PROJECTO DE RESOLUÇÃO 231/X - CDS/PP

A primeira frase do Plano Nacional de Vacinação (PNV) para 2006 declara, muito pertinentemente que *as vacinas permitem salvar mais vidas e prevenir mais casos de doença do que qualquer tratamento médico.*

Prossegue, dizendo que, com a introdução, em 1965, do PNV se verificou *uma notável redução da morbilidade e da mortalidade pelas doenças infecciosas alvo de vacinação, com os consequentes ganhos de saúde*, dando-se o exemplo da drástica melhoria da imunização da população portuguesa contra o tétano.

A prevenção é, indiscutivelmente, o melhor investimento que uma política de saúde pode fazer.

Estamos em 2007 e as doenças do foro oncológico continuam a ser um flagelo mundial, não obstante os evidentes progressos ao nível dos diagnósticos, terapêuticas e taxas de sobrevivência.

Contudo e infelizmente, ainda não foi possível desenvolver uma ou mais vacinas que previnam, genérica ou especificamente, os variadíssimos tipos de cancro.

Ora, desde o início de 2007 que é comercializada em Portugal uma vacina quadrivalente e 100% eficaz contra os tipos 6, 11, 16 e 18 do Vírus do Papiloma Humano (HPV) com o nome comercial Gardasil. O contacto com HPV, em especial com os tipos 16 e 18, é responsável por mais de 75% dos cancros do colo do útero.

De acordo com o Eurostat, o cancro do colo do útero é, juntamente com o cancro da mama, *um dos maiores problemas de saúde pública.* É, depois do cancro da mama, o segundo tipo de cancro mais comum entre as mulheres. Na Europa, detectam-se anualmente 33.500 casos, 15.000 dos quais são fatais. Portugal é o país europeu com maior incidência deste tipo de cancro, cuja principal causa é o HPV e um dos países com maior taxa de mortalidade antes dos 65 anos, Anualmente, registam-se cerca de 1.000 novos casos e todos os anos cerca de 350 mulheres sucumbem a esta doença.

De acordo com especialistas, não é preciso ter comportamentos de risco ou, sequer, relação sexual para contrair o vírus por este ser muito prevalente. Aliás, a vacina deveria, idealmente, ser ministrada em raparigas e rapazes na pré-puberdade, entre os 9 e os 15 anos, embora se tenha verificado ser eficaz até aos 26 anos de idade.

Sucede que a vacina, tomada em três doses injectáveis, tem um preço de mercado muito elevado face ao nível de vida da maioria dos portugueses. Cada dose custa 160,45 Euros, perfazendo um total de 481,35 para completar a vacina.

Há muito que em Espanha, a *Comisión Interministerial de Precios de los Medicamentos* fixou como preço máximo de 104 Euros para cada dose, perfazendo, num país com um poder de compra muito superior ao nosso, um total de 312 Euros por vacina.

Em Abril de 2007 o PS rejeitou uma Resolução proposta pelo PEV, no sentido de recomendar ao Governo que integrasse no PNV a vacina contra o HPV, invocando, em síntese, que se aguardava a entrada no mercado de outras vacinas com o mesmo fim, que se aguardava mais informação, mais estudos e mais certezas.

Ora, decorrido quase um ano sobre a comercialização desta vacina, a única certeza que temos é que milhares de jovens já terão sido infectadas pelo HPV por não terem acesso à respectiva vacina e que milhares destas raparigas serão, no futuro, diagnosticadas com o cancro do colo do útero.

Por outro lado, o Infarmed, entidade competente para apreciar o pedido de comparticipação entregue no início do ano, ainda não se pronunciou embora a lei preveja que o deva fazer no prazo de 90 dias.

A montante desta questão, está outro problema, estrutural e grave em Portugal: a detecção atempada do cancro do colo do útero depende de um rastreio regular e eficaz. Este rastreio é feito através da citologia cervical (vulgarmente denominado teste de Papanicolau) e deve ser complementado com o rastreio, também regular, do HPV. Na verdade, não faria sentido aplicar a vacina a quem já foi infectado pelo HPV.

Ora, em Portugal não existem dados sobre a taxa destes rastreios, o que significa que não se sabe quantas jovens e mulheres têm carcinomas pré-malignos ou foram infectadas HPV. Esta situação deve-se em parte à falta de sensibilização da população, mas sobretudo à falta de acesso a cuidados de saúde primário em ginecologia. Basta referir que 67% das consultas de ginecologia são no sector privado, dado que as listas de espera para 1ª consulta no SNS são de muitos meses. Outras mulheres, menos sensibilizadas ou com menos recursos, deixam simplesmente de ser examinadas e tratadas.

O Plano Nacional de Saúde 2004-2010 estabelece o modesto objectivo de uma taxa de rastreio de 60%.

Finalmente, aguarda-se a entrada no mercado de outras vacinas congéneres do Gardasil, nomeadamente de uma vacina bivalente, o que não significa que não devamos tomar medidas imediatas.

Considerando que, a vacina Gardasil, que já obteve uma certificação da OMS garantindo que cumpre as qualificações de qualidade, segurança e eficácia para aquisição pelas agências da ONU e UNICEF;

Considerando que a vacina já demonstrou prevenir sustentavelmente até 100% das lesões cervicais pré-cancerosas e potencialmente cancerosas, lesões da vulva e da vagina e alguns condilomas genitais;

Considerando que os especialistas defendem que a vacina deve ser ministrada na pré-puberdade, por forma a garantir a máxima imunidade aquando do início da actividade sexual, propondo os especialistas que tal ocorra entre os

Considerando que cada dia que passa perdemos a oportunidade de salvar uma vida porque a vacina tem um custo inacessível à maioria da população portuguesa;

Considerando que o Plano Nacional de Vacinação, universal, gratuito e obrigatório, inclui, nomeadamente vacinas contra doenças muito menos fatais que o cancro, como o sarampo, a hepatite B, a difteria, o tétano ou a rubéola;

Considerando que existem no mercado vacinas contra doenças incomparavelmente menos graves que, embora não integrem o PNV, são comparticipadas pelo Estado em 37%, como é o caso de várias vacinas contra a gripe, com um encargo para o utente de apenas cerca de 10 Euros;

Considerando que a Áustria, a Alemanha, a França, a Itália e quase todas as Comunidades Autónomas de Espanha já incluíram a vacina Gardasil, obrigatória e gratuita, nos seus planos de vacinação e que outros o farão brevemente;

Considerando que não existe uma cobertura eficaz dos rastreios citológicos, nem um cruzamento de informação entre SNS e sector privado quanto a esta matéria;

Considerando, ainda, que está em processo de elaboração o Orçamento de Estado para 2008 e consciente de que a inclusão da vacina em causa no Plano Nacional de Vacinação, embora urgente, provoca um impacto orçamental significativo, o CDS propõe duas soluções alternativas, ambas faseadas, de forma a não causar um encargo excessivo na situação deficitária que o País enfrenta;

O Grupo Parlamentar do CDS/PP, ao abrigo das disposições constitucionais, e regimentais aplicáveis recomenda ao Governo que:

1. Institua um plano de emergência no sentido de introduzir uma vigilância adequada e acelerar a taxa de rastreios a lesões cervicais pré-cancerosas e potencialmente cancerosas, bem como ao HPV, nomeadamente, articulando informação com o sector privado;

2. Negoceie, através das entidades e autoridades competentes preços máximos para as vacinas contra o HPV;

3. Proceda à integração progressiva das vacina contra o HPV no Plano Nacional de Vacinação, universal e gratuito, nos seguintes termos, feito com base em indicadores de **população feminina residente** do INE:

2008 População feminina com 10 e 11 anos (aprox. 100.000)
2009 População feminina com 12 e 13 anos (aprox. 100.000)
2010 População feminina com 14 e 15 anos (aprox. 110.000)
2011 População feminina com 16 anos (aprox. 56.000)

4. Em alternativa, o Governo poderá optar, até à inclusão de toda a população feminina entre os 10 e os 16 anos no PNV, bem como para a restante população, por um processo faseado de comparticipação no preço das vacinas contra o HPV existentes no mercado, mas que não deverá ser inferior ao Escalão C, aplicado actualmente às vacinas contra a gripe.

Os Deputados