CÂMARA DOS DEPUTADOS

DEPARTAMENTO DE TAQUIGRAFIA, REVISÃO E REDAÇÃO

4 ª SESSÃO LEGISLATIVA ORDINÁRIA DA 56 ª LEGISLATURA

Comissão especial destinada a acompanhar as ações de combate ao câncer no Brasil
(AUDIÊNCIA PÚBLICA E DELIBERAÇÃO EXTRAORDINÁRIA (SEMIPRESENCIAL))

Em 8 de novembro de 2022
(terça-feira)

Às 9 horas

A SRA. PRESIDENTE (Silvia Cristina. PL - RO) - Sejam muito bem-vindos! Nós estamos muito felizes em tê-los aqui. Que coisa boa trabalharmos juntos. O Novembro Azul chegou. Até fiz uma blusa nova para poder estar bonita nesta audiência. Agradeço a participação de todos vocês.

Declaro aberta a 27ª Reunião Extraordinária da Comissão Especial destinada a acompanhar as ações de combate ao câncer no Brasil.

Encontra-se à disposição, na página da Comissão na Internet, a Ata da 26ª Reunião, realizada no dia 6 de julho de 2022. Fica dispensada a sua leitura, nos termos do parágrafo único do art. 5º do Ato da Mesa nº 123, de 2020.

Não havendo quem queira retificá-la, coloco em votação a ata.

Os Deputados que a aprovam permaneçam como se encontram. *(Pausa.)*

Aprovada.

Informo que a sinopse do expediente recebido encontra-se à disposição na página da Comissão na Internet.

De acordo com a ordem do dia, haverá a realização de audiência pública e deliberação de requerimentos.

Esta audiência pública tem o objetivo de debater o tema *Ser Homem no Brasil.*

Esclareço que esta audiência pública cumpre a decisão do colegiado em atendimento ao Requerimento nº 2, de 2022, de nossa autoria, e ao Requerimento nº 33, de 2021, de autoria do Deputado Weliton Prado, Presidente desta Comissão.

Dando início à audiência pública, informo a participação das seguintes senhoras e senhores, a quem agradeço imensamente: Marcos Pélico Ferreira Alves, Coordenador de Puericultura do Ministério da Saúde; Lysiane Pereira, Consultora da Organização Pan-Americana da Saúde; Igor Morbeck, Médico Oncologista; Franz Santos de Campos, Chefe do Setor de Urologia do Instituto Nacional de Câncer; Denise Blaques, Diretora do Instituto Lado a Lado pela Vida.

Para o bom andamento dos trabalhos, esclareço que adotaremos os seguintes procedimentos: o tempo concedido aos palestrantes será de 10 minutos, não podendo haver apartes; os Deputados interessados em interagir com os palestrantes deverão inscrever-se previamente pelo aplicativo Infoleg em lista específica; as perguntas serão feitas ao final da palestra, deverão restringir-se ao assunto da exposição e ser formuladas no prazo de 3 minutos, dispondo o palestrante de igual tempo para as respostas.

Comunico que, antes de encerrar a audiência, cada convidado disporá de 3 minutos para fazer suas considerações finais.

A reunião está sendo gravada e transmitida ao vivo pela Internet. Todo o conteúdo permanecerá disponível na página desta Comissão e poderá ser utilizado pelos serviços de comunicação na Câmara, na íntegra ou em parte, para a produção de reportagens, documentários e afins.

Feitos esses esclarecimentos, daremos início à audiência.

Eu não quero ficar sozinha. Então, deixem-me chamar os nossos convidados para ficarem bem pertinho de mim.

Convido o Coordenador de Puericultura do Ministério da Saúde, Sr. Marcos Pélico Ferreira Alves.

Seja bem-vindo!

Do mesmo modo, convido a Consultora da Organização Pan-Americana da Saúde, Sra. Lysiane Pereira.

Todo mundo quietinho, não é? Daqui a pouco colocamos fogo nesta audiência.

Por favor, doutora. Agradeço a participação.

Convido também o médico oncologista Dr. Igor Morbeck.

Do mesmo modo, convido o Chefe do Setor de Urologia do Instituto Nacional do Câncer, o Sr. Franz Santos de Campos.

Para concluir a formação da nossa Mesa, convido, com muito carinho, a Presidente do Instituto Lado a Lado pela Vida, Sra. Denise Blaques.

Obrigada, mais uma vez, pela participação de todos vocês. Daqui a pouquinho faremos algumas considerações.

Tem a palavra o Coordenador de Puericultura do Ministério da Saúde... *(Pausa.)*

Não é ele quem vai falar agora.

Concedo a palavra, então, por 10 minutos, para a Presidente do Instituto Lado a Lado pela Vida, Sra. Denise Blaques.

A SRA. DENISE BLAQUES - Bom dia a todos.

Quero começar agradecendo à Deputada Silvia Cristina, que está presidindo esta audiência. Ela é uma pessoa que acompanhamos muito, com quem estamos sempre juntos, e está fazendo um trabalho maravilhoso com relação à política nacional contra o câncer, que vai fazer a diferença na vida de muitos pacientes.

Agradeço também ao Deputado Weliton Prado, que não está presente hoje, porque está numa missão internacional. Mas ele é o Presidente da Comissão, e temos que agradecer muito a ele pelo trabalho.

Agradeço ainda a todos os convidados que compõem a Mesa, que aceitaram participar do nosso fórum e estão aqui hoje nessa discussão.

Para quem não me conhece, eu sou Denise Blaques, do Instituto Lado a Lado pela Vida. Nosso Instituto é a única instituição brasileira que se dedica às duas principais causas de mortes no País: o câncer e as doenças cardiovasculares. Desde 2008, quando o instituto foi fundado, nós fazemos um forte trabalho com relação à saúde do homem. Dessa data até o dia de hoje, não só tivemos muitas conquistas, mas também descobrimos que a saúde do homem no Brasil é um grande desafio para todos.

Criamos a campanha Novembro Azul, em 2011. No ano passado, a campanha impactou 87,6 milhões de pessoas no Brasil e 11,2 milhões na América Latina. Trata-se de uma campanha que criamos aqui no Brasil e que estamos expandindo para outros países também. Esses são números extraordinários e mostram o quanto o tema saúde do homem é relevante.

De 2019 a 2021, realizamos quatro pesquisas robustas por meio do nosso Núcleo de Pesquisas e Parceiros, todos com foco exclusivo na saúde do homem, o que nos deu muito subsídio para entender o comportamento, os medos e as principais dúvidas que hoje mais pesam para os homens brasileiros.

Repito: a saúde do homem no Brasil é um grande desafio. Estamos falando de 65,8 mil novos casos de câncer de próstata no triênio 2020/2022, com cerca de 16 mil óbitos, segundo o INCA, ou seja, uma morte a cada 33 minutos. Estamos falando de uma doença que, se descoberta no início, tem 90% de chance de cura. Mas todos nós sabemos que isso não está acontecendo só no Brasil. Apesar de termos uma política nacional de atenção integral à saúde do homem, não temos uma linha de cuidados que olhe para todas as etapas de saúde e tratamento desse homem. Ele chega cada vez mais tarde ao sistema de saúde, tem dificuldades de acessar as unidades básicas e se sentir confortável em expor seus problemas em um ambiente em que ele percebe que é muito mais propício ao atendimento de mulheres e crianças. Precisamos cuidar desse homem e dos que residem nos grandes centros, e mais ainda daqueles que trabalham e moram nas áreas rurais mais afastadas, distantes da informação e do acesso à saúde.

O Instituto Lado a Lado trabalha há 14 anos com a saúde do homem. No ano passado, decidimos lançar uma linha 0800, em pleno Novembro Azul, com uma comunicação mais direcionada aos homens. Não foi surpresa para nós que os homens se sentiram muito mais à vontade para nos contatar e dividir conosco as suas dúvidas.

Temos atendido inúmeros homens, via 0800, em um serviço de escuta e orientação, em especial, sobre como acessar o sistema de saúde em diversas cidades do País. Isso tem nos guiado para nos aperfeiçoar ainda mais no conteúdo que oferecemos, nos pontos que defendemos em consultas públicas e também em audiências como esta de que nós estamos

participando hoje e em todas as interlocuções que nós temos com o Ministério da Saúde, com a Organização Pan-Americana de Saúde e com todos os demais *players* que fazem parte direta e indiretamente da saúde do homem no Brasil.

Nosso papel é promover a educação em saúde, da prevenção, diagnóstico precoce, tratamento até a reabilitação, e empoderar os homens para que se sintam responsáveis por cuidar da sua saúde. Mas é nosso papel também desafiar e provocar o sistema de saúde público e privado para que os homens brasileiros tenham acesso à saúde que precisam e no momento em que precisam.

Que se olhe e se trabalhe pela saúde integral do homem por meio de uma política pública forte e pela construção de uma linha de cuidados focada em sua jornada, desde a prevenção até o tratamento, para que haja mais igualdade com os homens, inclusive tendo a mesma perspectiva de vida que as mulheres, e não em média 7 anos a menos.

Muito obrigada. *(Palmas.)*

A SRA. SILVIA CRISTINA (PL - RO) - Nós que agradecemos.

Também quero agradecer o trabalho que é feito com a nossa querida Marlene Oliveira, do Instituto Lado a Lado pela Vida, que, por causa da COVID, está nos assistindo lá do apartamento. Ela é uma pessoa que nos ajuda muito nesse trabalho.

Inclusive quero deixá-los a par de que, no mês de dezembro, nós estaremos mostrando para o Brasil um trabalho que está sendo feito por várias mãos: o nosso Plano Nacional de Combate ao Câncer, um grande sonho que, eu não tenho dúvida, vai mudar a realidade do nosso Brasil, especialmente no enfrentamento a essa doença que nós sabemos que é tão temerosa. Sou paciente, faço ainda acompanhamento, e sei muito bem o que eu estou dizendo. São mais de 200 páginas escritas por muitas pessoas, inclusive com a coordenação do Instituto Lado a Lado pela Vida, com a nossa coordenação e de várias entidades. Vocês vão gostar muito do que vai ser apresentado e daquilo que nós vamos dar como resposta ao Brasil, com esse trabalho que eu tenho certeza que, além de ter coração e alma, tem ações concretas, possíveis, sim, de acontecer no Brasil para mudar essa realidade.

Quero registrar aqui a presença de Cassio, Deputado eleito e Vice-Prefeito da cidade de Cacoal, em Rondônia, o Estado onde eu moro. Vai trabalhar muito pela saúde. Inclusive somos parceiros. Estou muito feliz. Além de ele ser um homem competente, é bonito. Ele está aqui, e eu fico muito feliz com a sua presença.

Gostaria de agradecer também a presença do Vereador Marcelinho Stocco, uma pessoa fantástica também. Ele faz um trabalho social muito bonito com pessoas que são dependentes químicas, que precisam desse carinho, desse afago. Ele também está conosco nesta audiência tão importante.

Passo a palavra agora ao Sr. Franz Santos de Campos, Chefe do Setor de Urologia do Instituto Nacional do Câncer.

O SR. FRANZ SANTOS DE CAMPOS - Bom dia a todos.

Bom dia, Deputada Silvia.

A SRA. SILVIA CRISTINA (PL - RO) - Bom dia, queridão!

O SR. FRANZ SANTOS DE CAMPOS - Vamos falar um pouquinho sobre câncer de próstata. Nós trouxemos alguns dados.

Queria agradecer o convite feito ao Instituto Nacional do Câncer para participar de uma reunião tão importante. Para nós, falar sobre câncer de próstata, sobre a saúde do homem, é algo sério, algo importante e algo definitivo na vida de muitos homens.

(Pausa prolongada.)

A SRA. SILVIA CRISTINA (PL - RO) - Deixe-me aproveitar para falar, enquanto estão preparando a apresentação, Franz.

Dr. Ricardo, Presidente da Astellas, muito obrigada por participar conosco.

Dr. Pascoal, muito obrigada também pela oportunidade de estar aqui conosco.

E o nosso querido Gean Carlo da Rocha, que está aqui, uma pessoa que nós estimamos muito, muito obrigada por estar presente.

Essas meninas maravilhosas estão hoje vestidas de azul. Inclusive nós vamos falar muito que nós precisamos muito das mulheres para tratar do câncer da próstata, porque eles às vezes são difíceis de procurar a prevenção. Então, as namoradas, as esposas também devem nos ajudar nesse enfrentamento e nesse convite para que esses homens também procurem essa prevenção que é tão importante.

Está tudo certo aí?

(Intervenção fora do microfone.)

A SRA. SILVIA CRISTINA (PL - RO) - Quero também aproveitar, já que estão preparando a apresentação, para dar alguns informes.

Eu tenho o prazer de convidar todos vocês que estão nos assistindo para, no dia 5 de dezembro, em Rondônia, na cidade de Porto Velho, na Capital, a inauguração de mais um hospital que nós estamos inaugurando dentro desse nosso primeiro mandato de 4 anos.

O primeiro hospital nós inauguramos no dia 3 de dezembro. Então, em menos de 1 mês nós estaremos completando 1 ano do primeiro Centro de Prevenção e Diagnóstico de Câncer do Estado de Rondônia, fruto do nosso trabalho aqui como Deputada, como Presidente da Frente Parlamentar Mista em Prol da Luta contra o Câncer. Esse era um sonho que nós tínhamos há mais de 10 anos. Estar aqui na Câmara Federal nos possibilitou levar prevenção com qualidade, em parceria com o Hospital de Amor, fruto das nossas emendas de 32 milhões e 600 mil de reais. Hoje, nós somos referência em prevenção de câncer de mama, de colo uterino, de boca e de pele. Nós acrescentaremos a prevenção de câncer de próstata — para cuidar dos meninos, Franz —, estômago e intestino também até o final do ano. Então, nós englobaremos mais três especialidades.

Voltando ainda ao convite para o dia 5 de dezembro, quero dizer que nós vamos inaugurar um hospital para pessoas com deficiência, um centro de reabilitação, que é a sequência do que nós mais queríamos. Nós temos a área de prevenção, que vai fazer agora 1 ano, realizando um trabalho maravilhoso com quase 30 mil atendimentos e temos o Hospital de Amor, que é referência também em Rondônia, há 10 anos fazendo um tratamento e um protocolo de excelência, porque ele já está há mais de 60 anos trabalhando no tratamento de pacientes com câncer. E o que nós queríamos era esse acompanhamento via reabilitação, que é necessário, porque o câncer mutila e faz com que nós precisemos de reabilitação.

Além dos pacientes com câncer, serão atendidos também todos os outros deficientes, físicos, intelectuais, visuais, auditivos, todos esses. Eu sempre falo, para que as pessoas entendam um pouco melhor, que é o nosso Sarah Kubitschek rondoniense com uma tecnologia a mais. Nós adquirimos equipamentos da Suíça e do Chile para caminharmos a passos mais largos. O Estado de Rondônia, digo, a Região Norte já foi muito desfavorecida, especialmente politicamente, e nós chegamos para dar um novo norte.

Eu tenho o prazer de registrar que esse hospital é fruto também das minhas emendas. Foram 32 milhões e 600 mil reais. Nós vamos inaugurá-lo funcionando, porque não permitimos que se inaugure obra para depois equipá-la, para depois contratar médico. A inauguração tem que acontecer com o prédio já funcionando. Nós vamos inaugurá-lo já com fábrica de próteses e órteses e com reabilitação.

Para o ano que vem, estão previstas a internação e as cirurgias. Aí nós faremos o trabalho completo, de fato, levando uma assistência para mais de 200 mil pessoas com deficiência no Estado de Rondônia. Eu não tenho dúvida de que nós vamos atender todo o "nortão", até porque não existe um centro tão avançado como o que nós teremos lá no Estado de Rondônia.

Sintam-se convidados para a inauguração em 5 de dezembro, às 9 horas, lá em Rondônia, em Porto Velho. Vocês serão muito bem-vindos e muito bem recebidos.

Podemos, Franz?

O SR. FRANZ SANTOS DE CAMPOS - Eu acho que não. Ainda existe um problema técnico aqui.

A SRA. PRESIDENTE (Silvia Cristina. PL - RO) - Obrigada. Eu falo, gente. *(Risos.)*

Se for para entretê-los, se for para conversar, eu conversarei, para não haver furo aqui na nossa audiência, senão ela vai ficar muito monótona.

Há alguém aqui da bancada que vai apenas falar? Se houver, o Franz senta um pouquinho.

O SR. FRANZ SANTOS DE CAMPOS - Exato.

O SR. MARCOS PÉLICO FERREIRA ALVES - Eu tenho apresentação.

A SRA. PRESIDENTE (Silvia Cristina. PL - RO) - O senhor tem apresentação também.

Então, nós vamos...

O SR. MARCOS PÉLICO FERREIRA ALVES - Não sei se é possível acessar a minha.

O SR. FRANZ SANTOS DE CAMPOS - É a mesma coisa.

(Intervenção fora do microfone.)

A SRA. PRESIDENTE (Silvia Cristina. PL - RO) - Certo. Nós vamos aguardar um pouquinho, não há problema, e já reiniciaremos rapidinho.

Tecnologia é assim, gente. Tecnologia sempre nos pega.

(Pausa prolongada.)

A SRA. PRESIDENTE (Silvia Cristina. PL - RO) - Nós vamos dar sequência enquanto resolvem a parte técnica.

Indo para o final, nós teríamos perguntas aos nossos convidados, até porque temos que os sugar bastante. São pessoas de conhecimento nato.

Eu quero, mais uma vez, agradecer a todos vocês. Nós temos aqui pessoas com muito conhecimento. Este é o momento de nos aproveitarmos desse conhecimento para aprendermos um pouco mais com eles.

Eu vou passar a palavra para a Denise, porque, neste debate, nós também temos um bate-papo. Seguimos com as perguntas e respostas, enquanto agilizam a parte técnica ali, está bom, Franz?

O SR. FRANZ SANTOS DE CAMPOS - Estamos aí.

A SRA. DENISE BLAQUES - Eu queria fazer uma pergunta para o Marcos. Eu citei, na minha fala, a questão de uma linha de cuidados para a saúde do homem. O instituto sempre procurou trabalhar a questão das fases da vida.

Então, se puder, Marcos, fale um pouquinho sobre como a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem está trabalhando nesse sentido. Como ela está trabalhando hoje a questão das fases da vida?

O SR. MARCOS PÉLICO FERREIRA ALVES - Beleza. Então, eu vou improvisar. Já começo o diálogo. Vou pedir para poder caminhar um pouquinho. É vício de professor.

A SRA. PRESIDENTE (Silvia Cristina. PL - RO) - Que bom! Fique à vontade.

O SR. MARCOS PÉLICO FERREIRA ALVES - Vou me apresentar. Eu sou Marcos Pélico, servidor público do Ministério da Saúde, e estou atualmente Coordenador de Saúde da Criança, Adolescentes e Jovens, dentro de um departamento que cuida dos ciclos da vida. Não sou o Coordenador de Saúde do Homem. Estou aqui representando a minha colega Fernanda Bordalo. Estou com dois técnicos, a minha assessoria está aqui, a Patrícia Santos e o Fernando Pessoa, os quais já cumprimento.

Quero agradecer ao Instituto Lado a Lado pela Vida, em nome da Denise, pelo trabalho que realiza.

Cumprimento a Deputada Silvia Cristina. Que energia boa! Que fala acolhedora ela tem! E ressalto o trabalho que esta mulher está fazendo, para Rondônia principalmente! Então, cumprimento a Deputada e todos os Parlamentares que estão aqui, assim como o Prefeito e o Vereador também. Cumprimento ainda o Dr. Franz, o Dr. Igor e a nossa colega e parceira da OPAS, a Dra. Lysiane. A OPAS está sempre conosco, com o Ministério da Saúde.

A partir do recente Decreto nº 11.098, de 2022, nós criamos o Departamento dos Ciclos da Vida, em que a Coordenação de Saúde do Homem está inserida junto com outras coordenações. Então, trabalhando uma ideia cronológica e destacando algumas populações específicas, como o homem, nós temos, no Departamento dos Ciclos da Vida, a saúde da mulher, a saúde da criança, adolescentes e jovens, a saúde da pessoa idosa e a saúde mental, que tem um corte transversal em todos esses ciclos da vida, não é verdade, gente? A pandemia revelou isso. Todos nós tivemos que lidar com a questão de saúde mental.

Para nós do Ministério, quando olhamos a saúde do homem, vamos pensar em termos de uma política nacional. Nós temos no Ministério da Saúde a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. Ela é uma política de Estado. Nasceu em 2009 — não é, Denise? —, com a Portaria nº 1.944, e passou por uma revisão agora em 2021, com a Portaria nº 3.562, que veio a destacar alguns eixos dessa política. Mas eu já pontuo que, na perspectiva do Ministério da Saúde, ter uma política nacional, ter uma política de Estado é algo extremamente importante. Para quê? Para destacar um olhar específico sobre essa população que precisa. Nós homens não temos 7 anos de expectativa de vida a menos do que as mulheres? Então, há algum problema na nossa forma de cuidar da saúde. Nós não fazemos o cuidado integral.

Quando pensamos, por exemplo, em uma UBS, uma unidade de saúde, nós vemos a mulher lá dentro, vemos a criança vacinando, vemos a pessoa idosa fazendo o cuidado das doenças crônicas, mas o homem não se vê. Ele para na porta, fica pitando um cigarrinho, conversando com o segurança, mas não entra na Unidade Básica de Saúde. É ali que está a atenção primária. Em geral, quando o homem procura a saúde, ele já vai à área especializada, o problema já está no último grau. Isso para o câncer de próstata é um problema, porque o avanço dessa doença é lento. Se diagnosticamos no começo,

olhe o ganho que temos, Deputada, de já diagnosticar, de já tratar. Mas o homem não tem esse padrão. Parece que ele não se vê em uma unidade de saúde.

É por isso que as mulheres estão aqui para nos ajudar, para ficar provocando: *"Não, você tem que ir a um postinho. Você tem que ir a uma Unidade Básica de Saúde"*. Ele não vai. Quando ele vai, ele fala: *"Este espaço não é um espaço para o homem, não é um espaço masculino"*.

Então, este é o primeiro desafio dessa política pública: colocar o homem na Unidade Básica de Saúde para fazer uma consulta com um médico de família e comunidade, para fazer uns exames. *"Vamos ver como está a sua saúde, o seu coração. Está praticando atividade física? Está se alimentando bem?"* Nós temos um trabalho a fazer no Ministério da Saúde para captar esse público-alvo, que é resistente, Deputada, e não cuida da saúde.

Aqui eu não quero generalizar. Sabemos que há homens que já adotam práticas de cuidado, e isso é muito importante, mas, no geral, nos cafundós da vida, o homem não está nem aí. Por quê? Porque ele não é vulnerável. Ele não se sente vulnerável. Ele é forte: *"Não preciso procurar o postinho de saúde"*.

Então, o primeiro desafio que nós temos é levar essa população específica a procurar o serviço de saúde, a fazer uma consulta de rotina, que seja anual, para que eventualmente se possa diagnosticar o problema o mais cedo possível.

Isso também, Deputada, afeta os cofres públicos. Se eu trato no começo, o custo é bem menor, não é verdade? Se eu deixo isso para o fim, se inicio o tratamento lá na frente — nós estamos aqui com dois especialistas —, é muito mais caro para o SUS. Então, o desafio nosso é muito grande.

Temos que buscar estratégias. Por que o homem não se vê na UBS? Será que é questão de ambiência? Existe a questão da ambiência, do entrar no espaço, que tem que ser um espaço acolhedor para esse público também. É um desafio para nós preparar a infraestrutura para que esse homem se sinta bem ali dentro da UBS. Aí nós vemos o apoio da mulher, que é importante nesse processo.

Eu vou destacar, dentro das ações da Coordenação de Saúde do Homem, uma estratégia e uma atuação importante. A estratégia é o pré-natal do pai parceiro. Quando pensamos em pré-natal, automaticamente vem à cabeça a mulher. É ela que vai fazer o pré-natal, é ela que vai buscar o postinho para fazer o pré-natal. Acaba que nós não pensamos no homem. Este pode ser um momento interessante, ou seja, quando ele leva a mulher ao postinho. Nós temos que estar preparados, Deputada, para já fazer a captação deste colega e perguntar a ele: *"Colega, como está sua saúde?"* Portanto, trata-se de um momento muito importante para introduzirmos uma perspectiva no pré-natal da mulher para o pai parceiro, que pode ser biológico ou afetivo. Nós o captamos. Uma estratégia muito importante foi desenvolvida pela Coordenação de Saúde do Homem, do Ministério da Saúde, que introduziu, na caderneta da gestante, uma parte para fazer o pré-natal do pai parceiro. Esta é uma estratégia que nós temos para captar o homem.

Outra estratégia importante como atuação é a dos agentes comunitários de saúde — ACS, que são nossos braços da Atenção Primária que conhecem o território, os espaços que os homens frequentam e podem fazer esta captação, a fim de trazê-los para a unidade de saúde, pelo menos para fazerem uma consulta e os exames de rotina. Assim, nós temos uma estratégia, importante, do pré-natal do pai parceiro.

Apresento um dado: o Ministério atuou na qualificação dos profissionais da saúde no começo do primeiro semestre de 2022 e adotou a estratégia de qualificar os profissionais da saúde da Unidade Básica de Saúde. O resultado foi a ampliação, em 60%, das consultas de pré-natal do pai. Nós fizemos uma estratégia de qualificação que deu resultado, no sentido de captar o pai parceiro e de colocá-lo no serviço, para que ele começasse a utilizá-lo e a se cuidar melhor.

A SRA. PRESIDENTE (Silvia Cristina. PL - RO) - Sr. Marcos Pélico, não vou errar mais seu sobrenome. *(Risos.)*

O SR. MARCOS PÉLICO FERREIRA ALVES - Deputada Silvia Cristina, já terminou meu tempo?

A SRA. PRESIDENTE (Silvia Cristina. PL - RO) - O senhor deve ter percebido que eu não sigo muitas formalidades. Isso é bom, porque nós acolhemos mais os oradores e deixamos nossa audiência mais tranquila.

Como já foi ajustada a parte tecnológica do sistema, o senhor já pode exibir sua apresentação. Pode ser?

O SR. MARCOS PÉLICO FERREIRA ALVES - Perfeito! Pode ser. Eu já estou no pique; estou gastando um pouco do tempo dos outros também.

A SRA. PRESIDENTE (Silvia Cristina. PL - RO) - Eu quero apenas fazer um registro importante sobre o que disse a Deputada Flávia Morais, de Goiás, que é a maior referência no debate das políticas de enfrentamento do câncer. Todos a reconhecem pela sua atuação na saúde, mas ela é referência também na questão que envolve o câncer. Portanto, sinta-se em casa, Flavinha. V.Exa. é dona daqui.

Registro, também, a presença do Prefeito Ney, do Município de São Felipe, em Rondônia. Os rondonenses estão todos aqui para prestigiá-la. A Deputada é uma Parlamentar muito forte!

Nós ficamos muito felizes pelo "nortão" estar aqui conosco.

Marcos, fique à vontade.

O SR. MARCOS PÉLICO FERREIRA ALVES - É isso mesmo!

Vamos para a apresentação. Eu serei mais rápido agora, porque já falei algumas coisas. Assim que aparecerem, eu continuo.

(Segue-se exibição de imagens.)

Faço um destaque à nossa política nacional, que é uma conquista. Se olharem pelas Américas, verão que nenhum país tem uma política nacional com foco no homem. Portanto, nós temos que pontuar algumas coisas boas em relação ao Brasil. São poucos os países que têm uma política específica para a saúde do homem.

A coordenação é esta, o departamento é o dos Ciclos da Vida, temos a Secretaria de Atenção Primária à Saúde, criada em 2019, fruto do Decreto nº 9.795. Além disso, temos uma reestruturação no Ministério, que ocorreu em 2019.

A Secretaria de Atenção foi desdobrada em Atenção Primária e Atenção Especializada. Dentro da Secretaria de Atenção Primária, temos os Ciclos da Vida, cujos recortes são a saúde da criança, adolescentes e jovens, que chamamos de puericultura; a saúde do homem, a saúde da mulher, a saúde da pessoa idosa e a saúde mental, num corte transversal. Eu sou o Coordenador de Saúde da Criança, Adolescentes e Jovens, repetindo.

Aqui temos o símbolo do lacinho, que serve para ampliar a consciência do cuidado com a população dos homens. O Novembro Azul traz esta temática para a nossa vida. Mas nós, do Ministério da Saúde, trabalhamos com a conscientização o ano todo. Não dá para parar. No ano todo, nós temos que conscientizar a população de homens do Brasil para se cuidar. O homem pensa que ele não precisa se cuidar; ele só vai se cuidar quando o problema já está no último grau. Aí, perde todo mundo: perdemos vidas, perdemos dinheiro, que também é um problema. O lacinho é, portanto, um símbolo interessante, que provoca nossa consciência.

Este é um recorte da política: a sigla PNAISH — Política Nacional de Atenção Integral. Quando falamos de atenção integral, não se trata apenas do tratamento, mas também da promoção e da prevenção, que estão na Atenção Primária — a prevenção primária é a consulta de rotina. O homem não tem que ter medo de consultar o médico, nem de fazer alguns exames de rotina! É importante para o homem que se sente forte permanecer forte.

Nós destacamos a Portaria nº 3.562, de 2021, lembrando que a política foi instituída em 2009 — já temos a política desde 2009! Em 2021, nós fizemos uma revisão dela e destacamos os eixos. Eu vou chamar mais atenção para o acesso e o acolhimento: melhorar e ampliar o acesso. É aquilo que eu disse: olhem o homem, ele passa liso: ele leva a esposa, a mãe, leva a criança para vacinar, a pessoa idosa para cuidar da diabete, mas o homem diz que este ambiente não é para ele. Ele vai ao barzinho, vai fumar um cigarro, vai dar uma volta no quarteirão, e não entra na UBS.

Existem questões de infraestrutura? Existem. Nós temos que pensar a ambiência. Por que o homem não se vê dentro da UBS, dentro do postinho? Porque é um espaço de mulheres? Isso vai, de alguma forma, impactá-lo? Então, nós temos que trabalhar isso como nosso foco do Sistema Único de Saúde, para que esse ambiente seja também masculino, também do homem, para que ele possa cuidar de si próprio. Este é um desafio que nós temos. O público feminino tem um papel neste processo. Depois eu vou destacar também o papel de adolescentes, que faz parte da minha caixinha no Ministério da Saúde. Eles também podem fazer uma busca ativa em casa.

Aqui eu quero mostrar um corte, uma linha histórica, de 2015 a 2020. Nós temos o atendimento individual: pegando um recorte de 20 anos a 59 anos, nós percebemos na série histórica que os atendimentos individuais ocorrem muito mais para mulheres. É um recorte de sexo, homem e mulher: em média, 25% do atendimento é feito para homem, ele procura pouco o serviço, porque ele acha que não precisa. É um desafio nosso ressignificar a questão da masculinidade. No contexto de masculinidade, ser homem no Brasil envolve não cuidar da saúde? Pelo contrário. Nós temos que desconstruir esta ideia. Cuidar da saúde também é coisa de homem! É difícil dizer isso. É importante que nós homens cuidemos da nossa saúde, pois isso tem um impacto muito importante nas nossas famílias.

Aqui nós temos a estratégia que eu já comentei: o pré-natal do pai parceiro. Pré-natal não é só para a mulher grávida. Pré-natal é também para o pai, é o momento em que o homem está presente naquele momento. O profissional da saúde não pode ignorar o homem. Às vezes, o homem vai à unidade básica, mas o profissional olha apenas para a mulher, não olha para o homem, que é invisível para ele. Por isso, é preciso trabalhar a qualificação. A educação tem o papel de transformar nossa visão. Com isso, nós temos que educar os profissionais da saúde para que o homem deixe de ser invisível na UBS. O homem chegou. Nós precisamos nos preparar para captar este colega. Essa estratégia foi, portanto, colocada.

No primeiro semestre, foram feitas capacitações presenciais. Mais de 1.650 técnicos, profissionais da saúde e gestores, foram capacitados, e nós melhoramos as consultas a homens na atenção primária em 60%. Isso já é um ganho! Nós temos que trabalhar pequenos passos, Deputada, para fazermos mudanças no Brasil.

Nós introduzimos, na caderneta da gestante, a parte do pré-natal do pai parceiro. Nela cadastramos, notificamos os exames e as consultas que o homem está fazendo para si mesmo, para o cuidado da saúde dele. Isso também já é um ganho que nós temos.

Aqui eu já comentei com vocês a atuação dos agentes comunitários de saúde. Milhares deles fazem no Brasil um trabalho de sentinela, de busca ativa, porque eles vão aos territórios. Eles têm o papel de estimular ou incentivar o homem a procurar o serviço. A atenção primária também tem que ser um espaço para os homens, não apenas a atenção especializada, quando o negócio já está fora do controle. Aí, é muito mais difícil e muito mais caro para o sistema. É preciso mobilizar os agentes comunitários de saúde para que eles também atuem no sentido de trazer o homem para a UBS.

Eu fui coordenador do Programa Telessaúde Brasil Redes, do Ministério da Saúde, Deputada. *"Se Maomé não vai à montanha, a montanha vai a Maomé."* Nós temos, com a telemedicina, a telessaúde, a teleconsulta, uma possibilidade de irmos até o sujeito que, de alguma forma, tem resistência a procurar a UBS. Não é para haver resistência: ele pode fazer uma teleconsulta. Ele faz um contato da própria sala, pega o próprio *smartphone* e faz uma videochamada. Nós temos que usar esta que é uma ferramenta tecnológica. Hoje todo mundo tem celular, tem *smartphone*. Nós temos que usá-lo também como ferramenta de promoção da saúde, de prevenção primária de saúde. Trata-se de uma ferramenta potente. Eu estou dando uma sugestão: uma UBS digital, um espaço que não tem *locus*, mas que pode ser um elemento de saúde.

Dentro da telessaúde, nós temos o telediagnóstico. Trata-se de um exame feito a distância. Você faz um eletrocardiograma a distância. Em parceria com a Universidade Federal de Minas Gerais, nós temos um sistema de telelaudo fantástico! Não é preciso se deslocar. Imaginem alguns Estados do Brasil, como o Pará e o Amazonas, no Norte! Esses Estados têm um território gigantesco. Às vezes, é preciso andar de lancha horas para chegar a uma cidade.

Nós temos uma ferramenta tecnológica por meio da qual a pessoa pode realizar, a distância, não só consultas, mas também exames. Isso envolve investimentos? Sim, envolve. Envolve protocolos? Envolve. O fato é que a pandemia colocou, na pauta do dia, a ideia da teleconsulta, porque nós fomos para o virtual — tudo virou virtual. Nós ficamos presos naquela telinha. Nós até estamos cansados. Tudo é *meeting*, tudo é conferência pela *web*, tudo é pelo Zoom, por videochamada. Nós perdemos até o contato pessoal. Então, eu aponto aqui uma estratégia que pode ser utilizada também para captar este público. Por fim, eis a minha caixinha. Eu quero mobilizar outro público. Quando nós fazemos o recorte da política, é um recorte de 20 anos até os 59 anos. Nós deixamos para trás os adolescentes. Os adolescentes podem ser um público bem interessante, primeiro, para nós construirmos hábitos. Nós olhamos para o adolescente com desdém — *"ah, o adolescente é um problema"*. Mas é neste momento aqui, Deputada, que nós construímos hábitos, por meio da escola. É possível haver uma intersetorialidade entre saúde e educação, Denise, para nós já prepararmos o adolescente homem para o cuidado. Por que não começar aqui? Quanto mais tempo nós demoramos, mais difícil fica para promover mudanças culturais.

Eu quero mobilizar esse público por meio da escola, para que ele já comece a se tratar, a pensar em cuidado para o homem na adolescência. Filhas e filhos podem atuar dentro de casa, junto com as companheiras, porque uma filha e um filho podem muito bem ter aquele papo com o pai e provocá-lo em relação ao cuidado. Isso tem um poder imenso! As filhas, principalmente, podem ser agentes de captação desse público, para o cuidado preventivo primário em saúde. Eu destaco essa população, que hoje está sob minha competência. Eu acho uma população promissora.

Nós temos programas de saúde na escola que podem ser canais interessantes para construirmos hábitos. Quanto mais cedo nós construirmos o hábito do cuidado em saúde, melhor! Ele sedimenta. Nós deixamos de lado esta faixa etária e só trabalhamos com a de 20 anos ou 25 anos para a frente. Este é um nicho com um potencial muito grande.

Eu coloquei ali a ideia de uma alimentação saudável, a prática de atividade física, que não precisa ser necessariamente uma academia — pode ser uma caminhada, um trabalho doméstico, o deslocamento para o trabalho por meio de bicicleta, o hábito de não fumar. Tudo isso conta para o cuidado em saúde. Há o problema do abuso de bebidas alcoólicas, que é típico da população de homens. Nós começamos muito cedo com a cachaça, com a cerveja, nós vivemos no bar, o que, a longo prazo, tem um impacto na qualidade da nossa saúde.

Por fim, a campanha *O melhor da vida é ter saúde*. A maior riqueza que nós todos podemos ter é a saúde. Nós só reconhecemos isso quando a perdemos. Aí é que nós percebemos. Às vezes, todo o dinheiro que nós temos guardado não tem valor nenhum se não temos saúde. Desta forma, quanto mais cedo e quanto mais cuidado tivermos com esta dimensão, melhor será para todos nós.

Estou aberto às perguntas.

Uma boa audiência para todos!

Muito obrigado.

A SRA. PRESIDENTE (Silvia Cristina. PL - RO) - Maravilha!

Nós acabamos de ouvir o coordenador Marcos Pélico. Agradeço à sua assessoria e aos seus companheiros do Ministério aqui presentes.

Passo a palavra ao Sr. Franz Santos de Campos.

O SR. FRANZ SANTOS DE CAMPOS - Nós vamos falar um pouco, especificamente, sobre o câncer de próstata. Depois de ouvirmos o Marcos "bater" bastante nos homens com suas palavras, parece que as coisas estão ficando um pouco diferentes, principalmente quando entramos na gênese da questão.

(Segue-se exibição de imagens.)

Câncer de próstata é algo muito sério!

Vou falar do trabalho que nós estamos fazendo, um trabalho pioneiro do Instituto Nacional do Câncer, uma confirmação de 4 anos. O Instituto Nacional do Câncer sai da posição de ser apenas um órgão normativo do Ministério da Saúde, com forte presença assistencial não só no Rio de Janeiro, mas também em todo o Brasil, e passa a ser um órgão de pesquisa para discutir o câncer de próstata na sua essência.

A cada três cânceres que atingem o homem, um é de próstata. O índice é muito alto, muito preocupante. Este é um dado que tem se mantido. A previsão para este ano e os próximos 2 anos é de 65 mil novos casos no Brasil; nos Estados Unidos, são 347 mil novos casos. No mundo, a previsão é que tenhamos 1 milhão e 400 mil homens diagnosticados por ano com câncer de próstata. Trata-se de um problema de saúde pública, um problema que envolve uma doença grave que, muitas vezes, mata o homem.

O Instituto Nacional do Câncer mudou sua posição ao saber que o grande problema, hoje, para nós é o diagnóstico do câncer de próstata. Com isso, há 4 anos, o instituto começou, com a Secretaria Estadual de Saúde e, na atenção primária, a Secretaria Municipal de Saúde, a identificar o paciente com o PSA elevado. Este paciente é enviado ao Centro de Diagnóstico de Câncer de Próstata e avaliado por um uroncologista. Esta avaliação reafirma ou não a indicação do câncer de próstata. Em 15 dias agendados, é feita uma biópsia no Instituto Nacional do Câncer sob sedação anestesiológica. Em 30 dias, sai o resultado da biópsia pela patologia, e o paciente volta ao uroncologista. A partir daí, ele é encaminhado para o Sistema Estadual de Regulação. Esta ferramenta não existia no Rio de Janeiro. O Estado apresentava 126 posições de biópsia de câncer do SUS por ano. O Instituto do Câncer resolveu interagir nesta situação e mudar esta história.

Aqui temos nossos registros de 4 anos, que são uma crescente. Este é um registro semestral. Nós já estamos atingindo a média de 11 mil registros ao longo desses 4 anos. Os dados são do Instituto Nacional do Câncer *on-line.* Aqui nós vemos o primeiro grande problema, como já foi citado pelo Marcos.

Nesta imagem, nós vemos o grau de absenteísmo. Destes 11 mil pacientes indicados para ser atendidos no CDCP, 22% não comparecem. Nós realizamos quase 7 mil biópsias na próstata. Como podemos ver, se estratificamos um pouco mais esta informação — os dados são semestrais —, há uma queda de 30%, durante a pandemia. Podemos ver que, no primeiro semestre de 2020, o número cai. Este dado em vermelho diz respeito ao grau de absenteísmo. É possível notar que o verde corresponde ao interior do Estado do Rio de Janeiro, que indica o dobro de absenteísmo em relação à capital. O fato é que o homem está se preocupando com a doença, sim. Nós temos que quebrar um pouco o paradigma de que o homem não se cuida. Talvez falte apoio, informação ou acesso a este paciente.

Nós voltamos a esta imagem para ver uma estratificação desses pacientes. Devemos sempre pensar que câncer de próstata ocorre a partir de 50 anos de idade. Entre 50 anos de idade e 80 anos de idade está a grande massa dos 8 mil casos que nós avaliamos até aqui.

Esses são os resultados das biópsias que estão liberados até agora. Os senhores podem ver que, mesmo com dados de PSA e de toque retal, nós temos um índice muito alto de biópsias de próstata positivas no INCA, porque esse doente é atendido por um uro-oncologista. O nosso índice de biópsias positivas está em 58%, que é um número muito alto se nós levarmos em consideração o percentual médio, que é de 30%. Ou seja, mesmo com o PSA, mesmo com o toque retal, se for feita a biópsia, vai se encontrar o câncer em um homem a cada quatro homens.

Esses dados que nós temos de PSA — essa é a primeira dúvida — e de toque retal, só isso aí, para nós, ainda não está servindo. Nós estamos biopsiando mais gente do que é necessário.

Desses 4 mil pacientes de biópsias positivas, o instituto teve condição de absorver 1.210 pacientes. Ou seja, 30% são tratados no INCA e 70% são remetidos para a rede de regulação, mas já saem com o diagnóstico firmado pela instituição, o que adianta muito a situação do paciente, que, ao entrar, leva 45 dias para sair com o diagnóstico.

Aqui temos um dado preocupante. Quando nós começamos a analisar o câncer de próstata no Brasil, vemos que mais de um terço dos pacientes têm PSA acima de 20; e 12% têm PSA acima de 100. Acima de 100, para os senhores entenderem, há metástase, já é uma doença metastática. Acima de 20, provavelmente, eu tenho uma doença não mais curável. Quer dizer, um terço dos doentes que nós estamos encontrando provavelmente não terão cura do câncer de próstata.

Nós falamos muito em detecção precoce, que tem que ser feita, e também falamos muito na possibilidade de cura do câncer. Agora vocês vão entender um pouco mais sobre isso.

Neste eslaide, está o retrato mais grave do câncer de próstata do Brasil: 52% dos doentes diagnosticados, numa casuística de 4 mil casos, apresentam doença de alto risco pela escala de Gleason, que é uma leitura patológica, com PSA acima de 20, com doença T3, quando há o toque, e a próstata já está tomada. Quer dizer, é muito alto o nosso índice, há 52% de casos de alto risco. Os casos de baixo risco, que são doentes que nós queremos aqui para acompanhar, são apenas 17%. Falamos muito em prevenção e em diagnóstico precoce, mas temos uma massa de doentes muito grande que precisa ser tratada.

Esses são os nossos custos de biópsia, que são estratificados. A biópsia está custando 640 reais para o Instituto do Câncer. Não se deve colocar a biópsia de próstata como uma coisa simples. Ela envolve pessoas com formações multidisciplinares, como patologista de alta qualidade, radiologista intervencionista, anestesista, urologista oncológico. Quer dizer, não se pode mais colocar isso simplesmente como atenção primária. Isso é complexo. O nosso custo é esse.

Nós estamos realizando 2.640 biópsias por ano. Resolvemos a questão da fila de biópsia do Estado do Rio de Janeiro com o Centro de Diagnóstico de Câncer de Próstata.

Quando se fala em diagnóstico do câncer de próstata, como todo mundo sabe, nós temos esses pilares: o toque retal e o PSA. Só que o PSA completou 30 anos agora e ainda não nos informa corretamente o diagnóstico.

Estamos falamos em patologia. Por isso, cito aqui o Dr. Donald Gleason, que elaborou a leitura do câncer de próstata através de uma estrutura arquitetônica da célula. Isso data de 1966. Há mais de 50 anos, caminhamos com essa rotina: toque retal, PSA, biópsia, escala de Gleason. Com isso, muitas vezes não conseguimos chegar a um diagnóstico correto. Mas nós temos que caminhar.

O Instituto Nacional de Câncer começa discutindo aquilo que existe em relação ao câncer hoje. Para saber o que existe em relação ao câncer hoje, é necessário discutir a célula, o DNA da célula, o RNA mensageiro da célula, é necessário saber o que está acontecendo naquele tumor.

Esse é um projeto nosso, agora beneficiado pelo Programa Nacional de Apoio à Atenção Oncológica — PRONON, que traz um panorama de variação genética somática do câncer de próstata. Só para entendimento, a genética somática é o estudo do tumor para saber se, naquele tumor, com a sua biblioteca genética, existe alguma informação de RNA expressa. Assim, saberemos que tipo de doente nós precisamos ou não tratar.

Esses dados estarão numa pesquisa de 3 anos, que vai envolver 980 pacientes novos, sendo 50% com doença de alto grau; 25% com doença de baixo grau, aquela inicial; e 25% com doença benigna. Para quê? Nós vamos fazer bibliotecas genômicas e transcriptômicas, para estudar o exoma da próstata, para estudar o que tem esse RNA. Com essas bibliotecas, nós vamos tentar chegar a alguma conclusão.

O que vemos hoje são só dados de fora. Nós não temos informação do nosso câncer de próstata no Brasil, mas sabemos que aqui é completamente diferente, porque, com a miscigenação de raças e com toda a estrutura completamente misturada, o nosso povo não pode ser comparado ao anglo-saxão e ao chinês. São doenças diferentes, que, de maneiras diferentes, devem ser enfrentadas.

Este aqui é o nosso projeto, que vai ser dividido em 3 anos. É um projeto com um valor alto, de 6 milhões de reais. Nós estamos começando e, em 3 anos, devemos ter alguma informação sobre o câncer de próstata retirado diretamente.

Também temos que estudar o genoma humano, que é outro projeto nosso, também, ligado ao grupo do Global Challenges e ao pessoal da Universidade de Londres. Nós estamos com 150 casos e 150 controles, para estudar se o indivíduo tem, na sua genética, algum fator predisponente. Isso é feito através de coleta de saliva, de estudo de DNA em saliva. Nós estamos com esse projeto em andamento e devemos ter resultados provavelmente em 2 anos, para discutirmos se existe alguma tendência genética ao câncer de próstata.

Trouxe esses dados da OPAS — temos aqui uma colega da organização —, que mostram justamente que o câncer de próstata não é o mesmo para todo mundo. O câncer de próstata pode ser um caracol, que vai viver a vida inteira. Nesse caso, não é preciso fazer absolutamente nada além de identificá-lo; não é preciso mexer. Ele pode também ser uma tartaruga, que vai caminhar com o tempo. Nos Estados Unidos, uma coisa importantíssima é a vigilância ativa, feita em 41% dos diagnósticos. Esse é o diagnóstico que precisamos procurar, é a lebre. Já o falcão pode se apresentar em 20% dos casos.

Então, estamos lidando com uma doença completamente diferente de um caso para outro. Não é a mesma doença para todo mundo.

Eis os pilares de tratamento: a cirurgia continua sendo padrão-ouro. Tenho um dado muito importante — isso é para doença inicial —, que traz radioterapia, cirurgia e vigilância ativa, que é quando identificamos o câncer, mas o paciente não precisa tratá-lo. Esse é um protocolo do INCA também.

Daqueles pacientes, nós temos 236 que são admitidos e acompanhados em protocolo de vigilância ativa. Como critério de inclusão, como vocês podem ver, eles têm que ter PSA pequeno, ter um valor 6 na escala Gleason, quer dizer, é pouco volume de doença. Esses pacientes todos são rebiopsiados uma vez por ano, submetidos à ressonância magnética, vistos sobre o PSA, que são os três critérios de abandono desse tipo de protocolo.

Os dados que nós temos hoje, após 4 anos de protocolo, é que nós deixamos de tratar o doente, acompanhando-o, sem criar sequelas do tratamento em 72% dos casos. Esse é o *follow-up* de 1 mês a 40 meses. Em 22% dos casos, esses pacientes evoluíram, e nós precisamos tratá-los. E o índice de abandono, muito pequeno, foi de 6%. Ou seja, 15 pacientes desapareceram.

Agora falaremos do pilar do tratamento do câncer de próstata inicial, que é a cirurgia robótica. O homem morre de medo da cirurgia, e isso faz sentido, porque, nessa fase de 60 anos ou 65 anos de idade, provavelmente, ele vai seguir com uma incontinência urinária ou com uma impotência, independentemente do método.

O método da robótica melhorou muito a incontinência urinária e melhorou um pouco a potência sexual. Isso é fundamental para todo homem. Talvez aí esteja o grande medo do tratamento do câncer de próstata, não é apenas um foge-foge, um corre-corre. O homem já tem consciência de que vão mexer numa área que é extremamente nobre para ele.

O Instituto Nacional de Câncer está fazendo isso há 10 anos. Nós trouxemos o primeiro robô da rede pública, trouxemos o primeiro robô do Rio. Fizemos toda uma formação para isso. Hoje o Instituto Nacional de Câncer tem 1.313 cirurgias com 350 prostatectomias robóticas.

Digo para os senhores: não há coisa mais factível para a saúde pública mesmo do que utilizar o robô em grandes centros. Robô é uma coisa que tem que voltar a ser discutida. A CONITEC diz que não, mas isso tem que ser discutido.

Aqui nós falamos da coisa mais grave, que é a doença avançada e a manipulação hormonal. Temos tanto o clássico da manipulação hormonal, que são os remédios antagonistas de LHRH, quanto as novas drogas que são terciárias dos antiandrógenos, como o flutamida, bicalutamida, enzalutamida, abiraterona e apalutamida.

Mas o que acontece no sistema público e no sistema privado? Apenas 10% da população do SUS é beneficiada com esse tipo de droga. Ou seja, a venda pública é de 30% e a venda privada é de 70%. E nós sabemos muito bem que o custo médio de tratamento do doente avançado no Brasil, com essas novas drogas, é de 20 mil reais a 25 mil reais por mês.

Isso tem que ser dado, tem que ser estudado. O câncer de próstata não pode ser dado e tratado em qualquer lugar. É preciso haver uma centralização disso, uma discussão um pouco mais sólida, Deputada, porque essas drogas mudam muito o padrão de vida do paciente. Ocorre que isso está sendo dado de forma muito discriminada, e não temos isso no SUS.

No Instituto Nacional de Câncer, nós também não temos acesso a essas drogas. Só temos acesso a protocolos como o Amplitude ou o CAPItello, aos quais a indústria fornece a droga.

Esse é o dado sobre o qual Marcos falou muito bem. Vocês podem ver como essas duas curvas se dissociam. Essa é a curva do paciente que tratou inicialmente e que não tem metástase. Esse dado não é brasileiro, é um dado de fora, mas se vê que, a partir do momento em que ele tem o delta zero do diagnóstico, o custo dele sai de 2 mil dólares para 14 mil dólares e depois continua o dobro do tratamento de um paciente que não é metastático.

Passo às considerações finais.

O câncer de próstata é uma doença multifatorial, com vários subgrupos.

Apenas 5% dos nossos pacientes diagnosticados no Centro de Diagnóstico de Câncer de Próstata possuem critérios para a vigilância ativa. O diagnóstico precoce é fundamental, mas essa não é a questão da massa de doentes que estamos tratando hoje. A massa de doentes presente na nossa população é de apenas 5%, enquanto nos Estados Unidos quase a metade pode estar em vigilância ativa.

O toque retal, o PSA e a escala de Gleason são muito importantes, mas isso ainda está no *site* do INCA de forma obsoleta e equivocada. Esta é uma questão que tem que cair por terra: discutir se tem que se fazer toque retal e PSA. É mais do que sabido que isso tem que ser feito. São as armas precoces para o diagnóstico precoce. Mas há a necessidade urgente de identificar novos biomarcadores para separarmos o doente que vamos tratar ou não.

A ressonância magnética deve ser incorporada, porque vai aumentar o valor preditivo positivo da biópsia prostática, que atualmente é de 31% — existe positividade só com PSA e toque retal —, identificando os tumores que são clinicamente significativos e que devem ser tratados.

Esse dado sobre a incorporação de novas tecnologias no SUS para o tratamento de câncer de próstata tem que ser implementado com maior celeridade, consultando-se os Centros de Excelência em Pesquisa e Assistência do INCA. Nós não podemos ver esse ganho para a medicina privada não estar no público como controle.

Como último dado, no Brasil, a cada 34 minutos, morre um homem de câncer de próstata.

Muito obrigado. *(Palmas.)*

A SRA. PRESIDENTE (Silvia Cristina. PL - RO) - No início da nossa audiência, eu disse que só teríamos pessoas capacitadas. O Marcos começou maravilhosamente bem, depois vieram a nossa Denise e o Franz. Então, estamos muito felizes. Muito obrigada pela participação de todos.

Permitam-me apresentar a camiseta do Instituto Lado a Lado pela Vida: *Atenção & Atitude & Prevenção & Cuidado. Novembro Azul. Instituto Lado a Lado pela Vida.* As meninas estão literalmente vestidas com a causa. É uma camiseta muito bonita. *(Palmas.)*

Obrigada por vocês estarem nos ajudando nessa divulgação.

Quero também falar sobre uma ação muito importante. Nós estaremos em uma missão, no Rio de Janeiro, em 17 de novembro, que é o Dia Mundial de Combate ao Câncer. O Instituto Lado a Lado pela Vida iluminará de azul o Cristo Redentor.

Vamos, Franz? Você está lá mesmo. Eu passo lá e te busco. Vamos combinar.

Lembro que o Instituto Lado a Lado pela Vida foi quem criou o Novembro Azul. Então, é um momento importante. Todos os meses são como novembros azuis, mas o dia 17 é especial para a causa.

Vamos, Flavinha, para o dia 17? Nós sairemos de Goiás e iremos para lá. Vamos combinar.

Passo a palavra ao médico oncologista Igor Morbeck, pelo tempo de 10 minutos.

Fique à vontade.

O SR. IGOR MORBECK - Muito bom dia a todos.

Inicialmente, eu gostaria de saudar essa belíssima Mesa, em especial a Deputada Silvia Cristina, sempre guerreira, engajada e carismática na luta contra o câncer, certamente uma Parlamentar que muito nos orgulha.

Também saúdo o Marcos Pélico. Parabéns pela sua apresentação, representando o Ministério da Saúde; a Lysiane, representando a OPAS, o meu colega Franz e a Denise, também uma grande batalhadora, lado a lado com a Marlene, que infelizmente não pôde estar aqui. Para mim, é sempre uma honra fazer parte de projetos como esse.

Eu vou começar esta apresentação fazendo uma reflexão.

(Segue-se exibição de imagens.)

Coloquei como título da apresentação: *O que podemos fazer para melhorar o cuidado do homem em relação ao câncer de próstata?*

Eu tenho alguns conflitos de interesse para esta apresentação; porque, desde 2015, venho trabalhando como membro do Comitê Científico do Instituto Lado a Lado pela Vida e atualmente sou membro da Diretoria da Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica, a qual também represento nesta sessão.

Em primeiro lugar, nós falamos muito em instituto, em terceiro setor e em *advocacy*, que é uma palavra difícil de traduzir para o português. Na verdade, *advocacy* significa advogar por algo, ajudar alguém. São pessoas físicas, são os voluntários aqui presentes, são organizações que validam essa prática a partir de um nicho, de um objetivo específico e, então, passam a trabalhar, a advogar em favor daquele processo. Isso é um exercício nosso como cidadão. É papel fundamental de uma sociedade enfrentar desigualdades e problemas, buscando certamente ajudar pessoas em situações não atendidas na prática.

Então, *advocacy* significa investigar e diagnosticar situações, propor soluções, desenvolver políticas e estratégias planejadas, sensibilizar e influenciar as pessoas, os *stakeholders*, todas aquelas outras pessoas envolvidas em relação a processos.

Para mim, estar hoje presente na Câmara dos Deputados é absolutamente importante para divulgar o trabalho importante do Instituto Lado a Lado pela Vida, principalmente neste momento específico do Novembro Azul.

Eu sempre gosto de citar a Margaret Mead, uma mulher engajada, uma norte-americana que viveu na década de 50 e 60, uma antropóloga que trabalhou muito pelos direitos humanos, principalmente em causas humanitárias, combatendo a desigualdade e os problemas raciais.

Margaret Mead, então, sem dúvida alguma, é um ícone neste processo todo de *advocacy* que cada vez mais nós temos que fomentar neste País. Ela falou à época: *"Nunca duvide de que um pequeno grupo de cidadãos conscientes e engajados possam mudar o mundo"*. De fato, foi assim que o mundo sempre mudou.

Aqui mostro alguns líderes da humanidade que viveram à época da Margaret Mead e que certamente foram pessoas extremamente influenciadoras: Mahatma Gandhi, Martin Luther King Jr., Nelson Mandela. O que esses três líderes têm em comum? São indivíduos de raça negra, a qual tem um pior prognóstico, uma pior evolução do câncer de próstata. Então, essa é uma população certamente menos favorecida neste País, que precisa de um olhar diferenciado.

O Marcos falou bem sobre a linha de cuidado no homem. Quando nós comparamos homem e mulher, há uma clara diferença dos protocolos. Não tenho dúvida alguma de que o engajamento da população feminina, como ele citou, desde a atenção primária — com protocolos definidos, com um ambiente mais favorável, com acesso a tecnologias como mamografia e com o foco no cuidado — é completamente diferente do engajamento masculino. Não sei se conseguiremos mudar isso em curto prazo ou em médio prazo, porque, de fato, essa é uma questão cultural que vem há séculos. E isso não é um privilégio do Brasil. É um privilégio do mundo, com diferenças culturais obviamente.

Mas é claro que trabalhar com a saúde do homem no SUS e no serviço público é a nossa missão. Nós precisamos buscar essa linha de cuidado. Mesmo que, em programas específicos do Governo, já venha acontecendo ao longo de anos; nós precisamos, cada vez mais, fortalecer isso, porque a porta de entrada, como o Marcos falou belissimamente, é a saúde básica, é aquele paciente que, de fato, deixa de entrar no posto de saúde para acompanhar a sua esposa. Essa situação é crítica, e é aí que o problema todo começa.

Quando falamos em linha de cuidado, nós estamos nos referindo exatamente à atenção primária à saúde. O grande problema é que se acaba caindo num número muito elevado de diagnósticos de câncer de próstata em nosso País. Nós estamos falando de 70 mil novos casos da doença. A maioria, como o Franz falou muito bem, é curada. Ou seja, 90% têm chance de cura se diagnosticados precocemente. Só que esse diagnóstico precoce não está acontecendo.

O Franz mostrou um dado de que só 5% dessa população é capaz de fazer vigilância ativa. Imaginem que, nos Estados Unidos, para quase metade dos casos de câncer de próstata, consegue-se propor vigilância ativa, quer dizer, em pelo menos 40% deles. Nós estamos deixando de diagnosticar precocemente o câncer de próstata, e esse diagnóstico é uma necessidade.

Isso é só para mostrar como funciona uma linha de cuidado do câncer, independentemente do tipo de tumor de que estamos falando. Eu poderia mostrar o câncer de pulmão aqui também, mas a atenção primária é aquela consulta com o médico generalista, é aquela investigação de alguma lesão palpável ou de algum sintoma, em que se vai propor o rastreamento de uma doença.

Todos os pacientes deste País precisam ter acesso à atenção primária. Isso é absolutamente crítico. É um problema grave não conseguir marcar uma consulta ou não conseguir fazer um exame de rastreamento, como uma tomografia ou um raio-X de tórax no caso dos fumantes; um exame preventivo do colo uterino ou uma mamografia no caso das mulheres; um toque retal, com PSA, no caso dos homens.

A partir daí, se há uma suspeita diagnóstica, passa-se para etapas secundárias, como a unidade secundária de saúde. Nessa etapa, há a consulta com um especialista e é feito o diagnóstico. Aí há a unidade terciária, que é exatamente o que o Dr. Franz faz no dia a dia, cuidando de pacientes com câncer de próstata eventualmente avançado. São aqueles tratamentos mais especializados. Eles são necessários? Sim, porque a evolução da doença continua, e sabemos, pela analogia do coelho e do falcão, que é um câncer que cresce mais rápido. São doenças mais agressivas, mas precisamos ver que a jornada do paciente poderia ser diferente de uma maneira geral.

Coloco uma série de oportunidades para a saúde do homem. A Campanha Novembro Azul é uma das principais. Há uma penetração enorme nesse projeto. Nós também temos a questão de banco de dados. Cada vez mais, nós devemos buscar dados. O DATASUS é um grande exemplo. Nós precisamos extrair esses dados e mostrar para a população o que está acontecendo.

Por exemplo, precisamos saber diferenciar qual é o serviço de excelência que está conseguindo fazer um bom trabalho daquele que não está. Precisamos mapear isso. Precisamos mapear a população que está tendo acesso e a que não está tendo acesso. Precisamos mapear onde há o recurso, onde não há o recurso.

Destaco também as coalizões, principalmente, envolvendo o terceiro setor em parcerias como essa que vem acontecendo e promovendo o engajamento da sociedade civil.

Também há um ponto extremamente importante: intensificar a campanha e a informação da população rural deste País, que representa quase 20% da nossa população. São 16% de pessoas que têm dificuldade de acesso a algo importante, que é a informação. Se não dermos informação e não colocarmos, principalmente, uma possibilidade de essa população — que já tem uma dificuldade natural geográfica — comparecer, por exemplo, a um posto de saúde, a situação realmente fica muito difícil.

Coloco aqui um estudo que acabou de ser publicado na maior revista brasileira de urologia, que inclusive é uma revista internacional. Mostro dados extremamente importantes, no Brasil, de COVID e de câncer de próstata. Claramente, em 2019, 2020 e 2021, menos testes de PSA, menos biópsias de próstata e menos diagnósticos de câncer de próstata foram feitos e, consequentemente, menos prostatectomia radical. É claro que o câncer não estacionou nesse período da COVID. O que aconteceu foi uma dificuldade de acesso.

Então, V.Exas. veem que, de fato, o não acesso da população impacta de maneira importante a mortalidade do câncer de próstata, porque significa diagnosticar cada vez mais casos avançados.

Vejam, neste eslaide, um ponto extremamente importante em relação às biópsias da próstata: durante o período da pandemia, houve um déficit de 11 mil biópsias no Brasil. Esse é um número alarmante. Deixou-se de fazer 11 mil diagnósticos de câncer no período de 2019, 2020 e, parcialmente, 2021. Sobre isso, eu poderia citar vários números. Porém, não vou fazê-lo em razão do tempo. Mas o ponto principal é que, de fato, nós precisamos mudar essa rotina.

Eu chamo atenção para algo curioso, um cenário que, na minha opinião, vai de encontro a tudo isso que estamos fazendo. O ponto importante é que, em 2011, a U.S. Task Force, um grupo americano, não recomendou, na época, o rastreio com PSA, por conta de eventualmente aumentar o custo, aumentar o risco, por estar indicado para pacientes que não precisariam do diagnóstico. Isso, no Brasil, tem sido ainda propagado, embora já tenha caído por terra.

Chamo atenção para isso, senhores, porque, ainda hoje, no *site* do INCA, mantém-se uma situação equivocada, com mais de 10 anos de atraso, de uma publicação que foi infeliz ao retratar a população americana. Isto corrobora os dados: sim, nós precisamos rastrear a população de risco masculina acima de 50 anos de idade com PSA e toque retal. Isso está claro. Porém, o INCA ainda continua a publicar no seu *site* e a debater algo que já não tem mais nível de evidência para se corroborar.

O ponto principal, que me preocupa bastante como professor de medicina, é que, nas disciplinas de medicina comunitária, que são absolutamente importantes no curso, muitos docentes e discentes utilizam literatura como essa. Muitos estudantes chegam até mim, que leciono no último ano de faculdade de medicina, já questionando: *"Professor, por que o senhor está pedindo o PSA e por que está propondo exame de imagem se não devemos rastrear o câncer de próstata?"* Então, essa é a minha preocupação. Quando abrange pessoas que estão se formando, isso precisa ser mudado.

Claramente, se estamos falando nessa linha do diagnóstico precoce e se todos concordamos que isso impacta, de maneira significativa, a mortalidade e a morbidade por câncer de próstata, essa informação não pode estar acessível num *site* público do Ministério da Saúde.

Isto aqui é só para mostrar um pouquinho do que o Instituto Lado a Lado pela Vida tem feito em relação à saúde do homem. Desde 2008, vemos um engajamento muito claro do instituto, cujo marco, para mim, foi em 2011, quando lançou oficialmente a Campanha Novembro Azul. Então, nós estamos falando de 11 anos da Campanha Novembro Azul, cujo impacto é muito grade.

Curiosamente, em 2017, aqui no Anexo II, foi regulamentada a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. Isso foi um efeito da Campanha Novembro Azul na época. Desde então, consolidaram-se várias políticas públicas no SUS, e o instituto tem sido um parceiro muito forte do Ministério e de vocês, Deputados engajados, entre outros Parlamentares, com um papel extremamente relevante na sociedade, em busca, é claro, de um melhor cuidado com a saúde do homem como um todo. Os números são estes: 87 milhões de pessoas impactadas no Brasil desde o início dessa campanha e 11 milhões de pessoas na América Latina.

Estas campanhas, importantes, neste eslaide, visam a saúde do homem rural, com vários panfletos, muito explicativos, muito didáticos, mostrando ao homem rural exatamente o que é o câncer de próstata e falando um pouco de pele e também de cuidados com o coração, entre outras coisas.

A linha do tempo do trabalho do Instituto Lado a Lado pela Vida é absolutamente fantástica. Eu tenho um orgulho muito grande de ser um dos seus colaboradores. E, como a Deputada falou, em breve nós vamos ter vários monumentos do Brasil iluminados, exatamente com foco nessa campanha, mostrando, de fato, esse engajamento de uma maneira geral. As pessoas que fazem trabalhos na mídia, aqueles influenciadores digitais, também têm divulgado isso muito claramente.

Eu faço um breve parêntese sobre o câncer de pênis, que é um tumor com baixos recursos de prevenção, pois só precisa de água e sabão. O câncer de pênis é um problema grave de saúde pública, principalmente no Norte do País. Ainda é alvo de bastante luta conseguir que esses homens façam a higiene correta e que procurem urologistas precocemente em situações de lesões suspeitas.

Aqui temos o apoio de celebridades. O engajamento dessa campanha tem sido muito forte ao longo dos anos. E eu tenho sido um porta-voz muito feliz em relação a essas divulgações ao longo desses anos todos.

Eu vou finalizar parafraseando mais uma vez Martin Luther King, falando que nossas vidas não são vividas plenamente se não estivermos dispostos a morrer por quem amamos e pelo que acreditamos.

Este é meu último eslaide, Franz, que vai muito na linha daquilo que você falou sobre a dificuldade de termos, no SUS, novos agentes hormonais no tratamento do câncer de próstata. Esse é um ponto extremamente importante porque não adianta a CONITEC e o CONSINCA aprovarem uma droga se não há o reembolso pelo próprio Ministério de Saúde na autorização de procedimentos de alta complexidade — APAC, para que isso seja viável.

Eu estou citando o exemplo da abiraterona, mas poderia estar falando da enzalutamida e de outros novos agentes. Nós temos hoje mil dias de atraso entre a publicação de uma portaria e a não presença dessa droga no SUS, porque, claro, o Mistério reembolsa aquele valor antigo da APAC sem um reajuste. O Franz falou muito bem: essas drogas custam 10 mil, 15 mil, 20 mil reais por mês por paciente de uma maneira geral.

Era para isso que eu queria chamar a atenção de todos.

Muito obrigado pela audiência. *(Palmas.)*

O SR. FRANZ SANTOS DE CAMPOS - Deputada, a senhora falou do pinga-fogo...

A SRA. PRESIDENTE (Silvia Cristina. PL - RO) - Fique à vontade.

O SR. FRANZ SANTOS DE CAMPOS - Vamos entrar no pinga-fogo, porque há uma citação ali. Gostaria de deixar um esclarecimento.

A SRA. PRESIDENTE (Silvia Cristina. PL - RO) - Claro.

O SR. FRANZ SANTOS DE CAMPOS - Não há nenhuma política pública do Ministério da Saúde para rastreamento em câncer de próstata. Essa é uma posição do Instituto Nacional de Câncer, do Ministério da Saúde e de todas as entidades científicas que lidam com esse problema.

No mundo inteiro não há nenhum projeto de rastreamento em câncer de próstata. Já foi mais do que provado por várias entidades que uma coisa é detecção precoce, outra coisa é rastreamento. Não vamos confundi-las. Apenas parecem muito próximas. Rastrear é pegar aquela Kombi que vai fazendo PSA e biopsiando todo mundo. Isso vai fazer mal a quase 70% da população e vai enlouquecer a população masculina.

O INCA não é contra o diagnóstico precoce. Muito pelo contrário, mostrei que nós somos o principal agente brasileiro que faz isso hoje. Inclusive, nós estamos apresentando ao Ministério da Saúde a criação de vários centros de diagnóstico de câncer de próstata. O primeiro vai ser preferencialmente na Amazônia. Estamos discutindo com o Hospital Ophir Loyola, no Pará, para começarmos por lá.

Não somos contra o diagnóstico. Rastreamento nós não temos condições de fazer. Nós não podemos enlouquecer a população brasileira, tampouco quebrar o Ministério da Saúde numa situação como essa. Rastrear é totalmente diferente de fazer o diagnóstico. Isso é no mundo inteiro. Não há um projeto no mundo de rastreamento de câncer de próstata.

Pelos dados de hoje, nós temos PSA falho, toque retal falho e o próprio escore de Gleason falho. Nós temos que estudar um pouco mais. O INCA contribui demais com o combate ao câncer de próstata. Sobre o que o meu colega Igor colocou, esse critério é um dado histórico discutido em 2000, quando houve um ruído de comunicação. Eu faço parte da Sociedade Brasileira de Urologia e também não advogo em favor disso.

Obrigado.

A SRA. PRESIDENTE (Silvia Cristina. PL - RO) - Obrigada.

Aproveito para agradecer a presença de todos os repórteres fotográficos pela cobertura. Obrigada a todos vocês, em especial ao Alexandre, que é do PDT, está acompanhando a nossa querida Deputada Flávia Morais e faz uma cobertura fotográfica maravilhosa.

Agradeço a presença à nossa querida Deputada Carmen Zanotto. Quando se fala em saúde e enfermagem, é ela que brilha. Já falei das contribuições da nossa querida Deputada Flavinha. Falar da querida Deputada Carmen é motivo de alegria

para nós. Ela tem sido uma grande parceira também no enfrentamento ao câncer. Daqui a pouquinho, ela já vai assumir a Presidência.

Antes faço só uma consideração. Desde 2019, nós estamos trabalhando com um projeto de resolução nesta Casa de Leis para a formação de uma Comissão exclusiva da saúde. Hoje as pautas alusivas à saúde são discutidas na Comissão de Seguridade Social. Nós não queremos que esta Comissão seja finalizada, porque é superimportante. Queremos que ela siga com pautas importantes em relação à saúde e à assistência, mas já passou da hora de esta Casa de Leis ter uma Comissão Permanente de Saúde. Nós temos muitas questões exclusivas da saúde.

Inclusive, quero pedir a contribuição da Deputada Flavinha e da Deputada Carmen para caminharmos e darmos celeridade especialmente a essas pautas tão relevantes da saúde, o que é a nossa maior preocupação. Eu acredito que nós estamos bem avançados. Com a força dessas duas personalidades da saúde aqui, eu tenho certeza de que vamos conseguir.

Eu vou me retirar rapidinho. Volto ainda, porque não posso perder o final desta da audiência. A nossa 1ª Vice-Presidente da Comissão de Combate ao Câncer, a Deputada Carmen Zanotto, assumirá os trabalhos, de forma mil vezes melhor do que eu. Já aproveito e agradeço a presença de todos. Ela vem, dá o seu bom-dia e faz as suas considerações.

Depois, a nossa palestrante será a Consultora da Organização Pan-Americana da Saúde — OPAS, a nossa querida Lysiane Pereira. Ela está aqui quietinha, mas tenho certeza de que, como os meninos e como a nossa querida Denise, ela vai arrasar. Só temos personalidades aqui.

Um abraço para todos vocês. *(Palmas.)*

A SRA. PRESIDENTE (Carmen Zanotto. CIDADANIA - SC) - Bom dia a todas as senhoras e a todos os senhores, bom dia a cada um dos nossos expositores.

Já estamos na última fala dos nossos convidados, mas eu quero rapidamente, na condição de enfermeira, de membro da Frente Parlamentar Mista da Saúde e de Vice-Presidente da Comissão de Combate ao Câncer, referir-me à fala da Deputada Flávia sobre separarmos a área da saúde da Comissão de Seguridade Social e Família, uma das maiores Comissões que nós temos na Casa.

As iniciativas parlamentares em relação às pautas da saúde se dão em função do não cumprimento basicamente daquilo que está na nossa lei maior, a Lei nº 8.080, de 1990, e na Lei nº 8.142, de 1990, que é a do controle social e do financiamento.

Quando um Parlamentar apresenta um texto de lei, uma proposta, ele o faz na tentativa de se ter um olhar diferenciado para algumas causas. Eu mesma tive a oportunidade, com a Deputada Flávia Morais, de apresentar um projeto de lei nesse sentido.

No fim de 2011, início de 2012 — não é, Deputada Flávia? —, nós fomos as autoras da conhecida Lei dos 60 dias. Por que nós tivemos que fazer uma proposta de lei? Porque eu me deparei, quando aqui cheguei, com um relatório do próprio Tribunal de Contas da União que mostrava os vazios assistenciais do País. Eu tinha sido Secretária Municipal e Secretária de Estado e a minha bandeira como Secretária Municipal era implantar, o que conseguimos fazer, o serviço de câncer na nossa cidade de Lages, porque os pacientes iam até Florianópolis, enfrentavam todo o desconforto de buscar tratamento lá. Percorrer uma rodovia cheia de curvas e fazer o tratamento longe de casa sempre foi mais complexo.

Então, o Setembro Azul para mim tem o significado do Outubro Rosa, o significado de lembrar que todos os dias é muito importante que falemos da prevenção. Por isso é que mais uma vez quero parabenizar a Comissão por esta reunião de audiência pública. Nós estamos longe ainda de cumprir o que está na legislação, muito longe.

Eu vou fazer uma provocaçãozinha, para depois, ao Chefe do Setor de Urologia do INCA. Para mim, o INCA, que acompanha há décadas a política do câncer, está perdendo ao longo dos anos a essência de grande instituto de definição das políticas públicas, mas de definição a partir de um amplo debate colegiado.

Nós estamos num grande entrave. Assim como vimos o rastreamento do câncer de próstata, com PSA e toque, nós também tivemos o problema com a mamografia, com relação à lei que garante o acesso à mamografia a todas as mulheres a partir dos 40 anos de idade. A Denise conhece bem isso, a Marlene também, do Instituto Lado a Lado. Nós ficamos aqui fazendo PDCs para sustar as portarias, que passam pela Câmara e vão para o Senado, buscamos acompanhar o número de mulheres examinadas, porque ninguém nega o fato de que, quando é preciso, o médico prescreve exames, tendo a paciente 12, 16, 18, 24, 40 anos de idade. Isso não é rastreamento, é necessidade.

No que se refere ao câncer de próstata, o que vemos — e a porta de entrada é a atenção básica —, é que os homens estão chegando tardiamente. Nós temos que discutir, se a porta de entrada é a atenção básica, se a atenção básica está aberta para eles, quando procuram um médico. Normalmente eles chegam em casa às 20 horas e saíram cedo, e a Unidade Básica de Saúde já está fechada. Então, o acesso para eles é muito mais complexo do que o acesso das mulheres, que já têm como missão de vida cuidar — não é? As mulheres é que levam os filhos, os pais, os avós e muitas vezes o marido para o

médico. Então, que no Setembro Azul também tenhamos esse olhar. Se é a atenção básica a porta de entrada, a que horas o homem vai conseguir ter acesso a uma consulta. Não discutimos, não levamos em consideração a gravidade da situação que estamos vivendo, da falta de especialistas, em função da remuneração. Praticamente não há urologistas no Sistema Único de Saúde. Como é que se vai garantir consulta com especialista? Como é que se diz para os homens que procurem uma unidade de saúde ou um serviço especializado de saúde, se eles vão para uma fila do SISREG, porque passaram pelo médico da atenção básica, que prescreveu a ida ao especialista, ficam esperando e não conseguem ser atendidos?

A pandemia nos deixou, gente, alguns legados positivos, e um deles foi a teleconsulta, que precisamos fortalecer, para garantir, nos pequenos, médios e grandes Municípios as consultas especializadas, até para a retirada de dúvidas como estas: *"Esse paciente precisa realmente de urologista? Esse aqui não precisa de um encaminhamento mais complexo?"* Quero agradecer e perguntar se, no final, poderíamos falar um pouquinho sobre isso, sobre os gargalos que nós temos para garantir isso, senão as pessoas que estão nos acompanhando poderão dizer: *"E daí? Conversaram, conversaram, conversaram, e a gente não tem nada"*. Não é, Deputada Flávia? Nós somos cobrados, porque as filas para consulta com especialistas estão imensas. Elas já eram imensas, vamos lembrar, e a pandemia só agravou a situação. Agravou a tal ponto que estão chegando casos ainda mais graves aos serviços de saúde. Então, se for possível, no final poderíamos falar sobre isso. Precisamos fazer até alguma proposta, porque sabemos que os institutos também têm essa preocupação.

Daqui a pouquinho, a Presidente da Frente e Relatora da Comissão, a Deputada Silvia Cristina, retorna.

Esta Casa tem grandes homens e mulheres. Ganhamos muito nesta legislatura com a vinda do Deputado Dr. Frederico, que é médico oncologista, e já estavam aqui a Deputada Flávia, a Carmen. Chegou a Deputada Tereza Nelma, chegou a Deputada Silvia Cristina, e o Deputado Weliton Prado abraçou com mais intensidade esta pauta. Mas não pode ser só uma pauta prioritária de reuniões de audiências públicas.

Eu passo a palavra agora à consultora da Organização Pan-Americana de Saúde, a Sra. Lysiane Pereira, para a sua exposição.

Depois vamos abrir os debates. Acredito que a primeira oradora inscrita é a Deputada Flávia.

A Sra. Lysiane Pereira está com a palavra.

A SRA. LYSIANE PEREIRA - Bom dia.

Gostaria de cumprimentar a todos e a todas em nome da Dra. Socorro Gross, a representante da OPAS no Brasil.

Gostaria de cumprimentar a Deputada Carmen Zanotto, o Marcos Alves, do Ministério da Saúde, nosso companheiro, a Dra. Denise, o Dr. Igor e o Dr. Franz.

Eu trouxe para vocês alguns dados, algumas informações sobre a saúde do homem na região das Américas.

(Segue-se exibição de imagens.)

Percebemos que não é muito diferente nas várias regiões do mundo, que os homens não procuram realmente atendimento à saúde, não têm esse hábito de ir até a atenção básica procurar tratamento e, quando se sentem doentes, não vão. Essa é uma realidade no mundo, na região das Américas, não é uma realidade somente no Brasil.

Trago dados em relação aos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável. Esses objetivos foram pactuados juntamente com a Organização das Nações Unidas, e temos até 2030 para atingir várias metas. Temos 17 objetivos. Enquanto saúde, trabalhamos o Objetivo 3, que é o de assegurar vida saudável e de promover o bem-estar para todos, em todas as idades.

O que esse objetivo traz em paralelo, junto com a saúde do homem? Se conseguirmos trabalhar melhor o tema da saúde do homem, o tema da masculinidade, poderemos contribuir para o alcance do Objetivo de Desenvolvimento Sustentável relacionado às doenças crônicas não transmissíveis, às desigualdades de gênero e à redução das desigualdades em saúde e bem-estar físico e mental. Realmente precisamos, enquanto política pública, trabalhar a saúde do homem. O que o Marcos colocou é uma realidade. O Brasil é o único País da região das Américas que tem uma política específica para saúde do homem. Nenhum outro país da região das Américas tem uma política específica como essa.

Em relação à saúde dos homens na região das Américas e do Caribe, por que gerou grande interesse? Devido às diferenças entre as tendências, as trajetórias da saúde do homem em relação à saúde das mulheres. Na região, os homens suportam uma carga excessiva de morbidade, de mortalidade por câncer, de doenças cardiovasculares, acidentes de trânsito e, mais recentemente, a pandemia de COVID-19. Então, muito mais homens morreram do que mulheres. A mortalidade prematura do homem por doenças crônicas vem ganhando destaque como questão que merece especial atenção. Realmente precisamos trabalhar as doenças crônicas nos homens. Em quase todos os países do mundo os homens têm maior probabilidade do que as mulheres de morrerem antes dos 70 anos de idade. Isso é uma realidade em todo o mundo. Os dados da Organização Mundial da Saúde indicam que aproximadamente 52% das mortes dos homens são causadas por

doenças crônicas. Com relação à taxa de mortalidade por causas externas, ela é quatro vezes maior, e o homem tem um risco sete vezes maior de ser vítima de homicídio. Então, também precisamos, além da saúde, trabalhar essa outra parte, ou seja, a saúde mental, o uso de álcool e de drogas, porque sabemos que isso influencia muito os homens a cometerem mais homicídios.

Trago outro dado em relação à probabilidade de morrerem: cardiopatias isquêmicas. A probabilidade é 75% maior entre homens do que entre mulheres. Então, realmente precisamos trabalhar isso com relação à saúde do homem.

O que precisamos trabalhar em relação a isso? Dietas e estilo de vida pouco saudáveis dos homens, o consumo de tabaco, o consumo nocivo de álcool são os principais fatores de risco para as doenças crônicas não transmissíveis. O que todo mundo já colocou é a subutilização do serviço de atenção primária por homens, o que constitui um problema em muitos países do mundo, não só no Brasil. Então, realmente precisamos fazer campanhas para que os homens acessem mais a atenção primária.

Aqui eu trago um dado sobre porcentagem de distribuição de mortalidade entre homens e mulheres, de acordo com a causa, na região das Américas. São dados de 2011 a 2015. Podemos ver que homens realmente têm uma tendência maior de morrer, em relação a mulheres, principalmente por homicídios, acidentes de trânsito, cirrose, suicídio, HIV, consumo de drogas e álcool. Mas vemos que o homicídio está ali no topo, com 88%, na região das Américas.

O que a OPAS vem abordando em relação a isso? Enquanto OPAS, até o final do ano passado, tínhamos um plano de ação para trabalhar a saúde do homem na região das Américas, só que esse plano foi vencido com a pandemia. Ele está começando a ser trabalhado novamente. Contamos com o apoio de todas as organizações da OPAS, em toda a região das Américas. Estamos começando a fazer grupos de trabalho para desenvolver esse plano de ação e trabalhar a saúde do homem na região das Américas.

A OPAS aborda a masculinidade como uma parte importante, porque sabemos que o homem não acessa, não vai, não procura a atenção primária para cuidar da saúde, por achar que isso é fraqueza, que não deve fazer isso. Então, a OPAS vem trabalhando muito isso, a parte da masculinidade, e coloca isso como prioridade para avançar na agenda de saúde universal e de igualdade de gênero.

A OPAS também está convencida de que os esforços para melhorar a saúde pública devem incluir atenção à saúde, tanto dos homens quanto das mulheres, redução da desigualdade de gênero e melhoria do bem-estar ao longo do curso de vida, promovendo trajetórias saudáveis para as pessoas, as famílias e as comunidades. Enquanto unidade técnica de família, gênero e curso de vida, não colocamos que o trabalho tem que ser feito somente com homens. Temos que incluir o homem, a família e a comunidade, para que realmente consigamos alcançar.

Obrigada. *(Palmas.)*

A SRA. PRESIDENTE (Carmen Zanotto. CIDADANIA - SC) - Muito obrigada, Lysiane.

Somos o único Ministério que se conhece com política para o homem. A grande interrogação nossa é esta: como sairemos do papel e faremos as coisas acontecerem na prática, na ponta? Não é só para a questão dos homens. Se formos olhar a legislação do SUS e as portarias, perceberemos que entre as normas e o direito assegurado há um abismo. Uma parte justificamos: é o financiamento; mas a organização do sistema... Eu acho que podemos também falar um pouquinho sobre o papel dos agentes comunitários de saúde na comunicação, lá na ponta, com as famílias, sobre a importância de o homem também ir ao médico.

Obrigada por sua exposição. Leve um abraço nosso para a Socorro.

Eu passo a palavra à Deputada Flávia Morais.

Os convidados já encerraram as suas exposições, e iremos depois da fala da Deputada para os debates e as considerações finais.

A SRA. FLÁVIA MORAIS (PDT - GO) - Obrigada, Deputada Carmen Zanotto. Queria cumprimentá-la e parabenizá-la pela recondução. Será mais um mandato muito merecido.

Com certeza, a Deputada é referência para todos nós no que se refere à defesa da saúde pública, gratuita e de qualidade.

Mesmo na sua ausência, queria fazer uma referência especial à nossa querida Deputada Silvia Cristina, que também foi reconduzida. Ela luta pelo paciente de câncer. Ficamos muito felizes de ver cada vez mais aumentando essa bancada de Deputados que têm afinidade com essa luta, com essa causa, que para nós é tão relevante, tão importante.

Queria também parabenizar a todos os expositores pela qualidade do que nós ouvimos aqui. Ficamos muito satisfeitos de participar de um debate como este, de uma apresentação como esta, tão relevante, que traz muitas formas de visão em relação à saúde do homem. Então, ficamos felizes de poder contar com vocês aqui, porque enriquecem muito o nosso trabalho nesta Casa.

Cumprimento as entidades todas que vieram acompanhar e que estão nos assistindo de forma remota.

A Deputada Carmen já abordou a nossa luta, o nosso histórico e o nosso acompanhamento. Eu sou Deputada Federal por Goiás. Nós temos lá uma unidade móvel em que são feitos exames de ultrassonografia. Fazemos isso todos os dias, cada dia numa cidade diferente, e através desse trabalho detectamos alguns casos iniciais e fazemos o acompanhamento desses pacientes. São cerca de 120 mil pacientes/ano que nós acompanhamos. Foi por causa desse trabalho que, em 2011 e 2012, no meu primeiro mandato, apresentamos a Lei dos 60 Dias, que foi aprovada. Depois dela, através da luta dos Parlamentares, foi aprovada a Lei do Diagnóstico. Foram as primeiras leis que criaram prazo para o SUS atender o paciente. Nós precisamos avançar nisso. Nós temos que avançar.

A Deputada Carmen, em poucas palavras, citou os grandes desafios que temos que enfrentar. Eu sei que ela citou poucos, porque são muitos mais. Nós sabemos da dificuldade de acesso das pessoas que sabem que têm esse diagnóstico. Fico imaginando a dificuldade daqueles que nem querem ir ou daqueles que nem chegam a se preocupar com a importância de buscarem cuidado, atendimento na saúde. Com certeza, esse público é muito grande entre os homens. O Marcos colocou isso de forma muito didática, muito boa de ouvir, e nós precisamos falar disso para todos os homens, para todas as equipes de saúde, para todos os ACS do País, para fazermos o homem se cuidar.

Eu ainda não estou muito convencida, Dr. Franz, com todo o respeito ao INCA e ao senhor, em relação ao rastreamento. Eu ainda preciso falar, ouvir mais. Na verdade, como é que nós vamos fazer o diagnóstico precoce, se não conseguimos rastrear, se não conseguimos oferecer, oportunizar para esse paciente acesso a um exame inicial, a um contato inicial? Tenho para mim que a busca ativa e a disponibilização de exames prévios, para que eles possam ter pelo menos a indicação ou não de exames mais complexos, ajudaria sim. Nós vamos enlouquecer a população com isso? Eu acho que a população enlouquece quando ela quer se cuidar e não tem acesso. Ela enlouquece quando descobre que tem um câncer que poderia ter sido descoberto há 10 anos, e não conseguiu fazer um exame. Ela enlouquece quando sabe que poderia ter obtido cura e depois de 10 anos não tem mais essa chance porque descobriu a doença já no estágio avançado. O custo vai ser caro para fazer esse rastreamento? Mas e o custo de um paciente com câncer em estágio avançado? E esses medicamentos caríssimos para tratar um câncer em estágio mais avançado? Será que isso também não tem custo?

Eu ainda acredito na prevenção e a defendo. O diagnóstico precoce precisa de busca ativa. Nem todos os pacientes ficam atrás disso. Temos que trazer, temos que fazer. Se for descoberto no começo, é muito melhor, é muito mais barato e, com certeza, acarreta muito menos loucura para esse paciente que vai descobrir a doença no estágio mais tardio. Aqui eu falo com todo o respeito à posição de cada um. Por mais que médicos e entidades defendam de outra forma, eu queria deixar registrada a minha humilde forma de ver. Não sou médica, sou uma cidadã que acompanha esse trabalho. Sei da importância de oferecermos a prevenção a todos os pacientes que têm algum risco por causa da idade.

Quero chamar a atenção para um projeto que eu apresentei. Talvez eu até seja criticada por isso, mas o projeto vem complementar uma lei que nós já temos, que trata dos cuidados com o câncer de próstata, indicando o rastreamento também para casos de câncer colorretal, que é um câncer muito recorrente. É claro que a proposta não é para rastrear todos os homens, mas os que têm uma determinada idade, que têm algumas indicações clínicas e que têm algum histórico familiar. Então, é uma coisa mais restrita, mas que, com certeza, precisava existir. Hoje, para se conseguir um exame de colonoscopia, não é fácil. E nós precisamos ter condições de oferecer isso também para os pacientes do SUS de forma mais recorrente.

Faço aqui essas ponderações e, mais uma vez, coloco o nosso mandato à disposição. Estamos aqui não só para criar desafios, mas também para ajudar a achar soluções.

Na hora da discussão do Orçamento, Deputada Carmen, temos que brigar pelo orçamento para a saúde. Sabemos que falta muito, e essa questão dos recursos é um grande desafio para nós. Precisamos sempre não só trabalhar nisso, mas também buscar uma boa gestão desses recursos, para que possamos colocar os homens dentro das unidades de saúde, confiantes, e com acesso à cadeia de tratamento, não só para serem diagnosticados, mas também para que tenham o atendimento garantido.

Essas são as nossas palavras. Mais uma vez, eu queria parabenizar a iniciativa de realização desta audiência pública, valorizando e chamando a atenção para este tema: a saúde do homem. Agradeço a todos os participantes que vieram colaborar para com este debate.

Bom dia a todos. *(Palmas.)*

A SRA. PRESIDENTE (Carmen Zanotto. CIDADANIA - SC) - Muito obrigada, Deputada Flávia.

Nós vamos passar agora para os expositores da Mesa que terão a oportunidade de falar. A Denise já me pediu a palavra, e o Dr. Franz também, para fazer uma colocação. Em seguida, passaremos a palavra para os demais.

Então eu passo agora a palavra para suas considerações finais à Denise, que também representa a nossa querida Marlene, Diretora do Instituto Lado a Lado pela Vida, e na sequência ao Dr. Franz. Depois vamos vendo como os nossos expositores querem fazer as suas falas.

Por favor, Denise.

A SRA. DENISE BLAQUES - Antes de eu fazer a minha consideração final, só queria fazer um registro que considero importante. Nós convidamos para essa discussão a Sociedade Brasileira de Urologia, que representa a questão da urologia, mas nós não tivemos um retorno e uma confirmação de presença. Então, só queria registrar que eles foram convidados, mas não estão aqui participando desta discussão.

Na minha consideração, eu concordo muito com o que a Deputada acabou de colocar. Nós entendemos que a questão do câncer de mama e do câncer de próstata pode ser diferente. Eu também não sou médica, mas trabalho no Instituto Lado a Lado pela Vida há 14 anos e acompanho a questão do câncer não só nas mulheres, mas também nos homens, e é difícil entender essa questão do rastreamento, porque nós temos no nosso dia a dia esse contato com o paciente que está travando uma luta, porque ele está com câncer avançado. Ele não teve essa oportunidade, não teve essa orientação de fazer o exame dele para rastrear. Então, ele chega no estágio avançado, e você fica de mãos atadas para orientar esse homem a procurar um serviço, a entrar no sistema de saúde para conseguir se tratar. E outro ponto que é bem importante para nós — nós também não entendemos, e eu acho que merece uma discussão — é: se o câncer de próstata é mais incidente no homem de pele negra, e já se tem esse dado, isso já é conhecido, por que não se tem um recorte também para tratar esse homem? Se já se sabe que a incidência é maior, por que não há um programa, alguma coisa mais específica para esse paciente?

No ano passado — eu comentei isto aqui no início —, nós lançamos um 0800 no Novembro Azul focado no homem. Temos recebido muitas ligações e fazemos um atendimento com uma equipe multidisciplinar, e muitos homens se sentiram mais à vontade por haver um sistema em que não precisam estar cara a cara, mas em que estão conversando com um profissional da área de saúde. Nós ouvimos muito isso.

Então, são homens que estão com problemas, com câncer avançado. Muitos são de pele negra, sim — há uma incidência maior —, e nós não entendemos por que também não existe um olhar um pouco mais diferenciado para esse homem.

Obrigada.

A SRA. PRESIDENTE (Carmen Zanotto. CIDADANIA - SC) - Muito obrigada, Denise.

Tem a palavra o Dr. Franz.

O SR. FRANZ SANTOS DE CAMPOS - Deputada Carmen, Deputada Flávia, só quero colocar as coisas do ponto de vista da leitura científica sobre o que é o câncer de próstata para nós, que trabalhamos nisso há mais de 30 anos.

Há 4 anos, O INCA muda de postura e passa para o diagnóstico precoce. O que nós não estamos discutindo aqui é se vamos fazer isso em todo homem brasileiro. Nós não temos estrutura financeira de atendimento no próprio Ministério da Saúde para que isso ocorra. Sabe-se, no mundo inteiro, que se vai fazer mais diagnóstico do que o necessário.

Quando citei o fato do enriquecimento, doutora, é que isso não se faz em lugar nenhum do mundo. Não seria o Brasil a começar a fazer isso, porque nós temos uma responsabilidade profissional.

O que o INCA está fazendo... E este é o grande problema, porque estamos saindo um pouco do foco dele. O PSA hoje é um exame comum, como glicose, como colesterol, só que o doente fica com o resultado desse exame na mão e não sabe o que fazer.

O Centro de Diagnóstico de Câncer de Próstata, que atende 2.700 pessoas por ano, é composto por 20 pessoas. Apenas 20 pessoas atendem quase 3 mil pessoas. Por que não se criarem centros de diagnóstico com responsabilidade, com gente capacitada para isso em vários polos?

Não adianta fazer diagnóstico pulverizado. Se a senhora for ver, os laboratórios de patologia colhem quatro fragmentos, quando têm que colher doze. Os diagnósticos não estão sendo feitos de forma organizada. Antes de tudo, nós temos que ajeitar essa questão de atendimento da rede oncológica, para podermos começar a fazer isso realmente.

A Atenção Básica em Saúde é direta. Nós não fizemos uma propaganda no Rio de Janeiro. Contactamos a Secretaria Municipal e Estadual de Saúde, e o doente com PSA acima de quatro vai direto para nós. Isso é rastreamento, é diagnóstico precoce. Isso é uma tentativa de diagnóstico precoce. Só que nós ainda estamos apanhando muito, porque encontramos 52% de casos da doença avançada. E não é só por não conseguir fazer o diagnóstico. Nós temos que sair um pouco desse estigma de que o homem não procura atendimento. Estando ali, o homem faz o seu exame de sangue, sim. Ele colhe o seu PSA, sim. O problema é: com o PSA na mão, o que ele faz?

Nós entramos em uma coisa que não era do INCA. O INCA é quaternário. Nós passamos a cuidar disso. Nós não acreditamos que isso seja primário mais. Biópsia de próstata é coisa muito séria. A partir da biópsia de próstata, você tem que identificar e falar para aquele indivíduo que ele precisa tratar, ou que ele tem um câncer que é uma tartaruga, que não vai fazer nada com ele. Quando nós falamos "tratar o câncer", o Instituto Nacional de Câncer continua na vanguarda disso, quer continuar discutindo, quer continuar a apresentar para o Ministério da Saúde proposta de centro de diagnóstico. Eu acho que nós temos condições de fazer no Centro-Oeste, porque aí se começa a entender o câncer de próstata.

A resposta, Denise, sobre raça negra, raça branca, tudo isso, se você não tiver um banco de dados, você nunca vai saber. O que acontece é falta de informação. Nós não temos informação. Só se consegue informação quando se coletam dados. No INCA, você vê em tempo real o que está acontecendo. Eu só trouxe uma pequena amostra, mas ali eu sei o que está acontecendo com o doente, a idade desse doente. Só não sei como ele vai avançar no seu tratamento, que é outro caminho.

Agora, sobre o diagnóstico do câncer de próstata, nós estamos aí. Rastrear é pegar todo mundo e fazer isso aí. Isso para nós não existe, porque não existe no mundo. Nós não vamos inventar a roda nessa história. Vamos ativar e correr atrás do diagnóstico. Isso o INCA está propondo ao Ministério da Saúde, pedindo ajuda aos senhores, à Deputada Carmen Zanotto, à Deputada Silvia, à Deputada Flávia, pedindo que o ajudem a criar centro de diagnóstico: com 20 pessoas trabalhando, multidisciplinar, com apoio de patologia, dar qualidade de diagnóstico, dar certeza de diagnóstico e dar orientação.

Eu tenho médico para fazer isso. São quatro urologistas que fazem isso e atendem toda essa população do Rio de Janeiro. O Rio de Janeiro hoje zerou a fila de biópsia de próstata. Nós estamos falando de discussão de tratamento, mas nós não temos mais filas para biópsia de próstata. Então, não estamos absolutamente deixando de agir no diagnóstico do câncer de próstata.

Obrigado.

A SRA. PRESIDENTE (Carmen Zanotto. CIDADANIA - SC) - Obrigada, Dr. Franz. Quero registrar e agradecer a presença dos nossos Vereadores catarinenses que estão aqui conosco: Vereador Bento, Vereador Juliano, Vereador Magno, lá da nossa Santa — e bela —Catarina, do nosso litoral, Porto Belo. Bem-vindos!

Eu vou passar para o Dr. Igor, mas eu já vou deixar uma provocação na lógica da construção. Quanto aos centros de diagnóstico, nós temos, pela Política Nacional do Câncer, pelas portarias ministeriais, os serviços de câncer, que em alguns Estados estão bem desenhados com relação à área geográfica e ao atendimento desde o diagnóstico, em termos de cirurgia, quimioterapia e radioterapia.

Quando o senhor fala nos centros diagnósticos, eles estariam atrelados a esses serviços ou separados? O senhor pode colocar depois do questionamento do Dr. Igor.

Outra curiosidade que eu tenho é: havendo um PSA acima de 4, ele entra no sistema de regulação, ou o médico que prescreveu no centro de especialidades, ou na Unidade Básica de Saúde, pediu um PSA, e o paciente pode ir direto para o INCA para ser atendido? O que está acontecendo em alguns Estados brasileiros — no nosso, pelo menos — é: vai para o especialista, cai na regulação do SUS. Aí ninguém sabe direito se são 6 meses, 8 meses, 10 meses, 12 meses, 2 anos para conseguir chegar ao especialista, o que eu acho que é a grande angústia de todos os que estão aqui nos acompanhando.

O Dr. Igor fará uso da palavra agora. Depois, eu passo novamente ao senhor, ao Dr. Marcos, à Lysiane, à Denise, a quem quiser, porque eu acho que é assim que se faz uma audiência produtiva.

O SR. IGOR MORBECK - Obrigado, Deputada. Mais uma vez, eu saúdo a senhora, outra guerreira superengajada na Frente Parlamentar contra o Câncer, bem como os demais Parlamentares presentes nesta sessão.

Estou muito em linha com o que o Dr. Franz colocou e vou explicar o problema que há do ponto de vista biológico do câncer de próstata em relação aos outros tumores. Os três tumores mais incidentes e temidos pela população masculina e feminina são o câncer de mama, o câncer de próstata e o câncer de pulmão. Quando nós colocamos esses três cenários diferentes e estabelecemos linhas de cuidado para os pacientes, essas linhas de cuidado não podem ser uniformes, não são iguais. Nós temos que respeitar as diferenças biológicas e a evolução natural dessas doenças para estabelecer políticas.

O que o Franz está colocando, com o que eu concordo 100%, é que não é factível irmos com caravanas específicas, como fazemos com as mulheres, a todos os locais colhendo PSA dos homens. A razão pela qual isso não é factível é porque o PSA é um exame falho em relação a falsos positivos. Existe uma inflamação da próstata chamada prostatite que é comum no homem e pode acontecer por vários motivos. Se o paciente andar de bicicleta para ir ao posto de saúde coletar esse exame, já poderá ter o PSA elevado. Relação sexual no dia anterior e uma série de outras questões também podem elevar o PSA, e isso pode gerar um diagnóstico falso positivo.

Respondendo à Deputada, um exame de PSA acima de 4 nem sempre está relacionado a câncer de próstata. O problema de se estabelecer uma linha de cuidado para um paciente com PSA de 6, 7 ou 8 pode não só onerar o sistema de maneira

desnecessária, como também prejudicar o paciente com uma biópsia desnecessária — essa biópsia é complicada. Há problemas, e não é fácil estabelecer isso, de fato.

A minha posição é a seguinte. Por exemplo, quando se pesquisa uma informação pública no Ministério da Saúde, pode-se fazer interpretações erradas, e isso muitas vezes nos deixa sem saber se devemos fazer ou não o exame. Na verdade, nós devemos selecionar qual é a população de pacientes-alvo. A Denise colocou muito bem: os indivíduos de pele negra são indivíduos de risco, e os indivíduos que têm história familiar de câncer de próstata são absolutamente essenciais para pesquisa. Refiro-me àquele indivíduo que tem pais, tios ou parentes de primeiro grau com câncer de próstata e de mama, porque hoje nós sabemos que do ponto de vista genético existe um elo entre o câncer de próstata e o de mama, em decorrência de mutações que estão cada vez mais sendo identificadas. A mesma mutação temida no câncer de mama, chamada BRCA, pode também estar presente no homem, o que confere um risco maior da doença. A dificuldade está em estabelecer a população-alvo, que precisa ser rastreada. Essa população realmente precisa entrar nessa linha de cuidado que o Dr. Franz colocou. Acho que esse é um ponto importante.

A última fala é em relação ao banco de dados. Dr. Franz, o DATASUS é um dos maiores — e não estou exagerando — bancos de dados em saúde do mundo. O problema todo é que nós temos acesso ao dado, mas não temos a informação extraída de maneira adequada. Não adianta ter acesso a toda essa informação sem saber como pinçar os dados mais importantes, como, por exemplo, avaliar a população específica no País que é de alto risco. Então, nós precisamos ter estudos — e já existem empresas fazendo isso, conseguem acesso, porque afinal de contas é um dado público — para extrair esse dado de maneira eficiente e a partir disso gerar pesquisa. A pesquisa nesses bancos de dados certamente é o principal elemento para propor políticas eficientes de saúde da população em geral, principalmente para oferecer linhas de cuidado em câncer.

A SRA. PRESIDENTE (Carmen Zanotto. CIDADANIA - SC) - Obrigada, Dr. Igor.

Tem a palavra o Dr. Franz Santos de Campos.

O SR. FRANZ SANTOS DE CAMPOS - Quando nós começamos o Centro de Diagnóstico do Câncer de Próstata, fizemos várias reuniões com a Secretaria Estadual e a Municipal de Saúde e hoje estamos completamente informatizados com eles. O acesso é direto. Quando há desconfiança do médico da atenção básica de saúde de que o paciente pode ser um portador de câncer de próstata, ele é referenciado diretamente para nós, e, através de toda uma estrutura eletrônica, esse paciente é atendido naquele tempo em que falei. Muitos pacientes são contrarreferenciados, como disse o Igor. Às vezes, o paciente tem um processo inflamatório e, por isso, tem que passar por um especialista antes de pensar em biópsia de próstata. Isso nós resolvemos com a força-tarefa desse grupo especificamente alocado para isso. Eu tenho três uropatologistas, quatro radiologistas intervencionistas, quatro urologistas, quatro anestesistas que trabalham exclusivamente em câncer de próstata. Nós resolvemos entrar nessa situação, e hoje não há mais esse *delay* no Rio de Janeiro. Basta informarmos à Secretaria Municipal de Saúde, e ela faz o *link* direto conosco. Nós estamos fazendo dessa forma.

A senhora perguntou... É claro, biópsia de próstata não pode ser pulverizada. Tem que ser feita em centro de referência, porque há um dado que não foi citado, que é o custo da patologia. Naquele custo de 640 reais por biópsia, não estão incluídos todo o material de patologia e todas as máquinas necessárias para se fechar um diagnóstico na lâmina de câncer de próstata. Mas nós vamos avançar nisso. Nós estamos montando um banco de dados para procurar somática e geneticamente se há mais alguma informação.

Agora, não se pode deixar essa situação completamente solta no País. Por isso, nós pedimos ajuda de lado a lado, pedimos ajuda a todos. Isso precisa ser centralizado, porque o problema é muito sério não só no diagnóstico precoce, como também nessa massa de doentes que há hoje. Fala-se no mundo que 30% dos casos de câncer de próstata já chegam metastáticos. Isso quer dizer que nós conhecemos pouco dessa doença. No Brasil, há 52% de doentes de alto risco. Nós estamos atrás, sim, doutora. A Lei dos 60 Dias foi uma coisa fundamental para provocar o tema, mas, se formos fazer um estudo, talvez 10% do Brasil consiga seguir essa lei, porque o fluxo de doentes é muito grande, e os lugares de tratamento e de referência são cada vez menores.

A senhora falou sobre perda de protagonismo. Sim, há, porque foi colocado dentro do Ministério da Saúde... Hoje, numa mesma linha estão todos os hospitais federais do Rio de Janeiro e os institutos. Nós não descolamos mais disso. O Instituto de Câncer não é um hospital. O Instituto de Câncer é um órgão normativo de pesquisa e de educação, não é um hospital, mas hoje, segundo o Ministério da Saúde — temos um colega do Ministério da Saúde —, nós estamos colocados na mesma linha dos hospitais do Rio de Janeiro. Por isso, temos que lutar para que isso não continue a acontecer.

A SRA. PRESIDENTE (Carmen Zanotto. CIDADANIA - SC) - Dr. Franz, além da pesquisa, eu acrescentaria a construção dos protocolos clínicos, diretrizes e acompanhamento para sabermos o desfecho, porque há algumas políticas

e serviços de câncer distribuídos, mas não sabemos o desfecho do tratamento e quais são os protocolos clínicos que cada um desses serviços está utilizando.

Por isso, para mim, o INCA é, sim, muito importante. Não é o detentor único do saber, mas juntamente com especialistas pode ter isso mais consolidado. Têm que estar juntos a academia, os especialistas e o INCA para que o que acontece no Rio, no INCA, no Serviço de Câncer da nossa capital, no Estado de Santa Catarina, no CEPON, aconteça no interior, para que não haja diferença de tratamento e aí alguns tenham a felicidade de residir numa determinada área, em detrimento de outros que residem em outra, com formas diferenciadas de tratamento.

Muito obrigada.

Eu passo agora ao Dr. Marcos, para que faça seus questionamentos e suas considerações.

O SR. MARCOS PÉLICO FERREIRA ALVES - Eu gostaria de saudar a Deputada Carmen Zanotto e a Deputada Flávia Morais e agradecer, em nome do Ministério da Saúde, o convite pelo Instituto Lado a Lado, parabenizando também pela iniciativa a Denise e a Marlene. Também quero deixar aqui o meu carinho para a Deputada Silvia Cristina, que presidiu a Mesa aqui até a entrada da Deputada Carmen Zanotto.

Eu quero pontuar algumas coisas que a Deputada Carmen Zanotto colocou, que são desafios. A questão do horário é realmente muito importante, e o Ministério tem ciência disso, viu, Deputada? Nós atuamos com o Saúde na Hora para ampliar o horário das Unidades Básicas de Saúde, porque sabemos da dificuldade do nosso público que trabalha e tem uma rotina bem difícil. Então, a possibilidade de um horário estendido é bem interessante.

Também pontuei, Deputada, a inovação da Telessaúde, porque é uma ferramenta que a pandemia revelou, mas é um programa antigo do Ministério, que existe desde 2007. Agora nós temos a possibilidade de regulamentar a teleconsulta, que é uma ferramenta poderosa. Se o homem não vai à UBS, a UBS vai até o homem. É uma ferramenta em que nós precisamos investir.

Dentro da Telessaúde, nós temos a telerregulação, que é uma ferramenta que zera filas de espera, porque permite que o médico de família, o clínico geral na unidade básica, entre em contato com uma central de regulação e às vezes deixe de encaminhar o paciente, porque consegue já ali diagnosticar, ou que, quando o encaminhar, encaminhe corretamente, porque, às vezes, faz um encaminhamento errôneo. Isso também é um problema. A fila fica poluída. Então, é uma ferramenta potente a ferramenta da Telessaúde, a telemedicina. Nós precisamos investir nisso, porque envolve recursos e envolve infraestrutura, sim.

O Ministério tem tradição nisso, e as universidades são suas parceiras. Nós temos Núcleos de Telessaúde; nós temos telediagnóstico, que cria a possibilidade de um laudo a distância, então a pessoa não precisa se deslocar, às vezes de um cafundó, o que oneraria a Prefeitura, e aí ela já consegue um laudo, como o laudo de AVC. Nós temos o Tele-ECG, por exemplo, com a Universidade Federal de Minas Gerais. Então, temos a possibilidade de usar essa ferramenta para melhorar, facilitar e ampliar o acesso da Telessaúde.

Outro ponto que foi colocado pela Deputada Carmen Zanotto, a atuação dos ACSs está no nosso radar. Nós sabemos que são agentes que têm potência para atuar no território, para captar o homem e criar vínculos com o serviço, com a Unidade Básica de Saúde.

É isso. Eu me coloco à disposição, dentro do Ministério da Saúde. Eu estou na coordenação de saúde das crianças, dos adolescentes e jovens e pontuei que adolescentes podem ser um público também de captação, como são as mulheres. A mulher atua sobre o homem, para que ele tenha consciência da importância do cuidado com a sua saúde, mas a filha também pode ter uma boa importância, e o filho, principalmente.

Os adolescentes são um público que nós às vezes desconsideramos, mas vamos criar hábitos neles, e nós podemos usar a escola para isso. Há uma intersetorialidade entre a saúde e a educação que eu acho importante. Já se começa a preparar o adolescente para o cuidado e para mostrar que o cuidado também é masculino. Esta é uma idade, Deputada, em que nós estamos muito mais receptivos a ser moldados. O tempo vai passando e nós ficamos mais rígidos. Então, vamos olhar para os adolescentes como um público-alvo também, para nós termos iniciativas de educação sobre eles, que podem cuidar de si próprios e também provocar o pai, provocar o tio, provocar o avô, provocar os homens com quem eles convivem, para a importância do cuidado.

E, de novo, eu repito: saúde é a maior riqueza que nós temos. Quando nós perdemos a saúde, nós sentimos, e não há dinheiro que compre saúde. Então vamos cuidar. Vamos fazer o preventivo; vamos fazer uma consulta anual — qual é o problema? —, uma consulta de rotina; vamos fazer os exames; vamos ver como é que está a nossa saúde. Isso é uma coisa que vale para todos, certo? Então, do ponto de vista da Atenção Primária do Ministério da Saúde, eu estou aqui de braços abertos para cuidar da saúde do povo brasileiro.

Muito obrigado. *(Palmas.)*

A SRA. PRESIDENTE (Carmen Zanotto. CIDADANIA - SC) - Obrigada, Marcos. Essa é a nossa caminhada no SUS: o fortalecimento da Atenção Primária de Saúde.

Estudos mostram que 80% das questões nós poderíamos resolver lá na Unidade Básica de Saúde, dentro da pirâmide da assistência, mas, na prática, nós utilizamos essa pirâmide de forma invertida. Nós gastamos 80% ou mais, na média em alta complexidade, e, com o nosso menor investimento, nós estaríamos cuidando do orçamento de vocês para que pudéssemos conseguir dar conta, no piso da atenção básica, porque se não as ações não se desenvolvem.

Nós sabemos do trabalho e do comprometimento de toda a equipe do Ministério com o conjunto de secretários estaduais e municipais, mas os desafios são grandes e nós não podemos nos esquecer disso. Nós resolvemos uma questão hoje, e amanhã temos mais três, porque é esta a dinâmica, mesmo, do Sistema Único de Saúde.

Eu pergunto ao Prof. Alcides, nosso Deputado, se quer fazer uso da palavra. *(Pausa.)*

Obrigada por estar aqui. Eu acho que esse é o nosso papel de Novembro Azul: despertar exatamente para as falas, que aqui foram colocadas, da importância da prevenção.

A Deputada Flávia solicitou que nós repassássemos a palavra à Sra. Magali, da SENAR.

Bem-vinda.

A SRA. MAGALI ELEUTÉRIO DA SILVA - Obrigada. Bom dia a todos e a todas. É um prazer estar aqui de novo, a convite do Instituto Lado a Lado pela Vida. Estamos sempre juntos e somos parceiros em várias lutas.

O Serviço Nacional de Aprendizagem Rural — SENAR é do Sistema S, e eu estou lá desde 2016. Saí de uma experiência no Ministério da Saúde, por 24 anos, dentro das políticas de AIDS. Então, eu vou falar de algo em que eu tenho propriedade e conhecimento.

Quando eu cheguei ao SENAR, a primeira coisa que eu ouvi foi: *"onde começa a estrada de chão, termina o acesso à saúde"*. Eu defendo o SUS até dormindo, então eu disse: *"não, não pode ser. O SUS é para todos"*. E aí eu fui para a ponta e constatei que ele é para todos, mas não está para todos, e onde começa a estrada de chão, o acesso termina.

Quando eu entrei lá, já estava em discussão o Programa de Saúde do Homem, que estava sendo estruturado juntamente com a SBU. Eu, com toda a minha experiência, disse: *"não, nós precisamos dialogar com o Ministério da Saúde. O nosso público acessa o Sistema Único de Saúde, então é com ele que nós temos que dialogar"*. A SBU é bem-vinda e nos ajuda, do ponto de vista da medicina, porque tem pessoas com *expertise*. Ela vai nos ajudar, mas nós precisamos dialogar com o Ministério da Saúde. Qual não foi minha a surpresa ao ver que isto foi negado, porque entendiam que a nossa proposta era um rastreamento! Então, juntamente com a discussão técnica... Inclusive o instituto esteve conosco em inúmeras discussões. Mas nós cansamos. Fomos à luta e fomos levar saúde para o meio rural.

A missão do nosso programa é promover educação e saúde, ele leva o urologista e faz a ponte. O que leva o homem do campo a se cuidar não são as nossas rodas de conversa ou as nossas palestras sobre educação e saúde, mas saber que há um médico que vai atendê-lo na ponta. Essa é a grande diferença. Alguns podem dizer: *"Ah, mas nós somos contra o rastreamento"*. Nós encontramos pessoas que nunca foram ao médico. No primeiro evento a que eu fui, em Mar Vermelho, Alagoas, havia 389 homens na fila às 6h30min da manhã. Eu fiquei louca, porque eu nunca havia visto aquilo, nem eu acreditava que os homens iriam. Tirei muitas fotos e mandei para o Ministério da Saúde.

O homem precisa de acesso. A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, Dr. Marcos, existe há 13 anos, mas cadê a linha de cuidado? Cadê a efetividade dessa política? A Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta existe, mas eu vou na ponta. Eu não estou aqui só sentada. Eu acabei de vir de Rondônia, cheguei domingo. Fui para Presidente Médici, no interior. Eu vou lá no Cabrobó para entender a dinâmica, mas há muitos Secretários de Saúde que não sabem da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem e não sabem da Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta.

Nós temos uma disparidade entre o que se discute como política pública e o real acesso dessa população ao cuidado. Nós verificamos três tipos de câncer: um de pele, um melanoma, agora, em Rondônia, e um de estômago. Nós levamos o que é direito dele: saúde. Nós damos a mãozinha para a Secretaria de Saúde e dizemos: *"Venha com a gente"*. Nós vamos a uma escola rural, montamos consultórios lá, com maca, com toda a estrutura do SUS. Nós levamos isso para o meio rural. É isto que as unidades básicas e os agentes de saúde têm que fazer, eles têm que trabalhar em prol daquela comunidade. *"Ah, eu não consigo fazer isso porque os exames das mulheres daqui levam muito tempo para ficarem prontos."* Nós levamos o laboratório. O SENAR paga o laboratório. O SENAR paga o médico.

Nós temos entidades privadas que querem dar a mão e querem fazer a diferença, mas não encontramos a porta aberta. Eu tento entrar no Ministério da Saúde para discutir um programa de saúde do adolescente há 4 anos. Eu montei um programa de saúde do adolescente. Está pronto, com nove fascículos, e vai ser lançado pelo SENAR. Nós tentamos, mas, se não conseguimos, nem que seja um pouquinho nós fazemos para transformar a vida daquelas pessoas.

Eu quero dizer a vocês que o SENAR está de portas abertas para discutirmos, para entendermos. Nós não somos médicos, mas eu sempre procuro trazer *expertise* para juntos darmos as mãos, porque entendemos que uma política pública...

Eu trabalhei durante 24 anos no Ministério da Saúde. A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem existe há 13 anos, mas ela não se efetiva. Cadê? Nós temos que efetivá-la. Nós temos que olhar para o homem e saber as especificidades daquela linha de cuidado. Nós fazemos os eventos no fim de semana, todo sábado e todo domingo. E é quando nós trazemos esse homem. Aí encontramos IST. O que temos encontrado de câncer de pênis no Norte e no Nordeste é algo absurdo! É isto, minha gente, é oportunizar o acesso.

O SENAR está à disposição para trabalhar com todos vocês.

Obrigada. *(Palmas.)*

A SRA. PRESIDENTE (Carmen Zanotto. CIDADANIA - SC) - Muito obrigada, Sra. Magali.

Eu pergunto ao Dr. Marcos se quer alguma consideração. Na sequência, passaremos a palavra para a Dra. Lysiane Pereira.

O SR. MARCOS PÉLICO FERREIRA ALVES - Eu agradeço.

Na perspectiva da saúde do adolescente eu me coloco à disposição. Minha nomeação como Coordenador é recente, ocorreu em outubro. Não se sintam como se as portas estejam fechadas. O Ministério da Saúde é do povo, é de quem quer participar. Nós precisamos acolher essa força. Eu concordo com você.

O desafio que temos no SUS é de realmente melhorar o acesso. São um dos eixos da política facilitar, melhorar.

Eu comecei dizendo que o homem não se vê na UBS, porque não a reconhece como um espaço também dele. É um desafio que nós temos desconstruir essa ideia, trazê-lo, criar vínculos com o cuidado em saúde. Eu conto com a sua ajuda para conseguirmos avançar.

Eu falei aqui da ideia da telemedicina, da telessaúde, que pode romper esse gargalo. É um desafio para um país continental garantir o provimento, garantir o profissional de saúde na ponta. É um desafio histórico que temos, sabendo que na profissão muitos médicos se especializam para ganhar dinheiro e vão morar nos grandes centros. O Brasil é grande, o Brasil tem os cafundós, o "nortão", como dizia a Deputada Silvia Cristina, o "nortão" difícil, de difícil acesso. Mas, hoje, com a ferramenta tecnológica, podemos pensar em uma UBS digital, podemos pensar em teleconsulta, podemos pensar que esse exame, que antes tinha que ser feito na Capital, seja feito por meio da telemedicina, do telediagnóstico. Isso já é uma realidade no programa de telessaúde do Ministério.

A SRA. MAGALI ELEUTÉRIO DA SILVA - O SENAR está fazendo telemedicina desde 2020, mas a adesão é baixíssima. Nós contratamos cem mil vidas para serem assistidas. Não é uma cultura, quiçá no meio rural, porque nós temos baixa conectividade. Então, é um problema. Em 2020 e 2021 apenas 52 mil consultas foram realizadas.

Falando um pouquinho com o Dr. Franz, nós fazemos, sim, o recorte de idade dessa população. Nós contamos com os agentes de saúde inclusive para serem o nosso mobilizador na ponta e trazer essa população com esse recorte e não ampliar para todo mundo. Nós temos esse direcionamento, até porque é o que preconiza o Ministério da Saúde.

Obrigada.

A SRA. PRESIDENTE (Carmen Zanotto. CIDADANIA - SC) - Concluiu, Dr. Marcos?

O SR. MARCOS PÉLICO FERREIRA ALVES - Concluo dizendo que o desafio está na educação na saúde e em saúde. Na saúde para dentro, capacitando os profissionais de saúde. Eu citei o exemplo da ação de qualificação presencial que fizemos no começo deste semestre e que deu resultados. De que forma? Ampliando em 60% o número de consultas do Pré-Natal do Parceiro. Uma ação educacional transforma a mentalidade, tanto do profissional de saúde quanto do usuário. Temos que modificar a mentalidade do homem para que ele coloque o cuidado também como uma prioridade dele.

Estamos juntos. Coloco-me à disposição do SENAR. As portas estão abertas. Eu reitero: as portas do Ministério da Saúde estão abertas para esta Casa e para qualquer um dos membros da sociedade civil.

Deixo aqui os meus agradecimentos a todos e parabenizo os membros da nossa bancada. Agradeço muito à Deputada Carmen Zanotto. Foi um prazer conhecê-la pessoalmente.

Novamente me coloco à disposição como servidor do Ministério da Saúde.

A SRA. PRESIDENTE (Carmen Zanotto. CIDADANIA - SC) - Muito obrigada, Dr. Marcos.

Quero lembrar que esta Casa aprovou, em caráter emergencial, a teleconsulta durante a pandemia. O texto já foi superado em função do momento em que estamos vivendo. O Ministério lançou uma portaria, que nós temos, não é, Deputada Flávia e Deputado Professor Alcides?

Quero aqui registar a presença do enfermeiro e Deputado eleito Bruno, de Minas Gerais.

Hoje à tarde, no Senado, deve ser aprovado o novo texto que fala em telessaúde, abrindo para os demais profissionais da área da saúde a utilização dessa ferramenta, que eu acredito que se deverá consolidar com o tempo, porque, como eu digo, um dos maiores legados que a pandemia nos deixou foi essa facilidade de estarmos nos comunicando mesmo à distância e garantindo acesso às ações do serviço de saúde, em especial às consultas em algumas regiões onde não existe outro mecanismo.

Então, é preciso melhorar a conectividade, mas também garantir que um profissional especialista esteja na retaguarda de um profissional da atenção básica, médico ou não médico — muitas vezes, em algumas regiões, não há um profissional médico —, que repassará a clínica daquele paciente. Eu acho que é o caminho que vai nos auxiliar muito no Sistema Único de Saúde.

Obrigada. Leve o nosso abraço ao Ministro Marcelo e também a toda a equipe da atenção básica.

Eu passo agora a palavra, para as suas considerações, à Lysiane Pereira, que é consultora da Organização Pan-Americana da Saúde.

A SRA. LYSIANE PEREIRA - Eu gostaria de agradecer o convite do Instituto Lado a Lado para estar aqui hoje fazendo parte desta reunião da Comissão que trata do combate ao câncer.

Na OPAS, temos uma unidade técnica que trabalha especificamente com o câncer. Deixo à disposição essa unidade, para que possamos ter conversas mais estreitas, para que possamos estar em contato com o INCA também, com os especialistas que temos lá dentro, a fim de que possamos trabalhar esse rastreamento.

Também deixo a OPAS, enquanto cooperação técnica, à disposição do Ministério da Saúde, para que possamos desenvolver essa linha de cuidado em relação à saúde do homem. Vocês podem contar com o apoio da OPAS ao Ministério da Saúde, para que realmente possamos tirar do papel a política e desenvolver essa linha de cuidado.

E coloco a OPAS também à disposição da Comissão, para que possamos apoiar da forma como vocês acharem que é possível.

Muito obrigada.

A SRA. PRESIDENTE (Carmen Zanotto. CIDADANIA - SC) - Muito obrigada. Mais uma vez faço um agradecimento a você e à nossa representante no Brasil, a Sra. Socorro, porque vocês estão sempre conosco nas nossas audiências públicas.

Eu passo a palavra agora à Denise, Diretora do Instituto Lado a Lado, também para as suas considerações finais.

A SRA. DENISE BLAQUES - De tudo o que foi falado aqui, o que para nós é muito importante é essa questão da política pública. Eu acho que a política só vai ser realmente forte e efetiva se tivermos uma linha de cuidados. Sem uma linha de cuidados que enxergue esse público a quem ela se destina, ficamos muito à deriva. Você pode realmente ter uma política, pode fortalecê-la, mas a linha de cuidados é fundamental. Essa é a linha que vai enxergar esses gargalos, enxergar as necessidades e enxergar o homem na região em que ele está. A política não pode ser voltada apenas a quem mora nos grandes centros. Temos que enxergar as especificidades de cada um.

Sempre defendemos a questão da linha de cuidados. Isso já foi discutido inúmeras vezes com o Ministério da Saúde, com a coordenação, mas precisamos avançar. Temos que avançar e temos que realmente provocar o sistema, para que não fique na inércia. Temos que avançar e olhar de outra forma, para que encontremos uma solução. Acreditamos que soluções existem, mas temos que construir essas soluções.

O instituto, mais uma vez, coloca-se aqui à disposição dos Parlamentares, da Comissão Especial de Combate ao Câncer e das Frentes Parlamentares, para que possamos realmente não só avançar, construir e melhorar essa política, mas também focar na linha de cuidados para a saúde do homem. Acho que vamos ter um ganho muito grande se conseguirmos unir as forças e trabalhar nessa linha de cuidados, com a contribuição de todos. Quero deixar aqui essa reflexão e reforçar o posicionamento do instituto com relação a isso.

Agradeço a participação de todos, de todos os que estão aqui na Mesa e de todos os que estão assistindo à audiência. Essa é uma discussão muito relevante e importante. Convocamos, como Instituto Lado a Lado, essa participação de todos.

Muito obrigada.

O SR. IGOR MORBECK - Deputada, V.Exa. me permite fazer uma breve colocação?

A SRA. PRESIDENTE (Carmen Zanotto. CIDADANIA - SC) - Eu ia passar a palavra para o senhor, Dr. Igor.

O SR. IGOR MORBECK - Muito obrigado.

A SRA. PRESIDENTE (Carmen Zanotto. CIDADANIA - SC) - A palavra é sua.

Muito obrigada, Denise.

Dr. Igor, o senhor está com a palavra.

O SR. IGOR MORBECK - Na verdade, é só um complemento dessa questão da linha de cuidado.

Quando falamos em linha de cuidado, pensamos especificamente na população que depende do SUS. Então, vamos fazer um panorama: 70% a 80% da população brasileira realmente depende dos cuidados do Sistema Único de Saúde. A população de pessoas privilegiadas, um quinto dessa população, um quarto da população do País, que tem acesso à saúde suplementar, também padece em relação à linha de cuidado. Isso é importante falar. Se hoje há um processo estabelecido de linha de cuidado em saúde no SUS, mas ele não é aplicado de uma maneira homogênea, de uma maneira universal, isso está alguns passos atrás no sistema privado. É importante falar isso. Essa situação reflete a dificuldade que nós temos de implantar linhas de cuidado em saúde, seja da população feminina, seja da população masculina.

De novo, quando olho para esses dois cenários e olho para a população de pacientes com acesso à saúde suplementar, percebo, mais uma vez, que as mulheres saem na frente porque essas coisas já começam a ser estabelecidas. Isso faz sentido. Se você olhar para o lado das seguradoras de saúde, percebe que elas querem linha de cuidado. Elas querem porque isso impacta favoravelmente o orçamento delas. Nós não queremos realmente que os pacientes cheguem com câncer avançado a um hospital terciário, porque isso onera muito mais o sistema — onera no SUS, onera também na saúde privada. Sabemos que essa receita, esse orçamento é absolutamente finito.

Não é algo simples. É complexo estabelecer toda essa jornada do paciente, principalmente em oncologia, porque há várias vertentes diferentes. Contudo, precisamos, sim, gerar dados e precisamos, através de geração de dados, entender cada etapa e como ela pode ser construída e efetivada da melhor maneira, no ambiente privado e no ambiente público.

A SRA. PRESIDENTE (Carmen Zanotto. CIDADANIA - SC) - Muito obrigada, Dr. Igor, por sua participação e por nos fazer despertar.

Desejo que tenhamos realmente mais um Novembro Azul de despertar para a importância da saúde do homem e para a importância de eles receberem a informação e garantirmos o acesso.

Passo a palavra, para que faça suas considerações finais, ao Dr. Franz, que aqui também representa toda a Direção do Instituto Nacional de Câncer.

O SR. FRANZ SANTOS DE CAMPOS - Obrigado, Deputado Carmen.

Mais uma vez, quero agradecer à Deputada Flávia por suas considerações, extremamente pertinentes. Essa provocação do pinga-fogo é muito importante para nós, porque chama o tema, fortalece cada vez mais a discussão do câncer de próstata. Agradeço à Deputada Silvia também.

Quero dizer que o Instituto Nacional do Câncer — acho que foi a nossa primeira vez em uma bancada todos juntos assim — está voltando a ter um protagonismo que não pode perder. Não podemos abrir mão disso.

Quero dizer umas palavras sobre outra questão. Com a nossa total falta de organização, o que vemos crescer hoje em dia é a judicialização da medicina. Essa é uma palavra sobre a qual não falamos aqui. Nós temos acesso aos custos da judicialização de drogas que, muitas vezes, não têm vantagem nenhuma em serem realizadas. Isso mostra a nossa impotência e a nossa incapacidade de, no momento, estruturar uma política de cuidado da saúde do homem, principalmente no que estamos falando, no câncer de próstata.

As drogas estão aí, e a força do mercado é muito grande para a aprovação disso. Tem que haver critérios bastante definidos, mas também não podem ser critérios totalmente paquidérmicos para que fiquemos, no SUS, sem acesso a absolutamente nada. Nós estamos padecendo de drogas que tenham efetividade. O Dr. Igor sabe muito bem disso, e o que se vê mais hoje em dia é a judicialização da medicina, provendo para poucos aquilo que pode ser dado a muitos de forma igualitária e consciente. É o que a medicina pede.

O Instituto Nacional do Câncer está aqui representado por mim e pelo serviço de urologia. Nós estamos com esse grande projeto, e eu queria que vocês tivessem a maior atenção possível sobre centros de diagnóstico. Temos que voltar a discutir isso. Colocamos o INCA à disposição de todos. Acho que a vinda a Brasília vai ter que acontecer mais vezes. A Casa

Parlamentar, a Casa do Povo, tem que entender o INCA como um grande parceiro. Estamos colocando o Instituto Nacional do Câncer à disposição para discussões como esta e outras tão proveitosas, como na manhã de hoje.

Muito obrigado a vocês. *(Palmas.)*

A SRA. PRESIDENTE (Carmen Zanotto. CIDADANIA - SC) - Obrigada, muito obrigada, Dr. Franz.

Mais uma vez, quero agradecer a participação da Deputada Flávia; do professor e Deputado Alcides; que está sempre conosco; da nossa Relatora da Comissão de Combate ao Câncer, a Deputada Silvia Cristina, que é uma mulher que, além da experiência vivida como paciente, luta conosco por essa pauta do câncer. Agradeço a todos os nossos convidados e convidadas.

Nada mais havendo a tratar, convoco reunião para dia e horário a serem divulgados posteriormente pela Secretaria da Comissão.

Declaro encerrada a presente reunião de audiência pública.

Muito obrigada.

Bom dia a todos e todas.

Vamos juntos lembrar da importância deste Novembro Azul. Vamos lembrar que todos os dias são dias de despertarmos e falarmos sobre a importância da prevenção, do diagnóstico e do tratamento precoce do câncer.

Obrigada. *(Palmas.)*