

Pauta: Endometriose – diagnóstico e tratamento

PRESIDENTE JOSÉ FREITAS (REP): (10h12min) Estão abertos os trabalhos da presente reunião da Comissão de Saúde e Meio Ambiente. Muito bom-dia a todos. Quero parabenizar a Ver.^a Cláudia por esta pauta. Eu me aprofundei, depois que ela fez essa solicitação, na problemática das mulheres. Estamos na sala com a Ver.^a Cláudia, que é a proponente da pauta; o Ver. Oliboni, a Ver.^a Lourdes e a Ver.^a Tanise. Foram convidados do gabinete do prefeito a Procuradoria-Geral do Município, a Secretaria Municipal da Saúde, o Grupo Hospitalar Conceição, o Hospital de Clínicas, a Santa Casa de Misericórdia, o Dr. Silas, que é ginecologista, e a Julia Roberta Garcia, que é especialista em *marketing* digital. Esta pauta é muito importante, Ver.^a Cláudia e colegas, até para discutir políticas públicas em relação à doença chamada endometriose, que é uma infertilidade feminina. É assustador, Ver.^a Cláudia, o número que atinge, em torno de sete milhões de brasileiras. Esse é o motivo pelo qual temos que discutir políticas públicas e por isso estamos aqui. Trata-se de uma lesão no útero das mulheres. De imediato, eu passo a palavra para a Ver.^a Cláudia Araújo, para fazer a explanação.

VEREADORA CLÁUDIA ARAÚJO (PSD): Bom dia; bom dia, presidente José Freitas, colegas vereadoras, vereadores; quero fazer um breve resumo, para que todos saibam sobre o que nós estamos falando. Eu sei que a maioria aqui sabe, mas é importante trazer alguns números e, depois, apresentar o Dr. Silas e a Julia, que são pessoas que eu convidei para estarem conosco para falar sobre o assunto. A endometriose é uma doença que afeta de 10 a 20% da população feminina brasileira hoje, segundo a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, a Anvisa, sendo mais frequente entre mulheres entre 25 e 35 anos de idade. Segundo a definição médica, a endometriose é uma doença caracterizada pelo crescimento do endométrio, tecido que reveste o interior do útero e fora da cavidade uterina, ou seja, outros órgãos da pelve, tais como as trompas, os ovários, os intestinos e a bexiga. Todos os meses, o endométrio fica mais espesso, para que um óvulo fecundado possa nele ser implantado. Ocorre que,

quando o endométrio fora do útero tem alteração em sua espessura, gera sérios distúrbios às mulheres com endometriose, como dores intensas, sangramentos incômodos, dentre outras complicações. Não tendo diagnóstico adequado e o necessário tratamento, a paciente com endometriose poderá sofrer consequências sérias, como a infertilidade e até mesmo vir a óbito. Ressalte-se que, nos estágios iniciais, a endometriose pode ser confundida com a menstruação e as cólicas comuns desse período, o que reforça a necessidade de um diagnóstico médico, que é o que nós vamos discutir aqui. Além disso, considerando que a demora no início do tratamento pode causar danos irreparáveis à saúde da paciente com endometriose, é necessário que seja estabelecido um prazo máximo para que o tratamento seja iniciado. Nesse sentido, é de extrema importância que seja implementado um programa de saúde que conte com esclarecimentos à população sobre o assunto, com ações preventivas, e que o devido tratamento, quando necessário, inicie dentro de um prazo razoável. Isso que eu li aqui para vocês é a exposição de motivos do PLL nº 314/22, de minha autoria, que está tramitando na Câmara de Porto Alegre desde 1º de agosto de 2022, ou seja, daqui a pouco fará um ano. Infelizmente tem um vereador que pediu diligência sobre o fato, estamos aguardando para poder encaminhar e dar continuidade, para que ele possa vir para ser aprovado, porque esse programa é extremamente importante para que nós possamos trabalhar essa pauta.

Quero trazer a apresentação do Dr. Silas. Estou conhecendo o Dr. Silas agora, mas ouvi muito falar nele através da Julia, que foi sua paciente e depois vai trazer o relato do que ela passou, e isso é muito importante para nós, porque essa é a nossa realidade, o que as pessoas vivem no dia a dia, porque uma coisa são números, outra coisa é a nossa realidade, aquela que muitas vezes pode tirar uma vida, que pode deixar uma mulher infértil ou com outras consequências graves, sem considerar as dores e tudo que uma mulher pode passar em função da endometriose.

O Dr. Silas é ginecologista, atualmente ele atende em Uruguaiana, no Rio Grande do Sul, na Clínica D'ellas, membro do corpo clínico da Santa Casa de

Uruguaiana, ex-diretor do Centro de Endoscopia Ginecológica do Rio de Janeiro, pós-graduado em cirurgia endoscópica nos Estados Unidos, e tem uma farta e estudiosa carreira na área da endometriose. Seja bem-vindo, Dr. Silas. A Julia é uma paciente de endometriose, demorou 14 anos para ter o diagnóstico, foi diagnosticada com endometriose profunda em novembro de 2022, teve focos no intestino, na bexiga, no útero, no apêndice e no diafragma; de novembro a fevereiro... (Problemas na conexão.) ...UPA para marcarem a cirurgia. A cirurgia só saiu em face da gravidade do caso, já que ela estava tomando morfina diariamente. Ela ficou impedida de trabalhar por mais de cinco meses por conta da dor, tomava tramadol, morfina e codeína diariamente. Esses são os nossos convidados; a Ver.^a Tanise se inscreveu, os vereadores falarão primeiro, depois a gente já passa para o Dr. Silas.

VEREADORA PSICÓLOGA TANISE SABINO (PTB): Bom dia, quero saudar nosso presidente desta Comissão, o Ver. José Freitas, nossos colegas vereadores, os demais presentes e convidados; quero parabenizar a Ver.^a Cláudia Araújo, proponente desta pauta sobre endometriose. Precisamos realmente discutir mais sobre esse assunto uma vez que essa doença afeta o bem-estar das mulheres, trazendo dores incapacitantes, não somente físicas, mas também psicológicas. A mulher com endometriose geralmente tem uma menstruação com muita dor e que tende a ser progressiva, ou seja, aumentar com a idade. A dor da endometriose é caracterizada por cólicas menstruais muito fortes, mais do que o comum. Inclusive, Ver.^a Cláudia, que eu, como psicóloga clínica, atendendo em consultório, eu tinha uma paciente nessa condição e eu lembro do sofrimento que ela relatava. Essa doença ainda é permeada por preconceito, por mitos, por falta de conhecimento; eu percebo que na vida laborativa, ou seja, no nosso trabalho, muitas vezes, quando a mulher precisa de um afastamento por saúde naqueles dias, ainda é vista com maus olhos pelo empregador, é vista com maus olhos pelos seus colegas de trabalho. Inclusive em consultas médicas já foi relatado por algumas pacientes que, quando o médico é um homem, algumas já relataram ter sofrido preconceito por parte

desses médicos, dando a entender que a mulher estava aumentando os seus sintomas ou, quem sabe – como se diz de forma informal –, fazendo mimimi. Ainda hoje, em pleno século XXI, as dores menstruais, além de não serem valorizadas, ainda são questionadas quanto à sua veracidade e intensidade, principalmente se a mulher for mais jovem. Então a Ver.^a Cláudia já falou sobre isso, mas essa doença, a endometriose, caracteriza-se por uma dor intensa na menstruação, dor profunda na relação sexual, dor para evacuar e urinar no período menstrual, alteração do hábito intestinal ou a mulher fica mais constipada ou com diarreia no período menstrual, infertilidade pode acontecer também em alguns casos – esses são os principais sintomas. Então a endometriose acontece com cerca de 176 milhões de mulheres em idade reprodutiva, em todo mundo, e atinge em torno de 10% das mulheres. É muito importante o diagnóstico precoce, pois, na maioria das vezes, a endometriose é evolutiva, então, quanto mais cedo o diagnóstico, melhores são as alternativas de tratamento e, por consequência, a paciente apresentará mais qualidade de vida. Então, ainda prevenir é o melhor remédio e, quanto mais cedo esse diagnóstico, melhores são as chances de tratamento. Para finalizar, Ver.^a Cláudia Araújo, quero dizer que ainda endometriose é de difícil compreensão para aqueles que não a vivenciam, por isso a importância desse debate. Não é frescura, é doença e tem tratamento sim. Então, parabéns, Ver.^a Cláudia, pelo debate. Muito obrigada.

VEREADORA CLÁUDIA ARAÚJO (PSD): Obrigada, Ver.^a Tanise. A Ver.^a Lourdes Sprenger está com a palavra.

VEREADORA LOURDES SPRENGER (MDB): Bom dia, vereadores e vereadoras, é uma pauta importante para nós, mulheres. Nós sabemos que, às vezes, uma pessoa passa uma vida inteira com cólica e não é descoberto o diagnóstico. Nós viemos para este debate, é muito importante a Comissão de Saúde e Meio Ambiente trazer, mas nós também temos que trazer informações do atendimento do SUS – porque convênios temos, nós estamos numa condição

de convênios –, o que que está sendo feito, como é que atendido quando é detectado, é encaminhado para diagnóstico. Eu acho que os nossos encaminhamentos finais são importantes para que a saúde, já que estamos em Porto Alegre, tenha uma maior atenção a esses diagnósticos, como já foi dito, faz a mulher sofrer. Muitas vezes, essas mulheres não poderão mais ter filhos. Tenho casos na família que foram tratados a tempo, mas em clínica particular. É uma cirurgia simples, mas não sei como está sendo feito aqui em nível de SUS. Obrigada.

VEREADORA CLÁUDIA ARAÚJO (PSD): Obrigada, Ver.^a Lourdes. Vou passar, de imediato, o Dr. Silas para que faça a sua fala, depois, vamos ouvir a Julia e, depois, vamos passar para Secretaria de Saúde. Dr. Silas, seja bem-vindo.

SR. SILAS MELLO: Bom dia a todos, é uma honra muito grande estar participando dessa *live* sobre um dos assuntos que eu mais estudo e, talvez, tenha muita experiência. Eu faço videolaparoscopia já desde 1980 e 1981, mais ou menos, o que leva aí a gente já ter mais de 40 anos fazendo videolaparoscopia. Eu quero, primeiramente, dizer que as vereadoras falaram praticamente tudo sobre a endometriose. É uma menina que tem a sua primeira menstruação, chamada menarca, e essa primeira menstruação, geralmente, já é ou com muita dor. É preciso que as mães comecem a dar atenção máxima à primeira menstruação. A primeira menstruação é muito doída, é muito sofrida, então, quando acontece isso, não basta passar uma medicação, um Buscopan, Baralgin, alguma coisa assim, isso não é o suficiente. É preciso, desde a primeira menstruação, dosar no sangue um antígeno monoclonal chamado CA-125. Então, se a menina tem uma cólica extremamente grande, sofrida, CA-125 no sangue. Se estiver com mais de 15, 20, mais ou menos, já começa a monitorizar. A tendência é que esse marcador tumoral vá crescendo ao longo do tempo. Vejam, eu vou fazer, mais ou menos, uma comparação: assim como o homem faz o PSA para a próstata, a menina faz o CA-125 para a endometriose. Não sei se eu fui didático. Então, a dosagem do CA-125 é o primeiro ponto de partida. A

segunda coisa: as consultas ginecológicas não podem ser em 15 minutos. Lá na minha clínica, em Uruguaiana, as nossas consultas são sempre de uma hora. Para quê? Para saber a história menstrual. Se ela tem algumas características como, por exemplo, a sofreguidão, a cólica muito forte, cada vez vai tendo uma cólica progressiva, quando vai fazer xixi ou vai fazer cocô tem uma tendência a ter alterações do ritmo intestinal, que nós vamos chamar de tenesmo. O que é o tenesmo? Tenesmo é a alteração do ritmo intestinal: ou ela tem prisão de ventre, ou ela tem diarreia. Esse é um sinal fundamental. Como a endometriose é uma patologia de natureza inflamatória, com o tempo, vão ocorrer duas coisas interessantes: primeiro, o aumento da velocidade de hemossedimentação sanguínea, o VHS; segundo, vai ter dor abdominal. Então, vejam que não é apenas a cólica; agora já se estende para o período fora das menstruações. Esse é um polimento de história fundamental. Ela tem cólicas menstruais progressivas, altera o ritmo intestinal durante a menstruação, e mais, agora não é mais só uma dor no baixo ventre, agora é uma dor difusa no abdômen. Então, dependendo de onde o foco de endometriose tiver se instalado, se estiver na bexiga, na tropa, no ovário, no peritônio, os sinais e ou sintomas vão alterar também. Então, isso tem que ser colhido com muita frequência e com muita atenção e levado para o médico. Se o médico não pensa na endometriose, ele não dá diagnóstico de endometriose. Então, acho que em primeira instância, na minha primeira apresentação, fica mais ou menos por aí, e eu fico à disposição.

VEREADORA CLÁUDIA ARAÚJO (PSD): A Julia está com a palavra, para que ela faça um relato do que ela passou.

SRA. JULIA GARCIA: Bom dia, pessoal. Obrigada, Cláudia, pelo convite. Eu vou ser bem breve. Foram aí 14 anos até o meu diagnóstico, vou tentar resumir o máximo possível. O meu primeiro ciclo veio aos 13 anos, com muita cólica, muita dor, como o Dr. Silas relatou. Nos meus primeiros ciclos eu sempre tive dores fortes, ao longo da minha vida todos os anos fazendo acompanhamento ginecológico, fazendo exame preventivo, e por conta das minhas dores eu

sempre achei que eu poderia algum outro problema como câncer de colo de útero, que é muito comum, e hoje a gente tem esse preventivo anual também pelo SUS; então, eu sempre fiz esse acompanhamento. Tomei, por muitos anos, anticoncepcional contínuo para a minha menstruação não vir, para eu conseguir ter uma qualidade de vida, que seria trabalhar e estudar, poder sair, ter um momento de lazer. Fiquei estancando a minha menstruação por anos, estancando o meu ciclo. Eu descobri a endometriose porque planejei engravidar, engravidei e infelizmente sofri um aborto com nove semanas. Precisei passar por um processo de curetagem, e depois dessa curetagem eu fiquei sentindo muitas dores, piorando cada vez mais, e começou a ser fora do meu ciclo menstrual. Ou seja, a dor era praticamente diária, a cada dois ou três dias eu dava entrada na UPA, dava entrada na emergência e me passavam dipirona, Buscopan e um anti-inflamatório. Isso não era suficiente, e depois de 30, 40 minutos com medicação na veia, não passava a dor e eu tinha que ir para a morfina. Passei cinco meses tomando tramadol, morfina, codeína, praticamente diariamente, e esse tipo de medicação pode causar dependência, dependendo do tempo que tu a utilizares. E depois que passaram esses três meses do aborto que eu sofri, eu resolvi pedir uma requisição para fazer no particular, porque o SUS, infelizmente, não faz, ou poderia demorar muito para fazer uma ecografia transvaginal, mas eu queria ver a situação do meu útero para tentar engravidar novamente. E nesse exame foi encontrado algo de sete centímetros, o médico não soube me dizer na hora. Quem fez exame falou assim: “Olha, você precisa urgentemente buscar emergência, pois tem um corpo estranho de sete centímetros no teu ovário direito”. Levei correndo para a emergência, na mesma hora me internaram, porque já estava bem tarde, então, eu tinha que ficar internada no hospital, de manhã fizeram os exames em que constaram a endometriose profunda, como a Ver.^a Cláudia falou, no intestino no útero, na bexiga, no diafragma e no apêndice. Exames, como ressonância magnética, tomografia, mesmo com contraste, não mostravam todos os focos. A minha cirurgia era para durar duas horas; ela levou cinco horas, porque quando os médicos foram fazer a vídeo encontraram focos espalhados por todos os lugares

que eles não imaginavam que tinham. A minha cirurgia, eu consegui furar a fila do SUS por conta da minha gravidade, porque eu tomava morfina e a minha dor poderia se tornar crônica. Hoje, dois meses após a minha cirurgia, eu ainda sinto algumas dores por conta de que as dores eram tão intensas, elas não tinham hora para começar, não tinham hora para acabar. Eu fico com essa lembrança dentro do meu corpo, eu não sei por mais quanto tempo essa dor vai se manter, que, infelizmente, acabou ficando um pouco crônica. A endometriose afeta não só a mim como toda a minha família. Um exemplo que afetou a minha rotina, a minha vida, foi que o meu marido acabou ficando desempregado porque ele precisava sair em qualquer horário do serviço dele para poder me levar na emergência. A minha mãe teve que parar a vida dela para ficar cuidando de mim, porque eu fiquei praticamente inválida, eu só ficava em cima da cama e só levantava para tomar banho ou ir para emergência médica. É um processo muito difícil, tem níveis de endometriose, tem mulheres que conseguem conviver com a dor, conseguem controlar. Hoje, eu estou limpa, mas eu tenho que tomar medicações para não voltarem esses focos. É muito importante que os médicos estejam preparados não só para passar esse diagnóstico, mas sim para conscientizar a portadora e a família que não é uma dor psicológica, que a gente precisa de acompanhamento psicológico e nutricional, porque eu tive uma perda e veio o diagnóstico. Minha vida parou, então, foram muitas coisas que aconteceram, e a gente precisa, sim, de um acompanhamento psicológico. E seria muito importante o Sistema Único de Saúde nos fornecer isso também.

Foi um breve resumo da minha história, muitas coisas aconteceram nesse meio do caminho, mas é isso. É uma pauta extremamente importante, porque, quando a gente entra na emergência, foi bem o que a Ver.^a Tanise falou: “Ah, é uma cólica”. Cansei de entrar na emergência e dizerem: “Ah, ela só está com cólica”, e eu dizia: “Não, eu não estou com cólica, eu tenho endometriose”. Carregava os meus exames debaixo do braço, chegava na emergência... aquilo ali me dava uma ansiedade, porque toda vez era um médico diferente, era um enfermeiro diferente, eu tinha que contar toda a minha história, e aquilo ali era humilhante por me deparar com pessoas que não estavam preparadas para me atender da

forma que eu precisava. Falta muito acolhimento, não tem tanto conhecimento, então, é muito difícil para quem é portadora passar por toda essa situação porque ela é bem humilhante, desgastante, psicologicamente falando.

VEREADORA CLÁUDIA ARAÚJO (PSD): Obrigada, Julia, obrigada pelo teu relato. Eu acompanhei um pouco da tua história, eu sei o quanto tu sofreste, e por isso é tão importante a gente conseguir ter um diagnóstico precoce. Não pode uma pessoa, portando uma doença como essa ficar tantos meses esperando por atendimento.

A Dra. Rosa, pediu para ser a próxima a falar. A Rosa é nossa representante da Saúde da Mulher na Secretaria de Saúde, e eu queria que dentro da tua fala, se possível, já fizesses uma explanação sobre o atendimento do Município, sobre as políticas públicas que nós temos hoje voltadas a esse fato; a questão também do psicólogo, que é a parte do psicológico, que tu falasses para nós como é que funciona dentro do Município, que é uma pauta que a Julia trouxe, que ela sentiu muita necessidade de alguém que fizesse o acolhimento também. Então se puder falar um pouquinho sobre essa questão para nós, da prevenção também, eu te agradeço.

SRA. ROSA VILARINO: Bom dia a todas e todas, eu acompanho a área técnica da saúde da mulher junto com a Márcia, que é ginecologista, então a gente pode falar um pouquinho sobre como que funciona o atendimento no SUS com relação às mulheres. Então sempre lembrando que o primeiro atendimento deve ser pela unidade de saúde, e a avaliação da sintomatologia, do quadro dessa necessidade, ser feita pela unidade de saúde, isso é bem importante. A gente tem as unidades de saúde com cobertura na maioria dos territórios na cidade, hoje Porto Alegre está com cerca de 86% de cobertura de Atenção Primária. Então, sim, sempre o primeiro atendimento é via Atenção Primária. E a gente tem orientação, dentro da área técnica da saúde da mulher, que uma dor crônica, então, quer dizer, uma mulher que já vem apresentando; é claro que tu não vai pedir, não vai iniciar uma investigação de uma possível endometriose no primeiro

atendimento da mulher que chega com uma dor; tu vai buscar avaliar vários aspectos, mas uma mulher que começa a ter essa dor mais frequente, ela está buscando a unidade por isso, existe um fluxo de encaminhamento para especialista, para o serviço especializado, para iniciar esse processo de investigação, uma agenda específica no Gercon, que a unidade de saúde deve, então, fazer esse primeiro atendimento, essa primeira avaliação, e fazer um encaminhamento adequado pela agenda de especialidades.

Com relação ao atendimento psicológico, essa também é uma forma, a mesma forma, é via Gercon, então também pelo atendimento em saúde mental. E, com relação à saúde mental, o fluxo na unidade de saúde, num primeiro momento, é um matriciamento, quer dizer, a busca da equipe da Atenção Primária num contato com a equipe de saúde mental para fazer um matriciamento, uma avaliação do caso. E aí uma orientação dessa equipe de saúde mental para a Atenção Primária para um primeiro atendimento, uma primeira avaliação, para, depois, se for necessário a continuidade numa equipe especializada de saúde mental, também essa usuária pode ser caminhada. Claro que a gente sabe que a agenda de saúde mental também é uma agenda bastante conflagrada, e os casos precisam ser encaminhados de acordo com a complexidade. Estão agendados de acordo com a complexidade. Cabe dizer aqui também que agenda no Gercon, de especialista, para essas situações então, para investigação da endometriose, ela tem uma classificação de prioridade. Então o profissional na unidade de saúde avalia o caso, ele vai inserir essa usuária nessa agenda, e ele vai identificar, vai marcar, tem pontos que são dados para aquele caso, e que vai então fazer com que esse caso tenha uma prioridade 1, 2, 3 nessa agenda, ou até 4 e 5. As prioridades 4 e 5 podem demorar um pouco mais para buscar atendimento, mas, nesse caso, começa-se a fazer essa investigação ali na unidade saúde e se avalia então esse processo de uma dor que não passa; tem ali indícios de que ela precisa ir consultar o mais rapidamente possível, ela ganha uma classificação ali de prioridade, uma pontuação maior, e, com isso, ela vai para essa agenda mais rapidamente. Eu estou olhando aqui no portal da transparência lá da secretaria, tem no *site* da Prefeitura, em março é agenda

específica para essa patologia, ou para investigação dessa patologia, ela estaria levando... Quando a pessoa tem uma prioridade alta, para esse agendamento, a agenda está levando em torno de seis dias para ser marcada. Quando ela tem uma prioridade média de atendimento, ela teria um tempo de vinte e dois dias para agendamento nessa agenda específica. Tem médico regulador e que avalia no Gercon também esses critérios, porque a unidade dá uma categorização para esse risco, essa brevidade, essa necessidade de atendimento mais rapidamente possível, e tem também um médico regulador, que avalia essas solicitações de consultas no Gercon, e eles podem, inclusive, classificar como uma prioridade maior, ou dar mais pontuação para aquela prioridade, ou menor pontuação para aquela prioridade, de acordo com as informações que a rede, que o profissional, o médico lá na unidade de saúde identifica e informa na sua solicitação. É claro que quando uma pessoa tem uma dor muito forte, busca a emergência, a emergência acaba dando conta daquele atendimento pontual e acaba provavelmente, em função de ser um serviço de emergência, não dando conta de fazer uma investigação mais apropriada, aquela que seria necessária para o caso. Então, dentro dos serviços de Atenção Primária, esse é o caminho, a partir dali a investigação possa iniciar e ser encaminhada para um especialista e dar continuidade no diagnóstico e posterior tratamento, já lá dentro do serviço especializado. Os serviços especializados, quais são? Os hospitais da nossa rede. Então essa agenda é ofertada pelos diferentes hospitais que a gente tem como retaguarda no Município para o atendimento, para situações que necessitam desse encaminhamento – Hospital Santa Casa, Clínicas, Conceição, Fêmina, Presidente Vargas, PUC. Então são esses serviços que ofertam essa agenda e que as usuárias são encaminhadas.

VEREADORA CLÁUDIA ARAÚJO (PSD): Rosa, deixa eu te perguntar uma coisa. Quando eu chego no posto de saúde, na unidade básica, quem é que dá esse diagnóstico, quem é que faz essa avaliação? É o ginecologista ou é qualquer outro médico que esteja lá, clínico geral?

SRA. ROSA VILARINO: Atualmente, essa, inclusive, é uma política da Atenção Primária; o serviço de Atenção Primária é composto por médicos de saúde da família, ele não é composto por ginecologista, por pediatra, por especialista. A gente ainda tinha, na rede, até um tempo atrás, algumas unidades de saúde, não todas, ainda tinham um médico ginecologista, e aquela unidade de saúde, então, determinadas pessoas... Por exemplo, o IAPI tinha um ginecologista, então as usuárias adstritas do território do IAPI podiam consultar com a ginecologista de lá; só aquelas. As outras usuárias de uma outra região, onde não tinha, por exemplo, a unidade de saúde, como o Campo da Tuca, não sei, não tinha ginecologista. Então as mulheres que iam lá não poderiam consultar com um ginecologista, só as que moravam perto daquela unidade que tinha. Então, a política de Atenção Primária, e não sou a pessoa mais indicada para falar, não sou a diretora da Atenção Primária, mas eu sei, porque estou aqui dentro, é a política do atendimento com os profissionais enfermeiros, médicos de saúde da família, técnicos de enfermagem e agentes de saúde. Esses são os profissionais que estão dentro da unidade de saúde, dentro da Atenção Primária, e eles têm competência, capacidade para fazer o primeiro atendimento, indicar, avaliar e poder dar conta, e a gente sabe disso, de cerca de 85% da necessidade de saúde, de algum cuidado em saúde das pessoas. Os outros 25% devem e vão ser avaliados e encaminhados para o especialista. Então a Atenção Primária, com essa constituição, com essa composição que ela tem de profissionais, ela tem a condição de fazer avaliação, de indicar tratamento, de dar conta e de ser resolutive para cerca de 85% dos problemas que as pessoas vão buscar na saúde. E é a primeira porta, é a porta de entrada. Algumas pessoas vão ter a solução ali, e aquelas que, por algum motivo – e são várias, os outros 25% –, não vão ter a solução ali, vão ter o início do seu processo de atendimento ali, e, a partir dali, como uma porta de entrada para a continuidade do cuidado, quer dizer, um encaminhamento, por exemplo, para um ambulatório onde tem ginecologista. Então, hoje, na nossa rede, o que aconteceu? Aqueles ginecologistas que ainda estavam dentro de unidades de saúde foram lotados em ambulatórios de especialidades, junto com outros – pediatras, nutricionistas.

Bom, tem ambulatorios de especialidades próprios do Município. O que acontece? Uma pessoa que vai à unidade de saúde pode ter o seu atendimento, o seu problema resolvido ali ou a necessidade de ir para o ginecologista, e aí ela vai. Então hoje a gente teve um aumento na oferta, e dá para dizer que seria uma democratização desse acesso, porque aquela ginecologista que estava lá no IAPI só podia atender aquelas pessoas do IAPI; agora ela está no centro de saúde, dentro de um ambulatório de especialidade, que é o nome, e ela vai receber usuários de todas as regiões ali daquele território maior do IAPI e região nordeste, noroeste, Humaitá, Navegantes, todo aquele território; na região sul, na região oeste, lá na Vila dos Comerciantes, também tem uma ginecologista que vai dar conta daquele território para atender aquilo que não deu para ser atendido na unidade de saúde. E esse é um atendimento de média complexidade, como a gente fala, então é uma ginecologista dentro de um ambulatório de especialidade que vai dar conta ou vai, então, olhar melhor para esse caso e pensar alternativas ali. E a usuária também pode ir para o serviço dentro do hospital, que daí é um outro nível de complexidade maior. Não necessariamente uma mulher vai ter que passar assim, ir à unidade, daí passar pela ginecologista no ambulatório de especialidade, para depois ir lá para dentro de um ambulatório no hospital. Não precisa ser assim, não é para ser assim. Por isso, tem esse processo de regulação interno, que é via Gercon. Como é que isso funciona? O profissional, o médico regulador, no Gercon, já vai identificar se aquele caso precisa ir para o nível terciário, para o hospital, que vai ter mais recurso. Bom, de fato, há indícios que esse caso precisa mesmo fazer uma avaliação mais intensa, mais apurada e, possivelmente, terá a necessidade de uma cirurgia. Ah, não vai passar pelo ambulatório de especialidades, pela ginecologista, já vai direto para o ambulatório no hospital para ganhar tempo. Então esses são os fluxos, é mais ou menos assim que funciona, e a gente busca e vem trabalhando com a rede sempre no sentido de qualificar e de melhorar cada vez mais os fluxos: a avaliação dos quadros, a possível identificação da necessidade daquela usuária de um olhar diferente para ela e o encaminhamento para as agendas adequadas para o caso da usuária. Então esse é um trabalho que a gente se

mantém fazendo, é claro que a gente ainda precisa evoluir muito, mas esse é o trabalho que a gente vem fazendo nesse sentido para dar conta e qualificar o atendimento das mulheres no Município.

VEREADORA CLÁUDIA ARAÚJO (PSD): Obrigada, Dra. Rosa. Para complementar; Márcia, seja bem-vinda!

SRA. MARCIA GRUTKI: Bom dia a todos. Basicamente foi o que a Rosa conversou, a gente fez várias tentativas... (Falas sobrepostas. Ininteligíveis.) ...atendimento específico à mulher. Então, com relação às queixas, menstruação, ciclos, todas de procedência obstétrica, a rede está capacitada para reconhecimento dos casos. Depois disso a gente tem... (Ininteligível.) ...crônica, não tão intensa, aí passaria para um especialista, e ao mesmo tempo o Gercon, órgão regulador... (Falas sobrepostas. Ininteligíveis.)

VEREADORA CLÁUDIA ARAÚJO (PSD): Obrigada, Marcia. Vanessa Ribeiro, ginecologista do Hospital Conceição, gostaria de fazer uma fala?

SRA. VANESSA RIBEIRO: Oi, bom dia. Aqui no nosso serviço do Hospital Conceição, como atendimento terciário, a gente já recebe as pacientes encaminhadas das unidades para avaliação, para tratamento, que pode ser tanto clínico quanto cirúrgico, depende muito da situação e do caso da paciente. Das falas que tiveram até agora, seria bem interessante a questão dos métodos diagnósticos, que na maioria das vezes são exames de imagem, ultrassonografia, ressonância magnética, que realmente, no meu caso, como eu trabalho também na Prefeitura, além de trabalhar no hospital, então eu sei da deficiência de acesso a exames de imagem, principalmente para ultrassonografia (Ininteligível.). Neste sentido, acho que seria interessante se esse projeto tiver a oportunidade de melhorar este acesso na rede primária ajudaria muito no diagnóstico destes casos. Em relação ao tratamento, o que não temos aqui no serviço terciário, seria os DIUs, o DIU de levonorgestrel, que

é uma coisa que já peço há bastante tempo e que também seria interessante termos, principalmente para os casos de adenomiose.

VEREADORA CLÁUDIA ARAÚJO (PSD): Não entendi. O que tu precisas?

SRA. VANESSA RIBEIRO: De um Mirena, levonorgestrel, que na rede terciária, aqui no Hospital Conceição, pelo menos, nós não temos, e que seria interessante, principalmente para os casos de adenomiose, que é um tipo de endometriose em que o DIU tem um grande benefício. Seria interessante neste sentido, se já tivesse esse benefício, seria muito bom para as pacientes e para o serviço. Na rede assistencial primária, a gente não tem também acesso ao Desogestrel, pelo SUS, que também é uma medicação de progestágeno isolado, via oral, e que também é uma forma de tratamento clínico da endometriose nos casos não cirúrgicos. Ter acesso a essas medicações e a esses métodos diagnósticos, acho que ajudaria bastante tanto no diagnóstico quanto no tratamento, que é o que hoje em dia eu noto de maior deficiência em relação ao que a gente tem acesso. Os casos que chegam aqui, muitos a gente acompanha, e aqui temos proctologista, então a gente consegue fazer cirurgia de endometriose profunda sem acometimento intestinal. Com uma equipe, a gente faz uma cirurgia grande por mês, fora as cirurgias que não têm necessidade de proctologista, mas a gente recebe muitos casos que a gente realmente acompanha, muitas vezes com o uso de medicações, e ter acesso a essas medicações, ajudaria bastante.

VEREADORA CLÁUDIA ARAÚJO (PSD): Vanessa, tu sabes dizer o número de atendimento que vocês têm hoje no hospital e a demanda represada?

SRA. VANESSA RIBEIRO: Demanda represada de cirurgias?

VEREADORA CLÁUDIA ARAÚJO (PSD): Sim.

SRA. VANESSA RIBEIRO: A gente não chega a ter uma demanda represada, na verdade a gente vai acompanhando os pacientes e indicando conforme a necessidade, mas a nossa possibilidade de endometriose profunda, realmente é uma por mês em função de que a equipe de proctologia também faz; como o câncer. Então a gente consegue organizar a agenda de forma que a gente consegue com a endometriose e acometimento intestinal, fazer uma por mês. Em função disso a gente fica com a agenda com uma certa espera, de alguns meses, então a gente está com pacientes para setembro, de endometriose e acometimento de intestino. As demais, a gente consegue fazer com mais atividade. É bem importante a fala do Dr. Silas, e da paciente que comentou, que tem também as pacientes não conseguem chegar ao serviço, mas algumas vezes não precisa ter o diagnóstico para o encaminhamento para o serviço. Elas podem ser encaminhadas com uma suspeita, para uma investigação, justamente pela dificuldade de acesso aos exames na rede primária. Então às vezes esse profissional não conseguiu fazer uma ecografia porque a paciente não tem condições e não foi disponibilizado pelo SUS. Então a minha equipe no serviço terciário que a gente consegue ter acesso aos exames com mais facilidade, pode ser encaminhado para agenda. E aí eu acho que é importante que o profissional que encaminha não dar diagnóstico, dizer ao paciente que tem uma suspeita pelos sintomas, que tu possas ter uma endometriose, e temos que te encaminhar para um serviço especializado para ser feita a investigação e a partir daí vai ser dado o tratamento, enfim. Então, esse encaminhamento não necessariamente precisa ter um diagnóstico, mas sim se suspeitar, nos casos que já foi dito, se é importante, progressiva, sem melhora, aí nesses casos ter acesso a uma investigação maior.

VEREADORA CLÁUDIA ARAÚJO (PSD): Preocupa-me muito quando tu me falas que tu tens uma fila de espera hoje de casos graves, onde a cirurgia, a princípio, está programada para setembro, ou seja, daqui a quatro meses. Então é um caso muito semelhante ao da Julia que ficou cinco meses aguardando para fazer uma cirurgia, que era de alto risco, de alta complexidade e que acabou

esperando o sistema acontecer. Realmente é muito importante a gente falar sobre isso, porque se vocês têm capacidade, um hospital grande, de nível federal, que só consegue a fazer uma cirurgia por mês, e a gente tem uma fila de pessoas esperando quatro meses, realmente é um problema grande. Mas enfim.

SRA. VANESSA RIBEIRO: Na verdade, nesses casos de endometriose com acometimento de intestino, não são todos os casos de pacientes. Então antes de fazer uma cirurgia de acometimento de intestino, é necessária uma investigação, uma colonoscopia, acompanhamento da equipe de proctologia. E isso não são todos os serviços em Porto Alegre que têm o acesso, alguns hospitais não têm procto para fazer o procedimento, e a gente acaba recebendo pacientes de outros hospitais, como o Presidente Vargas que não tem acesso à equipe multidisciplinar. É muito importante também os serviços terciários terem acesso à equipe multidisciplinar que nem todos tem, é algo que poderia também ser repensado para que seja mais ágil esse atendimento, porque, uma paciente, por exemplo, que consultou no HPV e tem endometriose, tem acometimento de intestino e não conseguiu fazer a cirurgia com procto lá, acaba vindo para cá e aí sim a demora acaba sendo maior.

VEREADORA CLÁUDIA ARAÚJO (PSD): Obrigada, Vanessa. Se alguém quiser falar, inscreva-se pelo chat. Eu vou passar a palavra para o Dr. Silas para fazer a fala final e depois devolvo para o Ver. Freitas.
O Dr. Silas Mello está com a palavra.

SR. SILAS MELLO: Eu quero parabenizar os colegas da área de saúde, estão no caminho certo, não há a menor dúvida. Agora eu quero dar uma frase que me parece fundamental: em termos de diagnóstico correto e certo, indubitável, de endometriose somente com a videolaparoscopia, ou seja, olhar através de uma ótica lá dentro da barriguinha, lá dentro da pélvis, por quê? Porque os focos de endometriose são inicialmente de um milímetro, dois milímetros, ficam atrás do

útero, na área sacra, pré-uterina. Então não há como você perceber esses focos pela ecografia, que eu faço também, pela tomografia, pela ressonância não dá para ver, só dá para ver através da videolaparoscopia que é um exame rápido que eu faço em quatro minutos, recebe alta imediatamente para casa e dá, sim, um diagnóstico correto, definitivo e certo da endometriose. Pois bem, uma vez detectada a fase inicial da endometriose, não adianta dar elementos progestacionais que mudam apenas o caráter histológicos dos focos de endometriose ou então paralisam as ovulações e, por consequência, paralisam as menstruações. Não adianta paralisar as menstruações através da paralisação do crescimento desses focos, o que importa é você anular a ação do ovário com análogos do GNRH, onde você paralisa completamente o ovário, onde você leva a mulher em estado de menopausa. Não porque parou de menstruar, mas, sim, porque o ovário parou de funcionar, nessa fase, sim, você pode cauterizar focos através da videolaparoscopia e aí sim, depois, reiniciar lenta e gradativamente o tratamento, mas monitorizando, e eu insisto nisso, pelo CA-125 no sangue. Então, se você tem inicialmente uma laparoscopia, detectou o foco, queimou o foco, paralisou o ovário e monitorizou o CA-125, dificilmente você vai ter casos graves de endometriose. E aí, então, me parece que a chance de gravidez é bem maior e as dores abdominais são absolutamente bem menores, quando não somem completamente. E finalmente, agradecendo a nossa participação, dizer que a endometriose não tem cura, ela tem controle e por isso tem que ser feito o controle muito técnico, muito apurado, e tomara que o serviço de saúde no Brasil todo se aprimore mais neste método que é a videolaparoscopia. Eu quero agradecer a todos a oportunidade, desculpa a minha falta de técnica da mídia, mas, se Deus quiser, estaremos presentes e estou à disposição de vocês o dia e hora que quiserem.

VEREADORA CLÁUDIA ARAÚJO (PSD): Obrigada Dr. Silas. Muito obrigada pela sua presença e pela sua atenção, desejo que o senhor possa salvar muitas das nossas mulheres com o seu trabalho, com o seu tratamento. A Julia fará o seu encerramento, depois a Vanessa poderá falar.

SRA. JULIA GARCIA: Complementando algumas falas do que foi dito durante esta manhã, gostaria de fazer um aspas sobre este medicamento que o Dr. Silas está falando. Hoje eu faço uso desse medicamento que me dá uma menopausa forçada e ele não é o oferecido pelo SUS, o SUS não dá, ele dá outras medicações para gente, dá a camisinha, anticoncepcional, porém esse remédio para tratamento da endometriose a gente tem que pagar, e ele não é muito barato, ele tem um custo de cerca de R\$ 60,00 mensais. A gente sabe a realidade de muitas mulheres e que não têm condições de manter esse tratamento mensalmente. Então seria também muito importante a gente ter esse tratamento de forma gratuita porque ele dá essa menopausa forçada para a gente, evitando que os focos voltem. Frisando novamente o que o Dr. Silas falou, não tem cura; eu atualmente estou tomando, só que, por recomendação médica, quando eu for tentar engravidar novamente, eu tenho um período para ficar sem essa medicação de, no máximo, oito meses. Se eu não engravidar nesse período, eu tenho que voltar a tomar esse medicamento por mais seis meses e, depois, partir para a fertilização, para eu não correr risco desses focos voltarem tão rápido porque, como o meu caso foi grave, uma segunda cirurgia pode ser mais sensível ainda, não conseguindo ter a execução perfeita, que foi nessa primeira vez. Então é um acompanhamento nutricional, psicológico, porque tem algumas coisas que a gente não pode comer que podem falar inflamar o corpo. Isso não é dito, isso eu descobri através dos médicos e pesquisando, tendo acompanhamento com nutricionista. Então é um caminho muito extenso, é algo que eu vou precisar de acompanhamento para o resto da minha vida e eu não sou a única, são 10% das mulheres do Brasil. Tem muita gente passando por isso que não faz nem ideia. Esse projeto é muito importante para gente salvar a vida de outras mulheres também.

PRESIDENTE CLÁUDIA ARAÚJO (PSD): Obrigada, Julia. A Vanessa pediu para falar novamente.

SRA. VANESSA RIBEIRO: Voltando aqui, a respeito do tratamento com o análogo do GNRH, do tipo que não seja o caso da Julia, porque ela falou que gasta em torno de R\$ 60,00 por mês, o análogo do GNRH tem pelo SUS, pela farmácia do Estado, a gente consegue encaminhar a documentação e minhas pacientes conseguem retirar de forma gratuita, então isso não é um problema. Com o que a gente tem mais dificuldade de acesso realmente são as medicações orais de progestágeno que deve ser uma das que a Julia usa, mas também... (Problemas técnicos no som.) ... papel muito semelhante e também tem efeito anticoncepcional, contraceptivo. Então é uma medicação de menor custo que eu acho que seria bem interessante entrar nas medicações. Em relação ao diagnóstico que o Dr. Silas comentou, realmente, a videolaparoscopia identifica a endometriose mais leve que o exame de imagem, às vezes, não consegue diagnosticar. Mas hoje em dia a gente tem exames de imagem de alta qualidade. Aqui no Conceição a gente tem uma ressonância magnética muito boa que diagnostica os casos. A gente confia muito no nosso exame daqui e a gente faz diagnóstico sem a necessidade de videolaparoscopia em muitos casos e conseguimos esse tratamento, muitas vezes, sem a necessidade de submeter a paciente a uma cirurgia. Então o exame de imagem tem, sim, um papel bem importante e não necessariamente, como eu disse, precisa ter o diagnóstico antes do encaminhamento. O encaminhamento pode ser feito mesmo sem ter esse diagnóstico bem determinado para fazer a investigação melhor na rede hospitalar. Em relação ao DIU, reforço que seria bem interessante, a gente já pediu ao hospital que a Prefeitura disponibilizasse, pelo menos, para as pacientes moradoras de Porto Alegre. Muitas vezes eu acabo encaminhando as pacientes do hospital pela rede para conseguir colocar, às vezes, comigo mesmo, em outro serviço onde eu atendo pela Prefeitura. Então acaba que é uma perda de tempo para a paciente, de consultas para a Prefeitura, sendo que a gente poderia colocar aqui mesmo, no serviço, nas pacientes, principalmente com adenomiose. Então, da minha parte seriam essas as sugestões que ajudariam muito no serviço da rede de serviços em relação à endometriose. Obrigada pela participação.

PRESIDENTE CLÁUDIA ARAÚJO (PSD): Obrigada, Vanessa. Nós temos duas perguntas para o Dr. Silas. Uma pergunta é da Ver.^a Lourdes. Eu não entendi muito bem, não sei ela quer perguntar, e uma outra pergunta da Márcia. O Dr. Silas pode responder as duas. Vereadora Lourdes, pode fazer a sua pergunta.

VEREADORA LOURDES SPRENGER (MDB): Eu fiquei surpresa de ouvir o Dr. Silas falar que não tem cura. Então pergunto se eternamente essa endometriose fica acompanhando a mulher, mesmo na menopausa, pós-menopausa.

SR. SILAS MELLO: Não, na verdade, aqui não cabe essa análise técnica do porquê aparece a endometriose em uma pessoa e não aparece em outra. Aí seria um debate mais científico, mais difícil de analisar agora, neste momento. Bem, na verdade, a endometriose é estrogênio dependente, essa é a teoria mais forte, ela é estrogênio dependente. Então, se você tem estrogênio, você tem o aumento dos focos de endometriose, por isso que a mulher, quando ingressa na sua fase de menopausa em diante, não tem quase estrogênio, porque o ovário parou de funcionar. Então, neste caso, há uma estagnação completa ou quase completa da endometriose. Então, a luta é: primeiro a ovulação, se a mulher não quer filhos de jeito nenhum, é fácil estagnar isso; ou então, se ela já passou da menopausa, também a possibilidade de uma sofreguidão de endometriose é quase zero. Então o problema é chegar lá; chegou na menopausa, fica descansada, sendo que dificilmente você vai ter endometriose severa, dificilmente. E, às vezes, totalmente indolor, e vida que segue, com certeza.

VEREADORA CLÁUDIA ARAÚJO (PSD): Obrigada, Dr. Silas. A Márcia queria fazer uma pergunta para o Dr. Silas também?

SRA. MÁRCIA GRUTCKI: Eu acho que a Vanessa já esclareceu em relação às endometrioses iniciais, o diagnóstico com a ressonância magnética. Eu queria só perguntar para o Dr. Silas também em relação à experiência dele com o dienogeste.

SR. SILAS MELLO: A grande vantagem é que a metabolização no fígado é mínima, há uma alteração nas características histológicas nos focos de endometriose, há uma anovulação conseqüentemente. O dienogeste é excelente, nós usamos, mas é mais como paliativo, é mais um paliativo; como cura não, como cura não, entendeu, doutora? Mas que, certamente, se a pessoa não pretende ter filhos, o dienogeste é absolutamente maravilhoso na diminuição da sofreguidão da mulher.

VEREADORA CLÁUDIA ARAÚJO (PSD): Obrigada, Dr. Silas. É isso Márcia?

SRA. MÁRCIA GRUTCKI: É isso, eu estava tentando comparar porque, na verdade, a gente tem dúvidas de deixar a paciente no estado menopáusico e com todas as outras conseqüências metabólicas em relação ao uso do dienogeste, análogo ao GnRH.

VEREADORA CLÁUDIA ARAÚJO (PSD): O Ver. Aldacir Oliboni está com a palavra.

VEREADOR ALDACIR OLIBONI (PT): Obrigado, Cláudia, parabéns pauta muito importante. É importante nós vermos o que está acontecendo com o teu PL para poder tramitar. Um abraço.

VEREADORA CLÁUDIA ARAÚJO (PSD): Obrigada, Ver. Aldacir Oliboni, foi pedida uma diligência para atrasar o projeto, mas não faz mal, a gente resolve depois disso.

Ver.^a Tanise, Ver.^a Lourdes, mais algum vereador gostaria de se manifestar antes de eu fazer a minha fala e passar para o presidente? Em não havendo, eu ouvi atentamente todas as falas, eu sigo muito preocupada com o atendimento e com a questão do diagnóstico porque eu entendo que uma coisa é aquilo que a gente ouve, outra coisa aquilo que a gente vê acontecer. A gente sabe que tem um sistema e que ele tem que funcionar; só que, muitas vezes, esse sistema não

funciona, e a gente fala de pessoas, fala de pacientes, fala de pessoas que vivem diariamente suas dores e que a gente, infelizmente, não consegue acompanhar. A Julia é um dos casos, eu tenho outras pessoas que eu conheço, eu tenho uma amiga que tem endometriose há muitos anos, optou por não ter filhos, mas que tem dores frequentes, tem vários problemas com relação a isso. Então não é um caso, como diz a Julia, isolado; são milhares de mulheres hoje vítima de uma doença silenciosa, que só não é silenciosa para quem vive essa doença. Então me preocupa muito a questão do acompanhamento, a questão das filas para fazer uma cirurgia, que é uma cirurgia grave, e me preocupa mais ainda quem faz essa priorização. Eu sempre falo muito sobre essa questão da priorização. A Rosa me disse que tem um pessoal da Saúde da Família que é preparada para isso, e eu até acredito que tenha todo um preparo, mas é diferente de quando a gente fala com um especialista, com um ginecologista que trabalha e que estudou para priorizar esse tipo de ação em que a gente precisa de um diagnóstico. Então isso me preocupa bastante quando eu tenho medo de que talvez esse profissional que tem capacidade, senão não estaria lá, priorize de forma incorreta esse paciente, achando que talvez possa esperar e, muitas vezes, talvez não possa esperar, que foi o caso que aconteceu com a Julia. Então, assim, quatro ou cinco meses, às vezes, numa fila de espera.

Outra coisa que me preocupa muito é a questão dos medicamentos que a gente não disponibiliza na rede. De que forma nós podemos fazer com que a Anvisa disponibilize essa medicação? Como que a gente trabalha esse encaminhamento? Porque se nós temos hoje mais de 10% da população feminina no Brasil que precisa dessa medicação, por que que ela não está na rede pública de atendimento? Por que que as pessoas precisam comprar essa medicação? Esse também é um tema que, para mim, é muito importante a gente trazer, e eu acho que isso a gente pode deixar, Ver. Freitas, como encaminhamento, de nós fazermos um pedido de informações para a secretaria de saúde, para ver a possibilidade de que nós tenhamos disponível na rede SUS esse tipo de medicamento para atender às pessoas já diagnosticadas com

endometriose. Acho que isso é importante a gente trabalhar, para que a gente possa ter esse retorno.

A questão dos exames também; que a gente possa solicitar a priorização dos exames, quando visto na Atenção Primária, um caso em que poderá ser de endometriose. Então que a gente possa disponibilizar com a máxima rapidez esses exames, para que a gente possa ter um diagnóstico mais rápido e não uma demora aí de três, quatro e às vezes de até cinco meses para que a gente tenha uma solução. A princípio, a minha fala é essa. Eu vou passar para o Ver. de Freitas, presidente da comissão, para que faça a sua fala e os seus encaminhamentos. Obrigada, Presidente.

PRESIDENTE JOSÉ FREITAS (REP): Obrigado, Ver.^a Cláudia Araújo. Só me resta agradecer a todos que estão participando, principalmente o Dr. Silas, que foi muito esclarecedor, e foi bastante comovente a Julia; é com você falou, vereadora, quantas Julia existe neste Brasil afora, sofrendo né. E me chamou a atenção que a pessoa tem que fazer o tratamento para sempre, não existe cura, e ver o quanto que nós temos que discutir políticas públicas para essa questão, para amenizar o sofrimento das mulheres que sofrem de endometriose. Então, agradecer a todos, às doutoras, à secretaria da saúde, às médicas que participaram conosco, e nós ficamos sempre à disposição. Grande abraço para todos. Um bom-dia, e que Deus continue nos abençoando. Nada mais havendo a tratar, encerro os trabalhos da presente reunião.

(Encerra-se a reunião às 11h19min.)