



O SR. PRESIDENTE (Dr. Jorge Silva. Bloco/SOLIDARIEDADE - ES) - Boa tarde a todas e a todos.

Declaro aberta a presente reunião.

Informo aos Srs. Parlamentares que esta reunião está sendo transmitida ao vivo pelo *site* da Câmara na Internet. Informo também que as imagens e o áudio estarão disponíveis para serem baixados na página desta Comissão logo após o encerramento dos trabalhos. As fotos do evento serão disponibilizadas no Banco de Imagens da Agência Câmara, na página desta Casa. Informo ainda que as filmagens da *TV Câmara* poderão ser solicitadas junto à Secretaria desta Comissão.

Esta reunião de audiência pública foi convocada nos termos do Requerimento nº 24, de 2015, do Deputado Federal Dr. Jorge Silva, aprovado por esta Comissão, a Comissão de Seguridade Social e Família, para realização do VIII Fórum de Políticas Públicas e Saúde do Homem.

Quero falar da importância da Comissão de Seguridade Social e Família. Esta é a segunda maior Comissão desta Casa — só a Comissão de Constituição e Justiça está à sua frente. Neste ano esta Comissão ganhou um significado importante, pela quantidade de projetos que por aqui passaram e pela qualidade dos que foram aprovados. Na Presidência, o Deputado Antonio Brito executa um excelente trabalho.

Vou convidar os nossos palestrantes para que componham a Mesa.

Convido a Dra. Carmita Abdo, psiquiatra e professora da USP, fundadora e coordenadora do Programa de Estudos em Sexualidade — PROSEX, do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo. Nesta Mesa, ela representa a Associação Brasileira de Psiquiatria. Agradeço à Dra. Carmita pela presença. Esta é a terceira vez que nos prestigia no nosso fórum sobre saúde do homem.

Convido o Dr. Rômulo Marocco Filho, membro e representante da Sociedade Brasileira de Urologia.

Convido a Sra. Luciana Holtz, Presidente do Instituto Oncoguia. É uma parceira da Câmara. Sempre realiza belos eventos junto à Câmara Federal. Eu lhe agradeço.

Convido o Sr. Luiz César Nazário Scala, Diretor de Relações Governamentais e representante da Sociedade Brasileira de Cardiologia. A Sociedade Brasileira de Cardiologia sempre tem sido parceira do seminário sobre saúde do homem. É a terceira vez que ela está aqui presente, participando de políticas públicas sobre saúde do homem.



Desta vez, está sendo representada pelo Dr. Luiz César Nazário, a quem agradeço a presença.

Convido a Dra. Angelita Elizabete Hermann, Coordenadora da Área Técnica de Atenção à Saúde do Homem do Ministério da Saúde. A Dra. Angelita acabou de assumir a coordenação dessa área técnica. É um prazer recebê-la. Estivemos conversando lá na coordenadoria. Percebemos que há muita disposição de trabalhar em favor da saúde do homem. Ela tem experiência como Secretária de Saúde do Município de Vacaria, no Rio Grande do Sul, onde realizou um excelente trabalho. Mais uma gaúcha está prestando serviços ao nosso País.

Comunico que cada convidado terá o prazo de 15 minutos, prorrogável por mais 5 minutos, para fazer a sua exposição. A prorrogação fica a juízo desta Presidência. Os convidados não podem ser aparteados. Os Deputados inscritos para interpelar os convidados poderão fazê-lo estritamente sobre o assunto da exposição, pelo prazo de 3 minutos, tendo o interpelado igual tempo para responder, facultadas a réplica e a tréplica pelo mesmo prazo, não sendo permitido ao orador interpelar quaisquer dos representantes.

Quero registrar a presença do Dr. João Gabbardo dos Reis, Presidente do Conselho Nacional de Secretários de Saúde — CONASS, a quem agradeço. O Dr. João tem sido um parceiro na discussão das questões voltadas à área de saúde aqui na Câmara. Participou de diversas audiências em Comissões desta Casa. Tem prestado um importante trabalho à sociedade brasileira, principalmente quanto à discussão sobre o financiamento da saúde brasileira, sobre a abertura desse gargalo que existe hoje na área de saúde em nosso País.

Registro a presença do Dr. Rodrigo Oliveira, representante do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde — CONASEMS, outra entidade que tem participado de maneira ativa junto à Câmara Federal nas discussões sobre a saúde pública no País.

Também está presente o Dr. Rubens Bendlin, responsável pela coordenação da área de saúde do homem e do idoso na Secretaria de Saúde do Paraná. Eu agradeço ao Dr. Rubens a presença e lhe dou parabéns pela instituição dessa coordenação sobre saúde do homem. Ele realizou importante trabalho lá no mês de agosto, um trabalho de abordagem da saúde do homem de maneira bem abrangente. Assim também vê a questão a Frente Parlamentar de Atenção Integral à Saúde do Homem.



Este é o oitavo seminário que fazemos. Isso é muito importante. Os homens sempre ficaram um pouquinho para trás, não é, Deputada Carmen? As mulheres aqui na Câmara são bem mais organizadas. É realizado aqui o evento Outubro Rosa, que faz um trabalho muito bom, um trabalho interessante, um trabalho de divulgação sobre a saúde feminina. Nós não podíamos ficar atrás. A Frente Parlamentar de Atenção Integral à Saúde do Homem nasceu com a visão de discutir a saúde do homem de maneira bem abrangente. O primeiro seminário que aqui realizamos aconteceu em 2013. Nós fizemos o Novembro Azul, que é um movimento internacional que existe, aproveitando o gancho do câncer de próstata, da patologia de próstata, mas com uma abordagem mais abrangente do homem. Não se considera o homem apenas como um ser que tem próstata, considera-se o homem como um ser humano completo. A nossa Mesa mostra essa visão da frente parlamentar.

Nos outros fóruns que realizamos aqui, estiveram presentes representantes da saúde da família, representantes da fisioterapia. Infelizmente não é possível convidar os vários representantes das diversas entidades, mas sempre se procura motivar a população masculina, que tem uma dificuldade até cultural de cuidar da sua saúde.

Neste ano tivemos a ideia, juntamente com a Deputada Carmen e o Dr. Rômulo, de promover um fórum sobre saúde conjugal. Nós unimos forças e fizemos essa discussão. Convidamos a coordenadoria da frente parlamentar das mulheres e fizemos esse fórum. Tivemos boas ideias. Espero conseguirmos, nos próximos anos, fazer uma parceria para focar a saúde masculina e a saúde feminina nesta Casa.

Antes de ouvirmos nossos convidados, eu gostaria de passar a palavra à Deputada Carmen Zanotto, que representará aqui a Secretaria da Mulher.

A SRA. CARMEN ZANOTTO (PPS - SC) - Obrigada, Presidente Jorge Silva, proponente do VIII Fórum de Políticas Públicas e Saúde do Homem.

Eu quero, em nome da Secretaria da Mulher da Câmara dos Deputados e como Presidente da Frente Parlamentar de Prevenção, Diagnóstico e Tratamento do Câncer, saudar todos os nossos expositores, todos os nossos convidados, os que fazem efetivamente a saúde nos Municípios, os gestores municipais e os gestores estaduais, e cada trabalhador do Sistema Único de Saúde. Nós da Secretaria da Mulher temos preocupação, sim, com a saúde dos homens, em especial porque não têm a cultura de procurar o médico e fazer a prevenção, e são os homens que morrem mais em



decorrência, sobretudo, de acidentes de trânsito, de doenças cardiovasculares. Só procuram um médico quando realmente apresentam sinais ou sintomas.

Deputado Dr. Jorge, eu estou aqui, em nome da nossa Coordenadora-Geral, a Deputada Dâmina, saudando-o, dando boas-vindas a todos, acompanhando esse trabalho e reforçando a parceria entre a Secretaria da Mulher, a Frente Parlamentar de Prevenção, Diagnóstico e Tratamento do Câncer no que diz respeito a este tema que nos é tão caro: a saúde do homem. Precisamos muito despertar, no coletivo masculino, a consciência da prevenção.

Muito obrigada, Sr. Presidente. Parabéns!

O SR. PRESIDENTE (Dr. Jorge Silva. Bloco/SOLIDARIEDADE - ES) - Obrigado, Deputada Carmen.

Acho importante ressaltar que a Deputada Carmen acabou de relatar a PEC 1/15, que traça novos números quanto aos recursos para a saúde em nosso País. Fez um trabalho brilhante. Foi rápido o trabalho que esta Comissão realizou. Essa PEC está em andamento, para que possamos realmente encontrar fontes de recursos para o financiamento da saúde no Brasil.

Obrigado, Deputada.

Para dar início à fase de exposições, tem a palavra a Dra. Carmita Abdo, que vai abordar o tema *Aspectos atuais da saúde mental masculina*. Dispõe do prazo de 15 minutos, que pode ser prorrogado por 5 minutos.

A SRA. CARMITA ABDO - Boa tarde a todos.

Muito obrigada pelo convite, ilustre Deputado. Muito obrigada a vocês pela presença. Agradeço em meu nome e em nome da Associação Brasileira de Psiquiatria, que aqui estou representando.

Vamos agora falar sobre os aspectos atuais da saúde mental masculina. Temos de lembrar que a Organização Mundial da Saúde define saúde mental como um estado de bem-estar em que o indivíduo é consciente de suas próprias habilidades, é capaz de lidar com os estresses normais do cotidiano, pode trabalhar de forma produtiva e é capaz também de contribuir para sua comunidade.

(Segue-se exibição de imagens.)

Segundo a Organização Mundial da Saúde, as principais doenças incapacitantes no mundo, depois das doenças parasitárias e infecciosas, que comprometem praticamente



20% da população, são as neuropsiquiátricas, que comprometem mais de 13% da população mundial, mais do que as cardiovasculares, o câncer e as doenças respiratórias. Dentre as dez doenças mais incapacitantes, cinco são psiquiátricas: depressão, transtorno afetivo bipolar, dependência de álcool, esquizofrenia e transtorno obsessivo-compulsivo.

O transtorno mental é sim um grave problema de saúde pública. Vejam que 14% da carga global de doenças é atribuída a ele. Atinge 450 milhões de pessoas em todo o mundo, sendo que um terço delas são acometidas por depressão. Além da esquizofrenia e da dependência de álcool, não podemos esquecer da epilepsia, do Alzheimer e outras demências que acometem milhões de pessoas e do suicídio, praticado por 1 milhão de pessoas ao ano, em especial por pessoas de 15 a 44 anos.

Portanto, esse é um quadro sério, grave, que merece toda a nossa atenção.

Este eslaide mostra que, no Brasil, 21% da população, ao longo da vida, vai necessitar de atendimento de saúde mental. Vejam que 12% da população, no momento, está sendo atendida ou necessitaria estar sendo atendida; 9% da população é portadora de transtornos psiquiátricos graves, aqueles que põem em risco a vida, põem em risco a saúde, incapacitam a pessoa para o trabalho. Esses transtornos são de extrema gravidade. É claro que o maior risco é da classe social desfavorecida, daqueles que têm menor escolaridade, daqueles que estão desempregados, daqueles que moram nas periferias urbanas.

Vemos neste eslaide que, quanto às internações psiquiátricas por meio do SUS — esses números são de 2012, os mais novos que consegui na literatura —, os homens acabam sendo internados quase duas vezes mais do que as mulheres. Eles cuidam menos da saúde. Quando vão ao médico, quando vão buscar cuidado, os quadros já são bastante graves. A demência está no topo da lista das questões masculinas. Vêm em seguida, nessa lista, os transtornos mentais devido ao abuso de álcool, os decorrentes do uso de substâncias psicoativas, a esquizofrenia. Como podem ver, em relação a esses quadros de extrema gravidade, homens são internados quase duas vezes mais que mulheres.

O próximo eslaide mostra a questão do consumo de álcool no Brasil, que, em gravidade, é o segundo da lista, só perde para quadros demenciais. Segundo estes dados, 35% dos homens nunca bebem; 11% fazem uso muito frequente de álcool, bebem



todos os dias; 14% deles preenchem critérios de dependência de álcool. Esse quadro merece, sim, um alerta, uma atenção. Vejam que 14% dos homens e 4% das mulheres são acometidos por este problema, o da dependência de álcool.

Neste outro eslaide, sobre uso de drogas no Brasil, chama a atenção que 1,5% dos homens sejam usuários de *crack* e que, no caso das mulheres, o percentual seja de 0,2%. Dentre os usuários, dois terços dos homens já foram internados e mais da metade das mulheres já foram internadas. Essa é uma situação bastante séria e muito atual. Merece também toda a nossa atenção.

Os homens têm problemas de saúde mental diferentes das mulheres. Esses problemas estão associados, sim, ao estilo de vida masculino. Alguns deles não estão sendo reconhecidos tão efetivamente como poderiam, porque realmente a mulher tem o costume de buscar o médico, o serviço de saúde, a prevenção. O homem só busca isso quando realmente passa a sentir dor ou quando algo muito sério o acomete.

Homens têm pior saúde física, que é o resultado da saúde mental não cuidada. Eles têm um estilo de vida menos saudável, até porque recorrem menos aos serviços de saúde. Vejam que 75% dos suicídios foram cometidos por homens. Dois terços dos adultos desaparecidos são homens. Quanto aos sem-teto, 90% são homens. Um em cada oito homens é dependente de álcool. São três vezes mais predispostos a se tornarem dependentes do que as mulheres. Quase 80% das mortes atribuídas ao uso de droga são masculinas. Noventa e quatro por cento dos presos são homens, e 72% dos detentos homens sofrem de um ou dois, pelo menos, transtornos mentais. Esses números são bastante sérios.

O próximo eslaide mostra que esse problema não é só brasileiro, mas mundial. Em países como a Dinamarca e a Suécia, a estimativa de vida dos homens acaba sendo bastante prejudicada por doenças mentais, assim como é no Brasil.

As principais causas de mortalidade masculina estão associadas a transtornos mentais. Doenças e condições médicas podem levar ao abuso de substâncias, à esquizofrenia e a transtornos de personalidade. O suicídio está muito ligado a transtornos afetivos. Causas externas, isto é, acidentes que esses homens vão sofrer, acidentes de carro, acidentes pessoais, vão ser, sem dúvida, resultado do abuso de substâncias.

A elevada incidência de doenças cardiovasculares e de diabetes na população brasileira também pode ser explicada pelos maus hábitos de vida que decorrem de



precário conhecimento sobre saúde e ausência de ações que promovam para eles a saúde, porque eles próprios não autopromovem. Muitas vezes é a mulher que leva o seu parceiro ao médico, ela é quem o incentiva a buscar atendimento.

A morbidade iatrogênica devido aos efeitos adversos da medicação psicotrópica também é muito frequente na população masculina que sofre de transtornos mentais.

Subdiagnóstico e subtratamento de doenças físicas em pacientes com transtornos mentais e fatores de risco genéticos comuns a transtornos psiquiátricos e somáticos estão presentes nessa população e merecem ser melhor pesquisados e melhor atendidos.

Vamos para o próximo eslaide, então, mostrando que a saúde mental masculina vai levar a comportamentos violentos e antissociais, quando não tratada.

Os homens cometem quase 90% dos crimes de violência. Vários fatores predisponentes para pior saúde mental são também os mesmos que predispõem para o comportamento violento. O comportamento violento é, logicamente, mais comum naqueles que usam álcool em excesso, naqueles que usam drogas e naqueles com transtornos de personalidade, que poderiam ser diagnosticados numa fase mais precoce. Esses homens poderiam estar passando por um tratamento, evitando sérias questões de violência e de comportamento antissocial na vida adulta.

Os homens na sociedade e na escola se comportam da seguinte forma: mais de 80% das crianças que abandonam definitivamente a escola são meninos. Meninos têm desempenho pior que meninas em todos os níveis educacionais. Além disso, os homens têm menos suporte social, menos amigos, abrem-se menos com as pessoas que os circundam, com os familiares, com os parentes e com a comunidade. Isso leva a uma condição muito pior de saúde mental.

Vamos falar um pouco sobre o estigma. Por que o homem não procura o serviço de saúde mental? Ainda é necessário um melhor entendimento da relação entre estigma e gênero. Ser diagnosticado com problema mental pode ser muito perigoso para o homem, em termos do seu trabalho e da possibilidade de ele continuar sendo um provedor. Portanto, a doença mental acaba sendo muito mais estigmatizada do que a física, infelizmente, ainda, em nosso País.

O dobro de pacientes masculinos é tratado compulsoriamente. Ou seja, eles não buscam tratamento, eles são obrigados a se tratar, diferentemente da mulher, que se



coloca disponível para o tratamento. Homens com problemas de saúde mental, então, vão ser muito mais estigmatizados, como eu disse.

Em curto prazo nós não vamos mudar essa cultura. Mas nós precisamos, sim, trabalhar com aqueles que estão no serviço de saúde mental, para que, a partir deles, o estigma sobre a doença mental possa esmaecer e ser superado.

Nesse eslaide mostro as estratégias de enfrentamento. Nós precisamos assegurar melhor tratamento e disponibilidade de fármacos; abranger o aspecto biopsicossocial e não apenas a farmacoterapia; e adequar o tratamento ao gênero, à idade e à cultura de cada um desses nossos patrícios, brasileiros, que sofrem transtornos mentais, facilitando, assim, o acesso deles ao tratamento.

Temos que entender que a doença mental precisa ser tratada por um bom tempo, pois ela não é um problema que remita apenas com a remissão de sintomas. Ela deve ser acompanhada mesmo quando os sintomas já foram controlados.

Para isso, os profissionais precisam ser treinados. Precisamos ter uma equipe de saúde pública nas comunidades. Equipe de assistência social também é muito importante, além do médico, além do psicólogo. As famílias e os cuidadores de homens com problemas mentais precisam ser orientados.

Grupos que mais merecem atenção são os de sobreviventes de abuso sexual. Nós sabemos que é muito mais grave a condição daquele homem que passou por abuso sexual e sobreviveu — muitas vezes eles acabam sofrendo esses abusos em tenra infância e não sobrevivem. Também merecem mais atenção portadores de transtornos alimentares. No homem o transtorno alimentar é bastante grave. Se o é na mulher, no homem acaba sendo muitas vezes mais grave. O transtorno de estresse pós-traumático, cada vez mais comum na nossa sociedade, também precisamos encarar de frente. Muitos homens sofrem de estresse pós-traumático, com grande deficiência não só no trabalho, mas também na vida íntima e no psiquismo de forma geral.

A Associação Psiquiátrica Americana conta com um programa bastante bem desenvolvido, em que a criança, o adolescente e o homem idoso são foco de vários capítulos, de várias diretrizes.

Nesse eslaide nós temos o programa, tão extenso, e por vezes pensamos que no Brasil isso não existe. Mas no próximo eslaide vou mostrar que as diretrizes para um modelo de atenção integral em saúde mental existem, sim, e elas estão atualizadas. A



atualização é de 2014, pela Associação Brasileira de Psiquiatria. O homem — criança, adolescente, idoso — tem na nossa associação a atenção e as diretrizes para lidar com esses vários momentos da sua vida.

Agora vamos falar um pouquinho sobre a vida sexual do homem, já que eu coordeno um serviço que trabalha com sexualidade. Nós vamos mostrar que o ato sexual do homem no Brasil muitas vezes pode estar comprometido, o que acaba, em decorrência dessa falência sexual, afetando sobremaneira a sua vida, inclusive com repercussão sobre a sua saúde mental.

Nesse eslaide vemos as disfunções sexuais masculinas mais prevalentes. São aquelas que acometem o desejo? Nem tanto. A falha erétil, como eu vou mostrar, e a falta de controle na ejaculação são as principais dificuldades sexuais do homem brasileiro — aliás, do homem em todo o mundo, em todos os continentes.

Por que essa disfunção acontece? Acontece por questões de ordem psiquiátrica, sim, além de maus hábitos de vida, como estresse, uso de drogas e uso abusivo do álcool, sedentarismo, alimentação não balanceada e tabagismo. Essas são as causas ou esse é o estilo de vida que pode levar a falhas sexuais, especialmente a falta de desejo e a falta de ereção. Medicamentos e doenças também inibem a atividade sexual do homem, e isso precisa ser bastante considerado. Muitas vezes o tratamento psiquiátrico, o tratamento de um quadro hipertensivo ou o tratamento de um quadro de doença cardiovascular é prejudicado quando o homem percebe uma associação entre o uso do medicamento e menor potência sexual ou qualquer repercussão na área sexual. Então, é importante estar sempre perguntando se ele continua usando o seu hipotensor, se continua usando o seu antidepressivo, apesar da repercussão que tem sobre a função sexual.

Nesse eslaide mostramos alguns dos medicamentos que interagem com a função sexual, inibindo essa função, levando muitas vezes à falta de desejo, ao retardo ejaculatório e, conseqüentemente, à perda de ereção. Isso faz com que esses homens deixem de usar medicamentos extremamente importantes, como antidepressivos, neurolépticos, anti-hipertensivos, enfim, todos esses aí colocados.

Outra questão é o fato de que nós estamos vivendo cada vez mais. A longevidade é uma realidade em vários países, inclusive no Brasil. Esse eslaide mostra que em 2050 nós teremos uma população masculina acima de 80 anos de 5 milhões a 6 milhões de



mulheres, nessa faixa etária, atingindo 8 milhões. Então, essa população precisa ser atendida.

Esse eslaide mostra que o homem pode sofrer do distúrbio androgênico do envelhecimento masculino; 13% da população masculina brasileira tem esse problema, e esse quadro evolui com sintomas de ordem psiquiátrica e de ordem física, como está aí colocado. E o que mais incomoda esse homem às vezes não é nem a diminuição da resistência física, não é nem a osteoporose, o que já deveria incomodar bastante, mas não é visível muitas vezes; ele se queixa mais da disfunção erétil, perda de libido, depressão, irritabilidade, diminuição da concentração, diminuição da memória, o que se assemelha à andropausa, que não deve existir no homem saudável, mas que acomete mais de 10% da população brasileira que não se tratou, não tem uma boa saúde.

Vamos para o próximo eslaide. Quanto ao sistema nervoso central, vamos ter várias repercussões. Desde o interesse sexual até cognição ficam prejudicados. Também a emoção fica prejudicada, e a manutenção dos caracteres sexuais secundários vai estar comprometida. Esse homem vai estar com menos pelo, vai apresentar ginecomastia, vai apresentar uma flacidez muscular, e esse quadro — claro — repercute no seu estado emocional, complicando, reforçando já a sintomatologia inicial do sistema nervoso central.

Sobre a vida sexual do brasileiro, eu trago um estudo que eu tive a felicidade de fazer com o meu grupo do Programa de Estudos em Sexualidade do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas de São Paulo, no qual mais de 7 mil brasileiros foram pesquisados através de um questionário anônimo autorresponsivo. Vamos ver o que 54% de homens e 45% de mulheres me responderam.

Sobre a dificuldade de manter ou obter a ereção — não necessariamente disfunção erétil, mas uma queixa sobre essa dificuldade —, vimos que isso acomete quase a metade da população. Então, 46% dos brasileiros se queixam de algum grau de disfunção erétil. A disfunção erétil é um excelente parâmetro de saúde. Provavelmente os que vão me suceder vão lhes contar que 4 anos antes de o coração dar demonstrações, sintomas de alguma falência, palpitação, taquicardia, melhor dizendo, ou qualquer outro sintoma, a ereção já está apresentando falhas. Portanto, esse é sem dúvida um parâmetro de saúde muito importante. Perguntar sobre a ereção masculina é algo que deve fazer parte da anamnese de todo médico, seja qual for sua especialidade.



Com o envelhecimento aumenta a disfunção erétil total, que é essa que está em vermelho, que acomete 12% dos homens acima de 70 anos. Com isso, claro, diminui a mínima e a moderada, que vão dando lugar cada vez mais a um quadro de disfunção mais grave, que representa doenças tanto físicas quanto psíquicas. Trinta e dois por cento dos jovens entre 18 e 39 anos que já têm falha de ereção mínima ou moderada — 10% — claro têm uma etiologia muito mais de ordem emocional, psíquica e psiquiátrica, enquanto que aqueles que têm um quadro na idade mais avançada têm uma base física dessa disfunção.

O quadro de cima mostra um homem que não tem disfunção erétil. É um quadro menos robusto em termos de prevalência de doenças. O homem que tem disfunção erétil no Brasil tem um gráfico muito mais robusto, mais amplo, com números muito mais prevalentes de doenças, como abuso de dependência de álcool, estresse pós-traumático, ansiedade e pânico e também diabete e doença cardiovascular. Isso mostra o quanto esse parâmetro é importante para todos os médicos, seja qual for a especialidade.

A prevalência de ejaculação precoce no Brasil é bem alta — 26% praticamente da população —, o que se assemelha a números do mundo todo. Entre 25% e 30% dos homens têm essa dificuldade. A ejaculação precoce muitas vezes tem uma base emocional, está ligada a ansiedade, a estresse pós-traumático, especialmente quando é adquirida, ou seja, quando o homem não tinha e passa a ter essa problemática. Isso também precisa ser atendido.

A ejaculação precoce pode ser primária, quando o homem desde o início da sua vida sexual a apresenta, tendo provavelmente uma base genética, e pode ser secundária, que é aquela que advém de um evento traumático de ordem emocional.

Nesse eslaide vemos a prevalência ao longo da vida. Desde jovens até homens mais velhos têm um número bastante semelhante de prevalência de falha no controle da ejaculação.

Vamos terminando. Aqui trazemos algumas mensagens finais. Fica claro, então, que o transtorno mental na população masculina é um grave problema de saúde pública no Brasil, como no mundo todo. Entre as dez doenças que mais resultam em incapacitação, cinco são psiquiátricas. Homens são internados duas vezes mais que mulheres em instituições psiquiátricas do SUS. Na imensa maioria das vezes, isso ocorre de forma compulsória, porque eles não estão disponíveis para o tratamento. Pior saúde



mental está associada a menor expectativa de vida — isso já está comprovado no Brasil e no mundo todo. Homens com transtornos mentais sofrem mais de estigmatização do que as mulheres. Nenhum dos dois deveria ser estigmatizado. Maus hábitos de vida, doenças psiquiátricas e físicas e uso de medicamentos que interferem na libido levam à disfunção sexual masculina e fazem com que esses homens muitas vezes abandonem tratamentos extremamente importantes. Nisso eles devem ser bastante orientados. O tratamento das doenças psiquiátricas e/ou físicas pode restabelecer também não só a saúde geral como também a saúde sexual do homem. É importante essa mensagem ser passada para eles.

Muito obrigada pela atenção. Muito obrigado, Deputado. (*Palmas.*)

O SR. PRESIDENTE (Dr. Jorge Silva. Bloco/SOLIDARIEDADE - ES) - Agradeço à Dra. Carmita Abdo, aqui representando a Sociedade Brasileira de Psiquiatria.

É muito bom ouvirmos a palestra da Dra. Carmita, que mostra a necessidade de fazermos essa abordagem do homem de maneira integral. Da última vez que a Dra. Carmita esteve aqui, um amigo meu disse que, à medida que a senhora ia mostrando esses números, ele ia mergulhando debaixo da mesa, diante da gravidade desses números.

É bom refletirmos a respeito disso.

Quero registrar a presença do Deputado Antonio Giácomo — obrigado pela presença — e do Deputado Sergio Vidigal, parceiro do Espírito Santo, psiquiatra de profissão, assim como a Dra. Carmita.

Vamos dar andamento à nossa próxima palestra.

Eu quero convidar a Dra. Angelita Elisabete Hermann, Coordenadora da Área Técnica de Atenção à Saúde do Homem do Ministério da Saúde. A Dra. Angelita, como eu já falei, é ex-Secretária de Saúde de Vacaria e assumiu a coordenação da Área Técnica de Atenção à Saúde do Homem este ano e está fazendo um belo trabalho.

A SRA. ANGELITA ELISABETE HERMANN - Obrigada, Deputado Jorge Silva. Agradeço o convite, este momento, esta possibilidade de poder discutirmos a saúde do homem no Brasil.

Como o Deputado falou, é um desafio grande nós pensarmos um pouco mais na saúde do homem.

Dra. Carmita, foi muito bom ouvir a senhora. O Deputado Jorge e eu já falamos ali ao lado: "Opa, mais uma parceira para pensarmos no planejamento para o ano que vem".



Trago um pouco dos dados sobre a saúde do homem idoso no Brasil. Mas eu me permiti pensar na saúde do homem como um todo até chegar na idade do idoso.

(Segue-se exibição de imagens.)

População total do Brasil em 2014: 204 milhões de pessoas. Destes, 49,3% são homens. Isso já foi pior, também temos que pensar nas coisas boas. Já foi pior! Se nós olhássemos no IBGE de 2011, 2012, nós chegaríamos aí a 47% ou 48%. Então já temos boas notícias também.

A população tem aumentado ao longo dos anos. Em 2013, nós ainda temos uma diferença de 7 anos de expectativa de vida entre homens e mulheres. A população idosa é composta por 26,1 milhões de pessoas, sendo 11 milhões homens. Mas a expectativa de vida dos homens é ainda 7 anos menor do que a das mulheres.

Com o passar dos anos, a pirâmide vai mudando — a Dra. Carmita já trouxe isso. Se nós pensarmos em 2016, teremos praticamente 25% da população de idosos e vamos precisar pensar nesses homens e mulheres idosos também.

Algumas peculiaridades em relação às mulheres nesses quesitos. Os homens ainda vivem 7,3 anos menos que as mulheres. De 20 a 59 anos, de cada três pessoas que morrem duas são homens. E se nós olharmos o extrato de 20 a 30 anos, de cada cinco pessoas que morrem quatro são homens. Das morbidades, a Mesa já vai conversar a tarde inteira sobre as principais morbidades.

Quero trazer um pouquinho ainda sobre o comparativo entre homens e mulheres: se nós olharmos o infarto agudo do miocárdio, enquanto 60 mil homens morrem, 27 mil mulheres morrem. Se olharmos as neoplasias de pulmão, por exemplo, são 13 mil homens contra 10 mil mulheres; são 10 mil homens com neoplasias de estômago contra 5.700 de mulheres. Nas doenças do aparelho digestivo, na doença alcoólica do fígado, são 25 mil homens que morreram no ano para 3.600 mulheres. Então, ainda existem disparidades muito grandes dentro da mortalidade.

Causas da mortalidade masculina. Se olharmos de 2009 a 2013, as doenças do aparelho circulatório foram as que mais mataram, as causas externas estão em segundo lugar; as neoplasias em terceiro e depois as doenças do aparelho respiratório. E isso foi se mantendo. As doenças do aparelho respiratório foram aumentando gradativamente, a cada ano.



Quando olharmos os óbitos masculinos por faixa etária, no extrato de 1 a 49 anos o que mais mata é a violência. A boa notícia é que a cada ano vai aumentando a idade. Os homens estão morrendo com 60, 70 ou mais anos. A longevidade também vai acontecendo.

Nas doenças do aparelho circulatório, nós vamos ver que dos 50 anos para mais, aí, sim, são as doenças do aparelho circulatório. Mas se nós olharmos de 1 ano até 49 anos, o que mata são causas externas — e aí vamos estratificar um pouquinho mais. E as neoplasias, a partir de 50 anos, começam a aumentar também e viram a segunda causa.

Eu vou passar muito rapidamente isso as imagens, que depois vamos disponibilizar. Mas achei interessante podermos trazer isso para depois continuarmos estudando.

As causas de mortalidade por doenças do aparelho circulatório. A cada ano, vêm aumentando as doenças isquêmicas do coração. E o Dr. Scala deve falar muito mais sobre isso. Depois, as cerebrovasculares, não é?

Motivos da mortalidade por causas externas entre 2009 e 2013. Vejam o aumento significativo na questão das agressões. Nós estamos olhando 2009 e 2013. Nos últimos 2 anos, nós tivemos um aumento significativo de morte por agressões. E isso tem muito a ver com o que a Dra. Carmita traz. São os comportamentos de risco também, os comportamentos violentos. E quantas vezes isso tem a ver com questões de saúde mental!

A Dra. Carmita traz a questão do suicídio. No mundo, são 75%. No Brasil chega a 80%, ou seja, 80% dos suicídios são de homens. Imaginem o grau de sofrimento mental, de sofrimento psíquico que leva um homem a praticar o suicídio!

Nas causas de mortalidade masculina por neoplasias, houve aumentos em praticamente todas elas nos últimos anos. Isso também tem a ver com diagnóstico precoce, ou mais precoce e tratamento.

Mas quais são as características em relação a acesso aos serviços de saúde? A Dra. Carmita traz isso. O homem, normalmente, acessa o sistema de saúde a partir da atenção de média ou de alta complexidade, ou a partir da urgência, uma atenção mais especializada. Por quê? E aí vamos trabalhar um pouco mais isso no próximo eslaide.

Quais são as consequências disso? Maior sofrimento, maior morbidade, menor possibilidade de resolução, maior ônus para o Sistema Único de Saúde.



Conclusão: muitas doenças poderiam ser evitadas se os homens tivessem, efetivamente, a cultura de buscar a atenção primária à saúde, a atenção básica à saúde.

Mas por que não se cuidam? E por que não procuram os serviços de saúde?

Bom, há duas grandes barreiras: socioculturais e institucionais.

Quanto aos estereótipos de gênero, encontramos o pensamento mágico de que homem é forte. E quantas vezes dizemos isso para os nossos meninos? *"Homem é forte"*, *"homem não chora"*, *"homem não precisa procurar médico"*. Isso vai criando um pensamento mágico. Meninos brincam de super-heróis. Eles são super-heróis. Então, quando eles começam a entender que são frágeis, precisam repensar isso também.

O papel de provedor. *"Eu sou o provedor. Se eu sou o provedor, como é que eu posso adoecer?"*

O papel cultural de "cuidar". *"Eu preciso cuidar da minha prole. Para cuidar da minha prole, eu tenho que estar saudável. Se eu tenho que estar saudável, então, eu não vou buscar a saúde, porque quem procura acha"*. Quem nunca disse isso? Vamos dizer assim: quem nunca ouviu o pai dizer isso, porque esta geração já não fala mais *"quem procura acha"*. Não é? Isso é o medo de descobrir doenças.

Além disso, também há barreiras institucionais. As estratégias de comunicação em saúde não privilegiam os homens. Nós precisamos, efetivamente, mudar as nossas estratégias de comunicação em saúde. A nossa ambiência precisa mudar também. Muitas vezes as nossas equipes de saúde, as nossas unidades de saúde e os nossos consultórios médicos, quando não são da urologia, também são voltados para a saúde materno-infantil. Tudo é rosinha, lilazinho, verdinho... Chamam de "paizinho". Se você escuta isso uma vez, pensa: *"Não vou voltar mais lá, pois nos tratam como se fôssemos crianças"*.

Os horários de funcionamento também são inadequados.

Chamo atenção para o fato de que também nós mulheres estamos no mercado de trabalho e conseguimos buscar o serviço de saúde. Então, essa coisa do horário de funcionamento inadequado serve para ajudar a dar a desculpa lá de cima também.

Então, privilegiar espaços onde o homem possa efetivamente buscar a atenção básica é importante.

Quanto à dificuldade de acesso, conversando com o coordenador do Telessaúde do Rio Grande do Sul, há 2 semanas, ouvi-o dizer o seguinte: *"O homem chega lá na*



unidade, na recepção, e diz que queria pegar uma fila". "Ah, vai ter que esperar um pouquinho". E ele: "Fiquei horas esperando, vou embora". Então, é rapidinho, porque tem essa dificuldade de acesso. E há a não liberação do trabalho.

Voltamos de novo para uma sociedade completamente patriarcal, em que o homem é o provedor. Quando o homem quer acompanhar sua esposa no pré-natal, dizem: *"É ela ou você que está grávida, afinal?"* Quando precisa acompanhar o filho numa consulta, dizem: *"Mas não tem mãe essa criança?"* Quantas vezes nós fazemos isso com colegas de trabalho?

Eu me lembro de um pai dizendo que, quando ele foi pai, descobriu o quanto a sociedade é machista. Eu diria que é sexista. Essas barreiras realmente existem. Para que nós possamos acessar esse homem, precisamos conhecer isso.

Um pouquinho das Redes de Atenção à Saúde. Em 2010, o Ministério começou a trabalhar com Rede de Atenção, para não pensar na fragmentação. E eu vou me permitir falar rapidamente sobre as redes, para depois falar sobre a atenção básica. Vou inverter um pouquinho isso.

Uma das redes de atenção é a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, onde nós temos algumas linhas de cuidado prioritárias: obesidade, diabetes, hipertensão, tabagismo, doenças respiratórias e câncer. Há o documento de diretrizes para o cuidado dessas pessoas com doenças crônicas.

Na Política Nacional de Prevenção e Controle de Câncer, o objetivo é reduzir a incidência e a mortalidade por câncer. Os princípios e diretrizes fundamentais definem responsabilidades nas esferas da gestão do SUS nos três níveis de Governo, em que pensamos na promoção da saúde; na prevenção do câncer; na vigilância, informação, monitoramento e avaliação; no cuidado integral; na questão da ciência e tecnologia; na educação; e na comunicação em saúde.

Na prevenção do câncer, um dos itens para a redução à exposição de fatores de riscos é promover os fatores de proteção. Achei interessante isto: 30% das causas de câncer estão ligadas à alimentação; 30%, a tabagismo; a hereditariedade chega a 15%; e os outros 25% são fatores ambientais, tais como poluição, medicamento, raios UV, álcool, obesidade e falta de exercícios, exposição profissional e infecção. Mas se nós conseguirmos trabalhar com essas três grandes causas — alimentação, tabagismo e fatores ambientais —, nós conseguimos reduzir essa mortalidade por câncer.



Lembro sempre a linha de cuidado integral para que possamos ir à unidade básica ter consulta com generalista; depois, à unidade secundária, se houver necessidade de consulta especializada e diagnóstico; à unidade terciária, com tratamento de reabilitação e cuidados paliativos, para voltar junto com a atenção básica. Então, essa é a linha de cuidado integral.

A Portaria nº 140, de 2014, faz uma redefinição sobre a atenção especializada em oncologia e dá um prazo para que os hospitais também se adaptem. Existem hoje 283 hospitais habilitados no SUS em alta complexidade em oncologia, entre UNACON — Unidade de Alta Complexidade em Oncologia e CACON — Centro de Alta Complexidade em Oncologia.

Sobre a situação de diagnóstico, quero chamar a atenção de próstata: 20% dos homens chegam ao serviço de tratamento de câncer sem diagnóstico. A grande maioria já chega com diagnóstico, mas sem tratamento ainda.

O Plano de Expansão da Radioterapia iniciou-se em 2012, para expandir a rede de atendimento em radioterapia. Os aceleradores lineares são 80 equipamentos, que estão agora em fase de construção dessa área toda, para poder colocar em funcionamento. Quero voltar um pouquinho para a questão da atenção básica e as ações programáticas estratégicas.

Se nós já entendemos que os nossos homens estão morrendo jovens, temos que pensar nesse homem desde pequeno, para, efetivamente, chegar a uma expectativa de vida diferente, ou pelo menos parecida com a da mulher. Temos a Caderneta de Saúde da Criança do Menino, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança, também publicada este ano, uma linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violência, que a Dra. Carmita traz novamente. Nós precisamos fazer o atendimento. O homem é o maior agressor, mas ele também é a maior vítima. Ele também é o que mais morre por violência e o que mais sofre por violência, em quantitativos, em percentuais.

Temos que chamar a atenção novamente para a saúde dos adolescentes, para a epidemia do HIV e da Aids. Como o HIV se tornou uma doença crônica, os nossos meninos e meninas em idade até 19 anos novamente não estão se cuidando, porque entendem que depois podem fazer o tratamento.

De novo, estão aí os comportamentos de risco.



Aqui vemos as ações específicas aos meninos na Caderneta de Saúde do Adolescente também, com o Programa Saúde na Escola.

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem é uma política inovadora. Além de nós, só Austrália e Irlanda têm uma política de atenção integral à saúde do homem. Ela foi publicada em agosto de 2009, é uma política jovem, então. E nós estamos trabalhando para fazer essa implementação toda.

Esse eslaide mostra um pouco a diretriz dessa política: promoção de ações de saúde que contribuam para a compreensão da realidade masculina nos diversos contextos socioculturais e político-econômicos, respeitando os diferentes níveis de desenvolvimento e organização dos sistemas locais de saúde e tipos de gestão. O objetivo é efetivamente facilitar e ampliar o acesso com qualidade da população masculina às ações e aos serviços de assistência integral, lembrando sempre essa perspectiva relacional de gênero.

Algumas ações. E a saúde das pessoas idosas. Esse homem já conseguiu sobreviver, já chegou à fase idosa. As diretrizes para o cuidado de pessoas idosas no SUS, uma proposta de modelo de atenção integral tem, por finalidade, recuperar, manter e promover a autonomia e a independência das pessoas com 60 anos ou mais, direcionando medidas de saúde para esse fim.

A Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa tem uma terceira edição saindo aqui, esperando instrumentalizar as pessoas, as equipes, principalmente. Com isso, qualificar o cuidado ofertado. Alguns materiais. Já estamos na terceira edição do Mapeamento e Experiências Exitosas no Campo do Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa. E aí trabalhamos a questão relacional de gênero também.

E um pouco dos desafios e linhas de ação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. Quanto ao maior reconhecimento da diversidade e da necessidade, nós ainda temos muita discussão no campo do SUS e no campo da sociedade sobre a razão de precisarmos pensar em política de saúde para homem. Os homens mandam em tudo mesmo. Nós já vimos que isso não se reflete na saúde. O homem não tem esse poder no aspecto da saúde. E reconhecer essa necessidade é um dos desafios para nós podermos mudar também na atenção.

Há sensibilização e capacitação de gestores e equipes de saúde para o tema do homem. Entende-se que não se avançou tanto assim na sensibilização de homens e



comunidades, exatamente porque não existe um movimento social organizado. O movimento feminista se organizou. O movimento LGBT se organizou. Mas o movimento masculino ainda está muito frágil, escondido atrás do poder que existe em outras áreas. Nós podemos discutir isso também.

Apoio das ações e atividades de promoção em saúde; articulação dos diferentes níveis de atenção, a questão da integralidade, da transversalidade do tema da saúde do homem, perpassando pela saúde mental, pela pessoa com deficiência, chamando atenção sempre para a questão de gênero no SUS, que também precisa de atenção. E a inclusão de homens como sujeitos nos programas de saúde. Muitas vezes, se nós pensarmos nos programas de saúde sexual e reprodutiva, o homem não é agente, ele não é protagonista. Ele tem uma tarefa. Esses são os desafios que nós temos.

Queria trazer um pouquinho algumas coisas que já estão acontecendo. Novembro Azul, para nós, tem sido um mês muito intenso para chamar a atenção para a necessidade de atenção integral à saúde do homem. Depois de amanhã nós estaremos no Rio de Janeiro com uma problematização, em plena Praça Mauá, falando sobre o que é ser homem. O homem tem que ser forte? Então, são ações culturais, ações de saúde, roda de conversa sobre a questão da paternidade, da guarda compartilhada. Este é um exemplo desta mobilização.

Nós temos trabalhado a sensibilização de homens e comunidade através das redes sociais, de *posts*, do *blog* da saúde, de programas na NBR, para que nós possamos estar atentando homens e comunidade.

Cerca de 70% dos homens vão em busca do serviço de saúde porque a mulher está incomodando, só por isso. Dizem que estão lá porque foi a mãe, a esposa ou a filha que os levaram. Cerca de 70% buscam o serviço junto com alguém segurando a mão. Esse é um paradigma. Nós precisamos levantar a questão do autocuidado. Homem que se ama se cuida, para poder amar outras pessoas. Ele não precisa de uma mãe para cuidar dele. E como trabalhar isso com os homens sem dar mais uma tarefa para as mulheres? Eu vou dar alguns exemplos: a questão dos direitos do pai e do acompanhante.

A sensibilização e qualificação de profissionais.

Nós terminamos, neste ano, um curso em EaD de Atendimento Integral a Homens e Mulheres em Situação de Violência por Parceiro Íntimo, em parceria com a Universidade Federal de Santa Catarina — UFSC. Foram capacitadas 4 mil e 500 pessoas.



Estamos terminando agora, e deve ser lançado em maio do ano que vem, o Atendimento Integral aos Homens do Sistema de Saúde, um novo EaD, para 3 mil e 500 profissionais.

Há a estratégia pré-natal do parceiro, que nós estamos incentivando muito. Quando esta gestante busca o serviço de saúde para fazer o seu teste rápido, para saber se está grávida, ela conta com 40 mil equipes de saúde da família, que são médicos de saúde da família. Se este homem a estiver acompanhando, nós já conseguimos, para a próxima edição, que se tenham dados da saúde do parceiro também na caderneta da gestante, para que o médico ou a equipe possa olhar para o pai dizer: "*E você? Como é que você está se preparando para ser pai e como é que você está cuidando da sua saúde?*"

Quem aqui é pai? Não precisam levantar a mão, só me digam se, quando descobriram que iam ser pais se não saíram correndo para procurar um médico e saber como viver mais, foram à academia, procuraram um terceiro emprego ou fizeram alguma coisa, porque estavam pensando: "*Não, agora eu tenho que ser provedor*".

Tem-se que aproveitar este momento de ouro, dentro das nossas equipes de saúde da família, porque são parte da estratégia do pré-natal do parceiro.

Amanhã, vamos lançar no Comunidade de Práticas o curso *Envolvimento dos homens: saúde + paternidade e cuidado*. Trata-se de uma proposta de pelo menos 15 mil pessoas que estarão sendo qualificadas. E isso já está se reverberando.

Eu trouxe alguns exemplos: Telessaúde de Santa Catarina, Telessaúde do Sergipe, Telessaúde da Bahia, que falam sobre a questão integral à saúde do homem.

Está presente o Rubens, de Curitiba, que está trabalhando em *No Planeta Azul tem Novembro Azul*. Há também iniciativas em Sergipe. Há o *Cabra Macho Também se Previne*. Há ações em João Pessoa também.

Temos a semana de saúde dos trabalhadores no Porto, com o SEST/SENAT e a Secretaria de Portos; o Saúde do Homem, no Recife. Em Belém, no Pará, num jogo de futebol da segunda divisão, com o time Paçoandu, fizeram uma atividade lá também.

Há ainda *posts* falando sobre a questão da saúde do homem. Há material falando sobre o câncer de pênis, o câncer de próstata, o infarto agudo do miocárdio. Nós elencamos o que está matando ainda mais os nossos homens.



Esta é a nossa equipe. Estão os nossos dados ali. Eu queria chamar a atenção dos senhores para a Renata, que agora está em licença-maternidade cuidando de um homenzinho também.

Portanto, a saúde do homem está sendo trabalhada no Ministério dessa forma.

Obrigada. (*Palmas.*)

O SR. PRESIDENTE (Dr. Jorge Silva. Bloco/SOLIDARIEDADE - ES) - Obrigado, Angelita. Parabéns pela palestra!

Eu acho que nós temos muito que trabalhar dentro do Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. Trata-se de uma política recente, lançada há 5 anos, 6 anos. E temos muitas coisas a fazer, principalmente diante da guerra contra as drogas, da violência que nós temos, dos acidentes de trânsito que envolvem preferencialmente homens e homens jovens.

É importante citarmos que a parceria relacionada à saúde do homem é do Instituto Lado a Lado pela vida, um parceiro da Frente Parlamentar de Atenção Integral à Saúde do Homem, da Sociedade Brasileira de Urologia — SBU, do Ministério da Saúde. É importante nós aproveitarmos, Angelina, como você disse, o Novembro Azul.

Comemora-se hoje, no dia 17, o Dia Mundial de Combate ao Câncer de Próstata e também o Dia Mundial da Prematuridade. Nós não tivemos grande divulgação disso. Nós temos aqui uma PEC — Proposta de Emenda à Constituição, que trata do aumento da licença-maternidade e da licença-paternidade para pais de prematuros que ficam muito tempo na UTI. Isso porque, quando eles saem da UTI, é o momento em que mais precisam dos pais e estes têm que voltar a trabalhar.

Gostaria de registrar que existem duas crianças prematuras, a Isabela e a Eva. As mães delas, a Flaviana e a Suelen, são parceiras neste trabalho de aprovação e continuidade desta PEC.

No dia 14 de novembro, é o Dia Mundial do Diabetes. Eu acho que o Novembro Azul é importante, é uma mídia gratuita que nós precisamos aproveitar para trabalhar a atenção integral à saúde do homem. Nós não podemos perder esta oportunidade.

A SRA. ANGELITA ELISABETE HERMANN - No dia 19, comemora-se também o Dia Internacional do Homem.



O SR. PRESIDENTE (Dr. Jorge Silva. Bloco/SOLIDARIEDADE - ES) - O Dia Internacional do Homem é comemorado exatamente no dia 19 de novembro. É o dia do homem com "h".

Vamos dar andamento à nossa audiência, convidando o Dr. Rômulo, representante da Sociedade Brasileira de Urologia — SBU, para fazer a sua palestra sobre o tema *Rastreamento Oportunístico do Câncer de Próstata — Recomendações atuais*.

O SR. RÔMULO MAROCCOLO FILHO - Boa tarde.

É um pouco difícil para mim, depois de duas palestras tão brilhantes e tão instigantes, falar de um tema que tem essência técnica.

Que diabos é este palavrão: Rastreamento Oportunístico do Câncer de Próstata? Vou tentar ser menos técnico e explicar um pouquinho o que é isso.

Nós devemos fazer uma campanha como o Novembro Azul? A área técnico-científica da saúde corrobora campanhas em massa para a detecção do câncer de próstata? Eu vou falar um pouquinho sobre isso.

Como é um tema difícil, eu vou tentar dar um enfoque um pouco diferente. Inicialmente, eu vou dar um enfoque histórico sobre o que aconteceu recentemente. Houve uma polêmica sobre isso.

Há um filme do Ministério da Saúde, feito em 2008, sobre uma campanha de combate e detecção precoce do câncer de próstata.

(Exibição de vídeo.)

O SR. RÔMULO MAROCCOLO FILHO - Eu trouxe esse vídeo porque é um material muito bem produzido pelo Ministério da Saúde, que corroborava a ideia, naquele momento, da Sociedade Brasileira de Urologia, que tinha como uma de suas diretrizes o câncer de próstata.

(Segue-se exibição de imagens.)

Como agimos para a detecção precoce do câncer de próstata? Não há prevenção. Há detecção precoce, que é diferente. Na época, em 2010, havia as Diretrizes de Câncer de Próstata, propostas pela Sociedade Brasileira de Urologia.

Essas diretrizes eram bastante detalhadas, mas, resumidamente, seria para um homem com histórico na família de câncer de próstata, um familiar direto, pai ou irmão, com diagnóstico da doença, especialmente se esse parente veio a falecer dela, o que mostra um grau de agressividade da doença. A partir dos 45 anos, ele teria que fazer



regularmente o exame de toque, como foi descrito no vídeo, e o de PSA, que é um exame de sangue. Para todos os outros homens isso era recomendado a partir dos 50 anos. O câncer de próstata tem uma incidência maior entre os 60 anos e os 65 anos de idade, mas conseguimos detectar sinais da doença 10 anos ou, às vezes, 15 anos antes dessa faixa etária. Por isso, começa-se a prevenção bem mais precocemente.

As instituições de estudos epidemiológicos de controle dos países desenvolvidos começaram a fazer questionamentos. Em 2011, a U.S. Task Force baixou o nível de recomendação de rastreamento de grau C para D. O grau D quer dizer o seguinte: não é para fazer mais campanha de promoção, qualquer divulgação em relação ao câncer de próstata. Então, baixou o grau de recomendação. Não havia, à época, estudos que corroboravam manter essa conduta.

O Instituto Nacional de Câncer — INCA e o Ministério da Saúde adotaram imediatamente essa postura. Então, não precisava mais fazer o exame de toque nem o de PSA. Essa foi a mensagem que chegou à comunidade dos profissionais e também à população. Isso gerou uma preocupação muito grande. Esta foi a conclusão: *"Por não haver (...) evidências científicas (...) recomenda que não se organizem ações de rastreamento (...)"*. Rastreamento significa procurar casos para serem tratados, considerando que os riscos do tratamento seriam piores que os da doença. Isso ia contra tudo o que fazíamos antes. Os treinamentos dos médicos relacionados à área, oncologistas clínicos, oncologistas cirúrgicos, urologistas, vinham em um sentido, e essa determinação veio de encontro direto a isso.

Isso gerou uma reação. As senhoras e os senhores devem lembrar uma polêmica relativamente recente: *"Não é preciso fazer mais avaliação alguma, prestar atenção nessa área da próstata. A minoria dos pacientes que vão ter doenças de próstata é que vão sofrer da doença significativamente"*. Isso foi repercutindo. As sociedades de especialidades relacionadas à doença reagiram fortemente porque não é exatamente isso, e a interpretação dessa informação estava sendo pior ainda.

Isso foi amplamente divulgado, mas gerou um momento muito difícil para quem lida com esse problema.

Por outro lado, dentro do INCA, havia informações conflitantes em relação a esse aspecto: como se faz detecção de câncer de próstata precocemente? Só há uma



maneira: toque e PSA. Então, havia, dentro da própria instituição, o reforço da mesma atitude, o que criou ainda mais uma confusão em relação a isso.

Esta é a recomendação que referenciava principalmente o número de homens que precisavam ser tratados para se evitar uma morte. Isso causou um impacto muito grande, e o INCA abraçou essa ideia e a divulgou, o que nos deixou — as áreas que lidam com esses pacientes — bastante apreensivos. Por quê? Porque poderia aumentar muito o percentual de doença avançada. O paciente, inevitavelmente, vai procurar assistência quando não estiver conseguindo urinar, quando estiver com dor, quando estiver com algum problema, porque a doença vai progredir, principalmente se não a detectarmos em fase precoce. Vão aumentar muito os custos do tratamento, porque são tratamentos paliativos, sequenciais e crônicos. As sequelas possíveis do tratamento, que seriam incontinência urinária e disfunção erétil, reforçavam a posição do Task Force. Quer dizer, os tratamentos iam levar à disfunção erétil e incontinência mais do que a doença? Com a progressão da doença isso também aconteceria, além de outras complicações que têm sido menos frequentes, porque nós as estamos detectando mais precocemente, como infecções, sangramentos, dificuldade de urinar, insuficiência renal, paralisia dos rins, lesões ósseas. A preocupação foi imediata, quase um trauma, principalmente por parte dos profissionais mais antigos, que experimentaram uma era chamada "era antes do PSA". E eu vou falar um pouco sobre isso.

A incidência da doença está aumentando. Dados de 2014 mostram que foram em torno de 70 mil casos. Em 2015, a projeção é para 80 mil casos, com 18 mil mortes, quase 25%. No Brasil está aumentando a incidência e havendo uma mortalidade muito alta. Em países como os Estados Unidos, há em torno de 250 mil casos novos por ano, cerca 30 mil mortes, ou seja, 12% de mortalidade. O Brasil já está chegando a 25% de mortalidade, uma estatística muito alta. Não há uma incidência muito alta, comparado aos países desenvolvidos, mas a mortalidade é alta, provavelmente porque o diagnóstico não é precoce.

Esta é uma curva de aumento da mortalidade ao longo do tempo. No final, estava começando a haver um declínio, quando veio essa mudança nas orientações.

Os médicos, os profissionais da área relacionada, ficaram muito apreensivos: "*Agora, nós vamos viver, então, uma era antes do PSA*". Eles se referiam à era dos anos 80, da qual lembramos, infelizmente, muito bem. Isso deixou todo mundo apreensivo. Se



nem os profissionais estão sabendo como deve ser, se as instituições que orientam o tratamento no Brasil não sabem como deve ser, imaginem a população como ficou! O que fazer?

A era pré-PSA, só para fazermos uma comparação, é como termos uma ambulância como as de hoje, superequipadas, e voltarmos para os anos 80, quando a ambulância era uma Caravan ou uma Veraneio. Isso representa uma diferença gigantesca no resultado do tratamento.

Naquela época, nós tínhamos 70% de casos avançados. Os urologistas mais antigos nem desenvolveram muito a *expertise* de fazer essa cirurgia, porque era uma cirurgia que eles faziam e depois podiam fechar o consultório, já que metade dos pacientes ficavam usando fraldas e com disfunção erétil. Então, eles não faziam. O PSA mudou completamente esse quadro. *"Não vamos fazer PSA? Então, nós vamos voltar para aquela situação? Vai aumentar o uso de bloqueio hormonal, vai aumentar a necessidade de radioterapia paliativa"*. Isso nos deixou muito apreensivos.

Há outra coisa: nós médicos, que convivemos bem com a realidade da situação da saúde do País, ficamos muito preocupados com o fato de importarmos informações diretas, sem filtro, de instituições internacionais consolidadas em sistemas de saúde muito diferentes do nosso, que têm a realidade de um pronto-socorro com muito mais médicos do que pacientes. Digo isso porque aqui no Brasil ocorre o contrário: nós temos muito mais pacientes do que médicos e profissionais da saúde. Nós vamos importar essas informações sem filtrá-las, diante de uma realidade completamente diversa? Imaginem a população, que também sabe dessa situação.

Esta imagem mostra o que eu disse. Infelizmente nós nos defrontamos frequentemente com essa situação e a população fica mais apreensiva ainda.

Há um problema de estrutura. Nós compararmos o Canadá com o Brasil e importarmos diretamente informações técnico-científicas sem filtro é muito difícil, porque a realidade de um pronto-socorro de lá é muito diferente da de um pronto-socorro daqui. Reforçando aquilo a que a Dra. Angelita se referiu, a maior parte dos homens acaba procurando o pronto-socorro primeiro, que já está lotado de pessoas que não resolveram os problemas delas nas consultas.



No ambulatório, onde as consultas são marcadas, a situação é pior, a fila é maior ainda. Tudo isso é motivo de resistência do homem. Se ele já não quer ir, ele tem todas essas desculpas, além da que o sistema também não ajuda.

Aqui no Distrito Federal, já houve um período — isso não é muito distante, é recente — em que o tempo de espera para a consulta com um urologista era de 1 ano e meio a 2 anos para quem estava precisando. Imaginem o tempo para aquele que você diz que é bom ir lá e fazer o exame, mesmo se ele não estiver sentindo absolutamente nada!

E mais: iam voltar problemas que nós já estávamos até felizes de não vê-los mais — não é, Dr. Jorge? —, como as ambulâncias antigas.

Vejam, por exemplo, as imagens do exame de um paciente com múltiplas metástases, câncer espalhado por toda a sua coluna, com fraturas, necessitando de cirurgias caras, onerosas para o sistema; de homens em fase produtiva ainda, sofrendo com essa lesão; de idosos que têm uma deficiência desse tipo, que impacta em toda a família. Essa é uma doença curável em 90% das vezes, quando detectada em fase inicial.

Há outro problema: nós já temos dificuldade em relação aos tratamentos dialíticos nos Brasil. O câncer de próstata, as doenças prostáticas podem levar à insuficiência renal. Os pacientes que poderiam estar afastados da lista de espera de hemodiálise vão entrar nela, por conta de uma doença que nós já deveríamos ter resolvido ou dado sinalização para sua resolução lá no começo.

Isso nos deixou muito apreensivos, mas, felizmente, após uma tempestade, o tempo sempre acalma, a luz aparece, e conseguimos enxergar as coisas. É o caso deste momento que nós estamos começando a viver.

A própria instituição que reforçou essa postura já mudou de atitude, até porque internamente ela não tinha alinhamento para reforçar isso. Dentro do serviço do INCA, nós temos vários urologistas, oncologistas e clínicos de renome, de grande experiência, que não apoiavam essa iniciativa e começaram a manifestar isso. Veio, então, uma publicação — nós aprendemos com os outros também — da revista de saúde inglesa *The Lancet*, mostrando que o Brasil havia tido resultados muito positivos em relação ao câncer de próstata e câncer de mama, exatamente porque fazia diagnóstico precoce.

Esse estudo envolveu 23 milhões de pessoas em 67 países e elogiou o Brasil, mostrando que em nosso País havia uma expansão do acesso da população ao serviço de saúde naquele período estudado, com exames de detecção e tratamento; que o



diagnóstico precoce foi o principal avanço do Brasil até aquele momento. E nós demos uma virada completamente para o outro sentido. O olhar estrangeiro para o nosso mundo estava melhor do que o nosso para nós mesmos.

Em relação ao tumor de próstata, a grande melhoria deu-se exatamente com a oferta do exame de PSA para a detecção precoce. Isso foi publicado por uma revista de muito respaldo científico. E começou a mudança. O próprio Ministro da Saúde, no momento da divulgação, mudou essa posição. O próprio INCA divulgou a agregação de uma tecnologia que está se expandindo no mundo inteiro para tratamento do câncer de próstata, que é a cirurgia robótica, um dos grandes avanços da medicina recente. Porém, para você fazer cirurgia robótica, tem que haver diagnóstico precoce de câncer de próstata. Ninguém vai operar doença avançada de câncer de próstata com robô. Embora isso aumente muito o custo, obriga um sistema que tenha um índice de detecção precoce muito grande a fazê-la.

Então, isso tudo foram sinalizações que nós percebemos de mudanças de postura do Ministério da Saúde e do INCA em relação a como absorver essas informações que são muito polêmicas. Seja no exterior, seja nos Estados Unidos, seja no Canadá há muita discussão sobre isso. A informação não está fechada, não está definida e não deve ser passada para a população como uma mudança completa de paradigma.

Recentemente, esse entusiasmo nosso de novos momentos foi reforçado pela reaproximação com o Ministério da Saúde, através da figura da Dra. Angelita, que, como as senhoras e os senhores já viram, tem uma compreensão muito ampla. Ela lida com essa questão com muita propriedade. Devido às experiências que teve, traz para o Ministério da Saúde uma nova postura. E nós acreditamos que possamos participar disso e voltar a construir juntos a definição do que fazer.

Imediatamente após isso, poucos dias depois, ela nos contacta e avisa: "*Olha, está havendo uma discussão sobre isso*". Nós não estávamos sabendo disso, porque não conseguíamos ter comunicação com o Ministério da Saúde. "*Está havendo uma consulta pública da CONITEC sobre as diretrizes diagnósticas e terapêuticas em câncer de próstata. Vocês precisam participar.*" E a Sociedade Brasileira de Urologia já está participando.



Essa consulta pública agora tem a finalidade de considerar a visão da sociedade e receber suas contribuições. Na verdade, nós gostaríamos, doutora, de já ter participado antes disso, mas eu acho que esta é exatamente a sinalização do resgate dessa relação.

A metodologia que está sendo utilizada é a do levantamento da base de dados da literatura, que é muito difícil, porque tudo em relação à doença da próstata é muito difícil. Se eu quiser provar que suco de noni vai mudar a evolução da doença de próstata, eu preciso de muita gente no estudo tomando suco de noni e muita gente que não está tomando, e acompanhar essas pessoas por 30 anos, 40 anos, 50 anos. São poucas as instituições científicas no mundo que têm estrutura e condição de fazer isso. Então, não é muito fácil você definir isso em relação à doença prostática.

Por outro lado, nesse documento que está sendo formatado, 130 referências foram consideradas nessas diretrizes. Infelizmente, há só 4 publicações nacionais, o que cria certa apreensão em relação ao risco de nós também não estarmos tendo, infelizmente, o desenvolvimento de informação científica de cunho próprio para o nosso País. Mas isso já é uma sinalização de que ela acompanha, e a Sociedade Brasileira de Urologia e a Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica confirmam, as tendências mundiais na mudança de conduta.

O Ministério não indica o rastreamento populacional. Atualmente, a principal recomendação quanto à realização do PSA é para diagnóstico precoce do câncer de próstata. Ainda são conflitantes as informações. Por isso, nesta semana, a Sociedade Brasileira de Urologia emitiu uma nota técnica. Ela está aí à disposição dos senhores, é bastante detalhada e coloca a posição dos maiores especialistas de grandes instituições que pesquisam essa área há muito tempo no Brasil.

Eu vou fazer um breve resumo: a preocupação de não se fazer rastreamento para todo mundo é porque pode haver superdiagnóstico e supertratamento. O que é isso exatamente? Superdiagnóstico é diagnosticar uma doença que nunca teria importância; e supertratamento é a pessoa sofrer mais com o tratamento do que com a própria doença. Essas são as preocupações importantes em termos de rastreamento, além dos custos dele.

Para diminuirmos as chances de supertratamento, primeiro, temos que avaliar o paciente com sintomas. O homem que está se queixando do problema não pode deixar de ser avaliado. E quem, em sã consciência, hoje vai avaliar um homem com dificuldade



de urinar sem fazer um toque, sem fazer um PSA? Isso não existe. Tem que fazer. Então, pessoas com sintoma precisam fazer esses exames — isso é consenso mundial.

Segundo: temos que fazer o rastreamento, que chamamos de oportunístico ou seletivo. Isso não significa fazer em todo mundo, mas principalmente naqueles que têm o risco maior de doença agressiva, que têm histórico familiar, e nos afrodescendentes. No Brasil é um problema, dada nossa miscigenação, definir exatamente quem deve ser rastreado.

Terceiro: de qualquer forma, também é importante o tratamento seletivo. Nós já sabemos mais ou menos quem vai se beneficiar e quem talvez esteja sendo supertratado. Nós fazemos a estratificação e classificamos a pessoa conforme o risco de a doença progredir: baixo risco, médio risco e alto risco.

Quarto: uma das propostas da Sociedade Brasileira de Urologia para o Ministério da Saúde é criar centros de referência para esse tratamento. Por quê? Porque os centros de referência têm um resultado muito melhor — a experiência mundial já mostrou isso. E acabamos não tendo aqui tantos centros de referência em tratamento. Esses centros de referência têm maior experiência, melhor chance de cura e menores sequelas.

Então, reforçando e corroborando o que já foi dito hoje, nós estamos vivendo o movimento do Novembro Azul. A Sociedade Brasileira de Urologia participou sempre ativamente, seja ajudando a criar a área técnica de saúde do homem dentro do Ministério da Saúde, seja apoiando o movimento Novembro Azul. O Novembro Azul deu grande visibilidade à área da saúde do homem, embora ainda muito focado inicialmente na doença da próstata. Mas, como as senhoras e os senhores já viram, os profissionais da área perceberam que precisamos ampliar muito mais esse escopo. Ele é um importante espaço de divulgação da saúde do homem.

Não temos nenhuma vergonha de dizer que o Novembro Azul é uma cópia direta do Outubro Rosa. O Outubro Rosa, cujo foco inicial quase exclusivo era o câncer de mama e o de colo uterino, hoje é muito mais: é um mês em que se fala sobre tudo o que diz respeito à saúde da mulher. E é o que pretendemos que aconteça com o Novembro Azul.

Felizmente, as instituições têm apoiado e dado visibilidade ao movimento Novembro Azul. À noite esta Casa também fica iluminada de azul, reforçando o apoio a esse movimento. Não é uma campanha, mas um movimento.



Na verdade, quem trabalha na área — nós urologistas atendemos homens com bastante frequência, embora não exclusivamente, em todas as fases da vida deles — sabe que o grande desafio neste momento para o Brasil em relação à saúde do homem é garantir acesso. Nós temos que facilitar para que o homem tenha acesso aos meios que o permitam cuidar da sua saúde. Se ele, já tendo alguma dificuldade pregressa em se cuidar, já tendo dificuldade para o autocuidado, ainda encontrar barreiras institucionais quase intransponíveis, nesse caso não vamos conseguir fazer absolutamente nada. Então, o grande desafio é garantir o acesso.

Nesse sentido, o Novembro Azul vem para ajudar; não vem para atrapalhar, tanto é que, num momento muito interessante, quando o Ministério da Saúde não apoiava o Novembro Azul e emitiu uma nota técnica dizendo que não apoiava, à noite nós víamos que ele estava aceso, também iluminado de azul, mostrando que há ainda muita divergência. Não há nenhuma questão fechada em relação a isso.

Nós aproveitamos agora este momento para dizer que acreditamos que o Ministério da Saúde, esta Casa, a Sociedade Brasileira de Urologia e todas as sociedades de especialidades médicas relacionadas a essa área de saúde do homem podem ajudar a contribuir, construir e efetivar a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem.

Obrigado. (*Palmas.*)

O SR. PRESIDENTE (Dr. Jorge Silva. Bloco/SOLIDARIEDADE - ES) - Obrigado, Dr. Rômulo. Parabéns pela abordagem de tema tão conflitante neste momento!

Um dos sinais de avanço é a Dra. Angelita estar aqui de blusa azul. Isso é um avanço do Ministério da Saúde, que está apoiando o Novembro Azul.

Registro a presença do Dr. Helder Salomão. Obrigado, Deputado, pela presença.

Os Deputados chegam aqui, mas, diante de um grande número de atividades, têm que se ausentar.

Registro ainda a presença do Dr. Jurandi Frutuoso, Secretário do CONASS. Obrigado pela presença.

Vamos dar andamento, convidando a Sra. Luciana Holtz, Presidente do Instituto Oncoguia, para realização da sua palestra.

A SRA. LUCIANA HOLTZ - Boa tarde a todos. Mais uma vez é um enorme prazer estar aqui. Obrigada, Deputado Dr. Jorge Silva, pelo convite. Já aproveito para parabenizar a Mesa.



Estou feliz de poder falar agora, do ponto de vista dos pacientes com câncer, depois de ouvirmos todos os desafios que a sociedade enfrenta para conseguirmos promover um Brasil mais saudável. Acho que nós temos muita coisa para fazer.

Agora, então, vou falar um pouco sobre os desafios que o paciente com câncer enfrenta.

(Segue-se exibição de imagens.)

O Oncoguia existe para ajudar o paciente com câncer a viver melhor. Para isso nós realizamos diferentes frentes de atuação, que passam por disponibilizar informação de qualidade, oferecer apoio e orientação especializada ao paciente com câncer e ao seu familiar, promover encontros educativos para os pacientes. E nós também atuamos numa linha de defesa e garantia de direitos, assim como influenciemos as políticas públicas a fim de que possamos contribuir para melhorar a situação dos pacientes com câncer no Brasil.

O Deputado Dr. Jorge Silva pediu que eu falasse um pouco sobre os desafios de acesso que esse paciente com câncer enfrenta. Então, vamos pensar um pouco: a partir do momento que ele recebe o diagnóstico de câncer, ele passa por um caminho difícil, porque infelizmente hoje ainda existe um cenário de um paciente muito desinformado. Além do impacto do diagnóstico, que é muito assustador, que desestabiliza, há ainda uma série de outras questões que ele precisa enfrentar. E infelizmente nós estamos enfrentando, sim, um cenário de diagnósticos tardios. Há um dado do Instituto do Câncer do Estado de São Paulo — ICESP que diz que mais de 60% dos pacientes estão chegando já com compressão medular. Pacientes esses, em alguns casos com 50 anos ou 60 anos, estão chegando ao ICESP de cadeira de rodas, com um diagnóstico de câncer de próstata avançado.

Nós também vivemos um cenário de tratamentos defasados e até inacessíveis, a ponto de precisarmos da Lei dos 60 dias para ajudar a agilizar o processo e fazer com que esse tratamento ocorra de forma mais rápida. Nós sabemos que, no caso do câncer, o tempo literalmente corre contra e precisamos fazer com que as coisas aconteçam de forma mais ágil. Nós enfrentamos um cenário de profissionais às vezes pouco satisfeitos e que precisam de constante capacitação. Vemos também uma situação com quase nada de enfoque em qualidade de vida. E também vemos uma série de benefícios legais, os



direitos dos pacientes com câncer, sendo conquistados com bastante dificuldade. Então, há um cenário com vários problemas de acesso.

Quando nós trabalhamos, sempre gostamos de ouvir a história dos pacientes. Essa imagem mostra um bate-papo que fizemos com muitos pacientes. Nós fizemos uma reunião no Oncoguia. E eles nos contam muitas coisas. Esse painel é realmente muito especial e muito incrível. Eu tentei pegar coisas importantes. Quando nós conversamos com eles sobre prevenção, uma coisa que ficou muito forte foi um desalinhamento de mensagens.

Eu acabei de brincar aqui com a Angelita, porque nós recebemos hoje um anúncio de uma secretaria de saúde — depois eu conto qual a cidade — estimulando, em pleno Novembro Azul, o autoexame. Acho bastante grave que isso comece a acontecer. Nós precisamos prestar atenção e precisamos trabalhar de forma organizada para alinhar a mensagem. Fiquei muito feliz ao ouvir o Dr. Rômulo, ao ouvir a Dra. Angelita, porque dá para perceber que estamos começando a nos alinhar para promover um trabalho conjunto que eduque a população como um todo de maneira homogênea.

Existe o problema dos sinais e sintomas negligenciados. *"Ah, eu sentia dificuldade para urinar, eu sentia um certo incômodo"*. Às vezes os pacientes até buscavam o apoio do médico e não tinham eco, nem sempre eram ouvidos. É claro que há o peso do diagnóstico do câncer, que tem um impacto bastante importante. Entre o aparecimento de sinais e sintomas e o diagnóstico há inúmeras barreiras para fechar esse diagnóstico. Acho que a principal delas é o tempo para fazer a biópsia, um ponto sério para conversarmos.

Quando entramos no assunto "tratamento", apareceu uma resposta sensacional, que é a importância de uma conversa franca para uma tomada de decisão. É preciso analisar e discutir com o paciente os diferentes tipos de tratamentos — o que faz diferença, o que não faz; opera, não opera; faz tratamento com quimioterapia ou com hormônio —, para que ele possa se sentir incluído nesse processo de tomada de decisão. Realmente é necessário dizer a ele: *"Olha, se optarmos por esse tratamento, haverá essas consequências; se optarmos por outro, haverá isso, isso e isso"*. Isso é para que a decisão possa ser tomada em parceria, em conjunto.

Quando falamos um pouco sobre a convivência com a doença, vem muito a questão da prioridade pela qualidade de vida. O que é viver com a doença? O que eu posso fazer



para viver bem? Dá para eu trabalhar? Não dá para eu trabalhar? Como é que se administra tudo isso? Aparece muito, Dra. Carmita, o peso da depressão, por conta de efeitos secundários de uma cirurgia ou de uma castração hormonal, de incontinência urinária, de impotência. Esses são, sim, sintomas sérios e importantes, que acabam acometendo muitos dos pacientes.

Estas imagens mostram para vocês as questões que mais preocupam os pacientes com câncer que entraram em contato conosco por meio do 0800. Eu peguei os casos de câncer de próstata. Conforme esse protocolo por tema, a maioria ainda liga para direitos sociais; o segundo tema mais citado por eles era especificamente ligado a acesso a tratamento oral. Acho que houve frequentemente esse desafio frente aos planos de saúde no período em que os planos ainda não estavam disponibilizando alguns tratamentos. Há muita dúvida sobre tratamento, acesso à cirurgia, acesso à radioterapia. Considerando aqui só o tópico "quais são os meus direitos?", vemos que essa é uma dúvida que chama muito a atenção. Os temas seguintes — segundo, terceiro e quinto — são: isenção de Imposto de Renda, aposentadoria por invalidez, auxílio-doença. Então, acho que essas são questões que mostram importantes impactos sociais e financeiros acarretados pela doença.

Esta imagem mostra quanta desinformação ainda existe. Em relação ao caso específico de drogas orais, muitos pacientes entraram em contato porque, mesmo com a prescrição em mãos, não sabiam como proceder. Alguns já estavam com a negativa do SUS, também buscando orientação, querendo saber o que podiam fazer. Quando olhamos para os casos de cirurgia, constatamos que a maioria liga para falar que estavam esperando a cirurgia numa fila de espera.

Nós fizemos uma pesquisa recentemente e a divulgamos em nossas redes sociais para os pacientes com diagnóstico de câncer de próstata. Nós perguntamos quais foram os principais problemas que eles enfrentaram. E o resultado, Dr. Rômulo, tem muito a ver com o que o senhor mencionou. Vou mencionar os principais problemas. Treze pessoas responderam: "*Demorei mais de 2 meses para fazer uma biópsia*". Depois dez pessoas disseram: "*Demorei mais de 2 meses para iniciar o tratamento depois da biópsia*". Então, há esse desafio mesmo do acesso ao diagnóstico, do acesso ao tratamento. E, logo na sequência, aparecem as respostas: "*Tive depressão*"; "*Tive problemas no meu*



relacionamento". De novo, vemos o impacto importante que a doença tem sobre o emocional e sobre as questões de relacionamento.

Diante do câncer, sabemos quanto o paciente espera um tratamento rápido e eficaz, que promova a cura do câncer, que promova a qualidade de vida ou que pelo menos estabilize ou controle a doença. Acho que essas são as questões que qualquer um de nós esperaríamos diante do diagnóstico de um câncer. Além disso tudo, estamos falando de esperança, de realização de planos, de projetos, de sonhos, de mais tempo, de mais vida, e tudo isso tem uma palavrinha no meio, que é "acesso". Nós precisamos resolver a questão do acesso.

E hoje — que bom que o Dr. Sandro está aqui! — nós temos um impasse importante. Adorei que você tenha usado a palavra "barreira", Angelita, porque usamos muito no nosso dia a dia a palavra "barreiras". Eu acho que, para garantirmos hoje o acesso ao tratamento, precisamos analisar as barreiras. Sabemos que as questões passam, é claro, pela prescrição, mas passam também pela CONITEC, por uma urgente necessidade de atualização dos valores da APAC, a fim de que tudo isso possa estar disponível para o paciente.

É claro que há um cenário de necessidade de se melhorar a infraestrutura, tirar esse paciente da fila, disponibilizar mais profissionais, aumentar cota de exame. Nós escutamos isto: "*Acabou minha cota da biópsia*"; "*Não há o tomo para fazer um exame*"; "*Não tem como começar uma cirurgia*". Assim, precisamos garantir a cirurgia e radioterapia. Nós sabemos hoje a situação da radioterapia. Sem dúvida nenhuma, a compra das 80 máquinas é muito importante, mas existe o paciente que está na fila hoje. Está realmente muito grave a situação da radioterapia no Brasil.

O tempo inteiro esperamos por novos tratamentos que realmente possam oferecer mais qualidade de vida e — por que não? — curar uma doença. Enquanto esperamos, nós temos enfrentado um cenário de constantes não recomendações da CONITEC em relação a esses novos tratamentos. Às vezes ficamos nos perguntando, pois nem sempre fica muito claro, se estamos falando, sim, de tratamentos que não têm eficácia ou de tratamentos que são caros, ou das duas coisas. Ficamos querendo entender mais e que isso até fosse um pouquinho mais transparente. Se é caro, nós temos que participar dessa questão, saber qual é o dinheiro disponível, inclusive para pressionar — por que não? — o dono do produto. Precisamos saber se aquilo realmente é caro e bom.



Precisamos saber se aquilo realmente é caro e bom. Em algumas situações, vemos isto escrito no relatório da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias — CONITEC no SUS: *"É caro, mas é bom"*. E vem, às vezes, a recomendação negativa.

Há este cenário hoje: vemos a Justiça resolvendo. Sabemos que a judicialização não é o caminho, mas hoje é a Justiça que está ao lado do paciente. Realmente vivemos este cenário hoje.

O Dr. Rômulo falou da consulta pública. Nós também já participamos. Para quem ainda não participou, digo que, se eu não me engano, o prazo final é amanhã — sim, é este prazo mesmo. Nós não ficamos felizes com essa consulta pública. Nós realmente participamos com muita frustração e bastante decepção. Pensando até nos avanços científicos, chamo atenção para a data dos documentos e dos estudos. Eles foram avaliados em novembro de 2013. Acho que isso parece um pouco antigo. Sabemos que já existem novas questões depois disso, no cenário oncológico. E acho que, mais uma vez, desconsidera o paciente avançado. Não estamos vendo quase nada de abertura, olhando um pouco mais para esse paciente com câncer avançado. Desconsidera estudos importantes.

Um recado que colocamos na nossa contribuição foi, mais uma vez, o pedido por uma atualização da Autorização de Procedimento de Alta Complexidade — APAC, para que possamos oferecer melhores tratamentos.

Ainda temos que nos lembrar de coisas essenciais. Estes são os pedidos dos pacientes: *"Só gostaria que meu médico desse mais atenção aos meus questionamentos. Ele parece não gostar quando eu faço muitas perguntas"*. *"A relação poderia ser melhor (...)"* Eles falam muito desta questão: cada vez que voltam para o serviço, há um médico diferente. E ficamos nos perguntando: *"Puxa vida, justo no câncer!"* Em qualquer relação de doença, a relação médico-paciente é muito importante. Cada vez que você volta, uma pessoa diferente cuida você! Você tem contar tudo de novo, tem que estabelecer de novo um vínculo de confiança.

Dizem também os pacientes sobre uma relação em que, se precisar contatar o médico a qualquer momento, *"deveria ser mais fácil, não precisar passar pelo pronto-atendimento e ser atendido pelo plantonista."* *"Deveria explicar melhor como funciona o tratamento, quanto tempo demora para fazer o tratamento."* Há um pedido muito



constante de mais conversa, de mais humanização, de mais olho no olho, de mais explicação.

Portanto, ficamos brigando por tratamentos e, às vezes, vemos que também temos que continuar brigando por coisas muito essenciais.

Agora, sendo propositiva — e realmente estou muito feliz de estar aqui, ouvindo as conversas e as falas —, devo dizer que há uma coisa grave: preocupa-nos muito vermos esse 60% de casos diagnosticados com câncer de próstata avançado. O que podemos fazer para diminuir isso? Qual poderia ser a nossa meta como grupo, Deputado? Poderia ser esta: enquanto nós não diminuirmos esses casos de câncer de próstata avançados, que já são descobertos avançados, nós não sossegaremos. E, é claro, juntos devemos atende— de forma digna.

Ao nosso ver, deveria haver um alinhamento de mensagens com foco em homens com casos de câncer na família. Foi o que o Dr. Rômulo acabou de falar. Propomos também educação para os sinais e sintomas que merecem urgência, com acesso rápido ao urologista. Nós precisamos discutir essa questão da biópsia, para fechar logo este diagnóstico, porque o paciente está perdido ali, esperando fechar um diagnóstico. Além disso, é claro que se deve discutir o acesso rápido a tratamentos. E entramos, mais uma vez, na discussão da revisão dos valores da APAC.

E eu gostaria de mostrar que a *Oncoguia* trabalha a saúde do homem de maneira integral. Esta é a nossa listinha de recomendações, em que falamos da adoção de exercícios físicos, do combate ao sedentarismo, à obesidade e ao tabagismo, da necessidade do autoexame da pele e dos testículos, a fim de que se promova o autocuidado do homem de maneira integral.

Era o que tinha a dizer.

Muito obrigada, mais uma vez, pelo convite. (*Palmas.*)

O SR. PRESIDENTE (Dr. Jorge Silva. Bloco/SOLIDARIEDADE - ES) - Obrigado, Dra. Luciana, pela bela palestra. É importante ouvirmos quem está do lado de lá do balcão. Eu acho que a senhora conseguiu trazer um pouco deste sentimento para a nossa audiência.

Eu gostaria de registrar a presença do Deputado Adelmo Carneiro Leão, companheiro e parceiro nas discussões sobre políticas públicas de saúde, nesta Casa.



A Dra. Carmita, infelizmente, terá que se ausentar, devido a horário de voo. Mais uma vez, agradeço à Dra. Carmita a presença. Leve o nosso agradecimento à Sociedade Brasileira de Psiquiatria!

A SRA. CARMITA ABDO - Eu é que agradeço o convite. Muito obrigada a todos os senhores! Foi uma honra ter participado desta discussão. Desculpem-me por ter que sair. Muito obrigada. (*Palmas.*)

O SR. PRESIDENTE (Dr. Jorge Silva. Bloco/SOLIDARIEDADE - ES) - Dando andamento à nossa audiência, nós vamos sair um pouco do foco do câncer e falar um pouco sobre o coração.

Há câncer no coração? Esta é uma pergunta para o nosso oncologista Sandro José Martins, para que responda depois.

Vamos convidar agora o Dr. Luiz César Nazário Scala — o Dr. Sandro é o último orador —, Diretor de Relações Governamentais e representante da Sociedade Brasileira de Cardiologia — SBC. Em seguida, o Dr. Sandro voltará ao tema oncológico.

O SR. LUIZ CÉSAR NAZÁRIO SCALA - Boa tarde a todos!

Inicialmente, em nome da Sociedade Brasileira de Cardiologia — SBC e do Presidente Angelo de Paola, da Escola Paulista de Medicina, eu gostaria de agradecer o honroso convite. Agradeço ao Deputado Jorge Silva, à Deputada Carmen Zanotto, que vai mediar esta reunião, a todos os componentes da Mesa e aos demais senhores.

Eu sou professor de pneumologia cardiovascular e coordeno uma unidade de hipertensão na Universidade Federal de Mato Grosso — UFMT.

Vou fazer, inicialmente, uma abordagem dos fatores de risco, mostrando quanto a mortalidade cardiovascular impacta a saúde cardiovascular do homem brasileiro.

Aspectos atuais das doenças cardiovasculares da população masculina brasileira.

(Segue-se exibição de imagens.)

Não há conflito de interesses nesta nossa apresentação.

Em primeiro lugar, é preciso dizer que a transição epidemiológica nesses últimos 90 anos, praticamente, alterou a mortalidade proporcional no Brasil. No período marcado em vermelho no gráfico, as doenças infecciosas e parasitárias diminuíram muito e começou a haver um aumento progressivo e proporcional de neoplasias, que estão marcadas em laranja; de causas externas, marcadas em amarelo escuro; e principalmente de doenças do aparelho circulatório. Isso mostra que as doenças do aparelho circulatório e



cardiovascular hoje constituem a primeira causa de óbito em todas as idades, entre todas as causas, em âmbito nacional.

Em 2012, de acordo com esta estatística que mostro, ocorreram 333 mil óbitos, correspondentes a 28,52% de todos os óbitos, em âmbito nacional, por doenças cardiovasculares, sendo que pela primeira vez, nos últimos anos, a doença isquêmica, o infarto do miocárdio, etc., já ultrapassou o acidente vascular cerebral, que agora está em 29,5%, além de outras doenças. Vejam que 60% desses indivíduos com doença cardiovascular são homens e se encontram em uma faixa média de 56 anos de idade. Isso mostra, exatamente, números preocupantes. Nós temos, em primeiro lugar, 333 mil casos, em 2012, correspondentes a 28,52%. Em seguida, nós temos neoplasias, com 15,9% de todas as causas.

O conjunto de doenças do sistema nervoso e doenças do aparelho geniturinário correspondem a cerca de 5%, ambas as patologias.

Não é possível abordar este panorama, de maneira crítica e abrangente, sem abordar o impacto que os fatores de risco para a doença cardiovascular têm no Brasil.

Nós temos aquele *continuum* cardiovascular. Primeiro, começam os fatores de risco: a obesidade, etc., como nós vamos ver. Cito também a glicose alterada e o colesterol alterado. Depois vem a doença assintomática e, em seguida, vem a fase dos sintomas. O *continuum* continua com o infarto, etc., depois vêm as complicações, até à morte. Em cada um desses momentos, nós temos que atuar em muito dessas *variáveis continuums*, que são a glicose, o colesterol e, principalmente, a hipertensão arterial.

Vou apresentar os dados da VIGITEL — Vigilância de Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico, gentilmente oferecidos pela Dra. Deborah Malta, que coordena o departamento que trata de doenças degenerativas no Ministério Saúde. A vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas, que é feito por inquérito telefônico, tem o objetivo de medir a prevalência destes fatores de risco e a proteção para doenças não transmissíveis na população brasileira e subsidiar ações de promoção da saúde e de prevenção de doenças.

Nós vamos apresentar um período de 9 anos, que vai de 2006 a 2014, em adultos acima de 18 anos, em todos os 26 Estados da Federação. Representam mais de 40 mil entrevistas por inquérito telefônico em âmbito nacional.



Quanto à primeira questão, que é a epidemia, cresce o número de pessoas com excesso de peso no País. Cerca de 52,5% dos brasileiros estão acima do peso. Este índice era de 43%, em 2006. Cerca de 18% da população está obesa. Esses fatores de risco estão na base de todas as doenças crônicas, não só da hipertensão, da diabetes e das doenças cardiovasculares, mas também do câncer. A obesidade leva ao câncer, e as doenças crônicas respondem nesse conjunto por 72% dos óbitos no País.

Vejam agora cada um desses fatores de risco. O excesso de peso é maior entre os homens: 56,5% *versus* 49%. Isso, para IMC — Índice de Massa Corporal acima de 25. Quando o IMC é acima de 30, caso de obesidade, o sexo feminino predomina em relação ao masculino.

Vejam que, entre 2006 e 2014, o excesso de peso, IMC acima de 25, aumentou em 23%. Foi de 42% para 52%. Esse dado é preocupante. Isso aconteceu em todas as faixas de idade e renda, com exceção das mulheres da classe A.

Em seguida, de 2012 a 2014, há um dado positivo: não ocorreu o aumento de obesidade nesse período de 3 anos.

No Diagnóstico Autorreferido de Hipertensão Arterial, Diabetes, Dislipidemia, o pesquisador pergunta para a pessoa se ela tem conhecimento de hipertensão e diabetes diagnosticados por médico. Em hipertensão arterial, temos 25%; cerca de 8% da população brasileira tem diabetes, mas há dados mais abrangentes de base populacional, como São Carlos, com 13%, e outras cidades do interior paulista, com 15%.

A dislipidemia marca 20%, mas é claro que esses números dependem naturalmente da faixa etária que nós estamos abordando. Por exemplo, em relação a dislipidemia e colesterol, vejam que vai aumentando: quanto maior a idade, maior a frequência. O mais preocupante é que cerca de 7% de jovens de 18 a 24 anos já têm colesterol aumentado. E nós sabemos que a doença isquêmica começa inclusive intraútero. Há crianças recém-nascidas que já apresentam células espumosas na parede da aorta, mostrando já o prenúncio do desenvolvimento do processo arteriosclerótico que segue pela vida adulta.

Vejam os senhores que, nesse período de 9 anos, houve um aumento de 33% da frequência de diabetes. Somado à questão da obesidade, isso tem um impacto na doença do sistema cardiovascular muito importante. Tem ocorrido o aumento do diabetes, o que é bastante importante.



Vejam que o consumo alimentar de proteção é mais baixo entre os homens, portanto o consumo regular de frutas e hortaliças é menor entre os homens do que o recomendado. Entretanto, os homens consomem um pouco mais de feijão do que as mulheres, e esse é um dado positivo em relação aos hábitos alimentares.

Vejam que o consumo alimentar de risco predomina entre os homens. Na autoavaliação do consumo elevado de sal, o predomínio é dos homens, assim como o consumo regular de refrigerantes também, o consumo de leite integral com alto teor de gordura e o de consumo de carne com excesso de gordura. Todos os dados são predominantes com maior frequência entre os homens, com exceção do consumo regular de doces e substituição do almoço ou jantar por lanches, que é mais frequente na população feminina.

O consumo de sal muito alto — ali à esquerda do gráfico, aqueles 15% —, é maior entre os homens. O consumo adequado, 49%, representado ali à direita do gráfico, é mais prevalente entre as mulheres.

Sabemos que o brasileiro consome o dobro do sódio recomendado. Esse é um dado do Instituto de Defesa do Consumidor — IDEC. Sabemos que o consumo médio do brasileiro é 12 gramas de sal, enquanto o recomendado seria 5% ou 6%. Isso tem um impacto bastante importante na hipertensão como fator de risco. Sabemos que a hipertensão é responsável por 62% dos casos de acidente vascular encefálico e por 49% a 50% dos casos de infarto do miocárdio.

O consumo de frutas e hortaliças é menor entre os homens: 19% *versus* 28%. O consumo de carnes com gordura é maior entre os homens: 38% *versus* 22%. E o consumo regular de refrigerantes em 2014 foi de 24% contra 18%, também com predomínio na população masculina.

Sobre a atividade física, em ambos os sexos: 64% com algum tipo de sedentarismo, seja por inatividade física propriamente dita, seja pelo fato de o indivíduo ser insuficientemente ativo, tanto no trabalho quanto no lazer. Esse é um dado preocupante, pois praticamente dois terços da população brasileira não fazem o que é adequado. O que é adequado? Pelo menos, 150 minutos por semana de atividade física: 30 minutos em 5 dias por semana, ou 50 minutos em 3 vezes por semana.

O tabagismo predomina entre os homens, tanto o tabagismo ativo — ou seja, os fumantes, que está em 12,8% — quanto os ex-fumantes também. O consumo de 20 ou



mais cigarros por dia também tem maior frequência entre os homens. Os homens também têm uma maior frequência de fumantes passivos no trabalho. As mulheres são mais fumantes passivas no domicílio.

Vejam que, com relação ao tabagismo ativo — este é um dado muito importante —, houve uma redução mais acentuada entre os homens nesse período, de 31,5% para 25%. Houve uma redução maior no sexo masculino, e esse é um dos fatores, conforme veremos em seguida, das causas do declínio da mortalidade cardiovascular na maioria das doenças cardiovasculares. Entretanto, isso não é simétrico. Existe uma desigualdade nacional porque a distribuição dessas características epidemiológicas, naturalmente, não é homogênea num país como o Brasil.

Vejam os senhores que o tabagismo passivo no trabalho, em 2014, foi mais frequente entre os homens: 13% *versus* 5%.

No consumo abusivo de bebida alcoólica, são 24,8% *versus* 9,4%. Os homens, portanto, dirigem após o consumo de qualquer bebida alcoólica com mais frequência do que as mulheres, uma diferença bastante significativa. Quanto ao dirigir após o consumo abusivo de bebida alcoólica, a prevalência também é muito significativa: a frequência é bem maior entre os homens.

Quanto à autoavaliação, esse é um dado sobre o qual já se comentou bastante aqui, hoje à tarde. Os homens não se cuidam. Vejam que as mulheres, quando perguntadas como elas se autoavaliam em relação à saúde, entre "boa", "média" ou "ruim", elas têm uma percepção mais consciente da autoavaliação da saúde como ruim. Os homens, até por questões culturais, avaliam ruim apenas em 3,4% dos casos, em menor frequência. Esse também é um dado significativo.

A autoavaliação do estado de saúde como ruim aumenta ou dá um salto a partir da faixa etária de 45 a 54 anos, tanto no sexo masculino quanto no feminino.

Essa é a nossa linha de hipertensão. São várias as prevalências de hipertensão, de estudos bem desenhados em âmbito nacional. A média de hipertensão arterial é de 32,5%. Entretanto, existem outros números. O próprio VIGITEL estima em 25% a prevalência de hipertensão na população adulta acima de 18 anos. O Plano Nacional de Saúde de 2013, com medida indireta, informação autorreferida, estima em 21,4%.

Pela primeira vez — este é um dado, Deputado, muito importante —, no Plano Nacional de Saúde, o IBGE realizou quase 60 mil medidas diretas de hipertensão arterial,



inclusive na Região Amazônica. O resultado deu 22,4%. Pela primeira vez temos esse dado epidemiológico em âmbito nacional. Antes, não tínhamos conhecimento disso. Provavelmente, isso vai nos levar agora a uma reavaliação daquele número de 30%.

Portanto, quando examinamos a taxa de controle, o quanto há de controle de hipertensão no Brasil, vemos que há 19,6%, abaixo da Europa, que varia de 12% a 36%, com média de 25%; abaixo dos Estados Unidos, que têm metade da sua população, pelo menos, com a pressão controlada; e o campeão mundial, que é o Canadá, com 64%. Praticamente dois terços dos canadenses hipertensos estão controlados.

Como conclusão desse segmento, quais são os alertas e avanços? Em primeiro lugar, os homens apresentam um perfil de risco mais grave e preocupante. Há uma elevada prevalência de hipertensão com baixas taxas de controle; há o aumento de diabetes em homens e mulheres; há o aumento de excesso de peso e da obesidade em homens e mulheres; há elevada frequência de sedentarismo e o consumo abusivo de bebida alcoólica. Sabemos, inclusive, que a bebida alcoólica é um fator importante para o aumento da pressão e para a hipertensão resistente também.

Estes são avanços: houve uma melhoria no consumo recomendado, de pelo menos cinco porções por dia de frutas e hortaliças; houve uma tendência à redução dos alimentos com gordura, como carnes e leites; e houve uma redução progressiva do tabagismo e de fumantes passivos. Nesse aspecto, nós somos exemplos em âmbito mundial.

Agora eu gostaria de apresentar uma atualização, que está em *Atlas* apresentado pela Sociedade Brasileira de Cardiologia, por intermédio do Dr. Carlos Magalhães e da Dra. Fernanda Consolim Colombo, do Instituto do Coração — INCOR, da Diretoria de Promoção de Saúde Cardiovascular. Eles fizeram a divulgação e lançamento em setembro, em Curitiba, no Congresso Brasileiro de Cardiologia. O documento trata da questão da mortalidade por doenças do aparelho circulatório no Brasil, no período de 2003 a 2012, um período de 10 anos. Ali estão incluídas as doenças do aparelho circulatório (CID 10, Capítulo IX); doenças coronarianas (CID 10, I20-I25); insuficiência cardíaca (CID 10, I50); e doenças cerebrovasculares (CID 10, I60-I69). Vai aparecer assim nos diversos gráficos, segundo sexo, faixa etária e região de saúde no Brasil. Vamos ver dados bastante interessantes agora.



O objetivo desse trabalho foi compor um painel de monitoramento da situação de saúde e subsidiar a própria Sociedade Brasileira de Cardiologia na formulação de políticas de saúde cardiovascular; e constituir uma linha de base da Sociedade Brasileira de Cardiologia para as metas até 2025.

Metodologia. Trata-se de um estudo ecológico, com unidades de análise por regiões de saúde em âmbito nacional, sexo, faixa etária. As fontes são as Regiões de Saúde, as 437, do Ministério da Saúde, do DATASUS, portanto de base territorial; os óbitos foram informados pelo Sistema de Informação de Mortalidade — SIM; e a população foi a estimada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística — IBGE, segundo os anos de 2000 e 2010, com estimativas da população para depois de 10 anos.

Vejam que foram estudadas, portanto, 437 Regiões de Saúde, segundo a Resolução nº 1, do Ministério da Saúde, de setembro de 2011.

Começamos a ver o primeiro dado. Em relação à mortalidade, houve um aumento da idade média dos óbitos. Está ali embaixo, em azul, a tendência geral para todas as doenças cardiovasculares.

E há as outras situações, as do Capítulo IX. Olhando ali os números, na vertical, vemos que, de 2003 a 2012, houve um aumento da idade média em relação a todas as doenças cardiovasculares.

Na coluna I20-I25, na vertical, houve um aumento da idade média em relação às doenças isquêmicas, infartos; depois, insuficiência cardíaca, I50; e depois também o acidente vascular cerebral.

Portanto, as pessoas do sexo masculino estão morrendo cada vez mais tarde.

Entretanto, quando se compara com o sexo feminino, a tendência é mais inclinada. Vemos que houve uma melhoria suplementar da idade média de morte das mulheres. Vejam os números da idade média dos homens, na tela anterior: 69, 67, 72 anos. Quando passamos para as mulheres, vemos 74 anos. Quer dizer, as mulheres morrem mais tarde. Nós vamos ver isso em gráficos também. Portanto, as mulheres têm uma expectativa de vida superior à dos homens. Esse é um dado bastante importante na discriminação por sexo.

Vejam ali, na seta à esquerda, que os homens já começam a morrer na faixa de 30 a 35 anos. Em azul estão as curvas relativas aos homens. Em azul claro, vemos 2003; em



azul escuro, 2012. Para as mulheres, a curva em rosa é 2003, e a curva em vermelho escuro, 2012. Portanto, os homens começam a morrer primeiro, entre 30 a 35 anos.

Aqui na vertical, vemos o percentual por morte. Portanto, quanto mais à esquerda estiver essa curva, haverá mortalidade quantitativamente maior. Vejam que as mulheres têm um pico mais elevado e mais tardio. Quanto mais para a direita está essa curva, maior é a sobrevida. As mulheres estão, portanto, muito melhores e morrem mais tarde, conforme mostra a última seta da direita. Isso ocorre para todas as doenças cardiovasculares, englobando todas as outras, como nós vamos mostrar. Essas curvas são semelhantes.

Vejam que essa diferença é muito maior para infarto, explicando que os homens morrem por infarto mais precocemente. E há um dado bastante importante: há aumento de mortalidade na faixa de 40 a 50 anos no Brasil, coisa que não ocorre em outros países, Deputado. Isso mostra que está faltando exatamente o que se está fazendo aqui: políticas de saúde do homem, para evitar que haja esses dados tão desfavoráveis e essa mortandade de pessoas, mortes absolutamente evitáveis de pessoas.

Agora aparece a curva referente à insuficiência cardíaca. A curva mais para a direita é a mais favorável e se refere à população feminina.

Quanto à mortalidade por acidente vascular encefálico ou cerebral, é também mais favorável a situação das mulheres. Os homens estão sempre em situação pior.

Quanto à mediana das idades, selecionada pelo ano do óbito e sexo no Brasil para todas essas doenças cardiovasculares, infarto, insuficiência cardíaca e acidente vascular cerebral, vejam que a mediana de idade dos óbitos por sexo e causa selecionada é sempre mais alta entre as mulheres.

Vejam ali, em vermelho, 2003; depois, 2012. Aquela primeira tabelinha lá de cima mostra alguns números. Os referentes às mulheres mostram medianas de idade maiores do que as dos homens. Isso é consistentemente verificado para todas as patologias, inclusive nas do Capítulo IX, à esquerda. Para doenças cardiovasculares (I20-I25), infarto (I50), insuficiência cardíaca (I60-I69). Nessa mediana de idade, as mulheres atingem sempre uma média de idade maior.

Isso pode ser visto agora: em vermelho está o sexo feminino, em azul está o sexo masculino, em verde está a média, ali no meio do gráfico. Vejam a diferença da mediana,



de 70 para 75 anos, praticamente, para as mulheres, é um aspecto desfavorável para o homem em relação a todas as doenças cardiovasculares.

Isso se repete para o infarto agudo do miocárdio, para a insuficiência cardíaca — as mulheres, portanto, morrendo mais tarde, com maior mediana de idade — e para o acidente vascular encefálico.

Coeficientes de mortalidade. Como os coeficientes de mortalidade podem ser vistos em âmbito nacional? Tudo foi plotado e foi visto o incremento, que pode ser positivo ou negativo, em relação ao aumento da mortalidade cardiovascular ou à redução.

Vejam a evolução dos coeficientes de mortalidade padronizada em relação a 100 mil habitantes. Esses números são para 100 mil habitantes. Houve redução em todos os agravos, ou seja, menos 12% nesse período de 10 anos, de 2003 a 2012.

Vejam que, na linha da doença cardiovascular, começou em 236 para o sexo masculino e chegou a 208, uma redução de 12% — sempre inferior à feminina, que está com 15%.

Para doenças isquêmicas, menos 4,8% entre os homens; menos 30,8%, para insuficiência cardíaca; e menos 24%, para mortes por acidente vascular cerebral. Trata-se de frequências sempre inferiores às obtidas pelo sexo feminino, em que há uma situação melhor.

Nós podemos ver que, em âmbito nacional, nós temos assimetrias e desigualdade. Enquanto no Distrito Federal, esta cidade, nesse período de 10 anos, ocorreu uma redução de 28% de mortes por doenças cardiovasculares em geral, no Pará ocorreu aumento de 1,6% e na Paraíba, um aumento de 20%.

Essa diferença pode ocorrer por causa dos registros. Existem essas dificuldades muito bem conhecidas por todos. Por exemplo, no Rio Grande do Norte, registram-se mais 10% de mortalidade; em Roraima, menos 35%; em São Paulo, menos 15%. Portanto, há unidades da Federação em que se observou aumento da mortalidade, enquanto em outras unidades da Federação, a maioria, observou-se redução, principalmente nas da Região Sul e Sudeste. O quadro pior está no Nordeste e na Região Norte. Nós veremos isso em cores.

Aqui nós temos os coeficientes de mortalidade, nas duas figuras em verde. O ano de 2003 está na primeira figura; o de 2012, na segunda. A imagem mostra o incremento,



a variação relativa entre esses anos, em ambos os sexos, com aumento e redução, portanto desse incremento.

Vejam que lá embaixo, em azul, há aumento. O verde mostra de 0% a 10% de aumento. E as cores amarela e rosa representam redução. Vejam que o Sul e o Sudeste estão mais em rosa e amarelo, portanto houve redução, enquanto o Norte está mais em azul e verde, e principalmente o Nordeste.

Parece que há uma divisão entre Norte e Nordeste, com uma situação pior em âmbito nacional para mortalidade cardiovascular — a principal, por todas as causas —, em relação ao Sul e ao Sudeste. Contudo, também na Região Centro-Oeste, inclusive em algumas regiões de Mato Grosso, também se observa aumento.

Vejam que esses dados foram plotados para o sexo feminino. Quando observamos o sexo feminino, vemos que está mais amarelo e mais rosa do que o mapa do sexo masculino, mostrando que há maior redução da mortalidade para as mulheres, em relação aos homens. Vejam o quanto há de amarelo e rosa nesse quadro. Voltando dois eslaides, nós vemos como há menos em relação ao sexo masculino, o que mostra uma situação melhor para o sexo feminino, mais uma vez.

Quando observamos esses coeficientes plotados para o mapa, podemos verificar que os coeficientes de mortalidade, entre esses anos, é pior para o sexo masculino, sendo pior para as Regiões Norte e Nordeste.

Vejam essa tendência. Este é um eslaide mais antigo, que mostra que essa tendência já estava sendo observada de 1991 a 2010, ou seja, a situação já vem de trás. O gráfico mostra menos 46%.

Agora trago um dado interessante para toda a nossa Mesa. Quando observamos por que as doenças crônicas não transmissíveis diminuíram, verificamos que diminuíram mais por redução das cardiovasculares do que em relação à redução por câncer, por doenças respiratórias, por diabetes ou por outras. Isso mostra realmente que fatores como redução do tabagismo, maior controle da hipertensão e outros fatores de risco têm um impacto altamente significativo nessa redução.

Essa imagem traz dados que fazem parte de outro cenário, mas eu trouxe esse eslaide para mostrar que no Brasil, comparando-o ao resto do mundo, a mortalidade de causa cardiovascular é maior, é maior do que a média global.

Estas são as causas da redução, o que é importante.



Maior desenvolvimento socioeconômico, com distribuição de renda e salário mínimo.

Ampliação da cobertura assistencial. A atenção primária é fundamental em todos esses aspectos. Em todas as apresentações formuladas aqui, todos chamaram a atenção para a importância da atenção primária, por onde começam os cuidados.

Programas sociais como Farmácia Popular e incentivos a genéricos.

Redução do tabagismo, de 31% em 1989, para 10,8% em 2014.

Avanço das tecnologias para o tratamento das emergências. São exemplos os *stents*, as estreptoquinases, etc., como todos sabemos.

Portanto, seguimos para as conclusões e propostas da nossa Sociedade Brasileira de Cardiologia.

No que diz respeito às conclusões, podemos dizer que nós estamos em um País imenso, de renda média, populoso, com uma urbanização acelerada e mudanças epidemiológicas. Eu não trouxe os eslaides, mas todos sabem do aumento da população idosa. Isso é impactante também, o rápido crescimento da população idosa. Há desigualdade socioeconômicas entre as Regiões, portanto os grupos populacionais também têm uma influência importante. Temos um sistema público de saúde com insuficiente financiamento, insuficiente gerenciamento, e até insuficiente treinamento em muitas unidades de saúde e recursos humanos, em âmbito nacional. Há importante prevalência de hipertensão, diabetes e outros fatores de risco, como vimos. Tendências adversas de alguns fatores ameaçam a redução das doenças crônico-degenerativas. Essa redução vai ser contrabalanceada pelo aumento do diabetes e da obesidade. Isto é, portanto, uma questão fundamental. Há praticamente uma situação de epidemia de diabetes e obesidade. O perfil da situação de saúde do homem no Brasil ainda é muito desfavorável para uma significativa redução da morbidade e mortalidade cardiovascular.

No que diz respeito às propostas, temos que melhorar o acesso e a qualidade do atendimento da atenção básica. Temos que promover programas de educação continuada, com a participação das sociedades científicas. Já houve um programa de reorganização da hipertensão arterial, quando nós percorremos, por exemplo, em 2002, o Estado de Mato Grosso, fazendo treinamento de colegas da rede pública. Isso foi feito em âmbito nacional, na época, junto com o Dr. Carlos Alberto Machado.



Além disso, a atenção básica, por meio das equipes multiprofissionais da estratégia de saúde da família, representa a estratégia mais adequada para a abordagem das doenças crônicas não transmissíveis.

E, finalmente, propomos estabelecer esta nossa mensagem de melhor alinhamento das políticas públicas — como o Programa de Atenção Integral à Saúde do Homem — com a sociedade civil, especialmente com as sociedades científicas.

Foi um grande prazer ter participado desta Mesa, assim como será um grande prazer continuar participando.

Desde agosto de 2008 acompanhamos a implementação do Programa de Atenção Integral à Saúde do Homem. Parabenizamos V.Exa., Deputado, pela brilhante iniciativa de reunir pessoas que trabalham tão bem nessa área.

Muito obrigado a todos! (*Palmas.*)

O SR. PRESIDENTE (Dr. Jorge Silva. Bloco/SOLIDARIEDADE - ES) - Obrigado, Dr. Luiz César Nazário Scala.

Parabenizo V.Sa. pela apresentação, que só vem a mostrar, Dra. Angelita Elisabete Hermann, a necessidade que temos de colocar o Programa de Atenção Integral à Saúde do Homem, tirá-la do papel e levá-la aos Estados e Municípios, que tanto anseiam por diminuirmos esses números que estão sendo mostrados.

Concedo a palavra ao Dr. Sandro José Martins, responsável técnico pela Oncologia Clínica do Hospital Universitário de Brasília e Chefe de Clínica de Oncologia do Hospital das Forças Armadas.

O SR. SANDRO JOSÉ MARTINS - Boa tarde!

Este final de Mesa é extremamente rico, porque já ouvimos palestrantes que trouxeram contribuições importantes para o entendimento de como está o andamento da implantação de uma política de cuidado à saúde do homem. Nós que somos a minoria da população, nós que temos a menor expectativa de vida, temos, então, muitos grupos organizados que propõem meios de ampliar o acesso às políticas de saúde para o homem.

Coube-me comentar a respeito da realidade do SUS em relação a uma possível defasagem tecnológica, em relação ao que acontece no panorama da saúde de um modo geral, em relação a quais tratamentos deveriam estar disponíveis no SUS, mas não estão. Este foi o tema proposto.



Podemos distribuir essa informação em relação aos tratamentos que se usam para o cuidado do homem com câncer de próstata. Precisamos falar de cirurgia, da terapia por radiação e do uso de medicamentos antineoplásicos.

É interessante fazermos um breve comentário sobre como as pessoas têm acesso a medicamentos no SUS, principalmente medicamento antineoplásico, que é o que interessa nesta apresentação, e se esses tratamentos faltam no SUS. Qual é o mecanismo hoje vigente para a incorporação desses tratamentos?

Falarei sobre avanços na cirurgia. O Dr. Rômulo, que me antecedeu, mencionou brevemente o papel de cirurgias minimamente invasivas para o tratamento do câncer de próstata, entre as quais a cirurgia robótica é, talvez, a tecnologia emergente no mundo inteiro mais interessante, do ponto de vista de realizar a remoção da próstata doente de maneira menos traumática possível para o paciente. Nas experiências conhecidas da literatura, resulta em menor morbidade, menor tempo de hospitalização e resultados, do ponto de vista do controle da doença, bastante satisfatórios.

Temos alguns equipamentos no Brasil. Foi mencionado o do Instituto Nacional do Câncer, que faz uma avaliação com relação a custo e eficácia do uso de cirurgia robótica no tratamento de câncer de próstata, mas é uma tecnologia que depende de treinamento específico, de investimento grande em equipamento e que possui uma curva de absorção de aplicação na prática clínica muito lenta. Provavelmente, trata-se de uma tecnologia emergente e interessante no tratamento do câncer de próstata, assim como são interessantes algumas terapias focais, vez que é possível, com o diagnóstico precoce, encontrar doenças restritas à próstata.

Existem tecnologias que procuram, através de meios físicos, fazer a destruição do órgão sem a necessidade da remoção cirúrgica dele, seja através de ondas de ultrassom de alta intensidade, que provocam uma cauterização da próstata, seja através do inverso, do congelamento *in vivo* da próstata. Introduzem-se alguns catéteres no órgão, sob visualização e acompanhamento por imagem, e se faz o congelamento e o descongelamento da próstata. Com isso, elimina-se a próstata doente. Há também procedimentos ambulatoriais pouco invasivos. E tem crescido o interesse da comunidade em relação ao tratamento da doença localizada, da doença inicial.

Vou falar o que tem de novo na área de radiação do câncer de próstata, que é uma polêmica. Vira e mexe, a opinião pública vem com diversos pontos de vista a respeito



dela. Há uma técnica moderna de planejamento da radioterapia que permite que a radiação que vai ser entregue na área da próstata — essa área em vermelho — seja feita na intensidade necessária para tratar a doença sem acometer, sem produzir o mesmo grau de radiação nos tecidos próximos. Então, bexiga e intestino não recebem a mesma dose de radioterapia que o órgão afetado pela doença.

Essa técnica de irradiação, que envolve necessariamente mecanismos diferentes de planejamento, já que o equipamento de radioterapia é praticamente o mesmo disponível para radiação tridimensional convencional, resulta em melhor controle local da doença, menores taxas de recidiva e resultado, do ponto de vista oncológico, equivalente ao tratamento tridimensional.

Então, técnicas de radioterapias novas são técnicas aparentemente mais eficientes no controle local da doença, porque permite uma dose maior de radiação na próstata do que a técnica convencional e com bons resultados, em termos de sobrevivência desses pacientes.

Tratamento paliativo do câncer de próstata. O câncer de próstata que falhou ao controle local pela cirurgia vai encontrar a necessidade de tratamentos clínicos com medicamentos. Algumas novas formas de se fazer bloqueio hormonal desses pacientes estão disponíveis e resultam em alguma vantagem para os doentes com doenças muito avançadas e que já passaram por outros tratamentos prévios. Temos aqui pelo menos dois medicamentos em uso clínico que produzem um modesto benefício em relação ao controle temporário da doença nos pacientes fora de possibilidade de terapia curativa.

Bom, e como se dá, então o acesso a medicamentos antineoplásicos no âmbito do SUS? O SUS tem diversas formas pelas quais o usuário pode receber e ter acesso a medicamentos, cada uma com sistemas de custeio, financiamento e responsabilidades dos entes da Federação distintos. Mas, especificamente, em relação à oncologia, medicamento antineoplásico, o acesso é organizado para que ele se dê nos hospitais credenciados, como o CACON e UNACON. Esses hospitais fazem a sua programação de tratamento, a sua protocolização do tratamento nas suas instituições e fazem a padronização dos medicamentos que são utilizados naquela instituição. Não há um padrão nacional, não há a situação do Ministério da Saúde, da Secretaria Estadual ou Municipal de Saúde adquirir e fornecer diretamente esses medicamentos antineoplásicos. Essa é a regra do sistema de financiamento da oncologia. Esse sistema foi concebido



para que os tratamentos fossem reembolsados ao prestador à razão do tipo de câncer que está sendo tratado, do estágio da doença e da finalidade desse tratamento. Com essas variáveis, é possível encontrar, na tabela do SUS, no caso do câncer de próstata, possibilidade de tratamento da doença, antes da intervenção cirúrgica ou da radioterapia, após o tratamento por radioterapia e na palição de sintomas de pacientes que estão fora de possibilidade de tratamento curativo.

Esse formulário, conhecido como APAC de quimioterapia ou APAC de oncologia, é nada mais nada menos do que a implementação de um conceito que é o pagamento por pacote de serviços. Então, não se reembolsa o prestador pelo ato e pelo custo direto daquele ato, mas pelo cuidado do paciente em um determinado período de tempo. Existem, evidentemente, problemas no sistema da APAC.

Ele foi concebido e foi tabelado com base em informações da produção de serviços e de despesas com tratamento da era pré-APAC, feita com base na realidade da rede credenciada da época. Essas tabelas de procedimentos sofreram alguma atualização ao longo do tempo, mas, de longe, não se aproxima de variações de custos em saúde qualquer correção que foi implementada na tabela da APAC. Complica-se a situação em oncologia, porque o hospital tem essa responsabilidade de atender o doente e fornecer os medicamentos que ele compra e tem acesso a múltiplas fontes de financiamento público para poder custear sua atividade. O pagamento via embolso de procedimentos pela APAC é um deles. Os hospitais que forem de gestão direta da administração pública têm orçamento próprio definido por critérios administrativos locais e isso evidentemente é um recurso que não tem a ver com a produção de serviço, é um recurso adicional. Os hospitais têm possibilidade de firmar convênios com os entes da Federação e receber financiamento, custeio adicional; alguns hospitais filantrópicos têm acesso a isso.

Quanto a isenções fiscais, o certificado de filantropia permite uma redução do custo com impostos dessa instituição que normalmente oferece dupla porta e oferece também o atendimento à saúde privada usando os recursos de convênios, equipamentos, etc. oriundos da sua relação com o SUS. Essas instituições fazem amplamente uso de mecanismos de captação social de recursos para poder financiar as suas atividades em maior ou menor grau. De acordo com a participação da sociedade, isso é importante no financiamento desses hospitais. O Hospital de Câncer de Barretos não fecha a conta do mês, se não houver a captação social presente ali e muito forte.



As atividades se complementam. Então, o custeio de um hospital oncológico, o CACON e UNACON, é muito complexo. Cada caso seguramente tem um leque diferente de pesos, de importância de cada um desses componentes. É difícil dizer que o hospital tem ou não tem condição de oferecer IMRT, tratamentos inovadores em oncologia, porque a sua realidade é uma realidade que só aqueles gestores, realmente, conhecem.

Como se dá, então, de forma geral, a incorporação de novos tratamentos em base nacional? Nós vimos que as condutas em oncologia são definidas pelos hospitais, mas algumas políticas são de âmbito nacional. Essas políticas nacionais são incorporadas através da CONITEC — Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologia no SUS, que faz, desde 2011, esse papel regulador do sistema, fazendo a arbitragem das necessidades em relação à assistência e proposições que tenham embasamento nesses critérios, intervenções que sejam eficazes, intervenções que sejam efetivas e eficientes. Evidentemente, os cálculos de impacto orçamentário para o sistema público consideram o acesso universal a esses tratamentos. Não é um tratamento para o hospital a ou b realizar, é um tratamento para qualquer hospital habilitado em oncologia realizar. O fluxo de incorporação está bem descrito no *site* da CONITEC de maneira relativamente simples. Eu diria que a sociedade participa fazendo proposições à Comissão. De acordo com o tipo de ente que faz essa proposição, algumas informações precisam ser atendidas em termos de suporte e documentação. Essas informações são consolidadas em um relatório interno que é levado ao plenário da Comissão em suas reuniões mensais para fazer a apresentação, debate em relação a essa proposição e deliberação inicial em relação à aprovação ou não daquela incorporação. Essa deliberação vai à consulta pública, na qual se colhe um *feedback* da sociedade sobre o posicionamento preliminar da Comissão em relação à proposta. Esta proposta volta com essas contribuições para um segundo debate, em que, ponderada o imputo da sociedade, faz-se a deliberação final, recomendando ao Ministério da Saúde pela incorporação ou não dessas tecnologias.

Isso não significa que, em se deliberando favoravelmente, essa tecnologia estaria imediatamente disponível. Há um delta hoje de 180 dias, que é o prazo regulamentar para que essas deliberações sejam efetivadas na rede.

A CONITEC, por exemplo, tem uma consulta pública, como foi mencionado aqui, aberta para avaliar diretrizes de tratamento de câncer de próstata, cujo prazo para as



contribuições iniciais fecharão amanhã, mas eu já soube que já há mais de 90 contribuições nessa consulta pública. A sociedade tem sido bastante participativa em aprimorar essas orientações que foram colocadas para debate.

Quais são os tratamentos que deveriam estar disponíveis mas não estão, que foi a questão inicial que nos trouxe aqui? Muita coisa. Na realidade, hoje não existe acesso à radioterapia. Há um déficit importante de cobertura dos serviços de radioterapia. Há pacientes que nunca vão ter a possibilidade de fazer o seu tratamento de radioterapia no momento certo e da forma adequada, porque não há posições de tratamento. Falando da Capital do Brasil, por exemplo, Brasília tem uma situação extremamente dramática. Há mais de 700 pessoas em fila de espera, aguardando a primeira consulta nos serviços públicos de radioterapia aqui em Brasília.

Medicamentos. Isso aqui foi um apanhado rápido que eu fiz. São notícias do último mês, do mês de outubro, sobre a falta de medicamentos em hospitais públicos, o que tem prejudicado os serviços de oncologia. Eu não quis ficar no Distrito Federal, porque a situação aqui é calamitosa, mas isso aqui é um exemplo de um hospital do Recife que teve problemas no gerenciamento de seus custos e recursos, deixando vários pacientes com atraso na continuidade do tratamento de quimioterapia.

Sobre a falta de recursos para cirurgia, também beira o anedótico as histórias que se ouve do esforço que os colegas fazem para realizar muitas vezes uma cirurgia, tendo que levar material da clínica privada para fazer uma cirurgia de um paciente que eles têm que cuidar no hospital público.

Então, falta muito para o SUS, em termos de cobertura para tratamentos em oncologia. Isso seguramente traduz a necessidade de maior financiamento, de um olhar também para a necessidade de se direcionar recursos para o diagnóstico precoce e para o tratamento adequado, porque não adianta fazer o diagnóstico precoce do câncer de próstata e não ter o urologista disponível para realizar, não a cirurgia robótica, mas uma prostatectomia radical daquele paciente. É preciso, então, pensar em todas as pontas dessa linha de cuidado, porque, toda vez em que se cria a expectativa de uma assistência e não se assegura a continuidade desse cuidado, a iniquidade e a judicialização vêm como consequência.

Eu acho que era isso o que eu tinha para comentar hoje com os senhores.
(Palmas.)



O SR. PRESIDENTE (Dr. Jorge Silva. Bloco/SOLIDARIEDADE - ES) - Agradecemos ao Dr. Sandro pela bela exposição.

Imediatamente passamos a palavra para a Deputada Carmen Zanotto, para as considerações de S.Exa.

A SRA. CARMEN ZANOTTO (PPS - SC) - Obrigada, Deputado Dr. Jorge Silva, que preside este nosso seminário.

A cada um dos expositores, quero dizer que eu consegui ficar mais preocupada.

O SR. PRESIDENTE (Dr. Jorge Silva. Bloco/SOLIDARIEDADE - ES) - A Deputada da Lei dos 60 dias.

A SRA. CARMEN ZANOTTO (PPS - SC) - É. A Lei dos 60 dias. No projeto original, eu fui a primeira Parlamentar a propor que nós aprazássemos, em função do relatório do Tribunal de Contas e de quando foi anunciada a cura do câncer do ex-Presidente Lula. Nós sabemos que, com diagnóstico precoce e tratamento adequado o mais rápido possível, maiores são as chances de recuperação. Por isso, nós tivemos essa iniciativa. No nosso projeto de lei, nós tratávamos: até 30 dias, sabendo que, em alguns casos de câncer, se precisa efetivamente de um tratamento imediato.

Eu tenho duas grandes perguntas. Antes, quero saudar a Angelita, que está vindo para a política nacional e é minha vizinha. Eu sou de Lages, ela é de Vacaria. Somos de Estados vizinhos e Municípios vizinhos no Sul do País.

Cumprimento o Deputado Darcísio Perondi, que está aqui conosco e que é outro guerreiro nas causas da saúde, em especial, do financiamento. Ele é nosso professor agora. Ele não é só médico, mas é economista em saúde. Então, mesmo Relatora da PEC 01, nosso grande estudioso e grande representante é o Deputado Darcísio Perondi. Nós temos aprendido muito com ele também.

Eu estou absolutamente preocupada. Confesso que eu desconhecia, mesmo como Presidente da Frente Parlamentar de Prevenção, Diagnóstico e Tratamento do Câncer, a questão do PSA e do toque retal. Eu acabo de receber também uma nota conjunta da Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul, do Serviço de Urologia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, com relação ao PSA e ao toque retal, que era o que nós conhecíamos até ontem, pelo menos, ou até poucas horas atrás. Para mim, era efetivamente o que nós precisávamos defender.



Tanto é, Dr. Rômulo, que eu sou autora de uma emenda de um projeto de lei que está no Plenário com relação às famílias do Programa Bolsa Família. A Deputada propôs que as mulheres fizessem o preventivo do câncer de colo do útero. E, preocupada, Dr. Jorge, com a questão dos homens, com a importância e a necessidade de, cada vez mais, falarmos da prevenção, eu apresentei uma emenda de plenário pedindo a inclusão do PSA para os homens com histórico familiar, a partir dos 45 anos, e 50 anos, para aqueles que não têm histórico familiar, conforme as normas. Inclusive, se der negativo, a cada período depois o Ministério iria regulamentar. Agora eu me deparo com essas novas definições, com esses novos estudos e com a divergência entre as sociedades brasileiras, os gestores e alguns estudiosos brasileiros sobre o que preconizar.

Eu acho, Dr. Jorge, que poderíamos sair daqui com algum encaminhamento nesse sentido sobre a importância de nos debruçarmos sobre o assunto. O que nós vamos fazer? Isso está parecendo muito o caso das mamografias, em que a lei preconiza... O Dr. Sandro já está na terceira audiência conosco nos últimos 45 dias, o que dá a média de uma visita a cada 15 dias.

Fui autora do PDC que buscou sustar a portaria que prioriza, a partir dos 50 anos, as mamografias. Conseguimos aprová-lo na Câmara depois de um longo trabalho junto ao Ministério da Saúde. Após ser aprovado, foi encaminhado ao Senado, mas a tramitação do projeto não caminha. As mesmas dificuldades que teve na Câmara o PDC enfrenta no Senado. A cada semana, a cada mês nos deparamos com novas orientações, e o Ministério da Saúde mantém a posição de que o rastreamento deve ser feito a partir dos 50 anos.

Agora, surge essa novidade para o diagnóstico do câncer de próstata. Então, confesso que fico angustiada. Eu tive que me ausentar por três vezes, rapidamente, para ir ao plenário, porque nós tínhamos uma Comissão Geral que debatia a questão das mulheres negras. E estamos acompanhando aqui na nossa Comissão de Seguridade Social e Família o alto índice de mortalidade materna das mulheres negras e a questão do racismo institucional. Portanto, tive que me deslocar ao plenário. Mas não posso, como Presidente da Frente Parlamentar de Prevenção, Diagnóstico e Tratamento, deixar questionar a Mesa, a Angelita, que representa o Ministério, a Luciana e em seu nome os representantes de todas as instituições de apoio aos pacientes com câncer, os



especialistas da Mesa: o que fazer? Qual é o nosso papel como Parlamentar frente a uma situação em que há posições totalmente divergentes, pelo que entendi?

Um grupo recomenda, efetivamente, que se faça o toque retal e o PSA, e outro grupo dizendo que não se deve fazer isso. Então, a minha pergunta, Dr. Jorge Silva, é exatamente esta: o que nós Parlamentares aqui podemos e devemos fazer frente a essas divergências científicas, técnicas, porque sabemos que alguns países têm outra realidade social, outra realidade clínica. Estudos feitos em outros países podem não ser os melhores estudos para aplicação no Brasil. Eu acho que nós precisamos fortalecer os estudos no Brasil de acordo com a nossa epidemiologia, com a nossa realidade social.

Quando vemos que morrem mais pessoas vítimas de doenças cardiovasculares nas regiões Norte e Nordeste, em comparação às regiões Sul e Sudeste, para mim a resposta é clara. Os serviços de saúde são melhores no Sul e no Sudeste. Pode ser que a fila de espera, pode ser que o diagnóstico precoce, pode ser que a porta de entrada, através das UPAs e das emergências dos hospitais, tenha maior resolutividade em algumas regiões do País. O que nós não podemos mais conceber é que nossos homens continuem morrendo devido ao consumo abusivo do álcool, como vimos aqui. Vemos mortes violentas, e elas estão associadas a isso. E nós temos um trabalho grande também na Casa para restringir cada vez mais o consumo de álcool, porque é uma questão de saúde pública. Sabemos o que acontece com os nossos adolescentes, sabemos o que acontece com as nossas mulheres, porque a violência contra as mulheres se dá nos finais de semana. Quando nos debruçamos sobre isso, constatamos que isso acontece também em função do consumo do álcool pelos nossos homens.

Então, temos que trabalhar todos esses temas. No entanto, as minhas grandes perguntas neste seminário são as seguintes. Qual é a posição dos senhores sobre isso? O que nós Parlamentares e a sociedade devemos fazer com relação às divergências técnicas relacionadas ao toque retal e ao PSA?

O SR. PRESIDENTE (Dr. Jorge Silva. Bloco/SOLIDARIEDADE - ES) - Os senhores terão oportunidade de responder à Deputada.

Deputado Perondi, V.Exa. quer fazer uso da fala? Obrigado pela sua presença.

Quero registrar que passou por aqui o Deputado Osmar Terra.

A SRA. CARMEN ZANOTTO (PPS - SC) - Dr. Jorge, V.Exa. me permite?

O SR. PRESIDENTE (Dr. Jorge Silva. Bloco/SOLIDARIEDADE - ES) - Pois não.



A SRA. CARMEN ZANOTTO (PPS - SC) - Nós estamos ainda com a representação dos Secretários Municipais.

Obrigada.

O SR. PRESIDENTE (Dr. Jorge Silva. Bloco/SOLIDARIEDADE - ES) - Vou passar a palavra para eles.

Tem a palavra o Deputado Darcísio Perondi.

O SR. DARCÍSIO PERONDI (Bloco/MDB - RS) - O Dr. Jorge está conosco há dois mandatos. É um colega, como a enfermeira Carmen, brilhante e guerreira em prol da saúde. Nós abandonamos nossos trabalhos na enfermagem e na medicina para fazer política. Eu sou um pouco mais velho aqui do que eles dois. Então, conhecemos as duas pontas.

Quero registrar que o Dr. Jorge Silva é um Deputado trabalhador, estudioso, focado, discreto, mas produtivo, muito produtivo. Este seminário é uma das produções dele. Lembro que, neste ano, ele provocou nesta Casa uma discussão sobre a nossa dívida interna brasileira, que aumentou quatro vezes nos últimos 12 anos — e só o serviço da dívida tem um custo de 400 bilhões por ano. E o Jorge, mesmo não sendo economista ou contador, é médico, como a gente, ou enfermeiro, como a Carmen, fez essa provocação, e nós aprendemos sobre o tema. Nós estamos diante de um brilhante colega, médico, Parlamentar. Parabéns, Dr. Jorge!

Eu também estou preocupado com essa questão levantada pela Deputada Carmen levantou. É muito interessante. Vou ouvir a resposta com atenção.

Obrigado.

O SR. PRESIDENTE (Dr. Jorge Silva. Bloco/SOLIDARIEDADE - ES) - Muito bem. Obrigado, Deputado Perondi, que, grande pediatra lá do Rio Grande do Sul, está nesta Casa há mais de 20 anos. É nosso guru aqui. Com certeza, nós nos espelhamos na sua caminhada nesta Casa.

Passamos a palavra para o Dr. Rodrigo Oliveira, representando o CONASEMS nesta reunião.

O SR. RODRIGO OLIVEIRA - Bom dia a todas e a todos. É um enorme prazer estar aqui. Quero agradecer muito a oportunidade de poder falar nesta reunião em nome da representação dos Municípios. Sabemos que, pelo caráter federativo do Sistema Único de Saúde, qualquer solução, em especial as soluções que dependam da atenção básica,



passa pela organização e pelo empoderamento, com aumento da capacidade dos Municípios. Temos aqui vários Deputados que acompanham suas bases e sabem que a vida está muito dura do ponto de vista de financiamento. Eu tenho um orçamento, em Angra dos Reis — sou Secretário de Saúde de Angra dos Reis —, de 300 milhões de reais. Estou fazendo um corte orçamentário maior do que 50 milhões de reais para o próximo ano, tendo em vista a crise no Estado no Rio de Janeiro, dependente economicamente da cadeia de petróleo — e Angra dos Reis não é diferente. Então, estamos vivendo um cenário absolutamente preocupante, com dificuldade de repasse do Estado e um conjunto de dificuldades e de elementos.

Quero dizer que estou muito satisfeito com o debate porque eu acho que o debate, de alguma forma, com os vários olhares — e essa é uma prova de que ele foi muito produtivo —, tangenciou e abordou o conjunto de desafios do Sistema Único de Saúde. Nós falamos aqui de financiamento de forma tangencial. Esta Casa está com um pepino, um abacaxi para descascar. Não se trata mais de um subfinanciamento crônico. Nós estamos falando de um subfinanciamento agudo de 7 bilhões de reais para 2016. E precisamos achar, em conjunto, uma saída imediata para 2016 e uma saída também de longo prazo. Nós do CONASEMS vemos a Emenda Constitucional nº 1 como uma esperança, uma solução mais estruturante para essa questão.

Este debate também abordou uma questão central para o sistema, que é o debate de modelo, que tem muito a ver também com o debate da formação que temos tido, que está associado ao debate de modelo. Para cuidar de gente, precisamos de gente. A maneira como formamos os nossos profissionais está absolutamente relacionada à assistência à saúde que teremos e daremos. Não adianta portaria, não adianta nada, se... Inclusive o exemplo disso é justamente a discussão de rastreamento. Eu li recentemente documento do INCA que diz que, apesar de 2008 não se recomendar rastreamento, se estava fazendo rastreamento tendo em vista o aumento de PSA galopante no... Ou seja, apesar de uma norma, de uma portaria, estava-se adotando concretamente uma outra prática clínica.

Esse debate é importante. Eu queria dizer que o nosso sistema não é o sistema nem do Canadá nem do Reino Unido, nem o nosso país é o Canadá ou o Reino Unido do ponto de vista da sua diferença. Eu queria abordar outra dimensão que nos diferencia — estamos chegando lá — do Canadá e do Reino Unido. O Canadá e o Reino Unido têm



uma atenção básica absolutamente consolidada, com menores problemas de provimento de profissionais, em especial do profissional médico. Isso é determinante também, e não simplesmente outros debates, no qual discutimos toda e qualquer linha de cuidado, especialmente relacionada a doenças crônicas, em que não basta só vacinar, não basta só identificar o processo agudo. É preciso acompanhar e construir um processo mais complexo de articulação de rede; é fundamental pensar na atenção da dimensão da atenção básica.

Falo que estamos chegando lá porque a atenção básica no Brasil está passando por uma silenciosa revolução. Falo isso porque sou Secretário de Saúde e já passei pelo Ministério da Saúde — aliás, já passei por duas secretarias de saúde. Nós estamos falando de 25 mil obras. Estamos melhorando a estrutura e equacionando a questão do provimento, o que nos possibilita discutir protocolos clínicos de diagnóstico precoce, por exemplo, para o câncer de próstata ou para um conjunto de protocolos clínicos de antecipação do diagnóstico de todas as afecções e doenças que estamos colocando aqui, em outro patamar. Hoje não temos mais metade das equipes de Saúde da Família, das 36 mil equipes de Saúde da Família, não temos mais metade delas sem médicos. Isso coloca para nós o debate da necessidade de dar o passo adiante. Ao contrário da Deputada, eu fiquei feliz com a fala. A nossa divergência já foi muito maior 4 anos atrás; há 4 anos, estava maior.

Nesse sentido, quero falar em relação à questão do rastreamento, quero frisar a palavra "oportunismo", porque acho que é aí que caminhamos para construir um acordo em relação a isso. Acho que estamos próximos de construir um acordo em relação a isso. Uma coisa é fato: rastreamento, no seu termo clássico da saúde pública, é pegar uma determinada população que não apresenta nem história clínica, ou seja, a quem você não pergunta nada, que não apresenta história clínica, não apresenta sintoma, não apresenta nada, e fazer exames nessa população, como é o caso do Papanicolau. Isso não é aconselhado na literatura. E o próprio representante da sociedade de urologia colocou: *"Isto gera sobrediagnóstico e sobretratamento"*.

O debate que temos que colocar aqui, e por isso acho que dá para chegar a um acordo, e aí não acho que precisamos de urologista para isso, precisamos de urologista para depois, para o passo seguinte... Precisamos aumentar a nossa capacidade de acesso à urologia para o passo seguinte, que é justamente a suspeita. Após o médico da



atenção básica, na sua entrevista clínica, na sua prática clínica, suspeitar, fazer o PSA e ele dar positivo, aí é que precisamos organizar uma linha de cuidado que garanta o acesso à urologia.

Acho que estamos perto de construir um processo de acordo, acordo do ponto de vista de desenho de protocolo, ainda reconhecendo o conjunto de limites que temos, em especial, na atenção de média complexidade, que hoje talvez seja o maior gargalo nosso e o que gera o maior número de iniquidade no sistema. O nosso problema não é a cirurgia de alta complexidade, muitas vezes, é o risco cirúrgico. Eu tenho problema, em vários momentos, exames de média complexidade para fazer o risco cirúrgico e não para fazer o acesso a alguma cirurgia de alta complexidade, porque essa fatia, apesar de algumas APACs estarem defasadas, está muito menos defasada do que a média complexidade ambulatorial do sistema.

Eu queria terminar minha contribuição — terminar mesmo, porque já estouei bastante o tempo — com uma sugestão. Sou médico sanitário de formação. Acho que deveríamos praticar mais o primeiro mandamento, vou dizer assim, de Hipócrates. Temos poucos estudos sobre iatrogenia. Falamos pouco disso. Quando falamos de protocolos populacionais, quando falamos de rastreamento, falamos muito de quem está diagnosticado tardiamente, mas falamos pouco do mal que estamos fazendo no cotidiano dos serviços de saúde por estarmos fazendo coisa demais. Acho que esse debate, fundamental também, é tão grave quanto. Estamos fazendo uma ação em cima de um cidadão que está confiando no sistema de saúde, e essa ação não tem base científica, e, por não ter base científica, está expondo aquela pessoa a um risco.

Esse elemento é fundamental também colocarmos, porque, se deixarmos hoje a saúde sendo pensada não como bem-estar, mas como consumo de procedimento, vamos fazer ressonância magnética em todo caso de dor de cabeça, vamos organizar um conjunto de questões.

Para isso, é fundamental que sejam debatidos modelo e reorganização na Rede de Atenção à Saúde com grande foco na atenção básica, porque eu acho que hoje nós temos uma oportunidade. Apesar da grave crise de financiamento do sistema, eu acho que nós temos essa oportunidade, porque a nossa atenção básica hoje, com todos os problemas que existem, tem graves problemas de acesso.



Não é aceitável que, na atenção básica, senhas sejam distribuídas às 3 horas da manhã para uma pessoa. Que atenção básica é esta que restringe tanto o acesso? Aí o homem não vai, a mulher não vai. Nós temos debates e limites importantes a fazer, mas, hoje, nós estamos, ao contrário de 5 anos atrás, em outro patamar que gera outras possibilidades para nós debatermos protocolos clínicos e a construção do cuidado se superado, volto a dizer, o risco agudo do subfinanciamento para o próximo ano.

O SR. PRESIDENTE (Dr. Jorge Silva. Bloco/SOLIDARIEDADE - ES) - Obrigado, Dr. Rodrigo, pela contribuição.

Eu quero apenas chamar a atenção para o horário de início da Ordem o Dia, que se aproxima, e a nossa reunião tem que ser agilizada, mas os nossos palestrantes terão oportunidades de se posicionar.

Eu passo a palavra ao Dr. Rubens Bendlin, Coordenador da Saúde do Homem e da Saúde do Idoso da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná.

O SR. RUBENS BENDLIN - Boa tarde a todos. Eu estou muito agradecido, Deputado Dr. Jorge Silva, pelo honroso convite ao Secretário de Estado da Saúde do Paraná, Dr. Michele Caputo Neto, que, nesta oportunidade, designou-me para representá-lo.

O Paraná, na verdade, tem uma história na saúde pública do homem há uma década. Fica um pouco estranho nós falarmos em uma década, na medida em que o próprio Ministério da Saúde tem uma política de atenção à saúde do homem a partir 27 de agosto de 2009. Como, então, falar em uma década?

Em 2005 — e este dado é importante para esta Comissão e para este nosso debate —, o que fez o Paraná? O Paraná lançou um programa chamado PROMEN, um programa de atenção à saúde do homem numa determinada região — nós temos 22 regiões de saúde —, e foi lançado um programa de atenção à saúde do homem numa região inteira, tendo como foco as doenças sexualmente transmissíveis, as DSTs, e o câncer de próstata prioritariamente.

Deste programa, veio o primeiro aprendizado do Paraná. E, nesse aprendizado, o que se verificou? Exatamente que ainda havia divergência entre todas as instituições, conforme o enfoque dado na palestra do Dr. Rômulo, e esse programa, tendo como foco o câncer de próstata, foi aquilo que deveria ser.



Qual era a idade aconselhável para os homens fazerem o exame de PSA e toque retal? A idade de 40 anos. Dra. Luciana, no Paraná, já por essa época também, é a primeira legislação estadual. Uma primeira lei de saúde estabeleceu a Semana da Saúde do Homem em 2005, e, na sequência, uma segunda lei, de 6 de dezembro, estabelece o Dia Paranaense de Prevenção ao Câncer de Próstata. Então, vejam como é forte essa questão do câncer de próstata e da saúde do homem no contexto no Brasil e também no nosso Estado.

Esse programa durou 2 anos, e, recentemente, eu fiz uma avaliação dos resultados apresentados. No primeiro deles, de um lado, há algumas situações importantes do ponto de vista de um grande desafio, mas, por outro lado, há aquelas coisas drásticas, dramáticas do ponto de vista de abandono de paciente. Há coisas extremamente positivas como, por exemplo, a detecção de hiperplasia prostática, no entanto se não dava remédio, fez-se uma única compra. É importante que se enfatize isso porque afinal é um grande desafio, mas ao mesmo tempo é um momento de estudo desse programa.

A partir daí, no Pacto pela Vida, já em 2008, surge a Saúde do Homem, em um contexto de saúde pública brasileira. No Pacto pela Vida, nos 11 eixos, o primeiro deles nos chama a atenção, que é a saúde do idoso. O décimo primeiro é a saúde do homem.

O Pacto pela Vida é algo sumamente importante, é o contexto de saúde pública sendo estudado. Após alguns seminários que foram desenvolvidos pelo CONASS, no Brasil, sobre a questão da violência, aparece inegavelmente, como foi apontado aqui hoje, o homem no centro da violência Brasil.

Penso que, a partir daí, o SUS começa a tomar alguma situação de que há algo mais acontecendo na saúde do homem brasileiro e do ponto de vista da sociedade brasileira com esse homem.

Na década de 70, os movimentos feministas discutiam a questão da saúde do homem por um prisma dos avanços que a mulher estava tomando. Essa situação estava muito distante de que se chegasse à questão de gênero e à questão de discussão da saúde do homem.

O SUS, tomando a questão de uma discussão desses movimentos, em âmbito nacional e internacional, põe a contextualização da discussão do homem enquanto saúde pública. Por isso vem no Pacto pela Vida.



Na sequência, houve um estudo de 250 especialistas desenvolvido no Brasil, a pedido do CONASS, por conta desses seminários sobre violência. Houve 5 seminários no Brasil. E também houve 5 seminários sobre a saúde do homem.

Nessa contextualização de 250 especialistas, surge a gravidade de um diagnóstico da saúde do homem brasileiro. Vejamos o sumário de todo esse estudo. De cada 3 mortes de adultos, na faixa entre 20 e 59 anos de idade, há 2 de homens. Na estreita faixa entre 20 e 30 anos de idade, a cada 5 mortes, 4 são de homens.

Em que pese estivéssemos avançando na questão da expectativa de vida, o homem vive 7 anos e meios a menos que a mulher. Este é o sumário.

Há os porquês dentro dessa lógica de estudo. O estudo foi feito por 250 especialistas, volto a reafirmar, entre eles professores universitários, as academias principais, como a academia de medicina e família, a sociedade de cardiologia; a sociedade de dermatologia, a sociedade de uro-oncologia entre outras mais. Eles estudaram a saúde do homem brasileiro.

Há baixa adesão do homem a serviços de saúde. Como falou a Dra. Angelita, quando vai, o homem só vai ao serviço de média ou alta complexidade.

No bojo desse estudo, há a instituição de uma política de atenção integral à saúde do homem, em 27 de agosto de 2009.

Sendo lançada, o que fez o Paraná? O Ministério da Saúde ofereceu a alguns poucos Estados um convênio, e nós fomos contemplados com o convênio de educação permanente de saúde do homem.

Quando veio a política, uma primeira coisa tinha que ser feita. Se 26 Municípios brasileiros foram contemplados inicialmente com recurso e 26 Estados, da mesma forma, foram contemplados com recursos, como implantar uma política de tal dimensão, considerando o que mostraram os dados da Profa. Angelita? Segundo esses dados, 50 milhões de brasileiros — 25% da população — estão abrangidos por essa política, e em todos os Estados brasileiros isso não se dá de forma diferente. No Paraná, há 2,5 milhões de pessoas nessa faixa.

Deputado Darcísio Perondi, chamamos, então, chefes de regionais e o representante do nosso CONASEMS, o ex-Deputado Haroldo Ferreira, à mesa para que pudéssemos demonstrar ao Estado do Paraná a política de atenção integral à saúde do homem brasileiro. Aí nós a implantamos em todo o nosso território.



Foi um desafio hercúleo implantar essa política. Lembro-me de que, quando Paulo Turci fez um seminário no Rio Grande do Sul e implantou a política lá, ela teve uma dimensão grandiosa. Para mostrar essa política e dizer que ela é muito ampla, mas traz no contexto um diferencial do ponto de vista das mazelas pelas quais passa o Estado, onde o homem está presente, nós precisávamos fazer um enfrentamento sem dimensão, e o fizemos.

Nessa primeira oficina, com os 22 representantes, foi trazido o perfil epidemiológico da saúde pública paranaense, que vai das doenças antigas e reemergentes a DSTs e AIDS, aos cânceres, a todas as doenças crônicas, mostrando que em tudo o homem estava pior. Esse será o desafio. Ademais, nas causas externas, há algo que não se pode nem mesmo imaginar, que é como se fosse a destruição da célula *mater* da sociedade através da agressão. A partir desse primeiro desafio, foram feitas 22 oficinas no Paraná, em todas as regionais, e 1.700 profissionais foram treinados. Por que faço esse relato? Eu sei que me estendo, mas devo fazê-lo. Desses 1.700 profissionais inicialmente sendo treinados, passou-se ao grande desafio.

Srs. Deputados, esta é a primeira versão daqueles *folders* trazidos pelo Ministério da Saúde que diziam que o homem que não cuida da sua saúde perde o melhor da vida. (*Exibe documento.*) Foi o que recebemos: cartazes e alguns poucos *folders*. Corremos o Estado inteiro. Às vezes, numa reunião com 50 ou mais gestores, a primeira pergunta era de onde viria o recurso para se aplicar essa política. E a resposta não podia ser outra: o recurso está em vossas mãos. Ele está indo para o ralo. Se o homem entra na média e alta complexidade, o dinheiro está nas suas mãos; agora, cabe a vós tomar uma decisão. Foi muito difícil. Nos 2 anos iniciais, às vezes eu passava este último *folder*, mas o pedia de volta, porque é com ele que eu devo fazer a minha marcha.

E assim foi durante os dois primeiros anos, até que, no ano de 2012, sensível a tudo isso — e quem estuda políticas públicas sabe que essa é uma grande política pública, é uma política de dimensão estratosférica, do ponto de vista da sociedade brasileira e do seu desafio, porque são as ações de Estado que estão sendo desenvolvidas quando se desenvolve uma política pública —, o Legislativo paranaense legislou favoravelmente. Essa foi a terceira legislação favorável — nós já tínhamos duas —, e ela criava uma semana só do homem, com a justificativa do câncer de próstata. Aqui na Câmara Federal, o Deputado Clodovil Hernandes, com outros Deputados, também trouxe uma legislação



estabelecendo uma semana só do homem para o Brasil. A Deputada Mara Lima, lá no Paraná — vamos falar o nome de todos os Deputados que trabalham para a saúde pública, pois deveríamos fazer um repto disso —, trouxe a legislação do Agosto Azul àquele Estado. E nessa legislação há apenas dois itens, dois únicos itens, indicando que o poder público e a sociedade civil organizada farão campanhas de prevenção a doenças e promoção à saúde do homem.

Neste ano, nós desenvolvemos o quarto Agosto Azul do Paraná. No primeiro deles, Dr. Scala, nós nos abraçamos já num primeiro momento. Tivemos que sair, sim, porque havia aquela dicotomia, aquela divergência, aquele *apartheid* das instituições em relação ao câncer de próstata, mas não só por isso.

O Ministro Lalonde, do Canadá, nos trouxe, na década de 60, que promoção da saúde é uma das chaves mestras da saúde pública, fundamental para que se traga algum diferencial quanto à sobrevivência e à qualidade de vida do homem. A Declaração de Alma-Ata utilizou esse conceito com muita propriedade: em 1978, fez-se uma conferência mundial de tal ordem que o mundo passou a olhar com outros olhos a saúde pública. E, não sem outro motivo, o movimento da reforma sanitária brasileira atingiu uma dimensão tal que depois trouxe isso para dentro do SUS.

Mas a realidade é que a promoção em saúde é distinta da prevenção em saúde, que se faz não só por meio de diagnóstico, mas também por mudanças de hábitos, focando o que foi falado aqui hoje quanto a tabagismo, etilismo, diabetes melito, hipertensão arterial, estresse — infelizmente, a doutora que falou deste último tópico nos abandonou, mas fez uma palestra brilhante sobre a área de saúde mental. Se a atividade física e a alimentação saudável, dois fatores tão benéficos, não estão na nossa vida, haverá impacto negativo, porque isso conclui o ciclo da estratificação do risco cardiovascular. Se não implantamos e buscamos isso, ficamos à mercê de muitas situações.

A partir daí, Dr. Scala, nós do Paraná passamos a andar, 4 anos atrás, com a Sociedade Paranaense de Cardiologia. Falamos ao Dr. André Langowski, que é um grande parceiro, como também o são todos aqueles que vão trabalhar conosco, das diferentes sociedades — trabalhamos com todas, mas a primeira que nos abraçou foi a de cardiologia —, o seguinte: nós apoiamos o vosso Congresso, mas com a condição básica de que a atenção primária em saúde esteja amplamente contemplada nele. E assim foi.



Na Jornada de Cardiologia do Paraná realizada 4 anos atrás, nós tivemos um seminário inteiro sobre atenção primária com foco na saúde do homem dentro da Sociedade de Cardiologia. E o primeiro Agosto Azul não poderia ser de forma diferente.

E é estranho que, abrindo o mapa só do meu Estado e focando o que foi falado aqui hoje sobre a saúde do homem e da mulher, é como se o homem não tivesse hipertensão, não tivesse diabetes melito. Mas o que ele não tem é presença no serviço de saúde, o que ele não tem é diagnóstico — e, quando tem, ele abandona esse diagnóstico. Nós temos que mudar essa realidade, e a prevenção e a promoção talvez sejam o primeiro caminho.

No segundo ano, nós trabalhamos a violência. Cito um dado para vocês perceberem como este é um trabalho vultoso: no Paraná, em 2012, nós tivemos 2.577 mortes por acidente de trânsito só de homens, o equivalente a 80% das mortes no trânsito no meu Estado, tanto em áreas urbanas como nas estradas. Além disso, houve 2.983 mortes violentas no meu Estado só no ano de 2012 — eu tenho a série histórica, e essa quantidade só aumenta. Somadas, são 5.560 mortes. E eu não estou falando de nenhum agravo, de nenhuma enfermidade; estou falando de agressão e morte no trânsito. Meu Estado tem 399 Municípios. Eu, como gosto de estatística e de pesquisa, vi que 120 Municípios do meu Estado têm menos que 5.560 habitantes. Portanto, nós estamos riscando do mapa, só no meu Estado — e esta realidade não é diferente da realidade brasileira —, um Município por ano só com morte violenta e morte na estrada. Nós precisávamos botar o dedo nessa ferida também, e esse foi o motivo do nosso segundo Agosto Azul.

No ano passado, nós trabalhamos tabagismo. Lançamos, juntamente com o Dr. Jonas Reichert, que esteve com o Dr. Darcísio Perondi dias atrás — eu soube porque vi as fotos —, o livro *35 Anos de História da Luta contra o Tabagismo no Paraná*. É uma história maravilhosa, considerando que esse é um dos fatores de estratificação do risco cardiovascular, mas, mais do que tudo, o livro demonstra a pujança de um trabalho do ponto de vista de legislação, de avanços. Ele dá a demonstração cabal de que, quando se trabalham fatores de risco, diminui-se a mortalidade. Trabalhamos juntos nisso. O tema do nosso terceiro Agosto Azul foi tabagismo para mostrar também que, além dos fatores de promoção, o Estado trata das pessoas. E 6 mil paranaenses deixaram de fumar por



tratamento público. Talvez as pessoas não tenham nem notícia disso, não saibam que isso também é disponibilizado no SUS, por isso precisávamos fazer essa divulgação.

Neste ano, trabalhamos a atividade física e a alimentação saudável.

Encerro a minha fala dizendo o seguinte: nós estamos trabalhando firmemente na política de atenção integral à saúde do homem, mas com foco na prevenção e promoção, sem deixar de lado absolutamente nada.

Dr. Luciano, anteontem eu recebi uma ligação de Figueira, que é um Município pequenino da região do Norte Pioneiro Paranaense, e a Secretária Municipal disse: "*Vou liberar indistintamente o PSA*". Isso é resultado do Agosto Azul, ou melhor, Novembro Azul — eu já troco o novembro por agosto nesta altura do campeonato.

O SR. PRESIDENTE (Dr. Jorge Silva. Bloco/SOLIDARIEDADE - ES) - Obrigado, Dr. Rubens. Nós fomos bem liberais em termos de tempo, até porque o tema é importante.

Agradeço a presença do Dr. Rubens e do Dr. Rodrigo, cujas participações foram extremamente importantes.

Já começou a Ordem do Dia, como indica a luz vermelha está piscando ali. A qualquer hora, nós podemos ser chamados para a votação e teremos que encerrar a nossa audiência.

Então, eu já vou passar a palavra aos convidados para as considerações finais. Peço que sejam bem objetivos, porque, se nos alongarmos, pode ser interrompida a fala de algum colega, que não terá a oportunidade de se manifestar.

Concedo a palavra ao Dr. Sandro José Martins.

O SR. SANDRO JOSÉ MARTINS - Eu só teria palavras de agradecimento por esta oportunidade de participar de um debate qualificado a respeito de preocupações legítimas em relação à promoção à saúde do homem, quer como parte interessada, quer como cidadão deste País.

Então, acho que o trabalho do Deputado Dr. Jorge Silva e da Comissão pode fortalecer muito iniciativas como a do Estado do Paraná, que pode ser replicada em escala nacional.

O SR. PRESIDENTE (Dr. Jorge Silva. Bloco/SOLIDARIEDADE - ES) - Obrigado, Dr. Sandro.

Para que faça suas considerações finais, concedo a palavra ao Dr. Luiz César Nazário Scala.



O SR. LUIZ CÉSAR NAZÁRIO SCALA - A Sociedade Brasileira de Cardiologia, costumamos dizer, é um elefante muito forte, mas que está usando uma patinha só. Somos quase 15 mil cardiologistas, 70% com título de especialista. O objetivo do Dr. Ângelo, como ele não se cansa de dizer, é nos alinhar com as políticas públicas.

Então, eu acho que não só a Câmara dos Deputados e o Ministério mas todas as entidades poderiam sempre se aproximar mais da nossa sociedade. Nós estamos sempre à disposição. Temos recursos humanos absolutamente bem treinados. E, como diz o Dr. Carlos Alberto Machado, que foi Diretor de Saúde de Promoção Cardiovascular, realmente a chave está na atenção primária. O doutor acabou de fazer uma brilhante exposição sobre isso.

Nós temos que trabalhar nessa linha, melhorando cada vez mais a rede pública, melhorando a atenção primária e, portanto, organizando o sistema público de saúde.

O SR. PRESIDENTE (Dr. Jorge Silva. Bloco/SOLIDARIEDADE - ES) - Obrigado.

Tem a palavra o Dr. Rômulo, para fazer suas considerações finais e para responder à pergunta da Deputada Carmen Zanotto, se puder.

O SR. RÔMULO MAROCCOLO FILHO - Em relação à resposta para a Deputada, vou tentar ser objetivo. Nós também ficamos muito angustiados pelo fato de os dois instrumentos que considerávamos, e consideramos ainda, simples e baratos, o exame de toque e o PSA, terem sido questionados e quase afastados da prática. O reflexo disso é que, às vezes, definições que não são correspondentes à realidade não vão se concretizar. A avaliação continuou do mesmo jeito, tanto é que o período que é considerado naquele trabalho do *The Lancet* que apresentei incluiu tudo isso. Então, embora a determinação do Ministério da Saúde fosse que não se fizesse mais a avaliação dessa forma, ela continuou sendo feita, o que é uma coisa que também preocupa, porque quem define as políticas públicas de saúde no Brasil não está sendo ouvido, vamos dizer assim.

Essa angústia quanto a instrumentos adequados é mundial. O PSA hoje é considerado o melhor marcador oncológico que existe, mas ele ainda é muito falho. Uma das nossas esperanças é passarmos a ter marcadores melhores, mais fidedignos, porque o PSA, por si só, gera exatamente o que falamos: superdiagnóstico e, como consequência, supertratamento sequencial.



Então, eu acho que a maneira de esta Casa oferecer participação é dando vozes e ouvidos às demandas das áreas que têm sofrido com a falta de definições ou com as indefinições e levando essa demanda por uma melhor definição das políticas públicas ao Executivo. Esta Casa tem poder para cobrar a execução do que a sociedade brasileira definiu como adequado para ela. Eu acho que essa é uma maneira. Exemplo disso foi a criação da Frente Parlamentar de Atenção Integral à Saúde do Homem, cujo Presidente é o Deputado Dr. Jorge Silva, que tem conseguido, gradativamente, inserir e ampliar cada vez mais a profundidade da discussão dos sistemas de saúde do homem, que são extremamente complexos, como já falamos.

A Sociedade Brasileira de Urologia não tem absolutamente a pretensão nem a vontade de reduzir o homem só à próstata. O homem é muito mais do que a próstata. O ser humano é muito mais do que um órgão específico. Agora, o homem também tem a próstata. O profissional da área de saúde sofre com essas indefinições e traz para esta Casa e para as autoridades competentes a angústia de não ter isso definido.

Eu falei também que estamos começando a viver um momento diferente. A sinalização é muito entusiasmante no sentido de que muda essa situação e permite que voltemos a ter voz e participação nos processos dentro do Ministério da Saúde. Acho que isso também foi um aprendizado de ambas as partes. Não há por que estabelecer definições em níveis hierárquicos superiores se elas não forem obedecidas, porque quem executa não está concordando com o que está sendo definido. Precisamos resgatar o diálogo.

Eu acho que esta é a mensagem final que trago, representando a maior parte dos profissionais que atendem os pacientes com problemas prostáticos: queremos voltar a ter participação e voz nas políticas que definem o que os nossos pacientes vão demandar.

Obrigado.

O SR. PRESIDENTE (Dr. Jorge Silva. Bloco/SOLIDARIEDADE - ES) - Obrigado, Dr. Rômulo.

Passo a palavra à Dra. Angelita Elisabete Hermann.

A SRA. ANGELITA ELISABETE HERMANN - Agradeço mais uma vez o convite, a oportunidade de estar conversando aqui sobre a complexidade da saúde do homem. Quem diz que a mulher é mais complexa do que o homem parece que não conhece os homens. Eles são complexos também, como todo ser humano.



Deputada Carmen, em relação à questão do rastreamento, o que se defende é que efetivamente a atenção básica esteja muito atenta aos sintomas, melhorando o acesso e qualificando os profissionais de saúde e as equipes de saúde da família para que possam estar atentos a esses sintomas. E aí há novamente a necessidade de um acolhimento com qualidade para se estabelecer essa linha de cuidado.

Nós entendemos que muitas vezes o falso positivo acaba levando a um sobrediagnóstico, a uma conduta de biópsia, a uma série de outros exames necessários para o diagnóstico. Como diz o Dr. Rômulo, há muitos casos de falso positivo. Não haverá necessidade de fazer tudo isso se nós conseguirmos qualificar as equipes de saúde da família para estarem atentas à questão do acesso e à sintomatologia.

Por isso, há tantas ações do Telessaúde este mês. Nós optamos, neste mês, por trabalhar efetivamente na qualificação do acesso. Além de chamar a atenção de homens e da comunidade, como apresentamos no início, estamos trabalhando também na qualificação das equipes de saúde da família em relação às questões da saúde do homem.

Nós entendemos, Dr. Rômulo, que há necessidade, sim, de nós conversarmos muito mais com a sociedade brasileira a questão da cardiologia e também a complexidade da violência. Estamos abertos.

Os estudos que hoje são apresentados nos falam que, apesar de nós estarmos com quantidades enormes de exames de PSA feitos, ainda não conseguimos chegar a um denominador comum. Mas, como diz o Deputado, na medicina parece que tudo é moda. Então, é necessário estarmos atentos novamente, todos os dias, às novidades da medicina e aos novos estudos. Hoje o que nós entendemos é que, na saúde do homem, precisamos nos atentar para os grandes desafios.

Agradeço mais uma vez ao Deputado Dr. Jorge. Coloco-me à disposição para estar em todos os espaços que puder, discutindo a questão da saúde do homem e da saúde sexual, que, como diz a Dra. Carmita, também tem muito a ver com os nossos níveis de violência.

Desejo um bom trabalho para todos nós.

O SR. PRESIDENTE (Dr. Jorge Silva. Bloco/SOLIDARIEDADE - ES) - Obrigado, Dra. Angelita.

Para fazer suas considerações finais, concedo a palavra à Dra. Luciana Holtz.



A SRA. LUCIANA HOLTZ - Quero agradecer mais uma vez e dizer que foi muito rico poder participar deste debate. Estou voltando para casa cheia de esperança, de verdade!

O meu pedido para a Mesa é que continuemos conversando, porque eu acho que ainda precisamos alinhar mensagens. Há um público buscando orientação, querendo se cuidar, apesar de ainda precisarmos convencer muitos homens de que eles devem se cuidar. Mas precisamos ter uma mensagem alinhada.

Então, fica aqui o meu pedido. Coloco a Oncoguia totalmente à disposição para ajudar.

Muito obrigada.

O SR. PRESIDENTE (Dr. Jorge Silva. Bloco/SOLIDARIEDADE - ES) - Eu agradeço a todos pela presença.

Eu acho que a discussão foi rica. Sou urologista da era anterior ao PSA. Acredito que eu tenha participado da primeira prostatectomia radical neste País, em 1984 ou 1985, quando o Prof. Sami Arap, voltando dos Estados Unidos, entusiasmado com a prostatectomia radical, começou a procurar um paciente que estivesse apto a fazê-la. Levamos tempo procurando esse paciente através do toque retal e, por acaso, encontramos um médico. O paciente tinha que ter um estadiamento específico; não podia ter um câncer em estágio avançado, mas, sim, em fase inicial. Encontramos um médico. Esse indivíduo foi submetido à cirurgia. Infelizmente, o exame histopatológico mostrou que a doença já estava avançada, já havia metástase, e esse paciente veio a falecer.

Com a era do PSA, isso mudou. Eu acho que hoje a discussão é sobre rastreamento, custo, sobrediagnóstico, sobretratamento e iatrogenia. Eu acredito que neste País não há controles, os controles são falhos. A curva de aprendizado, principalmente de uma prostatectomia radical, é grande. A quantidade de pessoas com incontinência e com disfunção erétil após a cirurgia é muito grande, e talvez isso impacte o número de biópsias pedidas. Mas eu acho que o poder público tem que ter um controle maior sobre isso. Não dá para se fazer, por exemplo, cirurgia de prostatectomia radical em qualquer espaço, em qualquer lugar. Talvez a falta de centros especializados e a falta de controle nos levem a essa discussão e a essas dúvidas, que não existem em países de primeiro mundo.



Acho que este espaço e esta aproximação são oportunos para aprofundarmos esta discussão. Espero que essa consulta pública tenha participação efetiva, para que realmente encontremos uma posição de equilíbrio, que venha a beneficiar a população masculina, porque já vimos o tanto que ela sofre e é vulnerável, em relação não só à doença de próstata, mas a todas as doenças, por várias causas — por não se cuidar, por falta de acesso, por uma série de coisas.

(Intervenção fora do microfone.)

O SR. PRESIDENTE (Dr. Jorge Silva. Bloco/SOLIDARIEDADE - ES) - Não se faz rastreamento.

Houve uma audiência pública aqui sobre câncer de cólon, e a dúvida era se se deveria fazer ou não a colonoscopia, em função do custo. A Luciana fez essa abordagem. A mamografia se faz com 40 ou com 50 anos? O problema é o risco de se fazer ou é o custo da mamografia? O que isso vai gerar diante de um sistema subfinanciado?

Eu acho que esta discussão tem que ficar clara, com evidências científicas, com consulta aos diversos setores, para que realmente tenhamos uma posição, e essa dúvida não seja gerada. Diante da oportunidade desta discussão, podemos fazer com que a população masculina se cuide, não só em relação à próstata, mas, de maneira ampla, em relação a todas as patologias.

A SRA. CARMEN ZANOTTO (PPS - SC) - Sr. Presidente, permita-me dizer que eu acho que temos que tomar muito cuidado ao expressar que algumas tomadas de decisão no Brasil se dão em função do custo. E eu digo isso porque já fui gestora municipal, gestora estadual e enfermeira de cabeceira. Cuidei de muitos pacientes em pós-operatório de próstata, que são um dos pacientes mais complexos para se cuidar. Eu sou da época em que tínhamos que fazer a lavagem da sonda com seringa de 50 mililitros, porque havia aqueles coágulos gigantesco, que, se não fossem tratados direito pela enfermagem, podiam obstruir a sonda, e quem sofreria efetivamente seria o paciente, porque essa dor é praticamente insuportável. Nós víamos o paciente sofrendo.

Se nós estamos tomando algumas decisões em função de não haver resposta clínica, de não se justificar tecnicamente fazer o PSA e o toque retal porque isso não vai reduzir os casos de câncer de próstata, eu aceito. Também aceito — já disse isto ao Ministério da Saúde — que, se estiver comprovado cientificamente que os riscos da mamografia aos 40 anos ou aos 50 anos são, por causa da radiação, muito maiores do



que o benefício de um diagnóstico de câncer de mama mais precoce, que permite, em vez de se fazer uma mastectomia total, a retirada do nódulo, eu aceito. Agora, se isso tudo é em nome do financiamento da saúde, do custo, não dá para aceitarmos.

Eu quero para os usuários do Sistema Único de Saúde aquilo que eu quero para os pacientes dos consultórios privados. Assim, a minha grande pergunta é: estamos ou não pedindo o PSA nas clínicas privadas e nos consultórios médicos? Há duas populações sendo assistidas no Brasil, a atendida pela rede privada e pelos planos de saúde e a atendida pelo Sistema Único de Saúde?

Eu preciso ser convencida tecnicamente de que precisamos mudar. A medicina está aí para isso. Ela evolui, e precisamos acompanhar sua evolução. Se não for necessário, é melhor não submeter um homem a um toque retal, a uma coleta de sangue. Mas como vamos fazer a prevenção? Eu não saberia dizer, assim como não consigo dizer às mulheres por que o autoexame de mama não é mais recomendado e por que a mamografia só é recomendada depois dos 50 anos, mesmo quando olhamos as estatísticas e vemos quantas mulheres perdemos em faixas etárias anteriores a essa.

Confesso aos senhores que vou sair daqui sem saber o que fazer com a minha emenda de plenário ao projeto de lei, que já está com a urgência aprovada, na qual eu incluí, além do exame de câncer do colo de útero, conforme proposto pela Deputada, o PSA.

Eu queria propor ao senhor, Deputado Dr. Jorge Silva, que preside a Frente, a realização de uma audiência pública para discutirmos a questão dos estudos clínicos, repetindo o que aconteceu na tarde de hoje, mas com foco na questão do PSA e do toque retal. Senão, ficaremos aqui sugerindo, recomendando, incluindo na legislação algumas coisas que podem efetivamente estar ultrapassadas. Na condição de enfermeira, não estou convencida ainda de que estejam — permito-me até estar errada, porque as coisas avançam muito. Mas eu preciso ser convencida, porque temos visto os planos de saúde também começarem a adotar algumas propostas do Sistema Único de Saúde para reduzir os seus gastos. Eu trabalhei muito com planos de saúde dentro da unidade hospitalar e sei que todos os dias as despesas estão se ampliando.

Jamais quero submeter um paciente a um procedimento desnecessário, mas também jamais podemos perder um paciente por causa do subfinanciamento da saúde e da dificuldade de acesso aos procedimentos.



Obrigada.

O SR. PRESIDENTE (Dr. Jorge Silva. Bloco/SOLIDARIEDADE - ES) - Obrigado, Deputada Carmen Zanotto.

Eu agradeço aos senhores convidados pelas presenças ilustres.

Nada mais havendo a tratar, vou encerrar a presente reunião, antes convocando reunião ordinária deliberativa para quarta-feira, dia 18 de novembro, às 9h30min, neste Plenário 7, para debater os itens da pauta.

Está encerrada a nossa reunião.