dos 60 dias, aí ele mudou a portaria: passou aos 40. Hoje há mulheres com câncer de mama com muito menos que 40 anos, menos que 30 anos; com 20, com 18 anos. Não é tão frequente, como em mulheres acima de 40 ou 50, mas já começa a haver um número grande.

E a outra questão é relacionada, no caso da mama, ao tratamento. Elas estão achando que é preciso... O ministério havia determinado que só depois de entrar no cadastro... Quer dizer, o diagnóstico pode ter sido feito há quatro meses, depois que entra no cadastro, isso pode demorar não dois, mas quatro meses. Então, determinados tipos de tumores são mais difíceis de se curar ao começar mais tarde o tratamento. No caso do câncer de mama, lá em Porto Alegre, pelo menos, começa o movimento para mudar a lei de 60 para 30 dias. Então, certamente este é um outro tema: se isso pode melhorar as condições para cura ou estabilização da doença.

O SR. PAULO GONÇALVES DE OLIVEIRA - Eu creio que o tempo é um fator fundamental nestas doenças chamadas doenças degenerativas. Talvez 60 dias, para a nossa realidade - sendo absolutamente sincero, tendo militado minha vida quase toda na medicina pública -, eu acho que o tempo de 60 dias talvez não mude prognóstico.

É claro que nós temos pacientes em situações especiais, que vão precisar de operação de urgência. Ele obstrui o intestino, quer dizer, esse câncer cresce, envolve todo o intestino, e ele tem que ser operado de urgência. Mas essas são situações especiais, vão continuar acontecendo e acontecem em todo o mundo. É muito difícil de prevenir - a gente sabe disso -, você tem um limite de prevenção.

Com respeito à pergunta que a senhora nos encaminhou, a reflexão sobre se esse tempo vem sendo cumprido. Eu não tenho dados objetivos; quer dizer, é mais a minha sensação do que eu entendo em militar na área pública. Na maioria das vezes ou em uma proporção talvez de mais de 50%, ele não vem sendo cumprido dessa maneira. Não sei se o Dr. Sandro tem informações mais fidedignas de todo o Brasil, mas, pelo menos onde eu trabalho, acho que a gente tem uma dificuldade muito grande. Agora, o grande mérito disso aí é que chamou tanta luz para isso que está melhorando - é a impressão também que tenho. Isso é fundamental. A gente não pode esperar que alguma coisa vá mudar tudo de uma hora para outra, não é?

A SRª ANA AMÉLIA (Bloco Parlamentar Democracia Progressista/PP - RS) - Quanto mais informação a sociedade tiver sobre os seus direitos ou sobre a existência de uma lei em que ela possa se fundamentar para provocar, seja até a via judicial, que não seria o melhor caminho, mas teria pelo menos o conhecimento do direito que ela tem de uma lei que lhe garante isso.

O SR. PAULO GONÇALVES DE OLIVEIRA - Perfeito. Eu acho que a senhora colocou bem.

Até nós precisamos, inclusive, adequar os nossos juízes ao proferir essa sentença. Às vezes, eles encaminham comunicando assim: "que seja operado o paciente em 48 horas." Quer dizer, é uma coisa absurda, não é assim porque, às vezes, a pessoa está em processo de preparo, ela tem uma série de coisas. Depois que ela entrou no sistema, você consegue dar uma certa agilidade.

Há gargalos - e a senhora colocou muito bem -, há diversos gargalos que vão desde a primeira consulta, ele conseguir ser atendido lá no posto de saúde, na periferia. Depois que ele é atendido por um médico de família ou em um posto de saúde, aí ele detecta: "Olha, este paciente tem sangramento retal, por exemplo, tem mais de 50 anos ou tem alguma alteração do hábito intestinal. Ele precisa fazer uma colonoscopia." Aí ele é encaminhando para um serviço. Como ele chega até isso? Será que nós estamos devidamente hierarquizados, ou seja, ele precisa se deslocar 10km, 20km, 30km? Pegar quantos ônibus? Chegar a que horas em uma fila para marcar o exame para, então, ele marcar - aí há problema - para mais dois, três, seis meses, muito variável, aumentando muito. Então, esse já é um primeiro gargalo.

Depois que ele tem... O Sandro comentou bem: é multidisciplinar. Nós temos que ter... Faça a colonoscopia, eu tiro o material para biópsia, eu preciso que seja analisado por um patologista para que dê o resultado. Aí há a segunda parte que é o chamado estadiamento. Eu quero saber o seguinte: essa doença está limitada ao intestino, ao reto ou já há metástase para o fígado, para o pulmão, para o cérebro, para ossos? Onde há? Onde está? Até onde está essa doença? Feito isso, aí nós vamos para a modalidade que é a central, no cólon retal, já dito pelo Dr. Sandro, que é a operação, que é a cirurgia. E ela tem esses limitantes de problemas que são de infraestrutura e de material, são os dois principais com que a gente realmente lida, porque há dificuldades, você tem que trabalhar com prioridades. Eu entendo isso.

Eu entendo que um hospital, dentro do Distrito Federal, o Hospital de Base, que trata muito trauma... É claro que um trauma... Na hora em que eu estou frente a uma pessoa que foi baleada, que teve um acidente de trânsito grave ou que tem uma laceração hepática tem que ser operada agora, e ela vai entrar na fila. Eu tenho que entender isso, mas eu tenho que entender que também o paciente com câncer tem direito - eu vou chamar de furar a fila, não é bem furar a fila -, mas nós temos que tratar diferentemente as pessoas que são diferentes porque elas têm necessidades especiais. Isso com qualquer um de nós pode acontecer. Nós temos que entender que é a nossa população.

Pois não.

A SRª ANA AMÉLIA (Bloco Parlamentar Democracia Progressista/PP - RS) - Eu acho que há determinados tipos de cânceres, Dr. Paulo, em que o alastramento deles é tão rápido que equivale a ter que dar uma emergência de quem está acidentado na rua, porque é a corrida contra o tempo.

Da mesma forma que o senhor tem que dar um tratamento de emergência a um, é um, que tem um câncer desses mais violentos, porque cada câncer é um. O câncer de mama tem muitas variedades.

Então, eu penso que, nesse caso, o oncologista, ao identificar a gravidade daquilo, precisa de, "olha, isso aqui é igual a um acidentado"...

O SR. PAULO GONÇALVES DE OLIVEIRA - Exatamente.

A SRª PRESIDENTE (Ana Amélia. Bloco Parlamentar Democracia Progressista/PP - RS) - ... que ele tem que estancar ou dar o atestado de óbito.

O SR. PAULO GONÇALVES DE OLIVEIRA - É. Eu acho que essas iniciativas de criação, as saídas que a gente tem, realmente, a gente sabe: nós precisamos ter mais centros especializados. Essa é a política do Ministério da Saúde. Eu sei que todos temos demandas de todas as áreas, não é só em saúde, é muito complexo, mas nós temos que trabalhar com probabilidades e nós estamos falando do segundo câncer mais comum, mais incidente em mulheres, e o terceiro em homens. A gente sabe que é próstata, pulmão e pulmão está caindo, porque a população, graças a Deus, está deixando de fumar, está diminuindo o tabagismo. Então, por isso, está diminuindo. Então, vai chegar a um momento, talvez, não muito tempo, em que vão ficar próstata, colorretal, mama, colorretal.

Então, a gente tem que entender que esse tipo de câncer precisa ter uma prioridade pelo segundo aspecto que a senhora frisou muito bem: porque a gente está fazendo é prevenção mesmo, não é só diagnóstico precoce, fazemos diagnóstico precoce também, e, do paciente operado, que já têm um diagnóstico, os gargalos acho que estão muito bem colocados. O acesso a radio e quimioterapia, como disse o Dr. Sandro, com máquinas de alta qualidade.

Ele foi muito elegante ao dizer que, realmente, do ponto de vista ambiental, há alterações, mas talvez sejam máquinas que estejam de certa maneira inadequadas para utilização ou ultrapassadas ou que podem promover eventualmente sequelas se não forem tratadas com muito cuidado e, às vezes, algumas... Pode haver sequelas do tipo queimaduras, por conta de uma radioterapia, algumas coisas desse tipo, com alguns tipos de tratamento, e o melhor mesmo é porque isso é um acelerador linear. Então, nós precisamos ter acesso a isso, porque é um câncer altamente prevalente no Brasil. Então, é preciso ser feita alguma coisa, a sociedade precisa estar atenta a isso.

Acho que a Lei dos 60 foi um avanço excepcional, trouxe à luz o tema. Não respondeu imediatamente, mas todos nós sabemos, não é assim. É claro que se passa por um período de adaptação e o principal é: a população precisa ter informação. Você só consegue tomar decisões quando você tem informação na mão. Aí, fica muito mais fácil para se trabalhar.

Mas eu vou passar a palavra, então, para a Profª Marlise, para não monopolizar muito.

A SRª PRESIDENTE (Ana Amélia. Bloco Parlamentar Democracia Progressista/PP - RS) - Obrigado, Dr. Paulo.

Com a palavra, a Drª Marlise Michaelsen.

A SRª MARLISE MELLO CERATO MICHAELSEN - Só complementando o que o Dr. Paulo muito bem colocou, eu também não sei a realidade de todo o País, mas eu sei a realidade no Rio Grande do Sul e em São Paulo.

No Rio Grande do Sul, a Lei dos 60 dias, se o paciente tem diagnóstico, ela é cumprida, sim. E eu sei que em São Paulo já não é a mesma realidade. Apesar de o paciente ter um diagnóstico, ele não consegue, em 60 dias, ser atendido.

Isso realmente foi um avanço, é um prazo bem razoável, mas depende muito da realidade de cada Estado. Apesar de existir a lei, alguns conseguem cumprir e outros não conseguem cumprir.

Só completando o que a gente colocou também em relação ao câncer de mama e ao câncer de intestino, acho que um dos grandes problemas é o paciente ter o diagnóstico. Depois que o paciente tem o diagnóstico, ele consegue ser atendido. Enfim, no Rio Grande do Sul, eu sei melhor a realidade por ser de lá, então, como no câncer de mama o problema é o paciente ter o diagnóstico do câncer de mama, então, há todo esse gargalo, essa fila, até chegar a ter o diagnóstico para ser atendido, em relação ao câncer colorretal, não é diferente. Se o paciente tem um diagnóstico de neoplasia, ele consegue em até 15 dias ser atendido no Rio Grande do Sul. O problema é até chegar a ter o diagnóstico.

Então, eu acho que este é um dos grandes desafios de atendimento do SUS: é o paciente ter acesso ao posto de saúde, porque às vezes ele leva meses esperando para chegar no posto de saúde para ser atendido por um profissional para poder fazer.

E aí a gente está sugerindo e está discutindo com o Secretário da Saúde de Porto Alegre, porque eu acho que é muito importante que a gente priorize o que é deficitário e o que tem maior incidência em cada região. O Brasil é um país muito grande, e a realidade difere: a incidência do câncer colorretal é diferente nos diferentes Estados. Na minha opinião, a gente deve priorizar os Estados de maior incidência de câncer colorretal, e, a partir daí, realmente instituir programas práticos de rastreamento e prevenção de câncer colorretal, porque isso muda muito a realidade dos pacientes. A gente consegue, com diagnóstico precoce, uma taxa de sobrevivência e de cura de até 90%, e a gente sabe que hoje em dia 40% dos pacientes vão morrer porque têm um diagnóstico mais avançado do câncer colorretal.

Então, uma das medidas seria a instituição de programas com pesquisa de sangue oculto, talvez nos postos de saúde, para poder fazer uma triagem desses pacientes. E esses pacientes, como bem colocaram o Dr. Sandro, o Dr. Paulo e a senhora mesma, têm que ter uma prevenção e um tratamento completo, pois não adianta a gente fazer um diagnóstico de sangue oculto, o paciente ter o resultado de sangue oculto positivo, não ter acesso a uma colonoscopia e não poder fazer o tratamento. Acho que uma das coisas que nós discutimos na outra audiência foi a dificuldade e a preocupação que o Ministério da Saúde tem em alertar a população em talvez fazer programas de rastreamento com pesquisa de sangue oculto, e depois não haver a colonoscopia para oferecer para os pacientes. A gente tem que pensar no começo, no meio e no fim. Para os programas de rastreamento, a gente tem que fazer a prevenção primária, fazer a conscientização da população - e é uma coisa que a gente vem fazendo ano após ano. E isto é muito importante, o envolvimento das entidades de saúde, mas é muito importante o envolvimento de toda a sociedade. A partir daí, a gente tem que fazer programas de rastreamento práticos.

Provavelmente, como a gente não tem condições - nem o Brasil, nem o Canadá, nem países bem desenvolvidos, como bem colocou o Dr. Paulo - para oferecer colonoscopia para todos os pacientes, então o que os *guidelines* recomendam é que a gente ofereça uma pesquisa de sangue oculto nas fezes: se positivo, que o paciente seja triado por uma colonoscopia. E aí a questão é talvez envolver mais profissionais habilitados a fazer colonoscopias e endoscopias, para poder atender a essa demanda. É necessário fazer um programa em que possa ser feito uma fila para triar esses pacientes. E como muito bem colocou o Dr. Paulo, existem alguns pacientes que têm um risco bem alto: são pacientes que têm doenças genéticas, pacientes que tem história familiar e que já teriam um risco muito alto, que já deveriam furar a fila - teoricamente -, ou se fazer uma outra fila para que sejam atendidos mais brevemente. Então, acho que esse é um dos grandes desafios.

Uma outra questão é se existem protocolos e *guidelines*. Isso está muito bem estabelecido: tanto o protocolo para o câncer de colo, para o câncer de reto, diagnóstico, terapêutica; como os *guidelines* todos para programas de prevenção, de rastreamento. Então, isso está tudo muito bem estabelecido. O nosso desafio maior é colocar isso em prática. A conscientização já está sendo feita. Agora a gente tem que trabalhar junto com o Ministério da Saúde no sentido de se poder realizar programas práticos em Estados e capitais que necessitem disso. Realmente, isso muda muito a realidade dos pacientes

A SRª PRESIDENTE (Ana Amélia. Bloco Parlamentar Democracia Progressista/PP - RS) - Obrigada, Drª Marlise.

Agora eu passo a palavra ao Dr. Sandro Martins, do Ministério da Saúde.

O SR. SANDRO MARTINS - Bom, em relação a prevenção, a rastreamento do câncer colorretal, seguramente, como foi colocado aqui por todos, é uma necessidade não atendida hoje no sistema de saúde. Nós nos debruçamos sobre essa questão no Ministério da Saúde, e existem pelo menos quatro determinantes que são cruciais para que um programa de rastreamento seja efetivo. Um é, como foi pontuado aqui, a incidência da doença. Em países ou em locais onde a incidência da doença é baixa, por melhor que seja o desempenho diagnóstico do teste de rastreamento em termos de sensibilidade, você vai ter um grande número de falsos positivos, o que vai gerar procedimentos desnecessários, custos para o sistema e sofrimento para pessoas.

A SRª PRESIDENTE (Ana Amélia. Bloco Parlamentar Democracia Progressista/PP - RS) - Falso positivo poderia ser, por exemplo, uma crise de hemorroidas num aparecimento de sangue oculto nas fezes decorrente...

O SR. SANDRO MARTINS - Exato.

A SRª PRESIDENTE (Ana Amélia. Bloco Parlamentar Democracia Progressista/PP - RS) - ... de um processo desse tipo, e aí...

O SR. SANDRO MARTINS - A enteroparasitose também, muitas vezes, pode levar a isso também.

Mas os testes diagnósticos têm características que dão essa eficiência, o quanto eles são eficientes. Existem testes de sangue oculto, como foi mencionado pela colega, que têm uma sensibilidade e uma especificidade inferior ao teste imunológico, por exemplo, para diagnóstico do sangue oculto nas fezes.

A escolha entre um e outro, além do elemento custo envolvido, leva a desempenhos diagnósticos distintos e, portanto, a uma seleção inadequada de pacientes. Tanto se perde casos que seriam ilegíveis para o rastreamento como se recolhe, às vezes, pacientes que não deveriam participar. Então, a incidência da doença é outro aspecto-chave.

Nós temos, no Brasil, como foi mencionado, uma variabilidade muito grande, desde regiões como o Rio Grande do Sul, onde foi mencionado ali 30 a 34 casos de câncer colorretal por cem mil habitantes, uma incidência moderada alta em nível internacional... Nos países onde essa incidência é maior, como países nórdicos, Japão, essa incidência é da ordem de 50 casos por cem mil habitantes. Mas nós temos muitas outras regiões de incidência média baixa, em torno de 15 a 20 casos por cem mil habitantes. Essa pequena diminuição na incidência da doença faz com que também o desempenho do programa de rastreamento seja falho. Se a incidência é baixa, quando você aplica o teste diagnóstico, ele tem maior propensão a levantar casos falsos positivos.

Outro aspecto importante, o terceiro aspecto importante, é a participação. Toda vez que se faz estimativa de qual o impacto de um programa de rastreamento em termos de salvar vidas, a gente está pensando no cenário ideal onde se tem cem por cento de participação da população alvo. Isso não é, na realidade, nenhum programa de rastreamento em nenhum lugar do mundo. As pessoas têm autonomia para participar ou não de programas de rastreamento, como nós temos visto hoje em dia, para nossa surpresa, com, por exemplo, o programa de vacinação para HPV em meninas e meninos no Brasil. Apesar de a vacina estar disponível, a procura da população alvo desse programa de prevenção nos postos de saúde é muito baixa. Então, a participação popular é essencial do ponto de vista de sucesso de qualquer programa de rastreamento.

Como funciona isso do ponto de vista de estudo clínico em situações ideais?

Utilizando um teste imunológico para pesquisa de sangue oculto, que é o que tem melhor desempenho em diagnóstico no ponto de vista clínico hoje em dia, uma população de incidência média-alta, como o Rio Grande do Sul, por exemplo, em torno de 40 casos por 100 mil habitantes. Eu estava fazendo umas contas rápidas aqui. Se tivéssemos 100% de participação popular no programa de rastreamento e tivéssemos também 100% de casos em que, uma vez diagnosticada a alteração do exame, tivesse acesso à colonoscopia e, tendo alteração a colonoscopia, ao tratamento - porque em última análise o que salva vidas é o tratamento, então, é preciso chegar até o fim do espectro -, em cada cem mil exames, pessoas recolhidas pelo programa de rastreamento, nós teríamos realmente em torno de 32 vidas salvas, evitadas de morrer por câncer colorretal. Se essa situação não é a ideal, ou seja, nós temos uma incidência média-baixa, nós temos um exame de qualidade inferior, estamos utilizando testes com guáiacó e estamos tendo acesso a tratamento para 60% das pessoas com o tempo necessário - e hoje o tempo para tratamento no SUS e o monitoramento da Lei de 60 dias, em nível nacional, é da ordem de 60% das pessoas tendo acesso a tratamento no tempo ideal -, o número de vidas que seriam salvas com cem mil pessoas rastreadas cairia para cinco.

Então, o benefício do programa de rastreamento tem muitos determinantes. Desses determinantes, o Ministério da Saúde está centrado é na ampliação da capacidade de diagnóstico e tratamento de maneira integrada. E, do ponto de vista de estratégia para a comunidade, o que tem que ser preconizado, inclusive nos cadernos de atenção básica, nas orientações para o Programa de Saúde da Família, é atenção à mudança no hábito intestinal, presença de sangue nas fezes, sintomas novos e encaminhamento desses pacientes para a investigação. Então, pacientes sintomáticos, busca de diagnóstico precoce.

Nessa estratégia evidentemente cresce a importância de você acrescentar experiências de rastreamento em populações de alta prevalência, onde se pode justamente testar esses números dos estudos clínicos e ver se realmente esse é o desempenho e também esses estudos pilotos servem para se levantarem os cursos de fazer isso em maior escala. Eu sei que a equipe da Dr^a Angelita Gama desenvolveu alguns estudos pilotos de rastreamento de câncer colorretal, e essas informações usamos para substanciar esses planejamentos de ações integradas, mas seguramente são iniciativas necessárias.

A SR^a PRESIDENTE (Ana Amélia. Bloco Parlamentar Democracia Progressista/PP - RS) - Se eu não me engano, também aquele intestino feito é ideia da Dr^a Angelita, não é? Que ela, quando veio aqui, mostrou, e aí fizemos uma exposição, até acho que foi na Câmara. Eu acho que é mais didático, porque aí é fácil você entender um pouco, visualizar.

Eu até fiz um comentário aqui sobre um remédio. Nem sabia, porque li a matéria antes de ir para a nossa audiência, e aí vamos fazer aqui, aproveitando... Lauda Santos preside a Associação Maria Vitória de Doenças Raras e Crônicas, e ela faz a seguinte pergunta ao Dr. Sandro: "Há uma Consulta Pública de nº 48, no Ministério da Saúde, Conitec, para câncer colorretal.

A Conitec não recomenda a incorporação ao medicamento [que eu citei aqui o nome], cetuximabe, que leva à cura. Qual a possibilidade de o paciente ter acesso?" Ela pergunta aqui. Ela faz, a Lauda Santos, dessa entidade. Agradecendo, Lauda.

O SR. SANDRO MARTINS - Então, Lauda Santos, claro, essa é uma colocação importante.

O processo de inclusão de tecnologias...

A SRª PRESIDENTE (Ana Amélia. Bloco Parlamentar Democracia Progressista/PP - RS) - Incorporação.

O SR. SANDRO MARTINS - ... incorporação de tecnologias ao SUS passa por um rito que é uma análise técnica de documentos técnicos científicos, um relatório submetido ao plenário da Conitec. A Comissão delibera favoravelmente ou desfavoravelmente inicialmente, submete esse material todo para contribuição adicional da sociedade. Então, nesse momento que está em consulta pública, é o momento realmente de profissionais da saúde, de pacientes, sociedade contribuírem com informações distintas das que foram disponibilizadas por ocasião da submissão inicial.

Então, o relatório que está disponível no *site* da consulta pública permite ver exatamente quais foram as razões pelas quais foi recomendada ou não recomendada a incorporação, e argumentos adicionais devem ser apresentados para serem apreciados depois, pela comissão, donde virá uma deliberação final a respeito da propriedade da incorporação da tecnologia ou não ao SUS. Então, a participação não só é possível como é essencial nesse momento de consulta pública.

A SRª PRESIDENTE (Ana Amélia. Bloco Parlamentar Democracia Progressista/PP - RS) - Está explicado, Lauda?

(Intervenção fora do microfone.)

A SRª PRESIDENTE (Ana Amélia. Bloco Parlamentar Democracia Progressista/PP - RS) - Fale, por favor, no microfone. Estou fazendo aqui uma, digamos, flexibilização para permitir na audiência a participação da Lauda.

A SRª LAUDA SANTOS - Obrigada, Senadora.

Dr. Sandro, mas nós, assim, como associação de pacientes, estamos fazendo uma mobilização para atender esses pacientes que as associações acolhem. Quais são as chances de nós, associações, conseguirmos reverter essa não incorporação? Isso é superimportante para nós.

O SR. SANDRO MARTINS - De fato, cada ente, cada componente da sociedade contribui com a sua visão a respeito do processo da incorporação. Evidentemente, da associação de pacientes não se espera um arrazoado técnico-científico defendendo a incorporação, mas se esperam, provavelmente, os depoimentos, as colocações de experiências locais, a que a sociedade organizada tem acesso, se espera esse tipo de contribuição, do ponto de vista dessas associações de pacientes, por exemplo, em consultas públicas. Pelo menos é o que me parece mais comum de acontecer, enquanto sociedades médicas e entidades que normalmente fazem uma argumentação técnico-científica em relação à decisão preliminar da comissão.

A SRª PRESIDENTE (Ana Amélia. Bloco Parlamentar Democracia Progressista/PP - RS) - Qual é o preço desse medicamento? O senhor tem ideia?

O SR. SANDRO MARTINS - Bom, no relatório de submissão que foi avaliado pela Conitec, a informação de custo de tratamento, aplicado ao universo de pacientes em tese elegíveis, estimava um impacto da ordem de 400 milhões no curso da incorporação dessa modalidade de tratamento. Então, tem um custo.

A SRª PRESIDENTE (Ana Amélia. Bloco Parlamentar Democracia Progressista/PP - RS) - Não, esse total, Dr. Sandro, é o quê?

O SR. SANDRO MARTINS - O custo do medicamento em si?

A SRª PRESIDENTE (Ana Amélia. Bloco Parlamentar Democracia Progressista/PP - RS) - Do medicamento em si. Se uma pessoa vai comprar...

O SR. SANDRO MARTINS - Eu credito que...

A SRª PRESIDENTE (Ana Amélia. Bloco Parlamentar Democracia Progressista/PP - RS) - Para ter uma noção.

O SR. SANDRO MARTINS - ... que o custo mensal de tratamento com essa classe de medicamento deva estar por volta de R\$15 mil a R\$20 mil, a depender de peso, dose, posologia, que são elementos variáveis.

A SRª PRESIDENTE (Ana Amélia. Bloco Parlamentar Democracia Progressista/PP - RS) - Por que é tão caro no Brasil o tratamento, comparado, por exemplo, a países como a Tailândia, o Vietnã ou o Taiwan?

O SR. SANDRO MARTINS - Exato, nós temos uma particularidade realmente com a questão da precificação de medicamentos no País, que até é um assunto sobre o qual a Comissão de Assuntos Sociais deveria realmente...

A SRª PRESIDENTE (Ana Amélia. Bloco Parlamentar Democracia Progressista/PP - RS) - Eu já comecei...

O SR. SANDRO MARTINS - ... detidamente analisar.

A SRª PRESIDENTE (Ana Amélia. Bloco Parlamentar Democracia Progressista/PP - RS) - ... a tratar disso.

O SR. SANDRO MARTINS - Porque, se observarmos, as famílias gastam com medicamentos no Brasil, medicamento na farmácia - uso sem prescrição médica ou uso com prescrição médica, compra direta por famílias -, segundo a Pesquisa por Amostra de Domicílios, um recurso quase que equivalente ao orçamento do Ministério da Saúde. Então, os medicamentos no Brasil são muito caros.

A SRª PRESIDENTE (Ana Amélia. Bloco Parlamentar Democracia Progressista/PP - RS) - Por isso que há tanta farmácia.

O SR. SANDRO MARTINS - Nominalmente caros. Não é exatamente um custo imposto pela indústria farmacêutica, mas é um custo pelo qual eles são registrados. E, nesse registro de preço de medicamentos, nós temos situações em que medicamentos novos, que são introduzidos no País porque são inovadores, são precificados à razão de uma cesta de preços internacional, em que esse medicamento é comercializado. Então, há uma média desses preços, converte-se ao câmbio da ocasião e você tem um preço de referência para esses medicamentos no Brasil.

Mas ocorre uma coisa interessante com o mercado de medicamentos, que é diferente do restante da economia. Então, no restante da economia, se você introduz um concorrente, um equipamento, um dispositivo que faz a mesma função, vai haver uma concorrência de preço, e a tendência, ao longo dos anos, é de que o preço caia.

A SRª PRESIDENTE (Ana Amélia. Bloco Parlamentar Democracia Progressista/PP - RS) - Caia.

O SR. SANDRO MARTINS - Isso é normal.

No Brasil, nós temos um mecanismo interessante que assegura que preços de medicamento, ao longo dos anos, o medicamento perde a patente, entram medicamentos similares, genéricos, que são exatamente a mesma coisa, mas nós temos um regramento que faz com que anualmente o preço do medicamento aumente, independentemente de haver similares ou genéricos concorrendo.

Então, nós temos uma regulação de preço de medicamento que, seguramente, onera muito o Estado quando tem que prover cuidado através de assistência farmacêutica no SUS para 200 milhões de pessoas, e as famílias, quando precisam recorrer às drogarias e farmácias, buscando também o tratamento.

A SRª PRESIDENTE (Ana Amélia. Bloco Parlamentar Democracia Progressista/PP - RS) - Há até uma brincadeira! Obrigada, Dr. Sandro. Até esse tema há está no nosso radar e na nossa agenda, essa questão dos preços. Há uma secretaria que faz a regulação de medicamentos, e queríamos conhecer mais as regras para fazer isso. Mas há uma brincadeira que mostra o estado de coisas neste nosso País. Diz que se uma pessoa chegar a uma farmácia tossindo, ela vai comprar um remédio e vai pagar imposto. Se um cachorro chegar a uma veterinária latindo, o dono vai comprar o remédio e não paga imposto. Então, veja, é um tratamento desigual para as questões. Claro que nós queremos que o cachorrinho seja bem tratado, tenha remédio, mas por que o medicamento não paga, e o outro medicamento para nós... E aí pesa sobre o poder aquisitivo da população, que vai ter que gastar, está gastando como o senhor disse aí, muito revelador.

Eu só fiquei com uma dúvida aqui porque o dado, quando perguntei sobre o percentual estimado de atendimento da demanda da Lei dos 60 dias, o Dr. Paulo falou de um percentual. Se eu não estou enganada, Dr. Sandro falou em 60% e o Dr. Paulo deu um número, um percentual menor do que 60%.

O SR. PAULO GONÇALVES DE OLIVEIRA - O meu é mais impressão. Eu tenho que dizer que não tenho dado objetivo para isso e giraria em torno de 50% pelo que a gente percebe e variável com o período porque ele entra para marcar operação, mas se o hospital não tem licitação, não tem a disposição uma série de materiais, atrasa aquele grupo todo e depois você começa...Então, passam períodos. Isso é sazonal ainda. É interessante porque não há uma compra permanente. Se diz que é problema de gestão. Não é só estão, esse é também um dos problemas, mas não é o único.

Acho que ele varia no transcorrer do ano e giraria em torno disso porque há períodos em que a gente tem pronto para atender o paciente e há períodos em que a gente tem que esperar não porque o grupo da equipe de saúde não esteja querendo atendê-lo e tal, mas ele não tem condições de oferecer o melhor tratamento para ele, seja quimioterápico, radioterápico ou operação.

A SRª PRESIDENTE (Ana Amélia. Bloco Parlamentar Democracia Progressista/PP - RS) - Eu quero agradecer ao Dr. Paulo e também ao Dr. Sandro nesse aspecto, aliás agradecer também ao Ministério Público, à Procuradoria-Geral da República, ao Dr. Eitel Santiago. O Dr. Eitel Santigado mobilizou o Ministério Público para fazer exatamente uma espécie de auditoria junto ao Tribunal de Contas sobre a implementação dessa lei. Então, queria agradecer.

Aqui veio uma pessoa, que chegou agora, mas a questão já foi respondida pela... Se é a mesma questão da consulta pública sobre a Conitec, sobre o medicamento que a Lauda provocou o Dr. Sandro. Então, ele já respondeu, explicou os critérios que são usados e nós estamos encaminhando para o final.

Eu queria saber da Dr^a Andréa Bento ou André, não sei, se representa o Instituto Vencer o Câncer.

A SR^a ANDREA BENTO - Exatamente.

A SR^a PRESIDENTE (Ana Amélia. Bloco Parlamentar Democracia Progressista/PP - RS) - Então, rapidamente, lhe dou dois minutos.

Por favor.

A SR^a ANDREA BENTO - Rapidinho.

É uma questão bem rápida sobre o parecer da Conitec que foi feito para a sociedade civil. Na parte final do parecer, a Conitec recomenda o medicamento cetuximabe, que ela acredita na eficácia e na eficiência do medicamento, porém, por questões econômicas, não há como recomendar esse medicamento e deixa em aberto que as instituições, hospitais, enfim, todas as instituições podem, dentro do valor que recebem de ressarcimento do SUS, garantir esse medicamento para os pacientes caso seja indicado.

E, aí, a minha questão é: fazendo uma análise de tabela, a gente sabe que o valor da Apac passado para os pacientes é de dois mil e pouco e o valor do medicamento é muito maior. Então, como seria...

(Soa a campanha.)

A SR^a ANDREA BENTO - ... esse repasse, como seria essa disponibilidade do medicamento?

A SR^a PRESIDENTE (Ana Amélia. Bloco Parlamentar Democracia Progressista/PP - RS) - Obrigada, Andrea.

Dr. Sandro para concluir e a gente encerra.

O SR. SANDRO MARTINS - Em relação ao preço de tabela e medicamento, eu não estou aqui, de memória e nem tenho essa frase ou esse final do relatório de incorporação, mas seguramente está lá disponível o esclarecimento.

Provavelmente e, quero acreditar, que ele está fazendo referência ao modelo de financiamento da quimioterapia e oncologia no SUS e modelo de financiamento do SUS de modo geral. A tabela de procedimentos do SUS - diferente de uma tabela de convênio, de plano de saúde e que discrimina especificamente cada item do plano de saúde que pode ser faturado pelo hospital - é um dos instrumentos de financiamento da rede de atenção oncológica. Esse é o primeiro aspecto a ser entendido, não é o único.

Eu poderia lembrar, por exemplo, que nós temos no Hospital Universitário, onde o Dr. Paulo trabalha e onde tive a oportunidade de passar bons anos por lá também, nós temos cetuximabe, tratamento de câncer colorretal e o hospital é 100% SUS. Os recursos de que a rede pública dispõe, o Estado dispõe para atenção oncológica vão um pouco além da tabela. A gente teria algum tempo para explicar exatamente todos os mecanismos de financiamento, mas é um erro entender o valor nominal do que há na tabela do SUS como limite prudencial pelo qual um hospital deva se balizar para fornecer uma tecnologia para as pessoas. Senão, não haveria internação em leito UTI neste País. Uma diária de leito de UTI, se você observar lá na tabela do SUS, paga um valor muito pequeno se a gente for pensar no custo do oxigênio que o paciente utiliza na UTI. É maior provavelmente do que o valor da diária do SUS, no entanto, não é o único meio de financiamento das UTIs.

Se você observar o valor da consulta médica especializada - não sei -, mas deve ser algo em torno de R\$10,00 ou R\$12,00. Não existe nenhum médico que seja remunerado a essa razão em algum hospital público ou trabalhe nessa situação. Então, o valor da tabela do SUS é um valor de componente federal de financiamento para o sistema, um sistema de financiamento que é tripartite, ou seja, há a necessidade e obrigação de o Estado e o Município complementarem os valores previstos na tabela de procedimentos como componente federal para fins de financiamento do sistema.

É muito complexo, cada hospital tem uma realidade econômica e uma forma de organização e aí nós temos uma variação que os protocolos e diretrizes terapêuticos procuram estabelecer um *quantum* mínimo necessário de qualidade para esses tratamentos, mas seguramente respeitando a diferença de porte tecnológico e econômico das instituições.

A SR^a PRESIDENTE (Ana Amélia. Bloco Parlamentar Democracia Progressista/PP - RS) - Obrigada, Dr. Sandro. Está respondida.

Eu tenho uma informação de pessoa ligada ao setor que, nessa informação dada, para o...

Fico feliz porque olha como deu repercussão uma audiência. Quero até agradecer o prestígio de estar presente aqui o Dr. Jarbas Barbosa, Presidente da Anvisa que acompanha essa... A Anvisa tem sido sempre, nesta Comissão de Assuntos Sociais, extremamente atenciosa e sempre pronta aqui ao menos em embates bastante complicados.

O que a Conitec teria, em princípio, estipulado como valor mensal de tratamento é R\$8,2 mil, mas esse é o valor proposto no dossiê da Conitec e o SUS só sobre R\$2,224 mil. Então, é um detalhe muito técnico para entender mais um pouco a questão.

Eu queria agradecer muito o apoio da Secretaria da Comissão de Assuntos Sociais, à Senadora Marta Suplicy, que agendou esta audiência requerida por mim; agradecer imensamente a participação do Dr. Sandro José Martins, que aqui representa o Ministério da Saúde, Coordenador-Geral de Atenção Especializada do Departamento de Atenção Especializada e Temática do Ministério da Saúde; da Dr^a Marlise Mello Cerato Michaelsen, representante da Associação Gaúcha de Coloproctologia - AGCP e do Dr. Paulo Gonçalves de Oliveira, representante da Associação Brasileira de Prevenção do Câncer de Intestino e de todos que acompanharam, pessoas que vieram aqui representando os pacientes, Dr. Jarbas Barbosa e todos que acompanharam esta audiência pública.

Agora nós teremos, como sequência, que cuidar dessa questão preços porque é uma questão importante. E, inclusive, insistir na questão da Lei dos 60 dias, que é muito relevante. Tentar, sempre que possível, levar essa questão da prevenção, que são aqueles hábitos saudáveis para combater o início ou combater a doença, mesmo sabendo que alguns fatores genéticos, por exemplo, são esses incontrolláveis e deles a natureza se encarregou de fazê-los desta forma.

Muito obrigada a todos.

Está encerrada a presente audiência pública e a presente reunião.

Obrigada.

(Iniciada às 14 horas e 18 minutos, a reunião é encerrada às 15 horas e 55 minutos.)