



O SR. PRESIDENTE (Arlindo Chinaglia. PT - SP) - Declaro aberta a presente reunião.

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

Esta reunião de audiência pública foi convocada, nos termos do Requerimento nº 423, de 2016, das Deputadas Leandre, Carmen Zanotto e Dulce Miranda e dos Deputados Arlindo Chinaglia, Adelmo Carneiro Leão e Eduardo Barbosa, aprovado por esta Comissão, para discutir os objetivos 5, 6, 7 e 8 do plano de trabalho da Subcomissão Especial destinada a tratar de temas relacionados ao uso de fármacos experimentais.

Agradecemos imensamente aos convidados que compõem a Mesa por terem aceitado o convite, honrando-nos com a sua presença. Todos são professores e doutores, como as placas anunciam. São eles: o Dr. Jorge Elias Kalil Filho, Professor Titular de Imunologia Clínica e Alergia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo — USP e Diretor-Presidente do Instituto Butantan; o Prof. Dr. Fernando de Queiroz Cunha, Professor Titular da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, no *campus* de Ribeirão Preto, e Consultor do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico; o Prof. Dr. José Fernando Perez, membro da Academia Brasileira de Ciências e da Academia de Ciências do Mundo em Desenvolvimento, Comendador e Grã-Cruz da Ordem do Mérito Científico e Tecnológico e, atualmente, Diretor Presidente da Recepta Biopharma, empresa de biotecnologia na área de saúde humana; e o Prof. Dr. Salmo Raskin, professor do curso de Medicina da PUC do Paraná, médico geneticista dos Hospitais Evangélico, Nossa Senhora das Graças, Vita Batel e Pequeno Príncipe, de Curitiba.

Portanto, agradecendo-lhes mais uma vez a presença, eu quero fazer uma observação. Nós sabíamos que terça-feira pela manhã seria um dia de maior dificuldade, e esta data foi escolhida por causa da agenda dos nossos convidados. Também nós queríamos filmar e gravar esta reunião, porque ela vai subsidiar, além do que aqui hoje for comentado e debatido, a elaboração do relatório que será submetido à Comissão de



Seguridade Social e Família, em data oportuna, que vai naturalmente permitir a continuidade da discussão desse tema.

A intenção nossa, portanto, era — e continua sendo — que esta reunião com os pesquisadores sirva para discutir quais são as metas da ciência brasileira, o que está sendo obtido nas pesquisas científicas relacionadas aos medicamentos inovadores e às novas vacinas e também discutir as dificuldades, naturalmente. Além disso, é nossa intenção discutir aquilo que interfere, mesmo de fora para dentro, na produção e comercialização de medicamentos no Brasil, porque, em nossa opinião, se deixar apenas na mão do mercado isso não se vai resolver. Portanto, aqui de alguma maneira já vai uma opinião não minha, mas minha também, daquilo que nós debatemos, ou seja, de que maneira o Estado pode deve atuar como indutor, como patrocinador, da maneira que for adequada, e, aqui na Mesa, há muita experiência acumulada, inclusive nesse aspecto.

Muitos aqui já sabem, mas eu vou explicitar que esta Subcomissão, na verdade, tem raízes num grupo de trabalho quando começou o debate sobre a fosforiletanolamina, que ganhou uma dimensão social; houve debates com conteúdos os mais variados, divergências, gente séria debatendo o assunto, gente que não entendia também debatendo, e assim por diante. O fato é que nós buscamos traduzir, numa terminologia mais científica, como discutir fármacos em uso experimental. Não estamos dizendo que a fosforiletanolamina seja um fármaco. É uma substância que acabou sendo usada como se fármaco fosse e agora está sendo pesquisada, mas isso não é para reduzir o debate em relação à fosforiletanolamina — se alguém quiser abordá-la também terá toda a liberdade, naturalmente. Claro, com isso nós também queremos saber o que está sendo descoberto em fórmulas inovadoras, em drogas inovadoras, vacinas inovadoras. Aqui na Mesa também há pessoas altamente qualificadas, às quais eu agradeço mais uma vez a presença, em nome de todos os Parlamentares presentes e dos ausentes também.

Então, para iniciar, eu concedo a palavra ao Prof. Jorge Kalil, por 15 minutos, conforme combinamos.

O SR. JORGE ELIAS KALIL FILHO - Bom dia a todos.

Muito obrigado, Deputado Chinaglia, pelo convite. É sempre uma honra vir aqui ao Congresso Nacional expor ideias, e esse contato do Congresso Nacional com a ciência, com a academia, é muito importante para nós aprimorarmos as nossas instituições.



Sem dúvida alguma, é um tema candente, é importante, e, como eu vou dizer no meu último eslaide, fala-se muito em inovação na área de saúde, mas executa-se pouco. Nós temos muitas dificuldades, muitas questões são relacionadas a questões administrativas, outras são decorrentes até de algumas questões culturais importantes e mesmo da estrutura tanto acadêmica como empresarial.

Agora, sem dúvida, nós podemos em muito aprimorar a legislação, e eu agradeço desde já a oportunidade que está sendo dada para nós, acadêmicos, nessa apresentação.

(Segue-se exibição de imagens.)

Então eu, que sou o primeiro, vou falar um pouquinho mais genericamente sobre a questão do cenário nacional para produção de medicamentos inovadores, as perspectivas de pesquisadores, indústria farmacêutica e Governo.

Ao olharmos os saltos tecnológicos, e como isso se transformou em tecnologia, veremos que, no começo do século, nós tivemos produtos naturais derivativos, como as penicilinas, sulfonamidas, aspirinas; com a melhoria da química, os antibióticos e psicotrópicos; com os receptores, outros tipos de antibióticos; com as enzimas, outros; com a engenharia genética, outros; até nós chegarmos aos grandes produtos biotecnológicos atuais. E, hoje, graças aos produtos biotecnológicos, nós conseguimos ter outro tipo de produtos, principalmente os monoclonais e mais uma série de outros anticorpos e outros produtos de biotecnologia, que estão revolucionando o tratamento médico.

Se nós colocarmos o Brasil aqui, nós não conseguimos pegar a parte química; nós tínhamos uma incipiente produção química, que depois abandonamos. Todos os produtos farmacêuticos hoje são importados, e o Brasil está fazendo um esforço grande para ver se recupera — é uma coisa em que o País está perdendo o trem também — os produtos biotecnológicos. Nós vamos conversar mais sobre isso.

Quando nós falamos em drogas que são vendidas, quando falamos realmente em inovação radical, falamos sobre a droga de referência inovadora, uma droga absolutamente nova e que vai ter uma patente durante muitos anos. Quantas drogas novas nós fizemos no Brasil? Tem gente que diz que é uma, tem gente que diz que nenhuma — uma pomada foi desenvolvida no Brasil. Nós temos uma dificuldade real de desenvolvimento de novas drogas aqui.



Aqui no eslaide, os senhores podem ler a palavra "método", porque o corretor do computador assim colocou, mas é para ser *me too*, que é o seguinte: o indivíduo faz alguma coisa no exterior, e nós também fazemos. Então, *me too* é eu também, e *me too* é o que mais tem no Brasil, ou, mais ainda, são os genéricos — não é?

Então, a indústria farmacêutica brasileira deu um salto muito grande no ano 2000, quando o Brasil resolveu fazer genérico, porque genérico era mais fácil de fazer aqui. Por quê? Nós trazemos para o Brasil uma droga que é produzida na Alemanha, na China ou na Índia, fazemos a formulação, embalamos e vendemos. Para que isso seja feito, fazemos um teste para ver se a droga tem a biodisponibilidade que é comparável na referência, que é aquela droga lá de cima. Com isso, cresceu a indústria farmacêutica nacional, que tem algumas características: são indústrias familiares, não são baseadas na ciência — nenhum dono de indústria farmacêutica tem a formação tecnológica ou científica —, e elas se beneficiam muito porque existe um mercado, que não é exclusivo, mas é muito fechado para as indústrias farmacêuticas nacionais; tanto é que entre as cinco maiores empresas que atuam no Brasil três são nacionais, e elas não têm o hábito de fazer investigação de projetos inovadores.

Todo o trabalho feito nessas empresas, em termos de pesquisa e desenvolvimento, é para fazer os fármacos *me too* e os genéricos. Ou seja, são cópias ou cópias um pouco melhoradas. No processo de desenvolvimento de um novo medicamento, em que existe a necessidade de um determinado medicamento, o que acontece mais comumente é que o pesquisador faz uma descoberta num instituto de pesquisa ou numa universidade e diz: "*Isso pode ser utilizado para tal fim*". Então, ele faz a descoberta. A descoberta é fundamental em todo o processo e é feita normalmente por acadêmicos. Eventualmente pode ser feita na indústria farmacêutica, mas ela não tem sido muito competente em fazer isso. Nos modelos internacionais, se o indivíduo faz uma descoberta fundamental, essa descoberta vai para uma *startup*, ou seja, uma pequena empresa ágil, que vai desenvolver esse produto até que chegue aos ensaios clínicos. Quando essa *startup* não tem mais perna, às vezes não consegue o dinheiro, vende para uma multinacional.

As multinacionais têm a noção de risco porque estão alertas, mas não necessariamente fazem toda a pesquisa. Dentro desse processo, temos a pesquisa que gera inovação e toda a área de desenvolvimento, que é outra coisa. Quando olhamos de fora, nós que não somos da área temos a tendência de achar que quem faz a descoberta



também faz o desenvolvimento. São estruturas de raciocínio e de organização institucional completamente diferentes e necessárias para que isso ocorra. As universidades geralmente só fazem a descoberta. Elas são muito ruins para o desenvolvimento, muito ruins. Os institutos de pesquisa podem fazer isso. Modéstia à parte, o nosso instituto faz isso. E depois vou falar um pouco a respeito do Instituto Butantan. Aí se chega a um produto, que vai avançando e termina aparecendo. Depois é feito o *marketing* do produto, que chega ao sistema de saúde. Nas economias sadias, há um retorno de investimento, o que irriga toda essa linha de produção. Essa linha de inovação é como ocorre em grande parte dos países. Como eu lhes disse, temos poucos investimentos que levam a isso.

Quando olhamos o que o Brasil poderia fazer, vemos que o País cresceu muito em termos de produção científica. De 1992 até 2008, o Brasil passou de 4 mil artigos a 25 mil artigos científicos escritos. O País representava 0,5% da produção científica mundial e agora, 3,5%. Nós crescemos não só absolutamente, mas relativamente ao mundo. O Brasil teve um grande impulso nos últimos 20 anos, 25 anos em termos de produção científica, porque formou muitos cientistas no exterior que voltaram para o Brasil e montaram laboratórios competitivos.

Nos Estados Unidos, grande parte desses cientistas, uns 80%, estão na indústria, mas não estão fazendo o que faz a indústria farmacêutica, que pega o pós-doutorado e põe para vender equipamento ou reagente. Não, eles estão fazendo desenvolvimento na indústria. A outra parte dos PHDs, uns 20%, está na academia. Agora, no Brasil, mais de 70% das pessoas que formamos continuam na universidade, e as empresas contratam poucos PHDs. Por quê? Porque não temos a cultura da inovação.

E quem é que faz a inovação? São as pessoas ou são os investimentos? Segundo esse quadro, o Brasil aplica mais ou menos 1,5% do que gera em ciência. No Estado de São Paulo, esse percentual chega a 2%. Em termos de pesquisadores por milhão de habitantes, o Brasil está lá embaixo, como os senhores estão vendo. São Paulo está um pouquinho melhor, porque há certa concentração no Estado de São Paulo. Agora, qual dos dois é mais importante? Na verdade, nós sabemos que são os dois.

Olhem o número de patentes por milhão de habitantes no Japão, na Suíça, na Suécia e no Brasil. O Brasil quase não tem patente — e não é só isso. As patentes que estão ali morrem nas prateleiras, porque é muito grande a burocracia para tirar uma



patente que se descobre na Universidade de São Paulo, por exemplo. Isso que estou dizendo para vocês eu digo para qualquer um, não é porque estou aqui ou lá. Eu falo com o Reitor sobre isso. Na Universidade de São Paulo, o negócio é muito burocrático. Por exemplo, no Butantan, não queriam que eu desse exclusividade para alguém que viesse licenciar a patente. Ora, Deputado, o princípio da patente é a exclusividade, porque se vai investir e se quer retorno. Sem exclusividade, não há investimento. As pessoas acham que é mais democrático não ter patente, não ter exclusividade. Não, no sistema financeiro em que vivemos, no nosso mundo capitalista, só se investe se houver o retorno do investimento, ou o Estado é que tem que investir.

Quando nós consideramos o número de patentes depositadas pelos países do BRICS, olhem o crescimento enorme da China e da Índia nos últimos anos. O Brasil é aquele fio de cabelo na parte superior que não cresce. O mundo todo cresce, e o Brasil continua com a mesma quantidade.

Quando vemos o número de trabalhos científicos em revistas internacionais indexados pelo ISI, o Brasil é o 15º. Quando olhamos o *ranking* mundial de inovação, somos o 64º. Então, alguma coisa ocorreu que nós não conseguimos traduzir o conhecimento que geramos em benefício para a sociedade.

Nós sabemos que o processo é muito difícil. Calcula-se que, para cada 10 mil novas moléculas que vão passar para as diferentes fases de desenvolvimento, só uma vai chegar ao mercado efetivamente. Isso porque ocorre o que chamamos de "vale da morte".

O que é o "vale da morte?" É quando o indivíduo fez uma descoberta na pesquisa fundamental e teve que atravessar toda a área de desenvolvimento e provar que aquilo funciona para chegar à comercialização. No mundo, morrem 90% das coisas. No Brasil, morrem 100% das coisas. Ninguém conseguiu atravessar o "vale da morte".

Quando fizemos uma descoberta, fizemos os testes de prova de conceito, que é mostrar que a droga funciona em animais, algo que estamos fazendo com a fosfoetanolamina agora, uma prova de conceito bem organizada, bem regrada e aceita pelas entidades regulatórias. Nós temos que fazer todos os testes pré-clínicos de toxicidade, para ver que não há nenhum problema de toxicidade. Aí um medicamento consegue entrar na fase clínica, o que é muito difícil no Brasil.



Na fase clínica o medicamento tem que ser aprovado, dependendo do produto, pela ANVISA e pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa — CONEP. Se o produto for recombinante, ele também precisa ser aprovado pela Comissão Técnica Nacional de Biossegurança — CTNBio. Quando fizemos o teste de fase II de dengue, eu esperei a aprovação por 1 ano e meio — 1 ano e meio —, que é uma eternidade em termos de inovação. Não pode acontecer isso.

Eu acho que agora isso está bem melhor. O esforço da ANVISA é muito grande. É preciso haver gente competente e que não tenha medo. Eu sou funcionário público há trinta e poucos anos e posso dizer que sou um funcionário público que se arrisca, porque eu tomo decisões. Se nós funcionários públicos não tomarmos a decisão e dissermos "não", garantimos nosso emprego e não temos incomodação — certo? Quer dizer, ao dizer "não", eu não me arrisco. Se o indivíduo disser "sim" e der algum problema, irão chamá-lo; se ele disser "não" e engavetar a proposta, ficará tudo certo. Isso está errado. Como funcionário público eu gostaria de entrar com uma ação contra um colega que disse "não" porque nega a possibilidade de desenvolvimento. Vocês têm que ter isso bem claro.

A fase clínica começa com a fase I, em que se vê fundamentalmente segurança, toxicidade. Testam-se por volta de 30 ou 40 indivíduos, com uma série de controles. A fase II varia muito. O teste de dengue, como os senhores vão ver, envolveu 300 pessoas. Nessa fase vamos ver se a droga é eficaz, ou seja, se ela alcança o efeito que queremos quando observamos sua ação diretamente. A fase III consiste em um teste cego, quer dizer, o pesquisador dá a droga para os indivíduos que ele acha que tem que tratar, mas dá também placebo e tenta ver se a droga realmente resolve o problema. É isso que nós estamos fazendo para a dengue hoje, e eu vou falar disso depois. A fase IV é quando o produto já está no mercado e nós vemos se surge algum problema. Por exemplo, infelizmente viram que o Vioxx dava problema de ataque cardíaco, o que eu não sei se é verdade ou não, e quem tem dor lombar perdeu o melhor medicamento que existia. Então, podem surgir problemas. Eu não tenho dor lombar, mas há amigos meus que ficavam perguntando quem ainda tinha Vioxx em casa, porque eles queriam tomar, preferiam morrer a ter a dor.

Muita coisa já desapareceu após testes clínicos. Em cada teste clínico existe uma probabilidade — os americanos, os senhores sabem, calculam tudo com probabilidade, assim como os europeus — de que o medicamento vá para a próxima fase. Então, após a



fase I, 63% das drogas passam para adiante. A fase II é a grande matadora. Apenas um terço dos remédios que chegam à fase II vão para a fase seguinte, porque grande parte desaparece. Dos que chegam à fase III, 58% seguem adiante. Quando termina a fase III e se vai fazer o registro, 85% vão para frente. Portanto, só 10% dos medicamentos que começam a fase I são aprovados, o resto morre. O que aconteceu com o dinheiro investido? Perdeu-se. Esse é o problema, porque aqui no Brasil nós não conseguimos suportar o risco. Nós não, as empresas. Aí o que acontece? Elas não investem, porque têm medo do risco. Por que elas investiriam se podem vender para o Governo, e o Governo garante que vai comprar? Então, primeiro elas vendem para o Governo. Se o Governo topa, aí elas fazem.

A taxa de sucesso de aprovação a partir da fase I por doença varia muito de doença para doença. Por exemplo, em hematologia, é elevada.

Eu já terminei meu tempo? Então, eu paro.

O SR. PRESIDENTE (Arlindo Chinaglia. PT - SP) - Vamos negociar. *(Risos.)*

É claro que, na hora das perguntas, será possível e oportuno que se abordem os temas.

O SR. JORGE ELIAS KALIL FILHO - Eu achei que era importante dar essa ideia geral para o pessoal.

O SR. PRESIDENTE (Arlindo Chinaglia. PT - SP) - Claro. Fique à vontade. Quero só lhe dar a garantia também, como aos demais, que depois, nas perguntas...

O SR. JORGE ELIAS KALIL FILHO - Então, eu só vou passar pelos eslaides e vou acabar.

O SR. PRESIDENTE (Arlindo Chinaglia. PT - SP) - Fique à vontade.

O SR. JORGE ELIAS KALIL FILHO - Desculpem-me. Acabei falando até mais do que eu queria porque às vezes olho para a audiência e, como professor, penso assim: *“Eu tenho que esclarecer isso aqui”*.

Essa é a taxa de sucesso de acordo com a classe.

O número de estudos clínicos está crescendo em todo o mundo.

Há um grande dilema. Desculpem-me, mas eu vou falar da ética. O pessoal da ética diz assim: *“Eu não quero testar, porque eu não quero colocar em risco alguém da população brasileira ao testar um medicamento novo”*. Esse é um modo de pensar? É e, segundo ele, não devemos fazer nada, temos que ficar parados. Porém, no momento em



que não se fazem testes, também se inibe a população brasileira de ter acesso talvez a um remédio que seja muito inovador. Então, temos que pensar nisso quando tratamos de ética. Aqui no Brasil eles dizem assim: *“Não, não vou testar porque há um mínimo risco”*. Bom, se não forem feitos testes, nós também não teremos o medicamento, e a sociedade não progredirá mais. Sempre há risco quando existe progresso.

Aqui são mostrados os tempos que nós levamos para obter análises, que são enormes. Eu não vou entrar nisso, mas vou lembrar aos senhores o seguinte: uma aprovação de estudo clínico na Coreia do Sul leva 30 dias em média; no Brasil, 365 dias. Quero saber se os senhores acham que nós somos competitivos. Eu sei que nós somos os melhores do mundo em tudo que fazemos, mas esse encargo 10 vezes maior que o dos coitadinhos dos coreanos é para matar. O problema é que o custo para desenvolver o medicamento é enorme por causa disso tudo, avizinha-se de quase 1 bilhão de dólares. No entanto, o retorno é enorme também.

A indústria farmacêutica investe muito em pesquisa no mundo, 20% do que eles têm de receita. A indústria de telecomunicações, que é altamente tecnológica também, investe 5%.

Eu não vou mais falar sobre isso aqui, só queria dizer que o percentual de empresas inovadoras do Brasil está caindo cada vez mais. Há cada vez menos investimento.

O Butantan tem uma linha toda de desenvolvimento que é enorme. Nós temos 20 produtos que estão sendo desenvolvidos, e o maior deles agora é a vacina contra a dengue. Eu não vou poder falar disso, mas nós concluímos a fase II e chegamos à fase III. Esse é um produto inovador brasileiro, mas eu não vou ter tempo de falar dele, infelizmente.

Quería falar ainda das forças e fraquezas da ciência e inovação brasileiras. Existe uma base crescente de conhecimento, como eu falei para os senhores; respeito à propriedade intelectual; riqueza de capital ambiental; cultura que promove a criatividade. Nós também temos alguns heróis locais. Há bons cientistas no Brasil reconhecidos mundialmente. Os nossos problemas são: instabilidade econômica e política; queda no financiamento de ciência, tecnologia e inovação — há 3 anos que os Institutos Nacionais de Ciência e Tecnologia, os INCTs, que são a grande base da ciência brasileira, não têm um tostão; financiamento majoritariamente pelo Estado, ou seja, as empresas não investem; baixa conversão de conhecimento em inovação; acúmulo de pendências de



patentes; questão regulatória confusa, complicada e burocrática; peso tributário e dificuldades de importação; sistema educacional insuficiente; baixa valorização do pesquisador e universidades com recursos humanos escassos.

Eu vou apresentar um último eslaide, Sr. Presidente, que é bem contundente. O título dele é seguinte: *Inovação no Brasil — Muito se Fala e Pouco se Faz*. Problemas da pesquisa científica: financiamento aos soluções, quer dizer, que vem de pouco em pouco e depois para, e não dá para ser assim; dificuldades de importação. Se eu tiver uma ideia científica brilhante hoje, vou levar 6 meses para executá-la. Um cara nos Estados Unidos, que, está certo, sabemos que é mais incompetente, consegue executar sua ideia no outro dia. Eu levo 6 meses para executar uma ideia científica porque eu não consigo importar o material, e o Presidente Chinaglia tentou até nos ajudar em um determinado momento.

São poucos os institutos dedicados à pesquisa. Se eu falar em instituto de pesquisa no Brasil, os senhores vão pensar em Fiocruz e Butantan. Quantos anos eles têm? Eles têm 120 anos. Há algum instituto novo? Não. Nós não incentivamos a produção. O sujeito para ser cientista tem que ser professor, mesmo que seja um péssimo professor, porque não tem onde fazer ciência, uma vez que há pouquíssimos institutos e há 10 anos não se faz concurso público, por exemplo, no Butantan.

Então, isso fica complicado. Nós não criamos nem incentivamos isso. Nos Estados Unidos, em países da Europa, por exemplo, em Portugal, há institutos de pesquisas maravilhosos, que foram criados com recursos privados. Existem incentivos para se criar institutos de pesquisa. Há baixa valorização da pesquisa e do pesquisador pela política e pela sociedade. O Brasil não acredita que consiga resolver os seus problemas através do conhecimento, acha que tem que ir buscar soluções lá fora.

Quanto aos problemas de infraestrutura, por exemplo, os nossos biotérios são ruins para fazer muitas coisas que nós fazemos. Quanto à propriedade intelectual, à Lei de Inovação, há muitas regras e pouca eficiência. Há muitas regras. Isso está previsto na Lei de Inovação, e ninguém faz nada, porque está tudo tão previsto e ninguém faz nada. Há burocracia. As instituições públicas são lentas na aplicação, não permitem patentes de segundo uso, inibindo a pesquisa de determinado medicamento.

Do ponto de vista regulatório, é burocrático, intrincado. Eu tenho que ir para a ANVISA, para a CTNBio.



Eu recebi um dinheiro grande dos Estados Unidos, e eles não conseguiram me mandar o dinheiro, porque o Itamaraty tinha que aprovar. Então, eles me mandaram o dinheiro através da Organização Mundial de Saúde — OMS, porque, neste caso, pode-se fazer isso. Quer dizer, o Brasil é o único lugar do mundo que, para receber dinheiro, para fazer pesquisa, todo mundo tem que opinar, inclusive o Ministério das Relações Exteriores. Isso é ridículo! Isso é ridículo! Nós somos burocratas essencialmente. Todo mundo é burocrata aqui no Brasil. Se botar um sujeito de presidente ou de diretor, ele vira burocrata.

O sistema regulatório não é resolutivo. Quer dizer, eu vou lá, e o sujeito me vem com 50 perguntas. Eu respondo as 50 perguntas, e ele me manda mais 30. Isso não pode acontecer. Se forem feitas 50 perguntas, o problema já acabou, já se resolveu. Aí fica nesse vai e vem, porque não querem tomar decisão. A insegurança jurídica é enorme. Nós não sabemos exatamente qual é o processo. Dependendo do dia, dependendo do técnico, vai-se ter uma resposta.

Há também a ausência de pré-clínicos do Brasil. Nós fizemos um esforço grande de fazer pré-clínico. Todo mundo aqui já tentou fazer isso? Nós tínhamos o Instituto Royal que estava engatinhando e etc. Foram lá, acabaram com o Instituto Royal, e todo mundo achou bonitinho que salvaram os cachorrinhos. Mas o Brasil retrocedeu 20 anos. Você acha que alguém vai investir de novo no Instituto Royal? Não! Então, nós ficamos sem.

A indústria tem poucas *startups*. O Sr. Perez é uma exceção. Há falta de incentivo, há falta de um modo de se fazer isso. Como é o capital de risco? Existe a aversão ao risco, tanto nos capitalistas, quanto nos industriais. O pessoal de banco industrial não sabe o que é isso, porque só fazem cópias, o que estão fazendo lá fora trazem para cá. E nós temos poucos cientistas na indústria.

Para mim, esse é o resumo dos problemas. É claro que há exceção para tudo isso. Não podemos dizer: "*Não, mas o meu vizinho conseguiu*". Tudo isso tem exceção. O que eu estou tentando dizer para os senhores é como eu vejo o problema em geral.

Sr. Presidente, desculpe-me eu ter me alongado, mas era isso.

Obrigado. (*Palmas.*)

O SR. PRESIDENTE (Arlindo Chinaglia. PT - SP) - Obrigado, Prof. Kalil.



Nós sabemos que este é um tema vasto. Portanto, ainda que, por estilo, nós consigamos controlar o tempo, o não controle também foi uma decisão, e isto serve para os demais, porque, se não, nós não conseguiremos ter a informação fundamental.

Agora, concedo a palavra ao Prof. Fernando Cunha.

O SR. FERNANDO DE QUEIROZ CUNHA - Inicialmente, eu quero agradecer o convite. É uma honra estar aqui, que é o lugar mais apropriado para tratarmos sobre o tema, porque aqui é onde se podem redigir leis. É uma honra estar participando desta reunião, inclusive com membros que são reconhecidos internacionalmente.

O que eu vou dizer complementa bastante o que o Kalil disse. Eu acho que nós temos que olhar o mundo para não repetir os erros. Então, vamos olhar o que aconteceu no mundo. A minha visão é a de que a descoberta de drogas não é uma maravilha. Nós passamos por crises também. A pergunta que está em discussão é esta: por que o Brasil não produz fármacos — e, em homenagem ao Kalil, estou botando também os biofármacos — relevantes? Isto é verdade. Nós não temos. Apesar disto, nós tivemos sucesso em outras áreas. Por exemplo, com relação à agricultura, todo mundo sabe do sucesso da EMBRAPA. Há um grande sucesso na aeronáutica. Nós colocamos aviões para voar. Existe um significativo número de cientistas nas áreas associadas à produção de medicamentos, os quais são reconhecidos internacionalmente. Aqui nós temos exemplos na Mesa. Há relevante produção científica na área — o Prof. Kalil mostrou isso —; há um relevante mercado consumidor. Nós somos o sexto mercado no mundo. Há presença no País das principais indústrias farmacêuticas, ou quase todas.

Para contextualizar isto, eu farei um pequeno histórico de como aconteceu o desenvolvimento de medicamentos no mundo.

(Segue-se exibição de imagens.)

Se nós olharmos para o começo da história nas universidades ocidentais — a primeira a ser criada foi a Universidade de Bolonha, em 1088 —, até a metade do século passado, as universidades não faziam pesquisa, elas simplesmente estavam envolvidas com a conservação e a transmissão do conhecimento.

Vejam bem: de 1000 a 1900. A partir daí, a universidade assumiu a função de produzir conhecimento e ficou fazendo apenas ciência até o final do século XX. Até essa data, a tecnologia não era produto do desenvolvimento científico. Há milhões de exemplos. Para ficar na área de medicamentos, o medicamento mais vendido no mundo,



que é a Aspirina, não é produto de uma descoberta científica, mas de uma cultura. As pessoas iam à beira do rio, pegavam malária — basta pegar o livro com os textos —, e os bispos e os padres da época diziam: "*Olha, tem que curar a doença onde vocês pegaram*". Então, as pessoas iam à beira do rio, pegavam a casca do salgueiro e passavam. A partir daí, fizeram a Aspirina. Ou seja, isto não tem nada a ver com ciência.

Agora, a partir do final do século passado, a tecnologia passou a ser totalmente dependente da ciência. Atualmente, não existe desenvolvimento tecnológico importante no mundo, em qualquer área, sem capacidade de fazer ciência. Não fez ciência, não faz tecnologia. Fazer ciência garante a prerrogativa de inovação tecnológica de alto valor agregado e, por conseguinte, mais riquezas para a Nação, as quais podem — não necessariamente vai acontecer isso — melhorar a qualidade de vida da população.

Então, este é um aspecto muito importante: o país que quer se desenvolver necessita ter produção científica importante e de qualidade. Até o fim do século XX, a pesquisa era orientada para a descoberta do conhecimento, e a pesquisa tecnológica não tinha uma ligação. O que aconteceu no final do século XX foi que uma passou a ser dependente da outra, ou seja, adicionamos aí essa setinha. Isso dá para discutir horas e horas, como era antigamente. Havia até uma discussão sobre o que era um cientista e o que era um tecnólogo, com todas as repercussões da discussão.

Quanto às drogas, no fim do século, por volta de 2010, todas as grandes revistas, como a *Science* e a *Nature*, começaram a publicar que a descoberta de drogas é um processo completamente baseado em ciência. Não há nenhum medicamento hoje de valor agregado que não seja produto do conhecimento científico. Em outras palavras, como consequência, o que aconteceu? Até essa época não existia nas indústrias farmacêuticas um grupo envolvido com pesquisa. Eles tinham apenas pesquisa tecnológica. A partir dessa data, vamos encontrar que os centros, as grandes universidades, passaram a montar centros de pesquisas básicas, pesquisas experimentais, para que depois se pudessem desenvolver drogas. No entanto, isso é muito caro. Então, devido ao alto preço desses centros, o que aconteceu? A solução foi esta: nas últimas décadas, o conhecimento científico relevante passou a ser, assim como o Prof. Kalil comentou, em grande parte, produzido nas universidades e transferido para o setor produtivo. Ou seja, foi o momento em que começou a haver ligação entre a



universidade e o setor produtivo. O que ocorre no setor privado deveria ocorrer no desenvolvimento tecnológico.

Como o Prof. Kalil disse, a universidade não faz medicamentos, a universidade não faz tecnologia; ela faz a descoberta. O que nós temos que aprender é como transferir essa descoberta para o setor produtivo.

Esse é um aspecto importante: para que ocorra o desenvolvimento tecnológico, os conhecimentos científicos necessitam ser adaptados, quer dizer, eles não saem da universidade prontos. Eles têm que ser adaptados através de pesquisas tecnológicas que ocorrem nos laboratórios industriais, ou seja, a transferência de conhecimento da universidade para a indústria não se dá *motu proprio*. Essa transferência de conhecimento requer pesquisa industrial. E aí há um grande problema brasileiro, como o Prof. Kalil disse: os elos reais da transferência de tecnologia são os pesquisadores acadêmicos que trabalham nos laboratórios e os pesquisadores que trabalham nas indústrias. Jamais o cientista deve falar com o diretor técnico ou com o diretor de *marketing* ou com o diretor médico, etc. E isso é um grande problema, porque nós não temos na indústria o grupo de pesquisa. Então, o cientista da universidade não tem um bom interlocutor dentro da indústria brasileira.

No momento em que a universidade passou a interagir com a indústria, aconteceu uma grande coisa: até essa data, o modelo de investigação da indústria era um modelo fechado. Se ela fazia pesquisa, ela a iniciava ali dentro, depois havia a parte de desenvolvimento tecnológico. Óbvio, se agora ela tem que interagir com a universidade, mudou-se até a definição, deixou de ser um modelo fechado, sigiloso dentro da indústria, e a indústria passou a ter o modelo de inovação aberto. Isso é muito importante porque começou a mudar o que acontecia no mundo. Mas nós não conseguimos fazer isso no Brasil ainda. Ou seja, as descobertas da universidade podem entrar, no contexto da inovação da indústria, em qualquer fase, e a indústria pode pegar algo que está sendo desenvolvido e transferir para a própria universidade, completar o desenvolvimento, ou transferir para outra indústria. E também o produto final ela pode vender para o seu mercado ou associar com outra empresa. Mudou completamente a maneira de se fazer inovação na indústria.

Vejam o que aconteceu — e isso não está no eslaide porque demorei para saber se eu deveria trazer ou não. Aqui está a mudança do momento em que os fármacos



deixaram de ser algo puramente realizado sem base científica ao momento em que se passou a ter o produto farmacêutico, ou seja, o medicamento, o fármaco, produto da ciência. Só para dar uma ideia, eu vou mostrar aos senhores: os primeiros ali são anticorpos; o segundo, peptídeo. Vejam a diferença de preço. Isso modificou completamente o lucro das empresas, associar, agregar aos novos medicamentos o conhecimento científico.

Só para os senhores terem ideia, a cocaína, que dá mais lucro, custa 250 mil dólares o quilo. Vejam o preço de anticorpo anti-TNF, que é para o tratamento da artrite reumatoide. Ou seja, fazer ciência tem um valor agregado enorme. É algo muito importante. Isso é apenas um exemplo.

Conclusão do que estou dizendo até agora: para a produção de fármacos relevantes, é necessário priorizar pesquisa experimental, não há dúvida disso, que depende de financiamento significativo estável, como já foi mencionado; recursos humanos bem formados e núcleos de pesquisas tecnológicas no setor produtivo, constituídos com presença de cientistas experientes. Sem isso não se faz. Se o setor produtivo não estiver com quem entende o que o cientista da universidade está falando, não vai entender que aquela descoberta pode se transformar num medicamento. Na maioria das vezes, hoje, com a indústria farmacêutica, nós falamos com o diretor médico ou com o diretor de *marketing*. É difícil entender. Isso parece simples, mas não é. Na hora em que a universidade começa também a estar envolvida com o desenvolvimento tecnológico, nós temos que entender que estamos assumindo uma nova função. Além de formarmos recursos humanos e fazermos ciência experimental, nós também temos que contribuir com o desenvolvimento tecnológico. É apenas isso? Não. Há várias vantagens. E uma delas está ali: melhoria do ensino, não há dúvida, porque nós estamos trazendo a realidade da sociedade para dentro da universidade; há desafios trazidos pela sociedade; atualização dos currículos, porque quem vai formar a universidade, em tese, vai trabalhar no setor produtivo; experiência prática aos alunos; e obviamente, também, aporte de recursos para pesquisas.

As contribuições para as empresas são: acesso ao conhecimento científico, estímulo à inovação; identificação de talentos.

Eu vou pular esta parte porque demora um pouco mais, as o quadro mostra que, de maneira geral, na hora em que saímos do modelo fechado, que estava dando prejuízo



para as indústrias, o modelo aberto recuperou a capacidade de recursos. Mas, apesar disso, se nós olharmos a produção de medicamentos importantes, que na indústria farmacêutica chama-se *blockbuster*, há uma queda ao longo do tempo. Havia 53 drogas aprovadas, em 1996, e, em 2010, esse número caiu. Pensávamos que isso ia ser suplementado com medicamentos relacionados a biológicos, que aparecem aqui. No entanto, isso não aconteceu. Ou seja, até 2010, há uma crise de produção de medicamentos de alto valor agregado na indústria. Por que eu digo isso? Porque eu quero discutir um pouquinho que há que haver políticas para resolver isso. Isso ocorre não só no Brasil, mas na indústria farmacêutica mundial.

Foi falta de dinheiro? Não. Observem que há aumento de gastos em pesquisa e desenvolvimento. Mas, apesar disso, as grandes drogas diminuem. Se nós colocarmos os recursos aplicados pelo NIH, a mesma coisa acontece: aumenta-se o investimento e diminui-se o número de drogas que vendem acima de 1 bilhão ao ano.

Vejam bem, nós enfiamos a universidade colaborando. Por que reduz? Este é um aspecto muito importante. E os Estados Unidos têm algumas qualidades. Abriu-se uma discussão nos Estados Unidos sobre por que isso aconteceu. E uma das questões era sobre o Vale da Morte, que o Kalil já comentou bastante. Ou seja, nós passamos a ter inequivocamente mais exigências em termos de estudos toxicológicos, mais exigências em termos de estudos farmacocinéticos, mais exigências em termos de estudos clínicos. Isso é muito importante, porque está protegendo a sociedade. Mas como resolver isso?

Houve uma importante reunião nos Estados Unidos com os maiores cientistas do mundo na área. E eles falaram: "*Talvez nós tenhamos que mudar o jeito de fazer pesquisa, o jeito de colocar a questão na área de desenvolvimento de drogas*". E apareceu esse termo famoso: medicina translacional, que não tem muita lógica em português, mas que objetiva a transferência do conhecimento da pesquisa básica para a criação de novos métodos para prevenir, diagnosticar e tratar as doenças; ou o problema clínico é colocado para os cientistas para tentarem resolver, ou seja, é o momento em que se coloca da chamada bancada para o leito ou do leito para a bancada.

Então, concomitantemente com o momento em que a universidade começa a contribuir com a questão da pesquisa tecnológica, isso acontece e ganha as capas das grandes revistas. Em outras palavras, é como aqui: colocar os diversos especialistas para olhar para as mesmas questões. Todos têm que se despir da sua capacidade de quase



deuses, olhar para o problema e falar: *"Na minha opinião, nós vamos abordar assim ou assado"*. Cada um tem que abrir mão um pouco da sua verdade absoluta para tentar encontrar questões importantes e resoluções únicas para a questão.

O que aconteceu? Essa redução desapareceu. Hoje começam a aparecer novas drogas, de grandes valores, acima de 1 bilhão de dólares. Isso é muito importante. É uma questão de política de desenvolvimento. Nós precisamos discutir no fim desta reunião como o Brasil vai usar essa experiência para fazer isso.

Volto à realidade do Brasil. O mercado consumidor no Brasil saiu, de 2004 para 2011, da 11ª posição para a 6ª posição no mercado. Ou seja, houve enorme avanço na venda de medicamentos no Brasil. Somente as compras do SUS são acima de 8 bilhões de dólares. É o maior comprador individual do mundo. Ninguém mais compra remédios no mundo do que o SUS, individualmente.

Existe competência científica em várias universidades, nas diversas áreas envolvidas com produção de medicamentos. Só aqui nesta Mesa, há pelo menos três importantes. A maioria das companhias está aqui. No entanto, ainda é incipiente a cultura de pesquisa tecnológica na indústria farmacêutica. Ou seja, nós temos um lado, mas não temos o outro lado. Por que não temos? Porque não há uma política.

Nesse contexto, por que o Brasil não produz medicamentos relevantes, como o Prof. Kalil disse? Falta um projeto bem estruturado — e aqui eu passo um pouquinho para abrir para sugestões e discussão —, envolvendo Estado, universidades e setor produtivo, objetivando a produção de fármacos e biofármacos no Brasil. Cada ator deve ter suas atividades claramente explicitadas. A falta de execução das atividades contratadas necessita ter consequências. Se você vai ao BNDES e pega um grande recurso financeiro para montar um grupo de pesquisa tecnológica, e não monta, fica o dito pelo não dito, e tem que haver uma maneira de haver consequências.

Então, nós temos que discutir financiamento estável e por longo tempo para a formação de grupos de pesquisa envolvidos com o descobrimento de fármacos e biofármacos, que se pode colocar tudo no saco chamado medicina transnacional, não esquecendo da química. Idem em termos de recursos humanos, financiamento para a indústria química e farmoquímica, porque sem os constituintes necessários para a produção de medicamentos não é possível, e idem para a parte de biofármacos. E a



indústria farmacêutica necessita estruturar grupos de pesquisas tecnológicas semelhantes aos existentes na matriz.

O próximo item é sobre capacidade e política — não quero entrar em detalhe, porque se pode fazer isso de várias maneiras —: associar a política de compra do SUS a essa política, porque quem tem o poder de compra de 8,5 bilhões de dólares para o ano... E nas indústrias que temos, quando se discute com elas, elas dizem: "*Põe no papel*". Aí você vai botar no papel e elas falam: "*Põe em inglês*", porque todas as decisões são tomadas na matriz, não há nenhuma tomada aqui, porque não há grupo de pesquisa localmente. E também — não vou entrar em detalhe, o Prof. Kalil foi claríssimo nisso — agências regulatórias eficientes, com marcos regulatórios claros, inequivocamente claros, e rapidez nas análises.

Eu coloquei também alfândega aqui, porque nós também temos que ter rapidez na importação de insumos. Então, temos que ter uma indústria química que produza insumos, ser capazes de importar com rapidez e associar isso tudo com a política de compras do SUS.

Para terminar, eu coloquei apenas um adendo porque política de ciência e tecnologia deve ser sempre uma mistura de realismo e idealismo. Do contrário, não funciona. Há que existir uma política de paramedicamentos no Brasil urgentemente.

Agradeço. Desculpem-me se eu fui um pouco rápido. Pensei que eu tivesse um pouco mais de tempo, e passar por tudo isso aí é demorado.

Obrigado. (*Palmas.*)

O SR. PRESIDENTE (Arlindo Chinaglia. PT - SP) - Neste momento, concedo a palavra ao Prof. José Fernando Perez.

O SR. JOSÉ FERNANDO PEREZ - Bom dia a todos.

Muito obrigado pela oportunidade.

Quis a sabedoria do Presidente da Mesa que eu falasse após o Prof. Kalil e o Prof. Cunha, porque vou falar de assuntos muito concretos e vou ser um contraexemplo de todas as dificuldades que teriam, em princípio, impedido de se fazer coisas, de se ousar ou de se tentar fazer coisas realmente de primeira linha no Brasil.

Não sou médico. Sou o único professor que não é médico nesta Mesa. Sou físico. Ganhei minha vida como professor de Física na USP e fui Diretor Científico da FAPESP



por 12 anos. Achei que haveria oportunidade de ousar fazer coisas de primeira linha no Brasil, seguindo o que todo mundo acha que é impossível fazer.

Vou falar sobre câncer, as oportunidades e os desafios tecnológicos de inovação que o País tem em câncer.

O câncer é um problema para este País. Não é só um problema para o Brasil, mas para o mundo.

(Segue-se exibição de imagens.)

Em 2016, a projeção era de 600 mil novos casos de câncer, e esses números vão continuar crescendo ano a ano. Por quê? Porque o câncer é uma doença cuja incidência aumenta com a longevidade da população. Todo mundo controla o colesterol, a hipertensão, o diabetes, melhora seus hábitos de vida, mas o câncer está ali. Vive-se mais, e a probabilidade de uma reprodução celular inadequada gerar uma célula que não morre, que é o tipo da célula cancerosa, aumenta conforme o tempo passa.

Em 2015, foram 400 mil os pacientes com câncer atendidos pelo SUS, um aumento de 33%, e a taxa vai aumentar, porque a longevidade está aumentando.

Os recursos investidos pelo SUS em câncer, de 2010 a 2015, passaram de 2,1 para 3,5 bilhões, um aumento de 66%. É um aumento explosivo. É um desafio muito grande para o País. E o avanço tecnológico traz consigo um aumento dos custos.

Vou falar de uma classe de drogas, porque, na realidade, é uma oportunidade importante, um novo paradigma para o tratamento de câncer.

Essa figura é uma aula sobre a imunoterapia do câncer. Se os senhores olharem o título dessa matéria do *The Economist* — *Checkpoint Charlie* —, todo mundo sabe o seu significado: barreira policial. O sistema imunológico tem barreiras importantes para a pessoa não ter doenças autoimunes. O problema é que o câncer, para se instalar e se desenvolver, depende de uma cumplicidade com o sistema imunológico. O que se faz com essa imunoterapia é ativar o sistema imunológico, desbloqueando certas barreiras importantes. A barreira CTLA-4 é uma delas; é uma outra barreira também PD-1. Esse é o novo paradigma do tratamento do câncer.

A revista *Science* determinou que o grande avanço científico do ano de 2013 foi a imunoterapia do câncer. Na realidade, é um novo paradigma de tratamento. Estamos falando não apenas de controle, mas pela primeira vez começa-se a falar em remissão. Quem olhou a Internet o ano passado lembrará que o ex-Presidente americano Jimmy



Carter anunciou que ia morrer em julho, que estava com um melanoma, metástase no cérebro. Em novembro, ele anunciou que estava em remissão, quer dizer, sem sintomas radiológicos ou clínicos. Por quê? Porque foi tratado com uma dessas drogas, que estão sendo aprovadas.

Pela sua própria natureza, essas drogas não agem sobre a célula tumoral diretamente, mas sobre o sistema imunológico — os senhores veem a barreira levantada —, e as células do sistema imunológico atacam a "pobre" célula tumoral. Esse é o princípio.

Pela sua natureza também, essas drogas não são específicas para nenhum tumor. As aprovações estão se estendendo: melanoma, linfoma, câncer de pulmão, de cabeça e pescoço, de bexiga e rim, de mama, de estômago, de ovários, e essa lista aumenta a cada dia. Quem olha o jornal diariamente deve ter visto que o FDA está aprovando mais uma indicação dessas drogas. A estimativa é que nos próximos anos 50% dos tratamentos de câncer vão envolver imunoterapia, não tem jeito. E uma estimativa de custos no Brasil mostra que o valor gasto com imunoterápicos vai ser superior a 5 bilhões de reais. Como se trata de produtos biológicos, o custo é muito grande. Um ciclo de tratamentos como um desses imunoterápicos custa de 120 mil a 130 mil dólares — um ciclo! Se a pessoa responder, pode ser que ela fique se tratando por mais do que um ciclo.

Essas drogas estão sendo aprovadas pela ANVISA, e há judicialização. Mesmo que o SUS não pague por elas, as pessoas estão entrando cada dia mais na Justiça, e o impacto vai ser crescente. Além do custo para o SUS, existe o problema adicional para a balança comercial brasileira. Nós estamos falando de duas coisas importantes.

Quero mostrar, na realidade, que estamos ousando. A empresa Recepta é um ato de fé, crendo que é possível fazer coisas mais ousadas neste País. Nós temos investidores que arriscaram seus recursos nesse projeto. Além disso, houve uma mudança cultural no País nos últimos 20 anos em relação ao apoio à inovação, com o BNDES e a FINEP dando apoios expressivos, e a Recepta se beneficiou de tudo isso.

Hoje nós estamos desenvolvendo dois anticorpos imunomoduladores. São drogas novas, com patentes próprias. Não estamos violando patente de ninguém, mas elas têm a mesma funcionalidade dessas drogas que estão sendo aprovadas internacionalmente. Não se trata de drogas *me-too*, porque elas têm patente própria. Queremos oferecer



essas drogas para o sistema público de saúde a preços acessíveis. Esse é um desafio. Acreditamos que vamos conseguir vender com um preço de 70% a 75% abaixo do praticado pelo mercado internacional.

Como resultados, acreditamos que consigamos gerar economia para o SUS; contribuir para o déficit da balança comercial; gerar divisas para o País; reduzir os custos de judicialização, que estão crescendo; incentivar a produção de biofármacos no Brasil e, ao mesmo tempo, fomentar uma cultura de testes clínicos. Nós somos a primeira empresa brasileira que fez testes clínicos em fase II para câncer neste País. Quando íamos falar com as empresas que dão esse tipo de assistência para multinacionais, elas diziam assim: *"Professor, é uma emoção falar de teste clínico em português"*. Também queremos fomentar a capacitação.

Quero só fazer um parêntese. O Prof. Kalil falou de patentes e parcerias com o setor público. Nós fomos a primeira empresa brasileira que exportou uma patente de uma droga, aliás, fruto de uma colaboração com o Instituto Butantan, muito bem-sucedida, primeira exportação de uma patente. O Brasil não exporta patente nenhuma, e de droga, então, nunca. Foi a primeira e única essa aí, e esperamos que tenhamos mais.

O SUS é um ponto importante. Como foi dito pelo Prof. Cunha, o SUS é o maior comprador individual de drogas no mundo. Isso cria uma oportunidade, porque o Governo pode exercer seu poder de compra. É importante que o Governo exerça seu poder de compra para estimular a inovação. Esse é um ponto importante. O Prof. Cunha chamou a atenção para isso. Há uma oportunidade aqui. Esse instrumento, a encomenda tecnológica, foi aprovado. Os marcos legais da inovação preveem a encomenda. E a encomenda tecnológica vem com o Governo garantindo a compra do produto se certas metas forem atingidas, se o padrão de qualidade for atingido.

Há recursos que podem ser mobilizados, de renúncia fiscal, para apoiar esse tipo de programa — é importante isso também —, e linhas de apoio dos órgãos públicos. Isso é importante. Existem recursos que podem ser mobilizados desde que haja uma política consistente nesse sentido. E o desafio é disponibilizá-los em curto prazo. O Prof. Kalil falou de prazos. A ANVISA agora criou uma série de priorizações. É muito importante que essas priorizações sejam de fato implementadas.

Na realidade, eu estou chamando a atenção para o fato de que não é preciso nenhuma lei nova. Nós não estamos pedindo nenhuma lei nova, Sr. Presidente, nós



estamos pedindo que os instrumentos existentes sejam mobilizados para realmente apoiar a inovação, que é possível ser feita neste País.

Muito obrigado. *(Palmas.)*

O SR. PRESIDENTE (Arlindo Chinaglia. PT - SP) - Eu concedo a palavra ao Prof. Salmo Raskin.

O SR. SALMO RASKIN - Bom dia a todos.

Antes de mais nada, eu gostaria de agradecer, em nome do Deputado Arlindo Chinaglia, pelo convite para estar aqui. Alguém da área de genética médica numa reunião como esta é quase um milagre. Isso se deu porque esta Comissão achou importante trazer alguém da área de genética.

Quem foi o Deputado que deu essa ideia?

O SR. PRESIDENTE (Arlindo Chinaglia. PT - SP) - Foi a Deputada Leandre. Nem queríamos isso, para falar a verdade, mas ela brigou muito. *(Risos.)*

O SR. SALMO RASKIN - Foi o que eu imaginei, Deputado. É por isso que eu comecei a minha conversa assim. Mas eu espero que, no final da minha conversa, eu tenha mudado a ideia dos senhores.

O SR. PRESIDENTE (Arlindo Chinaglia. PT - SP) - Eu fiz uma brincadeira. A sua presença é muito bem-vinda. Eu não podia perder essa oportunidade. *(Risos.)*

O SR. SALMO RASKIN - Eu também fiz uma brincadeira. Na verdade, eu a considero bastante importante, não porque eu sou um médico geneticista, mas porque vários dos meus colegas professores aqui presentes disseram que o SUS é o maior comprador de medicamentos do planeta, pois a genética médica, que lida apenas com doenças raras — e é disso que eu vou falar agora —, tem medicamentos para não mais do que 1 dúzia das 7 mil doenças genéticas diferentes, e essa dúzia de medicamentos é responsável pela maior parte dos gastos em medicamentos do SUS no Brasil. Então, se nós somos raros em termos de frequência de doença, para a área medicamentosa, talvez por mais tortuoso que possa ser o caminho, nós acabamos de ser de grande importância mesmo. É sobre isso que eu gostaria de falar nos próximos minutos para os senhores.

Primeiro, eu queria falar sobre o que é uma doença rara. É um critério muito abstrato. Na Europa, doença menos frequente é um para cada 2 mil; nos Estados Unidos, quando há menos de 200 mil casos da doença. São cerca de 8 mil doenças raras, mas afetam cerca de 6% a 8% da população mundial. Se for 8%, nós estamos falando de 16



milhões de pessoas no Brasil. Não posso entender 16 milhões de pessoas como um número pequeno.

A síndrome de Down é rara? A fibrose cística é rara? A embriopatia pelo vírus zika já foi rara, talvez até inexistente. Hoje é uma endemia. Em conjunto, essas doenças raras — e as doenças genéticas são todas raras — são tão comuns quanto diabetes e asma. É importante dizer isso para que os senhores tenham ideia de que as doenças raras, em conjunto, têm um papel muito importante.

E há uma absoluta falta de dados epidemiológicos no Brasil. Se os senhores perguntarem qual é a frequência da síndrome de Down no Brasil — repito, síndrome de Down —, não sabemos. Das outras 7 mil doenças, não preciso nem falar. Portanto, se problemas foram apresentados até agora aqui, preparem-se para chorar um pouco.

Essas doenças afetam principalmente crianças, e 30% delas morrem antes dos 5 anos de idade. Elas têm etiologia genética, na grande maioria. E só as anomalias congênitas são a segunda maior causa de mortalidade infantil no Brasil há 20 anos. Repito, a segunda maior causa de mortalidade infantil no Brasil há 20 anos são as anomalias congênitas somente. E o Brasil ainda não se tocou quanto a isso. O Brasil não tem uma atitude política em relação à sua segunda maior causa de mortalidade infantil, sendo que isso já faz 20 anos.

As doenças raras são doenças crônicas, graves, degenerativas. Colocam a vida em risco. Há uma grande diversidade de distúrbios. Há uma deficiência de conhecimento médico e científico muito grande sobre elas. Elas incapacitam, comprometem a qualidade de vida. Muitas não têm tratamento específico, sendo que os cuidados incluem a melhoria da qualidade e da esperança de vida. O que têm em comum? Há pouco conhecimento sobre elas, há dificuldade do diagnóstico clínico laboratorial e há desinteresse completo da indústria farmacêutica.

Neste caso, nós estamos falando de uma situação um pouco diferente da apresentada pelos outros colegas, porque sequer há interesse da indústria farmacêutica mundial em desenvolver medicamentos. Não estamos mais nem falando dos problemas do Brasil que foram tão bem expostos aqui pelos colegas. Há poucos centros especializados e há um desinteresse completo — para não dizer negligência — do Estado brasileiro em relação às doenças raras. Vou isso mostrar para os senhores.



A grande maioria dos casos nem chega a ser diagnosticada. Morre-se antes de ter o diagnóstico. Há uma ausência completa de dados epidemiológicos e políticas públicas. Muitas dessas doenças são também hereditárias e, portanto, acabam se repetindo nas famílias.

Eu atendo a uma família em Curitiba, de onde sou, que tem quatro irmãos com a Distrofia Muscular de Duchenne (DMD). Levamos isso como um caso a um congresso científico no exterior. Eles acham que nós estamos mentindo, porque não é possível que exista, no século XXI, uma família com quatro pessoas com a mesma doença hereditária. Onde estava o Estado que não orientou e não informou? Então, eles acham que não é verdade.

Os tratamentos são escassos, e raros, e caros. Vimos as dificuldades da indústria. Todos os colegas estão mostrando as dificuldades da indústria de desenvolver um fármaco. Imaginem agora a indústria ter interesse de desenvolver um fármaco que afeta uma em cada 100 mil pessoas! E quanto vai custar esse fármaco lá no final, quando se passar pelo vale da morte? Aquela pessoa com a doença vai ter que pagar pelas outras 100 mil. Vejam a complexidade do problema.

E a judicialização que está sendo discutida neste momento. Sei que já foi discutida aqui. É um problema enorme, porque os medicamentos são muito caros e a indústria brasileira não desenvolve absolutamente nada. Não há nenhuma perspectiva, a médio e a longo prazo, de desenvolvimento de medicamentos para doenças genéticas no Brasil. E o Brasil está na mão das indústrias farmacêuticas, que, por seu lado, por seu ponto de vista, têm que cobrar caro pelo medicamento, para ter o retorno de todo o investimento em um medicamento que trata poucas pessoas com a doença. Vejam a complexidade!

Resolvi falar sobre um assunto um pouco diferente, que é a possibilidade de acesso a medicamentos quando estes ainda estão em investigação, porque sei que a raiz deste grupo de trabalho aqui foi medicamento que sequer ainda havia passado por uma pesquisa clínica, que era considerado experimental.

Entendo que existem pelo menos quatro situações, no caso do medicamento experimental, ou seja, daquele que não chegou ao final das etapas de pesquisa clínica, não foi aprovado no final das etapas de pesquisa clínica. Há quatro situações que podem ser utilizadas pelos pacientes. Nós as chamamos de uso compassivo, acesso expandido,



estudo de extensão e fornecimento de medicamento pós-estudo. São estas as quatro situações.

Há algumas leis. Como estamos nesta Casa, vamos falar de algumas leis. A Resolução da Diretoria Colegiada — RDC nº 38, de 2013, regulamenta esse programa de acesso expandido, uso compassivo, fornecimento de medicamentos pós-estudo.

O que é o uso compassivo? É a disponibilização de medicamento novo, promissor, para uso de uma pessoa, mesmo que não tenha registro ainda na ANVISA, que esteja em processo de desenvolvimento clínico, quando os pacientes têm doenças graves ou que ameacem a vida. Possibilita que um paciente específico possa utilizá-lo, às vezes, mesmo na fase pré-clínica ou na fase 1. Essa é uma situação de exceção.

Existe, portanto, uma legislação que regula o uso compassivo aqui no Brasil. Ela se inicia com a solicitação do patrocinador à ANVISA. Aqui nós já começamos o primeiro problema, porque muitos patrocinadores no exterior, com tudo que está acontecendo no Brasil — e nós vamos falar um pouquinho disto depois, quem sabe, por mais tempo —, não têm nem interesse de vir ao Brasil para trazer esses medicamentos para cá. Eles podem ter interesse porque a judicialização faz com que eles consigam vender por preços mais altos do que o normal, mas, fora isso, não têm interesse, porque existe toda uma burocracia, uma demora enorme para a ANVISA registrar os medicamentos. Muitos nem têm interesse. E muitos medicamentos são medicamentos bons, de que os pacientes brasileiros com doenças raras poderiam se beneficiar, mas jamais vão ter acesso nem ao uso compassivo, porque é preciso que a empresa procure a ANVISA para registrar.

O acesso expandido já é uma situação diferente. Ele é proposto pelos próprios patrocinadores para ampliar a utilização das drogas para os pacientes. É uma droga experimental ainda, que vai ter todo um processo de liberação para o uso assistencial. Pode ser utilizada por um número de pacientes que podem se beneficiar. Extrapola o âmbito da pesquisa, para permitir que outros pacientes com necessidades assistenciais tenham acesso ao uso de uma droga ainda restrito. Há também uma regulamentação, a RDC nº 38, de 2013, que fala sobre o acesso expandido.

Os estudos de extensão são estudos ainda dentro da pesquisa, em que a própria indústria opta por permitir, depois da finalização do estudo, o acesso a esses fármacos a quem participou do estudo. Nós estamos falando do mesmo grupo de pessoas que participou do estudo. Em um processo de extensão, eles podem receber o medicamento



até que o medicamento seja finalmente aprovado. Também existe a mesma RDC para o estudo.

Há uma pergunta que todos deveriam se fazer neste momento: a indústria deve pagar pelas drogas órfãs para sempre? Essa é uma das mil perguntas que precisam ser respondidas na área de judicialização. Trata-se de uma pergunta difícil, complicada. Existe uma série de conflitos de interesse nessa pergunta, mas a ANVISA hoje obriga que a indústria pague o medicamento para sempre — e não só medicamento, mas também diagnóstico e outros tratamentos paralelos — para todos os que participaram da pesquisa. O objetivo é nobre: proteger o cidadão que participou da pesquisa, para que ele não fique sem o medicamento, que é caro, depois que ele participou da pesquisa. Então, o objetivo é nobre e bem-vindo.

Porém, aqui nós estamos falando de doenças raras, neste momento. Temos ainda 4 minutos para falar das doenças raras. Nas doenças raras, não vou dizer que sejam todos os pacientes, mas 60%, 70%, 80% dos pacientes do País que participam da pesquisa são os pacientes que têm a doença rara, entre aspas: não sobra mais ninguém depois. Como a indústria vai ter vontade de investir nesse estudo, se ela tiver que pagar o medicamento para todo mundo depois? Isso é tudo que ela não quer. Ela não vai ter o retorno desse investimento depois. É um problema complexo, que trago à tona para estudarmos, quem sabe, caso tenhamos tempo.

Aqui se falou também sobre as normas de priorização da ANVISA — não é, Dr. Perez? —, que lançou a RDC nº 37, em julho de 2014, que dispõe sobre a priorização da análise técnica desses pedidos de registro. Captei, na Seção III da RDC nº 37/2014, a definição da ANVISA para "doença rara": *"termo usado para designar as doenças de baixa prevalência na população, conforme parâmetro estabelecido pelo Ministério da Saúde (...)".* Eu simplesmente coloquei em vermelho o que está escrito lá, antes de começar a RDC. Pois qual é o parâmetro do Ministério da Saúde, que não tem a mínima ideia da epidemiologia das doenças no Brasil? Não tem a mínima ideia, eu disse!

Ainda quanto à priorização, a RDC diz que a análise técnica pode ser feita para uma doença rara, contudo isso não acontece na prática, e o tempo que a ANVISA demora para liberar é muito grande.

Eu trouxe — fui pesquisar, obviamente, para mencionar para os senhores — esse projeto de lei da Deputada Federal Mariana Carvalho, na Câmara dos Deputados, em que



se tenta avançar na autorização do uso de fármacos, substâncias químicas, etc., em fase experimental. Na última linha, coloquei em vermelho o art. 4º do PL nº 4.818, de 2016:

Art. 4º O Poder Público fica autorizado a fornecer os produtos de que trata esta lei, diretamente ou por meio de suas instituições de ensino e pesquisa, como forma de garantir o direito do paciente ao atendimento integral. Fica autorizado, mas não fica responsabilizado nem obrigado. As palavras podem ser usadas das maneiras mais variadas que alguém possa imaginar.

Eu trouxe também esse projeto de lei do Senado, da Senadora Ana Amélia Lemos, do Senador Waldemir Britto e do Senador Walter Pinheiro. O projeto agiliza a liberação de pesquisas clínicas no Brasil, assunto sobre o qual estamos falando. Uma das mudanças nesse projeto é permitir o uso de medicamento experimental fora do contexto do ensaio clínico.

Estas são legislações que devem ser estudadas a fundo por esta Casa, no momento em que este grupo de trabalho está atuando.

E fui além. Como tudo aqui é público e como achamos tudo na Internet, eu encontrei o plano de trabalho desse grupo. Lá diz quais são os instrumentos do poder público para garantir assistência farmacêutica, o grupo elenca quais são esses instrumentos do poder público.

Eu me arrisco a dizer que o único instrumento do poder público elencado que não foi colocado em prática até hoje é este: Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras. Este é o único. Todos os outros existem, de uma forma ou de outra, mais eficientes ou menos eficientes, porém um não foi para frente, a Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras.

Desde 2004, a Sociedade Brasileira de Genética Médica, da qual faço parte, vem pressionando para que seja instituída uma política de atendimento às pessoas com doenças genéticas no Brasil. Como falou o Prof. Kalil, nós somos os campeões de muitas coisas, mas podem colocar mais um título para o Brasil: o de campeão mundial de portarias. Nós somos muito bons em fazer portarias, mas já não somos tão bons assim em executá-las.

Essa Portaria de 2004 definia um grupo de trabalho como este aqui para, em um prazo de 180 dias, apresentar a proposta a ser adotada pelo Ministério da Saúde para implantar a política de atendimento em genética.



Portanto, esta é uma grande oportunidade que tenho, a de estar aqui com os senhores. Chega de portarias! Vamos fazer as coisas acontecerem no Brasil! O Brasil não precisa de portarias, precisa de atitudes.

Em 2009, o Ministro da Saúde assinou uma nova portaria, instituindo o atendimento às doenças genéticas no SUS. Essa portaria não saiu da gaveta.

Estou acabando, mas eu não poderia deixar de mostrar para os senhores mais uma portaria. Somos muito bons em portaria! Refiro-me à Portaria nº 199, de 30 de janeiro de 2014, do Ministério da Saúde. São 50 páginas realmente muito bem escritas. Foi feita com o apoio da Sociedade Brasileira de Genética Médica. Definiu completamente as diretrizes para a atenção integral às pessoas com doenças raras no SUS. Saiu do papel? Não saiu do papel, não saiu do papel, Deputado!

O que eu queria dizer é que temos enorme dificuldade de desenvolvimento de fármacos no Brasil. Vamos conversar sobre isso agora, mas acho que a perspectiva, com base no que os colegas falaram — e destaco a exceção do trabalho do Prof. Perez, que faz um trabalho sensacional —, é a de que, a médio e a curto prazo, nós não teremos desenvolvimento de fármacos no Brasil. Estamos indo até pelo caminho contrário.

Temos a necessidade do tratamento dessas doenças raras. Como falou o Prof. Kalil, o País se omite. Não quer fazer o diagnóstico dos pacientes com doenças raras, para não precisar pagar o medicamento. É duro falar isso, mas esta é uma oportunidade que tenho. É uma verdade, não tenho nenhuma dúvida. Se aqui estiverem presentes pessoas do Ministério da Saúde ou de outras instituições, eu terei prazer em responder a questionamentos. O País não quer diagnosticar as doenças raras, para não precisar gastar com os medicamentos.

Estamos muito errados. Algo precisa ser feito.

Por isso, este grupo de trabalho tem toda a minha colaboração. Eu o parablenizo e lhe agradeço a oportunidade. Obrigado. *(Palmas.)*

O SR. PRESIDENTE (Arlindo Chinaglia. PT - SP) - Prof. Salmo, eu tomei a liberdade de fazer a brincadeira, mas o fiz somente para valorizar a indicação da Deputada Leandre, que isso fique bem claro.

O SR. SALMO RASKIN - A Deputada Leandre é da minha terra!

O SR. PRESIDENTE (Arlindo Chinaglia. PT - SP) - Pois é, a desconfiança era com S.Exa., e não com o senhor! E a Deputada não está nos ouvindo. *(Risos.)*



Esteve presente nesta Comissão a Deputada Conceição Sampaio. Esteve aqui também o Deputado Odorico Monteiro e a Deputada Carmen Zanotto. Estão presentes a Deputada Dulce, a Deputada Leandre e o Deputado Adelmo Leão. Aqui estão vários Assessores da Câmara dos Deputados. São todos bem-vindos!

Eu não vou cometer a estupidez de tentar fazer uma síntese do que foi falado, até porque os autores das reflexões não tiveram o tempo apropriado para expor. De qualquer maneira, penso que há alguns fios condutores. Se eu falhar, os próprios cientistas haverão de corrigir-me, assim como os próprios Parlamentares.

Fica mais fácil eu me lembrar da intervenção do Prof. Salmo, feita agora há pouco. A mais grave foi esta fala: *“O Brasil não quer diagnosticar as doenças raras porque não quer gastar com elas”*. Em segundo lugar, esta: *“Nós estamos nas mãos da indústria farmacêutica”*. E há 20 anos, a segunda principal causa de mortes em crianças são as doenças genéticas. São todas informações chocantes, para dizer o mínimo.

O Professor teve a gentileza de mostrar iniciativas do Congresso Nacional, mas também fez observação crítica. Ressalto a sutileza de suas palavras. A sutileza foi dele, mas todo mundo entendeu. Mas ele também deixou bastante explícito que nós somos campeões mundiais de portarias.

Como o próprio Professor sintetizou, em que pesem algumas experiências que nos trazem ânimo, a avaliação não é rigorosamente boa no seu conjunto, no tema das chamadas doenças raras. Há critérios distintos em cada país, mas, com boa vontade, é possível identificar claramente o que seria doença rara.

O Dr. José Fernando Perez relatou uma experiência de sucesso: iniciativas que, digamos, por meio do fortalecimento do sistema imunológico, sinalizam um horizonte amplo, com razoável otimismo, para o tratamento do câncer. Contudo, a questão desemboca numa constatação e numa indagação. A constatação é a de que, quanto mais tecnologia, mais caro é o tratamento. E a indagação é esta: como o SUS vai dar conta disso?

Abrem-se duas possibilidades. Ou o SUS não vai dar conta, e as pessoas vão morrer mais por câncer, porque estão envelhecendo, na medida em que a nossa expectativa de vida aumenta... Não quero abusar desta discussão muito séria, mas isso nos obriga a refletir sobre o orçamento da saúde, no sentido genérico, inclusive em relação ao que vem sendo executado ao longo dos anos.



O fato é que o Brasil, sem a PEC 241/16, já é o país da América Latina que menos aplica em saúde. Refiro-me ao poder público. Bem, com a PEC 241/16, teremos que conferir. Cada um tem aqui uma opinião, por isso estou dizendo que não quero fazer um debate, pois cada um tem uma opinião.

Com relação ao que disse o Prof. Fernando, o que lembro — e com certeza vou falhar — é que, primeiro, o desenvolvimento da farmacologia ou o desenvolvimento dos próprios medicamentos não é linear. Existem inclusive as casualidades, conforme ele mostrou aqui. Entretanto, de meados do século passado para cá, a tecnologia só avançou com base na ciência. E este é o padrão, doravante cada vez mais exigente.

Ele chamou a atenção, e depois o Dr. José Fernando também comentou, para o poder de compra do SUS, visto que é o maior comprador individual de medicamentos do planeta. Salvo erro de interpretação, mas, se eu errei, transformei numa ideia — acho que a ideia é dele, mas, se não for dele, será minha ou nossa —, o poder de compra dá poderes governamentais, digamos, para exigir contrapartidas. Uso esta palavra mais tênue, mas, se depender da minha opinião, digo: para "obrigar" contrapartidas.

Por que digo isso? Porque, combinando com aquilo que o Prof. Kalil falou, o que ocorre? O chamado setor produtivo ou a indústria farmacêutica... A indústria farmacêutica nacional desenvolveu-se especialmente a partir dos genéricos, mas também não investe nem em pesquisa nem em tecnologia. E as multinacionais instaladas no Brasil idem, porque a pesquisa é feita fora do País. O que o Prof. Fernando mencionou? Que o adequado é haver centros de pesquisas nas indústrias, tal como existe nas suas respectivas matrizes.

Bem, eu acho que isso abre também uma avenida para uma intervenção do Parlamento, e eventualmente até com mudanças ou novas legislações. Para determinados aspectos, não é preciso mudar a legislação, como disse o Prof. José Fernando. Contudo, para outros, talvez seja necessário.

Não sei o que dá mais dinheiro do que a indústria farmacêutica, porque aquilo que é apresentado pelo Prof. Fernando como uma conquista do País, eu quero crer que é, na maior parte, excetuando-se a automedicação e a "empurroterapia". Nesse caso, é algo extremamente grave, que aumenta muito a venda de medicamentos, mas não necessariamente significa ganho para a saúde.



Nenhum expositor mencionou, mas parece que a iatrogenia é a segunda causa de morte — não sei se é verdade esta informação — nos Estados Unidos da América, por medicamentos. Portanto, não é uma questão menor. O que eu quero dizer, Professor, e com certeza nós concordamos, é que o acesso melhorou, e isso é muito positivo. Contudo, nós também temos que pensar que essa porteira aberta, em que todo mundo toma o que quer, em que há propaganda na TV e no rádio, com artistas ou não, é algo que tem que nos levar a refletir. Precisamos refletir sobre esse número enorme, esse mercado enorme. Parece-me que somos o sexto mercado mundial.

Pois bem, o Prof. Kalil foi o primeiro falar. Não vou lembrar detalhes, até porque não é meu papel. Mas, de qualquer maneira, no último eslaide dele — quero analisar a apresentação de trás para frente —, ele colocou um diagnóstico contundente das dificuldades da ciência no Brasil. O Prof. Fernando também teve a feliz ideia de lembrar que, em outras áreas, a pesquisa e a ciência brasileira se desenvolveram. Mencionou o setor de aeronáutica. É bom dizer que a EMBRAER foi pensada e construída pelas Forças Armadas brasileiras, com dinheiro público. A privatização é outra história. Dizer que ali foi a iniciativa privada é um erro de avaliação. Ali foi investimento do Estado. Parece-me que é o que está acontecendo na área de medicamentos, na área da pesquisa. É a academia que faz pesquisa.

Olhem o inacreditável: a academia faz pesquisa, oferece-a gratuitamente para a indústria farmacêutica brasileira ou estrangeira, e eles não a desenvolvem! Será que a faixa de lucro da indústria farmacêutica é tão baixa?

Estou provocando um pouco porque, como Parlamentar, vamos ter duas atitudes. Uma delas é ouvir, colocar no relatório e parar aí. Agora, eu quero garantir aos senhores, até em homenagem a uma presença tão ilustre, que não é a nossa intenção. Nós podemos não conseguir, contudo temos o dever de dar continuidade a uma luta que não é fácil. E nós aqui somos 513, fora o Senado, que são mais 81 Parlamentares.

E creio que uma das formas de nós mantermos esse foco é continuar depois trocando ideias. Por isso, nós pedimos, desde já, acesso a todos os senhores, para que nos municiem com as coisas boas e as notícias boas, mas também com aquelas que não são tão boas. Algumas são horríveis, lamentavelmente. Acho que é esta a nossa embocadura no presente momento.



Antes de dar a palavra para os Srs. e as Sras. Parlamentares, eu vou ler com quem nós estamos lidando — são perigosos! (*Risos.*)

O Prof. Jorge Elias Kalil Filho é membro titular da Academia Brasileira de Ciências, Grã-Cruz da Ordem Nacional do Mérito Científico, *Fellow* do Colégio Real de Medicina de Londres. Recebeu o prêmio mundial da Academia de Ciências dos Países em Desenvolvimento — este é o Nobel?

(*Intervenção fora do microfone.*)

O SR. PRESIDENTE (Arlindo Chinaglia. PT - SP) - Nobel dos Países em Desenvolvimento. Perguntei porque eu sabia disso, pela amizade anterior, mas eu queria saber se era isso mesmo.

O Prof. Jorge Elias Kalil Filho recebeu o título de *Chevalier* da Ordem Nacional do Mérito do Governo Francês e de Doutor *Honoris Causa* pela Université Paris-Sorbonne — sou obrigado a dizer, porque sei, que ele é o único brasileiro a receber esse prêmio na área de ciências; são dois brasileiros, ele na ciência, e outro em outra área. E é ex-Presidente da União Internacional de Sociedades de Imunologia, que reúne 70 países.

O Prof. Fernando de Queiroz Cunha é membro da Academia Brasileira de Ciências, membro da Academia Paulista de Ciências, membro da Academia de Ciências do Mundo em Desenvolvimento, Coordenador do Projeto CEPID/FAPESP — Centros de Pesquisa, Inovação e Difusão, da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo, que realiza pesquisa translacional na área de doenças inflamatórias, da qual faz parte o CRID — Centro de Pesquisa em Doenças Inflamatórias. Publicou mais de 450 artigos científicos em revistas internacionais, sendo que esses artigos foram citados mais de 15 mil vezes.

O Prof. José Fernando Perez é Professor do Instituto de Física da Universidade de São Paulo — USP, com doutoramento em Física Teórica, na Escola Politécnica de Zurique. Foi Diretor Científico da FAPESP, de 1993 até 2005, é Diretor Presidente da Recepta Biopharma desde 2005 e membro da Academia Brasileira de Ciências. O Prof. Salmo Raskin é Doutor em Genética pela Universidade Federal do Paraná e Especialista em Genética Molecular pela Universidade Vanderbilt, nos Estados Unidos. Ele tem 150 artigos científicos publicados e é um dos 10 brasileiros membros do projeto Genoma Humano. É Professor titular do curso de Medicina da PUC do Paraná, da Universidade Positivo e da Faculdade Evangélica. Além disso, é ex-Presidente da Sociedade Brasileira de Genética Médica.



Então, não será por falta de qualidade dos nossos convidados que nós não atingiremos bons objetivos aqui.

Com a palavra a Deputada Leandre, Relatora deste grupo.

A SRA. LEANDRE (PV - PR) - Bom dia a todos.

Agradeço a todos a presença aqui e por terem aceitado o convite.

Eu sou nova na Casa, mas, consultando pessoas mais antigas aqui, como nosso Consultor da área de saúde, tenho agora absoluta certeza de que esta é uma das audiências públicas mais enriquecedoras da nossa Casa, com tantas autoridades, pessoas que têm um conhecimento e um compromisso muito grande com a causa no nosso País.

Quando começamos a conversar na Casa sobre fármacos experimentais, nós o fizemos por causa da polêmica que houve por causa da fosfoetanolamina sintética. Fomos muito criticados, mas acredito que tudo isso nos levou a um conhecimento mais aprofundado do que é a ciência no Brasil e da falta de compromisso de muitas resoluções e portarias e da pouca ação, muitas vezes, de quem deveria agir.

Nós elaboramos nove perguntas para fazer a vocês, para podermos construir um relatório. Graças a Deus, praticamente todas elas já foram respondidas durante as apresentações.

Acredito, Presidente, que, à medida que nós vamos nos aprofundando, a coisa começa a ficar boa e acaba. É mais ou menos assim.

Arrisco a dizer que, em vez de fazermos perguntas neste momento, podemos lutar para que esta Subcomissão continue. Se nós acreditamos que os nossos pesquisadores, pessoas de tamanha autoridade, podem contribuir com a nossa Subcomissão, tenho certeza de que o resultado dela, se nos aprofundarmos ainda mais, não apenas respondendo perguntas, mas, sim, construindo algo relevante para nosso País... Eu acredito que seria talvez o maior objetivo desta audiência hoje nos dar, com certeza, mais argumentos para que esta Subcomissão continue e se aprofunda ainda mais, e nós possamos, ao longo do caminhar dos trabalhos, conversar mais a fundo com cada um de V.Exas.

Peço perdão ao Dr. Jorge por não poder ter estado presente na sua exposição. Nós estamos com um fórum também na Câmara, e eu sou Vice-Presidente de outra



Comissão. Segundo relatos, foi maravilhosa a sua exposição, assim como a de todos os outros.

Eu tenho certeza de que nós temos uma base acadêmica muito grande aqui no Brasil. O desafio é fazermos com que as coisas que lá fora funcionam comecem a funcionar também aqui no Brasil. Para isso, nós precisamos de muito diálogo e muita conversa.

Da minha parte, eu quero agradecer a cada um de vocês por terem aceitado este convite. Quero parabenizar o nosso grupo pela iniciativa de ter indicado os nomes de pessoas de tamanha relevância para o nosso País para o campo da pesquisa.

Quero dizer que, como Relatora, estou à disposição de todos. Queremos poder construir uma contribuição para a Câmara dos Deputados, porque é um assunto muito recorrente, principalmente o acesso a fármacos, a judicialização de fármacos, fármacos experimentais e doenças raras. São assuntos muito recorrentes aqui, mas que se tornam assuntos na ótica política. Quando partimos para a parte prática do que fazer e como fazer, são poucas as iniciativas que existem. Nós vemos um grande lutador, o nosso Deputado Arlindo Chinaglia e, em especial, o Deputado Adelmo Carneiro Leão, que é um pesquisador também, uma pessoa que brinda esta Casa com sua experiência. Talvez tudo isso só esteja sendo possível graças ao empenho de cada um de V.Exas. que fazem parte desta Comissão.

Acredito que, em vez de fazer perguntas, devemos tentar aprofundar mais o debate, porque, quanto mais nós sabemos, mais nós sofremos e, com certeza, mais dúvidas aparecerão.

Então, agradeço de coração por vocês estarem aqui. Eu tenho certeza de que o serviço prestado por cada um de vocês é de grande relevância para o nosso País e, graças a Deus, assim nós vamos avançando.

Fico à disposição, Presidente, e agradeço a oportunidade.

O SR. PRESIDENTE (Arlindo Chinaglia. PT - SP) - Muito bem.

Até para provocar, eventualmente, os nossos convidados e dar a eles a oportunidade de falarem, eu queria fazer uma pergunta genérica. Cada um vai encaixá-la naquilo que entender apropriado.

É próprio da ciência nós pegarmos a experiência mundial. Então, a pergunta é: como outros países, sejam desenvolvidos ou nem tanto, estão resolvendo, ou tentando



resolver, essas questões? Pergunto isso para que nós possamos nos mirar nos seus exemplos.

Eu vou pegar algo que não vai sair do nosso cérebro, que é a questão de doenças genéticas serem a segunda principal causa de morte nos últimos 20 anos. Isso nós poderíamos estender, por exemplo: qual outra experiência nós poderíamos trabalhar, no que diz respeito ao tratamento do câncer: como projetar isso e assim por diante?

No caso do Prof. Fernando, qual é a experiência, por exemplo, em relação a outros países? Eles obrigam ou não a haver centros de pesquisa no setor produtivo, a exemplo do que há nas matrizes? Há legislação específica a esse respeito? Ou, quando for o caso de matriz, há, por exemplo, taxaço do lucro da indústria farmacêutica, para que, obrigatoriamente, uma parte vá para o desenvolvimento de pesquisa?

Para o Prof. Kalil e para todos, eu pergunto o mesmo. E, se quiserem falar do modelo regulador, da burocracia, dos limites impostos pelos vários Poderes, da legislação que seja clara — pelo menos os dois Professores aqui falaram disso —, da segurança jurídica, do que vocês propõem agora de imediato, ainda que isso não encerre o nosso diálogo, eu espero que fiquem à vontade para fazê-lo.

O Deputado Adelmo Carneiro Leão também já podia aproveitar e perguntar, caso queira.

O SR. ADELMO CARNEIRO LEÃO (PT - MG) - Eu quero primeiro cumprimentar e saudar todos os nossos extraordinários convidados, dedicados e comprometidos com a ciência e com este País. Eu vejo em vocês não só essa questão do conhecimento tecnológico e científico, mas um comprometimento com o País na análise que vocês expõem aqui.

O primeiro paradoxo que quero explicitar aqui é se mais uma vez teremos uma reunião para chegar à conclusão, ao final, de que ela vai ser repetida mais uma, duas, dez outras vezes, com poucos resultados. O Salmo colocou isso com muita propriedade. Eventos desta natureza, propostas, resoluções, normas já foram estabelecidas sem serem traduzidas na prática. O nosso grande mestre Paulo Freire nos ensina que o nosso discurso só será verdadeiro quando for traduzido na prática, e a prática for o próprio discurso. Esse é o problema.

Estamos diante de uma questão séria, adiada por Deputadas e Deputados que, por convicção, pelo momento político, votaram numa emenda constitucional. Nós estamos



constitucionalizando neste País ações extremamente restritivas do ponto de vista daquilo que nós queremos que seja diferente.

O primeiro ato de inovação não está na descoberta de um novo fármaco, de uma nova tecnologia, embora elas sejam importantes — eu quero tratar disso também —, mas o que nós estamos fazendo aqui, o que nós estamos escolhendo. Nós estamos votando uma emenda constitucional, aprovada aqui na Câmara, que define uma constrição de recursos, um congelamento de recursos em investimentos primários, nos quais estão inseridas as questões da ciência, da tecnologia, da infraestrutura — nós vimos que a infraestrutura neste País, precária, precaríssima, está muito aquém da existente em outros países em estado de desenvolvimento, e estamos dizendo que isso tem que ser congelado.

Alguém faz o discurso: *"Olha, mas a saúde pode alterar, pode melhorar"*. Se eu congelo um conjunto de variáveis e digo que alguma coisa pode elevar mais, outra tem que ser reduzida. Essa é a lógica da matemática elementar. E na matemática elementar estão todas as variáveis fundamentais para que nosso País dê um salto de qualidade.

A ciência está ameaçada. As novas tecnologias ainda estão aquém dos desafios de um Brasil em desenvolvimento. Continua uma ameaça ainda muito maior, em função da PEC 55, vamos dizer, porque aqui já passou a PEC 55. Isso não é uma convicção. Isso é fato. Não é uma análise de convicção. Nós trouxemos aqui em audiência pública os economistas mais renomados — da Universidade de São Paulo, da Universidade de Campinas, da Universidade do Rio de Janeiro, pessoas que estudaram essa situação —, e eles mostraram matematicamente. Todas as análises apontam para isso. Então, nós estamos diante de uma situação perigosa, arriscada, num Brasil que fica cada vez mais atrás.

E eu quero tratar também do desenvolvimento, das novas tecnologias em relação à formação da nossa cultura, porque também há inovação na cultura — não é só na tecnologia —, no modo de incorporar os conhecimentos e de democratizar esses conhecimentos.

O que nós estamos vendo? Nós tivemos oportunidade de discutir exaustivamente, por exemplo, em relação à doença falciforme, Salmo, que é uma doença que tem um componente genético importante. Qual é o fator mais importante, qual é o maior investimento em relação a essas doenças que têm a repetição? É a consciência, a



formação, o conhecimento. Se você disser para um casal que existem componentes genéticos que podem comprometer sua prole, eu acho que não existe amor maior do que ter cuidado no sentido de conceber. Essa é uma inovação, e ela não pode ser dissociada dos conhecimentos tecnológicos.

O Fernando falou sobre as novas tecnologias nos trazerem instrumentos que custam caro e que eventualmente podem gerar ganhos extraordinários. Mas o ganho mais extraordinário, mesmo na lógica capitalista, pode ser traduzido em benefício para a saúde das pessoas, para o prolongamento da vida, tanto que eu vejo que o câncer surgindo em função da vida mais longa. Ele não está encurtando a vida, mas está acontecendo porque a vida está se tornando mais longa.

O que nós podemos fazer, além das tecnologias? E eu entendo que as tecnologias da área de comunicação podem ser caras inicialmente. Depois, em função do próprio desenvolvimento, do processo de incorporação, elas acabam reduzindo o seu valor, a fim de a relação custo-benefício ser adequada para um País que tem tantas e tão diferentes demandas. Essa é outra questão posta.

Mas, de tudo isto que eu tenho escutado de vocês, entendo que é preciso fazermos alguma coisa. Nós estamos ameaçados. Hoje nós estamos num gargalo maior. Todos nós, todos os Deputados que vêm aqui estão convencidos de que é preciso fazer algo maior. Mas nós formamos um gargalo. Que paradoxo é esse? A quem nós estamos servindo? Como nós vamos dar essa resposta? Que tipo de resposta nós vamos dar para as demandas que vocês trazem para nós? Certamente há algumas ações, Kalil, que não precisam de mais recursos; precisam, como foi dito aqui com muita propriedade, de atitude.

E eu quero concluir minha fala com uma concepção que eu ouvi há alguns anos de um grande empresário, mas que é muito conveniente para este momento — lamento que os empresários brasileiros não ousem, não arrisquem. Ou seja, eles estão... Não sei como a palavra se encaixa para o empresário, para copiar. Ou seja, as grandes conquistas, os investimentos são do Estado. Quanto a esse compartilhamento, a empresa, a iniciativa privada participa mais na lógica do lucro ou também na lógica de ter lucro, mas arriscando? Qual é essa relação de parceria? Nessa questão ainda é preciso estabelecer um diálogo maior entre o que é público e o que é privado, uma definição mais



adequada entre o que é o privado e o público, para que possamos entender essa interação.

Mas esse grande empresário dizia para o Presidente Lula, numa reunião, algo que achei muito interessante sobre uma grande empresa multinacional, mas instalada aqui no Brasil. Ele dizia: *"Olha, Presidente, nós sabemos o que queremos"*. E é muito importante sabermos o que queremos. Estamos numa confusão danada, porque, às vezes, não encontramos esse querer mais bem definido. Mas ele disse mais ainda: *"E nós sabemos como chegar aonde queremos"*, o que também é fundamental. Para passar o vale da morte, é preciso saber como fazer essa passagem; saber o que quer. E o final é com atitude. Ele concluiu: *"E nós vamos chegar aonde queremos"*.

Ou seja, há muita gente que sabe o que quer, que sabe como chegar lá, mas falta atitude, porque a atitude implica o que foi colocado aqui com maior intensidade: riscos. Se nós não correremos riscos, não construiremos o País que queremos. Nessa lógica, é fundamental tratar dessa questão da indústria, da inovação e da indústria farmacêutica.

Por isso estou aqui muito feliz de poder compartilhar deste momento generoso, nobre, intelectualmente e cientificamente elevado na Câmara dos Deputados.

O SR. PRESIDENTE (Arlindo Chinaglia. PT - SP) - Muito bem.

Com a palavra a Deputada Dulce.

A SRA. DULCE MIRANDA (Bloco/MDB - TO) - Cumprimento o Sr. Presidente, Deputado Arlindo, todos os doutores, professores aqui presentes.

Peço desculpas pela minha ausência. Eu estava conversando com o Dr. Henrique Prata, o Diretor-Geral do Hospital de Câncer em Barretos, porque a minha preocupação hoje é muito grande com relação a essa doença. Meu Estado tem sofrido muito. Agora às 12h30min temos uma audiência com o Ministro da Saúde exatamente para discutimos alguns problemas com relação a isso.

Eu me preocupo muito porque todas as vezes que vamos a médicos, de qualquer especialidade, eles sempre dizem o seguinte: *"Existe um medicamento novo que é formidável"*. E eu me preocupo porque há sempre um medicamento novo, mas nunca um preventivo. Sempre se renovam medicamentos, mas não se preocupam com a prevenção.



O que acontece hoje? A cada dia que passa estão aparecendo doenças novas. As nossas crianças já estão nascendo com algum tipo de doença genética, e não estamos vendo os pesquisadores voltados para essa preocupação.

Eu me preocupo muito. Tenho um filho que está fazendo Medicina, e eu sempre cobro dele essa atitude: se antes de tratar o doente, nós tratássemos preventivamente as pessoas, quem sabe elas não estariam melhores?

Deputado Adelmo, com relação à PEC 241, talvez se nós estivéssemos tratando disso há muito tempo, não precisaríamos votar uma PEC dessa natureza. Votei favoravelmente porque achei necessário fazer isso. Infelizmente, o nosso País não tem mais condições de endividamento.

Por exemplo, com relação ao HIV, rapidamente conseguiram, com um coquetel, que ninguém mais morresse de AIDS. Por que para o câncer, até hoje, não se conseguiu nenhum tipo de medicamento que pudesse, pelo menos, acalmá-lo?

Eu perdi um cunhado há 15 dias. Há 5 meses ele teve o diagnóstico de câncer no pulmão. O médico disse para mim: "*Deputada, ele não chega ao final do ano*". Perdi-o semana passada por câncer no pulmão.

Para algumas doenças a pesquisa evoluiu mais rapidamente; para outras, as dificuldades são maiores. Gostaria de pedir a vocês que, em nome do povo brasileiro, se debrucem na pesquisa dessa doença, porque nós perdemos muita gente com essa doença maligna que ninguém sabe de onde vem.

Agradeço a presença de todos vocês.

Muito obrigada.

O SR. PRESIDENTE (Arlindo Chinaglia. PT - SP) - Lamentamos o falecimento do seu cunhado.

Eu vou inverter agora a ordem. Tudo bem, Prof. Salmo?

Sintam-se à vontade, porque as perguntas foram bastante amplas. Então, foquem no que julgarem apropriado. Como nós tínhamos combinado de terminar até às 13 horas, mais 10 minutos para cada um está bom?

O SR. JOSÉ FERNANDO PEREZ - Eu fiquei com 5 minutos de sobra. (*Risos.*)

O SR. PRESIDENTE (Arlindo Chinaglia. PT - SP) - Quinze, então.

No seu caso, o sobrenome é espanhol. A atitude é moura.

O SR. JOSÉ FERNANDO PEREZ - Mas eu sou neto de italiano também.



O SR. PRESIDENTE (Arlindo Chinaglia. PT - SP) - É mouro também.

Com a palavra o Prof. Salmo, por favor.

O SR. SALMO RASKIN - O senhor tem poder de veto aqui. Já vi. *(Risos.)*

O SR. PRESIDENTE (Arlindo Chinaglia. PT - SP) - Eu adoro, mas agora foi involuntário. *(Risos.)*

O SR. SALMO RASKIN - Deputado, eu confesso que fiquei quase emocionado com as exposições dos Deputados. Eles não só entenderam, mas compartilham das ideias de que nós falamos; entendem-nas perfeitamente. O senhor, Deputado, usando palavras não médicas, obviamente, e a senhora também, falou sobre aconselhamento genético preventivo com custo baixíssimo.

Porém, permita-me a repetição — é importante —, eu gostaria de lembrar que já existe uma diretriz de 60 folhas planejando como tudo isso deve ser feito no Brasil. Ela está publicada numa portaria do Governo. Nenhuma pesquisa mais precisa ser feita.

Acerca da solicitação do Deputado Chinaglia, quero dizer que nos países desenvolvidos foram feitos centros de referência para atendimento a portadores de doenças genéticas, porque o tratamento é muito especializado. Temos poucos médicos geneticistas no Brasil, mas eles poderiam coordenar centros de referência como esses nas suas cidades. E esses centros não seriam apenas para atendimento, mas também para municiar os Deputados, os Senadores, o Ministério da Saúde, o Governo das atitudes científicas mais adequadas a serem tomadas quando um medicamento realmente merece ser fornecido, quando não faz mais sentido fornecer um determinado medicamento, incentivando a pesquisa e tudo mais.

Perdoem-se, mas eu vejo neste o maior problema — e o Deputado concordou comigo. E eu li, na preparação que fiz para estar aqui presente, que esse grupo de trabalho, que estou achando excelente em todos os aspectos, precisou ser montado por que motivo? Porque esta Casa, no ano de 2000 — estamos em 2016 —, fez um relatório de 150 páginas sobre a CPI dos Medicamentos. Esse relatório fala, com todo respeito, tudo que nós estamos dizendo aqui hoje. Há 16 anos!

Eu estou muito feliz de estar aqui com vocês nesta oportunidade, mas, com todo respeito... O Deputado estava aqui? Então, o Deputado vai saber falar muito melhor do que eu, porque eu apenas li o relatório. Com todo respeito, mais uma vez, não há aqui



nenhuma novidade. Esse grupo de trabalho poderia ter sido feito no ano de 2001. Este é, para mim, o maior problema deste País.

Então, não falta discussão, não faltam pessoas capacitadas, nem faltam ideias! Todos sabemos o que é preciso ser feito.

Na minha área, 6.990 doenças genéticas não são atendidas pelo SUS porque dez delas necessitam medicamentos caros. Isso é justiça? Isso é ter equidade? O aconselhamento genético é baratíssimo! É uma ferramenta de educação e de informação cujo custo é quase zero, é próximo a zero! E, por causa de dez doenças que demandam tratamento caro, o Ministério da Saúde, o CONITEC e a ANVISA não publicam as diretrizes terapêuticas para esses dez medicamentos, e, não as publicando, não se sentem à vontade para fazer o atendimento, porque, no momento em que eles realmente resolverem fazer o atendimento para todos os que têm uma doença genética, essas dez também irão aumentar, em muito, o número de diagnósticos.

Então, nós estamos num beco que, espero, não seja sem saída. Há que haver uma saída. Mas milhões de pessoas estão sendo prejudicadas no Brasil há décadas — há décadas! Poderíamos até cogitar estabelecer uma cota de atendimentos para as pessoas com doenças raras no Brasil, porque, historicamente, elas estão sendo negligenciadas. É claro que não há solução simples para problemas tão complexos como esses, mas uma solução inicial seria fazer valer e implementar a política de atendimento às doenças raras. Esses centros de referência serão aliados dos nossos Deputados e Senadores e do Ministério da Saúde e vão fazer diretrizes baseadas em evidência científica. Está comprovado cientificamente — e, se quiserem, posso disponibilizar artigos científicos — que, dessa forma, serão reduzidos dramaticamente no Brasil a judicialização e o preço que pagamos pelos medicamentos para a indústria farmacêutica.

E a indústria farmacêutica nem é chamada para conversar, Deputado! Eu sei o que ela pensa. Ela tem seus objetivos de lucro, é claro, pois estamos num sistema capitalista, mas ela gostaria de ganhar pelo volume, e, com isso, poderia ser baixado dramaticamente o preço dos medicamentos. Mas ela não ganha por volume porque o Governo não implementa o atendimento de genética no SUS.

Eu não vou me estender muito mais. Fiquei muito feliz por ouvir as duas falas sobre prevenção, pois prevenção é mil vezes mais barato do que o medicamento. E tratamento



não é só medicamentoso. Existem mil formas de tratamento, e o medicamento é uma delas.

Então, Deputado, eu finalizo a minha participação. Muito obrigado mesmo. Vou sair daqui confiante em que não vamos lembrar do seu grupo de trabalho dizendo, daqui a 16 anos, que ele apontou todos os problemas. Vocês têm que encontrar uma solução, pois estão em posição obviamente muito melhor do que nós, por representarem toda a nossa população. Vocês terão que encontrar uma solução que faça as coisas acontecerem, conforme os Deputados concordaram.

Muito obrigado.

O SR. PRESIDENTE (Arlindo Chinaglia. PT - SP) - Agradecendo e aproveitando os seus comentários, em nome de todos aqui, faço um pedido: cada um na sua área, todos poderíamos identificar — no seu caso, já houve a identificação na sua exposição...

Penso que, talvez, não precisemos propor mais nada, mas nós podemos fazer pressão.

O SR. SALMO RASKIN - Isso.

O SR. PRESIDENTE (Arlindo Chinaglia. PT - SP) - Mas, para fazer pressão, não adianta só realizarmos uma reunião num gabinete qualquer. Isso não resolve. A audiência pública tem um grau de pressão, mas também se esgota. Então, nós temos que pensar um pouco mais, porque a autoridade que vem da sociedade nos ajuda a falar em nome dela. E vamos continuar fazendo contato.

A SRA. DULCE MIRANDA (Bloco/MDB - TO) - Sr. Presidente, eu gostaria de pedir licença para sair, pois vou encontrar o Ministro da Saúde. Se V.Exa. tiver algum recado a enviar para ele, pode me dizer, pois teremos uma audiência às 12h30min.

Mas eu gostaria de ouvir o senhor primeiro.

O SR. JOSÉ FERNANDO PEREZ - Acho que é a minha vez agora.

O SR. PRESIDENTE (Arlindo Chinaglia. PT - SP) - Sim, tem a palavra o Prof. José Fernando Perez.

O SR. JOSÉ FERNANDO PEREZ - A Deputada está saindo, mas eu queria fazer um comentário sobre a preocupação que ela enunciou sobre o porquê de o câncer não ter um tratamento mais eficaz, algo realmente mais efetivo.



Há um livro, que eu gostaria de recomendar, chamado *O imperador de todos os males*, escrito pelo oncologista indiano Siddhartha Mukherjee. Depois eu posso passar os dados.

Nesse livro ele conta uma história que eu acho muito interessante, Deputada, de uma ativista chamada Mary Lasker, uma mulher fortíssima, de grande energia, que disse: *"Os Estados Unidos decidiram ganhar a guerra, colocaram cientistas em Los Alamos, fizeram a bomba atômica e a soltaram. Os Estados Unidos decidiram colocar o homem na lua e criaram a NASA. Então, nós temos que fazer uma guerra contra o câncer"*. Isso, em 1985. E ela é uma mulher do capeta, certo? *(Risos.)*

Ela realmente mobilizou as pessoas, que enviaram cartas para o Senado americano — trata-se de uma peça de política científica interessante —, pois queria que houvesse um orçamento brutal para ganhar a guerra contra o câncer.

Os Senadores foram muito pressionados e aprovaram a lei. Mas a Câmara dos Deputados foi um pouco mais cuidadosa e chamou os cientistas, que disseram: *"Não é uma questão de colocar dinheiro. O câncer não está entendido ainda. É diferente de fazer uma bomba atômica, pois vocês já têm a ciência pronta; é diferente de colocar o homem na lua, pois a ciência está pronta"*.

No câncer, não estava pronta, e continua não estando pronta. Mas está surgindo uma luz, que é a imunoterapia. Os progressos da imunologia são muito promissores para o entendimento e, possivelmente, o controle, e, quiçá, até, um dia falaremos em prevenção.

Isso é só para responder à sua pergunta. Essa referência é importantíssima. É uma leitura boa, é um livro muito bonito, muito bonito.

A SRA. DULCE MIRANDA (Bloco/MDB - TO) - Agradeço ao senhor.

O SR. PRESIDENTE (Arlindo Chinaglia. PT - SP) - Professor, uma frase sua também me chamou a atenção, e não quero perdê-la. O senhor disse que *"as células do câncer não morrem"*. Podemos relativizar com as apoptoses, não?

O SR. JOSÉ FERNANDO PEREZ - *(Risos.)* Pois é, o problema é exatamente este: na realidade, as mutações genéticas acabam produzindo células para as quais os mecanismos de apoptose não funcionam. Então, a célula tumoral é gerada e se multiplica, e se multiplica, e se multiplica.



O SR. PRESIDENTE (Arlindo Chinaglia. PT - SP) - E consegue mais açúcar do que as outras?

O SR. JOSÉ FERNANDO PEREZ - Isso significa que, na realidade, o grande diferencial da célula tumoral é essa imortalidade dela dentro do organismo.

Mas, só para fechar, eu queria voltar a comentar que acho que temos no Brasil uma competência muito grande instalada nas universidades. Você pode me perguntar por que eu acredito num projeto como o nosso de desenvolver coisas que ninguém acredita que possam ser feitas no nosso País.

Alguém falou aqui da EMBRAER, sobre investimento público. A EMBRAER é uma empresa em que não se acredita também. Se pensarmos bem, como aconteceu a EMBRAER no Brasil? É uma coisa estranha; é quase um corpo estranho, não é verdade? Eu acho que, na área de biotecnologia, nós temos competência para gerar uma EMBRAER. E o senhor pergunta qual é a nossa visão. É essa! A nossa ousadia é acreditar que seja possível fazer isso.

Eu não quero relativizar. Eu quero insistir nesse tema do poder de compra do SUS, o que cria uma oportunidade de se fazer inovação tecnológica de fronteira do conhecimento, de produtos com patentes. Ao se ter poder de compra exercido, é claro, com sabedoria, tem-se uma força muito grande. O mundo inteiro usa o poder de compra do estado para estimular a inovação, com risco, porque, na verdade, o risco é muito grande. Falou-se aqui de risco. Uma empresa como a nossa tem um risco absoluto, como mencionou o Prof. Kalil: só um décimo das drogas chega no fim, com o risco de se perder tudo. Então, como é que se mitiga o risco? Criando-se um portfólio que permita melhorar a probabilidade de fracassar: se você fracassar em uma, terá a outra.

Eu diria que o País ainda não está preparado para uma empresa como a nossa, do ponto de vista cultural. É curioso! Quando você envia um projeto para um comitê de ética de um hospital, que é importante, a resposta desse comitê de ética é a seguinte: se está aprovado o teste clínico, envie para o CONEB. No entanto, a legislação não exige que vá para o CONEB, no caso de empresa brasileira. Mas eles não sabem disso! Eles não sabem, porque quem apresenta projeto de teste clínico é só multinacional.

Certos regulamentos, na própria medida... E nós temos um diálogo excelente com a ANVISA, mas o arcabouço regulatório é assim. Nós tivemos que mandar produzir um anticorpo monoclonal no exterior, porque não há fábrica no Brasil que faça isso. E, na



hora de importar uma droga não aprovada, a ANVISA diz: *"Você só pode importar se tiver todo o teste clínico para ser definido"*. Isso é exigência para as multinacionais, porque elas estocam suas drogas afora e as vão importando conforme delas necessitem. Daí eu disse: *"Mas eu não posso estocar minha droga no exterior! A droga é minha, da minha empresa, financiada até com apoio de recursos do BNDES e da FINEP!"* "Ah, tem que mudar o regulamento". Na realidade, a ANVISA até encontrou uma forma: *"Nós vamos fazer o caso da receita com um piloto, para viabilizar a mudança do regulamento"*. Mas essa mudança pode levar de 2 anos a 3 anos para ser aprovada. Então, na realidade, há uma série de instrumentos que... O arcabouço regulatório do Brasil ainda não está pronto para a inovação tecnológica.

Eu vou encerrar com um exemplo interessante. Como eu disse, nós exportamos a primeira propriedade intelectual de uma droga para tratamento de câncer, porque não dispúnhamos no Brasil da tecnologia; então, fizemos a exportação. É o primeiro caso de exportação de uma propriedade intelectual.

Pois bem, a Constituição brasileira prevê uma imunidade tributária para exportações, Deputado: você não paga PIS e COFINS. Só que isso foi regulamentado pelo Parlamento brasileiro, mas apenas para serviços e mercadorias. Então, na hora em que você exporta algo com tanto valor agregado, vem o Fisco, que quer cobrar PIS e COFINS ali. *(Risos.)*

Foi feita uma emenda a uma medida provisória, que teve a relatoria favorável da Senadora Gleisi Hoffmann. Ela foi aprovada na Comissão conjunta, mas foi vetada pelo Governo Federal, com o argumento de que haveria um impacto fiscal, que, na realidade, é zero, porque o Brasil não exporta tecnologia.

Na realidade, há um problema de contexto cultural e legislativo. Eu acho que essa questão deveria ser retomada, Deputado. A medida provisória foi aprovada por uma Comissão conjunta, do Senado e da Câmara. Você exporta, faz a coisa mais nobre, que é exportar a patente de uma droga para tratamento de câncer. A exportação era a opção que nós tínhamos, mas isso acabou sendo vetado pelo Ministério da Fazenda no ano passado.

Terminei.

O SR. PRESIDENTE (Arlindo Chinaglia. PT - SP) - Obrigado.

Agora, com a palavra o Prof. Fernando Cunha.



O SR. FERNANDO DE QUEIROZ CUNHA - Vou ser repetitivo. Agradeço a oportunidade de estar aqui, nesta reunião.

Vejo que há unanimidade — e isso foi falado pela Deputada Leandre, pelo Deputado Arlindo e pelos demais Deputados — sobre a necessidade, usando as palavras do Raskin, de não perdermos o foco para termos algo que realmente funcione.

O momento é importante para fazermos isso. Discutir produção de medicamentos no Brasil passa até pela soberania nacional. A questão é soberana, e não há dúvida nenhuma disso. Acho que a área econômica do Governo daria o maior apoio, porque, se olharmos a balança comercial na área de fármacos e medicamentos, incluindo a de biofármacos, veremos que ela é extremamente deficitária, mas muito deficitária. Falamos de coisa acima de 10 bilhões. E o Brasil tem — não é bem uma empresa nacional — a EMBRAPII, coordenada pelo Dr. Jorge Guimarães, que foi o Presidente da CAPES por muito tempo. Se nós criássemos uma colaboração para fazer tecnologia nacional, que envolva a indústria privada, associada com a universidade, todos os recursos que deveriam ir para a universidade não precisariam vir da indústria, porque viriam da EMBRAPII. Ou seja, se nós fizéssemos um projeto envolvendo a indústria brasileira para medicamentos, todas elas, a indústria farmacêutica falaria assim: *"Olha, eu vou colocar — vamos imaginar, isto seria um sonho — 10 milhões"*. A EMBRAPII colocaria o mesmo valor. Ou seja, o Governo brasileiro é capaz, faz a contrapartida do nosso lado. Esses 10 milhões iriam para a universidade. Portanto, à indústria farmacêutica bastaria colocar a parte dela, com a qual ela vai gastar internamente na parte tecnológica. A contrapartida da universidade a EMBRAPII colocaria.

Então, eu tomo a liberdade, Deputado, de sugerir a realização de uma nova reunião aqui, aliás, não uma reunião, mas uma mesa-redonda para discutirmos isso. Traríamos o Prof. Jorge Guimarães, o Presidente da Associação da Indústria Farmacêutica de Pesquisa, ex-membro da Casa, ex-membro do Parlamento, Dr. Antônio Britto. Poderíamos, talvez, trazê-lo numa segunda etapa, para não colocar na mesma reunião o representante das indústrias nacionais... Isso poderia ser feito em momentos distintos. Sei que a indústria internacional quer fazer aqui ensaios clínicos, tem reivindicações importantes, mas há uma coisa importante na nossa soberania, que é a questão do desenvolvimento de medicamentos aqui. Nós temos a universidade, que é capaz de contribuir com a parte de pesquisa. Então, colocaríamos o assunto numa mesa-redonda



antes de discutirmos se deveríamos ter uma nova legislação. Chegarmos a um denominador comum talvez seja mais fácil do que fazer uma portaria, e depois a indústria farmacêutica ficar brigando.

O Jorge, certamente, toparia. Eu acho que o Antônio Britto, sendo ex-Parlamentar, poderia estar presente. Nesse caso, faríamos uma discussão. Poderíamos colocar o Kalil representando o grupo ou mesmo todos nós, para que possamos tentar chegar a um denominador comum. Cinquenta por cento do problema está resolvido: a universidade brasileira tem o conhecimento. Há uma questão de convencimento da indústria farmacêutica internacional. Acho que acenar com o fato de o poder de compra do SUS ser utilizado para isso, como disse inicialmente, facilitaria o convencimento. A decisão, obviamente, passa pelas matrizes, mas acho que fica uma sugestão para as etapas seguintes do processo.

Não há dúvida nenhuma, professor, de que houve aumento do preço dos medicamentos. Está aqui o professor, que deixou isso claro. O dele vai custar 60% mais barato. Não há relação entre o preço de custo e o preço de venda. Vende-se o mais caro possível. Quanto a isso não há dúvida nenhuma. Criou-se na indústria farmacêutica a ideia de que fazer biofármacos é melhor, é mais ativo do que fazer fármacos. Sou farmacologista, dos antigos. Não há nenhuma demonstração experimental disso — nenhuma! Refiro-me ao ponto de vista de efeitos colaterais, etc. O que existe é a grande ideia de que é mais difícil e é melhor fazer biofármacos. Obviamente, isso custa muito mais caro, várias vezes mais caro. Então, é uma opção de mercado. Não tenham dúvida nenhuma disso. Não há dúvida nenhuma de que o segmento de biofármacos é muito importante, é um segmento fundamental, do qual o Brasil deveria... Temos imunologistas, temos imunofarmacologistas que são capazes de contribuir, inclusive na área de câncer, não há dúvida nenhuma. Deveríamos colocar numa Mesa agora os atores para tentarmos encontrar a solução para essa questão.

A Deputada Dulce perguntou por que não fazemos medicamentos que curam. Fazemos, sim! Todas as doenças infecciosas, todas as infecções virais... Aqui há um professor que está fazendo uma vacina, que é algo preventivo. Todas as vacinas são preventivas. Todas as doenças infecciosas são tratáveis, porque as pessoas, se não tratadas, morrem. Agora, em relação às doenças crônicas, a definição de um grande físico está claríssima. Nós não sabemos ainda a fisiopatologia. Entender fisiopatologia



permite que tenhamos alvos "farmacológicos", entre aspas, para desenvolvermos drogas. Enquanto não conhecermos a fisiopatologia das doenças, não vamos ter a cura. Na hora em que entendermos bem isso... O tratamento de câncer evolui muito mais. Por quê? Porque colocaram muito mais dinheiro. Reafirmo que a questão de medicamentos no Brasil atualmente não é apenas de dinheiro; a questão é termos uma política que coloque todos os atores trabalhando com esse objetivo. No passado — mostrei no eslaide ali —, quando se colocou só dinheiro, o problema não foi resolvido. Na hora em que houve uma mudança na política, quando colocaram diversas áreas trabalhando com o mesmo objetivo, apareceram as novas drogas.

Eu acho que o Brasil precisa disto: colocar o setor produtivo com uma visão mais moderna do que é fazer medicamentos. Infelizmente — e o professor falou muito bem sobre isto —, a origem dos representantes da nossa indústria nacional é outra; eles não vieram da academia, não têm a visão de que fazer medicamentos têm riscos, mas depois há compensações, tanto é que as maiores indústrias estão aqui.

Parabenizo a ideia do Parlamento. Acho que é um aspecto de soberania nacional. Vamos manter esta Comissão e tentar, a curto prazo, encontrar uma legislação — e não precisa ser uma lei, mas pode ser uma portaria, porque não entendo bem dessa parte — que leve à produção de medicamentos radicais no Brasil. O ambiente é favorável. O Kalil mostrou que dar vacina... E vacina nós estamos fazendo. Por que não podemos fazer medicamentos, incluindo fármacos e biofármacos?

Essa é a minha mensagem.

O SR. PRESIDENTE (Arlindo Chinaglia. PT - SP) - Obrigado, Prof. Fernando. Ele falou que é um farmacologista antigo. Aí eu lembrei que, quando eu tinha aula de farmacologia, o farmacologista dizia que a farmacologia iria eliminar as cirurgias. Eu sou desse tempo. *(Risos.)*

Tem a palavra agora o Prof. Kalil.

O SR. JORGE ELIAS KALIL FILHO - Presidente Arlindo, muito obrigado pelo convite. Eu acho que esta é uma reunião muito importante. Nós temos que manter este debate vivo. Cumprimento o Deputado Adelmo e demais Deputados que estavam aqui. Como o Fernando disse muito bem, se o Brasil quiser se desenvolver, ele terá que partir... Ele não pode só copiar dos outros, ele tem que ser inovador, tem que ser criativo e estar à frente. Não pode ser sempre a carreta que está sendo puxada. E nós temos ciência,



conhecimento e competência instalada para sermos inovadores. Resolvemos não só o problema de câncer, que é de todos, mas também os problemas que são nossos. Se eu fui muito crítico na apresentação, eu quero lembrar vocês que lidero, talvez, o maior centro inovador brasileiro, que é o Instituto Butantan — e eu vou voltar a falar sobre isso. Eu fui crítico porque tenho essa missão de tentar ajudar o nosso País. Eu quero melhorar, aprimorar o nosso País.

Eu gostaria de fazer alguns esclarecimentos de ordem médica antes. As pessoas falam sobre câncer como se fosse uma entidade nosológica só, como se fosse uma doença. Cada câncer é uma doença; cada forma de apresentação dele é uma doença. E é muito difícil tratá-lo porque o câncer sai de dentro de nós mesmos, são mutações que saem de nós mesmos. Então, é muito difícil tratá-lo. E vai ser provavelmente a doença que nós vamos ter mais dificuldade para tratar mesmo no futuro.

Eu vou falar dos Estados Unidos, não porque eu adore os Estados Unidos, mas porque eles são os mais competentes para o desenvolvimento de drogas, disparados, se comparados com o resto do mundo. Como é que eles fazem? Eles têm uma série de incentivos para quem pesquisa câncer e têm *fast track*. Eles decidem rapidamente. Se você tiver uma proposta, eles a aprovam rapidamente. Se você conseguir aprová-la, mesmo que a patente esteja caducando, eles lhe dão ainda 20 anos de utilização exclusiva para você ter o retorno do seu investimento. Isso é para alguns cânceres. Por exemplo, câncer de pâncreas e glioblastoma não têm tratamento, matam entre 6 meses a 1 ano. Há todo um novo procedimento, porque a agência reguladora brasileira não está lá para colocar empecilhos para o desenvolvimento, como fazemos aqui. Eles estão lá para conversar com você, para saber como é que se vai chegar à resolução de um problema de saúde que eles identificam também. Eles vão orientá-lo nesse sentido. Eles são seus aliados. Aqui parece que são seus inimigos. Repito: aqui parece que são seus inimigos.

No que se refere a doenças raras, existe um programa enorme nos Estados Unidos para doenças raras, com financiamentos especiais das empresas, com um *fast track* de aprovação e também uma prolongada licença de utilização para que haja retorno de investimento. Existe hoje em dia uma proliferação enorme de congressos nos Estados Unidos dedicados somente a pesquisas sobre medicamentos para doenças raras. Inclusive eles estão testando muitos medicamentos que são utilizados no Brasil há muito tempo, mas que não seguiram o trâmite normal de aprovação. Agora, eles estão



aprovando esses medicamentos nos Estados Unidos, fazendo todo o trâmite normal de aprovação. E há um grande número de doenças genéticas que estão indo por aí.

E como é que eles fazem com a questão da inovação? Olhem a quantidade de institutos de pesquisa que existem lá sem fins lucrativos, que foram iniciados por iniciativa pública ou privada, mas que fazem pesquisa sem fins lucrativos, dedicados a tratamento de uma doença ou outra. Nós temos pouquíssimos. Vejam os incentivos que têm os possuidores de grandes fortunas ao darem recursos para a pesquisa biomédica. Olhem o que o Bill e a Melinda Gates fazem. São muitos milhões de dólares. O Buffett, outro milionário, acha que a fundação do Bill e da Melinda Gates é muito boa e deu dinheiro para eles também. Qual foi o bilionário brasileiro que deu dinheiro para se fazer um instituto de pesquisa? Podem colocar o nome dele, o nome do pai, do tio, do avô, de toda a ascendência nos institutos, mas quem é que dá dinheiro para fazermos isso aqui?

Portanto, existem caminhos que podem ser incentivados. Eu não sei, do ponto de vista legal, legislativo, como é que se faz isso, mas existe uma forma. Agora, a cultura de que a burocracia está aí para nos incomodar e não para nos ajudar é um erro. Nós temos que mudar essa cultura. Falo isso em termos gerais.

Eu disse que fui crítico quando fiz a minha apresentação porque eu queria trazer uma proposta para o Brasil. Mas quero lembrar os senhores que nós estamos fazendo agora no Instituto Butantan uma pesquisa, que está na fase 3, da vacina contra a dengue. A dengue é problema nosso, pessoal. Ela não está Estados Unidos, não está na Europa, não está no Japão. O problema é nosso. E nós a estamos testando em 17 mil pessoas, em 14 centros de pesquisa em todo Brasil, de Boa Vista a Porto Alegre — nós temos 17 centros. Os senhores não têm ideia da logística disso. É o Instituto Butantan que está fazendo isso, é o Brasil que está fazendo isso. Quer dizer, nós nunca fizemos isso no Brasil, assim como nós nunca fizemos uma pesquisa de fase 2 de vacina. E terminamos a vacina contra a dengue com resultados ótimos. Fizemos a fase 1 e 2 da vacina contra o rotavírus. O Instituto Butantan — não estou dizendo que seja o único, a FIOCRUZ também trabalha bastante — contribui, e muito, para a real inovação. A Recepta conseguiu fazer o que fez porque o Instituto Butantan tinha tecnologia e desenvolveu as linhagens de células.

Então, nós temos o que temos. O que nós temos que fazer? Não tem que ser feito esse esforço hercúleo cada vez que se quiser fazer um desenvolvimento. As coisas



tenham que fluir mais rapidamente para que o cientista não tivesse que ficar passando um tempo enorme tentando convencer autoridades de que é importante o que ele está fazendo, para que ele pudesse se dedicar àquilo.

Agora, nós temos... Estou dando esse exemplo do Instituto Butantan, mas vejam que o mundo todo nos olha, o mundo todo. Eu recebo regularmente visitas de todas as instituições mundiais e percebo que está todo mundo interessado na vacina contra a dengue. Nós estamos também na vanguarda da vacina contra a zika, estamos num monte... Digo isso sem contar que há o desenvolvimento de pelo menos oito medicamentos isolados a partir do veneno de cobras, lagartos, aranhas e outros animais peçonhentos. E mais: foram descobertos novos medicamentos, inclusive contra o câncer. Estamos desenvolvendo isso.

Agora, existe, sim, a vontade de fazer. O que nós precisamos é facilitar. Às vezes, para isso nós não podemos pulverizar recursos. Aqui no Brasil nós temos a tendência de sempre pulverizar. Eu ouço toda hora isso: *"O Kalil já tem dinheiro bastante; o Butantan já tem dinheiro bastante. Agora, vamos dar para o Zezinho da esquina"*. Do Zezinho da esquina, de quem você espera que saia nada, não vai sair nada mesmo. Não pode dar isso para o Zezinho da esquina, tem que concentrar recursos. Esse negócio não é do capitalismo ou do socialismo. Quer dizer, se formos analisar, Cuba fez o centro de biotecnologia, concentrou recursos lá; a União Soviética concentrou recursos; e os Estados Unidos concentram também.

Portanto, se nós quisermos ser competentes, não temos que ter medo. Aqui nós somos distributivos e não estamos preocupados com competência. O Brasil tem que se preocupar com competência e mérito. Se não tivermos isso, não dá para começar a trabalhar.

Vamos em frente.

Obrigado, Sr. Presidente.

O SR. FERNANDO DE QUEIROZ CUNHA - Quero fazer um aparte bem rápido. Em relação ao que o Prof. Kalil falou, andei um pouco envolvido, um certo tempo, com esses fundos, pensando em fundos de apoio à universidade, os chamados *endowment funds*. Descobri — e esta aqui é uma Casa que legisla — que, nos Estados Unidos, se você fizer uma doação sem fins lucrativos para uma fundação que faz pesquisa ou para uma universidade, você não paga imposto. Se você não doar, quando você morrer, o imposto



sobre herança é em torno de 50% a 60%. No Brasil, se você doar para a fundação denominada "Kalil Pai", você vai pagar imposto sobre essa doação. O imposto é de 30% a 40%, não lembro. Se você não doar, quando você morrer, o imposto sobre transferência de herança será metade daquele que você doou. Ou seja, há necessidade de se mudar a legislação. Há vários grupos que fizeram esse estudo. Deveríamos, sim, imaginar que isso ajudaria muito a criação dos fundos e possivelmente os institutos de pesquisa.

O SR. JORGE ELIAS KALIL FILHO - Isso dá pano para manga.

O SR. PRESIDENTE (Arlindo Chinaglia. PT - SP) - Isso. Permita-me dizer, Prof. Kalil, que nós somos distributivistas nas verbas para ciência, segundo o seu relato. No resto, nós não somos nada distributivistas. O Prof. Fernando acabou de provar isso. Quer dizer, esse é o problema. Se houvesse o imposto sobre grandes fortunas no Brasil... Se pegarmos o maior império da história da humanidade, semelhante aos Estados Unidos da América, aí haveria uma revolução no Brasil patrocinada pela Direita. Isso porque se pode tocar em qualquer coisa, menos na grana. Essa é...

O SR. JORGE ELIAS KALIL FILHO - V.Exa. me permite um aparte?

O SR. PRESIDENTE (Arlindo Chinaglia. PT - SP) - É claro.

O SR. JORGE ELIAS KALIL FILHO - Não quero fazer discussão ideológica, porque eu sou ruim para isso.

O SR. PRESIDENTE (Arlindo Chinaglia. PT - SP) - Eu também sou ruim...

O SR. JORGE ELIAS KALIL FILHO - Não, V.Exa. é muito bom nisso. Conheço o Sr. Deputado há muitos anos. *(Risos.)*

O que eu vejo é o seguinte: a França aumentou o imposto sobre fortunas, e as fortunas fugiram. Os Estados Unidos fazem diferente: é imposto sobre herança, e não sobre fortuna. Por quê? O sujeito que malhou pode ficar velho e não tem que ficar pagando com o dinheiro todo dele impostos, ele transmite... O problema no Brasil é que temos muitos príncipes, que nascem príncipes porque o pai é rico. Então, eles sabem que não vão ter problema porque não têm herança, não têm que fazer nada. Se nós aumentarmos...

O SR. PRESIDENTE (Arlindo Chinaglia. PT - SP) - A nossa proposta é exatamente esta, a de herança.



O SR. JORGE ELIAS KALIL FILHO - *"Não faça fortuna porque nós vamos tirar a herança!"* Já estão fugindo! Já estão fugindo! Vamos fazer sobre herança. Não é ideológico, mas simplesmente pragmático.

O SR. PRESIDENTE (Arlindo Chinaglia. PT - SP) - V.Sa. pode dar o apelido que quiser, mas eu concordo com isso.

A reunião foi de altíssimo conteúdo. Tomamos algumas liberalidades para, além da informação, criarmos certa cumplicidade. Esse é o termo, para o bem.

O SR. JORGE ELIAS KALIL FILHO - Sem dúvida.

O SR. PRESIDENTE (Arlindo Chinaglia. PT - SP) - Queria até fazer alguns registros. Por exemplo, quero falar sobre esta observação feita pelo Prof. Kalil — foi feita por outros palestrantes também, mas ele falou por último: que a cada pesquisa o cientista perde tempo para convencer autoridades de que tem que ser feito dessa ou daquela maneira.

Eu acho, até que provem o contrário, que nesse tipo de problema nós devemos nos concentrar e tentar resolvê-los de uma vez por todas. Por quê? Porque não depende de dinheiro, não depende de convencer ninguém a investir; só depende da inteligência. Então, eu creio que é possível, além da brutal necessidade.

Minha sugestão, Prof. Kalil e demais participantes, é que, para cada um dos temas abordados aqui pelos senhores, nós nos referenciemos não só em vocês, mas também em quem mais estiver na mesma toada que vocês já estão. Isso porque aí, sim, nós poderemos aglutinar um peso incomum para convencer quem tiver que ser convencido, para pressionar, etc.

O SR. ADELMO CARNEIRO LEÃO (PT - MG) - Deputado Arlindo, se V.Exa. me permitir...

O SR. PRESIDENTE (Arlindo Chinaglia. PT - SP) - É claro.

O SR. ADELMO CARNEIRO LEÃO (PT - MG) - Quero fazer uma pergunta ao Kalil e obter uma resposta bem curtinha.

É só o seguinte: o Instituto Butantan está na pesquisa da fosfoetanolamina. O que você tem a nos dizer? Isso está evoluindo? Há resultados novos? Se há, depois nós vamos fazer uma discussão específica sobre a fosfoetanolamina.

Mas só quero saber notícias suas porque é o instituto onde se faz a pesquisa básica.



O SR. JORGE ELIAS KALIL FILHO - Há. O Durvanei é o pesquisador responsável por isso. Ele teve financiamento das agências de fomento para fazer a pesquisa. Ele continua essa pesquisa. São as pesquisas de prova de conceito até então mais bem-feitas.

O que ele está revendo, inclusive conversei com ele sobre isso, são as quantidades e o modo de administração, que eram completamente diferentes daqueles da prática de quando a droga foi distribuída para a população. Ele continua trabalhando, e acho que em breve deve ter mais resultados.

O SR. PRESIDENTE (Arlindo Chinaglia. PT - SP) - Então, além da satisfação coletiva, agradeço muito, mais uma vez, a presença dos senhores aqui. Naquilo que pudermos ser úteis, vocês podem e devem tomar a iniciativa de nos acionar.

Então, está encerrada a presente reunião.