



DEPARTAMENTO DE TAQUIGRAFIA, REVISÃO E REDAÇÃO

NÚCLEO DE REDAÇÃO FINAL EM COMISSÕES

TEXTO COM REDAÇÃO FINAL

Versão para registro histórico

Não passível de alteração

COMISSÃO DE DEFESA DOS DIREITOS DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA			
EVENTO: Audiência Pública Extraordinária	REUNIÃO Nº: 1359/17	DATA: 20/09/2017	
LOCAL: Plenário 13 das Comissões	INÍCIO: 15h01min	TÉRMINO: 17h00min	PÁGINAS: 42

DEPOENTE/CONVIDADO - QUALIFICAÇÃO
GISELA DE ASSIS - Enfermeira Estomaterapeuta do Hospital das Clínicas de Curitiba e Mestre em Tecnologia em Saúde pela Pontifícia Universidade Católica do Paraná. JOSÉ CARLOS TRUZZI - Doutor em Urologia pela Universidade Federal de São Paulo — UNIFESP e chefe do Departamento de Urologia da Sociedade Brasileira de Urologia — SBU. RAFAEL HOFFMANN - Atleta Paraolímpico RIO 2016 de Rugby em Cadeiras de Rodas. ALINE SILVEIRA SILVA - Representante do Ministério da Saúde e Servidora do Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologia em Saúde — DGITS.

SUMÁRIO

Debate sobre lesão medular.

OBSERVAÇÕES

Houve exibição de imagens. Houve intervenção inaudível. Houve exibição de vídeo. Houve intervenções ininteligíveis.
--



O SR. PRESIDENTE (Deputado Eduardo Barbosa) - Declaro abertos os trabalhos da presente audiência pública, convocada em razão da aprovação do Requerimento nº 117, de 2017, de minha autoria, para debater aspectos da lesão medular.

Informo a todos os presentes que este plenário, o Plenário 13, está equipado com tecnologias que conferem acessibilidade, tais como o aro magnético, *bluetooth* e sistema FM para usuários de aparelhos auditivos. Além disso, temos serviço de intérpretes de LIBRAS.

Convidamos para compor a nossa Mesa neste momento a Sra. Gisela de Assis, enfermeira estomaterapeuta do Hospital de Clínicas de Curitiba e mestre em Tecnologia e Saúde pela Pontifícia Universidade Católica do Paraná.

Convidamos o Sr. José Carlos Truzzi, Doutor em Urologia pela Universidade Federal de São Paulo — UNIFESP e chefe do Departamento de Urologia da Sociedade Brasileira de Urologia — SBU.

Convidamos o Sr. Rafael Hoffmann, atleta paralímpico de rúgbi em cadeira de rodas que competiu nos Jogos Paralímpicos Rio 2016.

Nossa quarta convidada é a Sra. Aline Silveira Silva, servidora do Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde, do Ministério da Saúde.

Antes de iniciarmos a nossa audiência pública, quero fazer a divulgação de um livro que será lançado no sábado, dia 30 de setembro, de 19 às 22 horas, no Carpe Diem, na 104 Sul, em Brasília, pelo atleta paralímpico José Carlos Moraes, o primeiro atleta paraolímpico de cadeira de rodas. Ele lançará o livro *Roda Viva — Memórias de um Cadeirante*.

Às pessoas que tiverem a oportunidade de prestigiá-lo informo que o lançamento do livro será no dia 30, de 19 às 22 horas, no Carpe Diem.

A nossa Comissão tem como hábito promover audiências públicas, discussões e debates que possam identificar as características e necessidades de grupos de pessoas com deficiência — e elas são as mais diversas possíveis —, com o objetivo muito claro de tentar promover a qualidade de vida dessas pessoas.



Nesse aspecto, como legisladores e com a missão de acompanhar as políticas públicas setoriais do Brasil, nós temos tido aqui oportunidade de sempre contar com a representatividade da sociedade civil, das organizações representativas.

Eu o anunciei, Rafael, desculpe-me.

O SR. RAFAEL HOFFMANN - Eu estava no banheiro.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Eduardo Barbosa) - Registramos a presença conosco do Sr. Rafael Hoffmann, Atleta Paralímpico Rio 2016.

Obrigado pela sua presença. Estamos felizes por você ter aceitado o nosso convite.

Voltando ao que eu estava dizendo, nós acompanhamos muito de perto também as políticas públicas voltadas para os diversos grupos de pessoas com deficiência. E, da mesma forma que nós lutamos para que tenhamos no País políticas transversais, em que todas as áreas se responsabilizem pelas pessoas com deficiência, fazendo com que elas recebam tratamento igualitário diante das políticas públicas, é necessário também realizarmos algumas discussões sobre especificidades que promovam essa qualidade de vida.

Nós fomos provocados pela Associação dos Policiais Militares Portadores de Deficiência do Estado de São Paulo, a fim de que tivéssemos um momento para discutir um pouco a qualidade de vida dos pacientes com lesão medular, já que uma das especificidades dessas pessoas é justamente a dependência do uso de cateter de forma contínua.

Hoje, com a tecnologia, temos avançado naquilo que está disponível para essas pessoas, no sentido de fazer com que o uso contínuo de um cateter não tenha repercussões na sua vida, principalmente no que diz respeito a infecções urinárias repetidas e ao acometimento de insuficiência renal. Até um passado muito recente, essa era uma das consequências desse problema para essas pessoas, o que interferia na sua qualidade de vida, levando-as, às vezes, inclusive a óbito, não pela lesão medular, mas justamente pela necessidade de utilização de cateter, que pode trazer consequências à sua saúde.

Então, nós estamos aqui justamente para ouvir sobre esses avanços que já estão à disposição no mundo para essas pessoas. Convidamos, além daqueles diretamente envolvidos com a questão, usuários e especialistas da área, o próprio



Ministério da Saúde, para que também emita as suas posições em relação à indicação do cateter, que hoje é mais preconizado e traz uma condição de melhor qualidade de vida para as pessoas com lesão medular.

A partir desta audiência pública, o que se espera é que elaborem algum tipo de documento ou indicação ao próprio Governo brasileiro e ao Ministério da Saúde, resultante daquilo que nós compreendermos aqui que tem um significado para as pessoas com lesão medular.

Portanto, este é um evento, no nosso entendimento, técnico, de aprofundamento de conhecimento, que culminará também com uma posição política desta Comissão para uma possível indicação e um diálogo com o próprio Ministério, no sentido de percebermos o avanço na distribuição desse cateter ou a indicação de utilização de cateteres mais apropriados.

Então, vamos dar início ao nosso debate.

Queremos já identificar entre nós o Deputado Mandetta, militante também na defesa das pessoas com deficiência, membro desta Comissão e da Comissão de Seguridade Social e Família e que tem sempre contribuído muito para o debate. A presença dele aqui, na condição de médico especializado também em traumatismos, que realiza trabalho voltado para as pessoas que recorrem à sua especialidade, tem contribuído muito para identificarmos a nossa correta postura diante de diversos fatos.

Então, Deputado Mandetta, muito obrigado pela sua presença.

Vamos iniciar as exposições, ouvindo a Sra. Gisela de Assis.

Cada um dos senhores expositores terá 15 minutos para a sua explanação. Nesse momento, não pode haver nenhum tipo de interpelação.

Ao final das exposições, abriremos o debate para os Srs. Deputados presentes e, se tivermos tempo, em função da Ordem do dia, nós poderemos abrir a palavra a dois ou três interessados que estiverem aqui conosco, presencialmente, assistindo a nossa audiência, para que possam também emitir sua opinião.

Informo que esta audiência também é transmitida através dos nossos canais de comunicação, e, por isso mesmo, toda intervenção tem que ser feita ao microfone. E, além de eu identificar as pessoas, se elas quiserem se apresentar, será interessante tanto para quem está assistindo a esta audiência à distância quanto para o adequado registro, nos Anais desta Casa, de todos os nossos convidados, de modo



que possam ser perpetuadas suas exposições, a fim de que possam ser localizadas em caso de pesquisa futura daqueles que consultam o acervo da Câmara dos Deputados.

Concedo a palavra à querida Gisela, Enfermeira Estomaterapeuta do Hospital das Clínicas de Curitiba e Mestre em Tecnologia em Saúde pela PUC do Paraná.

A SRA. GISELA DE ASSIS - Obrigada.

É sempre uma satisfação falar sobre este assunto. Realmente me sinto feliz em participar deste momento, tratando de um tema que é meu objeto de estudo, meu objeto de trabalho há mais de 10 anos, falando a respeito de um procedimento que pode transformar a vida de pessoas com lesão medular, dando-lhes autonomia, qualidade de vida, resgatando sua dignidade e convívio social.

Eu acho que nós estamos vivendo hoje um momento muito especial e espero que todos nós desfrutemos deste momento, desta oportunidade de avançarmos na questão.

(Segue-se exibição de imagens.)

Não há como discutirmos a respeito de cateterismo intermitente sem pensarmos inicialmente em como funciona o trato urinário inferior, o ato de urinar, antes de uma lesão medular.

O Dr. Truzzi vai abordar o tema com mais profundidade, mas vale dizer que o simples ato de urinar, que é tão simples quando não se tem uma alteração, depende de um processo complexo de coordenação, de ligação entre o trato urinário inferior e o sistema nervoso central.

Essa comunicação acontece através da medula espinhal, que é o canal de comunicação entre bexiga, assoalho pélvico e o córtex, quando nós tomamos consciência de que precisamos urinar, quando tomamos consciência de que precisamos relaxar para esvaziar a bexiga.

A partir de uma lesão medular, a bexiga entra em uma condição em que não responde mais. Ela não comunica ao sistema nervoso central que está com volume adequado para ser esvaziada, nem é controlada por esse sistema nervoso central para que não esvazie em momentos inapropriados. Dessa forma, a pessoa com lesão medular pode se apresentar com duas situações: ou a bexiga não contrai e, então, não esvazia, enchendo a ponto de transbordar, com risco de essa urina voltar aos rins



e comprometer a função renal; ou a bexiga contrai com muita frequência, com volumes pequenos, fazendo com que a pessoa perca urina com frequência e, ainda assim, sem que ela seja completamente esvaziada.

Diante disso, a pessoa com lesão medular tem dois grandes problemas: um é o resíduo pós-miccional, quando ela não esvazia completamente a bexiga, e outra é a incontinência urinária. Com isso, temos diversos riscos fisiológicos, que são a perda da função renal, a infecção do trato urinário e também a redução da qualidade de vida pela incontinência, por situações constrangedoras de perda de urina, entre outras condições.

Diante desse problema, qual é a solução? O que diz a sociedade científica internacional? O jeito de evitar as complicações da bexiga neurogênica ou da disfunção neurológica de trato urinário inferior é o cateterismo intermitente limpo.

Isso está descrito desde 1972 — vou falar na sequência —, mas esse *guideline* de maio de 2013 é um marco em que existem mais publicações, de maior força de evidência, defendendo o uso dessa técnica.

No Brasil nós também temos uma defesa forte do uso desse procedimento, quando o Ministério da Saúde se posiciona nas diretrizes de assistência à pessoa com lesão medular, dizendo que o cateterismo intermitente limpo deve ser instituído de forma mandatória desde a internação por lesão medular, independentemente de resultados de exames. Essa é a forma evitar que essa disfunção neurológica evolua para complicações mais sérias que podem chegar à perda da função renal.

Então, o que é, afinal, o cateterismo intermitente limpo? É a introdução de um cateter na bexiga através da uretra, de forma limpa — usando água e sabão para lavar as mãos, água e sabão para higienizar a região genital —, sem a utilização de luvas estéreis ou antissépticos.

Isso foi determinando dessa forma porque, em 1972, um grupo liderado por Jack Lapidès, urologista, percebeu que o que defende a função vesical, a função da bexiga, é não deixar que ela fique distendida; é esvaziá-la com regularidade, e não exatamente o seguimento de uma técnica estéril.

Aqui mostro rapidamente como é o procedimento. Algumas dessas imagens são do nosso projeto da Universidade Federal do Paraná, o Projeto Vidas Secas, que visa divulgar essa causa.



Esses são os passos. A pessoa vai até o local onde vai realizar o cateterismo; prepara o material que vai utilizar para o procedimento e expõe a região genital. A forma como ela vai fazer isso depende do nível de mobilidade do paciente e da causa da indicação para o cateterismo. Em seguida, ela vai fazer a higiene das mãos e da região genital também e preparar o cateter, o que significa escolher um reservatório para onde a urina vai ser drenada. Depois, vai passar um lubrificante, quando existir essa necessidade, se o cateter não for específico, não for pronto para uso. Vai, então, introduzir o cateter até a urina começar a drenar e deixar que a urina drene pelo tempo que tiver volume para ser drenado. A seguir, vai remover o cateter, observar a urina — o que é importante, para ver se não se está desenvolvendo características de infecção —, e reorganizar o material.

O procedimento é simples, porém não é livre de complicações. O cateterismo intermitente limpo pode resultar em diversas complicações, todas partindo de duas raízes: ou são complicações infecciosas, ou são complicações traumáticas. Existem microlesões que evoluem para lesões mais graves na uretra, ou infecções que podem ser do trato urinário, entre outras infecções que podem ser causadas pela manipulação.

Existem tríades de prevenção que nós utilizamos na prática clínica para esses dois segmentos de complicações.

Para as complicações infecciosas, nós revisamos uma tríade, que é: a pessoa precisa ingerir água em quantidade suficiente e passar o cateter na frequência adequada, para que a bexiga não fique distendida por um tempo além do que ela tem capacidade, e fazer isso com uma técnica adequada.

Aqui eu reforço a importância da técnica, salientando também que hoje temos cateteres que facilitam esse passo da prevenção dessas complicações.

Para prevenir as infecções traumáticas, nós temos outra tríade, que é: passar com delicadeza o cateter, nunca forçar a introdução do cateter e fazer a lubrificação adequada.

Aqui, mais uma vez, chamo a atenção para a evolução tecnológica que nós temos tido, de modo que temos cateteres com lubrificação superior homogênea, com menor risco de trauma.



Aqui, as diretrizes de prevenção de infecção relacionada à assistência à saúde dizem que o cateter hidrofílico é capaz de reduzir hematúria ou bacteriúria. Ou seja, diminui sangue na urina e diminui a quantidade de bactérias na urina.

Se as complicações podem ser infecciosas ou traumáticas, um cateter específico de melhor tecnologia pode vir ao encontro dessa necessidade, diminuindo os traumas uretrais, diminuindo o risco de infecção. Isso tem força de evidência A-1, que é o maior nível de evidência no meio científico.

O que há de diferente entre o cateter hidrofílico e o cateter convencional, que é o que hoje grande parte das pessoas com essa necessidade recebe?

A primeira coisa é o material. O cateter convencional é produzido com PVC, que é cloreto de polivinila, que é termo sensível — com o calor ele amolece e, com o frio, enrijece, dificultando, assim, o procedimento. Já o cateter hidrofílico é produzido em poliuretano, um material que não tem a sua maleabilidade alterada de acordo com a exposição ao calor.

Outra característica importantíssima, talvez a mais importante, é a lubrificação. O cateter convencional precisa ser externamente lubrificado, o que é feito manualmente. A pessoa precisa espalhar um gel hidrossolúvel sobre esse cateter para fazer a introdução.

Se vocês pegassem agora um cateter e tentassem aplicar um gel sobre ele, veriam facilmente que é impossível fazer uma lubrificação homogênea. Quando você aplica o gel, ele escorre de um dos lados, e uma porção do cateter fica seca enquanto a outra fica lubrificada. Além disso, enquanto o cateter está sendo introduzido, a lubrificação vai ficando para trás, ou seja, não é todo segmento da uretra que vai receber um cateter com deslizamento adequado.

Já o cateter hidrofílico tem um revestimento por PVP, que é um polímero absorvente que reveste esse cateter, o qual, em contato com solução salina, com cloreto de sódio, em que ele vem mergulhado, expande e deixa a superfície do cateter escorregadia. Então, mesmo que você queira, você não consegue remover essa lubrificação. Então, o risco de trauma uretral diminui absurdamente.

Além disso, o corte dos orifícios por onde a urina drena é feito de forma arredondada, diminuindo também o trauma uretral.



Essa é uma publicação já de 2012, mas que foi bem importante para a área de estudo do cateterismo intermitente limpo.

Esses autores publicaram de forma qualitativa barreiras que fazem com que pessoas com lesão medular não tenham aderência ao procedimento de cateterismo intermitente limpo, mesmo conhecendo o risco de não fazer esse esvaziamento vesical, esse esvaziamento da bexiga.

Além disso, ele traz pontos importantíssimos que nos levam a refletir sobre como conseguir reduzir essas barreiras, de forma que eles assumam essa responsabilidade — agora a forma de esvaziar a bexiga é essa; é passar um cateter —, e não abandonem a técnica, com o risco de futuramente perder a função renal, o que ainda leva a óbito algumas pessoas com lesão medular.

Entre as barreiras estão:

- falta de destreza manual, que pode ser reduzida pela utilização de um cateter que facilite a manipulação, como é o cateter hidrofílico;

- falta de tempo dos cuidadores, também driblada pela utilização de um cateter adequado, pois reduz o tempo de procedimento;

- insatisfação com a perda de urina nos intervalos, que é algo para ser controlado mais clinicamente, com medicamentos;

- dificuldade de acesso em banheiros públicos. O uso de um cateter adequado também permite a realização do procedimento em outros locais que não banheiros — como carros, por exemplo.

- dificuldade de progressão do cateter, normalmente relacionada à lubrificação.

- relutância de profissionais que ainda não tenham conhecimento aprofundado sobre a necessidade e a possibilidade de utilização da técnica limpa e não estéril;

- trauma uretral. Já falamos do benefício em relação ao deslizamento.

- difícil acesso uretral em algumas mulheres. Realmente, para a mulher, é um pouco mais difícil pela visualização do meato uretral, e isso é uma das barreiras.

E esses autores finalizam dizendo que a satisfação da pessoa que precisa de cateterismo é algo que vai determinar se ela vai aderir ou não. Se vai determinar se ela vai aderir ou não, vai determinar a sua saúde renal no futuro. Então, nós precisamos pensar na satisfação dessas pessoas que precisam do procedimento.



Diante disso, nós fizemos uma pesquisa com algumas pessoas com lesão medular que utilizam um cateterismo intermitente limpo, para saber qual é o nível de satisfação com a utilização de cateter convencional e do hidrofílico.

Aqui são só alguns dos itens pesquisados, mas conseguimos perceber a diferença de satisfação.

Quanto ao deslizamento do cateter, por exemplo, a satisfação com o cateter convencional é de 37,3%, enquanto que, com o cateter hidrofílico, é de quase 90%.

Já a satisfação geral foi de 30% para quase 70%.

Era isso que eu tinha a dizer.

Muito obrigada. (*Palmas.*)

O SR. PRESIDENTE (Deputado Eduardo Barbosa) - A Gisela é didática e prática.

Agora nós vamos passar a palavra ao Dr. José Carlos Truzzi, também por 15 minutos.

O SR. JOSÉ CARLOS TRUZZI - Deputado Eduardo Barbosa, demais Deputados, senhoras e senhores, obrigado pelo convite. Eu me sinto honrado em poder participar desta reunião e compartilhar algumas informações referentes ao uso do cateterismo intermitente em lesados medulares.

(*Segue-se exibição de imagens.*)

Este é um caso que vou utilizar para ilustrar essa situação.

Esse é um jovem de 27 anos, que, em 1967, foi vítima de um atropelamento. Esse indivíduo teve um trauma raquimedular em nível medular T10. Ele ficou hospitalizado durante um período e, nesse período de hospitalização, permaneceu com uma sonda de demora. Depois disso, recebeu alta. Ele teve uma paraplegia completa e foi para casa com incontinência urinária e uso de fraldas.

Em casa, ele ficou sem acompanhamento médico regular, na ocasião — era cuidado por familiares. Ele teve uma série de infecções urinárias de repetição. Usava antibióticos, com melhora temporária. Evoluiu com perda de peso e palidez.

Em 1971, ele foi atendido numa unidade de pronto atendimento e estava com infecção urinária, hipertensão, perda de função renal. Foi medicado e encaminhado para sessões de diálise.

Em 1972, ele evoluiu a óbito, com quadro de insuficiência renal crônica e infecção generalizada.



Até a Segunda Guerra Mundial, a sobrevivência de vítimas de trauma raquimedular era extremamente baixa.

Uma série de cuidados médicos e de medicamentos que surgiram ao longo do tempo — na década de 40, a sulfa e na década de 50, a penicilina — e o advento do cateterismo intermitente, a partir da década de 70, aumentaram a sobrevivência desses pacientes.

Esse estudo acompanhou 830 pacientes com 2 décadas, ou 20 anos, pelo menos, de lesão raquimedular. Nesse período, 43% deles evoluíram a óbito. Notem que a curva entre os lesados medulares e a da população geral é bastante diferente. Nesse mesmo período, 20 anos, a população geral teve uma mortalidade bastante menor.

Por quê? Onde entra o trato urinário? Qual é a importância do sistema urinário frente a todas essas situações?

Os rins produzem urina, e a urina produzida é continuamente drenada para a bexiga em sentido unidirecional. Isso tudo, em um sistema de baixa pressão, para proteger o trato urinário.

Existe a necessidade de um sincronismo entre a bexiga e a musculatura que detém a continência urinária, chamada de esfíncter. E todo esse mecanismo em conjunto é que acaba protegendo o trato urinário e fazendo com que nós tenhamos um funcionamento urinário adequado.

Na fase de enchimento vesical, existem informações que seguem da bexiga até a medula. Essas informações vão caminhar até o cérebro, e lá é realizada uma série de processamentos das informações, até que voltam essas informações para bexiga, de forma que se inibe a contração da bexiga e se ativa a contração da musculatura esfíncteriana, o que faz com que nós tenhamos continência urinária e um funcionamento normal nessa fase de enchimento.

Quando a bexiga se encontra cheia, nós temos a sensação de enchimento, vesical em condições normais. Existe essa mesma informação transmitida da bexiga à medula e da medula ao cérebro. Só que a informação que volta do cérebro permite o relaxamento da musculatura esfíncteriana e o esvaziamento vesical por contração da bexiga.



Havendo uma lesão medular, como a descrita naquele caso que eu apresentei inicialmente, ocorre uma perda de sincronismo, existe uma perda desse funcionamento adequado. A bexiga não esvazia, esse mau esvaziamento vesical leva a uma chance de que a urina retorne da bexiga para o rim, ou seja, naquele contrafluxo normal. Essa volta de urina da bexiga para o rim leva à insuficiência renal. Esse mau esvaziamento vesical também promove infecções urinárias, que, por sua vez, também acabam por contribuir com a perda de função renal.

Portanto, o mau funcionamento da bexiga e do esfíncter decorrente de uma lesão medular acaba por levar a quadros de infecção e de perda de função renal nos portadores de lesão raquimedular.

Naquele estudo que foi citado, em que 43% dos pacientes com lesão raquimedular foram a óbito — o número era de 362 pessoas —, 24% dos óbitos foram decorrentes de problemas ligados ao trato urinário — 71 casos por insuficiência renal; 11 casos por infecção renal; 6 casos por outras infecções e outros problemas geniturinários.

Na faixa dos 30 aos 39 anos, faixa extremamente produtiva, 49% das mortes decorreram de doenças geniturinárias.

A mortalidade por problemas geniturinários em lesados medulares nas décadas de 40 e 50 era de 43%. Depois da década de 70, então, nas décadas de 80 e 90, esse número caiu para 11%.

É aí que entra a importância do cateterismo intermitente, o cateterismo que a Gisela acabou de apresentar.

Essa história do cateterismo vem antes da década de 70. Ela começou nos anos 40, e os estudos se seguiram. Mas realmente foi a partir da década de 70 que ele passou a ser mais difundido e mais utilizado de forma regular.

O cateterismo vesical intermitente promove um menor risco de infecção; promove maior autonomia ao lesado medular, que passa a ter independência para esvaziar a bexiga no momento adequado; protege trato urinário superior e diminui os riscos de insuficiência renal.

Em contrapartida, o cateterismo também tem complicações, e a principal delas é a ocorrência das infecções urinárias.



Àquilo que ele protege ele também acaba agregando um risco, porque estamos manipulando um sistema estéril com um objeto externo. Então, existe um risco de infecção. E essa infecção chega a índices de 40%. Vários fatores interferem, entre eles o mau uso da técnica do cateterismo e o uso de cateteres que não são adequados para o esvaziamento vesical.

Na última década, a Organização Mundial de Saúde tem-se manifestado em diversas publicações com preocupação de extrema relevância sobre a chamada era pós-antibiótica.

A era pós-antibiótica corresponde ao momento em que infecções banais, infecções simples deixam de ser tratadas pelos antibióticos disponíveis. Essa era pós-antibiótica, que se imaginava ocorrer a partir de 2050, acredita-se hoje que deva ser antecipada pelo ritmo de resistência bacteriana aos antibióticos que nós temos observado. A previsão é a de que o número hoje de infecções de 700 mortes/ano ultrapasse os 10 milhões de mortes/ano em 2050, devido à essa resistência bacteriana aos antibióticos.

Trazendo para a nossa realidade — esta aqui é uma publicação feita pelo Dr. Carlos Kiffer, da Escola Paulista de Medicina —, no período de 2000 a 2003, a taxa de resistência à ciprofloxacina, o antibiótico mais utilizado nas infecções urinárias, passou de 9% para 14%.

Esses aqui são dados da Espanha. A mesma ciprofloxacina, em anos mais recentes, chega a 34% de resistência. Uma conta fácil: um a cada três pacientes tratados com o antibiótico mais utilizado hoje para infecção urinária não vai responder.

Esse número é um pouco superior na Região Metropolitana de São Paulo, na cidade onde vivo.

O ideal é que o cateter uretral, que é usado para o cateterismo intermitente, seja de uso único. A limpeza e a reutilização dele aumentam o risco de infecção. Isso é fato. Existem inúmeras publicações nesse sentido. A reutilização de cateter é um importante fator de risco. Isso foi demonstrado inclusive nos Jogos Paraolímpicos de Londres, em 2012, onde a chance foi quatro vezes maior — inclusive atletas paraolímpicos brasileiros participaram desse estudo.

Nesta revisão, uma revisão sistemática do uso do cateter usual, do cateter plástico e do cateter hidrofílico, um cateter que tem maior facilidade de manipulação



e menor risco de infecção, realmente, comprovou-se menor chance de infecção e de outras complicações de forma significativa na população estudada.

Os custos são diferentes. Nós temos estudos chamados estudos de farmacoeconomia, que permitem avaliar até que ponto o investimento financeiro e econômico a ser realizado em determinado tipo de tratamento, em determinada tecnologia, é efetivo frente aos benefícios que ele pode agregar.

Existem vários modelos para isso. Nós nos utilizamos de um modelo chamado modelo de Markov, de forma simples, é quase um jogo de xadrez, em que cada movimento tem que ser pensado nas diversas possibilidades de ação que vão decorrer a partir desse movimento. Ou seja, para cada ato, para cada situação, uma série de probabilidades são levantadas, e todas essas probabilidades são computadas ao término para se verificar se existe efetividade ou não.

Esse trabalho foi publicado na *International Brazilian Journal of Urology*, agora, em 2017, a revista oficial da Sociedade Brasileira de Urologia, uma das revistas mais conceituadas no meio urológico internacional.

Nós usamos a população de lesados medulares em foco de atenção, a análise primária era de todos os eventos decorrentes do cateterismo intermitente, não só a infecção urinária, mas a infecção urinária também, sangramento, trauma de uretra e, conseqüentemente, a estenose dela e a formação de cálculos.

O primeiro cenário diz respeito à função renal. Nós podemos ter três níveis: a pessoa pode ter uma função renal normal, sem insuficiência renal, pode ter uma perda parcial da função renal, ou pode ter falência renal total.

Essas pessoas podem em qualquer uma dessas fases de função renal delas ter infecção urinária. Essa infecção urinária pode ser tratada com antibiótico, num primeiro momento, antibiótico de primeira linha, por exemplo, a ciprofloxacina, ela pode ser resistente à ciprofloxacina — como disse, aproximadamente 34% da nossa população têm bactérias resistentes —, e pode falhar até em tratamentos com antibióticos de uso hospitalar e de custos bem superiores, sendo que essas situações podem recorrer.

As pessoas podem ir e voltar a um ou outro estado de infecção urinária, mas elas não podem voltar ao *status* de funcionamento renal normal, uma vez havida a perda da função renal, essa perda progride, ela não regride à situação usual.



Nesse levantamento matemático, a redução de infecções urinárias com uso de cateter intermitente é de 16%. De acordo com esses cálculos utilizados no nosso estudo, o ganho de qualidade de vida e de anos com qualidade de vida traria um custo, pensando em todos os potenciais eventos adversos, de 122 mil reais; pensando apenas em infecção urinária, os valores são muito semelhantes, 122 mil e 406 reais para o mesmo ganho de anos de vida com qualidade.

Nós trabalhamos com um cenário-base. Este cenário-base corresponde a quê? Corresponde a quatro cateterismos por dia. Essa é a média que a população de lesados medulares realiza, utiliza meio tubo de lubrificante de lidocaína por dia. A taxa de resistência é de 34%, como foi dito, e o custo de infecção urinária e de infecções urinárias sistêmicas são bastante baixos nos custos adotados pelo Sistema Único de Saúde. Esse custo, então, foi de 122 mil, como disse, para que nós tivéssemos ganhos por ano de qualidade de vida e redução de infecção urinária, com um investimento de 31 mil reais, diminuiríamos em 6% a chance de infecção urinária nessa população.

Se nós utilizarmos dados oficiais, como os dados da ANVISA, verificaremos que, com o uso de um tubo de lidocaína, um tubo de lubrificante, em cada cateterismo, haverá, aí sim, uma redução ainda maior desses custos, algo próximo de 80 mil reais.

Se nós aumentarmos a taxa de resistência, que é o mais provável que vamos observar nos próximos anos, esse custo também cairá de forma significativa. Esse custo passará de 122 mil para 86 mil reais se seguirmos à risca as recomendações da ANVISA. Em relação às taxas de resistência, mesmo que trabalhássemos com índices supostamente muito abaixo do que nós observamos hoje, manteríamos esses valores.

E a redução mais expressiva das infecções urinárias nos traria benefícios financeiros também.

O valor de investimento passível de ser realizado no Brasil, de acordo com o estudo de Prado, teria um teto de 147 mil reais. Esses 122 mil reais se encontrariam dentro dessa possibilidade de investimento, para ganho de qualidade de vida para essa população. Então, o cateterismo tem um custo efetivo, mesmo tendo um custo unitário mais elevado do que o do cateter plástico.

Muito obrigado. (*Palmas.*)

O SR. PRESIDENTE (Deputado Eduardo Barbosa) - Obrigado, Dr. José Carlos.



Agora passamos a palavra ao Sr. Rafael Hoffmann.

Sr. Rafael traga para nós a sua experiência, aquilo que o senhor identifica como fundamental e importante para a sua vida e qual é o significado deste debate inclusive para o senhor e para os seus pares.

O senhor dispõe de 15 minutos.

O SR. RAFAEL HOFFMANN - Boa tarde, Deputado. Boa tarde a todos.

É uma satisfação fazer parte deste encontro e poder dividir com os senhores um pouco da minha história, das experiências que tive com o cateter convencional e com o hidrofílico.

Vou tentar, de forma bastante objetiva, passar para os senhores um pouco dessa experiência. Vou utilizar alguns eslaides para tentar explicar o processo de quem sofre esse tipo de lesão medular. Vou falar um pouco de como foi o meu acidente, para que os senhores entendam o que passa realmente — qual é o processo — uma pessoa que tem uma lesão medular.

De maneira geral, a população imagina que uma pessoa que vive numa cadeira de rodas simplesmente não anda. Não. Alguns colegas cadeirantes estão aqui também, e nós sabemos que, junto com a lesão medular, vem todo um pacote de problemas.

(Segue-se exibição de imagens.)

O meu acidente ocorreu num mergulho em águas rasas numa praia em Florianópolis. Bati com a cabeça num banco de areia e fracturei duas vértebras da coluna cervical e me tornei um tetraplégico. Isso me deixou com comprometimento em quatro membros.

Como eu disse, quando sofremos esse tipo de lesão, vem embutido todo um pacote de mudanças fisiológicas. No início, eu tinha vários problemas, que resolvi tratar como um desafio, o que eu achei que fosse uma forma um pouco mais prazerosa, digamos assim, de enfrentar todos esses problemas.

A primeira base para que eu continuasse esse processo de evolução na reabilitação foi minha família, que eu acho que foi o alicerce fundamental. Graças a Deus, eu tenho uma família bastante estruturada e que me deu todo o suporte, principalmente psicológico, para que eu absorvesse tudo que estava acontecendo em termos de mudança, principalmente, na rotina da minha vida.



Segundo, foram os meus sonhos. Eu tinha diversos sonhos, principalmente o de me tornar um atleta profissional de futebol, interrompido pela lesão. Eu tinha também o sonho de ter minha família. Eu não podia desistir desses sonhos. Esse foi o segundo passo para que eu continuasse a minha caminhada, a minha vida. Eu tinha 23 anos quando sofri o acidente. Eu era bastante jovem, portanto, não podia desistir.

Essa é a minha filha Rafaela, que foi o primeiro sonho que eu realizei depois da minha lesão. Depois, veio a realização profissional também. Eu consegui me tornar um atleta profissional de rugby em cadeira de rodas. Viajei para vários lugares do mundo, participei do último evento principal do esporte paraolímpico, que foram os Jogos Paraolímpicos Rio 2016.

Vou falar um pouco do que realmente interessa aqui hoje, que é todo esse processo pelo qual passei para que conseguisse realizar meus sonhos, levar uma vida normal, como eu levo hoje, e alcançar todos os meus objetivos.

Em 2007, fiquei internado no hospital e saí de lá com a informação de que eu teria que fazer o cateterismo estéreo, como a Gisela explicou no início da sua fala. É preciso usar todo um aparato, e há necessidade de materiais e de outras pessoas para fazer esse processo. Então, durante quase 1 ano, eu continuei fazendo esse processo estéreo em razão da falta de informação, sem saber que eu poderia fazer o cateterismo limpo, o autocateterismo, ou seja, eu mesmo fazer esse processo sem necessidade de um acompanhante.

É importante dizer que eu faço parte de uma porcentagem bem pequena de pessoas com lesão medular que têm a oportunidade de conhecer o esporte — e, no meu caso, o rugby em cadeira de rodas, que eu conheci quase 1 ano depois —, de ter acesso à informação e esse privilégio de conhecer o cateterismo hidrofílico.

Eu tive muitos problemas, e o principal foi a recorrência de infecção, como disse o Dr. Truzzi. Eu tomava o cipro, doutor, que levava na bolsa, como se fosse bala Halls. Eu o tomei durante muito tempo. Tive recorrência de infecção durante 3 a 4 anos, de 3 em 3 meses. Para um atleta de alto rendimento, ficar fora uma, duas semanas de treino não é adequado. Não é simplesmente ficar fora do treino, mas de toda a rotina de trabalho. Eu sou acadêmico de Educação Física e fiquei afastado da faculdade. Atualmente trabalho com segurança pública. Ficar fora do meu trabalho hoje me



prejudica muito. À época, uma pessoa cuidava de mim, porque, quando temos recorrência de infecção, não conseguimos cuidar de nós mesmos.

Em 2012, eu conheci o cateter hidrofílico numa competição internacional, quando tive o privilégio de fazer parte da Seleção Brasileira. De lá para cá, nós comentávamos entre nós, os atletas, o fato de que seria legal se tivéssemos esse cateter no Brasil. E o cateter já estava disponível aqui. Por falta de informação, nós não o utilizamos ainda. A partir de 2014, ou seja, 2 anos depois, passei a fazer uso do cateter, fornecido pelo sistema público, através da Secretaria de Saúde, quando fui morar em Curitiba.

A partir de 2014 — estamos em 2017 —, eu tive recorrência de infecção. Para quem tinha infecção urinária de 3 em 3 meses, foi uma mudança considerável o fato de diminuir a infecção apenas para uma em 3 anos. De 2016 em diante, voltei a trabalhar, voltei para a faculdade e continuo treinando. Eu passei a ser uma pessoa produtiva novamente. E tudo isso em função da retomada de qualidade de vida.

Essas são algumas fotos dos Jogos Paraolímpicos Rio 2016. Esses são os meus companheiros, pessoas incríveis que eu tive a oportunidade conhecer.

Eu queria terminar, antes de agradecer, dizendo que o mais importante que eu tinha para passar para os senhores era isso. Faço parte de uma parcela muito pequena de pessoas com deficiência que têm o privilégio de ter acesso a esse material e a essas informações. Fico muito feliz de ter contribuído aqui de alguma forma para que isso se torne realidade para todas as outras pessoas com deficiência.

Essa foi a primeira oportunidade do rugby, que chegou ao Brasil em 2008, uma modalidade bastante nova aqui no País. Mas, apesar disso, já fomos campeões sul-americanos por duas vezes, ganhamos medalha de bronze duas semanas atrás.

Registro a presença aqui do nosso auxiliar técnico, Antônio Manoel. Obrigado, Manoel, pela presença.

Participamos dos Parapan-Americanos da modalidade, no Paraguai, em Assunção, conseguimos a medalha de bronze e a vaga para o mundial no ano que vem na Austrália.

A Paralimpíada foi a nossa primeira oportunidade por ser país-sede. Não conseguimos um resultado em termos de rendimento satisfatório, mas ficamos em oitavo lugar. No entanto, alcançamos nosso objetivo principal, que era levar a



informação de que existe esporte de rendimento para pessoas com deficiência. A meu ver, conseguimos mudar bastante a ideia da população a respeito do que é uma pessoa com deficiência, o que é um atleta paraolímpico. Então, nós conseguimos alcançar o nosso objetivo.

O campeão paraolímpico foi a Austrália, o vice-campeão foram os Estados Unidos. O Japão ficou com a medalha de bronze.

Obrigado. (*Palmas.*)

O SR. PRESIDENTE (Deputado Eduardo Barbosa) - Obrigado, Rafael.

Eu acho que essas três exposições são complementares. O debate aqui está colocado justamente com relação à indicação do cateter convencional, não só dentro de uma visão prática, mas também de uma visão científica, mostrando que evoluímos para uma possibilidade do cateterismo intermitente limpo, que nos permite reverter um punhado de indicadores que acometia todas as pessoas com lesões medulares.

Nesse contexto, o Rafael, vivendo as duas situações, é a experiência viva do benefício do cateter hidrofílico na sua vida, proporcionando uma vida ativa, produtiva, sendo inclusive um atleta de alto rendimento, que caracteriza uma condição de equilíbrio somático para o enfrentamento de desafios maiores.

É muito importante ouvirmos a Aline, que representa aqui o Ministério da Saúde. E faço os seguintes questionamentos: qual é a percepção real do Ministério da Saúde com relação a essas possibilidades? Como o Ministério da Saúde trabalha hoje dentro de uma lógica de universalizar o acesso a esse tipo de tecnologia que nós temos à disposição da população? Isso já é uma prática ou nós estamos implantando isso de forma gradativa?

O próprio Rafael nos colocou aqui que ele recebe o cateter do sistema público de saúde. Eu não sei se essa é uma política específica do Estado dele ou se é uma política que se estende aos demais Estados. Isso para nós é muito pertinente, porque talvez possamos ter algum processo de articulação política.

Registro a presença nesta Comissão do Deputado Alexandre Serfiotis — e já esteve conosco o Deputado Otavio Leite —, do Sr. Edson Marcos da Rosa, da UNIPABE, de Belo Horizonte, meu conterrâneo, que também foi um dos provocadores do documento que nos chegou, e do Sr. Ivanildo Freitas, de São Paulo, que também



assinou, conjuntamente com o Edson, o requerimento encaminhado a nós. Muito obrigado a todos pela presença.

Concedo a palavra à Aline, por 15 minutos.

A SRA. ALINE SILVEIRA SILVA - Boa tarde. Agradeço o convite. É um prazer estar aqui e uma honra estar ao lado de uma Mesa tão bem preparada. É difícil falar depois do Rafael. Antes de me colocar como representante do DGITS, da CONITEC, do Ministério da Saúde, eu acho importante me colocar também como paciente. Eu tive câncer de mama, o tratamento durou 1 ano, fiz quimioterapia, fiquei careca, criei um *blog*.

Eu queria falar para o Rafael sobre essa experiência, porque eu sei como é difícil viver situação de se ver sozinha. Eu não tinha ninguém na família, eu não sabia como seria o tratamento, o que eu iria passar. As redes sociais e os *blogs* me ajudaram muito.

Eu acho interessante os pacientes se unirem, porque você vive aquelas experiências e só o paciente que vive aquilo sabe das especificidades e das peculiaridades daquela situação.

Nós, do Ministério da Saúde — eu sou farmacêutica, trabalho na CONITEC desde 2014 —, temos nos colocado de portas abertas, buscando o diálogo com a sociedade, porque o que fazemos é a avaliação das tecnologias da saúde e o levantamento de evidências científicas.

Mas essa experiência do Rafael, de vocês e de todos os pacientes aqui também é uma evidência prática. Nós temos buscado, cada vez mais, aprimorar a coleta desse tipo de informação para poder subsidiar a tomada de decisão da CONITEC, que vai avaliar e recomendar essas tecnologias.

Vou passar um vídeo rápido de 2 minutos e meio, só para apresentar a CONITEC e para que as pessoas entendam o que podemos fazer e como podemos ajudar nesse problema especificamente.

(Exibição de vídeo.)

A SRA. ALINE SILVEIRA SILVA - Essa é a CONITEC — Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS. Esse é o trabalho que desenvolvemos para proteger a saúde da população, assim como o trabalho da ANVISA que regula a entrada de novas tecnologias no mercado. A CONITEC vai regular essa entrada no



SUS, o que é disponibilizado no SUS. Nós fazemos recomendações em âmbito federal. O Rafael, por exemplo, tem acesso ao cateter, porque, provavelmente, é uma política específica do Estado dele — alguns Estados oferecem esse cateter.

Após as explanações aqui da Gisela e do Dr. José Carlos, eu vejo que existe possibilidade de aprimorar o que está sendo colocado no SUS, na esfera federal, de maneira pactuada, como um protocolo clínico, por exemplo.

Nós temos as diretrizes de atenção à pessoa com lesão medular do Ministério da Saúde. Essas diretrizes foram lançadas em 2012, mas verificamos, após as explanações aqui, que existem diretrizes internacionais mais novas lançadas em 2013. Nós temos novos estudos, como mostrou o Dr. José Carlos, inclusive estudos de custo-efetividade. Tudo isso é subsídio para pautar a CONITEC, para que esse cateter seja incorporado inclusive ao protocolo da CONITEC.

A CONITEC possui uma Subcomissão de PCDTs — Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas, que tem trabalhado muito, nos últimos 3 anos, para atualizar os protocolos disponibilizados pelo SUS para o tratamento de várias doenças. Um dos protocolos inclusive que está sendo elaborado é o protocolo de incontinência urinária não neurogênica em adultos e bexiga neurogênica em adultos. Eu não sei, Gisela, se os senhores têm conhecimento disso. Em São Paulo, em maio deste ano, houve uma reunião de escopo para definir as perguntas importantes direcionadas a esses protocolos. Nós temos realizado também enquetes antes do início desses protocolos para que as pessoas possam fazer perguntas importantes, a fim de que não fiquem de fora deles.

Cabe ao PCDT guiar a oferta das tecnologias, o cuidado da doença em todo o Brasil. Esse protocolo está em fase de elaboração. O documento, quando estiver já definido, vai para consulta pública. É importante que a sociedade e os pacientes estejam atentos para, quando sair a consulta pública, analisar esse documento e dar suas contribuições.

O Dr. Carlos, provavelmente, acompanha esse trabalho de perto. Eu não sei se os senhores já fizeram alguma submissão, porque não temos análise dessa tecnologia, mas qualquer sociedade pode submeter uma demanda a uma avaliação pela CONITEC de uma nova tecnologia. Acho que os senhores têm todo o arsenal



para que isso seja feito. Estamos de portas abertas para discutir a melhor maneira de fazer isso.

Parabenizo a Comissão pela iniciativa de realizar esta audiência pública. A CONITEC, pela Lei nº 12.401, que criou esta Comissão, também prevê a realização de audiência pública. Infelizmente, até o momento, nós ainda não realizamos nenhuma audiência. No entanto, do meu ponto de vista, é uma ferramenta muito importante para que seja discutida, para que os profissionais e os pacientes possam trazer os seus apelos, as suas dúvidas e sugestões.

A consulta pública, até o momento, tanto para a incorporação das tecnologias quanto para a formulação de protocolos, tem sido a principal ferramenta de participação e voz para a sociedade.

De parte da CONITEC, então, peço que vocês participem, estejam atentos e realmente se envolvam com essa tomada de decisão. Estamos de portas abertas.

Obrigada. *(Palmas.)*

O SR. PRESIDENTE (Deputado Eduardo Barbosa) - Bom, a própria Aline provocou aqui um diálogo.

Eu queria ouvir a opinião do José Carlos sobre essa participação efetiva de vocês neste debate, nesta discussão. E peço a vocês que, se tivessem condição, já façam uma visão crítica do protocolo de 2012. E gostaria de saber também, dentro deste debate e dessas discussões científicas, inclusive em algumas reuniões que vocês já tiveram também com o próprio Ministério da Saúde qual é a perspectiva, do seu ponto de vista, sobre a evolução desse protocolo?

O SR. JOSÉ CARLOS TRUZZI - Primeiramente: parabéns, Aline, pela apresentação!

Obrigado, Deputado Eduardo Barbosa, pela oportunidade de responder.

Eu sou um dos cinco membros que compõem o grupo responsável pelos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas da Incontinência Urinária e de Bexiga Neurogênica.

Assim como foi apresentado em relação ao cateterismo com cateter hidrofílico, existe uma série de inovações e mudanças que têm ocorrido, que vieram desde 2012 e que precisavam e precisam ser regulamentados e muito bem listados e pautados, para que o Ministério da Saúde possa oferecer a essa população portadora dessas



disfunções miccionais o que existe de melhor e de mais adequado para a promoção da saúde.

Realmente, foram realizadas reuniões e levantados os temas que precisam ser atualizados. Por coincidência, ontem houve uma conversa, uma minireunião em relação ao andamento desses processos. O objetivo, a meta, é que até antes do final deste ano, os documentos referentes tanto à incontinência urinária quanto à bexiga neurogênica estejam prontos. Provavelmente, no prazo de 1 mês e meio ou, no mais tardar, em 2 meses, esse processo esteja concluído.

A perspectiva é a melhor possível. Sempre que existe uma demanda — tenho que parabenizar o Ministério da Saúde, a CONITEC, por ter expressado essa demanda — para que a sociedade médica possa atuar em conjunto, agregar informações e dados que direcionem, que funcionem como diretrizes, para o tratamento de disfunções, quaisquer que sejam elas, como a deste caso em que estamos tratando de disfunções miccionais relacionadas a lesionados medulares, sempre é muito positivo. Senão, sempre fica aquela imagem de que existe algo a ser feito, mas não foi regulamentado; existe algo potencial para melhora, mas não tínhamos isso registrado.

Então, toda vez que existe algo documentado, toda vez que existe alguma informação que fica padronizada — e a possibilidade de essa informação ser atualizada periodicamente é a proposta —, isso sempre é muito bem visto, e a perspectiva é a melhor possível.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Eduardo Barbosa) - Muito obrigado.

Vou abrir a palavra aos Parlamentares que queiram fazer interpelações, comentários.

Concedo a palavra ao Deputado Mandetta.

O SR. DEPUTADO MANDETTA - Eu estou muito satisfeito com as apresentações. Foi uma pena que na última, que foi a do Ministério da Saúde, eu não pude permanecer.

Acho que aonde chegamos depois dos benefícios todos, que são muito claros, é a um país com uma necessidade muito grande de fazer as contas públicas fecharem. Trata-se da situação do custo-benefício. Acho que é a isso que, no final das contas, chegamos. Acho que o convencimento coletivo da qualidade, da importância, deve



passar pela lembrança de que somos um sistema de saúde universal, do Amapá ao Rio Grande do Sul, com 200 milhões de habitantes e com um número expressivo de lesados medulares. E isso se dá pela nossa falta de prevenção na construção civil; pelo nosso trânsito, que é um dos mais assassinos e geradores de sequelas do mundo; pela nossa guerrilha ou guerra urbana, na qual se usam fuzis; pela nossa exposição solar e pela quantidade de esportes com mergulhos em águas rasas, em rios, balneários. Então, temos um volume de lesão medular muito expressivo.

Eu estive em uma apresentação, se não me engano, na Embaixada da Dinamarca. O número de lesados medulares por ano naquele país, um país que tem muitas áreas de gelo, que é escuro, que tem uma população pequena, com sistemas de prevenção altamente evoluídos, trânsito disciplinado, é quase igual ao que registramos no Brasil por semana, se fizermos uma análise comparativa.

E isso nos coloca desafios de escala muito altos, porque temos que fazer um uso descartável, único.

E caímos neste mesmo debate ontem, na Comissão de Seguridade Social, a respeito da terapia renal substitutiva, que é a hemodiálise, pois há uma portaria da ANVISA que determina a troca de linhas, que são as efusões, mas não obriga a troca do filtro.

E nós verificamos que, no mundo, troca-se tudo: a linha e o filtro. Não há razão para se trocar a linha se não se trocar o filtro. *“Mas vamos trocar a linha porque...”*. *“Espera aí: ou troca tudo ou não troca nada. Por que não trocamos tudo?”* *“Ah, porque dobra o valor da diálise, e nós não temos...”*.

Então, estamos em uma situação de fazer muitas escolhas duras. Se esta Casa aqui debate e a sociedade brasileira debate a reforma da Previdência, por conta da bomba demográfica, porque estamos envelhecendo, assim também ocorre com os planos de saúde, que faz reajustes por faixa etária. A faixa etária dos 70 anos não terá renda suficiente para pagar os planos de saúde, e aí todos irão para o sistema público. E onde há a maior concentração de gastos em saúde é na terceira idade. Então, há essa equação que precisa ficar clara.

Do ponto de vista da parte fisiológica, da fisiopatologia, da insuficiência renal, dos óbitos, isso está pacificado. Acho que isso aí se impõe. Mas como fazer?



E aí vem uma pergunta do ponto de vista técnico também, para que, talvez, possa servir de embasamento para alguma decisão da CONITEC: isso poderia ser feito progressivamente?

Pergunto: pacientes com mielomeningocele, que são pacientes com lesão medular, são pacientes que nascem com os rins preservados, mas têm necessidade de cateterismo intermitente, determinado praticamente para a vida toda, a não ser que a ciência determine diferentemente. Seriam esses os pacientes prioritários? Ou eles não guardam nenhuma relação? Seriam prioritários aqueles que hoje têm insuficiência renal nível 3, para evitar que eles cheguem à insuficiência renal plena? Ter-se-ia condições de fazer isso para todos, dentro de um país com nossas limitações?

E assim eu pergunto porque, se formos no padronizado europeu, vamos para utilização universal, em 100% dos pacientes, independentemente da fase. E também estaríamos certos em fazer isso, do ponto de vista da fisiopatologia.

Se não fôssemos capazes de fazer isso, poderíamos ir por degraus? Se fôssemos por degraus, há alguma possibilidade de contemplar os pacientes de alto risco, aqueles que se sabe que, com 100% de chance, chegam à situação de insuficiência renal plena?

Acho que isso é uma coisa que poderia auxiliar um pouco no debate, senão vamos resumir o debate ao seguinte: o Ministério da Saúde vai falar de orçamento e nós falaremos de ciência. Senão, o debate vai ser esse. E aí será uma luta nossa, de quem está na militância na área da saúde, como o Eduardo, eu e mais uns abnegados aqui dentro, que tentam brigar no orçamento por mais recursos. Em uma sociedade que paga altíssimos impostos, vamos tentar, de alguma forma, arrumar alguma receita adicional para incorporação dessa tecnologia.

Quero lembrar que essa tecnologia concorre, muito provavelmente, com pelo menos outras cinco. Outro dia houve uma discussão aqui sobre a prótese de válvula aórtica nova: vamos ou não continuar com a antiga? E há mortes por insuficiência cardíaca.

Então, deve haver centenas — imagino — de tecnologias na medicina para esse problema, até porque a velocidade da ciência é muito alta em várias áreas. Então, nessa escolha precisamos ser muito sinceros para, primeiro, não fazer



manipulação de expectativas, não fazer política em cima dessas escolhas, mas fazê-las com o maior tecnicismo, o melhor custo-benefício e a maior escala possíveis.

Nesse sentido, pergunto: teríamos alguma sugestão, em termos de grupos prioritários, para pensar em uma conquista gradual? Esse cateter hidrofílico em questão tem concorrência? Há um único fornecedor? Se há um único fornecedor, esse custo apresentado está uniforme mundo afora? Países em desenvolvimento como o nosso têm algum apelo de negociação, pela escala que têm?

Aí eu sei que entra uma parte muito comercial da história. Mas podem ter certeza de que o que hoje limita a medicina brasileira e os degraus que precisamos dar aos usuários está sendo a questão do custo.

Infelizmente, perdi a fala da Aline, mas imagino que ela tenha abordado a questão custo-benefício. Aquele dia havia uma pesquisa externa sobre o custo-benefício, e até provocamos: *“Mas será que poderíamos fazer um grupo de controle menor, para ver como é que isso se daria aqui, com a nossa interferência cultural, educacional? Enfim, poderíamos ter alguma coisa nesse sentido?”* Acho que foi mais o menos esse o final daquele encontro lá na Embaixada, porque isso é uma tomada de decisão, do ponto de vista técnico, da enfermagem, da medicina e do usuário que se impõe, mas se trata agora de uma questão orçamentária.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Eduardo Barbosa) - Obrigado, Deputado Mandetta. V.Exa. já provocou aí um grande debate, não é?

Deputado Alexandre Serfiotis, V.Exa. quer fazer uso da palavra? *(Pausa.)*

Com a palavra o Deputado Alexandre Serfiotis.

O SR. DEPUTADO ALEXANDRE SERFIOTIS - Primeiro, boa tarde, Presidente Eduardo Barbosa, que é um Deputado diferenciado nesta Casa, pela luta na área da saúde e pelas pessoas com deficiência, assim como o Deputado Mandetta.

Cumprimento o Dr. José Carlos, o Rafael, a Aline, a Gisela. Já tivemos a oportunidade de nos encontrar em outro evento. Agora estamos juntos nesta audiência pública. Cumprimento, também, todos os pacientes aqui presentes.

Eu também perdi uma parte da fala da Aline, mas acho que, de fato, toda a nossa angústia, resumindo, é saber na prática em onde isso vai dar.

Como foi dito primeiro pelo Rafael, ele é um dos poucos pacientes com lesão medular privilegiados, pois pode fazer uso do cateter hidrofílico. Nem todos têm esse



acesso, essa possibilidade. E sabemos dos riscos de infecções recorrentes, infecções com resistência a antibióticos. Como ele disse, eram diversas as infecções ao ano; agora, com cateter hidrofílico, isso reduziu a praticamente um episódio de infecção ao ano.

O custo-efetividade também foi citado, assim como a diminuição não só dos riscos de infecção, mas também de sepse, de insuficiência renal. Enfim, o benefício foi muito bem explicado pelo Dr. José Carlos. Creio também que todos os que fazem uso desse cateter têm essa vivência prática da efetividade do cateterismo.

Mas, de fato, qual é a visão do Ministério? O que o Ministério pensa em fazer daqui para frente?

Eu já tive a oportunidade de participar de uma audiência pública com a CONITEC, em razão de um paciente portador de esclerose múltipla que fazia uso da betainterferona. Estava sendo proposta a retirada do medicamento desses pacientes. Fizemos, então, uma audiência pública, para pedir à CONITEC que mantivesse essa medicação. A solicitação de retirada desse medicamento baseou-se em uma pesquisa sobre a qual até então não se sabia ao certo o seu fundamento ou a sua veracidade.

A CONITEC fez uma consulta pública — uma das maiores já realizadas por ela —, da qual participou um número enorme de pacientes e não pacientes, e reviu a sua posição. O medicamento até hoje continua sendo disponibilizado aos pacientes que dele já fazem uso, que são portadores de esclerose múltipla. Não se abriu a possibilidade de uso para novos pacientes, mas, para aqueles que fazem uso do medicamento, mantiveram o fornecimento.

Então, eu não entendi muito bem como seria isso. A Sociedade Brasileira de Urologia ou a Casa provocaria a CONITEC, pedindo uma abertura de avaliação, uma incorporação desse estudo ou dessa consulta pública para incorporação do cateter hidrofílico a esses pacientes, para avaliar, de fato, o custo-efetividade, o custo-benefício do cateter? Depois disso, a CONITEC indicaria ao Ministério a incorporação dessa tecnologia aos pacientes? Como o Rafael disse, essa é uma política do Estado dele, do Município dele, ainda não é uma política nacional, por meio da qual todos têm acesso. Trata-se mais de uma política de Município. Não sei se é o Município que disponibiliza ou o Estado.

(Intervenção fora do microfone. Inaudível.)



O SR. DEPUTADO ALEXANDRE SERFIOTIS - É o Município que disponibiliza para ele, não é?

Mas nós sabemos que a situação do País está cada dia mais difícil. Os Municípios — coitados — já estão colocando 30% da sua receita na saúde, e não estão conseguindo... Estão juntando para conseguir pagar a folha de pagamento dos servidores no final do mês e mal conseguem manter o salário dos servidores em dia. Então, nós sabemos as dificuldades que os Municípios estão vivendo.

De fato, é lá na ponta onde está a demanda da saúde, da educação, da infraestrutura, e é o Prefeito, muitas vezes, o Vereador e os Secretários que recebem essa demanda na porta no dia a dia.

Eu tenho uma vivência de Município muito grande, e nós todos aqui andamos, no dia a dia, nos Municípios. Temos nossa base nos Municípios e sabemos a dificuldade que todos ou quase todos, eu diria a grande maioria, estão vivenciando hoje. Além dos seus 15%, que são obrigatórios, já colocam quase 30% da sua receita na saúde. Cada ano eles têm que colocar mais, transferir mais receita própria para a saúde, para conseguir dar conta de manter o que é básico.

Se nós esperarmos que a política de incorporação venha por meio dos Municípios — o Município do Rafael é diferenciado —, nós sabemos que vamos continuar discutindo aqui durante 1, 5, 10, 20 anos, e o Rafael mais alguns outros poucos vão ter a oportunidade de ter acesso a essa tecnologia, mas a grande maioria vai continuar não tendo, vai continuar correndo o risco de ter infecções recorrentes, sepse, insuficiência renal e até mesmo vir a óbito. Nós sabemos que isso acontece. Como médico, nós sabemos disso.

Então, eu queria tentar entender um pouco na prática como nós poderíamos proceder daqui para frente, visto que a parte técnica já foi muito bem exposta. Todos nós aqui entendemos, não só os que somos médicos, mas todos aqui, em especial os pacientes, entenderam a efetividade dessa tecnologia e a importância dela para a vida dos pacientes.

Mas como o Ministério se apresenta diante dessa demanda? Como nós faríamos? A Casa solicitaria a abertura de uma pesquisa, de um trabalho, para nós podermos dar, daqui para frente, um andamento e chegar a algum lugar?



Primeiro, eu quero parabenizar o Dr. José Carlos, o Rafael, o Deputado Eduardo Barbosa, a Aline, do Ministério, a Gisela, o Deputado Mandetta e principalmente todos os pacientes presentes nesta audiência que levanta esse tema extremamente importante para a saúde pública do Brasil.

Parabéns!

O SR. PRESIDENTE (Deputado Eduardo Barbosa) - Obrigado, Deputado Alexandre.

Nós vamos limitar o nosso tempo, porque, por melhores que sejam as exposições, chega um momento em que nós temos que dar o encaminhamento para a finalização, inclusive no sentido de tornar a reunião proveitosa, senão nós caímos numa retórica.

Eu gostaria de abrir espaço para duas pessoas, principalmente para aquelas que vivenciam a situação manifestarem se estão representadas pela fala do Rafael ou se quiserem acrescentar algo das suas experiências práticas, do seu acesso à política pública, do acesso a cateter, como é isso na vida prática. Depois eu vou voltar para a Mesa, quando eles vão fazer comentários do que foi aqui identificado pelos Parlamentares e por vocês. Eles também vão fazer uma fala conclusiva e, dessa forma, vamos encaminhar para o encerramento.

Há alguém que queira manifestar-se? Os dois já estão identificados ali.

Identifique-se, por favor, no microfone. Qual é o seu nome?

O SR. LEANDRO AMORIM - Meu nome é Leandro Amorim, eu sou Coordenador-Geral da Associação Brasileira de Rugby em Cadeira de Rodas — ABRC de Brasília, que é a BSB Quad Rugby.

Aproveito um pouco a palavra do nosso amigo Rafael. Vou complementá-lo brevemente, para a reunião ter um bom andamento.

Tudo o que a Gisela disse realmente são dificuldades pelas quais nós passamos. Como o Rafa disse, ele teve a oportunidade conhecer esse produto, que é o cateter, fora. Quando ele chegou aqui — nós já temos uma amizade por meio do Rugby — e nos passou o cateter, nós o conhecemos e começamos a fazer uso dele. Na minha situação, eu não conseguia fazer uso do cateter sozinho, sempre precisei de auxílio. Parecia uma cirurgia para poder fazer uso desse outro cateter, dessa outra sonda, como nós falamos. Sempre tive, realmente, as infecções repetitivas. Depois



que eu consegui fazer sozinho o meu próprio cateterismo com esse novo cateter, as infecções sumiram, eu tive uma vida melhor mesmo, realmente.

Eu vejo também, como nós organizamos campeonatos todo ano aqui, que agora mais atletas estão vindo participar. Quando a competição estava próxima, atletas ligavam dizendo que não podiam vir porque estavam com infecção. Já perdemos amigos também por conta de infecção urinária ter se agravado.

Então, fica o pedido, para a Dra. Aline, de que dê celeridade a isso, porque isso é importante mesmo para nós. Outros Estados estão recebendo... Às vezes, nós conseguimos com as pessoas que trabalham com o cateter e que nos ajudam ou até do próprio Rafa, que divide com a gente um pouco, ou com outros amigos de outros Estados, para ver se nós conseguimos ter...

Eu digo isso, Aline, porque tem gente que às vezes está reutilizando a sonda. Ela é tão boa que a pessoa reutiliza. A outra, quando nós vamos passar, por ser muito enrolada, machuca o nosso canal, prende e dobra dentro do nosso canal e vêm essas complicações.

Então, eu digo, em nome de todos que eu posso representar agora, que isso é muito importante para nós. Nós até somamos: para nós urinarmos, gastamos quase 5 reais por vez. E aquela pomada, quando eu vou colocar, às vezes eu a derramo e pego outra contaminação. A complicação é muito grande.

Nós estamos nesta audiência pública, que eu vejo como um avanço mesmo, para que nós possamos levar isso à frente e não ficar parado aqui. Espero que isso possa melhorar a minha vida como atleta não profissional e a minha vida de trabalho, a minha vida familiar, para poder estar mais com a minha família, não estar dentro de um hospital.

Como o Rafa disse, nós perdemos tempo com isso, prendemos outras pessoas, mobilizamos mais pessoas que não podem estar nisso. Eu creio que é um custo maior ainda para o Estado eu estar internado, precisar fazer soro, precisar fazer punção venosa, ficar com aquela situação chata.

Às vezes, como o doutor disse, o ciprofloxacino não dá mais conta, e nós temos que tomar uma injeção, que às vezes não dá mais certo. Temos que ficar com aquele soro direto, fazendo um tratamento por 14 dias e, 3 dias depois, nós estamos com infecção de novo.



Então, eu peço aos Deputados que estão aqui que possam realmente dar uma celeridade a isso, vendo o nosso lado, porque isso é importante. Nós realmente precisamos disso, nós não estamos brincando com a nossa saúde. Nós temos amigos e os perdemos com isso. Às vezes as pessoas acham que é pouco, mas nós já perdemos pessoas com infecção urinária.

Esse novo cateter para mim foi fundamental. Melhorou minha vida, minha autoestima, de forma imensurável. *(Palmas.)*

O SR. PRESIDENTE (Deputado Eduardo Barbosa) - Obrigado.

O Sr. Edson está com a palavra.

O SR. EDSON ROSA - Boa tarde a todos.

Meu nome é Edson Rosa, eu tenho 24 anos de lesão. Fiquei paraplégico por acidente de arma de fogo.

Mais ou menos 6 anos atrás, eu tive que extrair meu rim esquerdo. Eu tenho só um rim em funcionamento, fato decorrente da seguinte situação: no início, a informação que nós tínhamos é que nós deveríamos usar coletor. O que é coletor? É algo como um jontex que se coloca em volta do pênis. Ele tem um canal em que se tem a bolsa coletora, para onde vai descendo a urina. Isso não esvazia sua bexiga totalmente.

Na maioria das vezes, em muitos Municípios de Minas Gerais, o que o Estado e o Município nos oferecem? Eles oferecem sete sondas para o paciente utilizar durante 1 mês. Ele tem que reutilizar cada sonda. O que nos é orientado é que nós devemos usar essa mesma sonda durante 5 dias. Nós praticamente fazemos o cateterismo, a passagem de sonda, mais ou menos de 4 a 6 vezes por dia.

Decorrente dessas orientações, como nosso colega disse, nós vimos muitos atletas — eu jogo basquete — e muitos amigos que, como eu, perderam um rim. Outros realmente tiveram falência total dos rins, outros foram para a hemodiálise, outros foram a óbito. Isso é grave, é muito grave!

Com esse novo... Novo, não. Nós falamos “novo”, porque faz pouco tempo que eu conheço o cateter da cola plástica, esse cateter hidrofílico. Até então, eu não tinha visto nenhum outro. Ele é o mais higiênico possível. Praticamente, como nosso amigo ali disse...

(Intervenção fora do microfone. Ininteligível.)



O SR. EDSON ROSA - Não, nós recebemos o convencional: sete sondas por mês. Somos orientados a utilizar uma sonda durante 5 dias e nós a utilizamos diariamente. No meu caso, uso 6 vezes ao dia. Usamos de 4 em 4 horas, de 3 em 3 horas, dependendo da quantidade de líquido que bebemos durante o dia. E isso nos traz muita infecção urinária. Como disse o nosso colega, nós tomamos antibióticos como o ciprofloxacino como chupamos bala. E, na maioria das vezes, a bactéria fica resistente ao antibiótico, e ele não combate mais a infecção.

Como conseguimos esse cateter? Indo à Defensoria Pública, levando relatório médico, explicando tudo detalhadamente. A burocracia é muito grande. Muitas vezes, ele nos é negado, não conseguimos obtê-lo. Nós mesmos mostramos o custo-benefício entre o cateter convencional que utilizamos e o hidrofílico, que é muito mais higiênico. Temos praticamente — não vou dizer zero — quase zero de infecção com esse cateter. Não precisamos manipulá-lo com as mãos. E, na maioria das vezes, não ganhamos luva, e, quando eles nos oferecem, a luva não é estéril, é daquela caixinha. Usamos xilocaína como lubrificante para passar na sonda convencional. É tudo muito complicado.

Já perdemos muitos amigos — eu nem vou falar de atletas — por conta desses procedimentos. Realmente, temos muitos amigos que ficam internados nos hospitais por mais de 10 dias para tomar um antibiótico intravenoso. Se utilizássemos esse cateter, na maioria das vezes, não iríamos passar por esse tipo de situação.

Era isso que eu queria deixar para vocês, para que possam olhar com bastante atenção e carinho essa situação. Na verdade, como usuário da sonda que a maioria das pessoas que têm lesão medular utiliza, eu praticamente suplico aos senhores, porque precisamos disso. Se não utilizarmos esse tipo de procedimento para fazer o cateterismo, estaremos encurtando a nossa vida.

Era isso que eu queria dizer a vocês. (*Palmas.*)

O SR. PRESIDENTE (Deputado Eduardo Barbosa) - Muito obrigado, Edson.

Agora nós vamos organizar nossa Mesa aqui. Inicialmente, eu gostaria que o Rafael e, talvez, a Gisela pudesse nos dizer como foi a experiência no Paraná e como o Estado evoluiu nessa condição de já poder fazer a distribuição do cateter hidrofílico; como foi feito isso, em termos de argumentação e justificativa, e qual é a realidade do Estado.



A SRA. GISELA DE ASSIS - Eu queria mesmo discutir isso com base no que foi colocado sobre priorização de distribuição para alguns grupos, por exemplo. Vejo como uma dificuldade selecionar um grupo para receber esse tipo de cateter pelo fato de que o mesmo grupo está exposto a variáveis distintas. Fornecendo a um grupo, poderíamos fornecer para pessoas que não desenvolveriam as complicações, em detrimento de outras que estão em grupos não beneficiados, mas que estão mais expostas a variáveis que as levem a complicações como as apresentadas pelos usuários desse dispositivo.

Em Curitiba, qual foi o critério adota para fornecimento desses cateteres? Eles foram fornecidos a pacientes de qualquer grupo, porque sabemos que não só pessoas com lesão medular precisam de cateterismo intermitente. Temos as pessoas com hiperplasia de próstata, ou com diabetes, ou com cistopatia diabética, enfim, diversos grupos necessitam de cateterismo intermitente. Então, são beneficiárias pessoas de qualquer desses grupos que tenham algumas condições que as deixem mais suscetíveis ao desenvolvimento dessas complicações citadas, pessoas que têm estenose de uretra, estreitamento uretral de qualquer natureza.

O SR. DEPUTADO MANDETTA - Eu achei que você iria falar que fizeram de forma geral, mas fizeram por grupos. Quais os grupos? Estenose...

A SRA. GISELA DE ASSIS - Exatamente. Os pacientes com estenose, de início, já recebem como primeira indicação. Também recebem pessoas com estreitamento uretral e com tetraplegia, porque, nesse caso, a pessoa precisa de um cuidador para realizar o procedimento, e aí está envolvida outra flora microbiana, e há maior necessidade de resistência bacteriana do indivíduo. Então, quem tem tetraplegia também tem indicação direta. E são atendidas também pessoas que, apesar das outras medidas de prevenção, continuam desenvolvendo complicações, como, por exemplo, a infecção de recorrência. Se essas pessoas estão sendo acompanhadas pelo sistema de saúde, já foi revista a tríade, estão ingerindo a quantidade de água recomendada — 30 ml/quilo/dia —, estão realizando o cateterismo na frequência determinada com base num diário vesical, ou seja, se elas estão fazendo duas das três estratégias de prevenção e continuam desenvolvendo infecção, nós mudamos a indicação inicial de cateter convencional para cateter hidrofílico.



A mesma coisa para trauma uretral. Apesar da estratégia de passar devagar, de utilizar o calibre adequado, se a pessoa continua tendo sangramento em alguns dos cateterismos, nós tiramos a indicação de cateter convencional e passamos para cateter hidrofílico.

Então, é nesse sentido que eu digo que esses não são de um grupo específico.

O SR. DEPUTADO MANDETTA - E qual o percentual absoluto de cateterismos que se atinge com esses três grupos?

A SRA. GISELA DE ASSIS - Aproximadamente 40%.

O SR. DEPUTADO MANDETTA - Aproximadamente 40% dos pacientes que necessitam de cateterismo intermitente no Paraná foram enquadrados nisso?

A SRA. GISELA DE ASSIS - Só em Curitiba.

(Intervenção fora do microfone. Ininteligível.)

A SRA. GISELA DE ASSIS - Sim. É um protocolo da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Eduardo Barbosa) - Como se chegou a isso?

A SRA. GISELA DE ASSIS - Discussão entre profissionais da Secretaria. Eu trabalho no Hospital de Clínicas, sou funcionária pública da União, e eles chamaram pessoas que trabalham com cateterismo intermitente, que trabalham em centros de reabilitação, para compor uma comissão de discussão. A partir disso, foram revistos *guidelines*, estudos publicados, para se chegar a esse número, cuja cobertura pelo Município seria possível.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Eduardo Barbosa) - Vocês levaram em conta também a questão do custo?

A SRA. GISELA DE ASSIS - Sim.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Eduardo Barbosa) - E é distribuído por quem?

A SRA. GISELA DE ASSIS - Pela Prefeitura. Eles buscam diretamente na Unidade Básica de Saúde.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Eduardo Barbosa) - Então, há um cadastro?

A SRA. GISELA DE ASSIS - Sim.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Eduardo Barbosa) - E há uma equipe diagnóstica central que define isso ou as unidades já são preparadas para isso?



A SRA. GISELA DE ASSIS - Os pacientes são encaminhados para o Centro de Reabilitação ou para o Hospital de Clínicas, depois de terem passado pelos hospitais de atendimento inicial ao trauma. Nesses locais, a indicação é feita. Mas temos trabalhado também com a capacitação de enfermeiros da rede básica para, caso os pacientes não cheguem até nós, no início da lesão, ao chegarem à Unidade Básica de Saúde, o enfermeiro, juntamente com o médico e a equipe multiprofissional, terão condição de avaliar se o caso precisa desse tipo de intervenção, embora não tenha sido indicado pelo Centro de Reabilitação.

Assim poderemos ter menos pessoas na situação em que o Rafael esteve, de infecção de recorrência, apesar da frequência adequada e apesar da ingestão hídrica. A infecção de recorrência o afasta da vida profissional e da vida social, apesar de ter conhecimento dos procedimentos a adotar. Então, a ideia é diminuir esse número, que ainda é grande.

Ainda é grande o número de pacientes que saem do hospital de atendimento inicial do trauma sem terem sido encaminhados para o Centro de Reabilitação, sem conseguirem chegar, pelo tempo de fila, ao Ambulatório de Disfunções Músculo-esqueléticas do Hospital de Clínicas. E muita gente fica perdida por anos até nesse intervalo de encaminhamento para um hospital especializado. Por conta disso, temos trabalhado a capacitação da rede básica também para fazer essa indicação e não precisar esperar esse trâmite.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Eduardo Barbosa) - A faixa etária tem alguma influência também no protocolo?

A SRA. GISELA DE ASSIS - Nesse protocolo, não.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Eduardo Barbosa) - O.k.

Rafael, você queria completar alguma coisa em relação a esta questão?

O SR. RAFAEL HOFFMANN - Sim. Eu só queria falar que fui morador de Curitiba e passei a fazer uso contínuo do cateter, através desse programa de que a Gisela acabou de falar. Voltei para a minha cidade natal, Florianópolis, e lá a Secretaria de Saúde não tem programa de fornecimento desse cateter como há em Curitiba. Atualmente, estou fazendo o uso do cateter através de ordem judicial. Então estamos ainda nesse processo.

(Intervenção fora do microfone. Ininteligível.)



O SR. RAFAEL HOFFMANN - É, infelizmente.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Eduardo Barbosa) - O.k., Rafael.

Vou passar a palavra ao Dr. José Carlos, para fazer seus comentários sobre as intervenções do Deputado Mandetta e dar sua visão a respeito disso como membro da SBU — Sociedade Brasileira de Urologia e da Subcomissão que tem dado subsídios para o Ministério da Saúde. Depois falará a Aline.

Dentro dessa perspectiva, qual é a sua análise, Dr. José Carlos, em termos de custo-benefício, já que o senhor fez um trabalho voltado para essa questão? De fato, isso também é um indicativo para que o Ministério possa modificar o protocolo existente, fazendo a indicação de que o custo-benefício já está contemplado em uma argumentação forte para os gestores públicos municipais e estaduais?

O SR. JOSÉ CARLOS TRUZZI - Realmente todas as observações do Deputado Mandetta são extremamente pertinentes. Nós já tivemos a oportunidade, inclusive, de conversar a respeito. Gostaria de ter as respostas para todas essas questões; infelizmente não tenho. Mas tenho algumas considerações que talvez auxiliem os Deputados, a Câmara, o Ministério da Saúde na tomada de decisões na política de saúde.

A Gisela falou sobre definir grupos que podem se beneficiar mais. Esses critérios que foram adotados em Curitiba são uma possibilidade para se eleger quais seriam os candidatos ao uso do cateter hidrofílico. Mas, indiscutivelmente, estaríamos tentando definir quem vai se beneficiar mais. Infelizmente, não existe um consenso universal em relação a isso. Nós nem sequer temos dados mundiais em relação a crianças, como foi dito, sobre o disrafismo medular.

Essas avaliações todas foram feitas em população adulta. Provavelmente essa população se beneficie mais ainda, porque são pessoas que vão acabar utilizando por um longo período de tempo e que têm realmente o trato urinário preservado ou supostamente preservado no início da vida.

Quando se pensa no custo-benefício de determinado tratamento, de determinada tecnologia — daí o motivo do estudo que nós realizamos —, não é ideal que se pense apenas no custo unitário diretamente, no custo daquilo que se aplicar. Existem os desdobramentos, as consequências da não realização do tratamento.



Se seguirmos na escalada de resistência bacteriana que está prevista — e, infelizmente, é provável que seja mundial, sim, e o Brasil simplesmente faz parte desse contexto —, em muito pouco tempo, vamos precisar de antibióticos cada vez mais potentes para tratar as infecções que hoje são contornadas até com alguns antibióticos mais usuais. O custo desses antibióticos não dobra; ele cresce exponencialmente. Um antibiótico de uso oral tem custo unitário de dezenas de reais. O custo de um antibiótico injetável vai para a casa de milhares de reais por dia.

Vamos imaginar um indivíduo que sofra de três episódios de infecção por ano, como o Rafael citou. O cálculo não é exatamente este, mas vamos imaginar que, em uma ou duas vezes, tivesse de ser internado. O custo realmente se torna exorbitante. E isso se torna exorbitante em qualquer âmbito, tanto no do sistema público quanto no do sistema privado de saúde. Então, esse ponto tem que ser ponderado, não apenas o custo do cateter. O cateter tem um custo mais alto. O preço do cateter hidrofílico é inquestionavelmente mais alto, tanto aqui no Brasil como em qualquer lugar do mundo. Mas o valor que se vai agregar de economia talvez seja um dos pontos que mereça ser considerado também. Como eu disse, não tenho uma resposta. Essa é apenas a tentativa de um raciocínio para ajudar nesse pensamento.

O outro ponto é relacionado ao nosso papel, ao papel dos Deputados, ao papel dos médicos, ao papel de toda a população em relação a infecções mundiais.

Nós temos realmente um papel crítico nisso. Nós vamos vivenciar uma era em que todas as outras doenças vão ter realmente papel secundário. E nós estamos caminhando muito rápido para isso, muito mais rápido do que se imagina.

Em relação à participação nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas — PCDT, protocolos que vão se desenvolver e auxiliar o Ministério da Saúde na tomada de decisões, a expectativa é a de sempre fornecer ferramentas para o Ministério. Os PCDT não indicam um procedimento. Eles mostram quais são as evidências científicas. Todos os dados, todas as conclusões inseridas nesses documentos são baseados em dados científicos, em dados que nós temos.

A ciência avança, a Medicina muda, alguns conceitos mudam. Daí a importância de termos atualizações, de termos recorrentemente reavaliações nessas situações. Mas é extremamente importante fornecermos ao Ministério da Saúde os dados que mostram aquilo que existe de melhor. E não me refiro apenas ao cateter,



que vai ser mais fácil de se manipular e vai trazer menos problemas, mas também me refiro ao que se vai fazer de melhor, inclusive, para a economia do País.

Se nós formos pensar, os custos de internações para tratamento com antibiótico e terapia endovenosa são realmente exorbitantes, isso desconsiderando a potencial necessidade de terapia intensiva, desconsiderando uma série de outros pontos que estariam incluídos, como o afastamento do trabalho que sofre a pessoa portadora de deficiência com infecção, como a perda de qualidade de vida, que é totalmente imensurável do ponto de vista econômico.

Então, o objetivo é fornecer ferramentas para que todo esse conjunto de dados seja avaliado, para que se possa obviamente chegar a uma decisão. Eu entendo e concordo plenamente que toda a situação econômica do País tem um papel crítico, um papel fundamental na interpretação e na avaliação do que deve ou não ser aprovado. E infelizmente os custos com a judicialização da Medicina estão cada vez mais altos, estão estratosféricos. Os dados são assustadores. Essas ferramentas talvez tenham até o intuito de diminuir um pouco essa judicialização, de ajudar a que se chegue a um equilíbrio, de obter um recurso que possa até ajudar a diminuir a necessidade de ações judiciais, as quais podem demandar custos ainda maiores.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Eduardo Barbosa) - A tecnologia é de um único fornecedor? No mundo inteiro existe um único fornecedor?

O SR. JOSÉ CARLOS TRUZZI - Existem outros cateteres lubrificados e hidrofílicos também. Mas eu prefiro não entrar na questão de custos.

O SR. DEPUTADO MANDETTA - Já há esse cateter nacional? O Brasil já o fabrica?

O SR. JOSÉ CARLOS TRUZZI - Nacional, não.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Eduardo Barbosa) - Aline, qual é a sua expectativa agora com a mudança do protocolo existente? O Dr. José Carlos acredita que, no prazo de 2 meses, talvez, esses subsídios já estejam prontos. Como é essa lógica dentro da CONITEC?

A SRA. ALINE SILVEIRA SILVA - Nós tentamos mostrar no vídeo, para que as pessoas possam entender, como é o processo da CONITEC. Eu já falei um pouco, mas vou repetir algumas coisas.



Os aspectos que a CONITEC analisa não são apenas aspectos econômicos. Ela analisa com muita profundidade as evidências científicas, os aspectos de eficácia e de segurança, os aspectos relacionados ao paciente e os aspectos relacionados à logística do País, que tem dimensões continentais.

Essas evidências são analisadas, e existem pré-requisitos para que as tecnologias novas sejam avaliadas. A CONITEC age por demanda, ela é reativa.

Conforme o Dr. José Carlos falou, os protocolos que estão sendo elaborados sobre esse tema foram uma demanda interna do Ministério da Saúde. Por uma necessidade de saúde, o Ministério entendeu ser importante nós fazermos um protocolo clínico. No entanto, para que uma nova tecnologia seja avaliada, a CONITEC precisa ser provocada. Precisamos receber uma demanda. Alguém precisa demandar a incorporação dessa tecnologia para que ela seja avaliada. Pode ser uma sociedade de pacientes, pode ser a Sociedade Brasileira de Urologia, pode ser uma demanda interna do Ministério da Saúde.

O SR. DEPUTADO MANDETTA - Nesta própria Comissão, ao final, nós vamos fazer uma deliberação, e a Comissão vai provocá-la.

A SRA. ALINE SILVEIRA SILVA - Sim, mas nós precisamos de alguns requisitos para que seja avaliada. Precisamos de estudos científicos, de um levantamento de eficácia e segurança, e de estudos econômicos. Como eu falei, nós temos todo o arsenal aqui para que isso seja feito. Isso está posto nesta Mesa pela Gisela, pelo Dr. José Carlos, que falou que há estudos novos.

Então, o Ministério da Saúde tem um protocolo definido, só que é um protocolo antigo, de 2012. No entanto, o Ministério da Saúde, por meio da Subcomissão de PCDT da CONITEC, reuniu-se em São Paulo, em maio deste ano, para discutir este tema. Inclusive, o Dr. José faz parte dessa Subcomissão. Eles estão discutindo este tema, levantando as evidências. Mas, para analisar a incorporação dessa tecnologia para vários grupos de pacientes, precisamos ser demandados. Foi isso que eu disse antes. E nós temos aqui todo o arsenal para que isso seja feito.

O SR. DEPUTADO MANDETTA - E vocês trabalham com algum cronograma ou decidem quando vão estudar algum tema?

A SRA. ALINE SILVEIRA SILVA - Sim, a CONITEC tem 180 dias para tomar uma decisão. Antes da Lei 12.401, de 2011, que criou a CONITEC, nós não tínhamos



prazo, não tínhamos requisitos e pré-requisitos para que fosse feita a avaliação e a incorporação dessas tecnologias ao SUS.

O SR. DEPUTADO MANDETTA - Isso começou em maio?

A SRA. ALINE SILVEIRA SILVA - Não. Começou em 2011, com a criação da CONITEC.

O SR. DEPUTADO MANDETTA - Não, não. Eu me refiro a este tema específico.

A SRA. ALINE SILVEIRA SILVA - Este tema específico, sim, começou a ser discutido em maio deste ano.

O SR. DEPUTADO MANDETTA - Então, aproximadamente até dezembro deve haver uma posição?

A SRA. ALINE SILVEIRA SILVA - Isso. Foi o que o Dr. José falou. Só que nós precisamos de uma demanda para avaliar essa tecnologia.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Eduardo Barbosa) - A CONITEC ainda não foi provocada?

A SRA. ALINE SILVEIRA SILVA - Para avaliar a tecnologia e incorporá-la, não. Mas o protocolo está sendo elaborado.

O SR. DEPUTADO MANDETTA - Mas ela não foi provocada pelo Ministério da Saúde?

A SRA. ALINE SILVEIRA SILVA - Sim, para elaborar o protocolo. Então, nesse protocolo, com certeza, as evidências sobre essa tecnologia específica estão sendo levantadas. Eu não faço parte da Subcomissão, mas eu acredito que...

O SR. DEPUTADO MANDETTA - Sim, mas esse prazo de 180 dias é a partir da provocação do Ministério da Saúde ou é a partir de agora? Depois da conclusão, vocês recebem todo esse material e falam: "*Ótimo esse material*". Mas, como ninguém os provocou, vocês guardam? Se alguém os provocar, conta o prazo de 180 dias de novo?

A SRA. ALINE SILVEIRA SILVA - Os 180 dias são o prazo para incorporação da tecnologia. Para a avaliação do protocolo...

Dr. José, como o senhor faz parte do grupo, tem mais detalhes, sabe o prazo?

O SR. JOSÉ CARLOS TRUZZI - O protocolo é amplo, na verdade. Ele não é especificamente sobre cateterismo. O protocolo fala de medicamentos, fala de



cateterismo, fala de tratamento cirúrgico, fala de uma série de assuntos. A entrega da documentação está prevista realmente para antes do final deste ano. Provavelmente o prazo vai ser cumprido.

O SR. DEPUTADO ALEXANDRE SERFIOTIS - Mas a elaboração do protocolo não tem nada a ver com a provocação da CONITEC. Um não necessariamente precisa do outro. A CONITEC pode ser provocada por esta Comissão, por exemplo.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Eduardo Barbosa) - Pelo que eu estou entendendo, e eu acho que é muito bom que fique claro para nós, porque vai depender das nossas atitudes a partir de agora, é que existe uma provocação de discussão do protocolo, que é mais amplo. Mas, em relação à tecnologia específica do cateter hidrolisado, nós vamos ter que fazer uma provocação para incorporação de uma forma imediata.

O SR. DEPUTADO ALEXANDRE SERFIOTIS - Isso. Aí serão levantados estudos em relação a segurança, efetividade, impacto econômico...

A SRA. ALINE SILVEIRA SILVA - Exatamente. E aí se conta o prazo de 180 dias para se tomar a decisão e para que ele seja disponibilizado.

O SR. JOSÉ CARLOS TRUZZI - O objetivo desse documento, na verdade, é fornecer ao Ministério da Saúde o que existe de possível entre medicamentos, cateter, enfim, todos os tratamentos, quais são as melhores opções, quais são as alternativas. Essa é a base de dados que a CONITEC vai utilizar. Eu acredito que são situações não totalmente independentes. Sem essas ferramentas, vai-se voltar para 2012. Com essa documentação, nós vamos estar com um dado atual.

Agora, a partir da provocação, a sequência toda eu não sei qual é.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Eduardo Barbosa) - Iniciou-se uma votação nominal, e nós temos que ir para o plenário.

Eu acredito que esta audiência foi extremamente rica. Eu acho que nos trouxe indicativos claros da ação política desta Comissão e dos Deputados que aqui estão.

Nós nos comprometemos também já, dentro dos critérios da CONITEC, a fazer a provocação. Peço à secretaria da nossa Comissão que já estude uma maneira de fazermos formalmente essa provocação e que analise quais são esses pré-requisitos que a CONITEC exige.



Se precisarmos ter, também, a participação de movimentos da sociedade. As instituições que estão aqui poderiam assinar conosco, nesta Comissão, essa provocação.

Nós vamos, também, acompanhar esse trabalho da CONITEC, Aline. E esperamos que você também dê uma abertura dentro da CONITEC, na Subcomissão, e que nos informe sobre os passos que estão sendo dados.

Da mesma forma, Dr. José Carlos, V.Sa. poderia mandar para cá algumas memórias das reuniões, para que nós não percamos essa trilha e possamos caminhar juntos.

Pois bem, o nosso tempo se encerrou. Acredito que atingimos o objetivo da reunião. Agora, vamos trabalhar.

Obrigado a todos os senhores. Contem conosco aqui na Comissão.

Está encerrada a reunião.