

SESSÕES DO PLENÁRIO

60ª Sessão Especial da Assembleia Legislativa do Estado da Bahia, 19 de outubro de 2015.

PRESIDENTE: DEPUTADA FABÍOLA MANSUR (AD HOC)

A Srª PRESIDENTA (Fabiola Mansur):- Invocando a proteção de Deus, declaro aberta a sessão especial e audiência pública Outubro Rosa 2015, com o Ciclo de Debates sobre o Câncer de Mama, proposta pelo deputado Alex da Piatã, membro da Comissão de Saúde, pela Comissão de Direitos da Mulher, presidida pela deputada Fabíola Mansur, e pela Femama.

Convido para compor a Mesa a Drª Alcina Romero, diretora de Atenção Especializada, representando neste ato o secretário da Saúde, Fábio Vilas-Boas; o Sr. Deputado Estadual, e amigo, Rosemberg Pinto, proponente de várias sessões do Outubro Rosa nesta Casa; o Dr. Átila Dias, defensor público federal; o Sr. Diretor do Hospital Naval capitão de mar e guerra Nardan, representante do comandante do 2º Distrito Naval; a Srª Capitão Denice Santiago, representante do comandante-geral da Polícia Militar; o Dr. Tiago Turbay, assessor de Relações Governamentais da Femama; o Dr. Roberto Queiroz Gurgel, cirurgião oncológico e palestrante desse ciclo de debates, amigo querido e sergipano; a Drª Darcy Queiroz, diretora de Assistência aos Municípios, que neste ato representa o presidente do Tribunal de Contas dos Municípios, Dr. Francisco Neto; e a amiga Drª Vanessa Dybai, oncologista da Clínica AMO. (Palmas.)

Vamos iniciar neste momento o primeiro Ciclo de Debates sobre Câncer de Mama para Parlamentares da Bahia, com o tema: “*Câncer de Mama no Brasil, por que não Curamos Mais?*”

Este evento é uma realização conjunta da Federação Brasileira de Instituições Filantrópicas de Apoio à Saúde da Mama - Femama e da Assembleia Legislativa do Estado da Bahia, com o apoio do Núcleo Assistencial para Pessoas com Câncer - Naspec, a fim de proporcionar um espaço de debates técnicos sobre câncer de mama e os desafios de fazer legislações eficazes para o combate à mortalidade pela doença.

A Femama agradece pelo apoio aos deputados estaduais Fabíola Mansur, presidente da Comissão de Direitos da Mulher, e Alex da Piatã, membro da Comissão de Saúde, e ao deputado federal Alexandre Russo, pelo apoio à organização deste

evento.

Esta é uma oportunidade que a Femama oferece aos parlamentares que participam do evento, com material de comunicação, disponibilizado em folders e pendrive, arquivos de posts para redes sociais e releases prontos para serem divulgados, para que possamos mostrar o engajamento e compartilhar os conhecimentos, disseminando as mensagens que trabalharemos aqui.

Neste momento, convido todos a ficar de pé para ouvirmos o Hino Nacional, executado pelo coral Vozes, da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia, sob a regência do maestro Neemias Couto.

(Execução do Hino Nacional.) (Palmas.)

A Sr^a PRESIDENTA (Fabiola Mansur):- Gostaríamos ainda de convidar a Sr^a Romilza Medrado, Diretora-Presidente do Núcleo Assistencial para Pessoas com Câncer – Naspec; a Sr^a Suzaldete dos Santos, paciente com câncer de mama; o Sr. Marco Antônio, presidente do Conselho Municipal de Saúde da Bahia (Palmas). Também gostaria de registrar a presença da deputada, amiga, Maria del Carmen, integrante da Comissão de Direitos da Mulher, uma das proponentes desta sessão, e também integrante da Comissão de Saúde. Deputada, esta Mesa está ampliada para contemplá-la. (Palmas.)

O Sr. PRESIDENTE (Alex da Piatã):- Queremos, neste momento, convidar uma das proponentes desta sessão, deputada Fabiola Mansur, da Comissão de Direitos da Mulher, para fazer uso da palavra. (Palmas.)

A Sr^a FABÍOLA MANSUR:- Bom-dia a todos e a todas, quero inicialmente saudar a representante do secretário Fábio Vilas-Boas, Dr^a Alcina, que, certamente, abrilhantarão este que é ao mesmo tempo um ciclo de debates promovido pela Femama. Em segundo, quero saudar o Dr. Thiago Turbay, que representa a Femama neste ato, dizer que essa foi uma sessão disputadíssima para o bem; o deputado Alex da Piatã, da Comissão de Saúde e eu, como presidente da Comissão Direitos de Mulher.

Diante da importância do tema e, certamente, a pedido também da Femama, do NASPEC, quero saudar Kátia, que nos ajudou a compor esta sessão. Nós tivemos o cuidado de transformar uma sessão especial e uma audiência pública dentro do ciclo de debates promovido pela Femama em todos os Estados, para que pudéssemos fazer não só debates com palestrantes ilustres, mas também celebrar o Outubro Rosa, falando das dificuldades no diagnóstico, no acesso e nos encaminhamentos. Não há forma melhor de fazermos a comemoração do Outubro Rosa se não trazendo para cá todas as pessoas que representam as entidades, os pacientes, a sociedade civil, a sociedade médica, para que, de forma corajosa, firme, possamos fazer esse debate.

Quero saudar o deputado e amigo Alex da Piatã, que é também proponente desta sessão junto com a Comissão da Mulher. Destacar ainda as presenças das outras proponentes que integram a Comissão Direitos da Mulher, que aqui acabaram de chegar, as deputadas Neusa Cadore e Ivana Bastos. (Palmas.) Quero dizer que estamos prontos aqui, a Comissão Direitos da Mulher, a Comissão de Saúde, a

Secretaria de Saúde do Estado, os Conselhos, os movimentos de mulheres, a Rede de Mulheres, todos juntos para fazermos os encaminhamentos para mudar a situação na Bahia.

Quero saudar, carinhosamente, o deputado Rosemberg Pinto, que já promoveu sessões como já foi dito; o Dr. Átila Dias, defensor público; o Dr. Nardan, representante do comandante do II Distrito Naval; a Capitã Denise, que é extremamente atuante, representando o comandante-geral da polícia Militar, coronel Anselmo Brandão, leve o nosso abraço, capitã Denise, para o Coronel Anselmo. Saudar também o amigo, cirurgião oncológico Dr. Roberto Queiroz Gurgel, nos conhecemos há anos no movimento médico da Associação Médica Brasileira e nos encontramos sempre em Brasília para defender o SUS, a valorização da saúde e, também, a valorização do profissional médico. É um prazer enorme, Dr. Gurgel, que a Femama tenha nos trazido essa oportunidade de tê-lo como palestrante e fazer com que a gente se reencontre. E aí quero saudar também a Dr^a Vanessa Dybal, e, em nome de vocês dois, saudar todos os médicos pelo dia 18 de outubro, no qual se comemora o Dia do Médico.

Quero saudar a Dr^a Darci, a Sr^a Suzallete dos Santos, que é uma paciente com câncer de mama. Quero saudar, também, a presidente do NASPEC- Núcleo Assistencial para Pessoas com Câncer, Sr^a Romilza Medrado. Quero de público fazer esse agradecimento a NASPEC e fazer um reconhecimento público pela importância desse Núcleo no Estado da Bahia para mudar, para pontuar os gestores e pontuar nós do Legislativo para que trabalhemos juntos para mudar essa realidade.

Tinha inicialmente preparado uma fala mais longa, em função do ciclo de debates, até lida, mas vou abrir mão da fala e vou dividi-la com a representante do nosso secretário estadual, Dr. Fábio Vilas-Boas, que chegou ontem de viagem na comitiva do governador, uma viagem longa à Europa para nos trazer novidades, sobretudo, na área da indústria farmacêutica. Vou dividir o meu tempo com a Dr^a Alcina.

Vocês, obviamente, sabem que o câncer de mama é hoje o terceiro maior câncer em incidência no País. Sabemos também que ele tem uma taxa de sobrevida alta se diagnosticado e encaminhado a tempo – quase 61 % de sobrevida. No entanto, há uma série de limitações, desde o diagnóstico, o acesso ao simples exame de mamografia. Mas, no nosso Estado, em relação a esse cenário de diminuição de redução pelo diagnóstico, temos até algumas coisas a celebrar, Dr^a Alcina, deputado Alex. Desde o governo Wagner, foram feitas aqui uma série de políticas de acesso a mamografias, interiorizando esse acesso aos grotões do nosso Estado. Isso já mudou a realidade de muitas mulheres, sobretudo as mais carentes, as que menos tinham acesso ao SUS. Dizer que o SUS é o nosso maior patrimônio é verdade, porque o Brasil está entre os poucos países que têm o sistema universal de saúde.

Mas temos muito a lamentar em função da nossa redução de financiamento, nosso subfinanciamento. Deixamos de priorizar políticas públicas muito importante para as mulheres e aqui quando vestimos rosa no outubro rosa, essa Comissão dos

Direitos da Mulher, da Saúde, não está se preocupando com as questões das mulheres apenas no mês de outubro e tenho certeza que todas essas mulheres que aqui estão presentes, médicos, enfermeiros, psicólogos, fisioterapeutas, os conselhos aí representados pelo Marco Antônio, não se preocupam apenas em outubro. Mas é no Outubro Rosa que visibilizamos que temos que dar uma outra guinada nos encaminhamentos, aumentar a taxa de diagnósticos, mesmo que pese já termos uma política pública importante no Estado da Bahia, que mesmo agora, encontram-se várias carretas realizando mamografia.

O foco do nosso debate, na verdade, hoje, da nossa sessão especial é um lamento da Comissão de Mulheres, da Comissão de Saúde, mas é um lamento propositivo. Quando aceitamos uma realidade e queremos mudá-la, à luz de políticas, Sr^a Romilza, à luz iniciativas que partem desse Legislativo junto com o Executivo, e demandados por ciclos de debates como este, podemos mudar a realidade de várias mulheres que hoje não conseguem encaminhamento.

Hoje, temos secretários de saúde que, nas várias reuniões, ficam desesperados quando há um diagnóstico de câncer de mama e eles não têm como encaminhar porque o único hospital de porta aberta que temos no Estado da Bahia é o Hospital Aristides Maltez. Imagine o que é, para uma mulher diagnosticada com câncer, viver com essa sentença de morte, esperando muitas vezes mais do que um ano para ter acesso, ou ir para a porta do Hospital Aristides Maltez e implorar ao secretário e implorar aos deputados, implorar aos núcleos para que mudem a realidade que a sentença à morte. É essa a realidade que queremos ajudar a mudar.

Na verdade, precisamos entender e salvar essas mulheres mudando a política de encaminhamento. Discuti há pouco com o amigo Dr. Roberto Gurgel sobre o que Sergipe pode fazer a partir do ciclo de debates que teve recentemente, esse é o 8º Ciclo de Debates, esse ciclo de debates é nacional e precisamos trazê-lo para a Bahia, deputada Ivana, Maria del Carmen, Neusa Cadore. Aqui quero saudar também a deputada Luiza Maia, Ângela Souza, Fátima que puderam estar presente, o deputado Bira Corôa, temos um homem integrante nessa comissão.

Temos que disputar orçamento. Nós recebemos recentemente o PPA – que é o plano plurianual, que define as metas, os eixos do governo do Estado da Bahia para a saúde. Certamente lá estão políticas eixos, iniciativas para ampliar o diagnóstico e o tratamento do câncer de mama. Temos como sugerir emendas ao relator para esse PPA. Aqui nós votamos a Lei de Diretrizes Orçamentárias e a Lei Orçamentária Anual, e, a partir daí, podemos também conjuntamente oferecer discussões e emendas. Quero dizer que entendemos a gravidade do assunto. Aqui estamos nesse grito de alerta, vestindo rosa, embora pudéssemos estar vestidas de preto, em razão das mortes de várias mulheres que têm o diagnóstico, sabem que têm câncer de mama, mas morrem por incapacidade de um encaminhamento para que elas possam fazer uma mastectomia, ou uma cirurgia não mutiladora, porque, se houver um diagnóstico precoce, há uma sobrevida alta, sem mutilação.

Queremos aqui que a Comissão da Mulher e a Comissão da Saúde, deputado

Alex de Piatã, junto com o Femama e a Naspec possam mudar essa realidade. Queremos ouvir todas as mulheres. Sabemos que temos de aumentar o número de hospitais e temos que fazer uma rede, porque o município não consegue, deputada Maria del Carmen, depois de fazermos o diagnóstico, de ampliarmos o diagnóstico e o acesso, que é importante, salva vidas, mas muitas vezes, depois da mamografia, temos inúmeras mulheres com diagnóstico sem encaminhamento. Nós precisamos criar uma prioridade no encaminhamento. Isso tem que ser uma tarefa do Estado, deputado Alex da Piatã. Criar uma comissão para cadastrar essas mulheres e até priorizar o encaminhamento, a partir do estágio do câncer. Estamos dando oportunidade, às vezes, àquelas mulheres que têm mais acesso à informação a conseguir o encaminhamento, porque com a informação elas podem, até, judicializar, contar com a Justiça. E eu fico muito feliz com a presença do defensor público, porque sou um fã da Defensoria, serve para garantirmos a equidade de direitos, já previsto em nossa Constituição. Enfim, precisamos mudar esse cenário juntos, enfrentando os problemas, fazendo o que é possível fazer, cada um dos poderes, da sociedade civil.

Vejo aqui a Clínica AMO, que é de excelência, representada nessa mesa, e temos que fazer com que a iniciativa privada faça a sua parte, sei que a AMO faz campanhas, tem um trabalho excelente, mas que os hospitais filantrópicos possam também ampliar o número de encaminhamentos e o número de cirurgias.

Era isso, era muito mais uma explicação de por que estamos aqui, por que vestimos rosa e o que, depois desse ciclo de debates, que é ao mesmo tempo sessão especial, audiência pública, vejam que somamos três coisas em uma... E tenho a certeza de que poderá mudar com a ajuda de todos a realidade não só no diagnóstico, mas, sobretudo, nos encaminhamentos, e aí, sim, poderemos, no próximo ano, se mudarmos os índices que temos na Bahia, dizer que esta sessão salvou vidas. Nós como mulheres sabemos o que é a solidariedade feminina. E eu sou médica, e, como médica, entendendo que temos essa missão de salvar vidas juntos com tantos profissionais importantíssimos, porque não salvamos vidas sozinhos, ter orgulho de, na Bahia, ter um Outubro Rosa com um número de mulheres que foram salvas, e não mulheres nas estatísticas das que perderam suas vidas sem nenhuma necessidade. É a essas mulheres que hoje fazemos essa homenagem, o nosso lamento é de “Por que não salvamos mais vidas?” É isso que queremos fazer aqui.

Obrigada, gente. (Palmas.)

(Não foi revisto pela oradora.)

A Sr^a PRESIDENTA (Fabíola Mansur):- Concedo a palavra ao deputado Alex da Piatã que é, também, proponente desta sessão especial, audiência pública e ciclo de debates.(Palmas.)

O Sr. ALEX DA PIATÃ:- Meu bom-dia a todos.

Quero, em primeiro lugar, agradecer a Deus por esta oportunidade em estarmos aqui nesta manhã de segunda-feira. Bem, em segundo lugar, desde já, quero saudar a

presidente da Mesa, a deputada Fabíola Mansur e, ao mesmo tempo, quero parabenizar todas as deputadas mulheres aqui presentes como as deputadas Ivana, Maria del Carmen e Neusa. Porém, há outras deputadas, que não estão aqui presentes, mas fazem parte da Comissão Direitos da Mulher.

Quero aproveitar, também, esta oportunidade e parabenizar todos os médicos, porque, ontem, 18 de outubro, foi comemorado o Dia dos Médicos, o seu dia, uma profissão importante. Então, Dr^a Fabíola, em seu nome, parabenizo todos os médicos.

Quero saudar, também, o público do Canal Assembleia que nos assiste. Quero saudar o nosso colega e deputado Rosemberg, pois ele, sempre, foi o proponente desta sessão especial em anos anteriores e, neste ano, ele abriu espaço para os estreantes poderem contribuir também. Saúdo, também, a deputada Maria del Carmen.

Quero cumprimentar a diretora da Atenção Especializada, a Sr^a Alcina Romero, representante do secretário da Saúde da Bahia, Dr. Fábio Vilas-Boas; o diretor do Hospital Naval e o Capitão de Mar e Guerra, Dr. Nardin Lima, representante do comandante do 2º Distrito Naval, o vice-almirante Viveiros; o Sr. Roberto Queiroz Gurgel, cirurgião oncológico, o Sr. Thiago Turbay, assessor de Relações Governamentais da Femama; a Sr^a Capitã Denise Santiago, representante do Comandante Geral da Polícia Militar, Cel. Anselmo Brandão e o Sr. Átila Dias, defensor público federal.

E, assim, cumprimento toda a plateia em nome de Kátia da Naspec e, desde já, parabenizar a Naspec. Eu tive o prazer de ir visitá-los. Fiquei muito feliz e muito honrado em saber que, em nosso Estado, há uma instituição tão preocupada com o problema do câncer, aliás não só o câncer de mama, mas todos os tipos de cânceres. Então, a gente fica muito feliz pela forma humana como vocês têm tratado os pacientes com câncer. Fiquei muito feliz com a visita que fiz. Podem ter certeza de que vamos voltar outras vezes.

Aproveito e cumprimento, também, todos os prefeitos da Bahia em nome do prefeito Lemos de Cravolândia. É um prazer recebê-lo aqui nesta Casa.

Enquanto a deputada Fabíola falava, fiquei pensando. Eu sei da importância que tem o Outubro Rosa, pois este é um mês importante para as discussões. Tenho certeza de que, ao longo dos anos, esta discussão, dentro do Outubro Rosa, trouxe muitos benefícios e trouxe muitas ações posteriores.

Srs. Deputados e Sr^{as} Deputadas, preocupa-me muito ainda o fato de que a gente sabe que não só nesta Casa mas em todas as datas comemorativas fala-se sobre os problemas de câncer. São muitas as audiências. São muitas as discussões. Às vezes, posso estar um pouco errado. Mas, observem, depois dos eventos, nos dá uma sensação de que pouco foi para a prática, pouco foi concretizado, pouco conseguimos colocar em prática depois do Outubro Rosa. Bem, digo isso para todas as datas comemorativas.

Longe, aqui, de dizer que os eventos não são importantes, pois eles são, extremamente, importantes!

Mas acho que já podemos começar a pensar melhor que, nessas datas, mais do que as discussões, nós possamos trazer encaminhamentos concretos que, de fato, depois, possamos visualizar o que, na prática, está acontecendo algo fruto daquelas audiências e fruto daquelas discussões.

Bem, em especial, vou falar muito pela Comissão de Saúde e Saneamento da qual faço parte, porque sou membro titular. Sei da importância que esta Casa tem na Comissão de Saúde para dar esta contribuição, na prática, em relação ao combate ao câncer de mama.

Do pouco que tenho lido e participado de todas essas discussões, vemos 3 estágios importantes, quais sejam, primeiro, a prevenção; segundo, o diagnóstico; e, terceiro, o tratamento. Estas são as 3 fases importantes que temos de tratar.

Fui secretário da Saúde do município de Conceição do Coité. Senti este problema na pele. E, aí, desde já, acho que temos de fazer o encaminhamento, porque é, lá, nos municípios, é, lá, na base, que temos de levar a nossa atuação. São os municípios quem tem o primeiro contato com o paciente doente; são eles quem faz o contato direto.

É importante a nossa discussão e a nossa briga aqui em cima. O exemplo disso é a Comissão de Saúde, porque tem um papel fundamental junto ao governo do Estado e junto ao governo federal com os nossos pares, quais sejam, os deputados federais e os senadores.

Mas se não levarmos todas essas ações lá para baixo, ou seja, para os secretários da Saúde dos municípios do interior, aí incluídos os agentes comunitários de saúde e as unidades de saúde, esta prevenção não acontecerá e o diagnóstico, também, continuará sendo tardio.

Então, desde já, quero deixar a sugestão de que a nossa Comissão de Saúde, Dr^a Fabíola, possa trazer, aqui para esta Casa, os secretários municipais da Saúde do interior deste Estado. Aí, convido a Femama (Federação Brasileira de Instituições Filantrópicas de Apoio à Saúde da Mama) e o Naspec (Núcleo Assistencial para Pessoas com Câncer) para trazerem um projeto concreto de trabalho para oferecer a eles, ou seja, aos secretários da Saúde dos municípios, a fim de que eles saiam daqui dispostos a colocar em prática lá. Acho este um encaminhamento extremamente importante.

Já conversei sobre isso quando estive no Naspec. Vi que vocês oferecem uma capacitação gratuita e, quase sempre, a grande maioria dos municípios não sabe que isso está sendo oferecido. Então, este é um encaminhamento. No mais, o que muitos sabem, é porque não têm a vontade. Por conseguinte, precisamos provocar isso.

Então o papel nosso aqui é fazer esta provocação. Comprometo-me, através da Comissão de Saúde e Saneamento, puxar este debate e levar para a prática, a fim de trazer ou, até, irmos com a Comissão junto com vocês aos municípios para que isso aconteça onde deve acontecer. Vejam, a discussão é importante aqui. Mas se não tiver a prática – e é lá que eles têm o maior contato e o contato inicial com esses pacientes –, nós não vamos avançar.

No que diz respeito ao tratamento, eu acho que esta Casa, também, pode, além de propor e indicar, legislar no sentido de fazer com que as filas diminuam o mínimo possível para que esses tratamentos ocorram de forma mais rápida e tragam a cura ou, até, uma sobrevida muito maior para os pacientes.

Quero aqui, inclusive, desde já, deixar registrado que temos um projeto de lei que trata sobre o tema. Foi um dos primeiros projetos de lei que apresentamos nesta Casa e o denominamos com o título de Fila Zero, onde alguns tratamentos, a exemplo de radioterapia e quimioterapia, possam ser atendidos, no máximo, em 72 horas depois do pedido feito pelo médico.

E isso já tem sido motivo de judicialização inclusive.

No Estado de Alagoas, isso já virou lei, porque qualquer paciente que for para a Justiça consegue o tratamento.

Vejam, o Congresso decidiu que se deve esperar até 60 dias para se fazer o exame.

A própria Secretaria da Saúde do Estado tem travado esta luta em relação à judicialização da saúde. E se assim já existe e sabendo da importância que é esperar 60 a 90 dias, nós devemos trazer, como prioridade, a norma para esses tratamentos possam ser feitos em, no máximo, 72 horas depois do pedido feito pelo médico. Assim, eu tenho certeza de que vamos salvar muitas vidas e vamos diminuir o número de mortes por câncer de mama.

Eu quero, aqui, deixar registrado e apelar para os nossos pares com o intuito de que a gente possa trazer este projeto de lei para o plenário a fim de ser aprovado para que o Estado coloque esses casos como prioridades. Sabemos que o Estado tem feito o máximo e tem buscado fazer o possível, principalmente na questão da prevenção, na questão do diagnóstico, como a deputada Fabíola colocou aqui, com os mutirões de mamografia e outras coisas. Isso tem ajudado muito.

Mas, temos de ousar e dar passos mais à frente.

Acho que este projeto de lei Fila Zero é de extrema importância.

Então, senhores, tenho uma esperança muito grande de que essas discussões e essas audiências possam, cada vez mais, acontecer e, por outro lado, possam, realmente, daqui, saírem encaminhamentos que, na prática, possamos dar respostas à sociedade de que as soluções estão acontecendo. Tenho certeza de que esta aproximação terá resultados benéficos.

Vamos, na Comissão de Saúde e Saneamento, nos sentar para debater o assunto e, para isso, deveremos convidar o Naspec, a Femama, enfim, todos para a gente ver qual é o problema e onde está o entrave com o intuito de que possamos chegar à base nas unidades de saúde junto aos secretários municipais da saúde para darmos uma resposta melhor à sociedade.

No mais, agradeço a todos vocês pela presença. Agradeço ao público que nos assiste. Agradeço a toda a Mesa. Agradeço a esta Casa por promover este debate e esta audiência pública.

Deus abençoe a todos vocês e Deus abençoe a todos os que estão na luta pela prevenção do câncer de mama.

Um abraço. (Palmas.)

(Não foi revisto pelo orador.)

A Sr^a PRESIDENTA (Fabíola Mansur):- Obrigada, deputado Alex da Piatã, pois V.Ex^a, certamente, é um grande e qualificado deputado nesta Casa assim como todos os outros que estão aqui. E, juntos à Femama, à Naspec, às secretarias municipais, vamos encontrar as soluções para mudar esta realidade.

Quero registrar a presença de Luciana Cruz, pois ela traz a este ato o abraço da senadora Lídice da Mata que não pôde se fazer presente.

Daremos a palavra à representante do secretário da Saúde do Estado da Bahia, Dr^a Alcina. Porém, como este evento é importante e se trata de ciclos de debates e a gestão é parte fundamental nisso, ouviremos, primeiro, as 3 primeiras falas, a fim de que a sua fala, Dr^a Alcina, possa abordar um pouco daquilo que vai ser colocado aqui.

Então, dando continuidade ao ciclo de palestras, gostaria de convidar, para um depoimento, a Sr^a Suzaldete dos Santos, uma paciente com câncer de mama metastático, para falar sobre a realidade do acesso ao tratamento de câncer de mama avançado no SUS. (Palmas.)

A Sr^a SUZALDETE ALVES SANTOS:- Bom-dia a todos e a todas.

Saúdo os Srs. Parlamentares, palestrantes e demais pessoas presentes a este evento.

Eu me chamo Suzaldete Alves Santos. Sou portadora de câncer de mama. Tive um câncer avançado e houve a retirada de um seio que eu não o coloquei. Estou sem o seio. Eu tô me tratando deste problema. Por sinal, eu estou pela Defensoria da União. Eu perdi o meu plano, procurei várias defensorias e fui parar nessa através da qual estou me tratando.

Realmente, é um sofrimento muito grande. A nossa autoestima fica baixa, com complexos, sentimo-nos muito mal e é muito sofrimento até chegarmos ao devido tratamento, ao devido local que nos aceite para continuarmos a ter sobrevida como a que estou tendo. Estou fazendo 4 anos e 2 meses de operada. Antes da operação, fiz 8 meses de quimioterapia porque o câncer estava um pouco avançado até diminuir o seio, amolecê-lo mais, para poder fazer a operação.

Estou muito triste também porque na minha família morreram várias primas, várias mulheres porque não tiveram a mesma condição que eu tive de correr atrás quando perdi o meu plano de saúde. Faltava um mês para acabar, o juiz me tirou do plano de saúde. Eu pensava que iria continuar pagando uma taxa e ficar com ele, uma vez que estava aposentada há 16 dias, mas terminei dando um pouco de vacilo, porque era só 2 anos, ele disse que com 3 anos eu estaria eliminada, e eu não prestei atenção a esse detalhe e terminei perdendo o plano de saúde. Então procurei, sai de defensoria em defensoria até que encontrei uma que me acolheu.

E, realmente, nem todas as mulheres tiveram a sorte de encontrar algum lugar assim como encontrei. Estou me tratando no Santa Isabel, o meu remédio não tem faltado. Estou fazendo tratamento com Herceptin, o Trastuzumabe, que é o mesmo, de 21 em 21 dias. Agora, há só um probleminha que deveria ter um pouco mais de atenção que são as tomografias, os exames, porque esses demoram um pouco quando são pedidos. Agendamos no local em que estamos nos tratando e, na realidade, demora. Faço as tomografias para estar sempre olhando como está sucedendo o meu câncer, se passou para outro lugar. Por sinal, eu tive uma recaída, um nódulo, logo no começo. A imunidade baixou, eu tomei um Xeloda porque demorou um pouco da vacina a chegar, uns 4 ou 5 meses, até me prejudiquei porque os meus dedos dos pés ficaram dormentes, atacou a minha circulação e, de vez em quando, esquenta demais por causa dessa demora da vacina. Mas chegou e estou tendo esse tratamento de 21 em 21 dias.

Mas as tomografias demoram. Já levei 4 meses, quase 5, para fazer uma tomografia. Então é preciso dar mais atenção a esse problema das tomografias para as pessoas que estão com câncer. É um alerta para diminuir o tempo. Agora mesmo estou com duas, já fez 2 meses, e eu não consegui ainda porque elas são caras e eu não ganho o suficiente para fazer uma tomografia. Os exames mais simples eu agendo e fico olhando.

Então, eu peço encarecidamente que deem mais atenção ao problema das tomografias e mais condições para que as mulheres que estão com câncer tenham acesso a outros lugares para poderem se curar e sobreviver. Não sei até quando, mas estou tentando sobreviver, pedindo a Deus que consiga. Não falto a nenhum dos meus exames, procuro correr atrás. Até agora tenho sido bem atendida pela Defensoria que eu corri atrás, corri atrás de várias e essa aí me atendeu. Estou sendo tratada e minha vacina está vindo de 21 em 21 dias. Tomo para a minha sobrevivência e fico sempre olhando o corpo todo para ver se está passando.

Muito obrigada, agradeço por vocês terem me chamado para dar esse depoimento. Espero que todas as mulheres tenham mais oportunidade e que haja mais locais, para que possam sobreviver a esse problema. Muito obrigada a todos. (Palmas.)

(Não foi revisto pela oradora.)

A Sr^a PRESIDENTA (Fabiola Mansur):- Muito obrigada, Sr^a Suzaldete, certamente é muito importante a senhora ajudar a gente na luta, desejamos tudo de bom. A senhora foi à luta, conseguiu uma defensoria e desejamos que outras possam seguir a sua experiência, mas que, sobretudo, a sua força de vontade continue a nos inspirar.

Continuando, gostaríamos de convidar a deputada Neusa Cadore, que também é proponente desta sessão e membro da Comissão de Direitos da Mulher, para fazer parte desta Mesa.

Agora, gostaríamos de convidar para fazer sua palestra a Dr^a Vanessa Dybal,

oncologista da Clínica Amo, que ministrará a palestra “Quais tratamentos deveriam estar disponíveis no SUS, mas não estão.”

A Sr^a VANESSA DYBAL:- Bom-dia a todos, gostaria de agradecer e cumprimentar os integrantes da Mesa em nome da deputada Dr^a Fabíola Mansur, ao Femama e ao Naspec pelo convite e oportunidade de estar aqui falando para vocês, e a todos os que estão na audiência, meu papel é falar um pouquinho para vocês sobre a realidade do câncer e do papel do médico enquanto atendendo essas pacientes em duas realidades completamente diferentes que vivenciamos, que é o SUS e a clínica privada.

No mundo todo, sabemos que a incidência do câncer é crescente. Isso não só no Brasil, a América Latina está como o 10º continente em incidência de câncer no mundo todo. Essa é uma realidade que vai motivar, cada vez mais, esse tipo de debate, porque essa é uma estimativa crescente, tanto de incidência do câncer quanto de mortalidade do câncer no mundo todo. Se formos ver, isso acontece por conta de vários fatores: envelhecimento da população, aumento da população mundial, aumento de fatores de risco no nosso dia a dia, mas, de fato, acreditamos que a estimativa de incidência de câncer deve duplicar até 2020. E a mortalidade do câncer, até 2030, vai aumentar mais de 85% em países subdesenvolvidos e até 98% em países com taxas de condição social menor, causando um problema de saúde pública. Hoje em dia, no Brasil, o câncer é a segunda causa de morte, só fica atrás de mortes violentas, já ultrapassou doenças cardiovasculares, como já era esperado há alguns anos.

No mundo todo, o câncer de mama é o segundo câncer mais diagnosticado. Isso não é só no Brasil. O primeiro é o câncer de pulmão, depois vem o de mama. Essa é uma estimativa de 2008, mas se mantém mundialmente até hoje. E daí a importância do tema, e por isso que o Outubro Rosa é mundial, não só no Brasil e na América Latina.

No mundo todo as incidências de mortalidade de câncer têm diminuído. Apesar desse aumento na detecção, na incidência e no aparecimento dos tumores, por aqueles vários fatores que já falamos, a mortalidade da maioria dos cânceres vem decaindo por conta dos melhores tratamentos disponibilizados e dos diagnósticos mais precoces. Isso é no mundo todo, aqui representando como na Europa e nos Estados Unidos.

(Apresentação em vídeo.)

Mas e o Brasil? Como é que nós estamos? Aqui eu vou focar em câncer de mama, que é o motivo da palestra. A estimativa do Inca - como todos já sabem, tem sido bastante divulgado - para este ano é de mais de 57 mil casos novos de câncer de mama. Mas isso, sem dúvida nenhuma, é subestimado, tá certo? Ali no canto, a esquerda superior, vemos o mapa de densidade populacional do Brasil. As áreas mais densas vão corresponder - ou deveriam corresponder - ao mapa verde no qual vemos quais são as incidências dos diagnósticos de câncer de mama em todo o País, mas elas não correspondem. E é para isso que precisamos ficar atentos.

O Sul e Sudeste do País são as regiões onde há maior incidência de câncer de mama, enquanto no Nordeste, Norte e Centro-Oeste ela é menor, apesar de termos áreas tão populosas quanto as do Sul e Sudeste. Isso se dá não por falta de pacientes tendo câncer, mas sim por falta de diagnóstico.

E ao contrário, na contramão do restante do mundo, a nossa mortalidade por câncer tem aumentado. Tanto no de mulheres quanto em câncer em homens.

Aqui vocês veem o gráfico de mortalidade de cânceres em mulheres. E aí tudo subindo, todas as linhas, independentemente de qual seja o câncer. A grande vedete disso infelizmente é o câncer de mama, o mais prevalente nas mulheres e o que mais mata. Ali na linha roxa vocês veem que ele está em curva ascendente. Ela se mantém. Este gráfico são os dados que nós temos do Inca, mas isso se mantém em crescimento ainda.

E por que acontece isso? São vários os fatores. Um deles é a acessibilidade ao Sistema Único de Saúde. Esses são dados do Inca. Só temos dados disponíveis na Internet até 2005. Este mapa mostra: o que está em verde-claro até o azul são as áreas onde se tem maior acessibilidade dos pacientes ao SUS. O que está em laranja e vermelho são aquelas onde se tem menor acesso. Aí, vemos mais uma vez que as regiões Sudeste e Sul do País têm uma acessibilidade ao SUS importante, boa, enquanto mesmo nas áreas litorâneas, onde temos uma maior densidade populacional, a acessibilidade é muito baixa.

Isso sem dúvida leva a um retardo no diagnóstico e no tratamento, o que contribui para uma maior mortalidade pela doença. De novo aqui os centros de maior complexidade. A distribuição no País dos centros de médio e maior complexidades, onde se fazem os exames de biópsia, os tratamentos quimioterápicos, as cirurgias de grande porte.

De novo deveriam estar aí em azulzinho os centros de grande complexidade. A gente nota que novamente tem um déficit nas regiões mais populosas, que seriam as litorâneas. A gente não tem, também com maior prevalência de centros de alta complexidade nas regiões Sul e Sudeste do País.

Aqui os centros de quimioterapia, que fornecem o tratamento quimioterápico. De 2005 para cá mudou um pouco, mas garanto a vocês que não é muito diferente. Vemos em azul os centros de fornecimento de quimioterapia com maior concentração no Sul e Sudeste do Brasil. E também alguns centros na região litorânea, mas numa quantidade pequena, levando a fluxos migratórios dos pacientes para essas regiões. Essas linhas mostram tais fluxos de migração para que os doentes possam procurar atendimento.

E vocês veem que acontece isto, um fluxo grande de pacientes não só do Norte e Nordeste para a região litorânea, onde têm mais centros de complexidade, mas também para o Sul e Sudeste do País, onde tem um maior número de serviços disponíveis.

Tentando ver que impacto isso teria não só na acessibilidade, mas também -, conhecendo os nossos pacientes - em como eles chegam ao tratamento, o estágio no

qual estão e que tipo de tratamento recebem de fato, tanto no serviço público quanto no privado, para compararmos se todos esses fatores têm algum impacto na sobrevivência delas, foi desenhado este estudo AMAZONA.

O projeto AMAZONA foi um estudo retrospectivo para analisar dados de prontuários, projetado por um Grupo Brasileiro de Estudos em Câncer de Mama, nomeado Gbecam, que incluiu vários centros no País, tanto públicos como privados. Vinte e oito no total. Foram avaliadas pacientes dos anos de 2001 e 2006. Todas as que foram atendidas durante esse período. São quase cinco mil mulheres estudadas, sendo que mais ou menos 45% em 2001 e a outra metade em 2006.

O que vimos é que se tinha no estudo todo em torno de 1.060 pacientes de centros públicos, 3.100 de centros filantrópicos e 747 de privados. Então, lhes mostrarei os resultados da população. Grande parte dela é de assistência pelo SUS ou por centros filantrópicos, e a minoria é pelos centros privados. Observamos que a grande maioria das pacientes já se encontrava num estágio mais avançado da doença no momento do diagnóstico. A maior parte estava nos estágios dois ou três.

Aqui podemos ver a diferença do estágio quando comparamos os setores público, privado e filantrópico. Percebemos que em todos eles a maioria das pacientes está no estágio dois. São as que têm uma doença um pouco mais avançada na mama e podem então ter algum comprometimento ganglionar. A paciente no estágio três, a que está mais prevalente no setor público, é aquela que tem tumores grandes na mama, muitas vezes já com comprometimento de gânglios pela doença.

Felizmente, ao contrário do que imaginávamos, a minoria das pacientes, em qualquer setor que seja, foi diagnosticada já metastática. Mas percebemos uma nítida diferença na barrinha vermelha entre os setores público e filantrópico, que é a da paciente mais localmente avançada, com maior risco de metástase e recidiva da doença, em comparação ao setor privado.

Por ter maior quantidade de pacientes com doença localmente mais avançada e provavelmente inoperáveis, esses setores tiveram maior tratamento neo adjuvante. Neo adjuvante é aquela quimioterapia feita antes da cirurgia para que a doença reduza, como foi o caso da paciente que o exemplificou aqui. Nos setores público e filantrópico, por conta do diagnóstico mais tardio, se fez mais quimioterapia antes da cirurgia.

Quando vemos os esquemas de drogas oferecidos a essas pacientes, percebemos que elas são presentes. Mas as mais eficazes, os taxanos, são mais presentes no setor privado, como já era esperado. E os esquemas menos eficazes são os CMF's, aí apresentados como a barra mais escura, mais presentes no setor público por serem mais baratos.

Até 2006 tivemos a análise desses estudos de 2001/2006, mas não tínhamos disponível no SUS o trastuzumabe, que é o bloqueador do HER2, para as pacientes de tratamento adjuvante, doença localizada. Então, isso mostrava nitidamente a diferença. Essa é uma droga fundamental no tratamento das pacientes que têm esse marcador na doença. No setor público isso estava presente só em 5%, devido à

judicialização. No filantrópico, também em pequena quantidade. E no privado, em mais da metade das pacientes.

Conseguimos ver o impacto em relação à Sobrevida Livre de Progressão desses fatores, quando comparamos as pacientes dos serviços público e privado. Isto é uma tristeza eu mostrar. Foi publicado internacionalmente. Portanto, essa é a imagem que o Brasil tem aí fora. Se vocês veem, as linhas verde e amarela são as pacientes que estão no setor filantrópico ou privado. Elas têm uma Sobrevida Livre de Progressão, quer dizer, o tempo que demora para a doença recidivar é maior do que o daquelas pacientes do setor público, que está aqui em azul-escuro.

Isso foi impactante, principalmente nas pacientes com doenças localmente avançadas, que são as de maior risco. As no estágio um ou dois da doença não tiveram diferença no tratamento do serviço público ou privado. Mas no estágio três vemos qual foi o componente mais afetado e prejudicado por essa discrepância: as pacientes localmente avançadas. Isso igualmente em relação à Sobrevida Global. Então, elas não só demoraram menos tempo para a doença voltar do que a mesma paciente com a mesma doença no serviço privado como também viveram menos. Essa aqui de novo nas pacientes localmente avançadas: o estágio 3 é onde a curva faz diferença.

(Apresentação de slides.)

Com a Portaria 73, que entrou em vigor em 2013, já tivemos um alento em relação a essa realidade, porque o trastuzumabe, a vacina que a paciente aqui comentou, foi aprovada para uso em terapia de pacientes com doença localmente avançada no SUS, quer seja em tratamento antes da quimioterapia, quer seja após ela. Isso esperamos que minimize. Não minimizará o maior risco dessas pacientes que chegam com a doença mais avançada, mas esperamos que ofereça uma melhor igualdade de tratamento entre essas duas subpopulações, desde que elas consigam chegar aos seus tratamentos e tenham acesso à rede pública para fazê-lo.

Porém, nas pacientes com doença metastática, tal tratamento não foi aprovado. Só temos a medicação que é fundamental nas pacientes com doença localizada. Naquelas com doenças metastáticas ou avançadas, assim como a nossa paciente depôs aqui, só através de judicialização, o que é também um pesar grande para nós. Por isso, a carinha de triste ali. (Apresentação de slides.)

Nas pacientes que fazem quimioterapia isolada para a doença metastática, a sobrevida mediana é em torno de 20 meses, um ano e meio. Só. Enquanto naquelas que recebem a vacina, esse tempo já aumenta para 37 meses. No mundo todo e no setor privado já fazemos um bloqueio duplo dessa via com o trastuzumabe e uma outra vacina, e a sobrevida dessas pacientes ultrapassa cinco anos. Então, uma paciente metastática hoje, no SUS, vive um ano e meio, enquanto a do setor privado vive mais de cinco anos, apenas pela falta de acesso daquela à droga.

Para as pacientes que têm receptor hormonal positivo e não dependem dessa vacina, temos progressos grandes que mostram esse aumento de Sobrevida Livre de Progressão. Mas essas drogas também não estão disponíveis no SUS. Vemos o

impacto que causaria se tivéssemos. Temos aqui os meses potenciais de controle da doença, com tempo perdido nessas pacientes. São mais de 57 mil meses, se as tratássemos, em relação às que recebem o tratamento.

E aí é um conflito porque, como médicos, como enfrentamos essa realidade? Se 73% da nossa população é tratada pelo SUS, apenas 26% tem... Como é que o médico aborda essas diferentes realidades? Atendi na semana passada uma paciente que fez uma mamografia no Outubro Rosa do ano passado. Mas até agora, mais de um ano depois, não conseguiu biopsiar o nódulo que foi achado. De fato, não basta só fazer a campanha. Temos de ter a acessibilidade para continuar a investigação e tratar essas pacientes. Como fazer isso é um desafio para a sociedade, os órgãos públicos, as fontes pagadoras. E é um desafio não só no setor público, mas no privado também, porque as medicações têm sido cada vez mais caras. Essa conta, alguém vai ter de pagar.

Uma das opções que podemos tentar para minimizar esse problema, e ele não ser um peso só para o Estado, é a pesquisa clínica. Aqui é um exemplo de estudos clínicos que são conduzidos no mundo inteiro. Vemos que a maioria dos estudos está na América do Norte, que é onde se faz a ciência e se descobre os tratamentos por conta desses estudos clínicos. A América Latina tem em torno de 1.000 estudos em andamento. O Brasil tem em torno de 711 estudos em andamento por ano, mas a nossa grande barreira é o tempo regulatório para que esses estudos cheguem. Até que esses estudos sejam aprovados no Brasil, o que demora cerca de 1 ano ou 1 ano e meio... A grande maioria dos outros centros do mundo que fazem o mesmo estudo aprova em 2 ou 3 meses. Quando o estudo é aberto, finalmente, no Brasil, ele se completa e não conseguimos oferecer essas drogas de ponta para as nossas pacientes.

Se tivéssemos uma maior capacitação dos centros do SUS, dos centros de grande complexidade em pesquisa clínica e um menor tempo regulatório essa conta poderia ser menor para o governo e para a indústria, porque poderíamos ter aí a participação das pacientes e a acessibilidade a drogas de ponta e a tratamentos como em qualquer parte do mundo.

Temos o exemplo de um estudo que foi pontual. Esse foi um estudo bastante importante no desenvolvimento do câncer de mama do qual o Brasil participou. Olha aí a diferença de prazo regulatório entre o restante dos países e o Brasil. Enquanto o restante dos países tiveram menos de 100 e no máximo 150 dias para a aprovação, o Brasil teve mais de 250 dias para que pudéssemos ter o estudo aprovado. Com isso os pacientes entraram nos outros países, e, quando o Brasil abriu, havia apenas uma ou duas vagas para os pacientes.

Com isso o meu tempo já esgotou. Gostaria de agradecer novamente a oportunidade de participar com vocês. (Palmas.)

A Sr^a PRESIDENTE (Fabiola Mansur):- Obrigada, Dr^a Vanessa. Nós gostaríamos até de pedir que a senhora pudesse deixar esses diapositivos e que pudesse fazer parte dessa comissão, dessa força conjunta, deputado Alex, deputada Neusa Cadore, deputado Rosemberg Pinto, para que possamos construir juntos a

mudança de algumas realidades que foram apresentadas pela senhora.

(Não foi revisto pela oradora.)

A Srª PRESIDENTE (Fabíola Mansur):- Gostaria de convidar para fazer uso da palavra o Dr. Roberto Queiroz Gurgel, cirurgião oncológico da Clínica Onco Hematos de Sergipe, para falar sobre o desafio para a incorporação de novas tecnologias pelo SUS. Bem-vindo a nossa terra, companheiro Roberto. (Palmas.)

O Sr. ROBERTO QUEIROZ GURGEL:- Bom dia a todos. Como vi a marcação do tempo, não cumprimentarei toda a Mesa. Saudando a deputada Fabíola Mansur, cumprimento toda a Mesa. Quero dizer da grande satisfação e agradecer à Femama e à Naspec por estar, aqui, na Bahia.

Quero dizer que essa foi uma semana histórica para mim. Participei do Congresso Brasileiro de Cirurgia Oncológica, aqui, na Bahia, que contou com a participação de mais de 1.000 cirurgiões oncológicos no Brasil inteiro. Essa foi a primeira vez que o Congresso foi feito fora do eixo Rio-São Paulo, e foi um sucesso não só no que se refere à capacidade política como também ao conhecimento. Então, a Bahia está de parabéns por ter organizado um tão grande congresso.

Digo, em segundo lugar, que é histórico, porque estamos na Assembleia Legislativa, uma Casa com uma capacidade de mudança tremenda. Isso é histórico! Não podemos perder essa oportunidade de trazer coisas propositivas.

É histórico, em terceiro lugar – agora falo de Roberto, do meu lado pessoal –, porque eu adoro poesia e fui jantar na casa de Vinicius de Moraes, que, hoje, é um restaurante. Lá tirei fotos com o violão dele e com a sua máquina de fazer poesia. Não podemos chamá-la de máquina de escrever, mas, sim, de máquina de fazer poesia. Isso é uma coisa linda e me trouxe coisas muito boas.

Eu gosto sempre de abrir minhas palestras sobre câncer dizendo alguma coisa positiva. Como gosto muito de poesia, fui buscar um poeta baiano chamado Antônio Brasileiro. Ele disse assim: “O homem é a sua ação sobre o destino.” Então, aqui, todos nós fazemos ações sobre o destino que nos é imposto. Essa é a essência do Outubro Rosa, a capacidade de termos um destino a nossa frente, de reagirmos a isso aí e fazermos com que isso seja um movimento transformador.

Para a minha palestra, hoje, sobre incorporação de tecnologias, coloquei nos slides o que aconteceu em Sergipe, em junho, e trago para vocês como uma propositura de mudanças.

Vou falar sobre incorporação de tecnologias em saúde.

Para vocês terem uma ideia do que isso representa, temos que dar definições, porque alguns são leigos no assunto.

Tecnologias em saúde são medicamentos, equipamentos e procedimentos técnicos, sistema organizacionais, informais, educacionais e de suporte, programas e protocolos assistenciais, por meio dos quais a atenção e os cuidados com a saúde são prestados à população. Isso é o que significa tecnologias em saúde.

A construção de uma rede de acessibilidade é uma tecnologia em saúde. Não significa que seja só aparelho. Esse é um conceito extremamente importante que vocês devem ter na cabeça.

Quem regulamenta no SUS essa incorporação de tecnologias é o Conitec, órgão colegiado do Ministério da Saúde que tem como objetivo assessorar o Ministério nas atribuições relativas à incorporação de tecnologias, bem como a sua inclusão ou alteração no âmbito do SUS, como também na constituição ou alteração de protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas. Olhem a importância desse órgão! Praticamente estão em suas mãos as mudanças, como a colega falou antes, para que as incorporações de tecnologias não cheguem tão defasadas no momento do tratamento. Ao mesmo tempo, tem de haver tecnologia em nível nacional que garanta acessibilidade ao tratamento mais rápido, uma vez que já se dispõe da tecnologia.

Há um conceito sobre avaliação de tecnologias em saúde. Durante o tempo em que fui presidente da Comissão de Tecnologia em Saúde da Associação Médica Brasileira, estudei isso a fundo para saber discutir com essas pessoas o que era tecnologia e como eles faziam essa avaliação de custo-benefício e efetividade. Discutir para saber como colocar essas medicações ou esses tratamentos mais novos, como incorporação de tecnologia na área do SUS.

A avaliação de tecnologia em saúde é uma síntese do conhecimento sobre as implicações das incorporações de tecnologias em saúde, tanto clínicas como sociais, éticas e econômicas, dando subsídios técnicos para tomada de decisões nas incorporações de tecnologias em saúde.

Então, realizar uma boa avaliação faz com que se referende a incorporação dessa tecnologia. Mas ela é feita tanto no nível clínico como no nível social, ético e econômico. O que não pode é um suplantar o outro. Aí está o grande viés! Por exemplo: econômica suplantar a clínica, ou é evidência ou não é! Há o contrário também, um apelo mercadológico de um determinado laboratório que não tem uma força clínica importante, mas tem econômica, não pode suplantar para ser incorporado porque é de um laboratório forte. Então, a avaliação extremamente técnica é fundamental para que a gente chegue a um acordo sobre o que vamos incorporar ou não de tecnologia.

O que o processo de incorporação de tecnologia tem de problemático no SUS? É lógico que tem uma pressão com a incorporação de tecnologia. Essa pressão pode ser social, dos grandes grupos farmacológicos, que querem colocar os seus produtos novos e muitas vezes ainda não têm comprovação de estudo de fase para que seja incorporado. E a gente tem de colocar limite, também, nesse tipo de atuação.

Então, essa pressão existe de todos os lados, seja da indústria farmacêutica, do atravessador que quer vender, de médicos, da sociedade, do próprio governo que faz pressão do ponto de vista econômico. Então, esse é uma grande processo e esse um jogo difícil de ser jogado.

Outra coisa é o alto custo das incorporações de tecnologias. As vezes, não. Por exemplo, vamos ver o caso dos mamógrafos. Tenho certeza de que no Brasil há

muitos mamógrafos subutilizados, muitas tomografias computadorizadas subutilizadas, e nós temos uma dificuldade enorme de conseguir uma mamografia e uma tomografia computadorizada.

Então, às vezes, não custa tão caro assim. O que se precisa é ter uma ação sobre isso e fazer com que isso seja feito no território nacional. Outras coisas são os recursos limitados, e a gente está vendo agora uma situação de recursos limitados na área de saúde por conta da crise que a gente está vivendo, essas coisas todas. No entanto, nós temos, há três anos, 80 aparelhos de radioterapia comprados e que ainda não foram colocados em funcionamento. Isso não são recursos limitados, isso é vontade limitada.

Então, a gente não pode só falar em recursos, recursos, recursos. Temos muitas coisas disponíveis aí, muitas coisas poderiam ser agilizadas se diminuíssem um pouco a burocracia. Você falou sobre pesquisa clínica. Eu montei um centro de pesquisa clínica em Serrinha, mas desisti. Eu não conseguia aprovar nada. Todos os projetos que vinham do estrangeiro, quando eu ia fazer, já tinha passado a fase de inclusão, de colocar pacientes no estudo, porque eu passava 3 anos para conseguir liberar.

E coisas, assim, absurdas. Por exemplo, o estudo canadense de que eu ia fazer parte, que era um estudo de câncer de colo de útero. No Canadá não tem câncer de colo de útero, como é que eles se metem a fazer um projeto de pesquisa cirúrgica em colo de útero, se eles não conseguem colocar pacientes dentro? Então, o que eles fazem? Fazem multi- institucional em vários países, e vieram aqui no Brasil. Eu, Roberto, faço 4 cirurgias de câncer de colo de útero por semana. Nós somos 6 cirurgiões oncológicos, imaginem o quanto a gente faz por mês. Eu faço 4, eu operando, imaginem minha equipe. Eles estão há 2 anos e só conseguiram colocar 60 no protocolo. A gente conseguiria colocar os 700 de que se precisa em um ano. E a gente era para chefiar esse projeto, mas a gente não consegue.

Judicialização. Acho que se, do ponto de vista daquela pessoa, é fundamental a presença da defesa do Estado, ao mesmo tempo isso é extremamente antidemocrático, porque aquela pessoa tem a capacidade, quer seja econômica, quer seja cultural, de procurar um meio para ela subsistir. É a ação dela sobre o destino. Mas nós não podemos ficar satisfeitos com isso. Existe judicialização por quê? Porque o Estado está sendo incapaz de dar o que ele tem de fazer. Então, fica aquela ideia de que é médico querendo fazer para conseguir não sei o quê com remédio, com radioterapia e o diabo a quatro. Aquela conversa maléfica, mesquinha, de jogar culpa nos outros, quando você tem de olhar para o próprio umbigo.

Então, se por um lado a judicialização é boa, mostra a efetividade do Poder Judiciário e a defesa da sociedade, mas acho que tem que ser mais abrangente. Tem que ser para todo mundo, não só para aquela pessoa que conseguiu isso. Aquela ação poderia se desdobrar para todas as outras pessoas e obrigar o Estado a fazer.

Há riscos e benefícios de incorporações de tecnologias. Às vezes, uma tecnologia, ao mesmo tempo em que salva, também dá alguns efeitos colaterais e só depois de algum tempo a gente vai ver isso. Vou dar um exemplo agora que

discutimos nesse congresso, que diz respeito à mama. Esta havendo também, e estamos revendo, o protocolo de radioterapia pós-cirurgia de mama, a abrangência maior, porque, depois de 15 anos, estão começando a aparecer sarcomas decorrentes da radioterapia. Talvez alguns grupos de mulheres não precisassem fazer esse determinado tratamento e diminuísse um pouco essa incidência que está começando a aparecer agora. Foi nesse congresso agora que apareceu.

Então, a gente vê, se por um lado é bom... Qual é o lado bom? As pessoas estão vivendo 15, 20 anos. Esse tumor aparece 15, 20 anos depois do tratamento, coisa que antes não existia. Isso é ótimo! Isso faz com que a gente reveja posições e em grupos selecionados de mulheres possamos dizer, em quadrantes externos, que talvez não precise fazer radioterapia, preserve essa mulher que vai ter o mesmo impacto de sobrevida nos 20 anos, para uma utilização no futuro. Então, esse é o risco/benefício de incorporações de tecnologias.

Subutilização e sucateamento de tecnologias, eu já falei para vocês: mamógrafo, tomografia computadorizada... Tem coisas aí encaixotadas dentro de almoxarifados de secretarias de saúde e que não botam para funcionar, ou botam em um lugar em que é subutilizado enquanto os tacões, precisando fazer, tem-se que mandar para a rede, marcar para fazer não sei onde, e demora 4 meses para voltar aquela tomografia.

Outra coisa: duplicidade de procedimentos no SUS. Precisava ser revista essa tabela para que falássemos uma linguagem só.

Então, o processo de incorporação de tecnologias do SUS requer um alto grau de ética no lidar. Clóvis de Barros Filho diz o seguinte: “*Dar causa à felicidade de alguém é a maior forma de comportamento ético*”. Então, temos de levar isso aqui quando formos discutir incorporação de tecnologia. Essa tecnologia é boa, ela vai trazer felicidade, ela vai trazer bem-estar, ela vai mudar o paradigma daquelas pessoas? É. Então vamos analisar isso com muito afinco.

O marco legal do processo de incorporação de tecnologia no SUS é a Lei nº 12.401/2011. E a incorporação é baseada em evidências, eficácia e segurança, estudos de avaliação econômica, que é custo e efetividade. Esses dois são os grandes pilares: eficácia e segurança, custo e efetividade. A consulta pública, para todas as avaliações; 180 dias de prazo, prorrogáveis por mais 90 dias. O paciente tem direito a voz, eles podem entrar na consulta pública e botar sua opinião, e é uma construção, compartilhada de conhecimento. Isso é muito bom como está escrito, mas nem sempre funciona assim. Nem sempre são 180 dias, nem sempre são 90 mais dias, nem sempre há uma participação grande das pessoas que realmente têm conhecimento e muita participação das pessoas que têm pouco conhecimento. É aquele jogo de poder para que possa ser aprovada ou não.

Então, há falhas e há acertos, como está aqui seria muito bom. Vamos falar um pouquinho sobre isso.

Nós tivemos, até julho de 2014, consultas públicas nessa área de que estamos falando, 95. Contribuições do público, 5082. Audiências públicas, nenhuma. É na

audiência pública que pode vir experts para formatar opinião e o pensamento lógico.

Tecnologias Incorporadas: 110; e Não Incorporadas: 52.

O próximo, por favor.

(Apresentação do slide.)

O Sr. ROBERTO QUEIROZ GURGEL:- Especificamente no SUS, a doutora já falou muito bem, aqui, foram incorporadas duas, o Nova Lima, para câncer avançado, e o Trastuzumabe, para câncer avançado também, que conseguiu ser aprovado, mas com poucas participações. Mas houve uma pressão muito grande da sociedade.

(Alguém fala fora do microfone.)

O Sr. ROBERTO QUEIROZ GURGEL:- Uma pena! Você viu aqui a mudança de meses, de anos.

Isso aí é importante para nós. Esse processo de incorporação, entidades como a Femama, sei que ela é extremamente atuante na discussão sobre o processo de incorporação. Acho que tem que abrir para outras unidades de debates em Oncologia para que possamos estender a participação de pessoas que têm consciência mais forte sobre isso.

O próximo.

Quais são as dificuldades da Conitec na Oncologia? A Conitec não é só para Oncologia, é para várias coisas. Então, é o dilema da evidência científica versus economia, em que a Conitec, como é um órgão do Ministério da Saúde, é um órgão aparelhado, é ditado pela política do governo, o que não deveria ser. A Conitec, ou qualquer coisa desse tipo de incorporação de tecnologia... Nos países avançados: Inglaterra, Austrália, Bélgica, França e até Estados Unidos, que estão abrindo isso, ele é um órgão de representatividade da sociedade em que o Estado tem uma participação tanto quanto os cidadãos, não está subordinado a ministério algum, a governo algum. Essa que deveria ser a razão. Então, todo o viés da Conitec passa por uma decisão muito mais econômica do que científica.

O controle social precisando de uma qualificação maior para que possa discutir com mais evidência na defesa daquele que acha que é uma incorporação de tecnologia.

A evidência científica e a evidência prática, nem sempre a evidência científica faz com que se transforme na prática essa utilização, porque, às vezes, é tão complexa essa tecnologia que é melhor deixá-la de lado.

Outra coisa importante é a defasagem para o tempo de incorporação. Quanto tempo se leva para discutir isso aqui, para ser aprovado e para que lá no Cacon, no Lacon lá da vida, chegue e comece a acontecer? Imagine isso, o delta tempo.

Subordinado ao Ministério da Saúde e não à Cidadania, e, por fim, a Integralidade das Ações em Oncologia. Fica muito dispersa isso daí, e você vê que não há uma política de rede nacional na incorporação de tecnologia ou mesmo no tratamento em Oncologia.

Você vê a dificuldade de uma pessoa sair de um determinado local para seu tratamento, o sufoco que ela passa ao longo desse tempo.

Rapidamente, fizemos essa palestra na Assembleia Legislativa de Sergipe, e não muda muito o foco daqui e em qualquer lugar que a gente vá no País, é sempre a mesma dificuldade. Os serviços que existem não se conversam, isso é um absurdo. Poderia determinado serviço ser voltado mais para uma determinada patologia, enquanto outro seria voltado para outra, mas todos fazem tudo e ao mesmo tempo.

A APAC não permite incorporação de tecnologia, porque ela é ditada pelo Ministério da Saúde.

Tempos diferentes de protocolos. Uma coisa é estar no papel e outra é acontecer.

Faço sempre a seguinte comparação: cirurgia, radioterapia e quimioterapia. Se você comer um misto quente, imagine que o remédio seja o queijo, a manteiga e o presunto; se faltar um, você não está comendo misto quente e, sim, um sanduíche de presunto ou de queijo. Então, a sua satisfação e o seu bem-estar não é o mesmo. Se você prepara com os três e coloca no forno, mas deixa passar 3 semanas para colocar no forno, o que está ali já não adianta mais.

Então, a radioterapia não vai fazer efeito se você leva não sei quanto tempo para fazer. E se você faz a radioterapia no tempo certo, se você faz a quimioterapia no tempo certo, mas demora a cortar para comer, três semanas depois aquilo já apodreceu. Então, o protocolo tem que ser rígido e feito no tempo certo, não pode ter meio termo. E não podemos perder a nossa capacidade de nos indignar para exigir que seja feito no tempo certo.

Para isso precisamos ter uma APAC estadual, que é fundamental, o diagnóstico precoce e o envolvimento da sociedade organizada.

Isso que falamos, teve um desdobramento em que reunia todo mundo para conversar, a Secretaria da Saúde e os dois Unacons.

E amanhã estaremos lançando em Sergipe um Protocolo Estadual de Oncologia, não só a mama, uma APAC estadual, que vai ser lançada para complementação dessas acessibilidades que tinham dificuldades de ter, a normatização disso e os oncologistas todos para diminuir a judicialização, já que isso tudo foi feito com o aval da Sociedade Sergipana de Cancerologia, com os dois Unacons, e com o SES, procurando evitar ao máximo a prescrição fora daqueles protocolos.

Essa comissão vai ser permanente, porque anualmente vamos rever esses protocolos. E se um colega tiver alguma coisa nova que surgiu, e isso é muito comum em Hematologia, porque é muito sensível, medicações novas que precisam e que têm o impacto imediato sobre a vida de um determinado paciente, essa comissão tem o poder de determinar se vai ser usada ou não.

Então, essa mudança, acho que é histórica para a minha terra, e vejo com muito bons olhos. E a gente, como oncologista, só tem que apoiar e louvar essa iniciativa,

que independe de partido político. Isso foi criado pela gente. É lógico que o secretário tem todo o direito de fazer a zoadá que ele quiser, porque ele também fez, mas foi feito pela sociedade organizada.

Estava conversando com uma senhora que estava dizendo que estava muito cansada de bater na mesma tecla, de lutar... O poeta Saulo Ramos diz: *“É melhor ter rugas no rosto do que tê-las na alma”*.

Então, continue lutando, isso é fundamental, só vamos mudar a sociedade se pessoas de bem se envolverem para transformar.

Quero agradecer a todos pela oportunidade de estar aqui. Estou muito emocionado por estar aqui, na Bahia, falando para vocês.

A Sr^a PRESIDENTA (Fabiola Mansur):- Muito obrigada, Dr. Roberto Gurgel.

Tenho certeza que seu envolvimento em Sergipe, que não é uma realidade muito distante daqui, da Bahia, fará a diferença. E tenho certeza que também aqui poderemos iniciar o começo de um diálogo para a criação de um protocolo estadual e fazer com que a rede seja montada, que os serviços conversem, com o apoio da Femama, e que mudemos a realidade.

(Não foi revisto pelo orador.)

A Sr^a PRESIDENTA (Fabiola Mansur):- Com a palavra a Dr^a Alcina, representando o secretário Fábio Vilas-Boas, da Sesab.

A Sr^a ALCINA ROMERO:- Bom-dia a todos e todas. É sempre um prazer voltar a esta Casa, trago um abraço do Dr. Fábio Vilas Boas, que, conforme foi justificado pela deputada Fabiola, retornou de uma viagem bastante longa e cansativa, aonde ele foi em busca de novos caminhos, financiamentos e parcerias para o nosso sistema estadual de saúde.

Quero saudar a Mesa na pessoa da deputada Fabiola, o deputado Alex e os demais membros profissionais de saúde, a sociedade civil, e o controle social aqui presente, bem como a plateia cor-de-rosa. É muito bom vermos muitos voluntários, temos alguns portadores de câncer, todos muito batalhadores para o avanço e o controle do tratamento dessa doença.

O câncer de mama, hoje, é a maior de causa de morte de câncer na população baiana feminina. É o câncer de maior incidência nas mulheres. Estima-se em torno de 62 casos novos por ano para cada 100 mil habitantes no Estado da Bahia. Ainda é um número bastante alto. É a nossa terceira causa geral de morte no Estado, e, em algumas regiões, a segunda causa de morte. Hoje é uma questão de prioridade trabalharmos para o diagnóstico precoce, o tratamento em tempo hábil, em tempo-resposta o menor possível para que o câncer se torne uma doença crônica. O ideal é que tenhamos a possibilidade de ter o doente do câncer com uma qualidade de vida razoável e com uma extensão da sua expectativa de vida. Para isso, se caminha e, esperamos que num tempo não muito distante possamos atingir isso.

Depois do que foi falado pela Mesa, o ideal é fazermos um debate, mas já estou

encarando isso aqui como um debate, com o que os senhores e as senhoras trouxeram, já podemos, digamos assim, bater uma bola. Em algumas falas hoje aqui, questionou-se muito o acesso ao tratamento e o que vemos, deputada, é que a realidade da Bahia atual é que já se avançou bastante no que diz respeito ao acesso ao diagnóstico, ao rastreamento do câncer de mama. Com certeza, mudamos, sim. Hoje, há uma cobertura bastante significativa de mamografia, tanto na faixa etária alvo, que é a de acima 49 anos, como para a mamografia em qualquer idade. Interiorizamos bastante o acesso à mamografia, tanto na estratégia fixa - hoje nós temos mamógrafos espalhados pela Bahia inteira, temos tantos, como o profissional que me antecedeu, Dr. Roberto, falou, subutilizados, ou seja, não temos uma certa escala para utilização desses mamógrafos, mas temos muitos espalhados pela Bahia inteira, como pela estratégia móvel de diagnóstico de câncer.

Alguém falou sobre as carretas da estratégia móvel, que é uma estratégia que se mostrou bastante eficiente no diagnóstico precoce com a mamografia, porém, enquanto caminhamos no acesso à mamografia, ao diagnóstico, batemo-nos com a questão do acesso ao tratamento.

Então hoje a prioridade do governo do Estado, da Secretaria de Saúde é continuar caminhando no acesso à mamografia, ao diagnóstico precoce, e investir muito no acesso ao tratamento em tempo hábil. De que forma? Dois comandos já temos do nosso secretário: primeiro, a implantação dos chamados serviços de diagnósticos de mama nas policlínicas municipais, nas policlínicas regionais. O que é esse serviço de diagnóstico de mama? É um ponto de atenção novo que está sendo financiado pelo Ministério da Saúde e traz um elenco de procedimentos de diagnóstico com ultrassonografia, punção por agulha, anatomopatológico. Ele está integrado ao elenco ou a Rede de Unidade de Alta Complexidade do Tratamento do Câncer, que nós chamamos de Unacons.

Então, por um lado o objetivo é o de ampliar e implantar serviços de diagnósticos de mama. Qualquer mulher que tiver o resultado de mamografia alterado – através de uma área de abrangência definida – não ficará andando, peregrinando na rede. Ela estará vinculada a cada serviço de mamografia desse diagnóstico. Para a estratégia móvel, haverá o aparelhamento do Cican, que é o nosso centro estadual de referência, para dar conta de toda a investigação diagnóstica e do encaminhamento para o tratamento das mulheres com diagnóstico alterado na estratégia da mamografia móvel.

Esse é um comando novo do Dr. Fábio, do nosso secretário, e estamos enviando todas as atividades necessárias, reuniões necessárias, o levantamento de recursos necessários para isso.

Com relação a essas unidades de alta complexidade, o Estado da Bahia tem avançado, sim, na ampliação dessas unidades. É Difícil, não é fácil interiorizar ações de alta complexidade num estado como a Bahia. A gente tem dificuldade, principalmente, de fixação de profissionais com muita expertise, como a oncologia demanda: físicos, cirurgiões oncológicos, físicos nucleares, técnicos de radioterapia.

Isso não é fácil, mas o desafio está posto. De 2007 para cá, já implantamos uma unidade dessa no município de Juazeiro; outra unidade, no extremo sul do estado, em Teixeira de Freitas. Ampliamos a capacidade instalada de radioterapia do Hospital Dom Pedro de Alcântara, em Feira de Santana. E a capacidade instalada de outros Unacons.

Temos deficit dessas unidades ainda no Estado? Ainda temos. Porém, já temos no nosso PPA a meta de implantar mais quatro Unacons, ao longo desses próximos 4 anos. Instalaremos um na região nordeste, em Alagoinha, onde, inclusive, estivemos, na sexta-feira, visitando um serviço privado para ver a condição de atendimento ao Sistema Único de Saúde. Haverá mais um na região sul; outro, na região sudoeste. Implantaremos, também, um Unacon na região Oeste, o que para nós é o maior desafio, já que essa região representa o nosso grande vazio assistencial. Então, esses são os compromissos do governo do Estado em termos de ampliação de unidades.

Com relação à sobrevida dos pacientes de câncer, o resultado do Projeto Amazonas – que a gente conhece um pouco através do Ministério da Saúde –, Dra. Vanessa, o que a gente tem que dizer é que talvez essa realidade já tenha mudado. Hoje, certamente, os resultados dela já devem ter incorporado alguns desses avanços, tanto em termos da incorporação tecnológica – principalmente do Trastuzumabe, falando em termos de câncer de mama, que foi para nós um marco, acho que para todos que trabalham com isso foi um marco –, quanto esses avanços em termos de estratégias de diagnóstico.

O nosso grande desafio hoje é uma coisa que o Dr. Roberto falou: “Os serviços não se conversam”. E os serviços não só os serviços de alta complexidade conversar com o outro de alta complexidade.

O câncer é uma doença que tem que ser vista em todos os níveis de atenção, desde a atenção primária à saúde, com diagnóstico precoce, em termos de identificação dos principais sintomas e sinais precoces da doença, quanto na rede ambulatorial de diagnóstico até a alta complexidade. Então, a integração desses serviços, formando redes regionais, com vinculação entre um e outro, para nós, hoje, é o nosso maior desafio. A gente amplia, mas a gente precisa garantir a estruturação, a integração entre eles.

E para isso a sociedade civil é muito importante, todos os agentes que compõem a governança de Sistema Único de Saúde, os conselhos municipais, estaduais, as sociedades científicas, as sociedades civis, de organização civil, tudo isso ajuda a impulsionar essa organização e essa ampliação do acesso.

A gente coloca à disposição de todos a estrutura da Secretaria de Saúde para debater melhor, receber as contribuições de como fazer isso, de como ampliar, de como integrar, de como implantar esses serviços de diagnóstico para que esse trabalho seja mais rápido, e que a gente tenha menos ações judiciais, porque a gente concorda muito com o Dr. Roberto quando ele diz que, muitas vezes, a ação judicial para nós não nos parece muito democrática, porque permite o acesso, às vezes, de quem tem mais informação.

E informação também é o que falta, é o que a gente precisa garantir, é preciso garantir informação à população brasileira, à mulher brasileira, porque, muitas vezes, existe a disponibilidade do recurso mas ela não vai por vários motivos: ela não acessa porque é longe, porque ela tem marido para fazer comida, porque ela não quer se expor, porque o marido não deixa, coisas que a gente já consegue, hoje, identificar como um dos nós, também, para a ampliação do acesso.

Então, são todos, juntos, que vamos fazer melhorar e avançar nesse processo todo. E o Outubro Rosa sempre é uma atividade extremamente importante para isso.

Muito obrigada. (Palmas.)

(Não foi revisto pela oradora.)

A Sr^a PRESIDENTE (Fabiola Mansur):- Obrigada, Dr^a Alcina. Certamente, os desafios que precisamos ainda vencer, estão aqui os vários segmentos representados, nesta Mesa e nesta plateia, que são os desafios do diálogo, desafio de vencermos o subfinanciamento, também implementarmos prioridades na gestão, mas o desafio tem que ser vencido encurtando o tempo, porque o câncer de mama e as mulheres que são portadoras, não podem perder tempo.

Eu quero pedir à Dr^a Alcina que pudesse ficar por mais 15 minutos, o Dr. Thiago Turbay, que pediu, gentilmente, Dr. Átila, para inverter, a pedido dele, porque vai viajar, vai pegar um avião nesse momento. E aí, como é importante, porque ele iria, inclusive, ser o moderador do debate, que após a fala do Dr. Átila, da deputada Neusa e do deputado Rosemberg a gente ia abrir para a Sr^a Romilza, do Naspec, que é importante a sua presença aqui. Quero até sugerir que a Sr^a Romilza possa substituir o Dr. Tiago nesse debate.

Mas, então, vamos convidar o Dr. Thiago Turbay, nesse ato representando a Federação Brasileira de Instituições Filantrópicas de Apoio à Saúde da mama - Semama, que é a instituição organizadora desse ciclo de debates.

Aqui toda esta Assembleia Legislativa agradece pela realização do ciclo de debates. O Dr. Thiago vai falar sobre as competências do Estado no acesso ao tratamento de câncer no SUS.

Bem-vindo, Dr. Tiago.

O Sr. THIAGO TURBAY:- Obrigada, deputada Fabiola, em seu nome quero agradecer a todos os componentes da Mesa e em especial às mulheres que estão aqui, as quais representam, como pacientes de câncer de mama, que acho que são as grandes responsáveis por todo esse desenvolvimento e as deliberações que poderão vir.

Eu vou tentar já responder a alguns questionamentos que foram colocados aqui, antes da minha apresentação, porque talvez isso facilite o debate. Deputada Fabiola, o câncer já tem prioridade. Naquela sua fala inicial sobre quem sabe poderíamos criar uma estrutura de regulação onde o câncer fosse prioridade para os acessos aos serviços de saúde. Ele é, na verdade, desde 1999, por meio da lei nº 9.784, que regula

a administração pública. Em 1999 pensávamos que o câncer deveria ser a agenda prioritária do Estado brasileiro. Desde 1999 viemos descumprindo o ordenamento positivado, jurídico. Lembrando que o Estado não pode, não deve agir sem o princípio da legalidade. Todos os atos do Estado são regidos por um princípio normativo que o antecede. Sem isso estaríamos fazendo o que o Estado se propõe, efetivar satisfação coletiva.

Sobre a fala do Dr. Roberto Gurgel, fiquei imensamente feliz, Dr. Roberto, nós conversamos em Aracaju, em junho, e de uma audiência pública como essa, surgiu talvez, uma das deliberações mais importantes da política nacional antológica, de todos os Estados brasileiros. Há iniciativas de (ininteligível) estadual nos Estados de São Paulo, Santa Catarina, Rio Grande do Sul, mas nenhuma se propôs a incluir dentro dos seus procedimentos especiais, os medicamentos para câncer avançado.

Em Aracaju, conversávamos que Sergipe estaria atrasado em algumas políticas públicas, toma à frente, acelera. Eu espero que a Bahia siga o exemplo. Não dói, não é difícil, falta vontade. Há 5 anos eu debato câncer no Brasil. Há 5 anos eu ouço os mesmos argumentos. Falta dinheiro, falta acesso, falta regulação. Avançamos no diagnóstico, avançamos em ponto de acesso.

Há sempre um estrangulamento do sistema público de saúde, via judicialização, via falta de regulação, falta de compromisso com os gestores e há representação de gestores que nem são os culpados. Talvez nem tenham competência técnica para estarem nos cargos que foram definidos. Então, deveria ter o controle social, a sociedade civil organizada e especializada, e acho que depois do corpo médico, deveria vir o paciente e não o gestor.

Eu acho que nenhum sistema de saúde criado como sistema único participativo integral, é tão acéfalo, porque não propõe, apesar de que no seu rito ordinário, no seu rito de criação, a participação da sociedade como organização do sistema... Notem que o sistema foi pensado, centrado no usuário. Eu quero aqui que vocês me respondam. Em quais momentos vocês foram chamados, em atos como esses, para participarem de debates? Em quantos momentos a comissão intergestora bipartite ou tripartite, convidou a sociedade civil para avaliar as políticas que ela estava propondo? Em quase nenhum.

Esse é o oitavo Estado que eu vou. Não há novidade, a não ser Sergipe. Eu espero que o debate se prolongue, não para colocar culpado, chega. Acho que o dedo no rosto de ninguém mais resolve nada na política brasileira. Vamos tentar sentar na mesma mesa, mas com igualdade, com equidade, para que nossos debates tenham o mesmo peso, a mesma formação dos debates dos gestores públicos, os quais não escolhemos.

Escolhemos representações políticas que nos servem. Mas, o gestor tende a não ouvir a sociedade, uma lástima! Eu queria falar, também, Dr. Roberto, ele falou sobre mamografias subutilizadas, não haveria controle de qualidade. Isso foi revelado pelo INCA, numa conversa no âmbito da (ininteligível), quando ele avalia políticas de rastreamento de câncer de mama, e só 2% dos mamógrafos no Brasil são qualificados,

passam pelo checklist, sem o qual ele nem poderia funcionar. A legislação brasileira é muito clara.

Ele tem que passar por esse checklist, para que não seja dado um autonúmero de falso-positivo, para que não coloque e exponha a mulher ao risco à saúde, mas só 2% do nosso país realiza isso. Será mesmo que temos mamografias suficientes em qualquer Estado? Não estou dizendo só no Estado da Bahia, que sem dúvida, há um avanço. Há uma oferta de mais de 600 mil serviços. Isso é louvável. Mas, será que estamos fazendo bem o dever de casa?

Outra questão importantíssima. A Dr^a Alcina falou sobre o sistema de policlínicas. Nossa! É uma das situações mais inovadoras do país. Agora, isso é definido desde 2006. Há uma regulação desde 2006 que prevê que o SUS deve se regionalizar, se hierarquizar por interoperabilidade, ou seja, quer dizer, todo mundo funcionando junto, para que redes regionais onde o especialista está mais próximo da sociedade, onde o gestor que está mais próximo da sociedade, tome decisões sobre as políticas públicas.

E estamos agora, em 2015, fazendo. Antes tarde do que nunca.

Mas notem, mesmo esse sistema de rede regional aplicado aqui no Estado da Bahia não pensa em tratamento de câncer avançado. Ele tem prerrogativa legal para colocar dentro de uma lista excepcional de medicamentos, via fontes alternativas de financiamento, a oferta gratuita, dentro do SUS interior, dentro do SUS regional, de medicamentos para câncer avançado e ele não fez.

O Programa de Medicamentos Excepcionais do Estado da Bahia, chama-se Promex, salvo engano, e não há política oncológica dentro da Promex. Por quê? Será que o câncer é agenda? Agora, fico feliz porque há uma promessa, há um programa, há uma tentativa de instalação de mais 4 Unacons. Isso é ótimo, essa habilitação é feita pelo Ministério da Saúde. Qual a contrapartida do Estado? Será que o Estado vai fazer uma regulação central dessas 4 Unacons com a rede que já possui? É uma provocação positiva. Não é difícil, porque se se faz para uma, faz-se para quatro, faz-se para dez.

E aqui nesta Casa, especialmente a Casa do Povo, uma Casa onde os senhores decidem, a fiscalização e o controle deveriam estar sempre em primeiro plano. Esses debates que fazemos nos estados... Agradeço muito a deputada Fabíola ao deputado Alex pela coragem de pautar essa matéria. Isso aqui é uma tremenda audácia. Não se fazia isso. Ninguém colocava num pleno uma comissão com essa cor e com essa vontade de fazer junto. Isso é extremamente feliz. Fico feliz e espero voltar a Bahia algumas vezes.

Vou passar mais rápido a minha apresentação para dar tempo debatermos alguma coisa. O próximo slide, por favor.

Eu só vou falar alguns temas gerais de regulação e quais os sistemas legais que priorizam o câncer e que formam o estado nacional, o Estado Brasil, não o Estado governo, pensa o câncer. A Bahia, num plano de 2004 divulgado pelo Inca, ocuparia o 5º lugar de maior incidência de câncer de mama. Não é pouco.

E há dentro da palestra da Dr^a Vanessa uma revelação seríssima: esses 3 mil, quase 4 mil, índices de casos de câncer notificados, sequer chegam a metade. E não é Thiago quem está falando, não é a Femama que está falando, é o Tribunal de Contas da União que, em 2013, faz um relatório chamado FiscSaúde e, em 2014, repete, via Senado Federal por indicativa do senador Waldemir Moka e da senadora Ana Amélia, por uma petição escrita pela Femama, dizendo: Queremos saber como é o câncer no Brasil. E temos uma revelação: só conhecemos cerca de 40% do câncer no Brasil, o resto, 60%, é um tremendo escuro. E nós definimos políticas públicas no escuro. Nós definimos o que é custo e efetividade no escuro! Como podemos caracterizar o câncer com maior incidência se nós não conhecemos o câncer? Se eu conheço 40% de mim, eu não conheço quem eu sou. Essa é uma das revelações sérias, uma das críticas sérias a se fazer ao sistema de registro de câncer no Brasil.

Próximo slide, por favor.

Desde 2011, o SUS é pensado de forma descentralizada. Qual era ideia? Vamos colocar quem está perto do povo nas decisões do SUS, vamos deixar o SUS com uma característica mais próximo, com especificidade mais clara. Há Estado em que tem maior incidência de câncer de mama, tem Estado que é de colo, em outros é que pulmão, outros que é cardíaco, há várias circunstâncias e o sistema deveria ser pensado de acordo com a sua especificidade. Para quê? Porque o modelo é sempre centrado no usuário. Ele foi pensado assim, ele foi regido assim e nada do que decidimos fazer com o SUS pode descaracterizar o modelo centrado no usuário, seria ilegal e tudo o que é ilegal, o Dr. da Defensoria Pública vai dizer, deve ser passível de judicialização, de controle e limite por via judicial.

E outra coisa, o sistema não é completo, é autopoético, ele se resolve, ele se conversa, ele se administra. E para isso é possível e é permitido que ele crie novas portas de entrada. Se eu tenho portas de rastreamento insuficientes para o câncer de mama, é dado ao gestor regional ou local em que está o município criar novas portas de entrada. E ele faz isso para aproximar os sistemas o máximo possível das necessidades populacionais que ele encontra na região em que se estabelece. E, também, pensando dessa forma, em 2011 pensamos que, se o sistema tem essa característica e a possibilidade de abrir novas portas, por que o sistema não se organiza entre regiões similares ou entre regiões próximas? Porque eu, município, não tenho condição de comprar um medicamento avançado de alto custo. Mas se eu e aquele outro município construirmos um sistema de regulação único, talvez com uma maior incidência, tenhamos mais possibilidade de negociar com laboratórios. Ou até conversar com nossos deputados estaduais para que eles emitam mais emendas orçamentárias, destinem mais recursos para a compra de medicamentos avançados ou até para a instalação de mamógrafos. Por que não? Ou então para a criação do sistema eletrônico de regulação.

No Brasil, o sistema de registro de câncer, que é o sistema de regulação de câncer, chamado Siscan, dado como novidade aqui pela Dr^a Alcina, foi criado em 2013. Notem que ainda não temos o funcionamento, são dois anos. Há a criação de

urnas eletrônicas desde 2006 e estamos tentando registrar câncer em 2015. Essa já era uma ideia velha. O mundo inteiro ri disso. Enquanto Femama, somos convidados a fazer palestras, já fui a San Diego, Cidade do México, e vou começar a me negar a fazer, porque há sempre aquela risadinha de lado pensando: é sério que o Brasil está discutindo isso? Tem muito a andar.

Em 2014 há uma novidade. Apesar de, desde 2011, pensarmos que as portas devem ser construídas pela especificidade da minha região, em 2014 o Ministério decide habilitar mais formas, criar novos modelos, e com incentivo. Eles dizem o seguinte: se você construir, se agrupar com outros municípios e pensar uma pactuação regionalizada, você vai ter vantagens, inclusive pode habilitar novos centros. E vou te dar um pouquinho de dinheiro para isso. É suficiente? Não, não é. Aí o Ministério erra, como é de costume errar quando o debate é financiamento da saúde, mas já é um estímulo. E a ideia disso é importantíssima. Consigo descentralizar os sistemas das capitais, o sistema Sul-Sudeste da saúde como sistemas de excelência no SUS, alguns, e colocar uma estrutura regionalizada, interiorizada. É colocar o SUS no interior, nas pequenas cidades. Essa é a ideia. Funciona bem? Não, ainda não. Todos os estabelecimentos de saúde têm um registro e esse registro tem pouca evolução, apesar da propaganda dado pelo governo federal, há uma pouca evolução no número de registros habilitados. E, ainda mais, não há fluxo, porque os registros são habilitados, novos estabelecimentos são aprovados, mas não há possibilidade de regulação e financiamento, porque eles não estão organizados, eles não recebem dinheiro suficiente nem do Estado nem da União.

Outra ideia, já em 2013, discutíamos no Ministério da Saúde uma circunstância, se o estado e o município, via governo estadual e via prefeitura, podem decidir sobre os rumos que o deles vai ter, por que eles não podem fazer solicitações de incorporação de tecnologia? Por que eles não podem fazer uma regulação técnica de estudos? Por que eles não podem fazer, Dr. Roberto, novos protocolos? Se eles têm autonomia administrativa, que é uma marca do SUS, por que não decidir sobre o rumo que vai dar aos pacientes? Se fosse gestor público, gostaria que a minha cidade fosse a melhor no tratamento, que tivesse o maior número de portas de acesso, que tivesse tratamentos avançados. É possível, pode fazer. Melhor ainda, para que isso não seja um completo caos na saúde, uma desorganização onde nenhum estabelecimento conversa, há uma possibilidade de governança central. E essa governança central, inclusive, pode controlar devaneios do gestor local. Para dizer, olha essa decisão de gestão que você está tomando pode ser equivocada, vamos repensar isso, vamos fazer um pacto regional onde todos os sistemas serão beneficiados. É possível e pode fazer.

E há o melhor ainda! Para que isso não seja um completo caos na saúde ou uma desorganização onde nenhum estabelecimento se conversa, há uma possibilidade de governança central e essa governança central, inclusive, pode controlar devaneios do gestor local para dizer a ele o seguinte: “Olha, quanto a esta decisão de gestão que você está tomando, ela pode ser equivocada. Vamos repensar isso? Vamos fazer um

pacto regional onde todos os sistemas serão beneficiados.” Isso é possível e faz tempo.

Passem ao próximo slide, por favor.

Vejam, há, também, esta Portaria nº 874, de 16 de maio de 2013, e ela organiza o sistema já pensando nesta interiorização de um jeito muito curioso. O módulo central é dado pelo SUS, mas as diretrizes centrais são dadas pelo Ministério da Saúde. E é bom que isso seja assim.

Dentro de uma política nacional, a União consegue pensar diretrizes dinâmicas para aplicar nos Estados, mas, também, a União não sabe tudo. Então a União concede às secretarias estaduais da saúde um núcleo de decisões ou um arcabouço de decisões para que elas se administrem conforme as suas necessidades. E essas necessidades podem ser, até, diversas das necessidades das políticas da União.

Para que as secretarias estaduais da saúde consigam fazer isso e para que elas consigam sobreviver nesta diversidade, elas têm de ter atos normativos concretos. Por conseguinte, o senhor gestor municipal ou o senhor gestor estadual não pode decidir fazer uma coisa da cabeça dele. Quanto a isso, o gestor não pode.

O gestor tem de criar uma espécie normativa constitucional ou infraconstitucional que significa estar dentro da lei e, depois, agir conforme a sua necessidade. Isso, também, é concedido ao gestor municipal. Também, é dado um âmbito de liberdade e de autonomia ao gestor municipal que fica, sempre, de mãos atadas, porque não tem dinheiro, porque não tem recursos, porque não houve repasses de verbas, porque não consegue habilitar a formação de recursos humanos. Mas o gestor teria, em tese, autonomia para decidir sobre isso.

Agora, tudo isso que falei tem um objetivo: o usuário. O usuário é o nosso interesse. O bem-estar e a felicidade do usuário importam a todo o sistema. Sem isso, ele não pode existir.

Passemos ao próximo slide.

O sistema está organizado pelas diretrizes nacionais para a atenção oncológica dentro da Política Nacional de Atenção Oncológica da seguinte forma. Primeiro, nós temos a atenção básica e isso, no Brasil, ganha um hiper escopo. A atenção básica concentra o maior número de recursos e concentra o maior número de pessoal. Isso é movido por uma ideia de SUS onde a prevenção deveria ser a principal meta. E, aí, se conseguiria tratar com mais benefícios os pacientes e reduzir, inclusive, o tempo de intercorrência da doença. É uma ideia interessante.

Depois disso, haveria a atenção domiciliar para o controle de dor ou sistema de agudização em que o paciente precisa do tratamento médico especializado próximo à família, por exemplo, no caso do câncer.

Em seguida, haveria o componente da atenção especializada. E, aqui, entrariam as unidades especializadas de câncer como os Cacon's (Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia) e as Unacon's (Unidades de Assistência de Alta Complexidade). Ambas podem ser tanto ambulatorial como hospitalar.

E, depois, há os hospitais gerais. Deputada e senhores, notem, na construção da política nacional, os hospitais gerais eram uma parte para receber um maior número de pessoas, ou seja, é como se fosse: “Aqui não deu certo; pelo menos, temos um plano de contenção. Ali, há uma reserva possível onde os serviços podem ser realizados.” E, na execução da política nacional, ele se torna ao contrário, pois ele vira prioridade.

Quanto aos Cacon's e às Unacon's que teriam mais capacidades, teriam mais equipes habilitados, teriam formação de recursos humanos, equipamentos e dinheiro, esses existem em menor número.

Bem, depois, tudo isso estaria debaixo de um sistema de apoio dado pelo Ministério da Saúde e pelas secretarias estaduais da saúde. Seria uma governança onde todos estes entes começariam com voz e com voto. Inclusive, na governança, isso é muito peculiar, porque há previsibilidade legal e há posicionamento legal em que deveria ter o controle social.

O povo, aqui, é parte da governança, mas, na prática, existe pouco.

Passemos ao próximo slide.

Aqui, nós vamos começar a entrar no calo onde o sapato aperta geralmente.

A construção de políticas de autonomia e a construção de políticas de regionalização tinham, sempre, um argumento: *“Eu não tenho dinheiro e eu não recebo para isso. Não consigo, em meu município de 20 mil pessoas, tratar câncer avançado. Eu, também, não consigo construir uma rede de regulação que tenha sinergia com os grandes centros urbanos para que eu possa enviar a minha população doente para lá.”*

E, aí, abre-se uma possibilidade legal.

E, aqui, a Dr^a Alcina, representante do secretário da Saúde do Estado da Bahia, nos disse que fez uma viagem à Europa procurar fontes de financiamento. Isso é ótimo, pois isso está previsto em lei e isso está previsto no ato normativo.

É permitido ao Estado, junto à associação, inclusive com associações estrangeiras, claro, idôneas, claro, com processo de habilitação e homologação do Estado brasileiro, procurar fontes de tratamentos alternativos ou, até, criar novas estruturas de arrecadação. Isso tudo estava previsto.

Então, essas parcerias e essas administrações...

Aliás, hoje está em moda e boa parte de vocês devem ter ouvido.

O Ministério da Saúde faz oferta de medicamentos por via PPPs (Parcerias Público-Privadas) como transferência de tecnologia. Isso significa que os medicamentos, que estão com patentes já expirada ou próxima a expirar, podem transformar o processo produtivo em uma cadeia industrial junto ao laboratório público e, em troca, a produção conjunta desse medicamento – empresa privada, laboratório farmacêutico privado mais laboratório público – construiria um medicamento que já está certo e que já está, absolutamente, certificado no mercado.

O Ministério Público está com o preço mais barato. Só que há uma condição. O

Ministério Público diz: *“Eu quero a tecnologia para cá e quero aprender a fazer isso sozinho para, daqui a um tempo, eu não precisar mais de você.”*

O Estado pode fazer isso. É competência do Estado fazer isso. Está aqui. (Aponta para o slide.) Inclusive, Dr. Roberto, ele pode desenvolver programas internacionais como programas que envolvem pesquisa clínica. Há esta possibilidade. Mas nós não conseguimos, de novo, realizá-la.

Vou pular este slide (aponta para o slide) para passarmos um dia mais feliz e com menos raiva. Vocês verão a revelação, qual seja, a política nacional de câncer – apesar de 2 ex-presidentes terem feito tratamento de câncer inovador – não há, sequer, nem 2% do Orçamento da União.

No Orçamento da União, somos prioridade de 2%. Os outros 98% do Orçamento do Estado brasileiro, em decisões dos programas de saúde, na verdade, são segunda categoria. Nós, 2%, em discursos oficiais, somos prioridades desde 1999.

Esta lei é chamada Atualização da Administração Pública. Era o Estado brasileiro se modernizando. E, lá, nós pensamos que o câncer é prioridade, pois decidimos, em 1999, que o câncer é prioridade. Mas o Estado brasileiro, em 2015, aplica 2% de seu Orçamento global de saúde – não é do PIB, não é da arrecadação da União – para o tratamento de câncer.

Passemos ao próximo slide.

O Dr. Roberto já disse como funciona a Conitec (Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS). Este é um slide de explicação de como é a estrutura da Conitec, pois é um órgão consultivo do Ministério da Saúde e não consta, em seus quadros, oncologistas. Mas eles decidem sobre a incorporação de tecnologia para câncer no Brasil.

E, olhem, tecnologia não é só medicamento. O Dr. Roberto já nos avisou isso e já ministrou aula. Mas, mesmo assim, não há, dentro desse quadro, na história recente da Conitec – que é considerado um ato normativo de pura inovação que começou em 2011 –, a decidir o que vai ou não para o SUS. Então, desde 2011, nós usamos a Conitec para falar se é efetivo (que significa se podemos pagar) e se há evidência clínica, ou seja, se o medicamento é bom.

Há um problema no Brasil. Quanto a uma série de medicamentos para o câncer avançado, esses foram decididos pelo mundo inteiro que eles são, de fato, efetivos. Há, dentro da ATS (Avaliação de Tecnologias em Saúde), efetividade clínica e há evidência científica ao dizer que ele é, oficialmente, no mundo inteiro, eficiente no combate para o câncer avançado.

Mas o SUS, por meio da Conitec, diz que não, ou seja, diz que ele não é eficiente. Pior, o SUS diz que não se está discutindo o preço nessas ocasiões e é porque não há evidência clínica suficiente. Então, o Brasil é dotado de uma única e expressiva decisão que não considera todos os órgãos internacionais de pesquisa clínica.

Não estou dizendo que, por ter sido aprovado em outros países, deve ser,

imediatamente, optado no Brasil. Não é isso! Mas é que se criou um corpo de evidência, pelo menos, específico e sério. Este não é o caso da Conitec.

A Conitec, também, tem uma outra conjugação que acho muito curiosa, pois ela é composta por 13 membros indicados pelo Ministério da Saúde. Desses 13, há um representante do Conselho Nacional de Saúde. Este um seria o nosso controle social, mas ele não tem muita importância não. Por quê? Porque tudo o que chega à Conitec deve passar por consulta pública. Então, é aberto a toda população.

Visitem o site do Ministério da Saúde onde há indicativos de como participar. A Femama dá algumas aulas sobre isso.

E se você colocar sua participação lá, na Conitec, eles analisam em 60 dias e têm, até, 180 dias para tomar a decisão oficial. Eles não explicam se foi considerado ou não qualquer trecho das contribuições dadas pela sociedade e, ainda, colocam em votação para o pleno. Então é um conselho de 13 membros. Adivinhem quantos votos passam? Quem decide sim ou não ao SUS? São 7 nomes. Desses 7 nomes, 9 são do Ministério da Saúde.

Então, na verdade, não temos controle social e tampouco há uma decisão isenta. É, simplesmente, pessoas indicadas pelo ministério que recebem a tarefa de forjar uma situação de controle social. É! não mais um teatro.

A Sr^a PRESIDENTE (Fabíola Mansur):- Para concluir, dispõe de apenas 1 minuto.

O Sr. THIAGO TURBAY:- Só 1 minuto, sem alegar?!

Sobre a incorporação de medicamentos, isso compete ao Estado. Os estados têm competência legal definida já na Lei CONITEC em 2011, a lei 2.401, falada pelo Dr. Robert, que é de decidir sobre lista excepcionais. Eu já disse aqui: na Bahia é o Promex. Mesmo que o SUS diga que não vai oferecer esse medicamento, porque ele é muito caro, o Estado pode decidir. Ele não é caro para mim, porque eu fiz uma pactuação com o fornecedor, com o fabricante, e consegui um preço competitivo. Então, para mim, a estrutura de financiamento – isso é decidida no Plano Plurianual ou na LDO, ou na LOA, que são os atos normativos de orçamento público, que definem e estruturam o orçamento público de um estado e nos municípios são os planos orgânicos. Ele pode dizer: eu encaro essa briga e eu oferecerei, porque quero o bem-estar da minha população. Há evidências clínicas, há evidências científicas, a minha sociedade médica já requereu esse protocolo, então, incorporarei. É possível? É possível desde 2011.

Mas há sempre uma discussão: eu não tenho dinheiro! Em 2013, o próprio Fix-Saúde do TCU diz o seguinte: O estado brasileiro não aplica uma premissa básica que funciona desde 2006 dada pela CMED (Câmara Nacional de Medicamento), órgão colegiado da Anvisa, órgão que faz parte da Anvisa, que serve para colocar preço no medicamento. Quem define quanto pode custar o medicamento no Brasil ou a margem de custo do medicamento no Brasil é a Anvisa, o mercado é regulado.

O Estado quando compra medicamentos tem de fazer um descontão. Esse

descontão é chamado quociente de compra governamental. Ele pode chegar até 25%. Além do descontão, quociente de compra governamental, ainda o estado brasileiro decidiu por meio da Comex (Câmara de Comércio Exterior) que coloca uma lista em que alguns produtos são isentos de determinados tributos. Os medicamentos de câncer estão lá. Mesmo assim, o TCU nos diz que o estado brasileiro, o Estado, a União e entes federativos não aplicam o quociente de compra governamental. Será que o preço é tão mais caro assim? Ou não estamos fazendo a tarefa de casa como deveríamos?

Esse é um modelo de pressão. Esse custo pode chegar até 40% menos. Nós compraríamos mais medicamentos pela metade do preço. Eu não estou, em nenhuma espécie, defendendo que medicamentos devem ser comprados com esse preço de tabela. Ainda assim, deve ser pactuado para que haja uma oferta de desconto maior. A compra centralizada, a compra unificada e a compra com previsibilidade de orçamento impõem um dever de economicidade. O Estado é obrigado a economizar. Temos de pressionar as fontes produtoras. Por que não? É para o nosso interesse.

Esses são os números divulgados no Conselho Nacional de Justiça, recentemente, em 2015. Descobrimos que entre 2012 a 2014 os gastos com judicialização de medicamentos de câncer cresceram 129%. Em 2012 eram 367 milhões, número altíssimo, que talvez desse para incorporar uma infinidade de outras tecnologias. Nós ainda conseguimos chegar a 844 milhões. O gasto total de sistema de judicialização para o SUS chegou em 2014 com 1,76 bilhões.

Esse número não é um número final. Por quê? Dentro de todas aquelas bolinhas que são representadas por nós (apresentação de slide), passando pelo sistema de desaprovação do SUS e das negativas dos planos de saúde, só conseguem medicamentos de câncer avançado no Brasil aquelas três bolinhas, que tiveram bons advogados, ou uma boa defensoria pública, tanto da União quanto estadual. Esse sistema é de judicialização, porque o Estado brasileiro não oferece nenhum tratamento para câncer de mama avançado. Repito, nenhum medicamento para câncer de mama avançado. Se fizemos uma comparação entre o paciente privado e o público: no momento da largada, os dois pacientes começam a quimioterapia ou a imunoterapia. Legal, os dois estão lá pau a pau. Claro que o público sai na frente, porque tem um sistema de absorção melhor, acesso mais rápido, porque você marca a consulta num tempo muito menor do que o privado. E, de repente, há uma estagnação do público, e o privado sai na frente.

A doutora Vanessa já nos explicou. Olha só, temos, de fato, dois Brasis, o público, dirigido pelo SUS, e o privado, dirigido pelo interesse privado, que não é um modelo centrado no usuário.

Aqui temos uma das decisões mais severas para todos que lidam com saúde pública: vai morrer, porque não tem dinheiro. Vai morrer, porque eu não estou disposto a aplicar dinheiro na saúde. Eu estou disposto a realizar eventos esportivos. Eu estou disposto a ter no Brasil uma organização tributária que favorece sistemas industriais e de exoneração, mas eu não estou disposto a aplicar o que deveria na

saúde pública. Isso foi definido por uma decisão do governo federal, em 2013, quando o movimento Saúde Mais 10 envia um projeto de lei de iniciativa popular, um PLT, ao Congresso Nacional chamado Saúde Mais Dez, que definia 10% do PIB da União, 10% da arrecadação do que produz a União, do que recebe a União deveria ir para a saúde.

O governo federal rejeita, à época com o apoio do então Líder do PMDB na Câmara dos Deputados, deputado Eduardo Cunha, hoje, presidente da Casa, o parecer e ainda coloca uma definição de recursos da saúde na ordem de 14,3% da receita corrente líquida. Isso quer dizer que, em 2013 e 2014, tínhamos um tantinho de dinheiro para a saúde, mas que, em 2015, teremos menos. Isso porque não é mais a lei constitucional, que aplicava o mesmo tanto que eu apliquei no ano passado, mas o que cresceu o País eu aplico em saúde. Não! Hoje, não. Eu aplico 14% do que o Estado ganha menos o que o Estado ganha, menos o que o Estado paga de amortização de juros e menos que o Estado investe. O Estado brasileiro, em 2015, tornou-se deficitário. Todos vocês acompanham isso nas mídias populares, na grande imprensa ou nos veículos especializados. Então, teremos, de fato, uma possibilidade real de menos investimentos na saúde.

Temos aqui o grande campo de futebol. Aqui nós não ganhamos. Direitos fundamentais de um lado, direito ao acesso à saúde, tratamento igualitário, isonomia e sistema centrado no usuário, e do outro a reserva do possível. O que o Estado está prevendo ou pode gastar comigo? A reserva do possível é uma base de controle constitucional, é onde decide a jurisdição, é onde decide o sistema judicial brasileiro o que o Estado pode pagar ou não. Por exemplo, o Estado pode definir que R\$ 100 mil numa droga, num medicamento de câncer é muito caro para o município, logo não há reserva do possível para oferecer ou para custear esse medicamento, mesmo que seja garantido constitucionalmente o direito à saúde ou o direito à dignidade humana. Esse jogo é sempre muito duro.

O Conselho Nacional de Justiça, em 2015, na última reunião nos dá algumas ideias sobre se custa tanto assim ou não. Olha lá, o câncer. Nessa tabela são os medicamentos que têm o maior custo, maior número de ações. O câncer chega ali em 16º, neoplasia maligna de mama. Esse é o número de ações dirigidas às Cacons, Unidades de Tratamento Referenciadas. Embaixo temos a neoplasia de próstata. Então, esses dois, a posição 16 e a posição 20, salvo engano, são ocupadas por neoplasias em número de ações.

Notem só o comprimido... A marca não é referenciada, porque há um processo de transferência de tecnologia. Onde há o maior número de dinheiro aplicado em ações judiciais, em sequestro de bens ou em sentenças que obrigam o Estado a pagar é a abiraterone. Então, o trastuzumabe e o everolimus, por exemplo, que são grandes revoluções do tratamento médico, do tratamento clínico contra o câncer estão fora dessa lista dos que mais gastam via judicialização.

Esses são os gastos do custo de saúde. Esses gastos de judicialização foram dados pelo Conselho Nacional de Justiça (CNJ). Percebam que o número é muito

maior.

Vou encerrar, mas faço uma provocação: pensando em judicialização da saúde quanto custa o cumprimento da sentença judicial que obriga o Estado a fornecer o medicamento, por exemplo? Será que custa só isso? Usarmos a Defensoria Pública, por exemplo, e todo o sistema judicial brasileiro custa alguma coisa? O Ministério da Saúde entende que não. Ele só contabiliza como custo de judicialização aquilo que é retirado da sua conta para cumprir a sentença. Agora, quanto será que custa todos o sistema judicial que fica atolado, com morosidade, com problemas que são clarividentes no Estado brasileiro? Quanto custaria, por exemplo, uma hora de um desembargador com todo o seu sistema de assessoria e toda a conjuntura judicial de primeira e segunda instância, dentro do Estado judicial brasileiro? Quanto custa isso para uma sentença que prover a oferta de medicamentos? Essa é uma conta que deveríamos colocar na conta da Conitec, porque colocar ou não um medicamento no SUS pode avaliar ou diminuir essa carga judicial que o Estado brasileiro enfrenta.

Fico para o debate porque há uma série de outras questões. Peço desculpas por correr, mas os assuntos são delicados.

Agradeço o convite.

Muito obrigado.

(Não foi revisto pelo orador.)

O Sr. PRESIDENTE (Fabiola Mansur):- Dr. Thiago, nós é que agradecemos.

Esse debate começará agora bem acalorado! Temos muitos desafio para vencer, Dr. Thiago, antes dos tratamentos inovadores e das incorporações tecnológicas, como o simples fato de dar acesso aos tratamentos convencionais. Há muito o que vencer e depende de financiamento. É lógico que os 10% deveriam ser aprovados para que o orçamento fosse ampliado.

Comentava com o deputado Alex da Piatã que são tantas coisas para cobrir que temos que fazer debates como esse para entender que temos 2% para oncologia; menos ainda para os traumatismos e menos ainda para a média complexidade. Temos que sentar para vencermos juntos esses desafios.

Sabemos que judicialização, às vezes, é a única alternativa para um paciente. Uma vida vale qualquer preço.

Aqui, no Estado da Bahia, foi aprovado recentemente uma Câmara conciliatória para avaliar evidência clínica e custo efetividade com juízes; com a Defensoria Pública; com o Ministério Público; com a gestão; com o controle social. Lógico que queremos um SUS centrado no usuário com universalidade, equidade e integralidade. Mas temos que fazer também parte do processo que traz o SUS da teoria para o SUS real, elogiando o que avançamos e criticando o que não podemos fazer.

Dr. Gurgel, agradeço a sua presença neste evento e peço e Dr. Thiago que fique, mais um pouco, para que possamos ouvir o Dr. Átila Dias falando sobre a realidade do paciente usuário do Sistema Único de Saúde.

Depois vamos abrir para a Sr^a Romilza fazer a mediação desse debate, quando ouviremos a deputada Neusa Cadore e o deputado Rosemberg Pinto.

Quero registrar a presença da deputada Luiza Maia e do deputado José de Arimatéia. Passaram por este círculo de debates sete deputados.

Tenho certeza, Dr. Thiago e Sr^a Romilza, que, depois desse evento, temos que sentar e fazer os encaminhamentos. Certamente, não teremos solução para tudo. Temos que aumentar o financiamento! Dinheiro não é tudo na saúde, mas é quase 100%, como diz o ditado.

O Sr. PRESIDENTE (Fabiola Mansur):- Com a palavra o Dr. Átila Dias.

Seja bem-vindo!

O Sr. ÁTILA DIAS:- Bom-dia a todos!

Em primeiro lugar quero agradecer, na pessoa da deputado Fabíola Mansur, a Assembleia Legislativa por promover esse debate, que é muito importante, com a sociedade brasileira.

Eu havia feito um roteiro para expor para todos vocês, mas tantos foram os palestrantes anteriores que acabei fazendo um verdadeiro rascunho da minha apresentação. Mas vou procurar passar para vocês um pouco da realidade, como agente público e defensor público, o que se passa nessas demandas que chegam lá, no âmbito da Defensoria Pública da União, em nível de Brasil.

Inicialmente, gostaria de pedir desculpas, como defensor público da União, por, infelizmente, não termos unidades no interior dos estados. Temos a Defensoria Pública nas capitais, que possibilita... como a caso da senhora que esteve aqui, que foi atendida na Defensoria Pública da União aqui, em Salvador. Provavelmente fui eu quem deve ter feito a ação judicial, porque eu era o único que tratava de demanda de oncologia em 2010, 2011, 2012 e 2013. Então, infelizmente nós não temos unidades no interior dos estados, não possibilitando com que essas pessoas do interior possam também obter esses medicamentos e essas novas tecnologias.

Inicialmente, várias pessoas falaram, aqui, antes sobre a expressão judicialização da saúde. Na verdade, eu vejo com muita tristeza a forma como vem sendo veiculada essa expressão. Parece, às vezes, algo ruim para as pessoas e para a sociedade. Mas eu vejo por um outro lado, porque é essa judicialização da saúde que está possibilitando, como o caso da senhora, a primeira palestrante, que mencionou aqui que está ocorrendo uma melhoria na situação dela e uma maior expectativa de vida.

Então, a expressão judicialização da saúde não pode ser vista simplesmente como algo ruim para o Estado ou algo similar. Também deve ser vista como uma forma de possibilitar uma melhoria na expectativa de vida. Então é necessário que a gente não fique somente sobre o prisma ruim da expressão judicialização da saúde.

Falar sobre a questão do câncer de mama pela visualização da Defensoria Pública. Eu me lembro do primeiro caso, logo quando cheguei aqui, a Salvador, tratando sobre a questão do câncer de mama. Eu estava no atendimento da Defensoria

Pública, explicando para a assistida que o juiz tinha indeferido um medicamento. Na época, eu nem sabia o que era herceptin, por volta de 2010. Ela simplesmente retirou a blusa e me mostrou que estava sem uma mama. Ela disse: doutor, eu vou perder a outra mama. O que eu faço? Eu fiquei impotente diante da situação e falei para ela: olhe, o máximo que nós podemos fazer é recorrer.

A partir desse momento parei um pouco para me debruçar sobre a questão que envolve o câncer de mama. A minha unidade anterior fora em em São Paulo. E em São Paulo, ao longo do ano em que fiquei lá, nós não tínhamos demanda envolvendo câncer de mama, procurando herceptin no âmbito da Defensoria Pública.

Porque nós não tínhamos demanda do herceptin no âmbito da Defensoria Pública? Porque o próprio Estado de São Paulo, se não me engano, desde 2008, já disponibilizava o herceptin para a sociedade, independentemente de constar ou não na lista dos medicamentos fornecidos pelo SUS.

Procurei saber por que o Estado de São Paulo estava disponibilizando medicamento e os demais estados não? Fiquei sabendo por quê. Por uma questão meramente financeira. É muito melhor o Estado adquirir o medicamento em grande escala do que ter que ficar comprando mediante ação judicial. Toda vez que você compra um medicamento mediante uma ação judicial tem que comprar os 18 ciclos, e cada ampola deve estar custando em torno de R\$ 10 mil a R\$ 11 mil. Então, o ciclo inteiro do medicamento fica custando em torno de R\$ 200 mil reais, depois do recolhimento de impostos, etc.

O Estado de São Paulo adquiria em grande escala. Consequentemente, o valor que era gasto com o medicamento era o quê? Muito inferior.

Retornando à realidade de quando cheguei no nosso Estado da Bahia, foi solicitado pelo grupo que organizou o evento que eu falasse um pouco por que existe uma grande discriminação com relação ao paciente do SUS. Digo que ela é por culpa do próprio Estado. Não o da Bahia, mas o Estado enquanto Poder, ou seja, Estados, Municípios e União. Por quê?

Porque, quando se chega no âmbito do Ministério da Saúde, é dito que foi gasto 1, 76 bilhões a título de ações judiciais. Aí, você pergunta quanto foi gasto nas unidades básicas de atendimento. Será que se essas pessoas no início do tratamento não tivessem de perder cinco meses para fazer uma mamografia, como nós vimos aqui, esse problema não poderia ter sido solucionado?

Recentemente, no ano de 2013, logo que tivemos a Portaria 73... Em 2011 eu tinha ajuizado uma ação civil pública com o objetivo de, em vez de conseguir uma liminar para atender apenas uma pessoa, entrar com uma outra ação judicial para atendermos todas as pessoas. Entrei com ela em 2012, porque em 2011 chegamos a atender só na unidade de Salvador quase 550 pessoas solicitando o except. Então, entramos com essa ação civil pública e em 2013 tivemos a Portaria 73.

Demonstrei para o juiz que a ação não tinha perdido o seu objeto porque, apesar dessa Portaria, o except ainda não estava sendo disponibilizado para aquelas pessoas que estavam em um estágio avançado. Então, marcamos uma audiência.

À época solicitei, salvo engano, o presidente da Associação Brasileira de Oncologia, não recorde o nome dele, mas agradeço muito. Ele disse em seu depoimento que se o problema fosse resolvido na base, com a realização periódica de mamografias para as mulheres e uso de outros medicamentos que o custo é ínfimo, não haveria esse grau de judicialização.

Vejam bem o que acontece. O SUS divulga que há um custo demasiadamente alto dos medicamentos oncológicos, mas a culpa é do próprio Sistema Único de Saúde, é do próprio Estado, que não faz com que as cidades do interior tenham uma atenção básica. Criem UPA's e instalem no âmbito delas os tratamentos médicos e aparelhos que venham a possibilitar a solução ou detectar um eventual problema de câncer de mama desde o início. Fico triste com isso. Fui fazer uma inspeção no Hospital das Clínicas, ali no Canela, há cerca de três meses e verifiquei que 60% dele está fechado, mesmo com toda a sua aparelhagem. Falta a conclusão da obra em 25%. Resultado: alta judicialização na saúde por quê? A culpa é do próprio Estado. Quem tiver a oportunidade de chegar a esse hospital não acreditará. Tudo lindo, a aparelhagem de Primeiro Mundo, mas tudo fechado!

Recebi a estatística de que mais de 400 mil pessoas deixaram de ser atendidas em apenas um ano. Pergunto para vocês qual é o grau dessas pessoas. Olhem o quantitativo de pessoas que correm o risco de ter uma evolução nas eventuais patologias. Então, essa discriminação do paciente do SUS passa muito pela culpa do próprio Estado, e não da patologia em si que os pacientes têm.

Inclusive o Estado... Eu nem possuía este dado. Como mencionei para vocês, as palestras foram acontecendo, e fui inserindo informações. A doutora chegou e mencionou aqui: 50% dos pacientes que vão ao SUS já estão em estágio avançado. Por que estão em estágio avançado? Porque o SUS não possibilita que essas pessoas tenham o devido tratamento quando estão no estágio inicial.

Falando um pouco sobre Defensoria Pública. Meus queridos, a Defensoria Pública, no âmbito dessas demandas de saúde, inclusive diretamente acerca do herceptin, principal tratamento relacionado, vem atuando de dupla forma. Fica até a minha fala para que seja divulgado para todas as pessoas como a Defensoria Pública pode melhorar a situação desses pacientes.

A Defensoria Pública atua de duas formas: de uma forma coletiva... Como assim, atua de forma coletiva? Mediante a propositura de ações civis públicas que tenham como objetivo possibilitar que todas as pessoas venham a ser atendidas quando ocorrer algum problema no Sistema Único de Saúde, seja mediante a instalação de hospitais, clínicas, ausência de médicos em determinadas cidades, não é o caso de Salvador. Em outros estados estamos atuando de forma intensa em relação às cidades que não possuem unidade básica de saúde, principalmente no Norte do País. No litoral do Estado brasileiro, em que temos a maioria das capitais, não é tanto, mas no interior isso ocorre bastante.

Temos também o ajuizamento, infelizmente, mas é necessário, das demandas individuais. Mas esse ajuizamento, aproveitando até uma crítica que foi feita aqui por

causa dos grupos, dos médicos que, às vezes, postulam medicamentos que são inovadores... Sabemos que, infelizmente, existem alguns procedimentos criminais em face de alguns médicos, atravessadores... Temos ciência de tudo isso, mas a Defensoria Pública atua de forma a evitar isso.

Não ajuizamos uma ação judicial pela simples apresentação de um relatório, não. Nós solicitamos, em primeiro lugar, um relatório, e que esse relatório diga por que o procedimento ou o medicamento convencional do SUS não é efetivo. Justamente para evitar a utilização da Defensoria Pública e do próprio Estado como meio de garantir lucros – até peço desculpas – a esses médicos, a esses atravessadores.

A Defensoria Pública da União, eu costumo dizer, nossas demandas são propostas basicamente face à União, seja no âmbito previdenciário, postulando auxílio-doença para essas pessoas que possuem câncer de mama e não podem trabalhar, bem como em relação aos próprios medicamentos.

No Brasil inteiro, posso garantir para vocês que 20% a 30% da nossa demanda está relacionada à demanda de saúde. E posso garantir que em torno de 5% é relacionado à demanda de câncer de mama.

Gosto muito de citar o caso de Florianópolis, ou melhor, de Santa Catarina. O Estado de Santa Catarina, até 2014, não tinha Defensoria Pública estadual, somente Defensoria Pública da União. E no âmbito da Defensoria Pública da União no Estado de Santa Catarina somente em 2013 foram ajuizadas cerca de 3.500 ações postulando o herceptin.

Aqui, em Salvador, o nosso índice também é bastante elevado. Ocorreu uma redução nos dois últimos anos, mas o índice ainda é bastante elevado. Não posso dizer para vocês o índice no âmbito do interior porque não temos unidade da Defensoria Pública da União no interior.

E aproveito essa palavra final, para falar acerca da Defensoria Pública que repito o que falei no início, peço desculpas a sociedade, a todos vocês que estão aqui, bem como a população do interior da Bahia, infelizmente, não tem unidade da Defensoria Pública da União no âmbito do interior do Estado que pudesse com isso lutar, cada vez mais, pela efetivação dos direitos de vocês. Porque, como falei aqui, não vejo a judicialização como algo ruim, claro, mas não vejo também lado bom. Mas a judicialização, de uma certa forma, vem a garantir uma expectativa de vida para as pessoas que têm o câncer de mama.

Quem sabe, quem já teve um problema desse de saúde na família, sabe que uma pessoa que está com câncer de mama, a partir do momento que recebe o medicamento, pode obter um aumento na expectativa de vida em torno de 5 a 6 anos. Só quem já passou por isso na família, com algum familiar, sabe o que é ter a possibilidade de ter mais 5 ou 6 anos convivendo com aquele familiar.

E por último, gente, gostaria de, ao final da minha fala, trazer uma crítica, não ao Estado da Bahia nem aos demais Estados, a União. Fico muito triste quando vejo no âmbito da União o respectivo ente federativo não apoiar a Defensoria Pública da

União, diferentemente do que ocorrem nos Estados. Fico muito feliz, aqui no Estado da Bahia, não fazendo qualquer espécie de divulgação de envolvermos X ou Y, não necessitamos disso. Mas vejam aqui no Estado da Bahia, como nos demais Estados, havendo uma política de Governo para a interiorização da Defensoria Pública dos Estados, possibilita com que ocorra não apenas a judicialização, mas alguma atuação também extrajudicial com que não seja necessário a propositura de demandas judiciais. Infelizmente, no âmbito da União, não existe essa política do Governo Federal de fortalecimento da Defensoria Pública da União que vinha a possibilitar com uma interiorização e com isso a efetivação dos direitos de todos vocês.

Gostaria muito que houvesse a garantia de um orçamento para poder garantir a interiorização da Defensoria Pública da União, da mesma forma como está ocorrendo aqui no âmbito do Estado da Bahia.

É isso que eu gostaria de apresentar para vocês, também a todos aquelas mulheres que tenham qualquer necessidade, e que o Estado não esteja fornecendo o medicamento, ou eventual tecnologia não apoiando a judicialização, mas compareçam no âmbito da Defensoria Pública da União que nós lutaremos, cada vez mais, pelo direito de vocês.(Palmas.)

(Não foi revisto pelo orador.)

A Sr^a PRESIDENTA (Fabiola Mansur):- Obrigada, Dr. Átila.

Certamente, nós apoiamos a judicialização, sobretudo, no âmbito da Comissão Direitos da Mulher, queremos que quando ela for a única forma de garantir direitos constitucionais ela é, sim, importante, o que estamos debatendo são desafios de diminuir a necessidade da judicialização, porque judicializar também significa tempo, e tempo para o câncer de mama é fatal. É isso que estamos discutindo.

Gostaria de agradecer a sua participação e dizer que a Defensoria tem sido uma grande aliada aqui no Estado para, exatamente, nessa Câmara de Conciliação não só no câncer de mama, mas também em vários aspectos, de garantir acesso à saúde pública de qualidade. Parabéns pelo seu trabalho.

O Sr. Átila Dias:- Muito obrigado. (Palmas.)

A Sr^a. PRESIDENTA (Fabiola Mansur):- Queria convidar o deputado Rosemberg para falar por 3 minutos. Mas enquanto ele se dirige à Tribuna, tem a palavra a Dr^a Alcina, pois ela vai precisar se ausentar. Quero limitar, realmente, a 3 minutos para cada orador, porque precisamos encerrar esse debate em no máximo 15 minutos, temos uma sessão à tarde. Vou pedir que o deputado Rosemberg fale por 3 minutos, a deputada Neuza Cadore por 3 minutos e o presidente do conselho municipal, Marco Antônio, 3 minutos, e depois a Sr^a Romilza, diretora-presidente da NASPEC que é muito importante a sua fala final e depois o encerramento.

A Sr^a PRESIDENTA (Fabiola Mansur):- Dr^a Alcina, tem a palavra.

A Sr^a ALCINA ROMERO:- Sr^a Deputada, mais uma vez, coloco à disposição a Secretaria de Saúde, assumi esse compromisso, que já é um compromisso da gestão

de trabalhar para a redução do tempo da resposta ao diagnóstico do câncer de mama, interiorizando, regionalizando, mas garantindo esse encaminhamento, em tempo hábil, para as unidades de alta complexidade dos casos identificados.

O que a gente quer, Dr. Átila, é um sistema único que não dependa da judicialização. A gente reconhece que ainda necessita, mas a gente quer caminhar para todo usuário ter a sua garantia independente da judicialização.

Assumo o compromisso, deputada, de que, quando a senhora quiser, estaremos disponíveis para voltar numa audiência pública, numa outra sessão para apresentar esses dados e todo esse projeto, diagnóstico de média complexidade do câncer de mama.

Agradeço a todos, a Femama, aos colegas da Mesa e peço desculpas porque vou precisar me ausentar.

A Sr^a PRESIDENTE (Fabiola Mansur):- Obrigada, Dr^a Alcina, certamente vamos entregar ao secretário os encaminhamentos oriundos dessa sessão especial.

A Sr^a PRESIDENTE (Fabiola Mansur):- Com a palavra o deputado Rosemberg Pinto.

O Sr. ROSEMBERG PINTO:- Boa-tarde a todos, quero parabenizar a deputada Fabiola e o deputado Alex pela iniciativa. Fico muito à vontade aqui, porque iniciei as diversas sessões e logo depois a deputada Maria del Carmen, como aliada e já nos últimos anos na Comissão de Mulheres. Agora vocês dois como proponentes dessa sessão.

Acho bom isso, porque faz com que vários deputados assumam responsabilidade por um tema tão relevante.

Aqui no início tivemos uma dificuldade muito grande, até para iluminar de rosa essa Assembleia Legislativa, tivemos que convencer a presidência de que não era meramente algo figurativo, mas era algo da necessidade da conscientização.

O meu estímulo a isso não era para, Dr. Tiago, debater o financiamento da saúde nem a judicialização. Iniciamos aqui, até porque conheço os dois lados, o do orçamento do Estado e da União e das dificuldades do financiamento público da saúde. Mas a ideia do Outubro Rosa vinha com o objetivo de atrair as empresas, a sociedade civil, as famílias mais abastadas e de que todos nós assumíssemos um compromisso muito grande em fazer um investimento no tratamento do câncer de mama e obviamente na prevenção, aí envolvendo as instituições para debater essa questão.

É lógico que ouvi atentamente o seu pronunciamento, Tiago, não é fácil. São Paulo tem, como disse Dr. Átila, tem uma outra condição, diferente da do Estado do Bahia que discute prioridades. É lógico, quero fazer esse debate sobre a saúde, um debate difícil, cruel, o financiamento da saúde pública, porque imagino como a secretaria de saúde do governo do Estado fica através dos seus órgãos definindo quem morre e quem continua com vida nos momentos da necessidade de ocupação das UTIs. Realmente, há uma dificuldade fenomenal nisso.

Por isso, deputada Fabíola, acho que vamos ter dificuldade de abrir esse debate. A minha sugestão é que hoje saísse daqui o estímulo à participação da sociedade civil, das empresas para essa caminhada do ponto de vista além do Estado para esse tema tão relevante. Mas que pudéssemos fazer na Comissão de Saúde um debate sobre o financiamento público de saúde e sobre a judicialização de alguns processos, até porque a judicialização passa a ter uma necessidade. Em um Estado como a Bahia, que não tem capacidade de adquirir a quantidade de medicamento, por mais que o governador Rui Costa quisesse isso, o conheço e sei que ele teria vontade disso, mas ele está com outras prioridades.

Fui dirigente sindical junto com o ex-governador Jaques Wagner e depois com o governador Rui Costa e nós como dirigentes sindicais, achávamos que, se nós assumíssemos o governo, iríamos resolver todos os problemas. Quando assumimos o governo, verificamos que temos muitas dificuldades de resolvê-los, porque o orçamento do Estado nos coloca em situação de falta de capacidade real de solucionar os problemas que utilizamos como bandeira dos movimentos sociais durante a nossa vida de militante político.

Muito obrigado.

(Não foi revisto pelo orador.)

A Sr^a PRESIDENTE (Fabíola Mansur):- Obrigada, deputado Rosemberg.

Com a palavra por 3 minutos a deputada Neusa Cadore, que é vice-presidente da Comissão dos Direitos da Mulher.

A Sr^a NEUSA CADORE:- Bom-dia a todas e a todos, quero saudar a deputada Fabíola Mansur, presidente da Comissão de Direitos da Mulher, saudar o deputado Alex de Piatã, que preside a Comissão de Saúde e se associa a essa agenda importante, que é uma agenda internacional há 25 anos, o Outubro Rosa; saudar o deputado Rosemberg, que trouxe para esta Casa o debate. É muito bom, é muito simbólico isso, quando homens, deputados desta Casa, onde só há sete mulheres deputadas, têm a preocupação de trazer esse debate. E quero cumprimentar todas as outras pessoas da mesa saudando Suzaldete, porque ela vem aqui representar milhares de mulheres no Brasil. A cada ano quase 60 mil novos casos de câncer de mama, com todos os problemas que aqui forem tão bem explicitados.

Foi até bom que hoje não houve limite de tempo para os palestrantes, e eu quero parabenizar cada um, com contribuições muito boas para esse momento que, com certeza, a informação é fundamental.

Suzaldete já se colocou aqui, quero agradecer sua presença e parabenizá-la por estar compartilhando sua história, por falar do desafio enfrentado por tantas mulheres e suas famílias, ela falou da dificuldade real da mamografia, do que acontece, e as pessoas de diferentes lugares que vieram aqui colocaram o desafio que é hoje. Sou de um município pequeno e sei que na zona rural há homens que não deixam suas mulheres procurar o serviço de saúde para fazer uma mamografia. Há mulheres que

não venceram isso, mas sabemos que o sistema, infelizmente, com o subfinanciamento da saúde, e há uma série de conquistas às quais ainda precisamos chegar, não permite que hoje possamos ter, como ocorre em alguns países, a exemplo da Inglaterra, que têm um índice muito bom de sobrevida, e isso deve nos motivar.

Acho que a nossa Comissão, deputada Fabíola, tem uma responsabilidade muito grande diante dessa situação. E o que foi dito aqui hoje, desde a necessidade de reforçar o controle social até o ideal que o Estado garanta o direito de termos saúde, acho que nossa Comissão, com certeza, vai estar alinhada nesse esforço para fazer do Outubro Rosa uma campanha sempre de muitas vitórias.

Obrigado.

(Não foi revisto pela oradora.)

A Sr^a PRESIDENTE (Fabíola Mansur):- Obrigada, deputada Neusa Cadore, uma parceira na defesa dos direitos da mulher que também se está debatendo aqui.

Com a palavra o presidente do Conselho Municipal de Saúde de Salvador pelo tempo de três minutos, o Sr. Marco Antônio

O Sr. MARCO ANTÔNIO:- Primeiro, quero dar um bom dia a todos e a todas, parabenizar a deputada Fabíola Mansur e dizer que Salvador perdeu uma vereadora que defendia muito a saúde, mas, com certeza, a Bahia ganhou uma deputada que não é só uma deputada mas também uma limitante da saúde.

Gostaria de fazer um comentário, não ficaria bem se eu não viesse falar sobre isso, quero dizer que quando houve a apresentação da Dra. Vanessa , se não me engano, quando ela fez uma separação do que é feito pelo SUS, e o que é feito pelas filantrópicas, dizer que boa parte daquelas filantrópicas são 100% SUS, então é o SUS fazendo.

Dizer que o SUS é um patrimônio do povo brasileiro. O que fazem com o SUS é que realmente ele não seja como aquele SUS que defendemos, que atenda todas as pessoas, inclusive, que as suas políticas sejam definidas a partir da necessidade do usuário, do cidadão e a gente precisa num primeiro momento se compreender como usuário do SUS. Todos nós usamos o SUS todos os dias na água, no mercado. A gente precisa ter essa consciência, inclusive, até, para defender esse Sistema Único de Saúde.

A gente precisa também e aqui registrar Cleber que é conselheiro municipal e representa aqui os agentes de saúde, dizer que a gente começar a defender ainda mais uma política de saúde que tenha a prevenção e a promoção. A gente não pode defender o Sistema de Saúde pluralista onde discutir a doença ou defender ou não estar doente é definição de saúde. A gente precisa dizer que o primeiro diagnóstico que as mulheres fazem não é o exame da mamografia, é em casa quando ela faz o toque, já sai de lá com a dúvida se encontra algum nódulo, se encontra alguma diferença. Então, a gente precisa garantir, de fato, é o acesso.

Dizer, Fabíola, para encerrar, que os homens também têm câncer de mama. A

gente precisa agora, logo que vai sair o Outubro Rosa e vai entrar o tal do Novembro Azul, para mim é o novembro negro, porque estaremos no novembro da Consciência Negra, mas dizer que é o momento da gente fazer esse debate do câncer de mama. Para cada mil mulheres que tem câncer de mama, é um número muito grande, também tem um homem que tem câncer de mama e a gente acaba não conscientizando de que a saúde precisa ser universalizada, ter o cidadão, ter o usuário como o principal acesso.

No mais, agradecer, dizer que o Conselho Municipal e Estadual de Saúde está atento, mas a gente precisa cobrar, não é só a maior qualificação do controle social, mas que de fato, Alcina saiu, mas que de fato os governos não só criem os espaços de participação, mas que aquilo que for fruto dos espaços de participação sejam respeitados e levados em consideração.

No mais, muito obrigado. (Palmas.)

(Não foi revisto pelo orador.)

A Sr^a PRESIDENTE (Fabiola Mansur):- Obrigada, Marco Antônio. Certamente, extremamente atuante. Você sabe o quanto a gente valoriza nesta Casa a participação efetiva do controle social e que se torne muito mais deliberativo nas decisões sobre prioridade em saúde.

Tenho a grata satisfação de convidar para uma mensagem final a Sr^a Romilza Medrado, diretora-presidente do Naspec, Núcleo Assistencial para Pessoas com Câncer. É uma Instituição que foi fundamental junto com a Femama para a organização desse debate, dessa sessão especial e audiência pública.

Depois da fala da Sra. Romilza, teremos os encaminhamentos que decorreram desse ciclo de debates.

A Sr^a ROMILZA MEDRADO:- Nós agradecemos a oportunidade a todos e ficou bem claro aqui hoje que todos nós sabemos não tudo, mas muita coisa.

Em todas as instâncias governamental, privada, terceiro setor, todos nós falamos da mesma linguagem com visões diferentes, mas acredito que ficou um consenso muito sério e real que é o valor pela vida.

Não nos importa quais são os meios, quais são os recursos que vamos precisar de forma muito precisa e delicada, porque como o médico fez a sua colocação, muitas vezes não é nem uma questão de recursos, é uma questão de boa vontade.

E nós já passamos aqui nesta Casa alguns Outubro Rosa e tivemos oportunidades antes de falar sobre essas coisas.

Queremos agradecer, principalmente, hoje, pela certeza que temos de não passar mais um Outubro Rosa falando e ouvindo sobre o mesmo assunto. Hoje, com certeza, se fecha um ciclo de realidades. Que possamos voltar aqui no Outubro Rosa do ano que vem, com certeza, talvez, não como Aracaju, mais muito melhor, porque sei que a Bahia pode fazer muito melhor.

O Naspec é uma entidade que recebe pacientes dos 416 municípios. Não

recebemos recurso governamental de nenhuma instância, muito menos dos próprios municípios que nos mandam os pacientes, esses estão sem regulação, estão sem absolutamente nada, a Anacon, o Cacon que até onde tem, existem falhas. E todos os dados que aqui foram citados, todos os números e avanços, infelizmente, para esse povo, para essa gente inexistem.

Quanto ao pronunciamento do Ministério Público com relação a eles não terem representatividade, doutor, quero dizer que tem, o Naspec. Tem, porque nós fazemos com que eles cheguem até os promotores, juízes ou delegados, a gente mesmo vai aqui, dá entrada e o que for preciso, porque não é possível tanta gente desassistida, quando todo mundo aqui já sabe que, independentemente de recursos ou do que quer que seja, temos que primar é pela prioridade da vida. Eu acho que é o que ficou bem claro, aqui, hoje, que é o que está bem claro para qualquer cidadão, para qualquer pessoa: a vida não tem preço. Foi dito aqui, mas está tendo um preço.

Nós estamos assistindo, de forma criminosa, doutor, a pessoas morrendo diariamente. Tive câncer de mama bilateral, um há 22 anos e outro há 3 anos. Por que estou viva? Porque eu sei falar, porque eu sei me meter, porque eu briguei pela minha vida (Palmas). Então, se eu não tiver voz... Quando disse mais cedo, quando cheguei aqui, que estou ficando cansada, depois de 45 anos, lutando no Naspec, que eu fundei com tanto carinho, e ouço anualmente sempre as mesmas coisas, eu não estou cansada de lutar, estou cansada de ouvir aquilo que não nos interessa.

Então, gostaria de sair daqui com a garantia desses deputados aqui presentes, porque os outros não puderam, infelizmente, mas tenho certeza de que podem ouvir dos senhores: queríamos a certeza de que vocês não deixassem mais esse Outubro Rosa ser uma festa de rosa.

Muito obrigada.

(Não foi revisto pela oradora.)

A Sr^a PRESIDENTA (Fabiola Mansur):- Temos ainda a palavra do Dr. Nardan, por 1 minuto, Dr. Átila, por 1 minuto, considerações finais de deputados, e nós precisamos encaminhar as coisas aqui, Sr^a Romilza, para poder, realmente, mudar essa realidade, não só com discurso, mas também com compromisso.

O Sr. NARDAN:- Primeiro, quero agradecer o convite, segundo, dizer que sou ginecologista obstetra, perdi uma prima com câncer de mama com 25 anos.

Só um apelo quero fazer a V.Ex^{as}, como deputados da Bahia. Eu tinha comentado: há quantos anos não vemos, na TV, uma campanha contra o câncer de mama? Há muitos anos, e isso é necessário, porque a informação é o primeiro passo para a gente conseguir chegar na excelência do tratamento. Então, quando você tem um sistema fechado, como na Marinha, por exemplo, e tem um nível de pacientes mais fechado, os panfletos, etc, funcionam bem, mas para a população em geral o melhor meio de a gente divulgar isso, realmente, é a TV, e o autoexame, realmente, é que aumenta a chance de essas mulheres chegarem à cura.

Era só isso que queria dizer.

(Não foi revisto pelo orador.)

A Sr^a PRESIDENTE (Fabíola Mansur):- Obrigada, Dr. Nardan.

Certamente será feito o encaminhamento.

Dr. Átila, 1 minuto.

O Sr. Átila:- Só queria solicitar, deputada, que entre esses encaminhamentos que vão ser realizados, que fosse verificada a possibilidade de fazer um encaminhamento à União, ao Ministério da Saúde, à AGU, porque recentemente, aqui, no âmbito da Bahia, nós instalamos a Câmara de Conciliação de Saúde e, infelizmente, a União optou por não participar da Câmara de Conciliação de Saúde. Era importante a sua participação, justamente por causa dos medicamentos de alto custo.

Então, a Câmara de Conciliação de Saúde, na minha opinião, no Estado da Bahia, da qual participam tanto a Defensoria Pública do Estado quanto a Defensoria Pública da União, se a União estivesse participando, com certeza haveria uma maior efetividade em relação aos medicamentos oncológicos.

Obrigado.

A Sr^a PRESIDENTE (Fabíola Mansur):- Obrigada. Será incluído nos encaminhamentos.

Deputado Alex da Piatã.

O Sr. Alex da Piatã:- Quero, desde já, parabenizar todos pela participação, agradecer de coração a cada um e dizer que os encaminhamentos são extremamente necessários. Eu não queria me despedir sem reforçar os encaminhamentos que fiz, deputada Fabíola, e a todos nós aqui na Mesa, de concretizarmos, de fato, a vinda dos secretários municipais de saúde, de todo o pessoal da base, para poder, aqui nesta Casa, voltarem com propostas concretas para atuarem, cada um, na sua base. Acho que esse encaminhamento é de extrema importância para que a gente possa colocar em prática, quem sabe ainda neste semestre.

No mais, muito obrigado e parabéns a todos vocês. (Palmas.)

A Sr^a PRESIDENTA (Fabíola Mansur):- Quero agradecer ao deputado Alex da Piatã que, inicialmente, fez o primeiro contato com a Femama, a possibilidade de fazermos, conjuntamente, junto com a Femama e Naspec, essa audiência. A Comissão de Mulheres também agradece, mas eu quero me ater aos encaminhamentos.

Primeiro, nós fazermos um GT, um grupo de trabalho, aqui, funcionando com membros do Legislativo, Naspec, controle social, Executivo, Defensoria, para, juntamente com a gestão, nós analisarmos o PPA, analisarmos o Orçamento, e vermos o que podemos fazer ainda, pois essas peças não foram votadas, para mudar a realidade do financiamento, à luz do possível, porque já se dizia: não entendendo que era impossível, foi lá e fez. É o que a gente se propõe.

Segundo, essa sugestão, deputado Alex, esse encaminhamento, que façamos uma reunião com os secretários municipais, sob forma de audiência pública, no âmbito das duas comissões, Comissão de Saúde, da qual nós somos membros titulares, e a Comissão de Direitos da Mulher, para ouvi-los. E aí eu queria adicionar a vinda também do Cosems, que é o Conselho de Secretários Municipais, para que a gente possa não só ouvir, como fazer proposições à luz da realidade.

Terceiro, tivemos a sugestão de adicionar à Câmara de Conciliação um membro da Defensoria da União... (Pausa.) Ah, fazer aqui uma indicação para a AGU fazer parte da Câmara de Conciliação, um membro da AGU, seção Bahia, ou a própria União, nessa Câmara. Então, indicação desta Casa para que a União indique um membro para essa Câmara de Conciliação, já que é lá, também, que estão os problemas quando se judicializam medicamentos de alto custo.

Quarto, a sugestão é que nós possamos investir, nós não podemos fazer isto, Dr. Nardan, do ponto de vista da União, mas no Estado, já que há orçamento para a área de comunicação, nós sugerimos uma campanha informativa sobre a importância do autoexame no diagnóstico precoce. Isso é uma indicação, Ana está ali dizendo que não, isso é uma indicação do legislativo, sim ao PPA do nosso Estado e essa foi a sugestão do Dr. Nardam e pode ser encaminhada. Essas campanhas são estaduais e requerem orçamento estadual e precisamos também no PPA.

Na verdade, a campanha de autoexame é uma ferramenta do autocuidado, é uma ferramenta adicional. O dever de estar na tensão básica, acesso à diagnóstico precoce, exames de mamografia na idade certa, isso é dever do Estado. É óbvio que não é, de jeito nenhum, substitutivo algum. Tem que fazer o tempo todo. Acho que é extremamente importante para além das propostas que estamos fazendo da ampliação do diagnóstico precoce, de ampliarmos. E aí, vai outro encaminhamento.

Não sei quem falou a respeito disso, não sei se foi Dr. Thiago, 2% de todos os mamógrafos não estão tecnicamente em condições de fazer, que pode dar tanto falso positivo, como falso negativo. Então, eu quero fazer esse encaminhamento agora, que o Estado da Bahia promova um mapeamento situacional de todos os mamógrafos fixos que se encontram em funcionamento. E as condições técnicas.

Então, vai o encaminhamento sob forma também de projeto. Segundo, na estratégia móvel de rastreamento de câncer de mama e é uma coisa que me preocupa bastante. Rastreamos, identificamos e não temos, em muitas vezes, os exames complementares que são o ultrassom, a biópsia e a (ininteligível) patológica. Aqui foi dito por Dr^a Alcina e quero me congratular, porque se há uma política efetiva que vai ser implantada imediatamente, fazendo com que o Cican, Romilza, seja o centro de referência estadual, nós vamos estar salvando vidas.

Como encaminhamento, vamos pegar esse grupo técnico para dialogar como podemos efetivamente já implantar ainda esse ano, porque ainda temos dois meses. Temos secretários de saúde que buscam a gente para conseguir uma biópsia, um ultrassom, uma tomografia. Então, como encaminhamento, fazer uma reunião no início de novembro na Secretaria para termos uma apresentação e eu sugeriria a Dr^a

Alcina uma audiência pública, Comissão de Mulheres, Comissão de Saúde, para que Dr^a Alcina apresente a política e como ela vai ser interiorizada.

Eu sou uma defensora da regionalização da saúde, da interiorização. As policlínicas, de fato, vão ter uma demanda que vão absorver todos aqueles casos que foram rastreados da iniciativa móvel. Mas, as policlínicas ainda estão em fase de aprovação. O projeto saiu desta Casa aprovado. Elas vão ter que ser construídas.

Então, quero que discutamos como encaminhamento, numa audiência pública, como essa política que é absolutamente fundamental, pode efetivamente, Dr^a Vanessa, em parceria... Podemos até contribuir para aquela política que foi pensada no sistema...

Microfone... Liga o microfone fixo mesmo?

A Sr^a Luciana Cruz:- É a questão de que, para descobrirmos que estamos com um nódulo ou câncer de mama, o autoexame não é suficiente. E o suficiente é que os médicos ginecologistas façam a solicitação independente da idade da mulher que vai ao seu consultório. Porque identificamos, temos casos precoces de 23, de 30 anos. Isso vem acontecendo dentro das comunidades carentes. Então a orientação médica básica dessas jovens é crucial para ver se há ou não câncer.

O Outubro Rosa não pode somente ser a prevenção para quem já teve ou para quem passou pelo procedimento e, sim, para orientar as nossas meninas que estão aí. E quem vai dar esse primeiro start a elas? É o ginecologista e ele está na rede. É isso que eu quero pedir.

Obrigada.

A Sr^a PRESIDENTA (Fabíola Mansur):- Na verdade, temos que seguir os protocolos que já existem, sobretudo para pacientes acima de 40 anos.

Vou abrir para mais uma...

Pois não.

A Sr^a Cristina:- É rápido. Sou representante do Conselho Estadual dos Direitos da Pessoa com Deficiência. Eu vinha falando com Jorge Solla e com Vânia Galvão, na época em que ele era secretário e ela era sua assessora, sobre a questão das mulheres com deficiência, as cadeirantes.

Temos um Outubro Rosa que não acolhe a todos. Não temos um ônibus adaptado. Vim do interior há poucos dias, e essas mulheres não conseguem sequer chegar ao caminhão. E delas ninguém fala!! Ninguém fala dessas mulheres que não conseguem nem ter acesso a uma mamografia porque o caminhão não é adaptado. Isso é uma coisa básica porque qualquer lugar, hoje, pode adaptar um ônibus, adaptar um caminhão.

Então eu peço a senhora que também veja essa questão das mulheres com deficiência, as cadeirantes, porque em muitos lugares as pessoas não querem carregá-las colocá-las em cima do caminhão, do ônibus. Precisamos, isso é básico, somente adaptar para que elas tenham acesso.

Muito obrigada.

A Sr^a PRESIDENTA (Fabiola Mansur):- Isso é extremamente importante e vai como encaminhamento para que na estratégia de rastreamento do câncer de mama nas unidades móveis todos sejam adaptados para dar acesso à mulher com deficiência.

Temos ainda aqui, Dr^a Vanessa, uma audiência ou reunião que esse GT promoverá para estimular a conversa entre os serviços, tanto da iniciativa privada, quanto do SUS, seja filantrópico ou da rede própria, para que possamos, efetivamente, mudar essa realidade.

No que diz respeito ao tratamento do câncer avançado, temos uma série de quimioterápicos e precisamos fazer uma discussão mais ampla em relação a oferta desses medicamentos. Foram apresentados alguns dados pelo Thiago e acho que esse GT também pode encaminhar a viabilidade, o custo-benefício. Acho que podemos internamente, com esse GT, ter uma reunião. Penso que isso...

Um outro encaminhamento. Uma coisa é o GT e a outra é uma comissão intersetorial para fiscalizar, Romilda, a efetividade desses medicamentos. Acredito também que tenhamos na sugestão de... Ouvi ali uma sugestão interessante, deputado Alex e deputada Neusa Cadore, na situação de Sergipe. O que é que eu gostaria de sugerir? Se o Cican conseguir absorver todos esses casos dando continuidade as tomografias, ultrassons, biópsias, exames anatomopatológicos, enfim, ótimo. Se não, que possamos criar algum tipo de TAC estadual para o tratamento para que na hora em que se conseguir encaminhar, através da TAC, desburocratizar um pouco o que o secretário municipal passa, e assim talvez consigamos diminuir o tempo. Fiquei na dúvida se encaminharia ou não porque a sugestão do deputado Alex é de reunirmos os secretários municipais e, talvez, nessa audiência pública possamos conversar com eles para entender melhor essa estratégia.

A fala final é a fala do compromisso dos deputados que aqui estiveram, do compromisso de mudar a realidade e vencer os desafios entendendo os nossos obstáculos com intersetorialidade, com sensibilidade sobre a questão do financiamento, a questão da gestão e a questão da individualidade de cada mulher dessas que defendemos, deputada Neusa Cadore, Romilza e todos aqui presentes. Temos que defender o coletivo, mas também temos que defender cada um. Como diz Marco Antônio, temos 1% de CA de mama nos homens e, também, o CA de próstata. Vem aí o Novembro Roxo aqui na Bahia, aqui é roxo porque o deputado Álvaro Gomes aprovou aqui na Assembleia a cor roxa, mas a cor oficial é azul. Vocês viram ali 3.450 casos de CA de próstata, é o primeiro câncer diagnosticado na Bahia, o segundo é o de mama, com 2.400. Então, em outubro e novembro temos essas pautas. Quero já sugerir que possamos, nesses encaminhamentos, fazer em novembro uma discussão do CA de próstata.

O compromisso está firmado, é um compromisso do Legislativo, mas é um compromisso como cidadã, como médica. Quando me elegi deputada, já fui vereadora, Marco Antônio sabe disso, a nossa atitude em relação a sempre achamos que unidos podemos ser mais fortes. E o que move é, realmente, a presença maciça de vocês que gostaríamos de agradecer, pacientes, membros do Naspec, médicos, todos

que compuseram esta Mesa desse ciclo de debates. Especificamente a Ana, da Femama, e a Cátia. E dizer que estaremos aqui, já como encaminhamento final, com o compromisso, não só formal, de fazer o outubro rosa durante o ano inteiro. E que na próxima sessão do outubro rosa, em 2016, estejamos aqui para colocar menores índices de CA metastizado, com o aumento de diagnósticos, aumento do tratamento e diminuição do número de mortes.

Vamos à luta para salvar nossas mulheres e vamos à luta para dizer que estamos aqui e queremos prioridade na saúde da mulher, e prioridade é no orçamento e em atitudes. Muito obrigada a todos, não esqueçam a foto oficial com todos aqui na frente para dizermos isso para o mundo todo.

Muito obrigada Sr^a Romilza, obrigada, Suzaldete. Declaramos encerrada a sessão.

Departamento de Taquigrafia / Departamento de Atos Oficiais.

Informamos que as Sessões Plenárias se encontram na internet no endereço <http://www.al.ba.gov.br/atividade-parlamentar/sessoes-plenarias.php>. Acesse e leia-as na íntegra.