



A SRA. PRESIDENTE (Raquel Muniz. Bloco/PSD - MG) - Bom dia a todos e todas.

Declaro aberta a presente reunião de audiência pública.

Informo aos Srs. Parlamentares que esta reunião está sendo transmitida ao vivo pela Internet no *site* da Câmara.

Informo ainda que as imagens e o áudio estarão disponíveis para serem baixados na página desta Comissão logo após o encerramento dos trabalhos e que as fotos do evento serão disponibilizadas no banco de imagens da Agência Câmara.

Informo que as imagens da *TV Câmara* poderão ser solicitadas junto à Secretaria desta Comissão.

Esta reunião de audiência pública foi convocada nos termos do Requerimento nº 176, da Deputada Carmen Zanotto e do Deputado Marcus Pestana, subscrito pelos Deputados Odorico Monteiro, Miguel Lombardi, Raquel Muniz, Dulce Miranda e Benedita da Silva, e aprovado por esta Comissão, para debater sobre os desafios e a necessidade de priorização do câncer de intestino no Brasil no âmbito do SUS.

Esse requerimento foi motivado por um fórum realizado no primeiro semestre deste ano, coordenado pelo Instituto Oncoguia.

Convido para compor a mesa a Sra. Maria Inez Pordeus Gadelha, Diretora Substituta do Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência do Ministério da Saúde; o Sr. Marcello Fanelli, Diretor do Departamento de Oncologia Clínica do Hospital A.C.Camargo Cancer Center; a Sra. Angelita Habr-Gama, Presidente da Associação Brasileira de Prevenção ao Câncer de Intestino; e a Sra. Luciana Holtz, Presidente do Instituto Oncoguia.

Sem bem-vindos.

Comunico aos senhores membros desta Comissão que cada convidado terá o prazo de 15 minutos para fazer a sua exposição, prorrogáveis a juízo desta Presidência, não podendo ser aparteados. Os Deputados inscritos para interpelar os convidados poderão fazê-lo estritamente sobre o assunto da exposição, pelo prazo de 3 minutos, tendo o interpelado igual tempo para responder, facultadas a réplica e a tréplica pelo mesmo prazo, não sendo permitido ao orador interpelar quaisquer dos presentes.

Dando início aos trabalhos, passo a palavra por 15 minutos à convidada Maria Inez Pordeus Gadelha, Diretora Substituta do Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência do Ministério da Saúde.



A SRA. MARIA INEZ PORDEUS GADELHA - Muito bom dia a todos.

Eu quero agradecer o convite desta Comissão. E, se me permite a Deputada Raquel Muniz, em nome da Dra. Angelita, quero cumprimentar toda a Mesa.

Sou Inez Gadelha. Sou médica oncologista clínica. Tenho participado das políticas públicas brasileiras na área de oncologia desde 1987.

Então, o que eu vou trazer aqui para subsidiar a discussão é exatamente a visão de uma política de controle de câncer do ponto de vista de política pública.

(Segue-se exibição de imagens.)

Eu vou pedir que já passem o primeiro eslaide, porque a primeira providência que acho relevante é a seguinte: quando nós falamos de políticas públicas, é preciso que os interesses públicos e privados não estejam misturados. Então, de imediato, eu me declaro absolutamente sem qualquer conflito de interesses, seja profissional, acadêmico, familiar, pessoal, institucional.

Sempre se disse que os casos de câncer no Brasil eram subnotificados.

Seria tão bom se todos tivessem vivido — o Marcello, a Luciana — nos anos 1970, 1980, quando eu, professora universitária, tomava os Estados Unidos e o Japão como referência para falar de câncer de intestino ou de estômago. Nós tínhamos sempre que citar o Japão porque o Brasil era inteiramente nulo quanto a qualquer tipo de informação.

De 1987 para cá, junto com a Agência Internacional de Pesquisa em Câncer, ligada à Organização Mundial da Saúde, nós começamos a desenvolver todo um processo técnico-científico, que vem se consolidando cada vez mais como um bom processo de estimativa de câncer no Brasil. Assim, a cada 2 anos, o Ministério da Saúde, por meio do seu Instituto Nacional de Câncer, faz essa avaliação, a partir de dados de diversas fontes, e faz uma estimativa do número de casos, e algumas vezes também ele faz um levantamento real do número de mortes.

Pelo que nós vemos aqui, o câncer de intestino representa, em termos globais, o quarto tipo de câncer mais frequente no País, variando entre o 3º lugar e o 5º lugar, dependendo da região.

E o que é que faz com que essa incidência varie? É exatamente a característica da população. O câncer de intestino é um câncer cuja incidência nós esperamos que aumente por conta de melhoria nas condições socioeconômicas. Enquanto o número de casos de câncer de estômago cai por melhoria das condições socioeconômicas,



principalmente no que diz respeito à conservação de alimentos, o número de casos de câncer de intestino sobe, principalmente devido a maus hábitos de vida que a urbanização acarreta.

Esses dados serão disponibilizados na Internet.

Para um controle de câncer, quando falamos em prevenção, nós temos de imaginar que prevenção, na verdade, é um termo muito geral para designar diversas ações e serviços de saúde. Nós temos de focar também a prevenção primária, que é a promoção da saúde e a melhoria de forma geral das condições socioeducativas de uma população. Essas medidas socioeducativas, entre as políticas públicas, são as que têm o maior impacto, porque, além de reduzirem mortalidade, reduzem a mortalidade por redução da incidência dos casos. No caso do câncer de intestino, trata-se do combate sistemático à prisão de ventre, a adoção de uma dieta adequada, rica em fibras, menos rica em carnes processadas ou carne vermelha.

E faz-se uma atuação mais específica sobre o grupo de risco, que são aquelas pessoas em cujo histórico familiar consta câncer de intestino, ou que têm doenças ditas benignas, mas com potencial de malignização.

A prevenção primária engloba toda a população, porque educação para a saúde se faz desde a idade infantil.

Quando se adotam métodos para detecção e diagnóstico precoce do câncer ainda em fase assintomática, nós chamamos isso de rastreamento. Quando se adotam métodos para a detecção e diagnóstico precoce do câncer em grupos de risco, a isso se dá o nome de prevenção secundária, que é a detecção.

O câncer de intestino também admite a prevenção secundária. Este tipo de ação aumenta o número de casos. Muitas vezes se diz que se reduz a incidência — não, de imediato aumenta-se o número de casos avançados, porque ele permite o acesso a diagnóstico, e a tendência é aumentar a incidência. Agora, em um período de tempo observado de 5 anos, ou de 10 anos, por exemplo, ele pode ter um impacto sobre a mortalidade. Mas nós veremos adiante como esse impacto é interpretado. No caso do câncer de intestino, nós podemos adotar ações tais como o toque retal, a pesquisa de sangue oculto nas fezes e o exame de endoscopia do intestino baixo e do intestino alto — no caso, sempre o intestino grosso.



E existe a prevenção terciária, pela qual se adotam ações terapêuticas e de reabilitação. A situação aqui já se complica mais porque nós estamos cuidando de doentes já diagnosticados e cujas necessidades vão depender do tipo patológico do tumor; do estágio tumoral — e isso se aplica a câncer em geral; não somente câncer de intestino —; do acesso dessas pessoas ao sistema de saúde, seja privado ou seja público; da *expertise* da equipe multiprofissional; e dos recursos materiais de que aquela instituição que atende o doente dispõe. Normalmente se torna algo complexo pelas modalidades isoladas ou combinadas que são necessárias. Isso não altera o número de casos, mas, no tempo determinado de acompanhamento, seja 5 anos ou outro período — normalmente no câncer nós fazemos essa ideia dependendo do tumor, mas a maioria se faz em 5 anos —, isso pode ou não reduzir a mortalidade.

Por fim, existe um tipo de necessidade na política pública — depois eu falo da prevenção quaternária — que consiste na avaliação de programas de detecção, porque a detecção, como eu já disse, engloba o rastreamento na população assintomática ou o diagnóstico precoce quando se trabalha com pessoas de risco para desenvolver aquela determinada doença. Quando se faz uma avaliação dos programas de detecção, esses fatores interferem muito no resultado dessa avaliação.

Em primeiro lugar, incluem-se casos de evolução lenta. Falando do câncer em geral, vai-se incluir, por exemplo, o câncer de próstata; vão-se incluir casos de carcinoma *in situ*, que jamais se tornariam o câncer de próstata. Então, por conta disso, começa a haver intervenção demasiada sobre as pessoas, com os seus efeitos maléficos. Cria-se, com isso, o falso conceito de tempo de vida ganho, porque este tipo de ação em saúde pública antecipa o diagnóstico em relação ao que é normalmente observado, mas a morte pode continuar ocorrendo no mesmo tempo. Nós só aumentamos o tempo entre o momento do diagnóstico e o do óbito. Isso é o que chamamos de "falso conceito de tempo ganho".

Por fim, existe em programas de rastreamento a necessidade da seleção de uma população-alvo, senão perde-se muito na validade daquele programa. Então, um programa de detecção sempre tem que considerar qual é a sua população-alvo, a sua periodicidade da ação e também outros detalhes que vou mostrar adiante.

Esses conceitos não são do Brasil. Muito pelo contrário, de 1980 para cá evoluímos muito nesse conhecimento.



Vou explicar o que chamamos de "rastreamento" — em espanhol, *tamización*, e em inglês, *screening*, que é a palavra mais utilizada — é a aplicação sistemática de testes em pessoas presumivelmente assintomáticas — elas podem até ter algum sintoma, mas sem correlação —, visando a identificar indivíduos com anormalidades sugestivas de determinado tipo de câncer.

Não se trata de um programa de diagnóstico, mas de seleção. O termo melhor para definir esse processo é "*tamización*", porque significa peneiração — peneiram-se, separam-se os casos que podem se submeter a determinados exames.

Agora, existem princípios a ser adotados em um programa de rastreamento. Esses princípios são determinados pela Organização Mundial de Saúde há muito tempo.

Primeiro, a condição a ser rastreada deve se constituir em um importante problema de saúde pública.

Segundo, a história natural da doença tem que ser bem conhecida, e o câncer de intestino preenche essas condições.

Terceiro, a doença deve ter uma fase pré-sintomática relativamente prolongada.

Aí já começa o problema, porque, embora haja um fator familiar, haja um fator de lesão pré-maligna, vamos dizer, no câncer de intestino, a maioria dos casos não é resultante nem de caráter familiar, nem de desenvolvimento a partir de lesão pré-maligna. Dessa forma, na verdade, o grupo de risco fica bastante restrito com relação ao total da população.

Além desses princípios citados, deve haver um teste, ou seja, um exame adequado para o estágio precoce. Isso existe no caso do câncer de intestino. O mais simples é o exame de sangue oculto nas fezes para a peneiração, ou a colonoscopia, ou a sigmoidoscopia, ou o toque retal — o intestino de que falamos vai desde o reto até o ceco. A maioria dos tumores é situada no intestino terminal, sendo, portanto, alcançável ao toque retal.

Há mais de um teste adequado, mas esse teste tem de ser válido, preciso, acessível — ou seja, disponível —, aceitável por quem se submete a ele — a discussão, por exemplo, do toque retal no caso do câncer de próstata foi uma coisa que criou muito problema para a sua aceitação — e financiável, isto é, ele tem que ser suficientemente barato para compensar uma análise de uma população assintomática. E eu lembro que,



no SUS, 1 real vira 1 milhão de reais. Todas as nossas contas no Ministério da Saúde têm valor acima de 1 milhão de reais.

Os intervalos para repetição do teste devem ser claramente determinados, conforme a biologia tumoral, o comportamento da doença.

O rastreamento deve se justificar em termos de validade, de morbidade, de riscos e de custos, ou seja, o rastreamento não traz só vantagem. Ele também traz malefícios — de risco e de custos.

Os riscos, tanto físicos quanto psicológicos, devem ser menores do que os benefícios, que têm que superar muito os riscos para se justificarem.

Os resultados positivos devem ser garantidos por acesso ao tratamento adequado, senão vai ser uma política sem consequência, ou seja, tem que haver método de confirmação do diagnóstico, um tratamento acessível e aceitável.

O tratamento em estágio precoce deve trazer mais benefícios do que risco e custo. O melhor exemplo para isso é o câncer do colo do útero. Um programa de rastreamento de câncer do colo do útero é o que melhor se aplica a todas essas premissas.

A aplicação do rastreamento deve resultar em redução da morbimortalidade, o que, como chamei a atenção, nem sempre acontece. Acontece muito pouco, e o maior impacto é o da promoção da saúde, que é a prevenção primária.

Desse modo, as premissas básicas adotadas para uma política pública têm que responder algumas questões: "*Funciona? O quão bem funciona e a que custo?*". Isso é um padrão utilizado em todos os países, e, no caso da equidade, que é uma premissa que os estudiosos usam, também se deve responder à questão: "*Para quantos?*" Essa pergunta é relevante, porque em um sistema público de saúde como o nosso, de cobertura universal, tudo o que nós fizermos vai ter de contemplar toda aquela população de risco na nossa população de mais de 200 milhões de habitantes, para não correremos o risco da seleção, não correremos o risco da iniquidade, para não correremos o risco de que alguns tenham acesso àquilo a que os outros não têm.

Para respondermos a essas questões, adotamos os critérios de evidência científica, incluída a opinião de especialistas. Este gráfico demonstra bem que a evidência de menor qualificação é a opinião do especialista, porque ele trabalha com um número de casos que atende, restritos a ele. Quando aquilo vai se diluindo em número maior de casos e se dilui em população, vê-se que nem sempre aquele resultado da própria experiência se



repete na população maior. Então, chegamos à revisão sistemática como sendo o grau máximo de qualidade científica de evidência na validade de um exame.

Aqui eu deixo registrado um artigo interessante publicado recentemente, em 2015, em janeiro deste ano.

Os programas de rastreamento no Canadá, na Finlândia, na Dinamarca, na Noruega e na Suécia estão tendo uma avaliação porque esses países começaram com esse processo de rastreamento há décadas, há 40 anos. Esses programas todos estão sendo revistos, porque quando se passa aquela condição de falso tempo ganho, vê-se que, na verdade, a mortalidade não é tão impactada, do ponto de vista global de resultados finais.

Eu sugiro a leitura desse artigo, que está disponível na Internet, porque ele faz essa pergunta e analisa dois tipos de estudos: aquele da revisão sistemática, de metanálises, que incluem uma população maior porque juntam todos os casos que foram publicados e devidamente avaliados; e os estudos clínicos randomizados, que têm a população menor. Então, a revisão sistemática junta tudo que é estudo; no estudo randomizado, a quantidade de casos é bem menor.

Assim, vamos ver de forma conclusiva que entre a quantidade de estudos que selecionaram 19 doenças da força-tarefa americana que cuida de estabelecer os princípios de prevenção nos Estados Unidos e no Canadá, os resultados de metanálises, dentro do intervalo de confiança de 95% — sim, porque a estatística admite que pelo menos 5% ocorra devido ao acaso — mostraram nulidade de ultrassonografia abdominal com aneurisma de aorta em homens; de mamografia para câncer de mama; de pesquisa de sangue oculto nas fezes e endoscopia flexível de intestino para câncer colorretal, quando se considera a morte pela doença específica, pelo câncer específico e também a morte naquelas pessoas por todas as causas. Porém, quando consideram os estudos clínicos randomizados, que têm uma validade estatística menor, vamos dizer assim, porque o número de pessoas examinadas no estudo é menor, dentro do intervalo de confiança, houve uma variação de 30% em causa específica da morte por aquela doença e de 11% em todas as causas de morte naquela população.

Os estudos concluem que as reduções pela doença específica na mortalidade são incomuns nas metanálises, ou seja, em termos populacionais maiores, e são muito raras ou inexistentes, quando se vê o impacto sobre a mortalidade em geral.



O que pode acontecer com o resultado do rastreamento? Este rastreamento tem que ser muito bem discutido, pensado e avaliado, porque, se ele tem consequências desejáveis, como identificar cânceres potencialmente letais que respondem a uma intervenção oportuna, ele também tem mais consequências indesejáveis.

Este foi o grande problema, por exemplo, que fez refletir muito sobre a validade do PSA para a detecção precoce do câncer de próstata. Como a mamografia já está extensamente caracterizada, o malefício supera o benefício em termos de saúde pública e população geral também.

Os falso-positivos trazem muitos problemas para as pessoas, assim como os falso-negativos, porque a pessoa relaxa. A pessoa relaxa, porque pensa: "*O meu exame deu normal.*" Mas acontece que existe o resultado falso-negativo. A detecção de cânceres estáveis ou de crescimento não letais começam a ter indicação com a intervenção e todas as suas consequências de efeitos colaterais, e há o contrário: a detecção de cânceres agressivos não se beneficiam da detecção precoce.

Por exemplo, uma senhora que se submeteu a uma mamografia, em 2014, tomou um susto, porque, em 2015, ela já estava com um tumor visível na mamografia. Isto não depende da mamografia, mas do crescimento daquele tumor. Ele tem um crescimento muito mais agressivo, mais veloz. Portanto, o intervalo dessas pessoas não bate com o tempo de crescimento, e ninguém vai se submeter à radiografia de mama a cada mês, 3 meses ou mais de uma vez por ano, porque isto faz mais mal do que bem. O fato de se identificar este câncer mais cedo ou mais tarde não fará diferença.

Eu estou trazendo este conceito, porque, sempre que eu venho à Câmara — a Deputada Carmen me chama muito —, eu sempre encontro a Luciana, alguém do Instituto, do INCESP — Centro de Educação e Treinamento em Oncologia ou do A. C. Camargo, e nós vemos estes conceitos. E hoje nós estamos tendo esta oportunidade de discutir a prevenção.

O último eslaide trata da prevenção quaternária.

O que é a prevenção quaternária? Nós medicalizamos muito. Até o luto hoje no câncer é medicalizado, como se as pessoas não tivessem que sofrer, que ter o seu tempo de luto. Tudo é medicalizado. Esta intervenção extensiva de programas de rastreamento e terapêutica está trazendo um problema muito sério, e os Governos e os estudiosos no mundo estão vendo como proceder a políticas públicas de prevenção quaternária.



Quando nós falamos de programa de rastreamento, nós não podemos nos resumir aos aspectos clínicos, biológicos; nós não podemos nos resumir somente ao paciente; nós não podemos nos resumir somente à organização dos sistemas de saúde, dos estabelecimentos de saúde, tampouco à questão econômica. Nós temos que considerar tudo. E a Câmara dos Deputados, em 2011, aprovou, no Congresso Nacional, a Lei nº 12.401, que cria o Fórum Nacional para esta discussão.

Eu agradeço a paciência dos senhores e peço desculpas pelo adiantado da hora.

Obrigada. *(Palmas.)*

A SRA. PRESIDENTE (Raquel Muniz. Bloco/PSD - MG) - Nós agradecemos à Sra. Maria Inez Pordeus Gadelha a sua exposição.

Peço aos palestrantes que se atenham ao tempo, já que hoje começamos mais cedo a Ordem do Dia. Como todos vão falar sobre o mesmo assunto, alguns temas podem ser colocados ao final, no debate, que eu acho que vai ser bem produtivo também.

Convidamos agora o Sr. Marcello Fanelli, Diretor do Departamento de Oncologia Clínica do Hospital A. C. Camargo Câncer Center.

O SR. MARCELLO FANELLI - Bom dia a todos.

Em primeiro lugar, eu gostaria de agradecer o convite da Comissão. Eu espero corresponder e contribuir para esta discussão.

Peço que passem o primeiro eslaide, por favor.

(Segue-se exibição de imagens.)

Como já foi bem dito, o câncer colorretal é uma doença que tem relevância muito grande. Dados e estatística mundial colocam esta doença no terceiro lugar no *ranking* de incidência.

De acordo com estatísticas americanas, o câncer de intestino é o terceiro câncer mais comum em homens e em mulheres.

Em relação ao número de óbitos, nós veremos que aproximadamente um terço dos pacientes que faz o diagnóstico de câncer colorretal vai acabar evoluindo com óbito relacionado à doença.

Os dados estatísticos do INCA — Instituto Nacional do Câncer colocam o câncer colorretal também em terceiro ou quarto lugar em incidência no Brasil.

Nós podemos ver isto de forma um pouco mais clara. Conforme os dados do INCA, há aproximadamente 15 mil casos de câncer colorretal por ano nos homens. Nas



mulheres, este tipo de câncer fica apenas atrás da neoplasia de mama, com 17 mil casos diagnosticados.

O câncer colorretal obedece a uma distribuição geográfica. Ele tem incidência maior nos Estados do Sul e do Sudeste, mas podemos ver também que a doença acontece de forma importante nos Estados do Centro-Oeste e em Estados da Região Nordeste. Há pouca incidência na Região Norte, tanto para homens, quanto para mulheres, o que acaba obedecendo mais ou menos a mesma regra.

Existe uma população de risco para o câncer colorretal? Nós conseguimos identificar que depende dos hábitos de vida, como já foi dito. Ocorre em tabagistas, pessoas que têm dieta inadequada, pacientes com pólipos intestinais já diagnosticados e pacientes com história familiar. Estas pessoas têm um risco maior de desenvolver esta doença ao longo da vida e que possivelmente poderiam se beneficiar de uma vigilância um pouco mais intensa.

Esta doença tem sintomas e sinais específicos, que, pelo menos, deveriam chamar a atenção dos médicos e dos pacientes. Trata-se de sintomas comuns e, algumas vezes, facilmente identificados: a presença de sangue nas fezes; a presença de fraqueza, geralmente decorrente de anemia; fezes finas ou mal formadas; dor abdominal; perda de peso; urgência para defecar. Estes são um conjunto de sinais que poderiam chamar a atenção dos médicos e ligar um alerta para que o médico e as demais pessoas pensassem nessa possibilidade.

Hoje um problema muito sério é que a maior parte desses pacientes que fazem um diagnóstico de câncer colorretal passaram no médico, por exemplo, com quadro de anemia e perdem um tempo enorme na evolução da doença fazendo um tratamento para anemia, e o médico não lembrou que anemia em adulto quase nunca é carencial; anemia em adulto é sinal de sangramento, e isso deve ser investigado.

Quando nós falamos em câncer colorretal, nós estamos falando em todo o intestino grosso. Então, temos uma distribuição já bem estabelecida do câncer colorretal ao longo do intestino, onde temos apenas 25% dos casos de câncer diagnosticados no reto e 75% dos outros casos são diagnosticados acima do reto. É uma distribuição que vocês podem ver nesse eslaide.

Em relação ao estadiamento, o câncer do tubo digestivo — aqui nós vamos falar do cólon e do reto —, não interessa muito para nós se esse tumor tem 5 centímetros ou 10



centímetros. O que interessa é o quanto ele penetra na parede do órgão. Quanto maior é essa penetração, maior é a chance de nós termos os gânglios que estão em volta do intestino comprometidos pela doença.

Com base nesse caminho que o tumor segue de penetrar na parede do órgão e comprometer os gânglios que estão em volta, nós temos uma perspectiva diferente de cura.

Então, é muito claro que os pacientes em estágio inicial têm uma chance de sobrevida muito maior do que aqueles que fazem o diagnóstico da doença em estágio avançado. Se nós avaliarmos os pacientes em estágio I e II, nós vamos ter taxa de cura acima de 90%; se nós avaliarmos os que estão em estágio III, essa chance de cura já cai para 50%; e se nós olharmos os que estão em estágio IV, a cura definitiva já é muito menor e vai depender de um esforço muito grande.

O tratamento da doença localizada é claro, não tem muita discussão do que tem que ser feito. Esse é um fluxo de tratamento que nós usamos lá no hospital.

Então, doença em estágio inicial: provavelmente esses pacientes são operados; dependendo do estágio, ele pode ir ou não para quimioterapia depois. Essa quimioterapia é bem definida, relativamente barata e que nós podemos fazer com facilidade. Então, esse diagnóstico precoce acaba sendo importante para que nós coloquemos o paciente num fluxo desse e possamos tratá-lo de maneira adequada, com o objetivo claro de cura.

O problema que nós temos é que boa parte desses pacientes ou já são pacientes diagnosticados com doença metastática ou vão evoluir com doença metastática ao longo do tempo, e, como eu tinha dito, a cura ainda é possível, entretanto, vai depender de um esforço grande e de um investimento grande nas diferentes modalidades terapêuticas.

Então, quando nós pensamos em metástase hepática — nós vamos ver nesse lado direito do eslaide —, cerca de um terço dessas lesões ou desses pacientes ainda podem ser curados, mas eles vão depender de tratamento quimioterápico, de cirurgia agressiva e de uso de medicamentos mais caros.

Como é que nós avaliamos o paciente que tem câncer de intestino com metástase no fígado? Nós temos três situações bem claras: pacientes que têm metástase única no fígado, em que nós fazemos cirurgia e, depois da cirurgia, quimioterapia, ou, por outro lado, pacientes com múltiplas metástases distribuídas no fígado, em que essa cirurgia não é mais possível, e o paciente vai para tratamento paliativo exclusivo. Há ainda uma



situação intermediária, onde nós temos metástases de grande volume que, a princípio, não são operáveis, mas que, diante de um tratamento médico adequado, essa doença pode diminuir e se tornar operável e, ainda assim, a cura pode ser possível.

Então, como nós fazemos essa doença diminuir? Obviamente, nós temos que usar remédio, quimioterapia. Os remédios que nós temos disponíveis hoje no Brasil são remédios que já estão conosco há algum tempo, descritos como quimioterapia, na primeira linha; e remédios um pouco mais modernos, que são essas terapias-alvo de que nós ouvimos falar de alguns anos para cá. Há alguns outros remédios fora do Brasil, que nós ainda não incorporamos, alguns com razão, outros nós ainda conseguimos discutir um pouquinho.

Por que é importante nós termos acesso a esses remédios? Porque, como eu mostrei naquele eslaide anterior, mesmo o paciente com doença metastática ainda pode ser curado. Então, como nós fazemos para poder tornar isso ressecável e curável? Com quimioterapia, a doença diminui. Então, para isso, nós usamos um negócio chamado taxa de resposta. Quanto mais remédio nós usamos, dentro, obviamente, de um certo limite, nós diminuimos a doença, e o paciente se torna operável.

Então, nos protocolos que eu listei ali, que são esquemas mais tradicionais, nós temos taxas de resposta na ordem de 50%, com os medicamentos que nós temos hoje disponíveis principalmente no SUS, um aumento na taxa de sobrevida significativo, tanto com os estudos baseados em oxaliplatina e irinotecano, que são dois remédios já usados.

Quando nós associamos, em vez de dois remédios, três remédios — Fluorouracil, oxaliplatina e irinotecano —, nós aumentamos a taxa de resposta, que antes era em torno de 35% a 40%, para 60%, ou seja, aumenta ainda mais a chance de ressecção.

Esse é um estudo um pouco mais antigo, que mostra que esses pacientes, quando são expostos a um número maior de remédios, acabam tendo um aumento significativo de sobrevida.

Os estudos que contemplam as drogas mais modernas, as terapias-alvo, que vieram aparecendo mais recentemente, já colocam essa taxa de resposta em primeira linha variando de 40% a 60%, mas com um tempo de sobrevida desses pacientes, mesmo no cenário metastático e não ressecável, em mais de 2 anos. Isso é um cenário diferente daquele que nós víamos antes, em que nós tínhamos um tempo de sobrevida de aproximadamente 1 ano.



Já num cenário de segunda linha, quando nós usamos alguns desses inibidores de angiogênicos da taxa de resposta e o aumento da sobrevida acabam não sendo tão significativo, e a relação de custo/benefício acaba desaparecendo um pouco.

Outras terapias, por exemplo, são as terapias que usam um gene específico para direcionar o tratamento, também incorporadas recentemente na prática clínica, colocam essa taxa de resposta na ordem de 50% a 60% e levam essa sobrevida também mais adiante.

Então, um resumo: quando nós usamos as terapias convencionais, na primeira linha, nós temos taxas de resposta na ordem de 55%; quando acrescentamos outro remédio, 60%; quando acrescentamos as terapias mais modernas, 65%.

Por que isso é importante? Aumenta a taxa de resposta, diminui mais a doença, o paciente pode ser operado e eventualmente curado.

Qual é nossa missão? Identificar o paciente certo para o remédio certo. É lógico que nem todo paciente se beneficia de todos os remédios. É lógico que nem todo paciente vai poder ser operado. Mas, se nós usamos o remédio certo, o que acontece é isso. Nós temos eventualmente volume grande de doença, a princípio não operável; quando trata direitinho, a doença diminui. Então, isso vira isso, isso vira isso, e o paciente pode ser operado. Isso é um exemplo prático, real, que pode acontecer no nosso dia a dia.

É lógico que tudo isso custa caro. O impacto disso no sistema público acaba sendo grande. Por isso, é importante nós buscarmos a identificação certa ou os tais biomarcadores, que é o que vai dizer ou determinar quem é o paciente que vai se beneficiar desses remédios.

Para os primeiros remédios, que são os inibidores angiogênese, nós não temos um biomarcador, mas pacientes que não têm a mutação no gene EGFR acabam se beneficiando dessa terapia anti-EGFR. O ganho em sobrevida, quando nós fazemos o teste da mutação, acaba sendo bem real.

Quando nós aprofundamos o teste, por exemplo, quando nós conhecemos mais da doença, quando conhecemos mais da biologia e aprofundamos o teste biológico, nós aumentamos ainda mais a taxa de resposta e ainda acabamos proporcionando ganhos maiores em sobrevida.



Nós já temos alguns estudos que trabalharam nesse sentido de aprofundar o teste genético para encontrar o biomarcador ideal e não usar o remédio tão caro no paciente errado.

Então, esse é um resumo bem interessante do cenário da doença metastática, que era o que nós tínhamos antes. No ano 2000, a terapia padrão colocava a sobrevida desses pacientes em torno de 1 ano. No próximo passo que foi dado, essa sobrevida foi para 19 meses, e a incorporação dos medicamentos mais modernos chegou a 23 meses. Com o uso dos biomarcadores de maneira adequada, nós estamos levando a sobrevida para 33 meses.

Nós notamos que esse ganho é passo a passo. Não existe uma grande mágica na oncologia de nós acharmos uma ferramenta que vai levar essa sobrevida de 10 meses para 60 meses em pouco tempo. Isso é uma evolução lenta, tem se intensificado nos últimos anos com os remédios novos, com os biomarcadores, mas é passo a passo. Isso é gradual.

Neste diagrama, que é o recomendado pela Sociedade Europeia de Oncologia, eles colocam de maneira muito clara o papel desses biomarcadores e como nós usamos os medicamentos nesses biomarcadores.

Ainda no Brasil, estamos um pouco longe disso. Nós não temos esse diagnóstico molecular disponível para todo mundo, o que acaba atrapalhando bastante o uso desses medicamentos. O importante é que os pacientes tratados em primeira linha é um número maior do que os que vão receber uma segunda chance e ainda um pouco maior dos que vão receber uma terceira chance, obviamente porque eles vão morrendo ao longo do tempo. Então, é superimportante que essa primeira linha de tratamento seja otimizada. Se nós temos alguma chance de cura, alguma chance de resgate desses pacientes, esse investimento deve ser feito aqui. Se nós deixamos para cá, perdemos bastante.

Normalmente, o que nós fazemos nesses pacientes com doença metastática? Se ele tem uma metástase e essa metástase é operável, esse paciente vai para a cirurgia e depois vai para a quimioterapia. Se nós temos o teste genético e fazemos a avaliação do gene, se esse gene não está mutado, nós fazemos quimioterapia mais anticorpo e depois opera, se a doença permitir, e completamos a quimioterapia. Se o gene está mutado, de novo, quimioterapia, cirurgia e mais quimioterapia.



Então, vocês conseguem perceber a complexidade desse diagrama, como é muito maior em relação à complexidade daquele diagrama anterior da doença localizada ou mesmo isto aqui em relação àquilo ali. Quanto mais complexo, mais difícil; quanto mais difícil, mais caro. Normalmente é assim que funciona. Então, esse investimento tem que ser feito para trás, antes de a doença se tornar metastática ou se tornar incurável.

Normalmente, o que nós consideramos como desafio? O diagnóstico precoce é um conceito diferente do rastreamento. Esse conceito do diagnóstico precoce tem que ser fortalecido na nossa rede, nas nossas unidades básicas, nos médicos que fazem essa atenção primária. Isso geralmente passa despercebido, e muitas vezes nós temos que lidar com a doença avançada, o que é ruim para todo mundo.

Nós temos que identificar a população de risco. Paciente que tem história familiar, paciente que tem pólipos é uma população de risco, tem que ser olhada com mais cuidado. A pesquisa de sangue nas fezes é um exame barato, serve para rastreamento e um passo inicial para esse indicativo. É lógico que há muito falso negativo e muito falso positivo nesse exame. Não é um exame adequado e não deve ser usado sozinho, mas, na presença do sangue nas fezes e nessa população de risco, a colonoscopia pode ser indicada para identificar esses tumores que estão acima do reto principalmente e obviamente fortalecer o tratamento curativo.

A cirurgia obviamente custa um pouco mais caro e a quimioterapia, que faz depois da cirurgia, não é lá tão cara, dá para ser feita, e hoje já é contemplada pelo SUS.

O problema da doença metastática é que o custo disso não tem fim. Ainda há alguns pontos a serem reforçados no tratamento da doença metastática, que é identificar corretamente a intenção do tratamento. É possível curar ou não? Se é possível curar, isso tem de ser feito e tem de se investir nisso.

Avaliação e discussão multidisciplinar. Nunca um oncologista ou um cirurgião consegue tomar essa decisão sozinho, e essa é uma prática que tem que começar a acontecer no Brasil. Em alguns centros existe essa discussão multidisciplinar, mas, infelizmente, isso é pouco comum no País.

É imprescindível o uso de biomarcadores, uma vez que estamos diante desses remédios novos. Não há como negar o benefício desses remédios em relação ao controle da doença. Entretanto, se pudermos usar o biomarcador, certamente vamos economizar dinheiro.



Pensar individualmente. Eu sei que, em termos de estratégia pública, temos de pensar no coletivo, só que existe uma diferença muito grande entre a expectativa do gestor, a expectativa do médico e a expectativa do paciente, que são coisas que deveriam caminhar para o mesmo lado. O objetivo é um só: oferecer o melhor para cada paciente, mas, na hora da consulta, na hora em que o paciente está na nossa frente, gostaríamos muito de não ter que lembrar se o paciente tem dinheiro ou não para pagar determinado tratamento. A intenção do médico é sempre oferecer o melhor possível. Não conseguimos definir, por exemplo, se vai ser muito diferente ele ter 60% ou 40% de chance de cura. Isso, para um paciente individualmente, não faz diferença, mas, se o paciente tiver um filho de 10, 12 anos, e ele tiver que viver 3 ou 4 anos a mais, obviamente, ele vai querer. Nós não temos o direito de tolher o paciente em relação a isso.

Obviamente, temos de evitar os esquemas de quimioterapia que são deletérios e avaliar sempre toxicidade e custo/benefício.

O que eu tinha para apresentar era isso. Estou à disposição.

Obrigado. (*Palmas.*)

A SRA. PRESIDENTE (Raquel Muniz. Bloco/PSD - MG) - Agradecemos ao Dr. Marcello, Diretor do Departamento de Oncologia do A.C.Camargo.

Gostaria de registrar a presença dos Deputados Sérgio Reis, Paulo Foletto, Miguel Lombardi e Dr. Jorge, atentos desde o início dos trabalhos. Esteve aqui também o Deputado Caio Narcio.

Estamos aqui na nossa Comissão de Seguridade Social diante de uma Mesa que contribui muito para o Brasil. O Hospital A.C.Camargo é referência em diagnóstico e tratamento do câncer, e acabamos de ouvimos a brilhante palestra do Dr. Marcello.

Agora vamos ouvir a Dra. Angelita Gama, Presidente da Associação Brasileira de Prevenção ao Câncer de Intestino.

Eu quero dizer à Profa. Angelita que meu filho tem formação em Oncologia pela USP e hoje trabalha lá no ICESP. Disse a ele que a senhora estaria aqui e que eu teria muito orgulho em presidir esta Mesa. A Profa. Angelita é professora de coloproctologia da USP. O primeiro trabalho de preservação de reto é dela, que é referência mundial no assunto.

Com a palavra a Dra. Angelita.

A SRA. ANGELITA HABR-GAMA - Obrigada, Deputada Raquel.



Eu gostaria de dizer que é um prazer e muito oportuno estar aqui. Agradeço a iniciativa deste debate, para que, talvez, o câncer de intestino seja priorizado.

(Segue-se exibição de imagens.)

Eu só faço uma pergunta: por que não priorizar o câncer de intestinos, se priorizamos mama e próstata? Para essas duas entidades, nós fazemos diagnóstico precoce, que é muito importante, como mencionou o Dr. Marcello. Mas, para o câncer de intestinos, nossa ação, direção e orientação caem no assunto de podermos prevenir e não só fazer o diagnóstico precoce. Devemos fazer também a prevenção, porque o câncer de intestinos não aparece como câncer. Ele aparece como uma lesão benigna, precursora, cuja retirada vale a pena, porque todo o câncer de intestino vem do crescimento dessa lesão benigna. Por que não cuidar melhor do câncer de intestino no Brasil, que é uma doença frequente no mundo? Verifiquem que, no mundo, ele representa o terceiro câncer mais frequente, e, ainda hoje, em 2015, um terço dos doentes tratados morrem. Então, temos que prevenir um câncer que, por si só, é de espetacular diagnóstico, é um câncer que pode ser prevenido, tratado e curado. Isso tem que entrar na mentalidade da população.

Por outro lado, nós ouvimos a Dra. Inez e sua apresentação excelente, mostrando as dificuldades dos programas de rastreamento. Eu discordo totalmente, não dela, mas da política de discordar da prevenção, porque prevenção é extremamente importante, não uma prevenção sem métodos, mas uma prevenção rastreada, focando na população de risco, orientando a população, informando-lhe que o câncer pode ser curado. E o câncer pode ser evitado, pode ser curado, quando ele é precoce, e pode ser curado quando ele já é avançado. Nós hoje curamos o câncer avançado já com metástase. A probabilidade de sobrevivência de 5 anos é alta, com os novos medicamentos, só que o custo é alto, o desgaste do doente é alto, o desgaste da família é alto. Talvez o melhor seja juntarmos esforços e prevenir esse câncer, cuja incidência é muito maior na população acima dos 50 anos. De cada 20 pessoas, uma vai morrer de câncer.

Quando fazemos programas ditos de rastreamento, ou seja, detectar o câncer quando ele é assintomático, nós devemos investir na população acima de 50 anos. No Brasil, esse câncer é muito frequente. Foi detectado que neste ano de 2015 nós teremos 32 mil casos de câncer, incidência quase igual ao câncer de mama nas mulheres. Como já foi dito, esse câncer no Brasil é o terceiro em homens, seguido apenas por pulmão e



próstata e, na mulher, só perde para o câncer de mama. Esse é um câncer — chamo a atenção para este eslaide — que começa com a mucosa normal, com um pequeno pólipó chamado adenoma, pólipó granular, que cresce e se transforma em carcinoma. Só que essa transformação do normal para o adenoma e depois para o carcinoma leva, em média, 10 anos. Esse é um câncer camarada porque permite que, em 10 anos, a população seja rastreada, desde que ela seja devidamente informada e que faça exames que não são caros. Há um período de 10 anos para a população se cuidar. Nós temos que chamar a atenção de quem tem 50 anos, que é o grupo de risco, para começar a fazer exames como a colonoscopia. É claro que isso é caro para o País, mas o que é mais caro: uma colonoscopia ou um ato cirúrgico, com quimioterapia e muitas vezes radioterapia? Compete a nossa política verificar o que é mais caro: uma colonoscopia ou um tratamento caro.

Nós sabemos que 25% da população geral acima de 50 anos tem pólipós. Existem numerosos trabalhos americanos — eu pertencço à Associação Brasileira de Prevenção ao Câncer — que provam que, no mínimo, 95% da população que retira pólipós é curada. Então, no futuro, se houver uma política de rastreamento, esse câncer deverá deixar de existir. O Brasil não figura na lista de países que fazem prevenção. Paradoxalmente, na América Latina, figura a Bolívia. No nosso País, nem figuram esses programas de prevenção.

Já existe uma recomendação, de 2010, do Ministério da Saúde de que realizar o exame de sangue oculto nas fezes não é bom, de que não deve ser um exame patrocinado pelo SUS, porque a incidência de falsos positivos é alta, o que demanda exames de colonoscopia. O sangue oculto nas fezes hoje não é feito mais pelo método antigo, somente de peroxidase. Existem os métodos imunocromatográficos, que, na realidade, oferecem um grau de falsos positivos muito menor. Então, não podemos confiar no sangue oculto. Não me refiro a quem tem sintomas, mas eu diria que uma população assintomática poderia começar aos 30 anos.

Todas as pessoas de 30 a 50 anos podem fazer o exame de sangue oculto nas fezes. Se der positivo, o doente deve ser examinado. Se o exame der falso positivo para câncer, será positivo para alguma doença. Qual é o problema de um jovem ser detectado com uma hemorroida, uma diverticulite ou uma colite num teste barato e fácil de ser realizado? Se for estimulado a ser feito, será bem aceito pela população. Esse teste deve



ser repetido todos os anos. Assim vamos aumentar a abrangência para identificar melhor os doentes. A partir de 50 anos, o teste padrão para fazer rastreamento é a colonoscopia.

Para mim, o exame de sangue oculto vale até os 50 anos. Acima dessa idade, todo mundo deveria ser aconselhado, na minha opinião, a fazer a colonoscopia. Eu sou colonoscopista de longa data. Hoje faço menos exames. Já fiz muito mais, pesquisei muito mais. Hoje mais opero do que faço colonoscopia. Mas é um exame fantástico, desde que seja aprendido.

O rastreamento reduz o risco de câncer. Se nós considerarmos uma população rastreada, vamos verificar uma incidência reduzida em 50%. Eu acabei de vir de um congresso na Inglaterra, onde a incidência de tumor T1, de cólon e de reto, que é o mais baixo, de menor gravidade, mais precoce, foi reduzida, nos últimos 5 anos, em 17%. Eles estão operando hoje doentes com câncer T1. Então, vale a pena fazer rastreamento? Vale, mas não a esmo, tem que ser bem orientado. Nós sabemos que o rastreamento reduz a incidência e que, reduzindo a incidência, é óbvio, reduz a mortalidade.

Seguramente existe uma economia para o sistema de saúde, pelo menos a médio prazo, com resultado positivo. Mas que vantagem há para a qualidade de vida do doente e da família? Nós temos muito interesse em prevenção. Na década de 80, fizemos um congresso de prevenção de câncer de estômago e intestino, que contou com muitos participantes internacionais. Naquela ocasião, fizemos um trabalho multicêntrico utilizando o hemocult. Era o teste do guaiaco, que se usava na época. Já na ocasião, nós pudemos verificar detecção de pólipos e câncer numa incidência significativa, usando apenas o teste do sangue oculto.

Tal o nosso interesse pela prevenção, nós fundamos, com o apoio do Ministério da Saúde, na ocasião, o Ministro era o Dr. José Temporão, que foi a São Paulo, no dia 1º de maio de 2004 e realmente patrocinou, em termos de apoio, a abertura da ABRAPRECI — Associação Brasileira de Prevenção ao Câncer de Intestino. Desde então, fazemos um trabalho contínuo, de formigas, não de prevenção propriamente dita, mas de conscientização da população brasileira da importância de ser examinada. A nossa Secretária, Regina Pires, que está aqui, trabalha diuturnamente para a divulgação disso.

Nós mandamos fazer um intestino gigante. Ele é realmente enorme, tem mais de 20 metros, tem uma largura e uma altura que permitem o passeio confortável das pessoas. Fazemos a exposição do intestino. Levamos nutricionistas e nutrólogos, que desenvolvem



pequenos brinquedos com verduras e frutas. Estimulamos a população dos colégios a visitar o intestino. Com isso, esse intestino já girou quase o Brasil inteiro, esteve visitando quase o País inteiro. Agora estivemos em Porto Alegre, Estado da nossa Senadora Ana Amélia, que vem apoiando essa iniciativa. Com o apoio dela e de todo o Congresso — nós agradecemos aqui a todos os Deputados, a toda Mesa —, conseguimos fazer a iniciativa da prevenção do câncer de intestino.

O Setembro Verde é o mês da prevenção. Estamos fazendo campanhas, aulas e exposição de intestinos gigantes. Agora nós temos dois modelos de intestino gigante girando simultaneamente. Nós começamos pelo Rio de Janeiro, na Barra, onde compareceram 4.700 visitantes. Já estivemos em Belo Horizonte, onde compareceram 2.800 visitantes. Viremos, de 18 a 20, para Porto Alegre. Em São Paulo, nós encerraremos a campanha de visitação do intestino gigante do Setembro Verde. Mas o Setembro Verde não vai acabar em setembro, nós vamos continuar com a campanha. O intestino já recebeu quase 200 mil visitantes. A visita   importante, porque cada pessoa que visita se conscientiza do que   bom para comer, de que   bom fazer exercício, de que não deve fumar, de que deve beber álcool em quantidade moderada, de que deve levar uma vida saudável e que realmente, a partir de certa idade, deve fazer exames.

Alerto que 50 anos   uma idade "x", mas, se as pessoas puderem progressivamente fazer esses exames em idades mais baixas, seria interessante. Cada vez mais, nós estamos vendo o câncer de intestino em popula o abaixo dos 40 anos. Doentes de 24, de 25, de 30 anos nos penalizam no consultório. Ontem um doente de 24 anos veio de São Luís do Maranhão. Sem causa. Melhor, sem causa, não — não tem pai nem mãe com a doença —, provavelmente,   a alimenta o básica da criança. E o Ministério da Saúde tem que investir nisso, orientar a alimenta o da criança, porque   da alimenta o da criança que vem essa maior incidência de câncer no intestino. Nós estamos vendo uma quantidade enorme de jovens abaixo de 40 anos com câncer no intestino. Esse intestino gira.

Eu queria dizer que, pelo nosso interesse, nós já fizemos dois programas de rastreamento: o primeiro foi em Santa Cruz das Palmeiras; o segundo, mais recente, foi com o apoio do Ministério da Saúde, que forneceu uma verba para o Hospital Alemão Oswaldo Cruz. L  foi edificado um prédio. Eu quero homenagear o Dr. Pinotti, porque lá nós fizemos preven o de câncer de mama e preven o de câncer de intestino durante



um período de 3 anos. Distribuimos sangue oculto. Naqueles testes positivos fizemos colonoscopias bem feitas, com anestesia indo para lá. Houve uma adesão importante para a realização do sangue oculto de mais de 60%. Houve uma positividade em população assintomática de 8,7% e, dentre os que foram positivos, nós tivemos uma grande adesão para fazer a colonoscopia. Detectamos câncer, detectamos pólipos. Esses doentes foram tratados com excelência em seus resultados. Esse é um programa-piloto, feito na Mooca, com o apoio do Ministério da Saúde e que provavelmente poderá ser modelo para a sua repetição em outros lugares.

Essas políticas já foram ditas, não vamos repeti-las. Nós devemos nos unir para fazer um rastreamento clínico bem organizado, com coisas simples. Temos que fazer o possível para que, como foi dito pelo Dr. Marcello, a nossa população tenha acesso aos novos medicamentos e que a população possa ser tratada. Assim sendo, também queria elogiar o Sistema Único de Saúde — SUS, porque, se não fosse o SUS, a nossa população não teria direito a tratamento não só de câncer, mas também de doenças outras, cujo custo é caríssimo e os convênios não apoiam. Nós estamos nessa iniciativa. Queríamos contar com o apoio de todos, para que se repita a cor da saúde do Setembro Verde e que este seja repetido anualmente. Não é preciso ser necessariamente em setembro, a data pode ser modificada, mas que todos os anos se fale das regras para que seja feita a prevenção.

Muito obrigada. (*Palmas.*)

A SRA. PRESIDENTE (Raquel Muniz. Bloco/PSD - MG) - Agradecemos à Dra. Angelita a brilhante exposição.

Convidamos a Sra. Luciana Holtz, Presidente do Instituto Oncoguia, que fez um trabalho importante aqui no início do ano, na área de câncer de ovário, e hoje participa aqui como palestrante.

Quero registrar também a presença do nosso Deputado Adelson Barreto.

Com a palavra à Sra. Luciana.

A SRA. LUCIANA HOLTZ - Bom dia a todos. Cumprimento a Mesa, a Dra. Angelita, a Dra. Maria Inez e o Dr. Marcello. É um prazer estar aqui.

Nós estamos trabalhando juntas sobre esse assunto há um tempo, não é, Dra. Angelita? Mas a Dra. Angelita está há muito mais tempo do que eu. Enfim, o nosso pedido é realmente o de que o Governo olhe com mais atenção para os desafios do câncer de



intestino, para que sejam criadas ações responsáveis que façam a diferença na vida dessas pessoas.

Vou falar um pouquinho dos nossos desafios.

(Segue-se exibição de imagens.)

O Oncoguia é uma ONG que existe para ajudar o paciente com câncer a viver melhor, e nós atuamos em quatro frentes. Nós apoiamos o paciente com câncer, por meio de informação de qualidade, nós educamos a população para programas de educação comunitária e para que as pessoas aprendam como cuidar realmente da sua saúde, nós fazemos um trabalho também de acompanhamento de políticas públicas, de orientação e de informação de qualidade para os pacientes com câncer, sempre defendendo e garantindo os seus direitos.

Na verdade, acabei trazendo exemplos de histórias, para pensarmos juntos nos desafios que esses pacientes hoje estão enfrentando. Essa é a D. Maria, que nos conta que, em 2009, começou a sentir muitas dores abdominais. As dores eram insuportáveis, e ela acabou indo ao ginecologista. Ela achou que fosse uma inflação, fez todos os exames, que não acusaram nada. Ela continuava a sentir dores, e começou o sangramento pelas fezes. *"Voltei ao médico, expliquei o que estava acontecendo e ele me orientou a passar para um gastro. Marquei uma consulta, fiz uma colonoscopia, e veio a notícia: eu estava com câncer no intestino. Pareceu rápido? Não, não foi rápido. Entre as dores e o diagnóstico, demorou mais de 10 meses."* Nós temos essas e muitas outras histórias, sempre compartilhando o tempo em que essas mulheres demoraram para conseguir fazer uma colonoscopia, para conseguir que um médico de um posto de saúde pensasse que poderia ser um câncer de intestino.

Olhando para esse labirinto, às vezes, da saúde pelo qual o paciente se perde, nós temos sempre esses desafios de explicar realmente sinais e sintomas, quais os sinais e sintomas que precisam ser priorizados, qual é o médico o paciente tem que ir para cuidar da saúde, para cuidar também da saúde do intestino. Será que a colonoscopia, como disse a Dra. Maria Inez, está acessível ou não está acessível? Onde eu faço? Quando fazer? Onde eu vou fazer o meu tratamento? Quanto tempo eu tenho para começar realmente o meu tratamento? Há os desafios da própria cirurgia. Nós vemos um paciente realmente muito perdido no meio de todas essas informações.



Não vai dar para vocês verem, mas nós desenhamos com um grupo de pacientes todo o desafio da jornada do paciente. É realmente muito presente esse momento inicial dos sinais e sintomas, do ir e vir, do joga para cá, joga para lá, do vai para o gineco, volta para o gastro. Ninguém realmente pensa que pode ser câncer de intestino, e o próprio paciente acaba pagando o preço muito caro por isso. Há os desafios dos exames, há o desafio do momento do diagnóstico, há realmente o momento correto para existir o teste do biomarcador. Qual é o momento que faz, que não faz, se está disponível, se não está disponível, qual o tempo para fazer uma cirurgia. Então, todos esses desafios nós desenhamos junto com os pacientes, para levantar realmente as prioridades.

Vamos olhar de novo outra história. D. Ana, 53 anos, com muitas dores abdominais, tinha intestino preso, vinha perdendo peso, mas procurou o posto mais próximo de sua casa. Uma coisa muito forte é que ela nunca tinha ouvido falar em colonoscopia e não sabia que existia câncer no intestino. Chegando ao posto, primeiro não havia médico. Demorou mais de 40 dias para ela conseguir passar pelo médico, que não a examinou e receitou um vermífugo. D. Ana continuou com os sintomas e com dor. Ela voltou ao médico 3 meses depois e, dessa vez, um novo médico ouviu suas queixas e pediu uma colonoscopia. Ela aguardou numa fila por 6 meses para conseguir fazer a colonoscopia e, quando veio o resultado, D. Ana já estava com câncer colorretal com metástase no fígado. Hoje ela está em tratamento no SUS, mas não tem acesso ao melhor tratamento.

Não adianta ficarmos equilibrando um pouco essa questão da dificuldade de realmente existir uma política pública que defina, que priorize o câncer de intestino, seja pela pesquisa de sangue oculto nas fezes — com o método imunoquímico, que é a técnica mais adequada, como a Dra. Angelita falou —, seja pela disponibilização da colonoscopia, porque no desafio do paciente que já chega realmente com uma doença avançada, metastática, nós também não temos à disposição tratamentos mais atuais, como o Dr. Marcello mostrou, aqueles que oferecem mais tempo de vida, mas com qualidade de vida.

Se a D. Ana e a D. Maria tivessem tido acesso à informação sobre o câncer de intestino e seus exames preventivos, o sangue oculto e a colonoscopia, e se soubessem que o sedentarismo e a obesidade têm relação também com o câncer de intestino, teria sido diferente. Se aos 50 anos elas pudessem fazer a pesquisa de sangue oculto — a Dra. Angelita puxou essa idade para mais cedo ainda — que revelasse uma alteração, ou



um exame clínico que detectasse sintomas que possibilitassem que elas conseguissem fazer o exame de colonoscopia ainda mais rápido, todas essas histórias seriam diferentes. Nós começaríamos a não ter que falar mais lá na frente dos gastos muito extensivos realmente com o tratamento.

Nós trabalhamos com isso, então. Nós temos um documento que inclusive foi compartilhado com os senhores. Esse documento realmente retrata todos os principais problemas do câncer colorretal, com vários outros grupos juntos, com a Dra. Angelita, com a ABRAPRECI, com a AMUCC e com outras ONGs. O pessoal da AMUCC inclusive está aqui também.

Esse documento colocou dois pontos como principais para começarmos. A questão é básica, para realmente conscientizar a população sobre a doença, seus fatores de risco, quem é a população de risco. Ninguém aqui está sendo irresponsável. Nós sabemos hoje o quanto a situação do Brasil está complicada. Nós precisamos, sim, começar a tomar decisões com responsabilidade, mas também precisamos tomar decisões. Essa questão é superimportante.

Há também a discussão sobre o melhor acesso ao diagnóstico precoce. Então, como é que definimos uma política de rastreamento? Quem vai ter acesso a ela? Como vamos fazer essa discussão? Esses são os principais pontos.

Como disse a Dra. Angelita, nós participamos de uma audiência pública sobre esse tema no passado. A Patrícia Sampaio estava conosco, Dra. Maria Inez, conversou muito conosco sobre todos os desafios, e nós saímos da Comissão com alguns compromissos, que, infelizmente, não foram cumpridos. Um desses compromissos seria a formação de um grupo de trabalho. Nós discutimos sobre a necessidade de mais dados, de mais informações, para uma tomada de decisão.

Havia essa conversa sobre a existência de um grupo de trabalho para discutir todos esses pontos, principalmente a questão de dados sobre custo-efetividade. O que vale mais a pena? A Patrícia falava muito sobre isso. *"Eu preciso ter mais dados para saber se vale mais a pena tomar a decisão de começar a fazer a colonoscopia em vez de investir no sangue oculto. Preciso ter mais dados sobre isso."* E ainda esperamos a criação do PCDT — Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas. Nós ainda não temos um PCDT específico do câncer colorretal.



Nós saímos daqui com a esperança de que algumas coisas acontecessem, e agora estamos aqui de novo — não é, Dra. Angelita? —, com a mesma angústia, na esperança de que alguma coisa mude. O nosso pedido, então, é o de que haja, por parte do Governo, uma priorização ao câncer do intestino. Lembrando o que a Dra. Angelita começou falando, a prevenção salva vidas. É sobre isso que vimos aqui falar.

Muito obrigada. (*Palmas.*)

A SRA. PRESIDENTE (Carmen Zanotto. PPS - SC) - Agradeço à Luciana, que está aqui representando todo o grupo do Instituto Oncoguia, todas as instituições, a exposição. Eu quero, mais uma vez, registrar a presença da AMUCC — Associação da Mulher Catarinense Portadora de Câncer, em especial das nossas colegas de Santa Catarina, a Maria Antônia e a Maria Machado, que são do Município de Florianópolis e fazem esse trabalho. Na pessoa de vocês, cumprimento todas as entidades que apoiam as lutas do câncer.

Antes de passar a palavra para o próximo orador, preciso justificar a minha ausência. Esta audiência pública, cuja proponente fui eu e o Deputado Pestana — quero aqui agradecer a todos os colegas que a subscreveram, em especial a Deputada Raquel, que presidiu os trabalhos —, coincidiu com a audiência pública da PEC nº 1, de 2015, um projeto de emenda constitucional do Deputado Macris que busca restabelecer os recursos para a saúde. O projeto de iniciativa popular Saúde+10 teve mais de 2 milhões, porque, a partir da Emenda Constitucional nº 86, a nossa base de cálculo para gasto da União com saúde mudou. Então, só uma PEC pode restabelecer o desejo da sociedade brasileira, através de todas as entidades, dos gestores, do Conselho Nacional de Saúde.

Peço, portanto, desculpas pelo atraso. Mas já soube que todas as falas foram excelentes, o que é muito importante. Por que nós trouxemos essa demanda? Porque estamos no mês de setembro, o mês do câncer colorretal, uma pauta que é importante. Nós falamos muito do câncer de mama, do câncer de colo do útero, e começamos a falar bastante do câncer de próstata.

Muitas vezes o paciente não percebe a mudança na coloração das fezes e, quando ele a percebe, a doença já está em estágio avançado, porque não se fala do câncer do intestino com a mesma naturalidade com a qual se fala dos demais cânceres. E ele é a segunda causa de morte no mundo. No País, os dados do INCA mostram — e tenho certeza de que os expositores falaram sobre isso — que é a segunda causa de câncer



nas mulheres e a terceira nos homens. Eu estudei os dados um pouquinho antes de propor esta audiência pública.

Na condição de proponente, eu gostaria de fazer um pedido extremamente importante, que mantivéssemos essa pauta aqui na nossa Comissão de Seguridade Social e Família. Esse tema nos é tão precioso que nós chegamos a ter duas frentes parlamentares. Eu presido a Frente Parlamentar de Prevenção, Diagnóstico e Tratamento do Câncer e o Deputado Antonio Giacomini preside outra Frente. E nós nos somamos para que possamos ter essa pauta importante.

Quando propusemos a Lei dos 60 dias — ela traz um item extremamente importante, a questão dos protocolos, que nós não temos ainda —, pedimos a revisão periódica dos protocolos clínicos. Por que eu defendo a questão dos protocolos? Eu aprendi isso muito, lá atrás, com a Dra. Maria Inez Gadelha, quando eu era gestora estadual. Nós precisamos, na medicina baseada em evidência, otimizar os recursos públicos. E, na otimização dos recursos públicos, nós os aplicamos da melhor forma possível. Mas percebemos que ainda, para este tipo de câncer e outros, não temos um protocolo clínico definido. Nós precisamos não só dessa definição, mas também da incorporação do que existe de melhor no mercado, e é possível, dentro da lógica do Sistema Único de Saúde. Eu fiquei lá na audiência da PEC 1, porque sei que nós não vamos incorporar novas tecnologias em saúde, novos medicamentos, se não buscarmos garantir o recurso financeiro necessário para isso.

Acho que aqui todos estamos imbuídos nessa grande vontade de dar um tratamento mais adequado aos nossos pacientes no conjunto dos nossos Estados e Municípios. A Comissão de Seguridade Social e Família e a nossa Frente Parlamentar podem dar esse apoio, assim como o Ministério da Saúde e as entidades de classe especializadas — precisamos da demanda dos profissionais especializados na incorporação de novas tecnologias.

Ou se já estiver tudo muito bem encaminhado — e aí justifica a minha ausência durante a exposição esta minha fala —, onde está a falha? Por que o tratamento não chega para ao paciente? Se o Ministério já tem o protocolo e as diretrizes, por que lá na ponta não está funcionando? É nos Estados que nós temos que cobrar mais a divulgação e a implementação da política? É nos Municípios que temos que demandar o cumprimento daquilo que já está disponibilizado por parte do Ministério?



Perdoem-me se eu disse algo que não tenha sido coerente com o que foi colocado aqui. Mas, em especial, reafirmo: a nossa preocupação é garantir aos usuários do Sistema Único de Saúde, dos planos de saúde, à sociedade como um todo, o que tem de qualidade no mercado, buscando o custo-benefício, entendendo o momento que estamos vivendo agora, tendo inclusive um olhar para a questão da judicialização, que sabemos ser uma das formas de acesso da população, quando ela não o consegue por vias normais. Mas espero que seja reduzida a judicialização, porque avançamos. O que é avançar? É garantir o acesso a exames aos nossos usuários e definir procedimentos do Sistema Único de Saúde.

Na sequência, passo a palavra ao nosso Deputado Paulo Foletto, que é o primeiro inscrito. Agradeço a S.Exa., porque sei que deveria estar também lá na PEC 1, mas nos disse: *"Eu preciso ficar na audiência sobre o câncer"*, o que para nós é muito importante.

Com a palavra o Deputado Paulo Foletto.

O SR. PAULO FOLETTTO (PSB - ES) - Obrigado, Deputada Carmen. Quero parabenizar a todos pela exposição.

Eu, como cirurgião, sou muito objetivo. Trabalhei muitos anos em pronto-socorro e não tinha muito tempo para ficar conversando. Eu exerço pouco a medicina hoje em dia. Geralmente, recebo o doente pronto. O tempo de operar é curto, o tempo de convivência com o paciente é curto. Não faço mais grandes cirurgias. Eu me formei em 1980 e, quando fui procurar residência em São Paulo, eu cruzei na Beneficência Portuguesa com a Dra. Angelita, operando — e ela sempre foi uma referência para nós, já conhecida nos congressos. Eu ainda fazia o curso de Medicina, mas a senhora já estava operando numa sala. Eu me lembro que alguém disse: *"A Dra. Angelita está operando ali"*.

Teve um período em que nós...

A SRA. ANGELITA HABR-GAMA - Eu continuo operando ainda.

O SR. PAULO FOLETTTO (PSB - ES) - Está operando ainda, não é? Eu também estou operando ainda. Nesta semana eu operei na segunda-feira.

Passamos por um período em que os marcadores biológicos — o teste de exame de sangue, o CEA, que é o teste de acompanhamento — ganharam um destaque. Deveríamos fazer diagnósticos precoces através de marcadores biológicos. Eu não ouvi ninguém falar disso em nenhum protocolo, nem do SUS, nem do A.C.Camargo, nem a senhora. Queria saber se isso está na pauta ainda, se isso existe como algum recurso.



Dr. Marcello, sabemos que na medicina, como em qualquer outra profissão, tem gente de qualidade e gente de qualidade questionável. Eu fui gestor de plano de saúde. Antes de virar Deputado, eu fui Presidente de UNIMED. E um dos conflitos que eu vivi na gerência dos amigos, dos colegas, dos médicos, foi o seguinte: eu percebi que o tratamento do câncer tinha caminhado para uma mercantilização danada.

Eu fui chamado um dia para dissecar a veia de uma jovem com idade entre 17 e 20 anos, pré-comatosa, que tinha um osteossarcoma com obstrução dos dois ureteres. Queriam que eu dissecasse a veia para fazer a última sessão de quimioterapia. Eu me neguei. Chamei o colega e disse: *"Bicho, eu vou te botar na cadeia, porque essa doente está morrendo e você está querendo ganhar dinheiro com quimioterapia. Isso é sacanagem."*

Essa questão, principalmente com aumento de novas terapêuticas... Você disse que o terceiro remédio aumenta de 19 para 23 meses a sobrevida. Quanto custa isso? Qual é o custo-benefício? Quatro meses, em termos de real ou de dólar? Quanto custam os tratamentos com remédios novos e, depois, com os biomarcadores? A Nação, os Estados e os Municípios vivem uma situação falimentar. O Governo Federal cada vez menos quer se responsabilizar pelo tratamento da saúde. Está em curso no Supremo Tribunal Federal uma ação do Governo Federal contra uma paciente de Sergipe, que acionou o Governo Federal. Ele já morreu, e o Governo Federal seguiu com a ação para se livrar disso. Quer que isso se transforme em jurisprudência para que não seja mais acionado na Justiça por responsabilidade de nenhuma doença em nenhum paciente. Quer jogar no lombo dos Municípios e dos Estados a responsabilidade pelo tratamento do paciente.

Nos últimos 25 anos, o Governo tirou quase 30% dos investimentos em saúde; saiu de 75 para 45. É clara a posição do Governo Federal, que é o ente federado que mais tem dinheiro, mas quer ter menos responsabilidade. Eu não estou falando da Dra. Maria Inez, não, que tenha organizar as políticas públicas. O Governo é um irresponsável na questão da saúde, negligenciando recursos, fugindo da responsabilidade. Enfim, esse valor final é fundamental para a nossa realidade, só para termos uma ideia.

Uma pergunta para a Dra. Angelita: a colonoscopia deve ser feita anualmente depois dos 50 anos? Eu vou fazer 59 anos, mas fiz apenas duas até agora. Eu gostaria de saber de quanto em quanto tempo, de acordo com o protocolo, é recomendável fazer o exame de colonoscopia acima dos 50 anos?



A SRA. PRESIDENTE (Carmen Zanotto. PPS - SC) - Obrigada, Deputado Paulo Foletto.

Passo a palavra ao Deputado Sérgio Reis, que está conosco desde o começo da manhã.

Muito obrigada, Deputado Sérgio Reis.

O SR. SÉRGIO REIS (Bloco/PRB - SP) - Muito bom dia a V.Exas., aos doutores e doutoras aqui presentes. Em tempo, a senhora não respondeu à pergunta do Deputado Foletto. Depois dos 50 anos, quantas colonoscopias são recomendáveis?

A SRA. PRESIDENTE (Carmen Zanotto. PPS - SC) - Como ainda temos dois inscritos para falar — o Deputado Sérgio Reis e o Dr. Sinval —, na sequência, passaremos a palavra aos integrantes da Mesa para responderem aos questionamentos.

O SR. SÉRGIO REIS (Bloco/PRB - SP) - Hoje eu estou tendo uma aula sobre colonoscopia e intestino. Eu passo por este problema com minha esposa, que chamamos de Angelita, mas seu nome é Angela Márcia, sua xará, que teve de fazer uma cirurgia complexa para retirar 30% do intestino grosso. Ela ficou com o abdome parecido com o de uma grávida de 7 meses. Eu disse: eu vou ser pai aos 75 anos!

Na cirurgia, houve a necessidade de abrir o abdome, já que a cirurgia não pôde ser realizada por meio de videolaparoscopia. É realmente como vocês falam: as pessoas não se cuidam, portanto não têm ideia do que está acontecendo com a própria saúde. Fala-se em colonoscopia como se fala em toque de próstata. Há a necessidade de fazer o toque de próstata. Mas alguns dizem: "*Ah, não faço!*"

Eu tive um motorista, nordestino, chamado Tenório. Eu o levei ao meu urologista para fazer o exame. Já estava com 65 anos, mas nunca tinha feito o toque de próstata. Eu o chamei para irmos ao meu médico. Ele foi, mesmo muito bravo. Foi engraçado, porque nós o deixamos por último. Quando ele saiu, estávamos eu e meu primo Carlos. Nós perguntamos: "*E, aí, Tenório, como foi?*" Ele respondeu: "*Perdi minha dignidade*". Ninguém tinha feito o toque nele ainda. Mas, como nordestino, ele concluiu que havia perdido a dignidade. Essa ideia tem que acabar. Nós temos que orientar melhor o povo. Com esforço, nós vamos conseguir isso.

Todo mundo tem pólipos no intestino. Eu tenho, todo mundo tem. Qual a incidência de câncer quando se tem pólipos no intestino? Como fazemos para cuidar disso? Eu gostaria de saber disso depois. Eu peço uma orientação para eu passá-la para a frente,



porque eu sou enjoado quando se trata de informações sobre o câncer. Eu vivo essa situação. Não sou médico, não estudei, mas, por causa do nosso Hospital do Câncer de Barretos, eu fiquei conhecendo tudo. Como eu quero saber o que acontece, levo muitos pacientes para lá. Eu perdi muitos amigos, mas já salvei muitas vidas. Eu perdi alguns amigos porque eles não receberam orientação, porque faltaram medicamentos ou hospitais públicos, pois as pessoas não têm aonde ir. Quem não tem dinheiro para pagar um plano de saúde quebra, morre. Isso não tem jeito!

Nós temos que dar um rumo a esta questão. Não adianta o Governo querer jogar a responsabilidade para o Estado ou para o Município. O Governo Federal é que é responsável, e nós vamos bater de frente. Eu estou aqui para devolver ao meu povo o amor e o carinho que recebi durante meus 55 anos de carreira brilhante.

Já estava na hora de eu procurar melhorar um pouco mais a situação dele. Doe 4 anos da minha vida vindo aqui, parando as coisas que eu fazia, mas acho que era minha obrigação moral, como ser humano. Eu sei das dificuldades que existem. Os amigos já sabem que eu sou do Hospital do Câncer de Barretos. Como não temos mais lugares, estão abrindo espaços em outros hospitais. Todo dia é uma luta.

Dra. Angelita, eu fui muito amigo do Antônio Ermírio de Moraes, e sou amigo da família da lusitana. O Sr. José e o pessoal da lusitana é que deu início ao hospital. Então, é muito difícil e triste saber que os médicos têm dificuldades, que os pacientes estão morrendo, e ninguém faz nada. Nós temos que dar um jeito. É preciso sentar com essa gente. Eu quero falar com o Ministro da Saúde, mas não consigo me sentar diante dele! Mas ele vai ter que olhar nos meus olhos, e eu vou dizer a verdade a ele. Vou perguntar: o que o senhor veio fazer aqui? O que o senhor pode fazer aqui? O que ele vai fazer para mim? Eu tenho 75 anos de idade, sou um homem de moral limpa. Venho aqui para ajudar o pessoal na saúde, para meu povo não morrer. E o Governo não faz nada? Alguém tem que me dar uma satisfação!

Por isso, estou nesta Comissão. Tenho certeza de que vou ajudar vocês no que precisarmos. Estou aprendendo com os médicos que fazem parte da nossa Comissão.

Parabéns! V.Exas. são abençoados! V.Exas. lidam com a vida humana, com o semelhante. Não são como advogados, que só fazem sacanagem: para ganhar uma causa, sacaneiam o outro lado. Eles ganham aqui, mas o outro coitado, que não tem como pagar, perde. Os médicos são diferentes.



Muito obrigado.

A SRA. PRESIDENTE (Carmen Zanotto. PPS - SC) - Obrigada, Deputado Sérgio Reis. V.Exa. é muito importante para os Parlamentares desta Comissão e para nós que lutamos contra as causas do câncer. A cada semana, conhecemos mais o trabalho de V.Exa. com relação às instituições que prestam serviço e atendimento aos pacientes com câncer.

Dando sequência à audiência, passo a palavra ao Deputado Dr. Sinval Malheiros, do PV de São Paulo, para suas considerações.

O SR. DR. SINVAL MALHEIROS (PODE - SP) - Gostaria de cumprimentar todos os presentes, principalmente a Deputada Carmen Zanotto, pela ideia magnífica de organizar uma Mesa deste nível, que será muito útil à nossa população. Saúdo os Deputados presentes, além dos Deputados Paulo Foletto e Sérgio Reis. O Deputado Sérgio Reis não é médico, mas é um homem de grande sensibilidade, que percebe as necessidades do nosso povo.

Nós temos que reunir forças para beneficiar nossa população.

Como eu estava na Comissão de Orçamento, acabei chegando um pouco tarde. Acho que orçamento é a base de tudo, e a melhoria no sistema de saúde brasileiro tem que começar pelo orçamento, que deve ser bem estruturado. Ideias existem, são maravilhosas, mas precisam ser pagas. Por isso, em conjunto com a Deputada Carmen Zanotto e outros amigos, estamos lutando muito pelo orçamento. O Governo tem que ver com carinho a questão do orçamento. Do contrário, não conseguirá oferecer a saúde que nosso povo merece.

Muitos aqui disseram palavras muito bonitas, como: *"O brasileiro paga imposto de país de Primeiro Mundo, mas o que o Governo lhe dá é coisa de país de Terceiro Mundo"*. Isso não é justo, de maneira alguma! Como o Deputado Sérgio Reis dizia, quem pega um cargo na área da saúde tem que desempenhá-lo bem, até por obrigação cristã, se formos analisar, porque o povo não pode pagar por algo que não é justo.

Vou depois assistir à gravação feita pela Câmara para saber o que todos disseram.

Não posso deixar de externar minha imensa alegria de ver a Dra. Angelita Habr-Gama. Eu fiz residência no Hospital do Servidor Público Estadual, em São Paulo, no qual o Prof. Paulo Piratininga Jatobá, um grande homem, atuava. Ele faleceu, mas tenho certeza de que deixou grandes realizações para a população de São Paulo. A Dra.



Angelita era a inspiradora do Dr. Paulo, ela estava em todas as referências que ele fazia sobre um bom médico, sobre um bom profissional na cirurgia coloproctológica. Não só em São Paulo, mas em todo o Brasil e talvez em alguns lugares do mundo, já se ouviu falar sobre ela.

Eu queria saber o segredo da Dra. Angelita, porque ela está sempre do mesmo jeito. Havia muitos anos que eu não a via. Hoje a vejo elegante dizer que ainda opera. Ela tem muito amor pela profissão. Talvez seja isso que a rejuvenesça.

Queria agradecer a esta Mesa e prometer que os Deputados vamos agir. Como o Deputado Sérgio Reis muito bem disse, nós temos que brigar com o Ministro, com a Presidente, com quem quer que seja, para que a saúde seja valorizada, já que se trata de um direito básico. A Constituição Federal dispõe que a saúde é dever do Estado e a União tem que fornecer todo o necessário. A saúde tem que participar da mesa de negociações de qualquer ato orçamentário do País, mas a coisa não vem sendo colocada desta forma. A saúde tem que fazer parte do orçamento, tem que ser discutida, para que seja uma prioridade e, assim, a Nação brasileira se beneficie com tudo isso.

Era apenas isso que eu queria dizer.

Muito obrigado.

A SRA. PRESIDENTE (Carmen Zanotto. PPS - SC) - Obrigada, Deputado Dr. Sival.

A seguir, passarei a palavra aos nossos expositores, para responderem aos questionamentos e fazerem suas considerações finais. Se tivermos as respostas antes do início da Ordem do Dia, como uma entidade pediu a palavra para se manifestar, abriremos a palavra.

Registro a presença da Sra. Kátia Baldini, do Núcleo Assistencial para Pessoas com Câncer — NASPEC da Bahia. Seja bem-vinda! Agradecemos por estar conosco.

Tem a palavra a Dra. Maria Inez Gadelha.

A SRA. MARIA INEZ PORDEUS GADELHA - Sra. Presidente, ao tecer minhas considerações, vou seguir uma sequência, até terminar com as palavras do Deputado Sérgio Reis.

A primeira coisa a informar é que existe, sim, o protocolo de câncer colorretal. Ele foi publicado para consulta pública em 2010, diante da necessidade de incorporar determinados procedimentos cirúrgicos relacionados a metástases hepáticas na tabela do



SUS. As contribuições foram tão volumosas, que o texto final do protocolo foi publicado em 2012. Por conta da incorporação, em 2013, do PET-CT pela CONITEC, ele foi atualizado em 2014.

É necessário fazer a discussão do que chamamos e publicamos no Ministério da Saúde de Cadernos de Atenção Básica. Nos Cadernos de Atenção Básica, coletam-se exatamente todas as evidências e trata-se das ações e serviços de saúde que devem ser prestados visando ao rastreamento e à detecção precoce.

Com relação aos medicamentos mais modernos, sugiro que leiam o relatório da CONITEC de setembro, deste mês, sobre o cetuximabe. O Cetuximabe foi avaliado pela CONITEC, que atende a demanda, mas, de acordo com a lei, não toma a iniciativa. Ela não é proativa, mas atende a demanda. A CONITEC analisou a questão do Cetuximabe. É impressionante, quando coletamos todas as evidências, aquilo que os estudos de pequeno ou estudos isolados, ou mesmo a propaganda do laboratório, o estudo pivotal, aquele que deu origem, que autorizou o registro, não corresponde. Então, esta é a sugestão que faço sobre este ponto.

Quanto ao Panitumumabe e ao Bevacizumabe, eles nunca foram pautados na comissão para análise. Quanto aos tratamentos disponíveis no SUS, devemos reconhecer, existe na saúde um problema muito sério de informação, não somente de informação para a saúde, mas também de informação sobre o funcionamento do sistema de saúde, até mesmo da saúde suplementar. Muitas vezes, na saúde suplementar, o usuário é surpreendido por não ter algo estipulado no contrato — falta informação. O SUS abarca a totalidade da população brasileira. Abarca mesmo a totalidade da população? Sim, em transplante, sangue, política de vacinação, vigilância sanitária, em 98% da terapia renal substitutiva. Temos grandes programas nacionais oferecidos à população. São estes que funcionam melhor, os que menos se judicializam ou quase não se judicializam.

É muito importante entender como o SUS funciona. Eu sempre ouço, em qualquer discussão de que participo, falarem sobre os tratamentos disponíveis no SUS. O SUS disponibiliza todos os tratamentos necessários para o câncer: o procedimento cirúrgico em diversas especialidades, radioterapia, quimioterapia, terapia de suporte para quimioterapia e radioterapia, iodoterapia do carcinoma diferenciado da tireoide, ou seja, tudo!



Em se tratando de quimioterapia, o SUS produz mais de 2 milhões e 800 mil procedimentos por ano. Em 2014, o SUS superou 2 milhões e 800 mil. A produção alcançou mais de 2 bilhões e 100 milhões de reais. Ela é crescente: nunca baixou, é sempre progressiva. O grande problema de entendimento é que compete ao hospital fazer a conduta quando ela não é protocolada pelo Ministério da Saúde. Em alguns casos, nós a protocolamos e estabelecemos como deve ser. No caso do intestino, não há conduta protocolada, há apenas diretrizes que estabelecem o que é válido e o que não é válido fazer. Os hospitais fazem suas condutas. A partir delas, para que haja atendimento, eles padronizam seus métodos, os medicamentos, tratam o doente e são ressarcidos conforme a situação tumoral e a finalidade do tratamento. Como o Dr. Marcello bem mostrou, trata-se de um procedimento paliativo, prévio à cirurgia. Portanto, há toda esta classificação. Situação semelhante ocorreu, por exemplo, no caso do câncer de mama, com trastuzumabe. Quando a CONITEC avalia e aprova uma incorporação, tudo é incorporado, inclusive o biomarcador necessário. Este foi o caso do exame para a medição do HR2, aquele marcador. Uma coisa, portanto, está acoplada a outra.

Além disso, outra coisa que não entendemos é que o SUS não trabalha apenas com tabela. A tabela do SUS é um referencial, e os hospitais que integram o SUS não são, na maioria, de natureza pública. É muito difícil as pessoas enxergarem isso. Na alta complexidade, como na oncologia, quase 90% dos hospitais de natureza não pública atendem pelo SUS, mas a maioria deles é filantrópica, como o Hospital de Câncer de Barretos, que o senhor tanto citou. Por serem filantrópicos, estes hospitais, além de receberem pela tabela de procedimentos, recebem todo o tipo de isenção e renúncia e, por meio de convênios, também recebem equipamentos. É interessante, mas eles recebem estes equipamentos e, ao atenderem o doente, o próprio Governo paga pela sua produção.

Eu acho que precisamos discutir, do ponto de vista técnico, com as várias nuances, como prevenção, detecção, tratamento, conforme as ações e serviços necessários. Não sei se os senhores recordam, mas no primeiro eslaide constava propaganda, informação, porque, para cada ação ou finalidade do serviço, há ações correlatas que precisamos avançar. Neste ponto, eu concordo plenamente quando se fala do nosso grave problema de informação e divulgação.



Com relação ao que a Dra. Angelita falou, não podemos comparar o gasto de um doente com o gasto com prevenção. Quando se faz a conta, o gasto é praticamente o mesmo. A questão não é apenas econômica, porque o ato cirúrgico é único e individual. O ato de detecção não é único: ele tem uma peremptividade. Ele se repete e se aplica à população.

Desta forma, quando se bate na questão do gasto, se fosse uma questão de gasto, seria muito simples resolver porque, quando fazemos o gasto da prevenção com o gasto do tratamento individual, somando todos os casos e somando o gasto, simplesmente bate com o outro. A questão é a seguinte: qual a melhor política a ser adotada? Que política produz um resultado final realmente adequado?

Eu chamo a atenção para o fato de que cerca de 75% dos casos de câncer de colo retal e intestino, o intestino grosso, são esporádicos — eles não estão associados a grupo de risco. Nesta discussão, muito necessária e pertinente, surge a questão: vamos trabalhar o grupo de risco? Aí faz sentido. Deputado Sérgio, dependendo desse "ene", com nós chamamos em matemática e em estatística, nós teremos diferentes percentuais de incidência ou taxas de incidência. Se considerarmos a população geral, o "ene" é enorme. No Brasil, excetuando-se os velhos e as crianças, talvez cheguemos a 150 milhões de pessoas. A população de risco já é mais restrita. Aquela que a Dra. Angelita mostrou no programa do Hospital Oswaldo Cruz, âmbito do Programa de Apoio e Fomento à Pesquisa — PROAF, e daí termos feito a análise do projeto, inclusive aprovado como uma avaliação, é resultado de grupo de risco. Portanto, a incidência ou taxa vai aumentar com relação à população geral e mais ainda quando há uma série de casos. Quando há uma série de casos em que não houve nenhuma peneiragem, já é o caso. Aí é que vai haver muito risco.

Esta visão é necessária para ver não só o alcance daquela ação ou serviço de saúde, mas também o quanto vamos trabalhar. Neste caso, Deputado Sinval, vem a questão de quanto vai custar, que vai depender do que se está procurando. É por isso que é preciso ter uma boa base teórica e científica, além de uma boa base de evidência.

Quanto ao atendimento qualificado, há um grande desafio. Nós temos, nos casos que a Dra. Luciana nos mostrou, que a maioria dos pacientes passou por vários médicos, ou seja, houve acesso. A falha não está apenas no acesso, mas também nas situações



em que, quando há acesso, se encontra um profissional de saúde desqualificado. Isso aumenta muito o desafio.

Outra coisa é que a formação do grupo de trabalho não ocorreu até agora. Eu não sei se os senhores sabem, mas a Dra. Patrícia já não está na coordenação. Ela foi para os Estados Unidos exatamente para se aprofundar na questão da validade de evidência e programas populacionais. Quando a Dra. Patrícia voltou da última reunião, eu falei a ela que precisávamos discutir melhor, porque, se queremos caminhar juntos, como disse o Dr. Marcello, o melhor caminho é juntar todo o conhecimento que aqui está com a Dra. Angelita e nos hospitais em que ela trabalha, no Ministério da Saúde, no Instituto Nacional do Câncer, nos grandes hospitais do Brasil, e levar para a instância em que discute este assunto ampla e tecnicamente: a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS — CONITEC.

A própria associação e o Instituto Oncoguia, Dra. Angelita, assim como o Hospital A.C.Camargo e esta Comissão podem pautar, mas é preciso haver demanda. Eis a sugestão que eu faço, Deputada Carmen Zanotto: a partir de uma pauta na CONITEC, conforme o rito administrativo determinado em lei, sugiro discutirmos estes pontos, como já discutimos muitos outros, tanto do ponto de vista da tecnologia e do medicamento, no caso do Cetuximabe, como do programa populacional. Será feita uma avaliação do que for apresentado à Comissão. Em se fazendo a avaliação, publica-se em consulta pública e, em se publicando em consulta pública, avaliam-se todas as contribuições e faz-se o relatório final.

Eu acho que hoje o Brasil, ao lado da Noruega, da Austrália, do Canadá, da França, do Reino Unido, dispõe de uma instância já bastante qualificada e bastante reconhecida internacionalmente. Esta questão pode ser levada e certamente vai contribuir muito para uma decisão de política pública, desde a prevenção até a reabilitação, porque há muitos outros problemas em câncer de intestino. Há a questão do colostomizado, o uso e a distribuição da bolsa de colostomia. É muita coisa! Não é somente isso. O câncer tem que ser visto como um todo.

Para os senhores terem ideia, a cirurgia contribui para quase metade do resultado no tratamento do câncer; a radioterapia contribui para cerca de 40%; e a quimioterapia fica em torno de 11%. Portanto, se focarmos o tratamento numa só modalidade, estaremos correndo o risco de não somar todos estes resultados. Como o Dr. Marcello



falou muito bem, há muito tempo a oncologia não tem resultado acima de 10%. Isso acontecia quando não havia remédio nos anos 60. Dos anos 90 para cá, quando se obteve acesso a remédios, por exemplo, na adjuvância do câncer de mama, não se obteve acesso mais do que 2%. No entanto, esses resultados, como bem chamou a atenção o Dr. Marcello, vão se somando, mas, isoladamente, não têm o menor significado.

Eu deixo a questão da periodicidade para a Dra. Angelita abordar.

O SR. SÉRGIO REIS (Bloco/PRB - SP) - A senhora falou do câncer de mama e que normalmente a paciente, depois da cirurgia, tem que tomar o Tamoxifeno. Antes, a paciente tomava o remédio por 5 anos. Agora, parece, são 7 anos. O SUS orienta estas pacientes?

A SRA. MARIA INEZ PORDEUS GADELHA - Sim.

O SR. SÉRGIO REIS (Bloco/PRB - SP) - E fornece o remédio?

A SRA. MARIA INEZ PORDEUS GADELHA - Sim, há muito tempo. Nossa tabela de procedimentos passou por uma grande atualização pós-INAMPS, em 1993. A Lei do SUS é de 1991.

O SR. SÉRGIO REIS (Bloco/PRB - SP) - Mas agora o Tamoxifeno passou para 7 anos?

A SRA. MARIA INEZ PORDEUS GADELHA - Neste caso, depende da conduta hospitalar, do grau de risco da doente. O mínimo são 5 anos.

O SR. SÉRGIO REIS (Bloco/PRB - SP) - Depende do médico. Como diz o ditado, Deus fez um médico, o diabo fez dois. Se ele pegar um desses que ele pegou e queria prender, no caso a mulher que ia fazer a cirurgia, nós estaremos perdidos.

A SRA. MARIA INEZ PORDEUS GADELHA - Para o senhor ter ideia, Deputado, na tabela do SUS, por exemplo, o ressarcimento deste tratamento mensal de 30 comprimidos, com 1 comprimido por dia, são 89 reais e 75 centavos. Hoje os hospitais compram até por 4 reais. A partir do momento em que se modificou a lei, a oferta, vão dizer: "*A gente vai ajustar para 4 reais*"? Não, porque a visão não é a visão de um item: é a visão global. Se não dermos uma assistência global, se não fizermos um planejamento ou atendimento global, certamente aquela ação isolada vai resultar em desperdício de recurso público.



A SRA. PRESIDENTE (Carmen Zanotto. PPS - SC) - Obrigada, Dra. Maria Inez Gadelha.

Está inscrita a Deputada Raquel Muniz, que subscreveu o requerimento e presidiu o início dos trabalhos. Vou conceder a palavra a S.Exa., antes de passá-la ao Dr. Marcello para suas considerações e respostas, e ao Dr. Jorge Silva, que conosco segurou a audiência pública do Saúde +10.

Concedo a palavra à Deputada Raquel Muniz, de Minas Gerais.

A SRA. RAQUEL MUNIZ (Bloco/PSD - MG) - Quero saudar nossa Deputa Carmen Zanotto, autora do requerimento, e dizer da alegria que tive em presidir esta Mesa, com importantes pessoas que trabalham na prevenção do câncer de intestino.

A partir desta audiência, Deputada Carmen Zanotto, posso dizer que levo para meu Município, que já tem quase 120 unidades no Programa Saúde da Família, a sugestão de implantar a prevenção. Fui Secretária do Município e vou levar esta sugestão para nosso Prefeito de Montes Claros.

Quero contar com a colaboração de vocês e das instituições que representam, para que Montes Claros, onde nasceu o SUS, dê uma resposta neste momento de maioria do SUS. Quero agradecer a cada um dos palestrantes, à Maria Inez, ao Marcello, à Angelita e à Luciana.

Dra. Luciana, o Instituto Oncoguia pode contar conosco! Acho que foi amor à primeira vista, desde aquele fórum sobre câncer de ovário, que vocês realizaram aqui, tão importante para as mulheres! Acho que a Deputada Carmen concorda que este é outro desafio que temos a vencer.

Aproveito a ocasião para dizer à nossa representante do Ministério da Saúde, a Dra. Maria Inez, que o Ministério buscará ouvir esta Comissão. Tenho certeza de que os Deputados que estivemos aqui a manhã inteira, Deputada Carmen, vamos levar para nosso Presidente, o Deputado Antonio Brito, a necessidade de esta Câmara assumir isso, não só com a fala, nesta Comissão, no plenário, mas também com medidas efetivas. Já conversei com alguns Deputados para cobrarmos do Ministério e o Brasil inteiro nos ver à frente da Bolívia e de outros países, em se tratando de prevenção do câncer de intestino.

Espero que, juntos, consigamos resolver o problema da saúde no Brasil. Eu acho que solução existe, e a solução está em cada um de nós.

Muito obrigada.



Parabéns!

A SRA. PRESIDENTE (Carmen Zanotto. PPS - SC) - Obrigada, Deputada Raquel Muniz.

Nosso Presidente já chegou ao plenário, iniciou a Ordem do Dia, mas precisamos ouvir os demais membros da Mesa.

Concedo a palavra ao Deputado Dr. Jorge Silva.

O SR. DR. JORGE SILVA (SOLIDARIEDADE - ES) - Obrigado, Deputada Carmen Zanotto.

Serei rápido, Sra. Presidente. Quero apenas cumprimentá-la pela qualidade desta audiência. Tive a oportunidade de passar rapidamente aqui. Infelizmente, nós somos o que eu chamo Deputado "beija-flor": chegamos, damos um beijinho e temos que sair para outras ações.

Quero cumprimentar a Dra. Luciana pelo belo trabalho que faz, sempre presente nesta Casa, sempre atuante à frente do Instituto Oncoguia, e o Dr. Marcello, pela bela palestra, a quem peço que aborde dois pontos. Primeiro, a dificuldade que há entre o diagnóstico precoce e o rastreamento. Isso me dá o sentimento de conflito em relação a quando se faz o rastreamento. Quando se trata de rastreamento, o exame de diagnóstico é barato. Seria isso? E o exame de diagnóstico precoce é caro. Não sei.

Quero cumprimentar a Dra. Gadelha, representante do Ministério da Saúde, e a Dra. Angelita, que tenho o prazer de reencontrar depois de tantos anos. Nós tivemos a oportunidade — O Deputado Sival é da minha época — de termos sido residentes e de participarmos, no início da carreira, com a Dra. Angelita, do Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo.

Em se tratando de prevenção, nós rodamos, rodamos e chegamos à conclusão de que prevenir é melhor que remediar. Acho que, para a formação dos nossos médicos do Programa Saúde da Família, a orientação é que eles tenham cada vez mais conhecimento para fazerem o diagnóstico precoce e, assim, possamos evitar cirurgias caras, radioterapia, quimioterapia e todos esses remédios.

Investir em prevenção é a solução não só para este tipo de câncer, mas para todos os cânceres que estão por aí.

Parabéns pela audiência!

Muito obrigado.



A SRA. PRESIDENTE (Carmen Zanotto. PPS - SC) - Obrigada, Deputado Dr. Jorge Silva.

Tem a palavra o Dr. Marcello Fanelli. (*Pausa.*)

O SR. DR. JORGE SILVA (SOLIDARIEDADE - ES) - Só um minutinho, Sra. Presidente.

Dr. Fanelli, eu não tenho ouvido falar de crise no Hospital A.C.Camargo. Nós ouvimos falar de crise no Instituto Nacional de Câncer, nos hospitais filantrópicos, e o Hospital A.C.Camargo, ao que me parece, está fora desta crise. É real isso?

O SR. MARCELLO FANELLI - Não, não é real.

Bem, vou começar respondendo ao questionamento anterior, para não perder a sequência.

Primeiro, é importante lembrar que o tratamento de câncer normalmente é complexo, e só temos noção do que vai acontecer com o paciente a partir do momento em que temos, por exemplo, uma biópsia, um procedimento inicial. Daí a necessidade de termos centros de referência organizados pelo País afora, para que todo tratamento seja protocolado e tudo funcione com base numa regra. Não dá para tratar o câncer como doença de consultório ou com condutas individuais. Tudo isso tem que ser orquestrado e tem que estar organizado para evitar procedimentos desnecessários e ineficazes.

O que nós fazemos normalmente em casos mais complexos são discussões multidisciplinares, reuniões departamentais, para que não exista conduta equivocada quanto à indicação dos procedimentos terapêuticos. Além disso, obviamente, trabalhamos pautados pela racionalização do SUS. A partir do momento em que tivermos uma situação organizada como esta, talvez passemos a otimizar os recursos e a ter resultados mais relevantes.

Eu acho que a reflexão principal é compreender o problema estrutural que norteia o tratamento do câncer, até mesmo em se tratando do mercantilismo existente na oncologia. Isso, obviamente, é ruim, existe e precisamos nos esforçar para que acabe. Na verdade, a estruturação desta sociedade de tratamento de câncer precisa acontecer, para que esta situação não continue.

O SR. PAULO FOLETTI (PSB - ES) - O senhor acha que nossos órgãos de fiscalização — CFM e CRM, por exemplo — se envolvem na medida necessária?



O SR. MARCELLO FANELLI - Não. Não existe isso. Não existe fiscalização nenhuma, e muitos dos procedimentos acabam ficando na consciência de cada um. Nossa sociedade ainda não está organizada a esse ponto, infelizmente.

Outra coisa que é preciso lembrar diz respeito à política dos 60 dias. Quando começamos a contar os 60 dias, a partir do momento em que o paciente entra na estrutura ou recebe o diagnóstico de câncer, ele tem 60 dias para iniciar o tratamento. O problema é o que vem atrás, o tempo que o paciente demorou para fazer o diagnóstico. Neste caso, talvez tenhamos um impacto enorme em tudo o que faremos depois. A estrutura necessária para fazer o diagnóstico do câncer e a estrutura necessária para encaminhar o paciente a uma terapêutica realmente efetiva têm que ser questionadas como um todo.

Quando olhamos 60 dias para a frente do diagnóstico, muita água passou por baixo da ponte. Este é um ponto importante.

A partir do momento em que se faz o diagnóstico, qual estrutura temos hoje para tratar e receber este paciente direito? Quanto tempo este paciente vai esperar na fila de cirurgia? Quanto tempo vai esperar na fila para os exames pré-operatórios? Há anestesista disponível? Qual é a condição do centro cirúrgico? Quanto tempo vai demorar para fazer a biópsia? Quanto tempo vai demorar para voltar com o resultado da biópsia para, então, começar o tratamento? Existe um problema estrutural muito complexo que precisa ser discutido de maneira forte. Não adianta ter determinação se não temos a estrutura adequada para fazer com que esses 60 dias realmente funcionem.

Em relação ao acesso aos medicamentos, temos uma política absolutamente acertada por parte do Ministério, no que diz respeito à incorporação dos novos medicamentos na prática clínica. Normalmente isso é acertado. Em tempos mais recentes, o que temos observado, porém, é que esta incorporação está se tornando lenta. Existe um *gap* muito grande em relação às possibilidades de tratamento e aos conceitos com que trabalhamos. É lógico que o recurso é finito e isso tem que ser otimizado.

Entretanto, aquilo que está definido no Brasil, que podemos utilizar, na minha opinião, tem que servir para Pedro e tem que servir para Paulo. Se serve para o dono da fábrica, tem que servir para o empregado na produção. Não é porque o paciente tem convênio privado que ele tem determinado tipo de remédio e não é porque ele é paciente do SUS que ele não tem remédio. O fato determinante talvez seja o seguinte: podemos



curar ou não podemos curar? Quanto é importante para o indivíduo viver mais ou viver menos?

Eu tive uma paciente de 45 anos que fez o diagnóstico de uma doença metastática. Ela tinha uma filha de 15 anos e me disse: *"Doutor, a única coisa que eu quero é ver minha filha entrar na faculdade. Será que eu consigo viver 3 anos?"* Para ela, era muito importante viver 3 anos. Quanto custa viver 2 anos, 3 anos ou 5 anos a mais? A expectativa da pessoa em relação ao que vai acontecer com ela, em relação à doença e ao acesso do paciente é uma. A expectativa do médico é outra. A expectativa do gestor é ainda diferente. Conciliar tudo isto realmente é difícil. Nós entendemos a dificuldade disso tudo. Entretanto, quando estamos frente a frente com um paciente que precisa de algo a mais para viver um período a mais, nós não conseguimos definir ou dizer a ele: *"Não, o senhor é do SUS. O senhor não tem este direito"*.

Nós entendemos as tabelas APAC, porque o Sistema SUS para tratamento de câncer, quando o paciente está dentro, funciona muito melhor que muitos convênios que nós temos. Nós temos que reconhecer isso. Talvez este seja um modelo de funcionamento muito eficaz, muito eficiente, embora precise de aprimoramento.

Como a Dra. Inez disse em relação ao HR2, nós demoramos 10 anos para que o HR2 fosse incorporado ao tratamento do câncer de mama metastático. Em São Paulo, isso começou agora. Há medicamentos que merecem uma apreciação mais ágil, mais imediata, porque o benefício acaba sendo realmente significativo. Não estou dizendo que nada funciona. Não é isso. Isso funciona, e para muita coisa. Mas alguns ajustes precisam ser feitos dentro de toda esta política.

No caso do diagnóstico precoce e do rastreamento, temos o seguinte. O rastreamento é um termo que vamos aplicar para pacientes que não têm sintoma nenhum, para uma população predefinida, para uma população geral predefinida. Quanto ao diagnóstico precoce, o paciente já tem algum tipo de sintoma, existe algum exame definido e já está na literatura, para que aquele diagnóstico aconteça no tempo ideal, e a cura seja realmente mais importante.

Em relação ao Hospital A.C. Camargo, talvez esta seja uma situação diferente, porque se trata de uma fundação. Nós atendemos o privado e o público dentro do hospital, mas, mesmo assim, nós passamos por dificuldades. Não se trata de uma situação isenta de problemas.



A SRA. PRESIDENTE (Carmen Zanotto. PPS - SC) - Obrigada, Dr. Marcello.

Passo a palavra à Dra. Angelita Habr-Gama, para suas considerações e respostas. É uma alegria tê-la conosco mais uma vez! Muito obrigada.

A SRA. ANGELITA HABR-GAMA - É uma honra estar aqui numa oportunidade única. Vou procurar ser bem sucinta.

Eu vou responder à questão relacionada ao CEA, usado como método só de estadiamento e de seguimento. Ele não é usado como método de rastreamento, porque só ocorre quando o tumor é muito grande ou quando há metástase.

Em relação à realização da colonoscopia, uma vez esta desfeita, se for normal, não deve ser repetida anualmente, porque, como nós mostramos, o aparecimento de um pólipolo e sua degeneração se faz em um período longo. Só excepcionalmente devem ser feitas as colonoscopias mais amiúde, quando a doença procede de uma família de alta incidência de câncer, basicamente quando o câncer se instalou em idade muito jovem. Nessas condições, nós repetimos o exame com maior frequência, mas, como muitos colegas o estão fazendo anualmente, isso é desnecessário, a menos que a pessoa que retira um, dois, três ou quatro pólipos precise fazer sangramento com colonoscopias mais repetidas. Mas quando a colonoscopia é normal, o tempo mínimo habitualmente são 5 anos.

Isso já é uma economia para qualquer plano de rastreamento. Essa ideia precisa ser difundida, porque há excessos. Há pessoas pedindo colonoscopia a cada 6 meses. Qual é a incidência de exame quando o pólipo é degenerado? Quando se retiram pólipos, a taxa de degeneração não ultrapassa 12% a 15%. Quando se retiram pólipos, a maioria deles é benigno. Mas, quando eles são degenerados, dependendo do tipo de relatório que o patologista nos dá, nós podemos fazer uma colonoscopia após 3 meses ou já, de imediato, e indicar uma cirurgia. Isso tudo depende do tipo de pólipos nesse quadro, da história familiar do doente e, particularmente, do entrosamento entre o oncologista, o cirurgião e o patologista.

Cada vez mais, como já foi dito, a medicina é multidisciplinar. Para se trabalhar bem hoje em dia, há que se ter um grupo: oncologistas, radioterapeutas, cirurgiões, gastroenterologistas, endoscopistas, patologistas e radiologistas. E nós temos que discutir e seguir os casos a bem dos doentes.

Muito obrigada.



A SRA. PRESIDENTE (Carmen Zanotto. PPS - SC) - Obrigada, Dra. Angelita.

Na sequência, eu passo a palavra à Luciana, para que faça as suas considerações.

A SRA. LUCIANA HOLTZ - Eu vou aproveitar esta oportunidade para fazer uma pergunta à Dra. Maria Inez.

Eu vou aproveitar que a senhora deu o exemplo do cetuximabe. Nós vimos também aprendendo. Sem dúvida nenhuma, houve um grande ganho para nós com a criação da CONITEC, porque este comitê realmente avalia a incorporação das novas tecnologias no SUS hoje.

Eu fiquei com uma dúvida, Dra. Maria Inez, com relação ao seu comentário que trata do cetuximabe.

Eu gostaria de aproveitar...

(Intervenção fora do microfone.)

A SRA. LUCIANA HOLTZ - Na verdade, aproveitando o gancho, eu queria que a senhora explicasse um pouquinho melhor o assunto referente ao exemplo do cetuximabe. Pelo que eu me lembro, quando a consulta pública saiu, existia uma discussão de que a droga não era custo-efetiva para realmente ser incorporada ao SUS, dentro da situação que foi pedida no momento da incorporação.

Eu vou fazer uma pergunta à senhora, Dra. Maria Inez. E eu acho que é um pouco do que nós estamos sentindo falta, neste momento, quando a CONITEC está tomando a decisão, avaliando os dados. Nós temos entendido que, se está dizendo que a droga não é custo-efetiva, está-se dizendo que ela é boa, mas ela é cara.

E eu acho que, neste caso, as perguntas são: o que é caro? É caro quanto? Quando nós vamos ter que parar para decidir e definir este limite? Se é boa, mas cara, por que não se conversar com o laboratório e dizer: *"Olha, você está me pedindo 20, mas eu tenho 2. Você faz por 2?"*

Eu estou pensando um pouco assim, sabe? Se é para se ter disponível ou não, se nós queremos realmente, se a tecnologia é importante e vai fazer diferença... Eu estou aqui com o Dr. Marcello, e ele está falando que, num determinado momento, a terapia de conversão é importante sim. Por que não dá para ter esse momento na CONITEC, Dra. Maria Inez? Isso deveria ser inclusive aberto, para a sociedade saber e também para ajudarmos a pressionar o dono do produto, para que ele faça aquele medicamento um



pouco mais barato. Eu acho que isso é um pouco do que vimos aprendendo com a CONITEC.

Com relação ao pedido de incorporação, eu entendi que seria ou do sangue oculto, ou da colonoscopia, com o (*ininteligível*). Eu acho que isso seria superimportante, como também, de repente, sairmos daqui com o compromisso de retomar o grupo de trabalho, para que consigamos realmente fazer algum tipo de priorização em relação ao câncer de intestino.

A SRA. PRESIDENTE (Carmen Zanotto. PPS - SC) - Obrigada, Dra. Luciana.

Eu vou passar a palavra à Dra. Maria Inez, para que ela possa responder, mas, antes, rapidamente, eu gostaria de dizer que eu já estive do lado de lá, como gestora, e tive que aprender a ouvir.

Há 15 dias, estávamos numa audiência pública sobre o câncer, exatamente como o Dr. Marcello colocou. Eu fui uma das autoras do projeto de lei dos 60 dias, e a Dra. Maria Inez Gadelha, junto comigo e com a Deputada Flávia Moraes, que também apresentou um projeto muito similar, foi designada pelo Ministério para construir exatamente o que foi aprovado pelo Plenário da nossa Casa, que foi o substitutivo global.

Por que tivemos que aprazar? Porque, mesmo com a lei, ainda havia Estados com 1.500 pacientes na fila de espera. Eu tive que ir para o outro lado do balcão de novo, como enfermeira assistencial, como gestora, como representante da população, e admitir que somos apaixonados pelo Sistema Único de Saúde, mas não podemos deixar de ouvir o clamor de quem é usuário e não está tendo acesso.

Aproveitando a sua deixa, eu queria propor uma tarefa para nós que estamos nesta Mesa e para os nossos colegas Deputados que ficaram aqui a manhã toda. Vamos assinar juntos o documento de pedido de análise por parte da CONITEC. Eu acho que, se conseguirmos avançar nas audiências públicas, avançaremos nos encaminhamentos, porque esse assunto não se pode encerrar depois que fizermos a foto final com as entidades, os Parlamentares e os palestrantes.

Eu queria que a Frente Parlamentar, com a permissão do Deputado Antonio Brito, que a Comissão de Seguridade Social e Familiar e o conjunto de Parlamentares que estiveram conosco na manhã de hoje, todos nós subscrevêssemos esse pedido, baseado no que foi encaminhado e proposto inclusive pela Dra. Maria Inez. Se não há consulta,



não há pedido. Então, para os itens que não têm o pedido de inclusão, sugiro que o façamos à CONITEC.

Passo a palavra à Dra. Maria Inez, para suas considerações finais.

Eu já estou vendo que o Dr. Paulo Foletto deseja falar também.

O SR. PAULO FOLETTTO (PSB - ES) - Eu só queria apresentar uma sugestão à Dra. Angelita.

Em outubro, comemoramos a Semana Nacional e Estadual de Ciências e Tecnologia. Quando eu vi a réplica gigante do intestino grosso, lembrei-me de que, quando fui Secretário no Espírito Santo, popularizamos, na época, o acesso ao evento. Essa atividade é exatamente para popularizar a ciência, dar acesso a ela e também para despertar.

Se eu pudesse levar a réplica gigante do intestino grosso para o Espírito Santo, eu a levaria, mas seria interessante se ele fosse levado para a Semana Estadual de Ciências e Tecnologia. No nosso Estado, no ano passado, parece-me que 180 mil pessoas visitaram esse evento em 3 ou 4 dias. São Paulo teve o segundo maior número — eu acompanhei, pela *Folha de S.Paulo*, essa frequência. A senhora já ia quase dobrar o número de pessoas que visitaram a réplica gigante do intestino grosso só na Semana de Ciência e Tecnologia.

A SRA. ANGELITA HABR-GAMA - É só pedir. Esse intestino é transportável.

O SR. PAULO FOLETTTO (PSB - ES) - Qual é o local em São Paulo?

A SRA. ANGELITA HABR-GAMA - Marquise do Ibirapuera, nos dias 25, 26 e 27. Todos estão convidados.

Eu pediria licença para me retirar, porque eu realmente tenho que voltar para São Paulo hoje, onde terei uma reunião às 18 horas sobre a campanha.

A SRA. PRESIDENTE (Carmen Zanotto. PPS - SC) - Passo a palavra à Dra. Maria Inez.

No final, temos que fazer constar da ata uma foto dos Parlamentares com as entidades. É muito importante que a senhora, Dra. Angelita, saia nesta foto da Comissão.

A SRA. MARIA INEZ PORDEUS GADELHA - Eu serei muito rápida.

Em primeiro lugar, eu já falei que a CONITEC trabalha por demanda. Então, a lentidão, Marcello, é porque não foi pautado. Quem começou a pautar mais a CONITEC, no seu início, foi a indústria farmacêutica. Chegamos a orientar até a Associação da



Indústria Farmacêutica de Pesquisa — INTERFARMA, que juntou todos os laboratórios para melhorar a qualidade do documento que se apresentava. Então, começou haver a regressão. Hoje quem mais pauta a CONITEC são os juízes, que seguem a nossa conversa, porque fazemos a avaliação, e o próprio Ministério da Saúde.

O trastuzumabe, por exemplo, foi pautado pela Roche — não foi, Soraya? — e a qualidade da proposta não passou. Eu falei: *"Mas é muito importante que a CONITEC avalie"*. Nós da SAS, a Secretaria de Atenção à Saúde, o pautamos.

Então, isso existe. Agora, a CONITEC avalia a evidência. Ela não incorpora, ela sugere a incorporação. Quem decide ao final é o Secretário de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde. A deliberação é puramente técnica, aberta. Quem quiser assistir às sessões, elas são abertas. Acontece uma vez por mês no prédio da Organização Pan-Americana de Saúde — OPAS, em Brasília.

Agora, quando não existe efetividade, nem se incomodem em haver avaliação econômica, mas acontece que o processo exige que o demandante vá até a avaliação econômica. Se não existe evidência, não tem porque avançar, mas discutimos tudo o que é apresentado pelo demandante.

Luciana, em relação ao trastuzumabe, houve negociação — a Soraya, representante da Roche, está aí para confirmar — e nós reduzimos o valor dele em mais de 43%. O imatinibe nós reduzimos em mais de 50%. Quer dizer, a negociação existe.

A SRA. PRESIDENTE (Carmen Zanotto. PPS - SC) - Obrigada, Dr. Maria Inez.

Eu convido a todos, as instituições, os colegas Deputados que foram alunos ou residentes e as entidades a virem para tirarmos uma foto.

Nada mais havendo a tratar, encerro a presente reunião.