

Comissão de Saúde e Meio Ambiente – COSMAM



Lourdes
Sprenger



Mônica
Leal



Aldacir
Oliboni



Cláudia
Araújo



Psicóloga
Tanise
Sabino



Ramiro
Rosário



028ª COSMAM 03SET2024

Pauta: Protonterapia como tratamento avançado contra diversos tipos de câncer.

PRESIDENTE LOURDES SPRENGER (MDB): (10h10min.) Bom dia a todos, iniciamos mais uma reunião da Comissão de Saúde e Meio ambiente. A proponente da pauta hoje é a Ver.^a Mônica Leal, com o tema: Protonterapia como tratamento avançado contra diversos tipos de câncer. Convido para compor a Mesa conosco a Sra. Mariana Peirano, do Imama; Sra. Mariana Diefenthaler, representando a OAB, Comissão de Direito de Saúde; Sra. Viviane Araújo, representando a Secretaria Municipal de Saúde. Neste momento são os que estão presentes. Dizer que todas nossas pautas envolvem saúde e meio ambiente, este é um tema novo e vamos trazer a conhecimento. A reunião está sendo televisionada, e também solicito a todos que forem falar, citar o nome para ficar nos registros das cópias taquigráficas. A Ver.^a Mônica Leal está com a palavra.

VEREADORA MÔNICA LEAL (PP): Bom dia a todos, Presidente da COSMAM, colegas Oliboni, a Tanise, aos nossos convidados, as pessoas que nos assistem,

através da TVCâmara, nosso convidado Dr. Wilson, que está a caminho, saindo do hospital, já avisou que está chegando.

Bom, eu quero abrir como vice-presidente da COSMAM, hoje eu trago um assunto para debate, pois a protonterapia ainda é desconhecida para o público geral, muitas vezes até para quem é da área da saúde, mas que é considerado um tratamento avançado do câncer e que pode mudar a vida de quem está no processo de cura dessa doença. Recentemente, eu passei por um tratamento de radioterapia e conheci a protonterapia por meio do Dr. Wilson de Almeida Júnior, médico radio-oncologista, que foi o meu médico nesse processo. A protonterapia é bastante utilizada nos Estados Unidos e na Europa, mas aqui no Brasil a Anvisa reconheceu esse tratamento só em novembro de 2017, até o momento o tratamento com protonterapia é apenas realizada no estado de São Paulo. Entendo que uma das funções da Comissão de Saúde e Meio Ambiente é trazer esses avanços científicos, de fato, que podem mudar a saúde dos pacientes. Importante destacar que minha missão, ao trazer esse assunto na reunião de hoje, é não só apresentar esse tratamento e seus benefícios, mas também entender quais são as dificuldades que encontramos hoje para expandir a protonterapia para outros estados, além de São Paulo. Isso me preocupou muito porque quando eu conheci o tratamento, quando eu entrei em debate sobre essa questão, aliás, eu fui a primeira conselheira política do Imama, quando a Dra. Maira Caleffi era presidente, então eu sempre me envolvi muito com a área da saúde, em todos os meus mandatos de vereadora eu sempre fui membro da COSMAM. Eu fiquei muito impactada com os resultados desse tratamento, por isso eu trouxe o tema. Mas o que é, afinal, a protonterapia? E para explicar tratamento, eu convidei o Dr. Wilson. E como todo bom médico, atuante, está se deslocando do hospital para cá e deve estar chegando. Então eu até vou ler o currículo do Dr. Wilson, para que dê tempo de ele chegar. Dr. Wilson de Almeida Júnior, médico, rádio-oncologista, é formado em 1992 pela Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, responsável técnico da unidade de radioterapia e radiocirurgia do Hospital Moinhos de Vento, coordenador médico do serviço de radioterapia do Hospital Geral de Caxias do Sul, universidade de

Caxias do Sul, membro da diretoria da Sociedade Brasileira de Radioterapia e membro da American Society for Therapeutic Radiology and Oncology – ASTRO; então ele tem um vasto currículo e é a pessoa indicada para nos explicar sobre esse tratamento. Eu inclusive entrei com um projeto, protocolei esse projeto recentemente, para que nós consigamos atuar com esse tratamento, para poder oferecer esse tratamento para algumas pessoas em parceria com a iniciativa privada.

Passo a palavra para os meus colegas, enquanto esperamos... (Pausa.) Ver.^a Lourdes, eu só quero finalizar aqui dizendo para vocês que uma das coisas que me chamou a atenção, como eu passei por esse tratamento, é importante dizer para quem nos assiste, nos escuta, que, no dia 8 de fevereiro, eu fui fazer um *check-up* normal, que geralmente faço em abril, e, quando eu cheguei num exame de mamografia, foi detectado um nódulo cancerígeno encapsulado, graças a Deus encapsulado, e eu precisei entrar em tratamento imediatamente, fazer cirurgia, fazer radioterapia, enfim. A partir daquele momento, eu constatei que muitas mulheres na cidade de Porto Alegre, com esse mesmo problema, têm dificuldade, e o Imama sabe bem disso, de ter acesso a esse tratamento, mesmo que nós tenhamos a lei dos 60 dias, que é maravilhosa, mas, efetivamente, ela não está funcionando, porque eu contatei com várias mulheres que têm essa dificuldade. E, no câncer, eu digo por experiência própria, o câncer tem uma palavrinha chamada tempo; o tempo cura, o tempo mata, se não for tratado imediatamente, a pessoa morre.

Então há três formas de tratar o câncer: com cirurgia, com quimioterapia e com radioterapia. A protonterapia utiliza prótons, que é uma partícula, ao invés do raios X. Nós sabemos que quando tu vais fazer uma radioterapia é toda a região com o tumor, com o câncer, que é tratada, e que pode ocasionar lesões na pele, uma série de danos. Então, a protonterapia vai direto; já à radioterapia não; ela pega a região toda. Ela já existe há muitas décadas, e evoluiu muito nos últimos anos, e o interesse por ela também começou a acontecer bastante; acelerado em um equipamento chamado Ciclontron, em uma velocidade muito alta, com mais da metade da velocidade da luz, o próton ganha energia suficiente para

penetrar no corpo e atingir o tumor. Ou seja, vocês podem imaginar que uma mama que tem um nódulo com câncer, em vez de toda a mama ser tratada pela radioterapia, esse tratamento da protonterapia vai num raio somente naquele tumor. Então, exatamente, somente na área atingida, e ganha energia suficiente para penetrar no corpo e atingir somente o tumor. Os prótons entram no corpo em direção ao tumor, e aí vão desacelerando, onde param, liberam energia na forma de radiação até desacelerarem abruptamente. Uma das grandes dificuldades que eu pesquisei nessa questão, antes de trazer para vocês, é o alto custo do tratamento. Apesar da aprovação do órgão regulatório, ainda não há centros de prótons no País, e os custos para implementação também são altos. Estima-se que um tratamento com protonterapia teria um custo médio de R\$ 80 mil. Hoje, um paciente precisaria buscar hospitais em outros países, como nos Estados Unidos, onde custa cerca de US\$ 30 mil, e existem 28 centros especializados e, na Europa, na França, por exemplo, o custo médio é de US\$ 25 mil. Então, como vocês podem observar, por todas essas questões que eu trago esse assunto para nossa reunião, pois eu entendo que nós precisamos conhecer o que existe de tratamento e buscar alternativas para oferecer o que há de melhor na saúde para a população, porque o tratamento do câncer evoluiu muito. O que antes nós falávamos, e a gente sabe através do Imama – Instituto da Mama do RS – que muitas mulheres tinham o diagnóstico do câncer e morriam, hoje – eu mesma estive em Gramado agora num congresso onde fui palestrante junto com a Cristina Ranzolin, Alice Bastos, Duda Streb – várias mulheres que tiveram diagnóstico de câncer mais de dez anos vivas contando que mudou a perspectiva através dos grandes avanços. Está aqui o Dr. Wilson Almeida que vai falar sobre esse tratamento. Por favor, Dr. Wilson, ocupe essa cadeira.

PRESIDENTE LOURDES SPRENGER (MDB): Aproveitando ainda o que a Ver.^a Mônica falou, nós temos mudanças que dependemos para incluirmos tratamentos gratuitos, como é o exame Pet Scan, que é caro, mas ele detecta onde tu tens problema de tumores.

Temos também um outro tratamento, Ver.^a Mônica, que nós passamos as emendas para o Hospital de Pronto Socorro que é um *laser* para cicatrização imediata dos queimados e outras ulcerações. Então esta é a Comissão de Saúde e Meio Ambiente, tudo isso a gente vem aprendendo aqui com as palestras, com os nossos convidados. E, realmente, o Pet Scan, o fabricante tem lutado para conseguir colocar no sistema da saúde, mas não teve sucesso até hoje e é bem caro.

Seja bem-vindo, doutor, o senhor vai hoje nos dar uma aula aqui sobre as novas tecnologias contra o câncer.

SR. WILSON JOSÉ DE ALMEIDA JÚNIOR: Bom dia, primeiramente, muito obrigado pela oportunidade de estar aqui. A Ver.^a Mônica Leal me convidou, conversamos um pouco sobre esse assunto. Eu talvez aqui hoje represente mais a Sociedade Brasileira de Radioterapia, da qual faço parte da direção há uma década praticamente. E dentro desse assunto que é um assunto que eu diria até de caráter nacional é a questão das novas tecnologias e do avanço no tratamento do câncer, que é um pouco do que eu ouvi agora na questão do Pet Scan. É essa grande questão que as tecnologias avançam, nós melhoramos o tratamento do câncer, temos mais resultados, mas esbarramos sempre na questão do custo. Quando eu fiz o meu MBA em Gestão, a gente tem um problema na saúde que ainda não foi resolvido: toda nova tecnologia, quando a gente lança – uma TV nova, um CD –, com a escala, cai de preço; na saúde não, na saúde, uma ressonância é lançada por um preço “x”, temos novos modelos, aquela antiga passa a ser desvalorizada, é uma depreciação, ninguém mais quer aquilo e tem um novo modelo que se mantém no mesmo valor. Então, o custeio disso e o custeio da própria radioterapia acaba sendo mais oneroso, porque tem equipamentos de nova geração que, a cada momento, estão surgindo pelo mesmo valor; não é essa a regra do mercado. Mas aí eu tenho também uma boa notícia, porque do custeio da oncologia, a radioterapia é uma das ferramentas mais importantes, ela tem 40 a 50% de resultado em cura e é de menor valor, quando a gente vê o custeio nacional. A oncologia clínica, que é basicamente

mat média, então é laboratório, vocês sabem que ela tem um custo para o Estado em torno de quase 20 vezes o que é a radioterapia. Um resultado que a gente vê que, às vezes, a radioterapia até tem um resultado melhor. Mas, em relação à questão do próton, ele entra justamente nessa situação. Protonterapia, o que é isso? É um tratamento com radiação, que não é o fóton. O que a gente faz normalmente é uma radiação com fóton, aparelhos que emitem radiação de megavoltagem que penetram no tecido e matam o tumor, que de uma forma geral, por alta tecnologia, a gente consegue programar o aparelho para tratar a área específica. Então vamos usar o exemplo do câncer de próstata, os tumores cerebrais, que inclusive a gente faz radiocirurgia, que é um tratamento com dose única, sem abrir o paciente. Com isso então nós minimizamos os efeitos colaterais, esse tem sido o avanço dos últimos 30 anos da radioterapia. Tem uma outra modalidade, que é a que vem em questão, que é a Protonterapia, essa modalidade tem uma pequena diferença, é o próton que usa, então o próton tem massa e, por uma questão física, que se chama pico de Bragg, a gente pode programar, controlar para dizer assim, a espessura ou a profundidade que essa partícula vai ionizar a matéria. Bom, então se vamos tratar tumores profundos dentro do cérebro ou - e aí que vem a questão mais ligada à saúde pública – crianças, nós temos tratamentos então efetivos com menos dose espalhada e com menos efeitos colaterais. É algo que é novo talvez aqui a gente tocar nesse assunto, mas em outros países é uma tecnologia que tem 40 anos que está sendo desenvolvida, e começou justamente na oncologia pediátrica, porque o grande desafio é que nós temos tumores que são da infância e eles são curáveis com radiação, mas nós deixamos muitas sequelas, nós acabamos atrasando o crescimento dessas crianças, dando deformidade. Então os americanos junto com os europeus montaram essa forma de tratar que tem menos sequelas. Bom, isso foi se desenvolvendo e atualmente está num momento em que tem um grande incremento mundial, porque a exemplo do que aconteceu na pediatria, em outras localizações, para adultos, como pulmão, próstata, sistema nervoso central, a gente consegue uma taxa de efetividade - e aí tem que entender que efetividade é cura com menos seqüela - dessas neoplasias, quando se usa o

próton. É o motivo pelo qual tanto na Inglaterra quanto nos Estados Unidos o número de prótons, de centros e prótons está crescendo muito. Então ele já está praticamente entrando num momento em que está quase igual a um número de centros que tem a radioterapia tradicional, que é com fótons. Eu estive agora, em dezembro, no congresso americano e fui no Centro de Próton da Universidade de San Diego, e lá eles têm um centro de próton e um centro de fóton, afastado dali por um ou dois quilômetros, e no centro de próton eles têm cinco saídas, cinco salas de tratamento que tratam lá então cem pacientes/dia, das mais variadas doenças, neoplasias, e as crianças também. A minha pergunta para o pessoal de lá, para o chefe do serviço foi a seguinte: “Bom, se não houvesse o impedimento” - e aí entra na questão do custo, porque eles também têm essa questão do reembolso -, “se não houvesse o impedimento do reembolso”, porque não são todas as doenças que eles reembolsam, “hoje existiria algum impedimento de vocês tratarem os pacientes, quase 100% deles, com próton? Existe alguma dificuldade, existe alguma contraindicação?” E a resposta foi: “Não.” Olhando dessa forma, a gente vê qual vai ser a evolução da radioterapia aqui no Brasil, como está sendo na Europa. A Inglaterra não tinha protonterapia, a Inglaterra tem um sistema muito parecido com o nosso de medicina socializada e até um determinado momento eles achavam mais barato mandar as crianças para tratar nos Estados Unidos do que fazer o tratamento lá. Aí aconteceu, mas tinha fila, na Inglaterra tem fila, tem fila para traumatologia, tem fila para um monte de especialidades. Aí chegou um momento que um pai foi para a Espanha - a Espanha está muito mais bem estruturada do que a Inglaterra - tratar a sua criança fora da fila, porque não tinha tempo para esperar. E sobre aquilo saiu uma matéria, que eu acho que até está na CNN, há uns cinco anos, seis anos, de que o pai foi desesperado tratar o filho na Espanha, e os ingleses então resolveram dizer: bom, então nós vamos montar um centro de próton. Em 2015, eu fiz esse curso junto com eles lá na Universidade da Pensilvânia, e logo em seguida a Inglaterra montou centros de prótons, já nessa tendência. O meu objetivo – e tenho conversado muito com a Mônica aqui – é de que talvez a gente tenha uma janela de oportunidade no Estado de sermos

pioneiros nesse assunto, já que o único centro de prótons da América do Sul ou da América Latina, podemos dizer assim, está sendo construído na Argentina – provavelmente em 2026 ou 2027 vai ser inaugurado. É um projeto longo, custoso, na Argentina eles levaram mais de seis anos para executar, desde a questão do projeto até a execução, e hoje ele tem um custo elevado, e se a gente for ver em termos de reembolso ele não é nem sustentável. Então a gente tem que ver a possibilidade disso ser realizado como uma parceria público-privada. Ele custa, hoje, para gente ter só uma saída de tratamento, em torno de US\$ 50 milhões, esse é o custo de todo o projeto, é claro, não é só máquina: fazer a casamata, fazer o local, o centro de protonterapia. Isso já foi objeto de estudo de alguns hospitais aqui do País, de formar esse grupo, eu fiz parte desse projeto, e ele acabou por questões legais e específicas de cada hospital, de cada pessoa jurídica envolvida, não sendo concretizado, mas seria em São Paulo, se chamaria Próton Brasil, e acabou ficando em segundo plano. Era esse o meu depoimento, estou aberto a perguntas e a questões, enfim.

PRESIDENTE LOURDES SPRENGER (MDB): Quando se fala em cifras, são US\$ 50 milhões, mas quanto vai economizar em leitos, no sofrimento das pessoas vindo uma tecnologia dessas para o uso da população?

SR. WILSON JOSÉ DE ALMEIDA JÚNIOR: Sim, principalmente na questão das crianças. Se a gente for fazer um cálculo atuarial em relação à questão do impacto que isso traz, não só em termos de cura, porque a gente acaba tratando melhor as crianças e diminuindo as sequelas, diminuir sequelas de crescimento e cognição numa criança é algo que talvez seja incalculável, em torno de toda a vida produtiva dessa criança, é o que ela vai trazer de retorno para a sociedade. Isso já foi bem colocado, e talvez tenha sido esse o motivo por que há 40 anos começaram a pesquisar a radioterapia com prótons.

PRESIDENTE LOURDES SPRENGER (MDB): O Ver. Oliboni está com a palavra.

VEREADOR ALDACIR OLIBONI (PT): Saúdo aqui a nossa presidente, colegas vereadoras Cláudia e Mônica, proponente; e o nosso convidado. Dr. Wilson, creio que são milhares de pessoas que têm essa doença na família e têm uma enorme preocupação. Nossa TVCâmara está passando esta reunião direto, e creio que muitos cidadãos não só estão assistindo, mas estão preocupados porque têm tratamento como opção. Passei isso na minha família, perdi minha esposa com câncer de intestino, talvez não seja o mesmo aqui de um nódulo de seio, mas queria que o senhor explicasse em que momento a gente tem a alternativa de cura, porque eu, como tantos de nós, como foi a Mônica, encontrou pela Unimed ou por um convênio a cobertura desse tratamento. Muitos não têm, não têm no SUS, às vezes nós temos que fazer um exame no exterior, como foi o meu caso, esperar o resultado e quando vem o resultado não tem mais tempo de cura, não tem medicamento de controle, e tu ficas naquela agonia, realmente onde tiver tratamento, tu queres ir, como foi com esse cidadão que foi para o exterior, se bate em ti, tu tens que ir para onde tem essa solução. Não foi o meu caso, não tive tempo, ela fez um tratamento de quatro anos e infelizmente perdeu a vida, era um nódulo no intestino de cinco centímetros, tirou-se parte do intestino, seis meses depois veio metástase na bexiga. Não pode acontecer isso! No caso de uma radioterapia, poderia incidir somente na bexiga, na parte da bexiga que foi atingida pelo tumor? Como funciona esse processo? Em que altura eu tenho cura? Só no início, porque é apenas um nódulo ou quando já está com metástase, tem saída ou não?

SR. WILSON JOSÉ DE ALMEIDA JÚNIOR: Vereador, essa é a grande pergunta que nos coloca sempre, uma pessoa tem o diagnóstico de câncer, coloca-se essa questão que é a questão da sobrevivência do ser humano. Então estar à frente a uma doença com uma potencial evolução letal e que, com o tratamento, a gente pode mudar essa história natural. O câncer era incurável quando não tínhamos tratamentos efetivos que mudariam essa história natural. De uma forma geral, a oncologia está fundamentada em três grandes áreas: a cirurgia

oncológica, a radioterapia e a oncologia clínica. A oncologia clínica é aquela que o pessoal conhece mais, talvez até tenha mais informação por causa da quimioterapia. Sempre quando se lembra de câncer, se lembra de quimioterapia. A radiação, a gente utiliza a radiação através de aparelhos sofisticados para colocar no tecido tumoral, minimizando o tecido sadio a receber uma dose de radiação efetiva, e a cirurgia é algo um tanto óbvio, extirpa-se o tumor. A pergunta é: “Bom, mas nós extirpamos o tumor, ou fizemos quimioterapia, ou fizemos radioterapia; a gente tem a certeza de que a pessoa está curada?” Esse é um processo próprio da doença, da história natural em que a gente pode dar uma resposta depois de cinco anos do tratamento. E isso está ligado, e por isso que nós fizemos uma campanha sempre muito grande, ao diagnóstico precoce. A maior parte das neoplasias, maior a chance de cura, quanto mais precoce nós fazemos o diagnóstico. Talvez, se nós pensássemos até em termos de eficácia, de dinheiro investido, de retorno, se nós investíssemos dinheiro no diagnóstico precoce, para fazer tratamento inicial curativo, nós teríamos mais retorno do que investimento, até do que em medicações e tecnologia. Isso é uma questão meio que para a gente pensar, mas então depende fundamentalmente disso; depende do tipo histológico, ou seja, do local onde a pessoa teve o tumor, da agressividade e do estágio em que fez o diagnóstico. É claro que muitas vezes a gente até, fazendo diagnóstico precoce, a pessoa já se encontra numa situação em que a doença acomete mais de um órgão. Não significa que seja incurável, alguns conceitos, a gente está mudando e até adaptando. Por exemplo, o câncer de pulmão, há pouco tempo, lesões volumosas ou com doenças metastáticas, ele era incurável; hoje, com muita medicação e imunoterapia, essas pessoas já passam por uma condição de portadores crônicos da doença. Vão usar a medicação, mas não vão ter aquele curso natural de uma morte, muitas vezes, em seis meses a um ano e meio depois do diagnóstico. Passam a fazer um tratamento mais complexo por mais tempo em que a doença, a gente chama isso de remissão parcial, ou remissão completa, enquanto está usando a medicação. Então a pergunta é muito boa, a resposta é complexa, depende dessas situações de cada área a serem tratadas, e do tipo histológico, e fundamentalmente de

diagnóstico precoce. Quando a gente tem toda essa rede, por isso que não é só lá na ponta, na alta tecnologia, e principalmente na saúde pública, mas, quando tem a gente tem toda essa rede funcionando bem, a gente tem mais chance de êxito. A gente fez um trabalho agora, há pouco, que era com o City Cancer, junto com a Sociedade Brasileira de Radioterapia e o pessoal, que nós tínhamos a seguinte pergunta da União Internacional de Controle do Câncer: por que Porto Alegre, que tem uma rede de assistência oncológica boa, quando se vê a alta complexidade, quimioterapia, rádio e cirurgia, e aí especificamente para câncer de mama, ainda tem altas taxas de mortalidade no câncer de mama? E, claro, a gente já sabia um pouquinho do que era essa resposta, mas a gente precisou comprovar. Na verdade, o diagnóstico tardio é que faz com que a gente, mesmo tendo uma área que não tem filas, não tem dificuldades de acesso e tem equipamentos razoáveis, tem um tratamento considerado bom, não consegue ter os mesmos resultados como se a gente fizesse o diagnóstico mais precoce. A gente foi ver onde é que era. Era o acesso à biópsia, porque exames radiológicos tinha, mas na hora em que vai fazer a biópsia, bom, mas eu tenho lá uma mamografia, tem a suspeição da doença, mas eu não consigo dar seguimento para ter o material para dizer que é câncer ou não. E aí nesse intervalo de tempo, pode ser que passe um ano, às vezes até, e o estadiamento em que a gente faz, ou inicia fazer o tratamento, ou seja, o momento da vida, digamos, daquele tumor já é mais avançado, e o resultado para o mesmo do tratamento, lá no final, vai ser inferior. Então, se tem isso mapeado... Também vamos pensar assim: não é um fenômeno exclusivo brasileiro, tem lugares que vamos tem... (Ininteligível.) ...muito melhores. E tem lugares, como, por exemplo, a África, onde Agência Internacional de Energia Atômica nos convidou, a gente fez parte desse projeto há um tempo, para formar médicos radioterapeutas, médicos rádio-oncologistas, porque não existia lá, não existia nem essa modalidade em alguns países. Eu até fiz parte do treinamento de um primeiro médico radioterapeuta em Angola, que montou um serviço de radioterapia, então vocês vejam como o problema é grave. Mas, claro, ele fazia parte lá medicina pública e da saúde, ele me disse: “Bom, o nosso principal problema, até o

momento, é a Aids. Então as pessoas não chegavam a envelhecer a uma idade em que teria uma expansão, para ter mais câncer de próstata e câncer de mama. Essa é outra questão também: estatisticamente, hoje, no mundo ocidental, os cânceres de próstata e de mama representam a maior parte das neoplasias, e em número muito parecidos. A gente fala muito na mama, mas tem que lembrar a próstata também. Trinta por cento dos cânceres na mulher são de mama, o segundo colocado não atinge nem 8%. A mesma coisa no homem: 30% próstata, o segundo colocado são 8%, 10%. E aí vem uma série de neoplasias primárias que são associadas a questões multifatoriais, como comportamento, fumo, bebida, essas coisas que a gente vê.

PRESIDENTE LOURDES SPRENGER (MDB): Ver.^a Cláudia Araújo.

VEREADORA CLÁUDIA ARAÚJO (PSD): Bom dia, Dr. Wilson; bom dia, Dra. Mariana, sempre presente aí na nossa comissão, e os demais membros aqui da mesa. Eu acho que é muito importante, parabéns Ver.^a Mônica pelo tema. Quero cumprimentar os meus colegas vereadores aqui da mesa também. Quando a gente fala em algum tipo de terapia que pode ser alternativa e preventiva, a gente está falando de saúde realmente. Então, eu acho que o tema é extremamente importante nesse sentido. Como diz o Ver. Oliboni, é uma pena que a gente não tenha ainda esse tipo de terapias e de tratamentos para atender a nossa população, a maioria da nossa população, que é hoje SUS, mas a gente conseguindo ter algum tipo de alternativa... Porque o câncer é uma doença silenciosa e, muitas vezes, quando a gente consegue descobrir que está com câncer, é tarde demais, não é? Então o tempo urge, ele é extremamente importante no tratamento. Quando a gente consegue ter a prevenção disso, consegue fazer um diagnóstico precoce, consegue fazer um tratamento alternativo ou não, mas que seja eficiente, para que a gente possa trazer a cura, a gente está conseguindo evoluir, enquanto humanidade. O tema é relevante, é importantíssimo, acho que a gente tem que discutir mais sobre isso, e, se

possível, no futuro próximo, trazer isso para o atendimento de toda a nossa população, porque é muito importante. Muito obrigada, doutor.

SR. WILSON JOSÉ DE ALMEIDA JÚNIOR: Muito bom, obrigado pela oportunidade.

PRESIDENTE LOURDES SPRENGER (MDB): Ver. Ramiro Rosário.

VEREADOR RAMIRO ROSÁRIO (NOVO): Bom dia, e pedindo desculpas aqui pelo meu atraso hoje, mas, sem sombra de dúvidas, a pauta é importantíssima. A gente tem acompanhado o combate ao câncer em todas as esferas da nossa sociedade, inclusive nas faixas etárias também. Nós temos uma proximidade muito grande com o Instituto do Câncer Infantil, que faz também um belíssimo trabalho, conseguimos destinar recursos, assim como outros vereadores também, para poder promover ali um ambiente melhor para essas crianças e muito especialmente também para suas famílias, que acabam tendo um impacto direto no seu dia a dia, no seu cotidiano, até mesmo no seu desempenho, na sua atividade profissional, tendo em vista que muitos acabam vindo até de outras cidades para poder fazer os tratamentos aqui em Porto Alegre, e também precisam ser acolhidos. E quero aqui colocar também à disposição, não sei exatamente, como eu cheguei um pouco depois, o que foi tratado já no início do encontro, mas pra que a gente possa evoluir, muito especialmente nessa forma, nesse formato também, de auxiliar com políticas públicas e também através de recursos para instituições privadas que fazem esse serviço dentro da nossa cidade, com o foco nos familiares. A gente fala muito do paciente, na busca do tratamento, no diagnóstico, na prevenção, mas eu vejo que os familiares também precisam, nesse momento, ter uma atenção muito especial, devido ao impacto que essa doença terrível faz na vida das pessoas e nas famílias também. Obrigado.

PRESIDENTE LOURDES SPRENGER (MDB): Bem, então eu passo a palavra para a Viviane Goulart, representando a Secretaria Municipal de Saúde.

SRA. VIVIANE GOULART: Bom dia. Meu nome é Viviane Goulart, sou assessora do secretário da saúde de Porto Alegre, e, infelizmente, no SUS às vezes a gente tem tecnologias importantes para o uso e tratamento de doenças, mas que ainda não estão regulamentados pela tabela, e aí precisamos também de uma negociação no governo federal para que isso aconteça. Hoje, viemos mais como ouvintes dessas novas tecnologias, o secretário pede desculpas por não estar aqui, foi acionado para uma reunião, e hoje eu vim como ouvinte para escutar sobre essa tecnologia e levar até o secretário esse tratamento. Nós passamos, há pouco tempo, por uma regulamentação que foi difícil, e hoje tem no Hospital Vila Nova o tratamento, que é a ozonioterapia, que também era uma coisa nova, que não tinha pelo SUS, e hoje tem um hospital em Porto Alegre fazendo isso e tendo alguns belos resultados desse tratamento. Então, eu vim para estudar e escutar aqui hoje o que o senhor tem a nos oferecer, porque a fila do SUS, hoje, em Porto Alegre, como a Ver.^a Mônica antes havia relatado, Porto Alegre não tinha muita espera para tratamento de câncer de mama, e, num determinado momento, foi pactuado com o Estado que, como Porto Alegre não tinha essa espera, que o Município deveria assumir a fila de oncologia do Estado. E aí é claro que criamos uma espera e um problema para os pacientes. Não vou dizer aqui a minha opinião pessoal se eu acho justo ou não isso com Porto Alegre, porém, falando de vidas, é justo com quem está na fila esperando há mais tempo e que não consegue resolver o problema. Então, começamos a atender pacientes de outras regiões e assumimos a fila para a regulação disso em Porto Alegre. Também concordo que temos que ter um grande estudo, sou esposa de um vereador que é médico, que era vereador nesta Casa e era médico, que era mastologista, Dr. Humberto Goulart, era médico do Hospital Fêmeina, e acompanhava de perto a agonia dele em tentar fazer a prevenção e esbarrar na fila do problema da oferta, no problema da cirurgia, no problema de tantas outras coisas. Acompanho também a luta do Dr. Pedrini, do Hospital

Conceição, que cada vez mais tenta lutar pela qualidade da imagem, porque às vezes as mulheres estão nessa angústia de não conseguir sua vaga no SUS, ela junta um dinheirinho e vai ali e faz uma ecografia mamária em que o filme não tem uma imagem tão nítida, tão boa, e ela acaba tendo uma lesão e o médico não consegue enxergar. Então passamos por todos esses impedimentos para que a gente avance na prevenção da doença. Estou aqui para ouvir hoje, com muita atenção, sobre o problema. Até estava conversando, pelo WhatsApp, com o secretário, dizendo das novidades, e quero já, de pronto, convidá-lo para fazermos uma reunião com o secretário e com a Ver.^a Mônica, no gabinete, para falarmos sobre esses números e saber como isso está andando hoje em Porto Alegre.

WILSON JOSÉ DE ALMEIDA JÚNIOR: Muito obrigado. Inicialmente, o Dr. Goulart e eu éramos amigos, nos conhecemos muito bem. O Pedrini também eu conheço bem; são pessoas maravilhosas e se dedicam bastante à questão da saúde pública e ao tratamento do câncer na mulher, especificamente. Porém, a questão da protonterapia é maior, porque ela não está acessível aos pacientes do SUS no Brasil, nem a qualquer paciente que precise de protonterapia, porque inexistente. É um tipo de tratamento com equipamentos que ainda não foram montados aqui no Brasil e tem um grande número de indicações e tratamentos realizados em outros países. É uma questão, pois a gente está numa defasagem tecnológica muito grande. Acredito que talvez a África e a América do Sul sejam os dois únicos continentes que não têm acesso à protonterapia. E aí voltamos ao início, porque hoje represento talvez até mais a Sociedade Brasileira de Radioterapia do que eu, como médico radioterapeuta, quando isso é uma preocupação nossa no Brasil, que é dar acesso.

Hoje, se uma pessoa – e vamos pegar a questão mais crítica, uma criança – precisar de tratamento ou tiver uma melhor oportunidade de tratamento com prótons, ela não vai conseguir isso no Brasil. Ela terá que ir para um centro de protonterapia, que, provavelmente, será nos Estados Unidos, já que, na Europa, a maior parte dos tratamentos é da medicina socializada e não irão tratar de

forma privada um paciente em vez de outro da saúde pública. Então, essa é a realidade da protonterapia. Os estudos de viabilidade já foram feitos; são bastante onerosos, e as próprias empresas, como fizeram na Argentina, sugerem que seja um empreendimento, uma parceria público-privada, em que podem entrar a universidade e também o Estado, pois os pacientes estão aí. A gente acredita que, se nós tivéssemos hoje um aparelho com duas ou três salas de tratamento no Brasil, ele não daria conta, porque a indicação não aparece simplesmente porque esse método não existe aqui. É como se tivéssemos a indicação de uma medicação, mas ela não tem comercialização, não entra no Brasil. Bom, então, as pessoas usam formas diferentes, que podem eventualmente ter mais efeitos colaterais e menos eficácia, como acontece principalmente com as crianças. Em alguns momentos, estamos dando um tratamento subótimo, considerando que não temos acesso a isso. Acho que esse é o cerne da questão: a dificuldade no tratamento porque não existe um ressarcimento para esse tipo de tratamento, o que torna a dificuldade um pouco maior. Nosso plano é sempre buscar, com as entidades e com aqueles que têm interesse e sensibilidade para enxergar isso, uma forma de desenvolver essa tecnologia, porque o custo também reduziu muito. Quando se iniciou isso nos anos 2000, o custo era em torno de € 250 milhões. Um grupo italiano que uma vez fui visitar, vieram para cá, estava instalando seu primeiro centro de prótons e esse era o valor. Agora, o custo está começando a chegar a um nível que podemos começar a pensar nessas parcerias no Brasil.

SRA. VIVIANE GOULART: A ideia é agregar o nosso secretário à sua luta aqui, junto com a vereadora, para ver como...

PRESIDENTE LOURDES SPRENGER (MDB): Com a comissão, Viviane, a comissão aqui tem interesse.

VEREADORA MÔNICA LEAL (PP): Eu fico feliz que o conhecimento que a gente está trazendo e que a comissão oportuniza seja extremamente produtivo.

Uma das coisas que mais me preocupam quando falamos de saúde com governos, seja municipal, estadual ou federal, é que a primeira pergunta que fazem é: qual o impacto financeiro disso? Mas, por favor, impacto financeiro maior do que perdas de mães, mulheres, enfim, é uma família inteira que fica doente, é uma criança que fica com sequelas. Então, a minha intenção é justamente trazer esse assunto para debate, para que, principalmente, o conhecimento possa se aprofundar através da secretaria.

PRESIDENTE LOURDES SPRENGER (MDB): Muito bem, eu vou passar a palavra para a Mariana, da OAB, e depois nós vamos para os encaminhamentos.

SRA. MARIANA P. DE ALBUQUERQUE DIFENTHÄLER: Bom dia. Obrigada pelo convite à OAB do Rio Grande do Sul. Prazer estar representando aqui o direito da saúde, esse direito transnacional, um direito humano, individual, social, e saber que a protonterapia é possível de ser viabilizada no Brasil. Ela foi regulamentada pela Anvisa, é muito recente essa regulamentação, mas penso que temos um espaço. Porto Alegre foi escolhida pela C/Can, pela City Cancer Challenge, e temos, então, Porto Alegre como centro de referência no País de tratamento do câncer. Claro que o câncer ainda desafia a ciência e a medicina, como o doutor bem explicou, são questões biopsicossociais, são fatores de riscos associados. Nós temos, também, algumas questões culturais, e eu vejo, cada vez mais, essa medicina especializada, de precisão, como algo de muita inovação e tecnologia na área da saúde. E, como tal, isso requer uma democratização, não só do setor do direito, como do setor das áreas da saúde. Mas, sim, tem uma análise econômica do direito envolvida sobremaneira, razão pela qual, até hoje, a gente não tem essa instrumentação no nosso País. Mas, como essas parcerias público-privadas, nós temos aqui no Rio Grande do Sul – eu sei que estamos aqui no edil municipal –, mas nós temos, no Rio Grande do Sul, muitos representantes do terceiro setor. Nós temos o IGCC, como foi falado, o Imama, o Instituto do Câncer Infantil. Então, acredito que seja possível essa parceria, o problema é global, o impacto é local, e a gente precisa realmente

estar com equidades de acesso. Nós temos, então, uma defasagem. Existem outros países que têm tratamentos, que pessoas estão sendo atendidas e nós estamos com essa desigualdade de acesso num sentido transnacional, mas ainda no Brasil, pelo que eu percebi, não há essa diferença, pois não há tratamento, doutor me corrija, ainda com próton no Brasil.

SR. WILSON JOSÉ DE ALMEIDA JÚNIOR: Sim, não há centro de próton instalado, construído no Brasil até o momento.

SRA. MARIANA P. DE ALBUQUERQUE DIEFENTHÄLER: Veja que oportunidade nós temos. A gente pode olhar isso como escassez e falta, ou a gente pode olhar esse projeto da Ver.^a Mônica Leal como um projeto muito feliz, no sentido de poder fazer essa integração da universidade, do primeiro setor, do segundo setor, do terceiro setor e, através disso, poder oferecer esse tratamento. Realmente, ele não é diagnóstico; é tratamento e pode repercutir no sentido de bem-estar e saúde, porque é menos agressivo e, pelo que eu pesquisei, traz menos consequências e contraindicações. A gente apoia na comissão da saúde. Nós criamos agora, sexta-feira passada, um grupo de trabalho dentro da comissão da saúde em oncologia, justamente porque a gente percebe que essas políticas nacionais de saúde, como tem... Ontem, falamos sobre autismo lá na comissão. Hoje, estamos falando sobre oncologia. Realmente, requer uma especialidade não só técnica, mas também social, no sentido de, como estamos fazendo hoje, democratizando o assunto, simplificando, tirando aquelas palavras mais técnicas que as pessoas não entendem e, logo, não participam. O câncer é uma doença extremamente prevalente; ele matou, em 2020, 9 milhões de pessoas. Segundo dados do INCA, 704 mil pessoas vão falecer de câncer até 2025. Sendo, como o doutor falou, os cânceres mais prevalentes: o de mama, na mulher; e o de próstata, no homem. Então, a gente tem aí indicadores importantes que salvaguardam os argumentos de justificar essa solicitação da protonterapia. Então, as perguntas que eu tinha para o doutor eram nesse sentido: poder-se-ia dizer que o câncer é uma doença crônica em determinados

casos? Essa era a primeira pergunta. E a segunda, era: existe em algum lugar no Brasil, mesmo dentro de um organismo privado? E fica para a gente o pensamento de depois de instrumentalizá-lo, se isso for possível, a gente ver também como criar uma política na saúde suplementar de acesso ao tratamento. Se a gente for oferecer no PL, na rede municipal, no centro especializado de próton, a gente tem que trabalhar junto, me parece, com a saúde suplementar, para que seja incorporado dentro da ANS esse tratamento no rol, para que a gente possa então fazer todo o *compliance*. Obrigada.

SR. WILSON JOSÉ DE ALMEIDA JÚNIOR: Isso não aconteceu ainda porque não tem nenhum centro de próton. Claro que tem estudos, eu mesmo já participei de um grupo que objetivava montar, isso faz uns cinco anos, um centro de próton em São Paulo. Há hospitais que estão estudando isso, estão com um projeto e provavelmente vai acontecer nos próximos cinco, seis anos, algo que está aí pronto, digamos assim, está dentro dos projetos de alguns hospitais, mas nenhum é público até o momento, que eu saiba.

VEREADORA MÔNICA LEAL (PP): Mas existe a possibilidade de fazer o tratamento num hospital em São Paulo?

SR. WILSON JOSÉ DE ALMEIDA JÚNIOR: Não, hoje não tem nenhum centro montado.

VEREADORA MÔNICA LEAL (PP): Mas dentro de um hospital particular não oferecem?

SR. WILSON JOSÉ DE ALMEIDA JÚNIOR: Não, hoje a possibilidade de fazer o tratamento com protonterapia é só no exterior. Eu tenho uma colega que foi fazer protonterapia no exterior. Nós temos até colegas brasileiros que trabalham lá e que a gente, às vezes, indica para atender.

SRA. VIVIANE GOULART: Doutor, uma pergunta, já tem um grupo hoje, aqui em Porto Alegre, formado por médicos, junto com o senhor, estudando essa possibilidade de se trazer para algum lugar do Brasil a protonterapia?

SR. WILSON JOSÉ DE ALMEIDA JÚNIOR: Sim, tem grupos distintos, mas não aqui em Porto Alegre especificamente, mais em São Paulo. Aqui em Porto Alegre, também já pensamos nessa situação, e tem um grupo de estudo, é o que eu posso dizer, não é um grupo que está fundamentado ainda já em bases de comprar aparelho e estabelecer, é um grupo de estudo de viabilidade.

SRA. VIVIANE GOULART: E tem algum hospital de Porto Alegre que integra esse grupo com vocês?

SR. WILSON JOSÉ DE ALMEIDA JÚNIOR: Oficialmente, até o momento, não. Claro que existe interesse, os grandes hospitais aqui têm interesse no assunto, porque eles sabem que, em algum momento, a protonterapia vai se estabelecer no Brasil. Diante disso, tenho grupos de estudos que, eventualmente, assessoram ou não a orientação dos hospitais, e assim possam fazer aqui. Uma questão só que eu me lembrei do que você falou do excesso de pacientes aqui ou de filas, são mais para oncologia clínica?

SRA. VIVIANE GOULART: Sim.

SR. WILSON JOSÉ DE ALMEIDA JÚNIOR: Porque, para radioterapia, eu também atendo e trabalho no hospital geral de Caxias do Sul, que é fundamentalmente SUS, a gente tem até uma certa, não digo ociosidade, mas a gente não tem fila de espera e tem até uma capacidade de incorporação maior, e assim então em alguns outros serviços de radioterapia do interior.

SRA. VIVIANE GOULART: O secretário está fazendo algumas negociações agora com a secretária do Estado para a gente redimensionar isso, porque

nossos problemas, além da oncologia, da parte clínica, no fornecimento. Nós tínhamos uma previsão “x” para ecografias e mamografias, e aí quando você unifica a fila, tudo isso, todos os números dobraram.

SR. WILSON JOSÉ DE ALMEIDA JÚNIOR: Mas no tratamento em relação à radioterapia, a gente conhece bem isso, no Estado do Rio Grande do Sul, talvez seja só uma questão de remanejar, porque, tem locais que têm até é ociosidade.

SRA. VIVIANE GOULART: Hoje eu estou com mais prudência a fazer exames, por exemplo, se eu precisar de um agulhamento, eu tenho uma fila.

SR. WILSON JOSÉ DE ALMEIDA JÚNIOR: É o que a gente comentou aqui, essa questão é fundamental para o diagnóstico ser precoce.

SRA. VIVIANE GOULART: Para diagnóstico, a biopsia é fundamental.

SR. WILSON JOSÉ DE ALMEIDA JÚNIOR: A mesma coisa para próstata, tem acesso ao PSA, aumentou o PSA, mas não tem acesso à biópsia, não tem acesso à imagem. Rapidamente.

SRA. VIVIANE GOULART: Por exemplo, se uma mulher hoje quiser uma densitometria óssea, eu não posso oferecer pelo SUS.

SR. WILSON JOSÉ DE ALMEIDA JÚNIOR: Então é isso, nós estamos com a alta complexidade em termos de tratamento relativamente bem montada, como a gente tem em Caxias e tem por aqui, mas o paciente talvez essa minha ociosidade que eu tenho lá, ou melhor, uma demanda ainda que eu poderia aumentar com mais horas de aparelho ligado não acontece se o paciente não chega lá.

SRA. VIVIANE GOULART: E outra coisa que a gente enfrenta, Comissão de Saúde já sabe disso, a tabela que paga os exames está desvalorizada há mais de 14 anos. Então, tu abres um certame para que as pessoas se inscrevam para participar, e quando os serviços olham o valor que vai ser pago pelo exame, ele dá deserto, porque ninguém tem interesse de trabalhar por aquele valor.

SR. WILSON JOSÉ DE ALMEIDA JÚNIOR: Não consegue, né? Nós, na radioterapia, a gente fez um estudo muito bom na sociedade, ele está até na página da Sociedade Brasileira de Radioterapia se quiserem acessar, chama-se RT2030. Ele é um estudo que mapeou, pela primeira vez, todo o parque radioterápico nacional e conseguiu montar qual é o custo da radioterapia em relação ao que a gente precisa para manter um serviço. Hoje, o ressarcimento médio do SUS é 50% do custo, então a gente prevê que em torno de um tempo médio de cinco, seis anos, vai começar a ter um sucateamento do parque radioterápico. Quando tiver sucateamento, vai ter a diminuição do acesso e aí vai começar a ter fila de novo, como a gente viveu nos anos 90.

SRA. VIVIANE GOULART: Aqui, hoje, a gente sobrevive com o dinheiro vindo ministério, que não é o suficiente para se pagar os exames, às vezes, o tratamento; o Município entra com recursos do 040, e muitos dos vereadores aqui dão emendas impositivas para complementar e suplementar valores. É assim, hoje, que a saúde faz para conseguir resolver problemas, quer dizer, o maior caixa, que é o federal, manda um valor que é irrisório, que é insuficiente, então o caixa do Município e mais as emendas parlamentares, que também é o caixa do Município, complementa o valor dos exames para que a gente consiga atender à população.

SR. WILSON JOSÉ DE ALMEIDA JÚNIOR: A Proton teria que entrar numa outra forma de financiamento, que não fosse dentro daquilo que já está praticamente impossível de atender às demandas.

SRA. MARIANA P. DE ALBUQUERQUE DIEFENTHÄLER: Com licença, eu só quis acrescentar aqui um tempero nesse caldo, no sentido de que isso culmina na judicialização da saúde. Hoje a gente fala desjudicialização.

VEREADORA MÔNICA LEAL (PP): Qual o número de judicializações que tem na saúde?

SRA. MARIANA P. DE ALBUQUERQUE DIEFENTHÄLER: E também tem um custo para os cofres públicos e que deve ser considerado nessa análise econômica do direito.

PRESIDENTE LOURDES SPRENGER (MDB): De imediato eu passo a palavra para a Mariana Peirano, do Imama, *expert* na área.

SRA. MARIANA PEIRANO: Bom dia, estou representando o Imama como voluntária, como membro do comitê Advocacy e como paciente oncológica. Como paciente oncológica, eu posso dizer, como eu costumo falar, que foi pacote completo: retirada da mama, quimioterapia, radioterapia e ainda em tratamento. Concordo com o que o Ver. Ramiro comentou, que a gente acaba falando muito do paciente, e eu sempre digo que tem alguém que cuida do paciente, então também é uma questão importante de toda a nossa rede de apoio.

Eu gostaria de agradecer, primeiramente, pela oportunidade da nossa palavra, e dar total apoio ao projeto, porque a gente enxerga nas pacientes a grande dificuldade da realização da biópsia, que ficam esperando, às vezes, seis meses, um ano para realização da biópsia, o que é muito diferente na rede privada. Eu, por exemplo, em menos de um mês tinha a biópsia, o PET e já estava na mesa de cirurgia para retirada da mama e efetivamente iniciar o tratamento, posteriormente. E a questão financeira, a gente vê muito, que é de suma importância, mas também nós pensamos que essas pacientes acabam saindo do mercado de trabalho, acabam saindo do mercado de trabalho também pelas

sequelas do tratamento. Como sequela, por exemplo, do tratamento de radioterapia... A gente, às vezes, pensa muito na quimioterapia, porque é um tratamento desgastante, mas a rádio também traz um desgaste muitas vezes posterior, não no momento da rádio. Das dificuldades, por exemplo, no câncer de mama, quando eu fui fazer enxerto, fui refazer a mama, a rádio deixa sequelas, não é, doutor? Muitas vezes abre a nossa pele, abre tudo, e temos que ir de novo para mesa de cirurgia trocar a prótese, trocar tudo. Eu acredito que um tratamento, como está sendo trazido para discussão, vai trazer menos sequela, inclusive nisso, ou seja, essa mulher ou esse paciente vai ser inserido de novo no mercado de trabalho, muitas vezes não vai precisar de um benefício para sua sobrevivência, enquanto está fazendo o tratamento, que também se pensa isso financeiramente; ou seja, eu estou oferecendo um tratamento de ponta que vai me trazer de novo para o mercado de trabalho. Ou vai me deixar inclusive no mercado de trabalho, quem sabe muitas vezes não vou precisar de uma licença, não vou precisar de um benefício, via INSS ou via regime próprio de previdência. Então, nesse sentido acho que posteriormente, fora todos os benefícios, também é um benefício econômico para todos os regimes, próprios ou não, de previdência. Então, gostaríamos de agradecer, manifestar o nosso total apoio, enquanto em Imama, enquanto pacientes também, tanto na rede privada, como a Dra. Mariana bem complementou, a saúde suplementar, depois precisaria de uma discussão que acho ser de interesse de todos, mas também na rede SUS, que é a nossa principal luta e a nossa principal bandeira: tentar disponibilizar o mesmo tratamento que temos na rede suplementar, na rede SUS. Então, agradeço, muito obrigada e um bom dia.

PRESIDENTE LOURDES SPRENGER (MDB): Muito obrigada. Eu coloco a palavra à disposição se mais alguém quiser se manifestar; depois, os vereadores para encerrarmos.

SRA. OLGA FREDO: Bom dia a todos, sou membro do Conselho Local de Saúde, bairro Ipanema. Mensalmente fazemos reuniões, pautando problemas,

no caso, que a comunidade vem enfrentando. E o que tem acontecido é a falta de medicamentos, é uma coisa assim... O posto de saúde do bairro Ipanema é uma Unidade de Saúde, não chega a ser uma Farmácia Distrital, porque não dispõe de farmacêutico. Então, quando não há disponibilidade de certos medicamentos, precisamos nos deslocar; então, o posto mais acessível, que tem farmacêutico, é o da Tristeza, que também está enfrentando uma falta de medicamentos, que, no caso, nos deixa assim... Eu, por exemplo, há 15 anos fiz uma cirurgia bariátrica; então, preciso de vários medicamentos que são disponibilizados pelo SUS. Eu sou uma paciente comportada, sigo meu tratamento desde sempre, mas tenho tido dificuldades, não só após a enchente, como antes também. Aí aqui dou o meu depoimento pessoal com relação a isso, com a falta de medicamentos. E a nossa comunidade tem alto índice de idosos; então, o que acontece? No momento em que eles não conseguem os medicamentos no posto de saúde Ipanema, eles têm que se deslocar até o posto de saúde da Tristeza; não tendo na Tristeza, precisam ir à Farmácia Distrital de Camaquã ou da Restinga, são as opções na Zona Sul. Aí entra também a parte física e financeira, porque como os idosos, no caso, teriam dificuldade física de se deslocar; no caso do transporte público, por ônibus, seriam dois ônibus para irem até a Farmácia Distrital Camaquã e dois para voltarem. A parte financeira, tendo uma passagem, é de R\$ 4,80; cinco, arredondando, são R\$ 20,00 para buscar o medicamento, e, de repente, pode acontecer como aconteceu comigo, no final de junho, que foi uma saga para eu conseguir toda minha medicação. Do posto de Ipanema, eu fui para a Tristeza; da Tristeza, eu fui para o Guarujá; do Guarujá, eu fui até a Restinga; adquiri todos os meus medicamentos, finalmente, no posto da Restinga, na Farmácia Distrital, só que, quando eu cheguei lá, tinham 40 pessoas na minha frente, eu esperei por 3 horas para ser atendida, e o remédio que eu mais precisava não tinha na hora – quando chegou a minha vez, no caso. Graças a Deus, eu tenho saúde, saúde física e saúde mental, mas eu penso nas outras pessoas também. É surreal um idoso ficar 3 horas sentado esperando um medicamento que, no final, não vai ter. Então eu queria muito... Eu vim aqui a pedido do conselho e peço respeitosamente à

comissão que peçam uma explicação sobre o porquê dessa falta de medicamentos, uma vez que nós recebemos, através do nosso gerente do posto de Ipanema, o Alex, que está fazendo um trabalho maravilhoso na unidade, a informação de que essa situação se resolveria a partir do dia 15 de junho, e nós estamos em setembro. Muito obrigada a todos, um bom dia.

PRESIDENTE LOURDES SPRENGER (MDB): Obrigada, Dona Olga. Nós vamos encaminhar para a assessora Viviane, que vai dar a resposta à comissão, porque não era bem a pauta de hoje. De imediato, eu passo a palavra aos vereadores aqui, antes de encerrar.

VEREADORA MÔNICA LEAL (PP): Eu quero agradecer a presença de todos, em especial a do Dr. Wilson, porque eu sei que a sua rotina é extremamente corrida. E gostaria de finalizar deixando uma pergunta: de que forma nós, legisladores, podemos ajudar para que esse tratamento, que é tão inovador, mas que tem resultados tão positivos, visto que acabamos de escutar depoimentos de pessoas que passaram por isso e que nem todas tiveram a oportunidade de fazer uma radioterapia qualificada, porque quando é plano particular, existe uma diferença, a gente sabe disso... Então de que forma nós, legisladores, podemos ajudar para que esse tratamento inovador possa chegar a Porto Alegre? Eu achei até que tinha já em São Paulo, em algum hospital, mas nem isso, então o Brasil está muito atrás. Nós precisamos buscar, e quem sabe Porto Alegre possa ser uma cidade pioneira, a capital do Rio Grande do Sul.

SR. WILSON JOSÉ DE ALMEIDA JÚNIOR: Tem todas as condições para fazer isso, tem corpo médico, enfim, acho que é como eu citei no início – desculpe se eu estou interrompendo, mas rapidamente –, eu vejo, nesse grupo de estudos que a gente tem há um bom tempo, que uma parceria público-privada seria o caminho mais rápido e efetivo.

PRESIDENTE LOURDES SPRENGER (MDB): Então, dos encaminhamentos, nós temos essa proposta aqui da vereadora, a comissão se integra para auxiliar, embora seja um assunto bem mais relevante, que envolve federal, mas com essa proposta da iniciativa público-privada, de repente as coisas saiam do papel. Eu perdi um familiar também de câncer há pouco tempo. Se tivesse como salvar, quem não gostaria, né? No mais, muito obrigada a todos e até a próxima terça-feira. Nada mais havendo a tratar, encerro os trabalhos da presente reunião.

(Encerra-se a reunião às 11h10min.)

TEXTO SEM REVISÃO