



SENADO FEDERAL
SECRETARIA-GERAL DA MESA
SECRETARIA DE REGISTRO E REDAÇÃO PARLAMENTAR
3ª SESSÃO LEGISLATIVA ORDINÁRIA DA
56ª LEGISLATURA

Em: 26 de outubro de 2021

(terça-feira)

Às 9 horas

141ª Sessão Especial

O SR. PRESIDENTE (Marcelo Castro. Bloco Parlamentar Unidos pelo Brasil/MDB - PI. Fala da Presidência.) - Declaro aberta a sessão.

Sob a proteção de Deus iniciamos nossos trabalhos.

A presente sessão especial remota foi convocada nos termos do Ato da Comissão Diretora nº 8, de 2021, que regulamenta o funcionamento das sessões e reuniões remotas e semipresenciais no Senado Federal e a utilização do Sistema de Deliberação Remota; e em atendimento ao Requerimento nº 2.157, de 2021, de minha autoria e de outros Senadores e Senadoras, aprovado pelo Plenário do Senado Federal.

A sessão é destinada a comemorar o Dia Internacional de Combate ao Câncer de Mama.

A Presidência informa que esta sessão terá a participação dos seguintes convidados:

- a Sra. Acácia Soares Suassuna, Procuradora do Ministério Público Federal no Estado da Paraíba e Coordenadora em exercício da 1ª Câmara de Coordenação e Revisão do Ministério Público Federal;
- o Sr. Eduardo Barros Franco, Chefe de Gabinete do Instituto Nacional de Câncer (Inca);
- o Sr. João Bosco Ramos Borges, Presidente do Departamento de Políticas Públicas da Sociedade Brasileira de Mastologia (SBM);
- a Sra. Daniela Catunda, representante do Hospital de Base da Rede Feminina de Combate ao Câncer no Distrito Federal;
- o Sr. Bruno Pacheco, Coordenador do Comitê de Tumores Mamários da Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica (SBOC);
- o Sr. Gabriel Johnson, Coordenador de Projetos e Relações Institucionais da Federação Brasileira de Instituições Filantrópicas de Apoio à Saúde da Mama (Femama);
- a Sra. Luciana Holtz, Presidente do Instituto Oncoguia;
- o Sr. Luiz Carlos Zeferino, Diretor da Faculdade de Clínicas Médicas e Professor titular de Ginecologia da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp); e
- a Sra. Vanja Andréa Reis dos Santos, Conselheira Nacional de Saúde (CNS).

Convido todos para, em posição de respeito, acompanharmos o Hino Nacional.

(Procede-se à execução do Hino Nacional.)

O SR. PRESIDENTE (Marcelo Castro. Bloco Parlamentar Unidos pelo Brasil/MDB - PI) - Sras. e Srs. Senadores, Sras. e Srs. convidados, estimadas e estimados ouvintes, bom dia.

Damos início, neste momento, à sessão especial do Senado destinada a comemorar o Dia Internacional de Combate ao Câncer de Mama, anualmente celebrado em 19 de outubro.

Esta sessão foi convocada em decorrência da aprovação do Requerimento nº 2.157, de 2021, apresentado por mim e apoiado por outros Senadores e Senadoras.

O Dia Internacional de Combate ao Câncer de Mama foi instituído pela Organização Mundial da Saúde (OMS) com o objetivo de aumentar a consciência sobre a gravidade dessa doença e, simultaneamente, promover o acesso das mulheres, em tempo hábil, ao diagnóstico precoce e tratamento. Também com esse objetivo, a Organização Mundial da Saúde declarou outubro como o mês da conscientização sobre o câncer de mama, o Outubro Rosa.

Quero lembrar que, em 8 de março deste ano, Dia Internacional da Mulher, a Organização Mundial da Saúde lançou também a Iniciativa Global contra o Câncer de Mama, com o objetivo de reduzir a mortalidade global dessa doença em 2,5% ao ano até 2040 e, com isso, evitar cerca de 2,5 milhões de mortes.

O Senado Federal, ao promover esta sessão especial, junta-se a esse esforço da Organização Mundial da Saúde, para que haja uma maior conscientização sobre a natureza e a gravidade dessa doença, e para que seja propiciado às mulheres brasileiras - em especial às mais carentes - o amplo e irrestrito acesso aos meios de diagnóstico precoce e de tratamento.

Além desta solenidade, com esse objetivo, diversas ações estão sendo realizadas nas dependências do Congresso Nacional, em parceria com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass); o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems); o Instituto Nacional de Câncer (Inca); o Ministério da Saúde; a Federação Brasileira de Instituições Filantrópicas de Apoio à Saúde da Mama (Femama); a Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica (SBOC); o Instituto Oncoguia; o Instituto Lado a Lado Pela Vida; o movimento Todos Juntos contra o Câncer; o Hospital do Amor; a Liga do Bem; e a Recomeçar - Associação das Mulheres Mastectomizadas de Brasília.

Essas ações resultam de um esforço conjunto da Procuradoria Especial da Mulher do Senado Federal, sob a gestão atual da nobre Senadora Leila Barros (Cidadania - DF), e da Secretaria da Mulher da Câmara dos Deputados, sob o comando da ilustre Deputada Tereza Nelma (PSDB - AL). De fato, precisamos intensificar urgentemente nossos esforços no combate a essa enfermidade.

De acordo com recente levantamento realizado pela Agência Internacional de Pesquisa sobre o Câncer (Iarc, em inglês) no ano passado, o câncer de mama se tornou o tipo de câncer mais diagnosticado em todo o mundo, ultrapassando, pela primeira vez, o número de novos casos de câncer de pulmão.

Em 2020, foram 2,3 milhões de novos casos da doença em todo o mundo, com 685 mil mortes. Foi, portanto, a causa mais comum de morte por câncer entre as mulheres e a quinta causa mais comum de morte por câncer em todo o mundo.

No Brasil, a estimativa aponta para a incidência de 66 mil casos novos de câncer de mama em 2020. Esse número corresponde a um risco estimado de, aproximadamente, 62 casos novos a cada 100 mil mulheres. Com cerca de 18 mil óbitos anuais, essa neoplasia também é, entre nós, a causa mais frequente de morte por câncer entre as mulheres, independentemente da condição socioeconômica, superando inclusive, o câncer de pulmão que mais mata os homens, com 16.733 óbitos.

Cabe-nos lembrar, senhoras e senhores, que a normativa brasileira em apoio às pessoas com câncer adveio do permanente trabalho deste Congresso Nacional.

Como marco inicial, tivemos, em 1999, a lei de obrigatoriedade do fornecimento gratuito pelo Sistema Único de Saúde (SUS) de cirurgia plástica reparadora da mama. Em 2008, aprovamos a lei da mamografia, que assegura a prevenção, a detecção, o tratamento e o seguimento dos cânceres de colo uterino e de mama a todas as mulheres a partir de 40 anos.

Estimados ouvintes, a prevenção é o melhor remédio e quem tem câncer não pode esperar. Foi pensando nisso que o Congresso Nacional aprovou, em 2012, a Lei dos 60 dias para o início do tratamento de pessoas diagnosticadas pela doença; e, em 2019, aprovamos a Lei dos 30 dias para a realização do diagnóstico daquelas pessoas com laudo médico de suspeita da doença.

Não obstante esse vasto marco legal, ainda precisamos avançar. Nesse sentido, enalteço a decisão de, em 2019, termos aprovado à unanimidade, no Plenário deste Senado Federal, o Projeto de Decreto Legislativo (PDS) nº 377, de 2015, de autoria do nobre Senador Lasier Martins, com o objetivo de derrubar a Portaria 61, de 2015, do Ministério da Saúde, que limita o acesso de mulheres de 40 a 49 anos aos exames de mamografia para a detecção precoce do câncer de mama no SUS, diferentemente do recomendado na lei e pela Sociedade Brasileira de Mastologia.

A proposta se encontra em tramitação na Câmara dos Deputados. Até a decisão, somente mulheres de 50 a 69 anos de idade podem fazer o rastreamento mamográfico na rede pública.

Outro ponto fundamental é ampliarmos a cobertura de atendimento dos planos de saúde aos medicamentos orais contra a doença. Sobre isso defendemos a derrubada do Veto 41, de 2021, à Lei 13.897, de 2019. Essa seria mais uma conquista do Outubro Rosa, senhoras e senhores.

Outra preocupação que compartilho, estimados convidados, é a situação de quarentena prolongada, por quase um biênio, em razão da pandemia do coronavírus, o que também resultou na drástica redução do número de mamografias em nosso País, tanto em 2020 quanto no ano corrente. De modo que as atuais campanhas informativas sobre a necessidade de prevenção ao câncer de mama ganharam relevância ainda maior, em 2021, e também nos anos subsequentes.

Ao reiterarmos que a moléstia de que ora nos ocupamos é curável, sobretudo quando diagnosticada nos estágios iniciais e tratada por meio das melhores técnicas e práticas médicas, manifestamos nossa crença de que o Senado Federal deve manter e ampliar seus esforços pela conscientização da sociedade, em prol do controle do câncer de mama, um tema de claro interesse geral, porque vinculado à ideia de bem comum, de saúde pública, de longevidade e de uma existência saudável.

Assim, ao celebrarmos o Dia Internacional do Combate ao Câncer de Mama, agradecemos, penhorados, a presença das senhoras e dos senhores e o esforço contínuo da comunidade científica e de todos os profissionais da Medicina, nos hospitais e laboratórios de nosso País, em favor do bem-estar da mulher brasileira.

Que possamos, de fato, ampliar a consciência sobre a importância da detecção e do tratamento precoce do câncer de mama em nosso País, reduzindo cada vez mais a incidência desse flagelo em nossa população.

Era o que eu tinha a dizer. Muito obrigado.

Vamos passar, então, à lista dos convidados para que possam fazer as suas falas.

Concedo a palavra à primeira inscrita, que é a Sra. Acácia Soares Suassuna, Procuradora do Ministério Público Federal no Estado da Paraíba e Coordenadora em exercício da 1ª Câmara de Coordenação e Revisão do Ministério Público Federal, por cinco minutos, mas esse tempo, como eu tenho dito aqui em todas as sessões que nós temos feito aqui, é flexível, não se é obrigado a ficar nos cinco minutos não. Normalmente as pessoas falam de cinco a dez minutos, porque são muitos os que vão falar e, se a pessoa falasse mais do que isso, terminaria dificultando para os demais.

Com a palavra a Sra. Acácia.

A SRA. ACÁCIA SOARES SUASSUNA (Para discursar.) - Bom dia a todos. Gostaria de cumprimentar o Senador Marcelo Castro, que está presidindo o evento, na pessoa de quem eu saúdo todos os Parlamentares, todas as autoridades, todos os profissionais, órgãos e instituições que atuam na luta contra o câncer.

Gostaria também de saudar a Dra. Roberta Sousa Almeida Pontes, que é servidora aí do Senado e que já trabalhou no Ministério Público Federal, sempre com muito dinamismo, com muita competência, na pessoa de quem eu saúdo todos os servidores, inclusive, os que participarão da celebração deste evento tão importante, e todas as pessoas que nos assistem pela rede mundial de computadores.

Gostaria também de agradecer ao convite feito ao MPF, à 1ª Câmara, para que possamos, neste espaço, prestar contas à sociedade e colocar o que vem sendo feito desde a publicação da Lei 12.732, de 2012. E gostaria também, Senador, de agradecer à compreensão na organização das falas. Nós pedimos a inscrição primeiro, porque não conseguimos reajustar outro evento institucional, eu terei que me ausentar logo mais. Então, ao tempo em que agradeço, já peço minhas desculpas a todos por não poder acompanhar o evento.

Bom, feitos os cumprimentos, eu gostaria de iniciar lembrando que, quando a Lei 12.732, de 2012, foi publicada, em 22 de novembro de 2012, teve *vacatio legis* de 180 dias; então, a lei começou a entrar em vigor em maio de 2013.

Já em fevereiro de 2013, a 1ª Câmara, com a preocupação - porque sempre foi uma preocupação da 1ª Câmara este tema, políticas públicas de combate ao câncer - instituiu um grupo de trabalho.

Um grupo de trabalho cujo escopo era justamente acompanhar todas as medidas adotadas pelo Ministério da Saúde para garantir a efetividade na implementação, no monitoramento do prazo de 60 dias para o início do tratamento.

A Lei 12.732 coloca claramente que o paciente com neoplasia maligna tem o direito de se submeter ao primeiro tratamento no Sistema Único de Saúde no prazo de até 60 dias, contados a partir do dia em que for firmado o diagnóstico em laudo patológico ou em prazo menor.

Aí o Ministério Público já atenta para a preocupação do legislador. O legislador certamente, seguindo a máxima de que o câncer não pode esperar, não está aqui colocando que o tratamento tem que ser em 60 dias; ele coloca na lei "ou em prazo

menor". Certamente o tratamento quanto antes melhor. Ele coloca um prazo máximo, que é o prazo de 60 dias, para que seja feito o primeiro tratamento, ou seja, a cirurgia, a quimio ou a radio.

Quando foi instituído esse grupo de trabalho no âmbito da 1ª Câmara, várias reuniões já começaram a ser feitas com o Ministério da Saúde, com o Inca, com o Conass, Conasems - CGU e TCU também participaram desse trabalho conjunto para buscar a efetividade dessa lei. Naquele momento nos foi apresentado o Siscan (Sistema de Informação do Câncer).

O Siscan teria, naquele momento, dois módulos: o módulo tratamento, através do qual é feito o faturamento dos exames, e o módulo monitoramento, através do qual se veria como estaria o cumprimento. Porque a grande questão é: saiu a lei, que é de 60 dias, como fazer para que esse prazo seja cumprido? E quem estiver descumprindo? E a transparência? Então, todas essas questões foram levadas e verificamos que esse módulo monitoramento do Siscan estava com alguns problemas, alguns problemas técnicos e alguns problemas de alimentação, porque hospitais teriam que alimentar esse sistema, a alimentação estava muito imprecisa, estava intempestiva. E aí nós sempre, em reuniões, buscando esse esforço conjunto para que houvesse esse pleno monitoramento, buscamos novas soluções.

O Ministério da Saúde, o Inca e o Datasus nos apresentaram uma ferramenta que precisa ser publicizada, que é a ferramenta do Painel de Monitoramento do Tratamento Oncológico. Como foi que se verificou essa ferramenta em 2018? É uma ferramenta que não precisaria da alimentação, porque ela faria um *push* dos dados já constantes no sistema, no sistema de informação ambulatorial, no sistema de informação hospitalar do próprio Siscan.

Através desse *push*, essa ferramenta teria três módulos: um módulo do início do tratamento, onde ela colocaria os pacientes que foram atendidos até 60 dias, os que foram atendidos depois, os casos que não têm diagnóstico, os casos específicos de câncer de pele não melanoma e câncer de tireoide. Então, teria esse painel, seria uma proposta que foi apresentada para que realmente se pudesse monitorar.

E quando esse painel nos foi apresentado, ainda em 2018 - e aqui faço o registro do esforço que foi verificado pelo Datasus, na pessoa do Dr. Henrique Nixon, que na época estava lá, da Dra. Inez Gadelha, da Dra. Ana Cristina do Inca -, foi apresentado esse painel também como alternativa de nortear o gestor, porque ele não colocaria apenas o prazo de 60 dias, ele traria outros indicadores, como, por exemplo, quantas mulheres têm câncer de mama em Campina Grande? Por Município, por sexo, por idade, qual é a faixa que está mais incidente?

Então, esse painel teria uma série de indicadores que, analisados pelo gestor, teriam como finalidade nortear políticas públicas. Isso é que foi apresentado no painel. Esse painel foi homologado pelo Inca também e foi apresentado em maio de 2019. Quando ele foi apresentado em 2019, aí o Ministério Público, nesse esforço de dar publicidade ao painel e de fazer com que os gestores usassem o painel e a população tivesse a informação desses dados, pactuou com os órgãos a divulgação e que seria feita uma apresentação desse painel numa videoconferência nacional. O Ministério da Saúde fez a apresentação do painel por videoconferência, em maio de 2019. A Dra. Inez Gadelha foi quem presidiu esse painel, juntamente com o Inca, e foi exposto para todos os Estados um tutorial de como acessar esse painel. Em novembro de 2019, como já exposto pelo Senador na sua exposição inicial, veio a Lei 13.896, preocupada também com o quê? Com o tempo dos exames, fazendo alteração na Lei 12.732 e acrescentando o §3º, dizendo que os exames necessários à elucidação, nos casos em que a primeira hipótese diagnóstica seja a de neoplasia maligna, devem ser realizados no prazo máximo de 30 dias, outra preocupação salutar aqui do legislador, já também vendo a situação antes do tratamento, para já identificar a doença num diagnóstico mais precoce. E aí nós solicitamos que o painel fosse ajustado para que também monitorasse esses 30 dias da Lei 13.896.

E aí o painel sofreu algumas alterações. Nós tivemos uma reunião em fevereiro de 2020, quando estava prevista uma audiência pública para que fosse divulgado esse painel. O Ministério Público estava muito preocupado com a falta de adesão dos Estados e Municípios em relação ao painel; tínhamos achado que pouco mais de 500 acessos, porque a esse painel tem acesso tanto o gestor estadual, o gestor municipal, indicados pelos secretários, os estabelecimentos de saúde que utilizam o tratamento, além do Conass, Conasems e outros órgãos de controle. Tudo isso visando à transparência. Então, seria feita essa audiência pública, e, infelizmente, em razão da pandemia, o evento não teve como ser realizado.

Este ano, nós perguntamos ao Inca a situação do painel, como é que se encontraria o painel. Verificamos que, antes, eram 575, e, hoje, existem 9.179 perfis de acesso municipal em relação... O que ainda é muito pouco, considerando que nós temos 5.570 Municípios no Brasil. Esse número ainda é muito diminuto.

Foi colocado também pelo Inca que, pelos dados do painel, desde 2013, 39,3% dos casos de tratamento foram realizados até 60 dias. Então, a gente tem aí um percentual de mais de 60% fora ainda do prazo de até 60 dias. E aí houve uma alteração no DataSUS, foi informado também pelo Inca, agora em outubro de 2013, e essa informação disse que houve uma necessidade de alteração da ferramenta e vai ser necessária uma nova homologação, para que possa ser visualizada, para que os acessos sejam feitos e efetivos.

Então, a Dra. Ana Cristina, Diretora-Geral do Inca, me passou a informação de que está na pendência de ajustes técnicos para homologação dessa mudança na ferramenta, e, em seguida, haverá uma comunicação e orientação aos usuários para obter um novo acesso e como ser feito tudo o que pode ser extraído desse painel.

E o que nós gostaríamos aqui de colocar a todos aos que nos assistem, Senadores, já nos encaminhando para as considerações finais, é que precisamos ter esse prazo monitorado para que a população saiba os dados, saiba o que está acontecendo e, muito mais do que isso, para que se possam estabelecer políticas para reduzir, porque o que se espera, na política do câncer, é o controle dessa doença. A gente sabe da necessidade dos exames, da prevenção, para que essa doença não se alastre. Foquei aqui o tratamento porque esse é um trabalho de cuja relatoria da 1ª Câmara eu já participo, focando esse monitoramento que também é muito importante. E como dito no início: não é que tem de ser 60 dias; pode até ser um prazo menor, mas precisamos saber o que acontece, ter dados. O Brasil ainda carece muito de dados precisos.

Se o gestor está com esses dados, ele pode saber: "Olha, no meu Município, eu vi que a faixa etária que tem o maior índice de câncer é essa. Então, o que é que eu posso fazer para diminuir?". Esses dados são essenciais para nortear essas políticas.

Então, insistimos que a Lei 12.732, para que seja efetivada, precisa ser controlada através de um painel, de uma ferramenta, que no caso que se está apresentando é o painel, para que se possa monitorar o tempo entre o diagnóstico e o início do tratamento oncológico. Colocamos também que o Ministério Público Federal, além dessa relatoria, que é específica no acompanhamento do monitoramento do prazo da lei, tenha outros grupos de trabalho com enfoque também no câncer, na prevenção, nos trabalhos que devem ser desenvolvidos junto às instituições, para que essa doença seja controlada.

Então, já me encaminhando aqui para as palavras finais, eu gostaria de agradecer e de trazer esta informação de que o Ministério Público, através da 1ª Câmara, desde o início, antes mesmo da vigência, da entrada em vigor da Lei 12.732, vem trabalhando arduamente para que esse prazo seja cumprido, para que o poder público monitore, para que adote políticas e para que a gente tenha a conscientização e a relevância do controle dessa doença.

Eu agradeço a participação, em nome do Ministério Público Federal, desejando a todos um excelente evento.

O SR. PRESIDENTE (Marcelo Castro. Bloco Parlamentar Unidos pelo Brasil/MDB - PI) - Nós é que agradecemos a palavra de V. Sa., e passamos ao próximo orador inscrito, que será o Sr. João Bosco Ramos Borges, Presidente do Departamento de Políticas Públicas da Sociedade Brasileira de Mastologia (SBM).

Com a palavra o Sr. João Bosco Ramos Borges.

O SR. JOÃO BOSCO RAMOS BORGES (Para discursar.) - Bom dia, Senador Marcelo Castro. Muito obrigado pelo convite. Bom dia a todos e a todas as autoridades. Bom dia aos colegas aqui presentes.

Vou fazer uma fala rápida, mas uma fala talvez diferente porque, no olhar da Sociedade Brasileira de Mastologia, nós estamos vivendo uma catástrofe no câncer de mama, uma catástrofe que já vem desde há muito tempo, mas que se agravou após a crise econômica de 2015, quando os índices de rastreamento, que eram baixos, progrediram. Até 2014 nós tínhamos mais ou menos uma mulher a cada quatro na idade de rastreamento acima de 50, como disse o Senador Marcelo, que não é a maneira correta de rastrear e vou falar por que, mas acima de 50 uma em cada quatro e hoje nós estamos com mais ou menos 15% de rastreamento, ou seja, uma em cada seis mulheres que deveria rastrear está sendo rastreada.

Há uma grande polêmica quando se ouvem os estudos internacionais a respeito de rastreamento dos 40 aos 50. A Sociedade Brasileira de Mastologia, o Colégio Brasileiro de Radiologia e a Federação Brasileira dos Especialistas em Ginecologia e Obstetrícia defendem o rastreamento dos 40 aos 50, porque o Brasil é um dos países, um dos poucos países, que tem uma grande população de câncer em mulheres jovens.

Um grande estudo, Amazon, mostrou que o Brasil trabalha com mais ou menos 40% de mulheres abaixo dos 50 anos e vários estudos, inclusive internacionais, mostram o Brasil com alguma coisa entre 35 e 40% de mulheres abaixo de 50 anos. Não rastrear 40% das mulheres com mamografia é um crime. Pelo menos 19% desses cânceres serão localizados. E isso acontece na medicina conveniada.

Todos nós que atendemos o paciente que tem convênio faz rastreamento a partir dos 40 e temos resultados excelentes com essas mulheres. No entanto, é privado. Há falta de equidade com relação ao SUS, que, na política do Inca, rastreia a partir de 50 anos. Entendo as dificuldades econômicas, mas não se vê isso.

Precisamos educar em saúde as nossas mulheres. Nós temos uma grande quantidade hoje de mamografias ofertadas, e muitas mulheres não fazem por ter medo e por não ter acesso. Ter medo é uma coisa complicada, e nós vemos isso, por exemplo, na nossa microrregião, onde trabalhamos, sete Municípios, em que temos mamografia disponível e as mulheres não vêm fazer essa mamografia, porque têm medo de achar o câncer, têm medo de o médico achar um tumor, têm medo da palavra câncer. Isso passa por educação em saúde.

Tivemos um encolhimento enorme do programa de agente de saúde. Agente de saúde é fundamental para fazer essa ponte com a paciente pouco educada, buscando-a nas suas moradias pobres, buscando-a nas periferias das pequenas e grandes cidades e trazendo-a até a Unidade Básica de Saúde, para que o médico examine a sua mama e peça a mamografia.

Cinquenta por cento dos tumores no Brasil hoje são diagnosticados sem mamografia, 50% dos tumores são palpados pelas mulheres ou palpados por médicos. Isso é um desastre. Por quê? Porque o tumor que aparece na mamografia e não aparece clinicamente tem próximo de 90% de cura e o tumor que é palpado cai aproximadamente de 20% a 30%. Então, temos que fazer diagnóstico precoce, temos que fazer mamografia, temos que ampliar o acesso do SUS às mulheres abaixo de 50 anos, temos que melhorar o programa de agentes de saúde num País onde as mulheres tenham educação em saúde baixa, temos que fazer equidade com relação ao tratamento - e já foi citado pelo Senador Marcelo o que se passa com relação às drogas.

Contamos com o Conselho Nacional de Saúde, contamos com o Senado, contamos com o Congresso para que as coisas mudem e que, nos próximos dez anos, nós possamos fazer essa reunião anual para comemorar. Hoje, no meu entendimento, nós não temos nada a comemorar com relação às políticas de saúde, com relação ao rastreamento, ao diagnóstico precoce e ao tratamento do câncer de mama.

Desculpem meu olhar pessimista, mas é o olhar de quem está na política pública da Sociedade Brasileira de Mastologia.

Estou em São Paulo, onde pensávamos que nós tínhamos uma situação bastante ideal e onde, há três anos, através de um grande grupo inglês para levantamentos de saúde, encontramos além do diagnóstico tardio, também uma grave diferença de equidade. Vou citar só uma: a medicina conveniada gasta R\$250 mil em medicina paliativa para câncer de mama; o SUS gasta R\$10 mil - 25 vezes menos. Essa falta de equidade dói em quem atende na universidade e depois vai atender o paciente privado e sente duas medicinas. Isso não é decente, isso não é ético, isso não é moral.

Muito obrigado pelo convite. Um bom dia a todos. Desculpem a visão pessimista da Sociedade Brasileira de Mastologia.

O SR. PRESIDENTE (Marcelo Castro. Bloco Parlamentar Unidos pelo Brasil/MDB - PI) - Nós é que agradecemos a contribuição de V. Sa., Dr. João Bosco, e não é uma visão pessimista, é uma visão realista.

Infelizmente, essa é a realidade brasileira e todos nós precisamos unir esforços para mudá-la nos próximos anos em favor da saúde pública brasileira.

Concedo a palavra agora à próxima oradora, que é a Sra. Daniela Catunda, representante do Hospital de Base da Rede Feminina de Combate ao Câncer do Distrito Federal. Com a palavra a Dra. Daniela.

A SRA. DANIELA CATUNDA (Para discursar.) - Olá, bom dia a todos. Bom dia, Senador Marcelo Castro. Obrigada pelo convite. É uma imensa satisfação poder participar aqui com todos vocês.

Fui diagnosticada com câncer em 2015. Na época, eu estava grávida, tinha 40 anos e não pude fazer o tratamento, só após o nascimento do meu filho. Realmente os nódulos aumentaram bastante e comecei minha saga. Eu digo sempre que, quando a gente descobre um câncer, se abre um cânion. É realmente uma sensação que ninguém quer passar. Sofre a família, sofre a paciente, sofre todo mundo, mas temos que seguir.

Sou moradora do Distrito Federal, faço meu tratamento no maior hospital público existente aqui no Distrito Federal, que é o Hospital de Base de Brasília. Assim que começamos as investigações, foi-me pedido um exame chamado PET-CT, o PET Scan. E pasmem, senhores e senhoras, nós, na Capital do País, não temos um PET público. Um PET mais barato que nós temos por aqui custa em torno de R\$3,8 mil a R\$5 mil. Então, assim como falou tão bem, apresentou tão bem o Dr. João Bosco, há discrepância no tratamento público. Realmente as pessoas com menos condições financeiras não têm acesso ao tratamento, não têm acesso à alimentação, não têm acesso aos exames.

Então, eu consegui fazer o PET, comecei o tratamento com quimioterapia e, posteriormente, precisei de uma radioterapia. Quando cheguei para fazer a radioterapia, havia 620 pessoas na minha frente. Como é que você classifica quem é prioridade ou não num universo em que todos têm câncer? Então, fica bem complicado você fazer essa seleção, porque há pacientes em UTI, há pacientes acamados em casa, há pacientes acamados no hospital, há aqueles pacientes que precisam e estão em casa justamente por terem medo da doença, por terem medo do tratamento. E isso é fundamental dizer.

Eu digo sempre que existem dois tipos de pessoas que portam o câncer: há os portadores de câncer, que é aquela pessoa que tem a doença, mas que não teve acesso ao tratamento oncológico; e o paciente oncológico, que é aquele que tem o acesso.

Nós vimos a Lei dos 60 dias, a Lei dos 30 dias e a Lei 12.732, de que a Dra. Acácia falou tão bem, mas a que nós, pacientes, não temos acesso. Nós não temos acesso!

Aqui, no Distrito Federal, leva-se em torno de oito meses, de seis a oito meses, para se conseguir uma tomografia, quer dizer, o paciente em tratamento com câncer... A Lei dos 60 dias para a descoberta do câncer e tratamento oncológico, que direciona ao tratamento, não é cumprida.

Aqui, no Hospital de Base, a gente tem uma demanda de 600 pacientes aguardando a primeira vez na oncologia, com 49 médicos oncologistas. É uma demanda reprimida muito grande, e a gente está vendo as pessoas morrerem. Pessoas estão morrendo por falta de acesso, por falta de políticas públicas efetivas.

O trabalho do Senado é extremamente importante, o trabalho da Câmara Federal é extremamente importante para nós pacientes oncológicos, mas nós precisamos que essas leis que são sancionadas realmente sejam efetivadas e que realmente tenham uma fiscalização do Ministério Público em cima, porque nós estamos perdendo vidas, estamos perdendo filhos, estamos perdendo mães de família, estamos perdendo pessoas em idade jovem.

O rastreamento mesmo do câncer de mama somente em pessoas acima de 50 anos... Eu sou paciente de câncer metastático. Como eu havia falado, eu tive a descoberta do câncer em 2015 e fiz o tratamento. Em 2016, eu descobri a recidiva: coluna, costas, bacia, pélvis, abdômen, tórax, axila, maxilar com perda óssea - eu tive osteonecrose de maxilar, uma osteonecrose de mandíbula, ocasionada pelo Zometa -, abdômen, mediastino, os dois fêmures, cotovelo. É o que eu trato desde então.

Então, foram quatro anos de quimioterapia, todos os esquemas de quimioterapia possíveis e disponíveis eu utilizei e fiz radioterapia. Em 2019, realmente, eu estava muito mal. Eu tomava morfina a cada quatro horas, fui desenganada, era paciente grau IV, em fase terminal. Fui mandada para os cuidados paliativos do Hospital de Base. Como eu tinha dito, tomava morfina, tomava gabapentina, oxycodona, pregabalina, enfim, todos esses remédios para dor. Realmente a dor oncológica é uma dor imensurável, e não dá para dizer aqui o quanto ela é intensa e o quanto as medicações realmente não conseguem um controle total em cima dela. Até que eu me consultei lá no Hospital de Base com a Dra. Francis Oliveira, onde ela me falou: "Dani, tem uma medicação nova, e eu acho que valeria a pena nós tentarmos". Eu sou mãe de quatro filhos, então eu acho que ela se compadeceu de uma pessoa de meia-idade com filhos pequenos e me passou a imunoterapia. E ali foi um divisor de águas. Eu estava com uma cirurgia programada para a retirada da neoplasia do cóccix e da coluna. O médico olhou e falou assim: "Olha, vamos aguardar você tomar duas doses da imunoterapia para você retornar". Então, ele me mandou para casa, eu fiz o uso da imunoterapia e não retornei porque eu não senti mais dor e não foi mais necessário.

Então, a imunoterapia que eu tomo custa R\$30 mil. Eu tomo a cada 15 dias uma dose e não é fornecida pelo SUS. Ela não é fornecida pelo SUS, e eu tenho que entrar na Justiça. Graças a Deus, eu tive uma mãe que trabalhava na Defensoria Pública do Distrito Federal. A minha mãe faleceu faz seis meses de covid, foi levada pelo covid. Ela trabalhou até terça-feira; na quinta, foi internada; e na sexta, ela veio a óbito. Foi muito rápido, infarto fulminante. Mas me deixou aqui um verdadeiro legado: o de que a gente precisa lutar por políticas públicas, principalmente nessa parte oncológica.

Eu tenho um grupo chamado Escolhemos Viver, onde só há pessoas, mulheres com câncer metastático e 95% das meninas são câncer de mama e metastático: cabeça, fígado, pulmão e aí vai. Então, é uma chaga muito grande, é uma dor muito grande, é uma luta muito grande.

Eu estive com o Deputado Federal Bibó Nunes, o qual fez um projeto de lei - o Projeto de Lei 2.371, de 2021 - em que ele muda as diretrizes do SUS para a inclusão da imunoterapia pelo SUS. Nós precisamos. Nós precisamos muito porque realmente não é todo mundo que consegue que esse medicamento seja liberado. Eu, graças a Deus, tive essa bênção, pode-se dizer assim. Eu sou um divisor de águas. Para eu poder me levantar da cama, a minha mãe tinha que me abraçar, me sentar. Para eu poder me levantar da cama, a mesma coisa: alguém tinha que me abraçar e me colocar de pé. Eu não conseguia comer. Emagreci 34kg exatamente em três meses.

Justamente por conta de toda essa minha história, do que eu vivi, eu acredito muito que as políticas públicas, como tão bem falou o Dr. João Bosco... Eu vou bater nisso, porque a fala dele foi realmente bem incisiva. O outubro é rosa, é tudo muito bonito, mas nós temos muito perda, nós temos muita perda! Há mulheres que não têm acesso ao tratamento de saúde. É muito sério isso! E realmente nós precisamos dessas políticas públicas para que realmente mudemos esse quadro hoje de mortalidade oncológica no País. Obrigada.

O SR. PRESIDENTE (Marcelo Castro. Bloco Parlamentar Unidos pelo Brasil/MDB - PI) - Agradeço a participação da Sra. Daniela Catunda, que deu um depoimento muito corajoso, emocionante, demonstrando toda a dificuldade que encontrou no Sistema Único de Saúde, nosso estimado SUS, na Capital Federal do Brasil. Imaginemos, senhores e senhoras, o que ocorre neste Brasil afora, no meu Piauí, no Tocantins, do Senador Irajá, que nos honra com sua presença, sua participação. O que não acontece neste Brasil?!

Nós agradecemos, emocionados, a participação da Sra. Daniela, que expôs, de maneira muito verdadeira, todo o seu processo dessa doença, que pode ser diagnosticada e tratada precocemente. É para isso que nós todos temos que estar unidos. As estatísticas demonstram que, em 95% dos cânceres de mama, quando são diagnosticados e tratados precocemente, as pessoas se curam. Então, apesar de nós estarmos diante de uma doença, se não for negligenciada, as pessoas podem sair desse problema com vida, com saúde, para enfrentar e conduzir sua vida com suas famílias. Mas, se for negligenciada, se atrasar o diagnóstico do tratamento, os números são, como disse o Dr. João Bosco muito bem, uma catástrofe, que é o que nós estamos vivendo no Brasil, infelizmente.

Então, agradecendo, mais uma vez, o comovente depoimento da Sra. Daniela Catunda, passamos ao próximo orador, que é a Sra. Jeane Glaucia Tomazelli, técnica da Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede do Instituto Nacional de Câncer (Inca).

Com a palavra a Sra. Jeane.

A SRA. JEANE GLAUCIA TOMAZELLI (Para discursar.) - Bom dia a todos e a todas.

É um prazer poder participar, trazer algumas informações que nós temos lá do Inca e falar da ferramenta.

Eu vou falar sobre a ferramenta do painel de monitoramento, como a Dra. Acácia já falou inicialmente. Foi uma ferramenta desenvolvida para poder monitorar esse tempo entre o diagnóstico e o tratamento. É uma ferramenta; não é um sistema de informação - a gente gosta de deixar isso bem pontuado. Utiliza já os sistemas de informação do Ministério da Saúde, sistemas de informação já consolidados dentro do SUS, que são os Sistemas de Informações Hospitalares, os Sistemas de Informações Ambulatoriais, e utiliza também dados do Siscan, que é o Sistema de Informação do Câncer, que tem informações dos cânceres de colo de útero e mama somente. Então, ele extrai essas informações de lá também e das Autorizações de Procedimento de Alta Complexidade, que são as APACs, em que há as informações de tratamento de quimioterapia e radioterapia.

Então, um ponto importante é a gente entender que o painel é uma ferramenta que extrai informação de sistemas já consolidados dentro do SUS, que são o SIA, o SIH e o Siscan. Então, ele reflete também a cobertura, dentro do SUS, desses sistemas e a qualidade dos dados primários. A nossa visão institucional é a de que ele é uma ferramenta que, além de servir para monitorar o tempo, também tem uma função importante que é a de qualificar, dar um *feedback* de qualificação dos próprios sistemas de informação públicos.

O Siscan... Desculpa! O painel foi desenvolvido para poder fazer esse monitoramento e foi implantado oficialmente em 2019, substituindo uma tentativa inicial de fazer a ferramenta acoplada ao Siscan, que não foi bem-sucedida. A gente fez uma análise da adesão e viu que havia muita dificuldade de implantação da forma inicial que havia sido concebida.

Então, a vantagem que a gente encontra nesse sistema, além da de qualificar, é a de ele já utilizar informações que rotineiramente são informadas por todos os entes federativos. Então, a gente já tem essas informações disponíveis dentro do SUS. Apesar de o sistema ter sido lançado em maio de 2019, a gente tem informações retroativas desde 2013, uma vez que ele recuperou essas informações. No momento, o Tabnet, com informações acumuladas desde 2013, tem mais de 2,5 milhões casos. Então, ele mostra os casos diagnosticados e apresenta as informações de tratamento de até 30 dias, de 31 a 60 dias e de mais de 60 dias e a não informação de tratamento.

O painel é um sistema, como já foi dito, de acesso restrito para os entes que têm acesso: Estados, Municípios, estabelecimentos que tratam e órgãos de controle. Eles têm acesso restrito porque temos o dado identificado ali do paciente. Então, os órgãos que têm acesso podem fazer as tabulações, ver o estabelecimento que tratou e a relação de pacientes que ainda estão sem o tratamento.

Porém, com o compromisso de dar publicidade aos dados, a gente desenvolveu, junto ao Datasus, o Tabnet. Para quem não conhece, o Tabnet é uma ferramenta desenvolvida pelo Datasus, muito utilizada pelos profissionais de saúde, por pesquisadores. Então, a gente consegue, dentro do Tabnet, tirar a identificação do paciente e exibir as informações que são de acesso restrito, porque o que torna a ferramenta de acesso restrito é a questão de ela ser identificada. E a gente usa o anonimato, tira a identificação e também tem a disponibilização desses dados. Então, qualquer usuário, qualquer pessoa pode acessar a página da Datasus e ter acesso a esses dados, que são de domínio público.

Além da ferramenta pública do Datasus, que é o Tabnet, a gente também já está desenvolvendo, em parceria com o Datasus, uma célula local, que fica no Rio de Janeiro, junto com José Carlos, Consuelo, Leonardo e Jorge. Trata-se do Tabwin, que também é uma demanda dos usuários. O Tabwin dá manuseio de mais variáveis, mais campos. A gente já tem informação de trabalhos que estão sendo desenvolvidos em meio acadêmico utilizando essa ferramenta. E isso é importante porque vai gerar conhecimento para a sociedade, para se apossar dessa produção, dessa análise mais crítica dos dados.

Então, a gente também desenvolveu uma ferramenta, uma demanda que foi solicitada, para disponibilizar, apresentar os dados não só por ano de diagnóstico e ano de tratamento, mas também por mês de diagnóstico e mês de tratamento. Então essa informação já está atualizada.

Atualmente, qual o número de usuários que a gente tem dentro do painel? A gente tem 220 usuários com perfil estadual, 2.179 usuários com perfil municipal, 110 usuários são de estabelecimentos de saúde e 9 usuários são de órgãos de controle, que a gente chama de perfil externo estadual.

Então há uma hierarquia de acesso. Quem libera os acessos a Municípios é o Estado. Quem libera acesso aos estabelecimentos de saúde é o Município ou o Estado, conforme a contratualização. E os acessos também aos órgãos de controle ou é feito pelo Inca, pelo nível federal, ou é feito também pelo nível estadual. Então a gente tenta dar uma visibilidade, uma gerência, uma autonomia para que os entes possam trabalhar esses dados e aumentar a capilaridade de uso.

A gente fez, em 2019, um levantamento da facilidade e da dificuldade do usuário de acessar a ferramenta de acesso restrito e, na época, a gente não identificou, pelo retorno que a gente fez do levantamento, a dificuldade. Então a gente está em um momento de mudança de ferramenta. O Datasus apresentou a necessidade de mudar a ferramenta de visualização para uma nova ferramenta. Os usuários, que têm acesso restrito, no momento, estão utilizando a ferramenta anterior, e o Inca está aguardando a liberação da nova ferramenta, para ser homologada, porque a gente faz a homologação tanto dos dados brutos, os dados que vêm desses sistemas consolidados do SUS, da aplicação de regras para a visualização, quanto da ferramenta em si, que apresenta essa visualização. São algumas etapas para a construção e para a gente visualizar os dados, propriamente ditos, de tratamento. Então, para ter os dados de tratamento, a gente precisa passar por essas regras de construção da informação.

Atualmente, alguns já estão dando retorno para a gente, entrando em contato com a gente, sobre fazer o monitoramento através da ferramenta. São exemplos de Estados que entram em contato direto com a gente no Inca Minas Gerais, Paraná, São Paulo, Mato Grosso do Sul e Goiás, que já fazem o monitoramento, tiram dúvidas, questionam algumas coisas e que, nessas trocas, também possibilitam a gente pensar na melhoria da ferramenta.

Além disso, a gente está fazendo uma nova modificação também na ferramenta de acesso, nesse acesso hierarquizado entre os entes federativos, que é a implementação do perfil regional. Então, é um perfil específico para que as regionais de saúde, dentro dos Estados, possam também olhar ali a sua área de abrangência.

No momento, no País, só há um Estado a que a gente ainda não teve acesso, que é o Estado do Amapá. Eu gostaria de esclarecer que todos os Estados receberam o ofício, foram comunicados do painel. E foi solicitado para cada um que indicasse os seus representantes, oficializando quem seriam, com designação de nomes e CPFs, tudo feito com controle, para a gente liberar o acesso somente para a pessoas autorizadas. Da mesma forma, foi feita a orientação para que os Estados multiplicassem essa forma de liberação e de controle dos usuários em nível municipal e regional e em estabelecimentos de saúde.

Enfim, no momento, a gente tem aqui em relação ao câncer de mama... Eu dei uma olhadinha aqui nos dados específicos de câncer de mama, e um dos pontos da temática de destaque hoje é como está a situação do tratamento. Em relação aos casos tratados, a gente vê que, em 2019, 54% dos casos tratados levaram mais de 60 dias; em 2020, 48%; e, em 2021, com dados parciais, 31%. Então, a gente pode aqui discutir futuramente o impacto inclusive da própria pandemia em relação ao atraso ou não. Então, a gente pode fazer essa análise inclusive pela implantação da nova ferramenta, pela possibilidade de fazer a tabulação pelo mês de diagnóstico e pelo mês de tratamento, que era o que estava chegando muito de demanda para a gente.

Enfim, não sei se eu sobrepus muito a informação ao que a Dra. Acácia já falou, mas essa é a situação atual do painel. A gente vem trabalhando de forma a aumentar o acesso à informação, mas também preservando o anonimato dos usuários. Então, o nosso compromisso é tentar fornecer o dado com qualidade. Quando a gente observa algum problema de inconsistência na base primária, a gente tem falado com os gestores responsáveis pela base primária para dar o *feedback* de qualificação desse dado.

Gente, essa é a situação atual do panorama e as perspectivas. A gente ainda tem um trabalho para ser feito, uma nova avaliação da facilidade ou não do usuário com a ferramenta, que, em breve, será implementada. Os usuários, no momento em que têm acesso ao perfil restrito, podem ter alguma instabilidade no sistema - a gente tem tido esse relato - em função dessa transição. Porém, o monitoramento pode ser feito pelo Tabnet, que é a ferramenta de acesso público. A diferença é que ele não vai saber quem são os pacientes, mas consegue saber as unidades, os Municípios de tratamento, os Municípios de residência, a idade, o tipo de câncer. Então, a gente tem ali uma variedade de informações; são todas as informações que estão dentro da ferramenta de acesso restrito, com exceção do nome. Fora isso, ela é, digamos assim, um espelho

das variáveis possíveis de serem analisadas, incluindo também a possibilidade de ver a modalidade terapêutica e, para os casos com estadiamento, a informação de estadiamento também.

Enfim, é isso, gente.

Bom dia a todos!

Obrigada pela oportunidade de trazer essas informações.

O SR. PRESIDENTE (Marcelo Castro. Bloco Parlamentar Unidos pelo Brasil/MDB - PI) - Nós é que agradecemos a contribuição de V. Sa., representando o Inca.

Vamos ao próximo inscrito, o Sr. Bruno Pacheco, Coordenador do Comitê de Tumores Mamários da Sociedade Brasileira de Oncologia (Sboc).

Com a palavra o Dr. Bruno Pacheco.

O SR. BRUNO PACHECO (Para discursar.) - Primeiramente, bom dia!

Exmo. Senador Marcelo Castro, parabéns por trazer o assunto à tona!

A minha fala é rápida.

Eu acho que o João Bosco representou muito bem qual é a opinião da Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica. A gente ainda tem um parâmetro nacional muito baixo de rastreamento. E nós, que atendemos o dia a dia, que é o meu caso, vemos a quantidade de casos de pacientes jovens diagnosticadas com uma doença extremamente avançada justamente por não terem feito nenhum exame, sem nenhuma atenção, nem mesmo a básica, e o que também corrobora isso é a falta de educação dessas pacientes.

Eu queria dizer que a Sboc está baseada não só em estudos, mas também na prática clínica. Então, no nosso dia a dia, eu estou, eu diria, exausto de ver pacientes entre 40 e 50 anos com doenças extremamente avançadas, porque a gente não consegue diagnosticar precocemente, lembrando que, ao se diagnosticar precocemente, a gente está economizando do ponto de vista de tratamento - não gosto de falar de custos, mas a gente tem que falar -, a gente está economizando em termos financeiros, a gente está economizando todo um trauma que a paciente pode ter. Então, há tratamentos menos mutiladores. A gente pode dar um diagnóstico tão cedo, que não vai precisar de tratamento com quimioterapia. E acho que o mais importante de tudo é a gente diagnosticar em tempos de curar. A gente viu que, quanto mais cedo - a própria voz do Exmo. Senador já disse -, acima de 95% é a taxa de cura. E, se você não tem essa cura, depois você vai trazer outras consequências para a família, para a própria paciente, com gastos públicos também excessivos. Hoje a oncologia está extremamente cara, vamos dizer assim, do ponto de vista de custos. Então, aqui nós defendemos isso, e acho que é um tema importante.

Falando ainda dos tratamentos, eu acho de extrema importância a gente defender a medida provisória, que, infelizmente, foi vetada, sobre os medicamentos orais. Hoje um medicamento extremamente moderno, que traz ganhos de sobrevivência ou que aumenta as chances de cura, passa por um processo ainda extremamente moroso. São quase dois anos para a paciente conseguir ter acesso a esse tratamento. Então, essa medida que visava a agilizar o acesso ao tratamento mais moderno - a gente, até agora, está parado - foi vetada, infelizmente, o que nos deixa extremamente tristes, porque hoje a gente sabe que há certos tratamentos fora do País aos quais a gente não tem acesso aqui.

Eu queria, então, reiterar mais uma vez o que o João falou. Acho que as campanhas são importantes. Acho que a parte do Outubro Rosa ainda está muito baseada em sociedades filantrópicas ou em sociedades terceiras, e o Governo, essencialmente, não assume isso como sua plataforma, com dedicação, para a gente diagnosticar precocemente.

Então, de forma geral, eu queria apoiar algumas medidas: a mamografia aos 40 anos, efetivamente; o aumento das campanhas públicas para isso, para o diagnóstico precoce; a educação das pacientes; e o apoio a essa medida provisória que agiliza a chegada de drogas para todas as pacientes do País de forma mais ágil.

Então, eu acho que era isso o que eu tinha para falar.

Agradeço a oportunidade.

O SR. PRESIDENTE (Marcelo Castro. Bloco Parlamentar Unidos pelo Brasil/MDB - PI) - Agradecemos a colaboração do Sr. Bruno Pacheco, representando a Sboc, o Comitê de Tumores Mamários da Sociedade Brasileira de Oncologia.

Passamos, então, ao próximo inscrito, o Sr. Gabriel Johnson, Coordenador de Projetos e Relações Institucionais da Federação Brasileira de Instituições Filantrópicas de Apoio à Saúde da Mama (Femama).

Com a palavra o Dr. Gabriel Johnson.

O SR. GABRIEL JOHNSON (Para discursar.) - Bom dia, Senadores Marcelo Castro e Zenaide Maia, Luiz Carlos Zeferino, Rose de Freitas e todos os que aqui estão, os demais Parlamentares e autoridades!

A Femama agradece o convite para estar aqui hoje, para trazer essa conscientização sobre o câncer de mama no mês que foi escolhido para isso.

Conforme me apresentaram, meu nome é Gabriel Johnson, sou Coordenador de Projetos e Relações Institucionais da Femama e estou aqui hoje representando a Dra. Maira Caleffi, que é a Presidente Voluntária da instituição.

Para quem não conhece, a Femama é uma organização sem fins econômicos que luta, diariamente, para reduzir os índices de mortalidade por câncer de mama em todo o Brasil, focando todos os esforços na influência de políticas públicas para defender os pacientes, sempre com o foco no coletivo.

A Femama tem 76 ONGs associadas, espalhadas no Brasil inteiro, em 20 Estados e também no Distrito Federal, que atendem diversos pacientes diretamente com estrutura completa, para auxiliá-los durante toda a jornada com a doença, doença essa que acomete 66 mil mulheres todos os anos. Em 2019, segundo os dados mais recentes que a gente tem, a doença levou 18 mil mulheres.

Apesar do que muita gente acredita, o câncer de mama, sim, tem cura. Quando diagnosticado precocemente, tem 95% por cento de cura ou mais, como muitos aqui já disseram. Então, é muito importante que a mulher conheça o próprio corpo e não deixe de realizar os exames de rotina no tempo adequado.

Primeiramente, eu parabeno, pela fala e pelos esforços, a Dra. Acácia Soares Suassuna, Procuradora da República, e reitero que precisamos dessa ferramenta de que também foi falada pela Sra. Jeane funcionando corretamente, com dados completos de diagnóstico e tratamento, tanto de instituições públicas como também privadas, que é o que diz a Lei 13.685, de 2018, que é a Lei da Notificação Compulsória do Câncer.

Assim, as organizações da sociedade civil podem monitorar a lei dos 30 dias e dos 60 e cobrar o controle dos direitos que protegem os nossos pacientes. Assim, a gente pode ter dados de vida real e o panorama completo sobre a doença no Brasil, para poder basear novas políticas públicas para os pacientes.

Esse sistema de dados completamente integrados é um sonho antigo da sociedade civil que culminou na lei que eu comentei, que teve à frente diversas instituições, não só a Femama, como o Instituto Oncoguia, que está aqui, hoje, presente com a gente, e que lutou junto com a Femama e, enfim, com a rede de ONGs associadas e outras associações.

As situações como as que a gente ouviu hoje, relatadas pela Sra. Daniela, são comuns em todo o Território nacional. Não é só em Brasília que elas acontecem, mas acontecem no Brasil inteiro, em todos os Estados da Federação. A Femama e toda a sua rede de ONGs associadas e as demais instituições da sociedade civil trabalham todos os dias, lutam todos os dias para que isso não aconteça. Por isso é que a Femama acredita que mulheres, a partir dos 40 anos, não só podem como devem realizar o exame de rastreamento, conforme diz a lei da mamografia de 2008.

Enfim, que o PDL 6.719, tão logo volte à pauta da Comissão de Seguridade Social e Família da Câmara dos Deputados, seja aprovado! A gente pede que o Presidente da República não o vete, é claro!

Na Câmara dos Deputados, hoje, também está tramitando o PL 6.330, de 2019, para facilitar a inclusão de drogas orais, conforme comentado pelo membro da Sboc aqui. Também que o veto volte - o que voltou para a Câmara dos Deputados - e seja revertido, para que a gente consiga esse acesso.

A gente também tem o PL 265, de 2020, na CSSF da Câmara dos Deputados, que quer ofertar exames genéticos e genômicos para a personalização e prevenção do diagnóstico de câncer de mama e de ovário. É um PL que foi proposto pela Femama e pela rede de ONGs associadas, pelas Deputadas da Secretaria da Mulher Rejane Dias, Liziane Bayer, Tereza Nelma e pelas demais. Faço um pedido para que ele, quando passar pelo Senado Federal, seja votado, para que se aprove o PL 265, de 2020, também.

A gente sabe que a crise sanitária causada pelo covid-19 no ano passado trouxe consequências muito sérias para o combate ao câncer e para o trabalho que a gente vem desenvolvendo, como também as ONGs associadas. Então, no ano passado, muitas instituições, como a nossa, fizeram uma série de levantamentos para tentar entender por que isso acontece, o que aconteceu, primeiro para entender o momento que gente estava vivendo naquele tempo. Então, as maiores queixas... A gente pediu, então, para as ONGs associadas preencherem a nossa pesquisa. As maiores queixas, naquele momento, no início e na metade do ano, foi o cancelamento de consultas e de cirurgias, a falta de agenda para diagnóstico, o que prejudicou muito essas questões do diagnóstico do câncer de mama, que é uma das coisas que a gente está debatendo aqui hoje.

Dados consolidados já deste ano sobre o que aconteceu no ano passado mostraram que mais de um milhão de mulheres deixou de fazer a mamografia no SUS. Comparamos os dados com os do mesmo período de 2019 e de 2018. Então, nos

anos anteriores, 2019 e 2018, foram feitas mais de 2,1 milhões de mamografias no SUS; no ano passado, caiu para 1,1 milhão. Então, tivemos uma queda muito brusca. Isso, com certeza... Muitos estudos dizem que isso quis dizer que 50 mil mulheres deixaram de ser diagnosticadas com câncer de mama somente no ano passado. Uma queda importante também foi vista no sistema privado, que, é claro, acabou se recuperando mais rápido, mas que também teve prejuízos.

Foi com base nesses dados alarmantes, então, que a Femama criou a campanha nacional Outubro Rosa com o tema "3 Perguntas Que Salvam #perguntapraela", desde 1º de outubro até o final da semana, pedindo a toda a sociedade que faça as três perguntas para todo mundo que a gente ama, para todas as mulheres que a gente ama: você tem feito a sua mamografia este ano ou qualquer outro exame de imagem? Você tem controlado o seu peso? Você tem realizado atividades físicas regularmente?

A gente chama a atenção, além dos exames, para os cuidados e para os fatores de risco que vêm para desenvolver a doença quando ainda não se tem a doença. E a gente está fazendo um chamado, então, para que todas as pessoas voltem a procurar os serviços de saúde. Antes a gente falava "fique em casa", mas hoje a gente diz: "Ao menor sinal de qualquer coisa, por favor, procure uma unidade básica de saúde ou o seu médico de confiança, para que seja possível realizar os exames de rotina no primeiro sinal".

A gente sabe que a pandemia vai provocar, sim, uma verdadeira epidemia de casos de câncer avançado nos próximos anos, não só de mama, em função de todos esses problemas, e a gente não pode perder tempo em diagnosticar e tratar esses pacientes em estágio mais precoce o mais rápido possível. Então, foi pensando nisso que o Ministério da Saúde também, em dezembro de 2020, publicou a Portaria 3.712, que disponibilizou, em caráter excepcional e temporário, um incentivo federal. Foram R\$150 milhões para que Estados e Municípios voltassem a realizar os exames de rastreamento e continuassem com a mesma meta de 2019. Então, foi um dinheiro extra injetado nos Tesouros estaduais e municipais. É muito importante que esse recurso seja disponibilizado. A gente pede para os Estados e os Municípios que esse recurso seja utilizado para esse fim; caso contrário, ele vai voltar para o Tesouro Nacional.

Antes disso, para que efetivamente esse dinheiro permanecesse nos fundos, era preciso apresentar um plano de ação, que foi pactuado entre as Secretarias de Saúde e a Comissão Intergestores Bipartite de cada um dos Estados. Com esse dinheiro, a gente quer que o diagnóstico de milhares de mulheres seja facilitado, para que a gente tente reverter esse prejuízo que aconteceu em função da pandemia.

Então, desde que a verba foi aprovada, o ministério já fez algumas oficinas com representantes para esclarecer dúvidas e tudo o mais, criou um sistema de monitoramento, mas a gente ainda não consegue acesso a esses dados. Isso não está disponível, não é tão público assim. Então, a gente precisa que esses dados, para controle da sociedade civil organizada, sejam amplamente divulgados.

A gente mobilizou também todas as nossas 76 ONGs associadas para enviar para todas as Secretarias de Estado, pedindo para que todo mundo se atente a essa verba extraordinária que veio para o diagnóstico precoce de câncer de mama e de colo de útero, para que seja realmente utilizada e para que a gente tenha uma diminuição de casos avançados nos próximos anos, como forma de tentar pelo menos reverter essa situação.

A Femama agradece o espaço, parabeniza a iniciativa do Senado pela qualidade das falas dos convidados presentes aqui hoje, que foram superimportantes. A gente vai usar muito o que foi dito aqui hoje.

As associações dos pacientes estão aqui presentes, representados pela Femama, pelo Instituto Oncoguia. Uma paciente está aqui hoje e tudo o mais.

A gente busca diariamente avanços por políticas públicas oncológicas no Brasil e espera contar com o apoio do Poder Legislativo e do poder público para fazer o nosso trabalho todos os dias.

Então, muito obrigado a todo mundo.

O SR. PRESIDENTE (Marcelo Castro. Bloco Parlamentar Unidos pelo Brasil/MDB - PI) - Nós é que agradecemos a colaboração de V. Sa., Dr. Gabriel Johnson, representando a Femama.

Passamos ao próximo, a Sra. Luciana Holtz, Presidente do Instituto Oncoguia.

Com a palavra a Dra. Luciana.

A SRA. LUCIANA HOLTZ (Para discursar.) - Muito obrigada, Senador Marcelo Castro, pelo convite, pela iniciativa.

Bom dia a todos os presentes, muitos conhecidos! É um enorme prazer estar aqui com vocês!

Parabéns a todos os envolvidos na organização desta sessão especial, que, sem dúvida nenhuma, nos permite ampliar a discussão sobre o câncer de mama! Isso é muito, muito, muito importante.

Bom, este Outubro Rosa chegou com um compromisso, com um peso bem maior do que em todos os outros anos. Afinal, acho que, como todo mundo já disse aqui, apesar de, neste momento, a gente estar começando a respirar um pouquinho melhor - não é, Senador? -, mesmo ainda de máscaras, todos nós já sabemos do tamanho do impacto que a pandemia causou no mundo do câncer.

Entre outros números, eu vou só destacar aqui o que o Gabriel acabou de dizer. Tivemos um impacto de mais de 1 milhão de mamografias que deixaram de ser realizadas, uma queda de 50% no número de exames de Papanicolau. Existem muitos e muitos números. Sem pandemia, a gente já tinha um cenário em que, há dez anos, não conseguimos garantir que as mulheres do maior grupo de risco - certo, Dr. João Bosco? -, o grupo de 50 a 69 anos, preconizadas pelo Ministério da Saúde, façam a mamografia. Somente 30% dessa faixa etária tem feito o exame. Gente, isso, há dez anos; imaginem agora, então, após uma pandemia em que praticamente todas nós pulamos os nossos exames.

Infelizmente já sabemos que vamos enfrentar uma epidemia de casos avançados de câncer de mama. E, por isso, eu reforço a importância deste mês e de todos os meses daqui para a frente. Temos que agir, propor e cobrar por estratégias que, de verdade, garantam a retomada da oncologia.

Bom, para dar mais força a tudo isso, nós lançamos, aqui no Oncoguia, este mês, o movimento "Juntos a gente encara" o câncer de Mama. Precisamos encarar o autoexame, a mamografia, a biópsia, o diagnóstico. E, como você disse também, Dr. João Bosco, sem permitir que o medo, a desinformação e a falta de acesso paralise todas essas ações.

Aqui, hoje, também é o momento de todos nós encararmos os gargalos e barreiras das nossas políticas públicas para o câncer de mama. Eu vou citar algumas: temos a necessidade de seguirmos conscientizando as mulheres sobre o câncer de mama. Em especial, promovendo a importância de a mulher se conhecer e conhecer os possíveis sinais e sintomas, e diante disso, agir.

Temos, sim, que discutir o acesso à mamografia a partir dos 40 anos e também monitorar o próximo passo. Afinal, diante de uma mamografia alterada, precisamos acompanhá-la e, dessa forma, garantir que ela não se perca e chegue logo ao especialista e à biópsia. Sem isso, a gente não vai garantir diagnóstico precoce.

E, além de tudo isso, esse processo precisa ser ágil, com prazos, e muito transparente. Não é incomum, aqui no Onco, a gente acompanhar histórias de mulheres que estão perdidas no sistema. Muitas vezes, com o resultado da mamografia na mão, ou com o resultado da biópsia em mãos, não sabe o próximo passo e está muito angustiada com aquela sensação de que o diagnóstico se aproxima, o tempo corre contra, e ela continua esperando sem saber o próximo passo.

Falando em biópsia, precisamos falar das cotas e também da qualidade da amostra retirada. Há muita discussão em torno dessa questão da qualidade da amostra cirúrgica.

Temos que discutir e talvez revisar as nossas estratégias de rastreamento. Cinquenta e um por cento das mulheres que receberam o diagnóstico de câncer de mama em 2021 já estavam nas fases avançadas - então, fases três e quatro: o localmente avançado e o metastático.

Temos que encarar as desigualdades no acesso - está todo mundo falando disso aqui: no acesso ao exame, ao médico, ao tratamento, ao cuidado de maneira geral. Há desigualdades entre os sistemas de saúde e até mesmo dentro do próprio SUS e, infelizmente, nós sabemos que mulheres pobres, pretas, sem educação, mulheres mais vulneráveis morrem mais. A gente não pode mais tolerar isso.

Também não estamos cumprindo a Lei dos 60 dias. A Jeane, do INCA, acabou de contar isso para a gente. Sem dúvida nenhuma, temos que olhar para a forma como essa paciente está sendo tratada no SUS. Exatamente neste momento, a Conitec está revisando os DDTs do câncer de mama por conta da consulta pública dos inibidores de ciclina, um tratamento inovador, altamente recomendado pelas duas sociedades que estão aqui e que, para as pacientes, faz uma enorme diferença na qualidade de suas vidas, já tão impactadas pelas metástases do câncer. A própria Dani também mencionou - a paciente que está aqui representando as pacientes de câncer de mama metastáticas -, a importância de a gente oferecer para essas mulheres que acabam descobrindo ou enfrentando uma metástase um tratamento mais efetivo, mais adequado para o câncer delas.

Então, a consulta pública teve uma enorme adesão e eu, realmente, espero, profundamente, que a Conitec avalie com mais cuidado todas as contribuições e quem sabe reveja seu posicionamento inicial, que *a priori* foi contra.

Para encerrar essa lista de preocupações, eu quero enfatizar a barreira do acesso à qualidade de vida e a todos os profissionais envolvidos nisso, incluindo a questão dos cuidados paliativos. Muita coisa, mas eu quero encerrar, citando as iniciativas de retomada da oncologia, que merecem o conhecimento de todos e eu vou focar aqui num exemplo de São Paulo.

Então, a Secretaria de Saúde de São Paulo lançou um protocolo de alta suspeição do câncer. O Estado organizou os principais sinais e sintomas para cada tipo de câncer e indicou quais exames devem ser feitos para a confirmação do diagnóstico e encaminhamento correto da paciente - ou do paciente, porque não é só para câncer de mama. Além de estar totalmente focado no maior gargalo do momento, o diagnóstico do câncer, acreditamos que isso pode ajudar muito a organização dos serviços de saúde e quem sabe inspirar outros Estados a fazerem o mesmo.

Eu encerro aqui, agradecendo mais uma vez, e convido e peço a todas as autoridades, envolvidos e convidados aqui presentes para, de verdade, a gente encarar as mudanças de que as nossas políticas públicas precisam.

Bom dia a todos.

Muito obrigada, Senador.

O SR. PRESIDENTE (Marcelo Castro. Bloco Parlamentar Unidos pelo Brasil/MDB - PI) - Nós é que agradecemos aí a contribuição muito importante de V. Sa., Dra. Luciana, Presidente do Instituto Oncoguia, que presta esse inestimável serviço à saúde pública brasileira.

Vamos passar ao próximo inscrito, o Sr. Luiz Carlos Zeferino, Diretor da Faculdade de Clínicas Médicas e Professor Titular de Ginecologia da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp).

Com a palavra, Dr. Luiz Carlos Zeferino.

O SR. LUIZ CARLOS ZEFERINO (Para discursar.) - Prezado Senador Marcelo Castro, cumprimento-o, parablenzo-o pela iniciativa de realizar este encontro para comemorar a prevenção de câncer de mama.

Cumprimento todas as autoridades presentes, todos os colegas, profissionais, dirigentes de instituições que atuam no combate ao câncer, todos nós focados na mesma direção.

Eu acho que todas as falas aqui têm uma convergência, que é a importância do controle do câncer de mama, a começar pela primeira fala, a da Procuradora Cássia, em que ela coloca os marcos legais, extremamente importantes, mas, na fala logo a seguir, o Professor João Bosco já coloca, entre os marcos legais e a realidade, um cenário com o qual nós temos que gerenciar, interagir e tentar melhorar. A fala seguinte, acho que da Daniela, mostra uma experiência pessoal e, aí, então, materializa uma boa parte daquilo que o Professor João Bosco colocou. E tem aí um *link* que está colocado.

Controlar o câncer de mama é um desafio. O relato feito pelo Senador Marcelo Castro logo no início, em que ele mostrou que, no Brasil, são cerca de 68 mil casos novos e aproximadamente 17 mil mortes por ano, isso quer dizer, aproximadamente, que, de cada quatro mulheres que têm câncer de mama, uma está morrendo por câncer de mama. Uma relação de mortalidade/incidência de quatro por um.

Os dados mundiais, também apresentados pelo Senador Marcelo Castro, que citou 2,3 milhões com aproximadamente 700 mil mortes, dão uma relação um pouco maior, ou seja, de cada 3,5 casos, uma morte. Então, o Brasil está um pouco melhor do que a média mundial - um para quatro.

Mas vamos tomar os países nórdicos como referencial de qualidade. Nos países nórdicos, a cada sete mulheres com câncer de mama, uma morre por câncer de mama. A relação é de um para sete. Então, nós estamos muito mais próximos da média mundial, que é ruim, e muito distantes de algo que é absolutamente real, que é o ambiente dos países escandinavos, que é de um para sete.

Então, o que interessa fazer? Diante de todos esses cenários colocados aqui, dos marcos legais, das ferramentas apresentadas pela Jeane do Inca, do cenário de tratamento, das filas de espera... E até parablenzo o João Bosco por lembrar dos agentes de saúde. Na verdade, estamos falando do Programa Saúde da Família, que tem um papel fantástico de qualificação do sistema de saúde. Aliás, precisamos acreditar nisso, principalmente num país com os aspectos sociais que o Brasil tem.

Então, o que se coloca? É um desafio muito grande. Mas, já que eu falei dos países nórdicos, eu gostaria de dizer que, por exemplo, na Suécia, que realiza mamografia com alta cobertura há pelo menos três décadas - há pelo menos três décadas -, o câncer de mama continua sendo uma importante causa de mortalidade, aí rivalizando com o câncer de pulmão, mas que vem em queda - o câncer de pulmão vem em queda - por conta das campanhas contra o fumo. Mas o câncer de mama também tem uma tendência de queda a partir dos anos 90, mas muito menor do que o câncer de mama, nem vou falar do colo do útero.

Então, controlar o câncer de mama é um desafio até para os países nórdicos. Temos de colocar isso muito claramente. E, vindo aqui para a nossa realidade, eu acho que vários aspectos foram colocados aqui e há dois cenários imensos já apontados aqui... Dois cenários imensos. O Bruno apontou muito bem. Quer dizer, a diferença entre o setor privado e o público, em termos de acesso aos tratamentos mais atuais, que, infelizmente, são muito caros e oneram significativamente tanto o sistema privado quanto o sistema de saúde público, mas alguns medicamentos, algumas alternativas recentes têm

causado impacto importante na redução da mortalidade do câncer de mama. E aí, na medida em que o SUS retarda a incorporação desses tratamentos, dessa tecnologia, retarda a possibilidade de melhorar os resultados. Então, essa é uma diferença importante hoje entre o público e o privado.

Dentro do público do SUS, o Brasil é muito heterogêneo. João Bosco mencionou a experiência dele em Jundiaí - eu estou aqui em Campinas, muito próximo do João Bosco -, estamos em um Estado que tem bons recursos de saúde e nós temos dificuldades ainda importantes para assistir o paciente com câncer de mama.

E aí, então, quando você viaja para as regiões socialmente menos favorecidas, nós temos dificuldades ainda maiores. E aí eu acho até que é muito importante: a mamografia é ótima, desejável para todas as pessoas, para todas as mulheres. A mulher, quando faz mamografia regularmente, até se dispensa a realização do autoexame da mama, porque a mamografia é claramente mais eficiente que o autoexame da mama, mas, se eu estou numa região em que predomina câncer de mama com mais de cinco centímetros de diâmetro - estou falando de estágio três, estágio quatro -, não é lugar de fazer mamografia, porque o tumor que tem mais de cinco centímetros tem vários anos de evolução.

Então, nesta região tem um problema grave de acesso aos serviços de saúde - problema grave de acesso ao serviço de saúde. Isso pode ser motivado pela própria pessoa, pela própria mulher, pelas suas condições sociais, pelas suas dificuldades de locomoção etc., como também pelos serviços de saúde, por não terem a capacidade de atender essa população.

Às vezes, os serviços de saúde não estão suficientemente organizados. Por exemplo, uma pessoa marca uma consulta e aí ela não pode ir naquele dia. A maioria dos serviços de saúde não têm uma sistemática prática, ágil de remarcar consulta dentro do SUS, e as pessoas perdem. E remarcar consulta é um trabalho imenso, estou falando de coisa simples. E isso retarda, retarda, retarda, retarda o diagnóstico de tratamento, que concorre com todas as outras dificuldades que as pessoas têm.

Nós temos um trabalho recentemente feito por alguns pesquisadores do nosso grupo, que comparou o tempo de tratamento em instituições públicas e privadas no Brasil e nos Estados Unidos e, evidentemente, que as instituições públicas têm um tempo maior e têm um resultado, infelizmente, menor do que aqueles observados em instituições privadas, seja no Brasil, seja no exterior.

Quer dizer, esses dados que eu estou tentando mostrar aqui, seja dos países escandinavos, seja comparando o público e o privado, mostram que nós temos ainda muito a fazer a partir dos marcos legais, porque os marcos legais estão aí, colocam referenciais importantes. Muito obrigada, mas, entre o marcos legais e a prática, nós temos um certo exercício, um certo espaço de ação que nós precisamos realizar para obter aqueles resultados que todos nós desejamos, que é a redução da mortalidade, da morbidade do câncer de mama.

As mulheres, apesar de apresentarem câncer de mama, podem preservar as suas mamas, podem ter uma excelente sobrevida etc., etc., porque esse é o desejo. E é um tumor que desafia.

Então, fica aqui a minha mensagem de nós investirmos muito no SUS, um grande sistema de saúde. Aqui, na pandemia, ele mostrou a eficiência dele. Parablenizo todos os dirigentes e aqueles que agiram na pandemia. Felizmente, parece que estamos conseguindo controlar essa importante doença. E a equipe também tem um espaço imenso para atuar nesse cenário do câncer de mama.

Então, quero encerrar aqui, parabenizar o Senador Marcelo Castro e todas as pessoas que envolveram a organização, pela oportunidade, em nome da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp, de estar deixando aqui uma mensagem para todos nós.

Muito obrigado.

O SR. PRESIDENTE (Marcelo Castro. Bloco Parlamentar Unidos pelo Brasil/MDB - PI) - Agradecemos ao Professor Luiz Carlos Zeferino, que nos deu uma excelente contribuição colocando de maneira prática, lógica, objetiva, todas as nossas carências e mostrando a necessidade de um esforço maior de todos nós para combatermos essa enfermidade que tanto flagela a população feminina brasileira.

Nós estamos com a presença da Senadora Zenaide Maia. Nós temos, Zenaide, uma última pessoa para falar. A assessoria me informa que V. Exa. gostaria de ter a palavra.

A SRA. ZENAIDE MAIA (Bloco Parlamentar da Resistência Democrática/PROS - RN) - Pode deixar o palestrante.

O SR. MARCELO CASTRO (Bloco Parlamentar Unidos pelo Brasil/MDB - PI) - Pois não. Então, vamos à última inscrita que é a Sra. Vanja Andréa Reis dos Santos, Conselheira Nacional de Saúde.

Com a palavra a Sra. Vanja Andréa.

A SRA. VANJA ANDRÉA REIS DOS SANTOS (Para discursar.) - Bom dia a todos e todas, bom dia Senadores e Senadoras, ao Senador Marcelo Castro, que traz aqui este debate sobre as iniciativas a respeito do tratamento do câncer de mama no Outubro Rosa. É um prazer estar aqui representando o Conselho Nacional de Saúde.

Eu acredito que os que me antecederam colocaram importantes informações, dados, que têm preocupado muito não apenas o Conselho Nacional de Saúde, mas a sociedade brasileira, porque a pandemia nos colocou numa situação muito complicada em relação aos tratamentos das doenças como um todo e o câncer de colo de útero é uma dessas.

Como foi apresentado o dado, mais de 1 milhão de mulheres deixaram de ter o seu diagnóstico em relação a 2018 e 2019. No Brasil, nós temos com grande incidência o câncer de mama. Se nós formos deter o olhar pela Região Norte, é o câncer de colo de útero.

Aqui, a Daniela colocou muito bem a questão do acesso. Esse acesso é diferenciado para ela, mulher branca, e para as mulheres negras. Agora, imaginem as mulheres negras em relação a esse acesso. As mulheres são a maioria das usuárias do SUS, as mulheres são a maioria nos serviços de saúde. Entretanto, isso não significa acesso; entretanto, isso não reflete uma atenção adequada. A preocupação com as mulheres, que são as maiores usuárias do SUS, é que geralmente o fazem com as suas famílias, com os seus maridos, com os seus filhos, com os seus pais, com as suas mães, menos consigo mesmas.

Então, nós temos uma série de questões a desbravar em relação ao acesso. O acesso tem que ser qualificado e tem que ser facilitado, desde a atenção básica, atenção básica essa que vem sofrendo um desgaste, um descrédito e um desfinanciamento por parte do Governo brasileiro. Como que nós podemos ter acesso à entrada, a serviços mais qualificados, se nós não temos entrada nos serviços básicos?

E aí eu vou falar sobre as regiões mais remotas, porque nós temos essa dificuldade de acesso nas capitais do Brasil, mas, quando nós lançamos um olhar sobre as regiões mais distantes, essa dificuldade aumenta muito mais, muito mais. E aí, quando se lança o olhar pela Região Norte, essa falta de acesso é maior ainda, dadas as especificidades das regiões.

Então, o nosso Brasil é diverso, a nossa população é diversa. E aí, quando a gente olha a questão da classe social e da raça, sobretudo essa diversidade nas regiões, a gente percebe o quão a gente ainda está distante dessa atenção à saúde que o povo brasileiro merece e que está preconizada na Constituição Federal, desde 1988, com a criação do SUS, que tem um princípio básico de atenção a todos e a toda a população brasileira.

E o SUS parece uma coisa de outro mundo, quando a gente vê os dados que são apresentados aqui, dizendo que o SUS gasta muito menos em saúde do que o setor privado. O SUS gasta muito menos, conseqüentemente, no tratamento do câncer de mama do que o setor privado. Entretanto, nós vivemos um desfinanciamento da saúde da população. Nós vivemos um desfinanciamento do SUS, que, nem com a pandemia, nós conseguimos reverter. Nem com a pandemia nós temos conseguido reverter esse desfinanciamento.

Está aí a EC 95, que o Conselho Nacional de Saúde, junto com muitos Parlamentares... E, Senadores, aqui eu quero deixar o nosso pedido de apoio à revogação da EC 95, que tanto prejuízo tem causado aos investimentos sociais, à educação e à saúde no Brasil, porque a população cresce, mas o investimento não aumenta. E isso tem achatado a qualidade de saúde do nosso povo, da nossa gente e das nossas mulheres, porque, dentro da saúde da mulher, essa tem sido desqualificada, atacada e desfinanciada. Do total da verba que deveria ser dirigida à saúde da mulher, apenas de 24% a 28% têm sido utilizados nos últimos anos. E, nesse sentido, o Conselho Nacional de Saúde tem negado a aprovação do RAG, que vai do Ministério da Saúde para o Conselho Nacional de Saúde, porque nós entendemos que esse desinvestimento afeta, sobretudo, o tratamento dessas doenças, sobretudo o tratamento do câncer de mama, que tanto tem atingido as mulheres brasileiras.

Então, nós pedimos o apoio desta Casa Legislativa, da população brasileira, no sentido de atuar na revogação da EC, para termos mais investimento no SUS e investirmos mais na saúde da população. Nós temos que estar atentos.

A questão da covid-19, nós temos certeza de que vai passar, apesar de que, até hoje, o tratamento não foi dado adequadamente pelo Governo brasileiro, como a gente tem visto aí. Hoje, sai o relatório da CPI, mas nós temos que tratar, com bastante carinho e com bastante empenho, a questão da revogação da EC 95 e a questão do investimento no SUS, do investimento na saúde, porque, se nós não lançarmos esse olhar, os problemas continuarão. E continuarão em todas as frentes, sobretudo no câncer de mama, que tanto tem atingido as mulheres brasileiras.

Então, essa é a contribuição do Conselho Nacional de Saúde, Senador Marcelo Castro.

Muito obrigada pelo convite, em nome da Mesa Diretora e do nosso Presidente Fernando Pigatto.

O SR. PRESIDENTE (Marcelo Castro. Bloco Parlamentar Unidos pelo Brasil/MDB - PI) - Nós é que agradecemos a V. Sa. pela contribuição do Conselho Nacional de Saúde.

Sendo assim, nós ouvimos todos os convidados desta manhã.

Passo, então, a palavra à nobre Senadora Zenaide Maia, que gostaria de se pronunciar a respeito do tema.

A SRA. ZENAIDE MAIA (Bloco Parlamentar da Resistência Democrática/PROS - RN. Para discursar.) - Sr. Presidente, colega Senador Marcelo Castro, esta sessão, por si só, já dá uma visibilidade grande.

Cumprimento aqui nossos expositores, que deram uma aula e mostraram à população brasileira o que realmente pode ser feito pelo Congresso Nacional e pelo Governo para evitar que mães, avós morram de câncer de mama.

Uma coisa que é consenso e eu ouvi todos falarem é o rastreamento a partir dos 40 anos.

Como Vanja falou, como o Dr. Gabriel falou, como o Dr. João Bosco falou, como o Bruno Pacheco e todos os expositores falaram, nós temos algo em comum: o SUS, programa de saúde mais importante deste País, está subfinanciado. E não adianta dizer que não está porque o SUS, hoje, paga por um médico especialista, repassa para os Municípios, R\$10. Onde vai se conseguir um especialista, um mastologista ou um oncologista para avaliar um paciente por R\$10? Não se faz saúde pública nem privada sem recursos.

Como Vanja falou, o que é que está acontecendo? Um desfinanciamento. Em 2015, a gente já cobrava, com a PEC 001, de 2015, que o Governo Federal aumentasse os repasses para o SUS, porque o Município já tem uma obrigatoriedade de 15% e o Estado, de 12%, mas o Governo Federal não tem essa obrigatoriedade. A gente ia aumentando, e, neste ano, já seriam 18% - 18%!

Eu não acredito que seja onerar. E a vida, quanto custa? Como se diz, vai onerar o Governo Federal e vai onerar os cofres públicos. São as vidas que estão sendo...

Que valor tem a vida de uma mãe, de uma avó? Muitas mulheres jovens deixam... Quantas crianças estão sem as mães por causa de não se conseguir um tratamento precoce e muito menos um diagnóstico? Temos que cobrar a efetivação da Lei dos 30 dias, dos 60 dias. Temos que derrubar o veto para poder dar direito a medicamento. Essas são decisões políticas, gente! Essas são decisões políticas!

Por isso a gente tem a obrigação de dar visibilidade à população, porque seus familiares, sua mãe ou sua avó, demoram oito meses para conseguir uma mamografia; ou, depois que conseguem essa mamografia, mais 30 a 60 dias para conseguir mostrar a um especialista. Depois, para serem tratados, um ano. Isto é um conto da morte anunciada: esperar! Infelizmente, mais de 50% das mulheres que chegam, como foi mostrado, já estão numa fase avançada do câncer. Seriam mortes evitáveis, a gente não tem dúvida. Decisão política! O Governo Federal deve investir na saúde! E a gente, aqui, como Parlamentar, deve cobrar a efetivação, o controle dessas leis que aprovamos. E não existe esse interesse.

Eu penso assim: nada é mais importante do que defender todas as formas de vida, a das nossas mulheres, com este Outubro Rosa. Com todas essas deficiências que tem, o Outubro Rosa salva vidas, porque dá conhecimento, empodera as mulheres. Elas têm conhecimento do direito e cobram. E há as campanhas educativas, como foi falado. O Outubro Rosa também está fazendo isto: salvando vidas.

Nós mulheres lutamos por empoderamento, e conhecimento é poder! E é isto que o Outubro Rosa está fazendo aqui: empoderando as mulheres brasileiras, fazendo-as saber que existem leis que dão o direito a elas de não morrerem de morte evitável se houvesse o diagnóstico precoce e o tratamento precoce. Então, é algo que não é difícil, tão difícil! É vontade política!

Recursos, há. A gente vê recursos. Por exemplo, desoneram-se, como dizem. Não cobram impostos de grandes fortunas quando o mundo todo cobra. Não cobram impostos de lucros e dividendos quando o mundo todo cobra! Você não pode concentrar renda e deixar morrer a população de morte evitável. Isso é triste!

Eu, como médica do Hospital Onofre Lopes, vi, durante anos, pacientes morrerem quando eu sabia que, se houvesse recurso, aquela morte seria evitável. Lá, eu só era uma pessoa física, fazia o que era possível - um leito de UTI para duas pessoas que precisavam. Isso é o quê, gente? É vontade política! É preciso!

Marcelo sabe disto, porque já foi Ministro da Saúde: não se faz saúde pública nem privada sem recursos. Em vez de a gente aprovar aquela MP 001, o que veio? Foi a Emenda à Constituição 95, a PEC 95, que congelou esses recursos por 20 anos. Em 20 anos, as pessoas não vão nascer? Quem tem 50 anos não vai ter 70 anos, que é uma saúde mais cara para o idoso? Então, o povo brasileiro...

O Brasil poderia e pode evitar mortes evitáveis de mulheres - mães, avós, tias, pessoas que são arrimo de família. Pode, sim! Basta vontade política e um governo que tenha um olhar diferenciado e não ser indiferente à vida das mulheres, que são mais de 50% da população. E, nessa saúde, aí é que a gente vê o *apartheid*! Entre as mulheres pobres e negras, o índice de mortalidade, como foi mostrado aqui, é maior. É de uma falta de respeito, de uma injustiça, de uma falta de humanidade

grande vê que não deveriam ter morrido milhares delas - e continuarem morrendo - por falta de vontade política! Não tem, pode dizer o que quiser, mas educar passa pela vontade política, financiar passa pela vontade política. Para valorizar os profissionais de saúde e esse SUS maravilhoso que o mundo todo admira, é preciso investir. Podem dizer que há má gestão nos recursos, mas, com R\$10 para pagar um médico especialista, eu quero ver quem é o bom nessa gestão.

Obrigada, Sr. Presidente. Parabéns, mais uma vez!

Agradeço a todos esses que têm esse olhar humano sobre a vida das mulheres e sabem que o câncer de mama está dizimando muitas que não deveriam ser dizimadas, que teriam uma chance de sobreviver.

O SR. PRESIDENTE (Marcelo Castro. Bloco Parlamentar Unidos pelo Brasil/MDB - PI) - Nós é que agradecemos a brilhante contribuição de V. Exa., Senadora Zenaide Maia, que é uma das Senadoras mais competentes e dedicadas à causa da saúde da mulher.

Temos a honra de passar a palavra à nobre Senadora Leila Barros, que também nos prestigia nesta manhã com a sua presença.

Com a palavra a Senadora Leila Barros.

A SRA. LEILA BARROS (PDT/CIDADANIA/REDE/CIDADANIA - DF. Para discursar.) - Bom dia, Sr. Presidente desta audiência, Senador Roberto, não, Marcelo Castro - perdão, Senador, eu já falei com tanta gente hoje - e Senadora Zenaide também.

Cumprimento a Daniela Catunda, que esteve conosco ontem, na sessão de encerramento no Congresso Nacional do nosso Outubro Rosa; a Dra. Vanja; o Dr. João Bosco Ramos, enfim, todos os debatedores que vieram para esta audiência com o senhor. Eu gostaria também de cumprimentar todos que nos acompanham pelo sistema de comunicação do Senado.

A sessão especial de hoje é dedicada ao Dia Internacional do Combate ao Câncer de Mama, celebrado anualmente no dia 19 de outubro.

Trata-se de mais uma importante iniciativa que se soma a todas as demais realizadas, Sr. Presidente, neste mês de outubro, para ampliar a conscientização das mulheres brasileiras sobre a importância do diagnóstico precoce do câncer de mama, mais uma ação, portanto, de algumas inseridas dentro da Campanha Outubro Rosa aqui no Congresso Nacional. Sendo assim, cumprimento o Sr. Presidente desta sessão, Marcelo Castro, pela autoria do requerimento, que deu origem a esta sessão, até porque, quanto mais falarmos sobre o assunto, sobre a importância de diagnosticar precocemente e de tratar as mulheres acometidas pelo câncer, mais vidas estaremos salvando.

Segundo estimativas do Instituto Nacional do Câncer (Inca), ocorrem cerca de 625 mil novos casos de câncer a cada ano. O câncer de pele não melanoma é o mais incidente, (177 mil), seguido dos cânceres de mama e próstata (166 mil cada), cólon e reto (41 mil), pulmão (30 mil) e estômago (21 mil).

No mundo, ocorrem anualmente cerca de 2 milhões de cânceres de mama, o que representa 24,2% do total mundial de cânceres, o que corresponde à segunda neoplasia mais incidente e a mais comum entre as mulheres.

Com cerca de 18 mil óbitos anuais, essa neoplasia também é a causa mais frequente de morte por câncer entre mulheres, independentemente da condição socioeconômica, superando inclusive o câncer de pulmão. Daí por que é tão importante, cada vez mais, ampliarmos a campanha do Outubro Rosa em todo País. Afinal, trata-se de uma das principais missões do ano para as Bancadas Femininas da Câmara dos Deputados e do Senado Federal.

Motivo pessoal de orgulho, responsabilidade, Sr. Presidente, e satisfação, por ter tido a oportunidade de participar, pela primeira vez, como Procuradora da Mulher do Senado Federal, deste movimento.

Este ano, a campanha teve, como principal objetivo, conscientizar e alertar a população sobre a importância da prevenção e diagnóstico precoce do câncer de mama. Nesse sentido, promovemos diversas atividades e iniciativas.

Dentre elas, realizamos audiências públicas no Congresso para divulgar, debater e aprofundar algumas questões relevantes e atuais sobre o câncer de mama.

Só para relembrar, no dia 7 de outubro, por exemplo, debatemos e aprendemos sobre a importância do conceito de “navegação de pacientes” para a melhoria da atenção ao câncer de mama. No dia 14 de outubro, foi o momento de discutir o enfrentamento do câncer de mama que acomete mulheres jovens, aquelas que estão na faixa dos 18 aos 49 anos. E na última audiência agora, do último dia 21, refletimos sobre as consequências da pandemia para o diagnóstico e tratamento do câncer de mama e de útero no Brasil. E, nesta semana, ainda vamos conversar com mulheres atletas e medalhistas sobre superação, resiliência e alcance de resultados, além de falar sobre a aplicabilidade das leis de reconstrução mamária em nosso País.

Sr. Presidente, Sras. Senadoras, Srs. Senadores, cidadãos e cidadãs que nos acompanham e nos acompanharam nas audiências públicas, a campanha do Outubro Rosa deste ano não seria possível - por isso que eu fiz questão de acompanhar também esta audiência, Senador - sem o envolvimento das nossas maravilhosas instituições parceiras.

Por isso, eu quero registrar nosso profundo e sincero agradecimento ao Conselho Nacional de Secretários de Saúde; ao Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde; ao Instituto Nacional do Câncer, o Inca; ao Ministério da Saúde e à Federação Brasileira de Instituições Filantrópicas de Apoio à Saúde da Mama, a Femama.

Agradecemos, também, à Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica; ao Instituto Oncoguia; ao Instituto Vencer o Câncer; ao Instituto Lado a Lado Pela Vida; ao movimento Todos Juntos contra o Câncer; ao Hospital do Amor; à Liga do Bem; e à Associação Recomeçar. Todos parceiros nossos aqui neste Outubro Rosa, dentro do Congresso Nacional.

Sabemos que, lamentavelmente, o câncer de mama acomete muitas mulheres no Brasil e no mundo, todos os anos. Porém, é uma enfermidade que pode ser prevenida e tratada.

O primeiro remédio contra o câncer de mama, nós sabemos, é a informação, a conscientização. As mulheres precisam estar cada vez mais conscientes da importância do exame preventivo e do diagnóstico precoce. Isso aumenta muito as chances de cura. Além disso, existem propensões genéticas para o desenvolvimento de tumores.

Por isso, é importante reconhecer o seu histórico familiar em relação à doença. Alimentação e hábitos saudáveis também ajudam muito a prevenir o câncer de mama e outros tipos de câncer. Igualmente fundamental, Sr. Presidente, é garantir o acesso aos melhores tratamentos possíveis para o enfrentamento do câncer de mama e demais neoplasias malignas.

Nesse sentido, considerando ainda que estamos em plena campanha do Outubro Rosa, eu não poderia deixar de tratar do Veto 41 ao PL 6.330, de 2019, que propõe um acesso rápido aos medicamentos orais contra o câncer.

Os antineoplásicos orais se destacam pela segurança e eficácia que apresentam no tratamento de vários tipos de câncer, inclusive o tumor de mama. O senhor, que é médico, sabe disso. São capazes de identificar e atacar as células cancerosas, sem prejudicar as saudáveis, e ainda preservar a qualidade de vida dos pacientes.

Lamentavelmente, nós sabemos aqui que o PL foi vetado, e cabe a nós Congressistas derrubar o veto e assegurar aos brasileiros e brasileiras esse direito fundamental quando se deparam com desafios de enfrentar um câncer.

Seria, portanto, mais uma conquista do Outubro Rosa a derrubada do Veto 41. E espero contar com o envolvimento, claro, certamente, do senhor e da Senadora Zenaide, não tenho dúvidas, mas nós precisamos mobilizar o Congresso nesse sentido, não é?

Mulheres desse imenso Brasil, é importante que saibam que existem diversas instituições que podem apoiar vocês nesse momento de dificuldade. É imperioso que todas estejamos unidas, atuantes, prontas para ajudar, esclarecer e apoiar umas às outras no combate a essa terrível doença e que tenhamos a condição de diagnosticar e de tratar com a maior brevidade possível. Com a conscientização e algumas atitudes simples, nós, mulheres, podemos viver mais e com muito mais qualidade de vida.

É sempre muito emocionante, Sr. Presidente, e gratificante comprovar o envolvimento da sociedade em campanhas e movimentos tão importantes como o Outubro Rosa. Porém, ainda melhor será quando conseguirmos transformar todos os meses do ano em outubros rosas para as nossas mulheres, para as mulheres de todo o nosso País.

Então, eu agradeço a oportunidade, Sr. Presidente, de poder falar um pouquinho do que foi promovido neste mês de outubro aqui no Congresso Nacional, Senado e Câmara, e agradeço, Sr. Presidente, a parceria e a sensibilidade de todos os Senadores - dentre eles, o senhor, promovendo esta importante audiência para o nosso Outubro Rosa. Muito obrigada.

O SR. PRESIDENTE (Marcelo Castro. Bloco Parlamentar Unidos pelo Brasil/MDB - PI) - Nós que agradecemos, Senadora Leila, a participação brilhante e a contribuição de V. Exa. a essa causa de saúde pública tão importante para o nosso País, em especial para as nossas mulheres.

Sendo assim, não havendo mais oradores, eu quero aqui agradecer penhoradamente a presença da Sra. Acácia Soares Suassuna, representando o Ministério Público Federal; Sra. Jeane Gláucia Tomazelli, representando o Inca; Dr. João Bosco Ramos Borges, representando a Sociedade Brasileira de Mastologia; Sra. Daniela Catunda, representante aqui do Hospital de Base, da Rede Feminina de Combate ao Câncer do Distrito Federal, que trouxe aqui um depoimento pessoal muito comovente; agradecer ao Dr. Bruno Pacheco, Coordenador do Comitê de Tumores Mamários da Sociedade Brasileira de Oncologia; agradecer também ao Dr. Gabriel Johnson, da Femama; a Sra. Luciana Holtz, do Instituto Oncoguia; do Sr. Luiz Carlos Zeferino, da Unicamp; e da Sra. Vanja Andréa Reis dos Santos, do CNS.

Assim sendo, e agradecendo a todos, espero que esta sessão especial tenha cumprido a sua função e, assim, eu declaro, então, encerrada a sessão, agradecendo a todos mais uma vez.

(Levanta-se a sessão às 11 horas e 13 minutos.)