

		CÂMARA LEGISLATIVA DO DISTRITO FEDERAL 3ª SECRETARIA – DIRETORIA LEGISLATIVA DIVISÃO DE TAQUIGRAFIA E APOIO AO PLENÁRIO SETOR DE TAQUIGRAFIA		<b>NOTAS TAQUIGRÁFICAS</b>	
<b>Data</b>	<b>Horário Início</b>	<b>Sessão/Reunião</b>		<b>Página</b>	
20   10   2016	15h30min	92ª SESSÃO ORDINÁRIA		1	

**TERCEIRA SECRETARIA  
DIRETORIA LEGISLATIVA  
DIVISÃO DE TAQUIGRAFIA E APOIO AO PLENÁRIO  
SETOR DE TAQUIGRAFIA  
SETOR DE TRAMITAÇÃO, ATA E SÚMULA  
2ª SESSÃO LEGISLATIVA DA 7ª LEGISLATURA  
ATA CIRCUNSTANCIADA DA 92ª  
(NONAGÉSIMA SEGUNDA)  
SESSÃO ORDINÁRIA, TRANSFORMADA EM COMISSÃO  
GERAL PARA DEBATER SOBRE O CÂNCER DE MAMA  
EM 20 DE OUTUBRO DE 2016.**

PRESIDENTE (DEPUTADA TELMA RUFINO) – Está aberta a sessão.

Sob a proteção de Deus, iniciamos os nossos trabalhos.

Em razão da aprovação do Requerimento nº 1.930, de 2016, de autoria do Deputado Rafael Prudente, a sessão ordinária de hoje, quinta-feira, 20 de outubro de 2016, será transformada em comissão geral para debater o câncer de mama, com a participação da Federação Brasileira de Instituições Filantrópicas de Apoio à Saúde da Mama.

Convido as Sras. Deputadas e os Srs. Deputados, bem com todos os convidados, a participarem da comissão geral em plenário.

Está suspensa a sessão.

(Suspensa às 15h32min, a sessão é reaberta às 15h40min.)

PRESIDENTE (DEPUTADA TELMA RUFINO) – Está reaberta a sessão.

(A sessão transforma-se em comissão geral.)

PRESIDENTE (DEPUTADA TELMA RUFINO) – Ao dar as boas-vindas a todos os presentes, tenho a honra de declarar abertos os trabalhos desta comissão geral para debater o câncer de mama, com a participação da Federação Brasileira de Instituições Filantrópicas de Apoio à Saúde da Mama – FEMAMA.

Convido a tomar assento à Mesa o Gerente de Cuidados ao Câncer, da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, Bruno Sarmento; a oncologista clínica do Centro de Oncologia do Sírio-Libanês, Unidade de Brasília, Dra. Daniele

		CÂMARA LEGISLATIVA DO DISTRITO FEDERAL 3ª SECRETARIA – DIRETORIA LEGISLATIVA DIVISÃO DE TAQUIGRAFIA E APOIO AO PLENÁRIO SETOR DE TAQUIGRAFIA		<b>NOTAS TAQUIGRÁFICAS</b>	
<b>Data</b>	<b>Horário Início</b>	<b>Sessão/Reunião</b>		<b>Página</b>	
20   10   2016	15h30min	92ª SESSÃO ORDINÁRIA		2	

Xavier Assad; o oncologista clínico do Hospital Universitário de Brasília e fundador da Clínica Cettro, Dr. João Nunes; a Defensora Pública Federal, da Defensoria Pública da União no Distrito Federal, Dra. Fabiana Bandeira de Faria, e o Assessor de Relações Governamentais da Femama, Sr. Thiago Turbay.

Primeiramente, eu quero agradecer ao Deputado Rafael Prudente. Esta comissão geral foi proposta por S.Exa., mas como ele precisou viajar, pediu-me para representá-lo. É com muita alegria que estou aqui hoje, para mais uma vez discutir este tema de grande importância para a nossa sociedade, que é a prevenção ao câncer de mama. Ano passado, como Procuradora Especial da Mulher na Câmara Legislativa, realizei uma sessão solene com mais de seiscentas pessoas entre especialistas, autoridades e mulheres que enfrentaram essa batalha contra o câncer ou que viveram isso de perto.

O que eu posso falar sobre a importância de trabalhos como este proposto pelo meu colega, o Deputado Rafael Prudente, é que é preciso esclarecer mais a população e discutir esse tema durante todo o ano, não apenas no mês de outubro. Como mulher, eu sei que a melhor forma de combater essa doença está na prevenção. Como parlamentar, temos trabalhado para dar condições dignas de tratamento, seja por meio de indicações, de fiscalização, e principalmente por meio de liberação de emendas para a saúde.

No ano passado, nós os 24 Parlamentares liberamos mais de 300 milhões em emendas para serem utilizados na saúde. O bloco do qual faço parte encaminhou 27 milhões para um setor primordial no tratamento do câncer e de outras doenças, que é o setor de diagnóstico, e para a aquisição e manutenção de aparelhos de ressonância, de tomografia e de raios X. Precisamos dar condições aos pacientes de se prevenirem e se tratarem.

Eu quero dizer aqui, como Procuradora da Mulher, que podem contar comigo nessa participação. Todo mês de outubro nós fazemos eventos aqui e apoiamos a saúde, porque realmente é preciso. É o único meio que há para descobrir se se está com câncer ou não.

Eram essas as minhas palavras.

Concedo a palavra ao Dr. Bruno Sarmento, Gerente de Cuidados ao Câncer, da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal.

SR. BRUNO SARMENTO – Boa tarde a todos. Eu quero deixar meus cumprimentos e agradecimentos à Câmara Legislativa, na pessoa da Sra. Deputada Telma Rufino, que preside esta comissão geral. Quero já adiantar meu agradecimento à Federação Brasileira de Instituições Filantrópicas de Apoio à Saúde da Mama – FEMAMA, à Recomeçar, às demais ONGs que trabalham junto dos pacientes e também, por que não dizer, do corpo clínico no combate e no controle do câncer no Distrito Federal. Meus cumprimentos aos colegas de Mesa: Dr. João Nunes, Dra. Daniele Assad, Dra. Fabiana e Dr. Thiago Turbay.

		CÂMARA LEGISLATIVA DO DISTRITO FEDERAL 3ª SECRETARIA – DIRETORIA LEGISLATIVA DIVISÃO DE TAQUIGRAFIA E APOIO AO PLENÁRIO SETOR DE TAQUIGRAFIA		<b>NOTAS TAQUIGRÁFICAS</b>	
<b>Data</b>	<b>Horário Início</b>	<b>Sessão/Reunião</b>		<b>Página</b>	
20   10   2016	15h30min	92ª SESSÃO ORDINÁRIA		3	

Na verdade, eu fui convidado na sexta-feira. Então, essa é uma palestra que está em produção. O nosso quadrilátero do Distrito Federal hoje conta, arredondando, com 2 milhões e 900 mil habitantes, e tem uma taxa de crescimento em torno de 2% ao ano. O Entorno tem uma taxa de crescimento de 6%, 7% ao ano, de acordo com os dados da Codeplan. O que podemos verificar no Distrito Federal é uma tendência à mudança do perfil epidemiológico das doenças que acometem nossa população. O principal fator epidemiológico que nós percebemos é justamente o envelhecimento da população. Então, o Distrito Federal, hoje, tem adquirido um perfil de doenças, um perfil epidemiológico de primeiro mundo, mas uma saúde que, infelizmente, não acompanha essa tendência.

A estimativa para 2030 é de 3,5 milhões de habitantes só no Distrito Federal, e de 4,5 milhões de habitantes se incluirmos o Entorno, a Ride, que foi o local onde o Distrito Federal nasceu. Justamente essa mudança do perfil epidemiológico tem feito com que, desde 2008, 2009, o câncer tenha se tornado a terceira causa de morte entre os brasilienses. O ano de 2008 foi de transição entre o trauma, a morte por causas externas, e o câncer.

O que temos hoje – é o que esse *slide* mostra lá em cima, na primeira linha – é justamente a mortalidade por doenças cardiovasculares, que é o acidente vascular cerebral – AVC, e o infarto do miocárdio – IAM. Em laranja, subindo, está a mortalidade por câncer. Em azul, há uma redução da mortalidade por causas externas, que é o trauma. Eu até me pergunto: será que não foi resultado da Lei Seca? Houve uma queda aqui. Então, o envelhecimento da população e o aumento, pelos menos em casos absolutos, dos diagnósticos de câncer é uma realidade epidemiológica que a sociedade tem de enfrentar.

Obviamente, o câncer de mama é epidemiologicamente o mais importante quando nós falamos das mulheres. É o tumor mais frequente, seguido pelo câncer de colo, intestino grosso e, em terceiro lugar, pelo câncer do colo do útero.

É interessante dizer que existe hoje o rastreamento para o câncer de mama – o que é plenamente justificável –, de colo do útero, mas ainda não demos a devida atenção ao câncer de intestino grosso, que é o segundo câncer mais prevalente nas mulheres do Distrito Federal. Uma atenção especial precisa ser dada a este também.

O que é triste é esse *slide*, senhores, que mostra o aumento da mortalidade, um aumento discreto, mas visível. Nós podemos ver a curva ascendente por câncer de mama no Distrito Federal. Por que a mortalidade, se é um câncer que tem um rastreamento, tratamento cirúrgico, radioterápico, se várias linhas de tratamento sistêmico, como a quimioterapia com imunobiológicos, são utilizados? O fato é que nós temos enfrentado essa dura realidade no Distrito Federal. Não é produtivo buscarmos um único culpado, porque o resultado no controle da doença advém do que chamamos de linha de cuidados, ou seja, todo aquele trajeto que uma pessoa com suspeita de câncer – no caso, o câncer de mama ou a pessoa portadora do câncer de mama – vai percorrer. Isso começa perto de casa, na atenção primária.

		CÂMARA LEGISLATIVA DO DISTRITO FEDERAL 3ª SECRETARIA – DIRETORIA LEGISLATIVA DIVISÃO DE TAQUIGRAFIA E APOIO AO PLENÁRIO SETOR DE TAQUIGRAFIA		NOTAS TAQUIGRÁFICAS	
Data	Horário Início	Sessão/Reunião	Página		
20   10   2016	15h30min	92ª SESSÃO ORDINÁRIA	4		

Pediram-me para falar um pouco sobre o plano oncológico. Eu não vou apresentá-lo porque ele é extenso, apesar de ele trazer justamente o resgate dos cuidados à população perto de casa, que é na atenção primária.

A atenção primária deve pressionar e coordenar o cuidado integral dos pacientes próximos ao seu território, mudar aquele modelo hospitalar, em que, no passado, na década de 1990, nós procurávamos os hospitais para fazer rastreamento, para ter orientações sobre nutrição saudável. Isso precisa ser mudado pelo programa Saúde da Família, coordenado pela APS – Atenção Primária à Saúde.

A linha de cuidados ao câncer de mama começa na atenção primária. Existe a promoção da saúde, que são as medidas de controle do sedentarismo, da obesidade, do tabagismo, mas aqui, o peso maior é da informação, informação de qualidade. Depois vem a detecção precoce, que é o rastreamento por mamografia. A mamografia não previne, ela identifica precocemente os tumores pequenos. Esse é o objetivo. Depois vem a atenção secundária, em laranja – conforme mostra o *slide* –, onde as biópsias devem ser realizadas – isso em hospitais regionais, usando termos do Distrito Federal. Os casos positivos que são confirmados e encaminhados para o que nós chamamos, em nosso meio, de Cacon e Unacon. Só para citar, temos o Hospital Universitário e o Hospital de Base. Estamos tentando habilitar o Hospital Regional de Taguatinga como uma Unacon também. E ali se faz o quê? Cirurgia, quimioterapia, radioterapia e também boa parte do início da reabilitação.

Seguindo o fluxo normal na linha de cuidados, o que acontece é que só tem dois destinos para essa pessoa seguir: ela é curada pela assistência ou por ter uma biologia tumoral favorável do próprio indivíduo, quer dizer, ela consegue a cura por um diagnóstico precoce ou por uma biologia tumoral favorável ou pelo tratamento no tempo correto, ou ela vai fazer parte de uma parcela grande, infelizmente, que vai cair no ciclo de progressão da doença. Infelizmente, é aquela mulher que vai ter a recorrência do tumor, ou a progressão do tumor, várias e várias vezes, vai se submeter a cirurgias, a várias linhas de quimioterapia, mas, infelizmente, nós vamos perdê-la ao final de tudo, e é isso que a gente precisa justamente evitar.

Parece-me que o foco da discussão hoje é justamente o acesso das pacientes portadoras de câncer metastático ao tratamento, ou seja, ao final da linha de cuidados. Só para dar um painel, ali é um gráfico. É importante olhar, porque o gráfico em azul é a meta de cobertura do rastreamento do câncer de mama no Distrito Federal. Essa cobertura foi pactuada com o Ministério da Saúde que fosse de 22% da população feminina e, embaixo, o realizado. É a nossa realidade. Nós realizamos só 5% dos exames necessários para uma cobertura adequada do rastreamento do câncer de mama. O ideal é 70%, a meta é 22%, nós fazemos 5% em Brasília. Então, lá em cima, a atenção primária, um fator importantíssimo: 5% de cobertura do rastreamento.

Outro fator importante: do sintoma ou da suspeita, quer dizer, mamografia suspeita ou a mulher com nódulo palpável, quanto tempo ela vai demorar para fazer

		CÂMARA LEGISLATIVA DO DISTRITO FEDERAL 3ª SECRETARIA – DIRETORIA LEGISLATIVA DIVISÃO DE TAQUIGRAFIA E APOIO AO PLENÁRIO SETOR DE TAQUIGRAFIA		<b>NOTAS TAQUIGRÁFICAS</b>	
Data		Horário Início	Sessão/Reunião		Página
20   10   2016		15h30min	92ª SESSÃO ORDINÁRIA		5

uma biópsia? Aqui eu tenho o resultado de uma tese de pós-graduação em mastologia, da Dra. Ângela. Ela a publicou em 2013, mas acredito que não tenha mudado muito o cenário. O dado da pesquisa, envolvendo 250 pacientes com câncer de mama, revela que o tempo entre o diagnóstico ou da suspeita até a biópsia foi de 5 meses, na realidade, 5.4 meses. Então, algo que era para ser ágil, na verdade, era bastante moroso. O resultado não poderia ser diferente: 70% das pacientes com tumores grandes, estágio 2 ou estágio 3, 4% de estágio metastático já, mostrando o perfil de uma doença que tem um alto índice de recorrência, na verdade, porque está ocorrendo uma falha na linha de cuidado.

Então, eu tenho aqui cobertura de rastreamento de 5%; tempo de diagnóstico, de biópsia de cinco meses, impactando no perfil e na chance de cura da paciente.

Desse diagnóstico ao tratamento cirúrgico, em média, nessa tese de pós-graduação, em torno de dois meses e meio. Hoje, a fila sobre a qual eu tenho condições de falar para vocês é a do Hospital de Base. A paciente que está esperando há mais tempo está esperando há quarenta dias. Em termos mundiais, é considerado razoável, mas, do ponto de vista clínico, nós gostaríamos que fosse mais rápido ainda.

Outro item importante do tratamento é a radioterapia. Aquela é uma foto da minha mesa em certo dia. As capas vermelhas, não sei se vocês conhecem, são dos pacientes que entram com processo na Justiça. Ali tem, só nesse dia, doze processos para a gente dar solução.

Atualmente, há mais de mil pacientes na fila de radioterapia. Para o câncer de mama, o maior tempo de espera é de quatro meses, mas para o tempo de espera global, para outros casos, pode chegar a seis meses para o câncer de próstata ou câncer de cabeça e pescoço. O câncer de mama, quando a gente consegue tratar no cobalto do Hospital de Base, está um pouquinho mais rápido, mas completamente fora do ideal também.

Com relação ao acesso à Oncologia Clínica hoje, felizmente, a gente tem uma situação relativamente confortável. São oferecidas trinta vagas na Secretaria de Saúde, vinte no Hospital de Base e dez no HRT, por semana. O tempo de espera das pacientes na regulação é em torno de cinco dias. Os exames, estando adequados, completos e as drogas disponíveis, ele deve tratar aí no máximo em quinze dias.

Então, o acesso à Oncologia Clínica hoje – no ano passado, chegou a quatro meses de espera – é basicamente o tempo operacional de cinco dias para entrar em sessão no sistema até o agendamento da consulta.

Eu coloquei o *like* ali para brincar um pouco com a situação, mas o assunto aqui é sério. Nós temos assim: mais uma vez, linha de cuidado: 5% de rastreamento; tempo para biópsia de cinco meses; tempo para cirurgia: quarenta dias; quimioterapia: em torno de quinze dias; radioterapia: em torno de quatro meses.

 CÂMARA LEGISLATIVA DO DISTRITO FEDERAL 3ª SECRETARIA – DIRETORIA LEGISLATIVA DIVISÃO DE TAQUIGRAFIA E APOIO AO PLENÁRIO SETOR DE TAQUIGRAFIA		NOTAS TAQUIGRÁFICAS	
Data	Horário Início	Sessão/Reunião	Página
20   10   2016	15h30min	92ª SESSÃO ORDINÁRIA	6

Essa é a receita completa para termos cada vez mais pacientes com câncer metastático, e isso se torna uma bola de neve. É um drama humano enorme, um custo para o Estado e o resultado de longuíssimo prazo, o que é inadequado.

Quais são as drogas hoje que estão padronizadas? São aquelas ali. Vou pedir desculpas porque têm duas drogas ali, a citarabina e topotecan, que não são usadas contra o câncer de mama. Como eu transporte o *slide*, elas vieram também. Basicamente, nós temos aí doze drogas que são padronizadas na Secretaria de Saúde.

Eu quero chamar a atenção para a padronização do trastuzumabe, que ocorreu há três anos. O trastuzumabe é uma droga alvo, é uma terapia inteligente, um imunobiológico de alto custo, que, em parte, é fornecido pelo Ministério da Saúde para os pacientes em tratamento adjuvante. E a Secretaria de Saúde padronizou para compra regular para os pacientes com câncer de mama metastático. Então, como o objetivo do fórum é o câncer de mama metastático, eu queria sinalizar e ressaltar que o trastuzumabe é padronizado na Secretaria de Saúde para o câncer de mama metastático. Para uma situação clínica específica, a Dra. Daniele vai falar na apresentação dela.

Se nós compararmos com o rol, com a lista de medicamentos recomendados por esse grupo que está lá em cima de hospitais oncológicos norte-americanos, que chamamos de *NCCN – National Comprehensive Cancer Network* – é um consenso que os médicos usam muito –, nós deveríamos então ter acesso a mais seis outras drogas de alto custo, que são estas aí: doxorrubicina peguilhada; bevacizumabe; pertuzumabe, que é lançamento, tem três anos no mercado internacional; lapatinibe; eribulin; e outra droga, cujo nome é chatinho de pronunciar.

Então, se nós compararmos o cenário brasileiro, a realidade brasileira com o cenário americano, sim, a nossa lista de medicamentos padronizados é menor. Por outro lado, olhem o que acontece na Inglaterra, que tem uma saúde socializada, que usamos muito como parâmetro para a saúde brasileira – Inglaterra, França e Canadá. Por exemplo, doxorrubicina peguilhada para o câncer da mama sequer está em avaliação no Reino Unido. O grupo só vai se manifestar em 2019 a respeito disso. Bevacizumabe também. Aqui não vai dar para lermos, mas o que o instituto inglês de saúde fala é que o resultado, o custo e o benefício não compensam a incorporação no sistema inglês. O pertuzumabe é uma droga que teve a sua solicitação de inclusão no sistema inglês em 2013. Aí o relatório fala o seguinte: "O sistema de saúde, o sistema de incorporação de tecnologias e a Roche, que é a fabricante, ainda estão em entendimentos comerciais para estudar a viabilidade." Então, é uma droga também que não está disponível no sistema inglês. E assim sucessivamente: lapatinibe, eribulin.

O motivo, senhores, dessa dificuldade é a mesma. Essa é outra comparação. Quero dizer que o que fazemos aqui não é muito diferente do que se faz no sistema inglês de saúde, para tirarmos um pouquinho daquele complexo que nós temos com

		CÂMARA LEGISLATIVA DO DISTRITO FEDERAL 3ª SECRETARIA – DIRETORIA LEGISLATIVA DIVISÃO DE TAQUIGRAFIA E APOIO AO PLENÁRIO SETOR DE TAQUIGRAFIA		<b>NOTAS TAQUIGRÁFICAS</b>	
		<b>Data</b>	<b>Horário Início</b>	<b>Sessão/Reunião</b>	<b>Página</b>
20   10   2016		15h30min	92ª SESSÃO ORDINÁRIA	7	

relação ao Primeiro Mundo. Por que essa discussão toda? Isso é mundial, é o custo, é o custo da incorporação e o benefício clínico. Nem sempre aquela medicação que a gente quer incorporar tem um valor equivalente ao benefício clínico. Então, essa balança nunca ou quase nunca fecha, pelo menos no cenário atual. O que nós temos é isto aí: altos custos. E aí chega um momento em que o benefício clínico que vamos ganhando... Cada degrau vai ficando cada vez maior para você ganhar o benefício clínico, e o custo e a tecnologia desenvolvida, cada vez maiores. Então, os Estados mundo afora precisam ter um entendimento de como solucionar essa matemática toda.

Aqui é o que o SUS nos paga. Não vai dar para ver. Estamos acostumados com a projeção um pouco mais atrás. Então, para quimioterapia de primeira linha para o câncer avançado de mama, metastático, primeira linha, o pagamento mensal de mil e setecentos reais, que parece, a princípio, bom e é se você não utilizar terapias mais modernas, imunobiológicas, tudo mais. A conta até fecha com quimioterápicos convencionais. E, na segunda linha, 2 mil, trezentos e setenta e seis reais mensais. Aqui está incluído tudo: consulta, profissional, medicamento, medicamento de suporte, hidratação. É mensal esse valor.

Eu falei primeira linha e segunda linha. Olhem que preocupante, olhem quantas opções os meus colegas oncologistas clínicos têm à disposição. São vários esquemas de quimioterápicos que os oncologistas podem, claro que de acordo com cada caso, cada indicação, sequenciar de acordo com a progressão da doença do paciente. E aí nós temos fonte para pagamento para duas linhas. Então, a partir do momento que o colega oncologista muda de linha, ele usa o código, ele queima o código. Portanto, ele trocou a prescrição, ele tem que usar o outro. A terceira não tem mais. Ele vai ter que escrever alguma coisa. Cada estado ou cada município vai ter que arcar. Então, quem paga a terceira, a quarta, a quinta, a sexta linha de tratamento? Essa é uma pergunta que eu acho que, no Brasil, ninguém tem.

Eu estou acabando já, mas aqui é um cenário real. Em 2015, a Secretaria de Saúde conseguiu, de valor faturado, aprovado do Ministério da Saúde para todas as APACs de quimioterapias, de todos os tumores, 9 milhões e 600 mil reais. Eu acho que a gente fatura mal. Nós não sabemos faturar não. Mas é o que foi autorizado no ano de 2015.

No primeiro semestre deste ano, a Secretaria de Saúde desembolsou, com quimioterápicos de todos os tumores, 8 milhões 795 mil reais, dos quais, 3 milhões foram gastos com trastuzumabe. Então, trastuzumabe hoje corresponde a 36% dos custos com todos os quimioterápicos. E aqui ainda tem-se que tratar câncer do sistema nervoso central, colorretal e tudo mais.

Eu queria fazer outra comparação, fugindo do tema da discussão, que é o que se usa em outros tumores não metastáticos, colocar aqui a hormonioterapia e tudo mais. Mas, visualizando a tabela aqui disponibilizada pela Secretaria da Saúde, eu posso seguramente dizer para vocês que o que é gasto com quimioterapia em

		CÂMARA LEGISLATIVA DO DISTRITO FEDERAL 3ª SECRETARIA – DIRETORIA LEGISLATIVA DIVISÃO DE TAQUIGRAFIA E APOIO AO PLENÁRIO SETOR DE TAQUIGRAFIA		<b>NOTAS TAQUIGRÁFICAS</b>	
		<b>Data</b>	<b>Horário Início</b>	<b>Sessão/Reunião</b>	<b>Página</b>
20   10   2016		15h30min	92ª SESSÃO ORDINÁRIA	8	

câncer de mama corresponde a 40% de tudo o que a Secretaria de Saúde gasta com quimioterápicos. Isso em seis meses. Aqui são dados concretos. Eu não quis multiplicar por dois não. Isso aqui são dados reais das áreas técnicas competentes.

Então, quem paga pela incorporação de novos medicamentos? É a discussão do Dr. João Nunes. Existe autonomia para incorporar sem apoio financeiro? Eu não vejo isso. É como aquele adolescente: faça o que você quer, mas você vai ter que se virar. É uma situação extremamente complicada, mas precisa ser enfrentada, porque essa outra curva lá em cima é complicada. A gente vê o número de casos absolutos de APACs para tratamentos de câncer adjuvante crescendo e, na mesma proporção, o de tratamento paliativo, o metastático. Então, a gestão pública, neste momento dessa crise toda por que o mundo passa, não pode deixar de se preocupar jamais com as etapas anteriores. Nós não podemos ter um rastreamento de 5%, cinco meses para fazer uma biópsia. Eu estou falando o que falta falar aqui ainda: risco cirúrgico, tomografia, ressonância.

O plano oncológico é um documento técnico de orientação para o gestor. O que ele fala? Ele fortalece aquelas coisas que nós já falamos ou que se falamos desde 1988, que é a impulsão, de forma consistente, da promoção da saúde. Isso aí é basicamente feito com informação. Não há tantas intervenções.

Uma estratégia objetiva da detecção precoce. Sair desse rastreamento de 5% para um cenário melhor. Atualizar e qualificar o acesso. O nosso sistema carece de regulação e é caótico. Os pacientes ainda peregrinam e perambulam nos hospitais, e a regulação é uma ferramenta que a gente tem para fazer isso.

Então, só concluindo o penúltimo *slide*, o nosso plano até 2019, em metas reais, está sugerindo para o gestor: comprometer-se com o rastreamento de, pelo menos, 35% até 2019, reduzir esse tempo de biópsia com agulhamento, miotomia, seja o que for, pelo menos, para sessenta dias, porque a dificuldade de reposição de tecnologia e de pessoal é enorme; reduzir um pouquinho o tempo de cirurgia de quarenta e cinco para trinta dias, principalmente no Hospital de Base e no Hospital Regional de Taguatinga; quimioterapia em quinze dias é razoável; e reduzir o tempo de espera de radioterapia de quatro meses para seis meses, que é o limite legal. Essas são as metas que são postas para a gestão atual.

Em termos de discussões – o último *slide* é esse aqui –, eu não trouxe respostas, eu trouxe perguntas, questionamentos. Como a sociedade brasileira vai financiar o SUS? Há a discussão da PEC nº 241 aí, pegando fogo no Brasil inteiro. Como vamos manter o equilíbrio entre os estados? Nós tratamos aqui 20% dos pacientes de outros estados e não recebemos por isso.

O cartão SUS é só um documento de identificação, ele não é um documento de pagamento para quem está executando a assistência de saúde. Então, por que não lutar pelo cartão SUS de forma que o Estado executante receba o que está sendo feito?

		CÂMARA LEGISLATIVA DO DISTRITO FEDERAL 3ª SECRETARIA – DIRETORIA LEGISLATIVA DIVISÃO DE TAQUIGRAFIA E APOIO AO PLENÁRIO SETOR DE TAQUIGRAFIA		<b>NOTAS TAQUIGRÁFICAS</b>	
		<b>Data</b>	<b>Horário Início</b>	<b>Sessão/Reunião</b>	<b>Página</b>
20   10   2016		15h30min	92ª SESSÃO ORDINÁRIA	9	

A relação entre Anvisa e CONITEC – Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS. A Anvisa autoriza a venda de medicamentos no Brasil e a Conitec trata, então, de fazer um filtro para a rede pública. Nós temos a saúde suplementar com regras específicas e uma saúde pública com outras regras.

A relação da valoração das APACS – Autorização para Procedimentos de Alto Custo/Complexidade. A lógica precisa mudar. Parece que é uma Apac assim: eu finjo que pago e você finge que trata. Porque, se o hospital não utilizar o imunobiológico, ele vai receber o mesmo valor de quem o está utilizando. Então, é uma relação minimamente estranha.

Lembrar as patentes e a produção nacional, lembrar o que aconteceu com o programa HIVA, na década de 90. Hoje é o maior programa do mundo graças à produção nacional e a algumas patentes que na época foram quebradas. Hoje precisa se avaliar, então, quais medicamentos podem ser produzidos.

E o papel da sociedade organizada frente aos laboratórios, porque acho que a pressão na gestão existe e ela deve ser forte. Mas esses laboratórios estão tendo um *fair play* junto ao mercado brasileiro ao quererem introduzir um novo produto ou a gente, simplesmente, exige que o Estado pague a conta, pague a conta, pague a conta? Não é? Então, são discussões.

Eu vou finalizar. Fui intimado aqui, agora, pela segunda vez.

Quero agradecer à Dra. Fernanda Salum, que é Coordenadora de Mastologia da Secretaria de Saúde; ao Dr. José Lucas, que é Coordenador de Oncologia, e ao Dr. Emmanuel Carneiro, que é Diretor de Assistência Farmacêutica, os dados que me forneceram.

Obrigado. (Palmas.)

PRESIDENTE (DEPUTADA TELMA RUFINO) – Obrigada, Dr. Bruno.

Quero registrar a presença dos Deputados que passaram por aqui: Deputado Chico Leite e Deputado Chico Vigilante.

Convido a fazer uso da palavra a Dra. Daniele Xavier Assad, Oncologista Clínica do Centro de Oncologia Sírio Libanês – Unidade Brasília.

SRA. DANIELE XAVIER ASSAD – Boa tarde a todos.

Eu gostaria de cumprimentar a Deputada Telma Rufino, todos os componentes da Mesa e todos os participantes.

Quando recebi esse convite – a gente tem a vida superatribulada –, eu me senti na obrigação social de comparecer aqui, porque acho que não é um convite, é praticamente uma convocação da Femama, e não tem como dizer “não”.

Esse é um assunto, realmente... O câncer de mama é uma doença que está desafiando muito o tratamento dado pelos oncologistas e por todo mundo que está envolvido nisso, porque mudou muito o tratamento. Antes, as pacientes viviam muito

		CÂMARA LEGISLATIVA DO DISTRITO FEDERAL 3ª SECRETARIA – DIRETORIA LEGISLATIVA DIVISÃO DE TAQUIGRAFIA E APOIO AO PLENÁRIO SETOR DE TAQUIGRAFIA		NOTAS TAQUIGRÁFICAS	
Data		Horário Início	Sessão/Reunião	Página	
20	10	2016	15h30min	92ª SESSÃO ORDINÁRIA	
				10	

pouco; depois, passaram a viver cerca de dois a três anos, e hoje em dia isso está aumentando cada vez mais. A importância desse tema... A gente sabe, pelos dados do Inca, pelas estimativas para 2016, que, tirando os tumores de pele, o câncer de mama, realmente, é o mais prevalente nas mulheres. Cerca de 28% dos casos de tumores malignos são cânceres de mama.

Nas regiões administrativas, no Centro-Oeste, realmente o tumor de mama é o que tem maior incidência: 55 casos para cada 100 mil mulheres, o que é bem parecido com as outras regiões – Sudeste, Sul e Nordeste. A única região que tem uma diferença ainda discrepante – possivelmente por causa do subdiagnóstico – é a Região Norte. Então, quando falamos sobre câncer de mama, vemos que um grande número de mulheres pode estar acometido por essa doença.

É interessante a gente avaliar como o Brasil está em relação a outros países. Quando a gente vê a sobrevida das pacientes em cinco anos... No Brasil, em torno de 58% de sobrevida em cinco anos. Na Costa Rica, a sobrevida estimada é de 70%; em Cuba, 84%; Reino Unido, 70%; Estados Unidos, 84%. Então, a gente vê que o Brasil está um pouco atrás desses outros países.

Quando vemos a expectativa de vida das mulheres para 2009, quando comparamos esses países... Também no nosso país a expectativa de vida das mulheres foi menor, e o gasto por cabeça, por pessoa, em termos de saúde, no Brasil, não foi o menor. Mesmo assim, as taxas de sobrevida e expectativa de vida não foram maiores. Então, a gente percebe que talvez a alocação do recurso não esteja sendo feita de uma forma adequada.

Quando avaliamos os pacientes com câncer de mama, não é a mesma doença. Esse é um conceito que é muito importante termos. Hoje em dia, o câncer de mama compõe um grupo de doenças com esse mesmo nome, mas que tem uma biologia molecular totalmente diferente. Por que isso é importante? Quando a gente olha os subtipos moleculares de câncer de mama, percebe que eles têm uma expectativa, um prognóstico totalmente diferente. Os tumores que são ditos receptores hormonais positivos, conhecidos como tumores luminais, têm um prognóstico muito bom, às vezes não precisam de quimioterapia e têm um comportamento mais indolente, sendo que os tumores do tipo HER2 e triplo negativo têm um prognóstico muito pior. Então, a terapia tem que ser mais agressiva.

O que é o HER2, que é uma coisa tão falada? O HER2 é uma proteína que fica na superfície da célula – a gente vê aqui o HER2. Ela foi identificada em 1987, por pesquisadores da Califórnia. Eles identificaram que as pacientes cujo tumor expressava essa proteína tinham um prognóstico mais agressivo. Então, por muito tempo, tentou-se buscar um jeito de combater o efeito dessa proteína, e foram sendo desenvolvidas as estratégias de droga alvo – a gente já sabe hoje em dia que são os anticorpos monoclonais. A expressão dessa proteína é tão importante, que, em várias séries de casos, consegue-se ver que as pacientes que expressam HER2 positivo têm uma sobrevida global de cerca de três anos com câncer de mama. Já as

		CÂMARA LEGISLATIVA DO DISTRITO FEDERAL 3ª SECRETARIA – DIRETORIA LEGISLATIVA DIVISÃO DE TAQUIGRAFIA E APOIO AO PLENÁRIO SETOR DE TAQUIGRAFIA		<b>NOTAS TAQUIGRÁFICAS</b>	
		<b>Data</b>	<b>Horário Início</b>	<b>Sessão/Reunião</b>	<b>Página</b>
20	10	2016	15h30min	92ª SESSÃO ORDINÁRIA	11

que não expressam HER2 têm uma sobrevida de seis a sete anos. Então, é o dobro de sobrevida. Isso é muito importante! Se você consegue neutralizar esse fator prognóstico, consegue impactar profundamente a sobrevida dessas pacientes.

Como é que foi a estratégia de incorporação de tratamento contra a doença HER2? Em 1998, a partir dos estudos pivotais de câncer de mama metastático, a gente teve aprovação para usar no tratamento metastático... Em 2005, com a apresentação, nos Estados Unidos, de três principais estudos, foi mostrado o benefício do trastuzumabe nas pacientes com tumores iniciais na adjuvância. Em 2007, começaram os estudos com o T-DM1. O Lapatinib, que é uma molécula oral, foi aprovado em 2005. Em 2010, começaram os estudos associando dois tipos de anticorpos para tumores na neoadjuvância, que é um cenário de tratamento antes de a paciente ser operada. Em 2012, foi aprovado o pertuzumab. Em 2013, foi aprovado o T-DM1.

Hoje em dia, só para resumir essa sopinha de letras que eu falei, quais são os remédios que a gente tem disponíveis para pacientes que têm doença HER2 positiva e câncer de mama? Nós temos anticorpos monoclonais. O principal, trastuzumabe, é o primeiro, que foi desenhado; temos o pertuzumab, que é um anticorpo que bloqueia dois receptores da família do HER2; temos o lapatinib, que é um inibidor de tirosinoquinase oral, e temos o T-DM1, que é um *intercept* ligado a um quimioterápico.

Na medicina privada, hoje em dia, para a paciente que é HER2 positivo, tenho a disponibilidade desses quatro tipos de medicamentos. Por que isso é tão importante? Porque essas curvas que se separam – essa é a última atualização do estudo Cleópatra, que é o do bloqueio duplo, na doença metastática, do trastuzumabe e do pertuzumab – são as mais impactantes na oncologia. A sobrevida das pacientes com câncer de mama HER2 positivo que fazem apenas quimioterapia está em torno de vinte meses. Quando a gente associa a trastuzumabe à quimioterapia, a sobrevida vai para 37 meses. Quando a gente associa bloqueio duplo com trastuzumabe, pertuzumab e quimioterapia, a sobrevida está ultrapassando 57 meses, nessa última publicação. Então, de 20 para 57 meses, é uma coisa extremamente impactante. Não dá, simplesmente, para não falarmos disso por causa do custo, algo que terá de ser conversado não só com quem vai pagar, mas também com quem fornece o remédio. Evidentemente, a discussão é muito mais profunda. Também temos hoje em dia o uso do T-DM1, outro remédio na segunda linha de pacientes.

Essa figura mostra bem como a gente faz na nossa prática clínica, minha e do Dr. João, no consultório. Se eu tenho uma paciente que tem doença HER2+ com câncer de mama avançado, e ela usou trastuzumabe quando tinha o tumor inicial há pelo menos um ano – isso, hoje em dia é uma realidade no SUS, porque o Ministério da Saúde paga o trastuzumabe na doença inicial, e a maioria das nossas pacientes HER2+ já está usando o trastuzumabe na adjuvância –, se ela recai com mais de um ano, usa bloqueio duplo com trastuzumabe, pertuzumab e quimioterapia. Se ela recai

		CÂMARA LEGISLATIVA DO DISTRITO FEDERAL 3ª SECRETARIA – DIRETORIA LEGISLATIVA DIVISÃO DE TAQUIGRAFIA E APOIO AO PLENÁRIO SETOR DE TAQUIGRAFIA		<b>NOTAS TAQUIGRÁFICAS</b>	
		Data	Horário Início	Sessão/Reunião	Página
20	10	2016	15h30min	92ª SESSÃO ORDINÁRIA	12

com menos de seis meses do tratamento inicial, usa T-DM1. Na falha de cada um, ela pode migrar para outro remédio. Então, a gente tem várias opções de tratamento.

A gente vê o impacto ao atender. Essa foi uma estimativa de um grupo brasileiro de 2005 a 2012 para atender cerca de 57 mil casos de câncer de mama; atendidos pelo SUS, que não têm planos de saúde, cerca de 42 mil casos. Das pacientes que são HER2+, geralmente 25% dos tumores, nós temos 7.914 pacientes. Trastuzumabe consegue evitar 10% das mortes; então, o impacto de diminuição da mortalidade é de quase 5.700 pacientes. Portanto, realmente, é uma coisa que modifica a doença.

Em relação à quimioterapia sistêmica para pacientes com doenças receptores hormonais positivos, o Dr. Bruno já falou sobre isso na apresentação dele: não há muita diferença de arsenal terapêutico. Os quimioterápicos que a gente tem disponíveis na rede privada e no SUS geralmente são parecidos, em que pese algumas poucas diferenças, como a presença de eribulina, que a gente tem, e doxorrubicina lipossomal; mas, de uma forma geral, a gente tem um arsenal terapêutico muito parecido. Qual a grande diferença? Nas pacientes que são receptores hormonais positivos, a gente esgota as linhas de hormonoterapia antes de partir para a quimioterapia. Certamente, as pacientes fazem pelo menos três linhas de hormonoterapia. No GDF, a gente consegue fazer isso, porque está disponível também o fulvestranto, além do tamoxifeno e do anastrozol, coisa que em muitos estados não está presente. No privado, a gente tem disponível também o everolimus, droga alvo para reverter a resistência. Isso, realmente, não tem no SUS. O impacto, conforme o Bruno comentou, é muito menor do que quando a gente fala de uma doença HER2+, que dobra a sobrevida global, é bem mais robusta. Em termos de pacientes, a gente está falando dos receptores hormonais positivos, cerca de 12 mil são acometidas por isso com uma expectativa de vida de até cinco anos. Se a gente for eficaz no nosso tratamento, vamos estar conseguindo, realmente, aumentar muito o tempo de vida dessas pacientes.

Outra coisa importante a falar é que nossas pacientes com câncer de mama metastático, se forem receptoras hormonais positivas, no privado, irão receber pelo menos umas três linhas de hormonoterapia. Ela só vai passar para a quimioterapia se tiver uma doença muito agressiva, com crise visceral, se não der tempo de fazer a hormonoterapia. Se ela precisar, fará a quimioterapia, e estamos falando aí de pelo menos umas três, quatro ou até cinco linhas de tratamento. Então, estamos falando de uma paciente que comumente recebe, pelo menos, umas seis a sete linhas de tratamento. No SUS, esse é o grande problema: temos aprovação para fazer duas linhas de tratamento paliativo de hormonoterapia e duas linhas de quimioterapia. A gente tem também aprovação – o Ministério da Saúde paga – do trastuzumabe. Na APAC - Oncologia – O Manual de Bases Técnicas para Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade, a gente vê aqui, por exemplo, a quimioterapia paliativa em primeira linha. A cobertura é de mil e setecentos reais. O tratamento da Apac é para

		CÂMARA LEGISLATIVA DO DISTRITO FEDERAL 3ª SECRETARIA – DIRETORIA LEGISLATIVA DIVISÃO DE TAQUIGRAFIA E APOIO AO PLENÁRIO SETOR DE TAQUIGRAFIA		<b>NOTAS TAQUIGRÁFICAS</b>	
		<b>Data</b>	<b>Horário Início</b>	<b>Sessão/Reunião</b>	<b>Página</b>
20   10   2016	15h30min	92ª SESSÃO ORDINÁRIA	13		

três meses. Então, para o mensal, você divide mil e setecentos por três. Aí você começa a fazer a conta matemática, porque isso tem que caber, alguém vai pagar a conta. No caso, é a gente, com os impostos, arrecadação. Isso tudo que paga. Entretanto, esse valor de Apac cobre tanto a consulta, quanto os medicamentos quimioterápicos, o soro, os antieméticos que a gente usa, a luva, a capela, a limpeza. No preço, está embutido isso tudo. Então, certamente esse preço de mil e setecentos reais é incompatível para se usar um anticorpo monoclonal cujo frasco é 10 mil reais. Certamente essa conta não vai fechar. E não dá para a gente chegar e falar: "O diretor do hospital que tem que resolver". Não vai, porque o dinheiro tem que sair de algum lugar. E vai ser inviável ele resolver isso. É certo que isso não é possível.

Então, a grande barreira é o conflito entre a prescrição, o valor da Apac e a atualização. Isso está totalmente defasado. Realmente é muito difícil, às vezes, para um médico enfrentar essa realidade, porque você tem um cenário no privado de 25% das pacientes com esse acesso. É certo que, às vezes, alguma fonte pagadora dá trabalho, com muito relatório para a gente mandar. Não é tão simples assim a gente conseguir os tratamentos. E temos 75% da população que simplesmente não consegue ter o mesmo tratamento. Como é que se faz? Eu viro a porta, coloco o meu jaleco e trato de um jeito. Chego ao meu consultório e trato de outro jeito? Nós não podemos ser assim. Nós somos os mesmos em todos os lugares. E aí começam a acontecer os problemas de judicialização. Na judicialização, quando o paciente ganha, ele está completamente no seu direito. Entretanto, não é um dinheiro a mais, é um dinheiro que estava destinado a outra coisa: vai para a judicialização e é tirado de outro lugar. É um problema altamente complexo, e a gente não pode tapar o sol com a peneira. Ele tem que ser avaliado, e a gente tem que falar sobre ele para poder resolver. Quanto vale, então, a vida de uma paciente com câncer de mama? A gente está falando de drogas que são extremamente caras. Isso é uma discussão que tem que haver entre a sociedade, que é a interessada, os gestores públicos, que são as fontes pagadoras, a sociedade médica e a indústria. Certamente, a indústria vai ter que reduzir a forma do seu lucro, e é o que ela tem feito. A gente tem, por exemplo, estados que estão conseguindo comprar. Por exemplo, Ceará e Goiás fizeram acordos e estão conseguindo fazer o pertuzumabe, mas eles criaram câmaras técnicas com advogados, médicos, membros da sociedade, pacientes. Assim, se define qual paciente vai receber o quê. É uma coisa supercontrolada. Tudo isso é exemplo de como as coisas podem acontecer.

Por último, eu vou falar sobre um assunto de que o Dr. João certamente vai falar. É sobre a pesquisa clínica. Talvez isso seja uma alternativa para a gente tentar trazer medicamentos mais novos para os pacientes. Em 2014, havia cerca de 42 mil estudos sobre câncer de mama. No Brasil, eram 711 apenas, correspondendo a 1,7% da pesquisa clínica no mundo. E um grande entrave aqui para o nosso País é o tempo da regulação das agências reguladoras. Por que a gente não atrai mais estudos? Para um estudo começar, você tem que fazer um dossiê, um trabalho muito difícil. A nossa agência reguladora demora cerca de dez a quatorze meses para

		CÂMARA LEGISLATIVA DO DISTRITO FEDERAL 3ª SECRETARIA – DIRETORIA LEGISLATIVA DIVISÃO DE TAQUIGRAFIA E APOIO AO PLENÁRIO SETOR DE TAQUIGRAFIA		<b>NOTAS TAQUIGRÁFICAS</b>	
		Data 20   10   2016	Horário Início 15h30min	Sessão/Reunião 92ª SESSÃO ORDINÁRIA	Página 14

aprovar o início de um estudo. Se há outro país que demora três meses, certamente a indústria não vai ficar dez a quatorze meses esperando, porque o outro já vai estar recrutando há muito mais tempo.

Em suma, eu trouxe esses dados para a gente poder discutir. É um desafio a gente tratar. Eu acho que Brasília está à frente de muitas cidades em nosso País. Em 2010, a Secretaria iniciou o uso de trastuzumabe adjuvante, uma coisa totalmente inovadora. Eu acho que esse esforço a gente tem que parabenizar por usar o trastuzumabe adjuvante e paliativo. Em 2013, quando o Ministério iniciou o trastuzumabe adjuvante, o trastuzumabe paliativo foi ofertado para um número maior de pacientes, mas agora a gente está com um número de remédios que são extremamente eficazes. Agora a gente está com esse pepino na mão. Como a gente resolve?

É isso. Obrigada. (Palmas.)

PRESIDENTE (DEPUTADA TELMA RUFINO) – Obrigada, Dra. Daniele.

Eu queria registrar a presença do Dr. Carlos Fernando, médico, Vice-Presidente do Sindicato dos Médicos do Distrito Federal e Diretor da Federação Nacional dos Médicos – FENAM. Obrigada, doutor.

Chamo agora para fazer uso da palavra o Dr. João Nunes, oncologista e clínico do Hospital Universitário de Brasília.

SR. JOÃO NUNES – Boa tarde a todos. Eu queria cumprimentar a Deputada Telma Rufino, na pessoa de quem eu cumprimento toda a Mesa. É um prazer estar aqui hoje com vocês. Eu fiquei com a parte perigosa do processo, que é falar sobre dinheiro, e falar sobre dinheiro e saúde é sempre um desafio muito grande.

Eu queria me apresentar. Eu sou professor da Universidade de Brasília, mas eu sou filho da Dona Iara, esposo da Mônica e tenho duas filhas, mulheres. A gente tem que se sentir dentro de um processo social para a gente realmente vivenciar o problema e buscar soluções de forma conjunta. Isso é muito importante. Eu não tenho nenhum conflito de interesse para apresentar esta palestra. Isso também é uma coisa importante.

Como a Dani e o Bruno já disseram, o câncer é muito comum entre as mulheres. Quero lembrar que morrem em torno de 500 mil mulheres por câncer de mama metastático no mundo. Isso equivale a cinco maracanãs cheios – no jogo do Flamengo, naturalmente, quase campeão brasileiro. É muita gente que vai a óbito com esse tipo de doença. Essa é uma coisa muito importante.

O câncer de mama, por incrível que pareça, é relacionado ao desenvolvimento social positivo. Quanto mais uma sociedade cresce do ponto de vista socioeconômico, mais câncer de mama essa sociedade vai ter. Ponto final. Esse é um dado importante. Dentro do Brasil, a gente tem vários “brasis” e, dentro de Brasília, principalmente, a gente tem um perfil epidemiológico muito parecido com o

		CÂMARA LEGISLATIVA DO DISTRITO FEDERAL 3ª SECRETARIA – DIRETORIA LEGISLATIVA DIVISÃO DE TAQUIGRAFIA E APOIO AO PLENÁRIO SETOR DE TAQUIGRAFIA		<b>NOTAS TAQUIGRÁFICAS</b>	
		Data 20   10   2016	Horário Início 15h30min	Sessão/Reunião 92ª SESSÃO ORDINÁRIA	Página 15

de países de Primeiro Mundo, onde há um aumento progressivo do câncer de mama. Esse é um dado interessante.

No Brasil, como a Dani falou, a gente espera quase 14 mil mortes, e aqui existe um fato biológico que separou a sociedade brasileira em relação ao câncer de mama metastático, que é a famosa molécula HER2, de que a Dani também falou. Não sei se ela concorda comigo, mas o SUS – Sistema Único de Saúde trata as mulheres que não têm HER2 positivo de maneira muito parecida com a que a medicina privada as trata e como são tratadas em qualquer um dos maiores países do mundo. Contudo, como o Bruno e a Dani disseram, há um fato biológico que separa o mundo social em dois: uma pequena molécula que pode aparecer no tumor que se chama molécula HER2. Ela muda completamente o prognóstico da paciente.

Como a Dani também comentou, a sobrevivência, nesses casos, é 50% menor, ou seja, se a mulher foi diagnosticada com câncer de mama metastático e ela tem o HER2 positivo, a probabilidade de ela viver – quando a gente compara com uma mulher com câncer de mama metastático que não tenha HER2 positivo – é a metade.

Por que isso é importante? Porque existiu um esforço enorme para se tentar bloquear essa molécula, e quando se faz isso, cria-se custo. E toda vez que há custo, a gente tem que discutir de forma muito... O que é essa molécula? Ela é uma tomadinha. Quando ela pega o seu receptor, a célula começa a crescer de forma desenfreada, mas existe outra molécula que ocupa aquela tomadinha e que não deixa a celular proliferar. Esse é que é o objetivo. Aí, criaram-se dois mundos: o do SUS, que fica observando de forma desejosa o que a gente faz; e o da medicina privada ou o de países que adotaram o bloqueio dessa molécula como uma estratégia adequada.

Como é que a gente aprova uma nova estratégia de tratamento no Brasil? Essa é uma coisa que eu queria discutir que envolve diretamente o custo e o financiamento do processo. Primeiro, é uma corrida de obstáculos, que é positiva. Eu acho que esses obstáculos, dentro da sociedade, precisam ser discutidos. A gente não vai absorver toda e qualquer nova tecnologia sem critérios.

O primeiro obstáculo é a ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária, que é a agência reguladora. Ela é uma autarquia federal que tem várias gerências, e uma dessas gerências é para a aprovação de novas medicações – e aprovação de acordo com o princípio dessas medicações. Então, existe uma gerência só para cuidar dos biológicos e existe também uma gerência para cuidar exclusivamente da pesquisa clínica, como a Dani colocou.

Nos Estados Unidos, é cultural participar de projetos de pesquisa clínica. Isso é um fator muito, muito, muito importante. A primeira pergunta que uma paciente diagnosticada com câncer de mama nos Estados Unidos faz é a seguinte: “Será que tem uma pesquisa em que eu posso entrar?” Aqui no Brasil, quando a gente convida

 CÂMARA LEGISLATIVA DO DISTRITO FEDERAL 3ª SECRETARIA – DIRETORIA LEGISLATIVA DIVISÃO DE TAQUIGRAFIA E APOIO AO PLENÁRIO SETOR DE TAQUIGRAFIA		NOTAS TAQUIGRÁFICAS	
Data	Horário Início	Sessão/Reunião	Página
20   10   2016	15h30min	92ª SESSÃO ORDINÁRIA	16

um paciente para uma pesquisa, ele se sente cobaia de um processo. A gente precisa mudar essa mentalidade entre as nossas pacientes.

Eu e a Daniele, quando ela trabalhava no Hospital Universitário – tempos felizes, não é, Dani? –, tínhamos um centro de pesquisa clínica voltado para câncer de mama extremamente exuberante. A gente já chegou a tratar 51 pacientes em protocolo de pesquisa clínica. Qual é a vantagem disso? Redução de custo para o SUS e acesso ao que se tem de mais moderno no mundo. Quando o paciente é tratado dentro do projeto de pesquisa clínica, ele tem que receber, de acordo com uma legislação internacional da qual o Brasil é signatário, o melhor tratamento do mundo, ou aquele que se propõe ser melhor do que o melhor. Então, tratar em pesquisa clínica... Eu sou oncologista. Se eu tiver câncer um dia, a primeira coisa que eu vou perguntar é se tem um projeto de pesquisa para eu entrar nele. Porque o projeto de pesquisa é a fronteira do conhecimento entre onde nós estamos e para onde nós queremos avançar. E pesquisa é um processo de ganha-ganha, é um círculo virtuoso, porque o governo diminui o custo, o paciente recebe uma fonte de tratamento extremamente interessante, moderna, até na frente de muitas coisas, e ainda existe uma possibilidade de financiamento de todo o processo através da indústria farmacêutica. É um círculo virtuoso que é muito acanhado no Brasil. Nos Estados Unidos, em torno de 70% dos pacientes são tratados em algum projeto de pesquisa que gera patente, riqueza, imposto e financiamento do sistema. Aqui no Brasil a gente não tem esse tipo de cultura. Além disso, há o que a Dani colocou também, sobre o nosso tempo regulatório, que é o tempo de o governo aprovar uma pesquisa no Brasil. Se eu sou pesquisador da universidade e entro com pedido de um projeto de pesquisa, aqui no Brasil tem tanta burocracia, que demora quatorze meses para um projeto de pesquisa começar, em média. A gente tem que melhorar isso. Como a Joana falou: "O que o Poder Legislativo pode fazer para melhorar isso?" Otimizar esse tipo de lei que facilita a entrada e desonerar, do ponto de vista burocrático, a pesquisa clínica no Brasil. Isso melhoraria demais esse tipo de acesso.

A Anvisa tem também o objetivo de avaliar a análise de eficácia e segurança – ponto final. Toda vez que a gente tem um registro de uma nova estratégia de tratamento, a Anvisa tem que dar um parecer falando: esse tratamento é seguro e eficaz, ou seja, ele realmente entrega o que promete. Isso é uma coisa importante.

No Brasil, como em todos os lugares do mundo, esse registro era independente de preço. Isso foi mudado através da legislação que foi criada pela própria diretoria da Anvisa. Agora, para ela conceder o registro, ela tem que ter ideia do preço com o qual a indústria vai colocar aquele remédio no mercado. Isso é uma coisa importante, é um movimento mundial, que tem sido aliado com outros países, como a Inglaterra, a França e o Canadá. Todo país que tem uma medicina socializada enfrenta o mesmo tipo de problema que a gente. E as outras instâncias regulatórias dos outros países, também, agora agem assim: ótimo, esse seu produto funciona realmente e é seguro, mas por quanto você quer vender isso para mim?

		CÂMARA LEGISLATIVA DO DISTRITO FEDERAL		<b>NOTAS TAQUIGRÁFICAS</b>
		3ª SECRETARIA – DIRETORIA LEGISLATIVA		
DIVISÃO DE TAQUIGRAFIA E APOIO AO PLENÁRIO		SETOR DE TAQUIGRAFIA		
<b>Data</b>	<b>Horário Início</b>	<b>Sessão/Reunião</b>	<b>Página</b>	
20   10   2016	15h30min	92ª SESSÃO ORDINÁRIA	17	

É importante essa pergunta para a indústria, e essa negociação do preço é feita através da CMED, que é a Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos, uma câmara interministerial criada por essa Lei nº 10.652, de 2003. Ela avalia e discute a questão entre vários possíveis atores desse processo – o Ministro da Saúde, o Chefe da Casa Civil da Presidência da República, o Ministro da Fazenda, o Ministro da Justiça e o Ministro do Desenvolvimento, Indústria e Comércio. Ou seja, tem muita gente envolvida na CEMED, que é o local onde você vai dar o preço do remédio.

Então, a autorização da comercialização de medicamentos no Brasil, diferente de alguns países, que também tem mudado, não depende só do registro, mas, também depende do seu preço.

E aí, o governo criou, gente, uma armadilha para ele – que o Bruno já colocou – ou uma armadilha para a gente que é médico, ou, eventualmente, uma armadilha para vocês que são pacientes – eu estou vendo mais mulheres aqui. Por quê? Quem afirma que determinado produto tem eficácia e segurança? É o governo através da Anvisa. Quem define o preço desse remédio ou negocia esse preço com a indústria? Também é o Poder Público através da CEMED. Mas, quem é o maior comprador em potencial dessa tecnologia? O próprio Poder Público. O sistema de saúde do Brasil, 70% dele, está nas mãos do Poder Público.

Agora, eu aprovei um remédio, eu falei que ele é seguro, eu falei que ele é eficaz, eu falei qual é o preço que ele tem que ter, e eu que vou comprar ele, mas, eu não tenho dinheiro para comprá-lo. Eu criei isso aí. Eu criei uma armadilha, um mata-burro.

E aí, o que a gente faz? Aí, o governo criou a CONITEC – Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS. Ele criou uma armadilha para ele. Eu falo se o remédio funciona, ou não; eu falo qual é o preço do remédio, mas, eu não dou conta de comprar. Bem, se eu não dou conta de comprar, eu tenho que inventar alguma desculpa do porquê eu não dou conta. Aí criou-se a Conitec – o Bruno está rindo ali para mim – mas isso é um fato. A Conitec é constituída por dois fóruns: a Comissão Plenária e a Secretaria-Executiva.

Uma coisa muito interessante da Conitec, acho que é o grande fator positivo da Conitec, é que os gestores locais de saúde participam da Conitec. Não é só o gestor federal. Porque o Ministério da Saúde é um órgão meio inalcançável, ninguém processa e judicializa o Ministro. Judicializa o Secretário de Saúde, o Coordenador de Câncer. Ou seja, quem sofre todas as consequências de um ato administrativo adequado ou inadequado é o gestor local do SUS, não é o gestor federal. Na Conitec existe representante dos Secretários Municipais e Estaduais de Saúde para discutir se existe condição econômica para aquilo ser absorvido pelo SUS.

Um dado que eu acho interessante aqui é que a Conitec tem algumas missões. Um é protocolo clínico e diretrizes terapêuticas. Gente, eu sou oncologista no Brasil há vinte anos, não tem protocolo de tratamento do governo no Brasil. Não

		CÂMARA LEGISLATIVA DO DISTRITO FEDERAL 3ª SECRETARIA – DIRETORIA LEGISLATIVA DIVISÃO DE TAQUIGRAFIA E APOIO AO PLENÁRIO SETOR DE TAQUIGRAFIA		<b>NOTAS TAQUIGRÁFICAS</b>	
		<b>Data</b>	<b>Horário Início</b>	<b>Sessão/Reunião</b>	<b>Página</b>
20   10   2016	15h30min	92ª SESSÃO ORDINÁRIA	18		

tem! A APAC, que é Autorização para Procedimento de Alta Complexidade, só fala quanto você pode gastar, mas não fala como e nem com o quê. E isso é um problema. Nos outros países, você tem um protocolo em que você tem que fazer de determinado jeito. E é baseado do ponto de vista técnico e não do ponto de vista econômico.

No Brasil a Apac fala: você tem – como o Bruno falou – mil e quarenta e cinco reais para gastar com o câncer de mama. O que você vai fazer com isso é problema seu. Aí, se é um hospital privado que atende ao SUS, ele vai gastar muito pouco dinheiro para sobrar mais dinheiro para ele. Se é o hospital público, 100% público, ele pode usar todo o dinheiro, ou, eventualmente, ele vai ser judicializado para poder pagar determinado tratamento, ou – como a Secretaria de Saúde fez – compra determinadas estratégias que não tem fonte de financiamento, e traz o custo desse financiamento para ele mesmo. Então, no Brasil não tem diretrizes.

Olha só o papel. Missão: eficácia, coraça e efetividade, segurança da tecnologia – mas, a Anvisa já não fez isso? Não é a Anvisa que tem que analisar a eficácia e a segurança? –, avaliação econômica comparativa dos benefícios e dos custos. Aí, eu acho que é o verdadeiro papel da Conitec. E a Conitec tem todo um sistema de funcionamento – como está desenhado ali. E ali tem dois locais que estão circulados que existe consulta pública. E nós brasileiros não participamos de consulta pública.

Um tema tão importante como esse, que é o uso do trastuzumabe em doença metastática, teve 111 consultas, pareceres da sociedade brasileira. Nós somos um País de não sei quantas milhões de pessoas, não sei quantas organizações governamentais e teve só cem votos da sociedade em um tema tão importante como esse. E olha só que interessante: em relação ao que foi definido na Conitec, o trastuzumabe para doença metastática foi aprovado pela câmara técnica da Conitec. Isso é que chama a atenção. Só que ele foi negado pela consulta pública, ou seja, fomos nós, sociedade, que falamos que não podemos gastar dinheiro com isso, não foram os técnicos do governo. E essa moléculazinha que eu falei continua sendo um fator que divide as mulheres com câncer de mama metastático em dois grupos. É uma molécula biológica que separou quem vai viver mais e quem vai viver menos por conta do acesso a uma medicação.

A Anvisa aprova o trastuzumabe na doença avançada metastática, ponto final; aprova o pertuzumabe e o trastuzumabe, como a Dani colocou, que são moléculas que bloqueiam aquela moléculazinha que a gente conversou; aprova o TDM 1 e linhas distintas de tratamento, mas só o trastuzumabe que está aprovado para isso no SUS e em dois cenários exclusivos: câncer de mama localizado ou inicial. O câncer de mama metastático não foi aprovado, ponto final.

E aí eu pergunto: quando que uma sociedade está pronta para incorporar uma nova tecnologia? Quando que a gente está pronto para isso? É quando a gente ficar rico como sociedade? Eu sempre dou o exemplo do telefone. Há trinta anos a

		CÂMARA LEGISLATIVA DO DISTRITO FEDERAL 3ª SECRETARIA – DIRETORIA LEGISLATIVA DIVISÃO DE TAQUIGRAFIA E APOIO AO PLENÁRIO SETOR DE TAQUIGRAFIA		<b>NOTAS TAQUIGRÁFICAS</b>	
		<b>Data</b>	<b>Horário Início</b>	<b>Sessão/Reunião</b>	<b>Página</b>
20   10   2016		15h30min	92ª SESSÃO ORDINÁRIA	19	

gente falava daquele jeito no telefone, hoje a gente fala desse jeito, sendo que o iPhone tem sete versões só daquele último ali. Tudo bem, mas todo mundo tem celular? Todo mundo tem celular hoje. No Brasil tem mais celular do que gente. O número de celulares no País cresce 6.700% ao ano e tem um aumento acumulado nos últimos anos de 201.000%. Ou seja, nós somos uma sociedade que gosta de tecnologia, incorporamos rápido. O nosso PIB dobrou nos últimos vinte anos. Ele teve um aumento de 1 trilhão de dólares, com crescimento médio, até a crise que está instalada no País, de 3,3% ao ano. Ou seja, a tecnologia com o exemplo do celular cresceu 6.000% ao ano e o PIB cresceu 3% ao ano. Ótimo. E como foi a mudança do padrão de vida da sociedade? Esse aumento do PIB realmente nos fez uma sociedade mais rica? Não. O PIB melhorou o padrão de vida, houve migração de classe social em torno de 3% da população por ano ao longo desses últimos vinte anos também. Ou seja, a velocidade de crescimento econômica é muito semelhante à de mudança de padrão social. Esse é um dado importante. A tecnologia anda na velocidade de um jato, a economia na velocidade de um gol, mas a alteração de padrão social na velocidade de um fusca velho. Aí vamos esperar o fusca velho andar para dar remédio para a nossa população? É isso que nós vamos fazer? Essa é uma pergunta que não existe.

Aí é o parecer da Conitec sobre o trastuzumabe na doença avançada metastática. O parecer da Secretaria Executiva foi a favor e a consulta pública foi contra. Ou seja, o governo falou: ótimo, eu vou dar o remédio para quem tem doença metastática. Aí nós, sociedade, fomos lá e falamos para o governo: não, não vamos dar não; nós não vamos gastar dinheiro com isso não. Mas quem participou dessa consulta pública? Aqui está cortado um pedaço, é do site da Conitec, mas eu peguei de outra doença avançada porque são semelhantes. Profissionais de saúde: nenhum se manifestou na consulta pública. Secretaria Municipal de Saúde: muitos poucos. Ministério da Saúde: se manifestou, é uma coisa importante, não quer gastar dinheiro com isso, então ele vai se manifestar. A indústria farmacêutica se manifestou, então se você é da indústria farmacêutica você pode responder. Secretaria Estadual de Saúde: se manifestou. A associação de pacientes foi a que mais se manifestou em relação a isso. E instituições universitárias de saúde. Ou seja, nós, sociedade, estamos representados nesse processo? Foram 111 votos numa situação que, como a Dani colocou, envolve mais ou menos 10 mil mulheres por ano, que têm HER 2 positivo. Cento e onze pessoas responderam à consulta pública. Ou seja, a gente tem que se articular melhor como sociedade senão as decisões ainda não vão ficar com a gente.

Eu faço a seguinte pergunta: o peso dos votantes num tipo de comissão como essa tem que ser igual? Será que um paciente, com todo o respeito ao paciente, tem conhecimento técnico para decidir se ele pode incorporar aquilo, se aquilo é custo efetivo? Será que o presidente de uma sociedade médica não tem que ter uma participação e um peso maior num tipo de consulta pública dessa? Será que a presidente de uma organização, como a Femama ou a Recomeçar, não tem que ter

		CÂMARA LEGISLATIVA DO DISTRITO FEDERAL 3ª SECRETARIA – DIRETORIA LEGISLATIVA DIVISÃO DE TAQUIGRAFIA E APOIO AO PLENÁRIO SETOR DE TAQUIGRAFIA		<b>NOTAS TAQUIGRÁFICAS</b>	
		<b>Data</b> 20   10   2016	<b>Horário Início</b> 15h30min	<b>Sessão/Reunião</b> 92ª SESSÃO ORDINÁRIA	<b>Página</b> 20

um peso diferente numa consulta pública dessa? Hoje a consulta é pareada por todos. Essa é uma pergunta.

E a última coisa: os dois últimos slides. A gente sempre fala que não tem dinheiro, mas esses são os dados de ações da Polícia Federal e da Polícia Civil tentando recuperar dinheiro desviado do Poder Público nas várias esferas – municipal, estadual e federal – nos últimos trinta anos. A polícia está atrás de 120 bilhões de reais que foram roubados de nós, povo brasileiro, nos últimos trinta anos. Então, dinheiro tem, ele só está no lugar errado. Isso dá 3,35 bilhões por ano. Se pegarmos os dados que a Daniele mostrou sobre o número de mulheres que vão precisar de remédio, isso dá 0,86% do que foi desviado no Brasil nos últimos vinte anos.

Muito obrigado.

PRESIDENTE (DEPUTADA TELMA RUFINO) – Quero agradecer ao Deputado Joe Valle, que se encontra no plenário; ao Deputado Wasny de Roure, ao Deputado Raimundo Ribeiro e à Deputada Celina Leão, que passaram por aqui.

Concedo a palavra ao Sr. Thiago Turbay, Assessor de Relações Governamentais da Femama.

SR. THIAGO TURBAY – Boa tarde. Agradeço à Deputada Telma Rufino, que preside a Mesa, e na pessoa dela, a todos os outros palestrantes.

Eu vou pedir licença porque foram feitas algumas perguntas, e acho que posso contribuir com as respostas. Vou fazer uns apartes aqui a vários comentários que foram feitos e abrirei mão desses *slides* iniciais sobre incidência e outras informações. Esses dados são públicos e de fácil acesso, por exemplo, no portal do INCA – Instituto Nacional do Câncer. Quem tiver maior interesse sobre incidência ou mortalidade de câncer, inclusive no Distrito Federal, é fácil encontrar. Vou me permitir fazer outra abordagem.

Primeiro, eu fiquei um pouco em dúvida com a palestra do Dr. Bruno. Com todo o respeito, Dr. Bruno, acho que ela foi muito esclarecedora, mas temos alguns tópicos aqui, por exemplo, sobre prevalência da atenção primária. Essa é uma origem clínica médica, uma adoção de estratégia muito comum, inclusive preconizada pelo Ministério da Saúde, mas não é bem o que diz o Plano Plurianual do Distrito Federal. Então, houve aí uma assimetria entre o que o governo deseja e o que o governo espera. Eu quero lembrar, Dr. Bruno, que o plano plurianual fixa diretrizes para verbas orçamentárias na saúde.

Há outro tópico. O Ministério da Saúde teve um repasse de 9 milhões para quimioterapia, segundo o senhor. Mas a Deputada que abriu esta palestra disse aqui que existem 23 milhões de reais empenhados em oncologia. Então, nós temos 255% a mais; 255% a mais não dá esse estrangulamento dessas APACS – Autorizações de Procedimentos de Alta Complexidade. Confesso que há um problema financeiro em todos os estados. Eu acho que esse é o décimo estado por que passo. Sou morador

		CÂMARA LEGISLATIVA DO DISTRITO FEDERAL 3ª SECRETARIA – DIRETORIA LEGISLATIVA DIVISÃO DE TAQUIGRAFIA E APOIO AO PLENÁRIO SETOR DE TAQUIGRAFIA		<b>NOTAS TAQUIGRÁFICAS</b>	
		<b>Data</b>	<b>Horário Início</b>	<b>Sessão/Reunião</b>	<b>Página</b>
20   10   2016		15h30min	92ª SESSÃO ORDINÁRIA	21	

do Distrito Federal e até fui diagnosticado com um nódulo na garganta. O que me causou muita surpresa foi que isso foi em novembro do ano passado, e em abril recebi uma ligação marcando minha primeira consulta. Eu não sei se a Secretaria de Saúde do Distrito Federal conhece a Lei dos Sessenta Dias. Fiquei com dúvida também nisso.

Tanto na palestra do Dr. Bruno, como na palestra da Dra. Daniele, eu fiquei pensando: nós temos aqui 5% da meta de racionamento do câncer de mama, completamente fora do que dispõe o próprio protocolo, Dr. João, que não é seguido por nenhum lugar, muito menos pelo Distrito Federal. Temos aqui, por esse estudo acadêmico – ao qual eu reputo toda a credibilidade, que é um estudo de mestrado inclusive, segundo o Dr. Bruno disse –, um tempo do diagnóstico até a biópsia, de cinco meses. Isso não é o que dispõe a Lei dos Sessenta Dias, que determina um prazo de até sessenta dias para início do primeiro tratamento. Aí também há um problema: do diagnóstico até a biópsia, são cinco meses; da biópsia até o primeiro tratamento, são mais quarenta dias. Então, seriam seis meses aqui, talvez numa das piores curvas de ascendência ou descumprimento da Lei dos Sessenta Dias, inclusive por uma análise feita em 2013 pelo Tribunal de Contas da União. Não estou dizendo aqui que há algum problema com os dados, mas talvez pensemos melhor essas estratégias. Eu acho que isso passa por esta Câmara Legislativa.

Em relação ao trastuzumabe, houve uma dúvida também. Ele está padronizado na Secretaria Estadual de Saúde. Isso quer dizer que ele é de oferta obrigatória, mas ele diz na portaria que incorpora essa lista de referência dos medicamentos, que segue o protocolo do Ministério da Saúde. O protocolo do Ministério da Saúde é restritivo.

Eu não sei como está fazendo o Distrito Federal, apesar de achar louvável. Quero cumprimentá-los por essa adoção do trastuzumabe na cesta básica, lembrando que a ONU diz que em todos os países do mundo o trastuzumabe deve compor a lista de medicamentos da rede pública, inclusive em países que têm uma oferta de renda *per capita* e uma oferta de Produto Interno Bruto muito menor do que a nossa. Então, não é uma grande novidade, apesar de merecer elogios.

Outro ponto aqui, acho que foi tópico de todas as palestras, são as competências da ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária, e da CONITEC – Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias. Dr. João, nesse ponto o senhor foi preciso, brilhante. A Conitec não deveria fazer uma reanálise, ou uma análise de eficácia e de razões científicas para a incorporação, porque isso foi feito pela Anvisa. Acho muito estranho o comportamento nacional de que vale eficácia e comprometimento científico para a rede privada, e não vale para o SUS. A ciência do SUS é diferente da ciência da rede privada. É o que diz a Conitec.

Mas só há um pontinho. Na verdade, o número de consultas públicas – pelo menos o escopo da consulta pública – é submetido pela plenária. Na verdade, quando o Ministério da Saúde diz que foi uma decisão a partir da consulta pública,

		<b>CÂMARA LEGISLATIVA DO DISTRITO FEDERAL</b> <b>3ª SECRETARIA – DIRETORIA LEGISLATIVA</b> <b>DIVISÃO DE TAQUIGRAFIA E APOIO AO PLENÁRIO</b> <b>SETOR DE TAQUIGRAFIA</b>		<b>NOTAS TAQUIGRÁFICAS</b>	
		<b>Data</b>	<b>Horário Início</b>	<b>Sessão/Reunião</b>	<b>Página</b>
20   10   2016		15h30min	92ª SESSÃO ORDINÁRIA		22

ela é votada na plenária. A consulta não é deliberativa. Então, há uma falsificaçãozinha ali do dado. Eles dizem isso – que foram baseados na consulta pública –, mas não há nenhum dado, inclusive não há nenhuma notificação sobre o que dispôs a consulta pública e o resultado disso.

Também há outro ponto. Apesar de terem sido 101 manifestações, a Femama, por exemplo, que conta com um número de associadas enorme – são sessenta ONGs –, conta como uma só, o que dá uma subnotificação ou uma subimagem. Esse é um problema sério, que temos que tratar no âmbito federal, porque é um órgão do governo, um órgão da União. Não é um órgão regional.

Eu só quero lembrar que recebo, por semana, talvez cinco a dez ligações, *e-mails*, dizendo que Brasília sofre um problema de abastecimento de medicamento terrível. A maior parte, aproveitando talvez do conhecimento jurídico que tenho, é para tentar entrar com ações judiciais. A esse processo de judicialização eu sempre dou uma dica: o processo administrativo deve ser iniciado primeiro.

Há alguns apertes. Em 1999, o Brasil sanciona uma lei – houve uma tramitação longa no Congresso Nacional – que faz uma pequena reforma no sistema administrativo nacional. Foi a reforminha do sistema administrativo. No art. 69-a, há uma disposição interessantíssima: o câncer tem prioridade nos processos administrativos. Olhem só: o câncer tem prioridade nos processos administrativos que envolvem compras públicas. Então, quando nós dissemos aqui que a escolha precisa ser uma escolha de Sofia, não é o que dispõe a lei. E aí eu vou lembrar aos gestores públicos que eles são vinculados à legalidade dos atos públicos. Eles não fazem o que querem, eles fazem o que dispõe a lei. Há muitas margens para isso, e aí eu concordo com a Dra. Daniele quando ela diz que há um problema de APAC. Dr. Bruno. V.Exa. está corretíssimo! Acho que talvez uma métrica muito defasada da APAC, mas há um tabu terrível no Ministério da Saúde que não quer discutir isso. Mas há a possibilidade de uma APAC Estadual.

A APAC Estadual cai em um problema: orçamento, e quando cai no problema orçamento – O Dr. João foi maravilhoso aqui em sua exposição –, porque nós temos de fazer uma escolha entre o que vamos e o que não vamos pagar. E o Dr. Bruno deixou aqui uma das principais respostas – ou talvez pergunta, como disse. O que faremos? Vamos pagar? Não vamos pagar? Não temos dinheiro!

Eu gostaria de deixar aqui mais uma pergunta: o Distrito Federal segue a Resolução nº 4 da CMed, (Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos) por exemplo, que manda fazer a aplicação de compra governamental? Eu me lembro de que, em 2013, o TCU – Tribunal de Contas da União disse que não, e isso reduz, em média, 18% o preço do medicamento. Bastante!

A Dra. Daniele disse que o Ceará, assim como Santa Catarina, Paraná fizeram alternativas ou propuseram alternativas inteligentes para compras, inclusive do trastuzumabe. Sabe por que, Dra. Daniele? Porque eles decidiram, pela Secretaria Estadual de Fazenda, pelo seu conselho, baixar os tributos relativos à compra de

		CÂMARA LEGISLATIVA DO DISTRITO FEDERAL 3ª SECRETARIA – DIRETORIA LEGISLATIVA DIVISÃO DE TAQUIGRAFIA E APOIO AO PLENÁRIO SETOR DE TAQUIGRAFIA		<b>NOTAS TAQUIGRÁFICAS</b>	
		<b>Data</b>	<b>Horário Início</b>	<b>Sessão/Reunião</b>	<b>Página</b>
20   10   2016		15h30min	92ª SESSÃO ORDINÁRIA	23	

medicamentos de câncer. Eles zeraram o rol, a cesta de tributos e impostos. Uma explicação simplíssima, um pouco mais complicado que isso da cesta, poderia fazer o Distrito Federal. Por que não? O Distrito Federal subiu de arrecadação e tem seguido uma séria histórica de maior arrecadação nos últimos anos. Por que não pensar uma estratégia para a Secretaria de Fazenda repensar essa estrutura tributária em relação aos medicamentos, especialmente aos medicamentos de câncer? E aí não haveria qualquer discriminação com as outras doenças, porque nós temos um amparo legal que nos dá prioridade. O câncer é prioridade! Dispõe a nova reforma! A norma é a Lei nº 9.784, de 1999.

Então, há algumas alternativas. Aplicamos primeiro o preço máximo de compra governamental? Aplicamos o quociente de compra governamental que ainda há uma redução? Aplicamos aí os descontos do conselho, que são dados pelo Confaz? Ele ainda dá descontos para os medicamentos do câncer, Dra. Daniele, um desconto, mas a Secretaria Estadual pode dar ainda mais. Essa é uma decisão governamental. Acho que a Câmara Legislativa tem legitimidade para isso.

Outro ponto é que criticamos bastante a Conitec – e com toda razão. A Conitec é um avanço, porque propõe um novo modelo de incorporação de medicamentos ao SUS – Sistema Único de Saúde e o faz de forma a prevalecer o controle social – em tese, Dr. João, porque na prática não é o que acontece.

Há outra questão importante: a Secretaria Estadual de Saúde é legitimada para requerer uma incorporação de medicamentos, inclusive para solicitar às indústrias e às farmacêuticas negociação de preço. O Distrito Federal fez essa requisição para a compra do trastuzumabe, por exemplo, ou manifestou-se favorável a isso! Porque isso estrangula aqui os cofres como foi dito. Pode ser uma alternativa essa ultra-atividade da Secretária Estadual de Saúde.

São essas algumas das considerações. Depois do debate, eu posso melhorar essas explicações, que foram muito curtas. Novamente, Dr. Bruno, quero dizer que aqui não há nenhuma crítica, mas uma proposta de solução conjunta, lembrando que houve um avanço tremendo, e aí eu me filio à Dra. Daniele, que também fez uma brilhante apresentação, dizendo que o Distrito Federal avançou a partir de 2010. Foi uma curva ascendente. Isso melhorou os índices de câncer, inclusive. É notório! Mas há um problema de falta de abastecimento, de organização da rede, e a ideia aqui é: como vamos resolver isso? Eu, seguindo aqui a minha promessa, vou passar a minha explicação de dados e silêncio. Todos já disseram muito bem, mas eu vou parar aqui neste tópico. O Dr. Bruno foi muito feliz e disse, na minha opinião, um dos principais problemas do câncer de mama no País: não temos informação.

Sabem por que não temos informação? Porque nós só conhecemos dados de 43% – isso quem disse foi o TCU, não foi o Thiago, não foi a Femama. O TCU disse que nós conhecemos 43% do que é o câncer no Brasil. Conhecer 43% de uma coisa significa não conhecer a coisa. Essa é uma premissa do ponto de vista absoluto.

		<b>CÂMARA LEGISLATIVA DO DISTRITO FEDERAL</b> <b>3ª SECRETARIA – DIRETORIA LEGISLATIVA</b> <b>DIVISÃO DE TAQUIGRAFIA E APOIO AO PLENÁRIO</b> <b>SETOR DE TAQUIGRAFIA</b>		<b>NOTAS TAQUIGRÁFICAS</b>	
		<b>Data</b>	<b>Horário Início</b>	<b>Sessão/Reunião</b>	<b>Página</b>
20   10   2016		15h30min	92ª SESSÃO ORDINÁRIA	24	

Quando temos problemas de informação, significa que não temos informações sobre a entrada da mulher, como essa mulher se comporta no sistema público de saúde, quais são os medicamentos que ela recebe, quais ela deixou de receber, qual o gasto do gestor, porque não há registro disso.

Houve uma iniciativa. O Ministério da Saúde, em 2013, criou um programa chamado SISCAN – Sistema de Informação de Câncer, um sistema nacional que agrupava esses dados. É muito interessante, mas ele está inativo.

Está inativo porque há problemas de acessibilidade, problemas na forma, o preenchimento dos dados é completamente difícil, ele está passando por uma remasterização. Ele vai tornar o perfil do Siscan um Facebook. Essa é a promessa. Não sei se é viável, mas essa é a ideia.

E aí eu venho para uma das soluções que eu gostaria de trazer. Há um sistema descentralizado de decisões. O SUS é pensado dessa forma, o SUS é pensado para atender de modo centrado o usuário.

Quem já ouviu alguma das minhas palestras, vai perceber que eu foco muito nisso. A ideia do SUS é se aproximar do usuário final, por isso há autonomia, sim, do gestor estadual. Apesar de não haver dinheiro, há autonomia administrativa. Isso é importantíssimo, pois ele pode decidir fazer. Por que não fazer registro compulsório de câncer no SUS do Distrito Federal?

É uma portaria de uma folha. Não é algo tão difícil. Se acharem muito difícil, eu posso até enviar a minuta. Não há dificuldade. Por que isso? Simples. Notificando o câncer, nós vamos ter três aspectos principais: nós conheceremos como funcionará o sistema e quais são as necessidades do sistema e haverá previsibilidade. Havendo previsibilidade, é óbvio, o sistema se racionaliza, o sistema se planeja. Isso traz economia. Trazendo economia, ele consegue investir em outras áreas, investindo em outras áreas, ele tem o que o SUS chama de operabilidade.

O SUS ainda vai além: o sistema tem que ser interoperável. O sistema tem que funcionar com os atributos e competências do município, do estado – no Distrito Federal, isso é um pouco diferente –, e da União. Se todos se agruparem, cabe todo mundo. Se todo mundo combinar, cabe todo mundo. Essa é a ideia. V.Exas. têm, talvez, uma alternativa para discutirmos com mais profundidade – o Deputado Robério Negreiros, eu conheço, estimado Deputado –, de pensar uma estrutura de plano regional de saúde.

O SUS permite que se faça um complexo regional. Isso pode envolver interessadas, interações. Poderemos conversar com o Estado de Goiás. Há dificuldade política? Óbvio, tremenda! Há dificuldade orçamentária? Absoluta, claro, mas podemos construir um sistema, que, sendo previsível, tendo racionalização, consegue se organizar melhor. Essa é a ideia. É possível.

Aqui eu trago um dado muito curioso. O plano orçamentário, o plano plurianual, que é o que nós temos que fazer ou isso que a sociedade de Brasília e do

		CÂMARA LEGISLATIVA DO DISTRITO FEDERAL 3ª SECRETARIA – DIRETORIA LEGISLATIVA DIVISÃO DE TAQUIGRAFIA E APOIO AO PLENÁRIO SETOR DE TAQUIGRAFIA		<b>NOTAS TAQUIGRÁFICAS</b>	
		<b>Data</b> 20   10   2016	<b>Horário Início</b> 15h30min	<b>Sessão/Reunião</b> 92ª SESSÃO ORDINÁRIA	<b>Página</b> 25

Distrito Federal decidiu fazer, diz que 85% dos casos de notificação compulsória devem ser encerrados. Essa é a meta, e não estamos longe – olha que coisa interessante! Em 2010, nós já tínhamos 82,17%. Se tornarmos então o câncer numa agenda, tornar essa agenda de registro compulsório numa agenda do câncer, talvez nos incluamos nessa meta de 85%.

Nisso uma parte dos problemas vão estar resolvidos, porque nós vamos conhecer onde as mulheres estão – isso com relação ao câncer de mama, os outros cânceres têm uma certa complexidade. Em relação ao câncer de mama, vamos conhecer como a mulher chegou, onde a mulher está, se ela estabeleceu um programa de navegação, quais os medicamentos que ela vai receber, qual o prontuário, quando ela voltará ao SUS. A ideia é tornar esse sistema inclusivo e mais próximo, mais humanizado, é a ideia do SUS, um sistema centrado no usuário. Af aqui só há um problema: como vamos conectar ou como devemos conectar as informações do sistema público e do sistema privado? Todos os outros que me antecederam – e o fizeram de forma muito clara, muito bem feita – disseram que há uma diferença entre a cesta do SUS e a cesta do setor privado. É óbvio. Há recursos diferentes, há interesses diferentes, mas é importante que decidamos, quando tratarmos de câncer, uma doença que tem uma prevalência de morte grande, que está sendo a terceira causa de morte aqui, como disse um dos palestrantes que me antecederam, ela ser uma prioridade, ela ser uma agenda.

Então, faremos o registro compulsório pelo menos na rede pública? É um passo. Mas os pacientes de câncer usam só a rede pública? Nem sempre. Portanto, vamos pensar uma regulação mais apurada ou mais sincronizada com as unidades contratualizadas? Ótimo, vamos fazer isso. Vamos também vincular a hipótese de pagamento? Só haverá pagamento se esses boletins tiverem um sistema de regulação, pelo menos, regional? Também é uma ideia. Brasília já tem isso. Já é um avanço. Há estados que não têm. Mato Grosso, por exemplo, não tem. Brasília pode aperfeiçoar esse sistema tornando o registro compulsório. Essa é a primeira ideia.

E, veja bem, isso não é uma ideia muito nova também, estamos chovendo um pouco no molhado. O sistema é sub-referenciado? É com certeza. Há uma incapacidade operativa também. O modelo econômico é desigual? Há simetria entre o privado e o público? Sim, claro! Contrariedade à Portaria nº 874, que é a portaria que inclui o tratamento de câncer num sistema de doenças crônicas, uma abordagem diferente, uma abordagem multidisciplinar, ocorre isso no Distrito Federal? Não sei. Vamos perguntar.

Doenças crônicas no Distrito Federal também têm uma abordagem orçamentária interessante, elas tiveram um acréscimo nos últimos anos. Eu acho que o Dr. Bruno aqui pode nos ajudar. Então, se tivermos esse acréscimo, vamos seguir o percentual junto às doenças crônicas? É uma das alternativas também.

Aqui, como o sistema funciona, a CONITEC – Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS.

		<b>CÂMARA LEGISLATIVA DO DISTRITO FEDERAL</b> <b>3ª SECRETARIA – DIRETORIA LEGISLATIVA</b> <b>DIVISÃO DE TAQUIGRAFIA E APOIO AO PLENÁRIO</b> <b>SETOR DE TAQUIGRAFIA</b>		<b>NOTAS TAQUIGRÁFICAS</b>	
		<b>Data</b>	<b>Horário Início</b>	<b>Sessão/Reunião</b>	<b>Página</b>
20   10   2016		15h30min	92ª SESSÃO ORDINÁRIA	26	

Eu já estou encerrando. Eu queria só deixar esta pergunta para que não fique sem resposta, para eu entender bem: se incorporamos a cesta, Deputados, quanto da cesta básica de câncer, por exemplo, recebe aporte financeiro de emendas individuais? Deputados, desses 21 milhões de reais que foram aplicados em oncologia, oriundos de verbas decididas aqui na Câmara Legislativa do Distrito Federal, quanto disso vai para a assistência farmacêutica e quanto vai para essa cesta especial de medicamentos, que aqui já não é tão especial, já que está dentro da padronagem da Secretaria Estadual de Saúde?

Bom, essas eram as considerações. Eu acho que depois, nas perguntas, eu poderei aprofundar um pouco mais.

Muito obrigado. (Palmas.)

PRESIDENTE (DEPUTADA TELMA RUFINO) – Devolvo a palavra ao Deputado Robério Negreiros.

DEPUTADO ROBÉRIO NEGREIROS – Agradeço a gentileza da Deputada Telma. Nessa oportunidade, eu gostaria de saudar todos da Mesa em nome da nossa Procuradora Especial da Mulher desta Casa. Eu gostaria de parabenizar a propositura também da Femama, que tenho acompanhado aí nas redes sociais, e o amigo Thiago Turbay. Também tenho uma grande deferência pelo seu irmão, um jurista muito respeitado.

A importância da discussão... Às vezes, as pessoas falam assim: "Ah, a comissão geral, a sessão solene, para que serve isso tudo?" É muito importante toda a discussão, porque, primeiro, tudo que é discutido aqui é uma forma de os Parlamentares... O ciclo de debate é muito importante para os parlamentares, porque a principal função nossa é legislar.

Quanto à questão do registro compulsório, isso é fundamental, isso é básico. Eu não sou muito entendedor da área médica, mas acabamos aqui, como Parlamentar, Deputada Telma, aprendendo de tudo um pouco por osmose, porque é a nossa obrigação.

Eu fiz questão de dar uma palavrinha justamente porque, como membro da CPI da Saúde, começamos a ter acesso a tantas coisas que começamos a ficar estarecido com alguns assuntos. E um dos assuntos que se coloca é justamente este: por que o registro compulsório? Às vezes, achamos que o Estado, o governo tem vergonha em função de disponibilizar isso. Eu não sei o que é. Não seria a forma de se colocar? Porque seria muito mais simples, porque o que vemos, na questão da saúde, é uma total falta de gestão não só deste atual governo, mas de todos que passaram aí desde a época de Juscelino Kubitschek, quando o prefeito daqui era nomeado pela Presidência.

Então, esse serviço compulsório, se ele não puder ser feito com voluntariedade por quem estiver hoje na Secretaria de Saúde, eu acho, Deputada Telma Rufino, que nós deveríamos, por mais que haja alguma fumaça de vício de

		CÂMARA LEGISLATIVA DO DISTRITO FEDERAL 3ª SECRETARIA – DIRETORIA LEGISLATIVA DIVISÃO DE TAQUIGRAFIA E APOIO AO PLENÁRIO SETOR DE TAQUIGRAFIA		<b>NOTAS TAQUIGRÁFICAS</b>	
		<b>Data</b> 20   10   2016	<b>Horário Início</b> 15h30min	<b>Sessão/Reunião</b> 92ª SESSÃO ORDINÁRIA	<b>Página</b> 27

iniciativa... Há muitas leis que realmente têm vício de iniciativa, e o governo veta a lei, mas podemos derrubar o veto. Eu acho que, dificilmente, o Ministério Público vai buscar, mesmo com esse vício, derrubar uma lei que vai exigir do Estado esse cumprimento. Eu digo que, quando fazemos esse tipo de lei, nós fazemos justamente nosso papel devido à omissão do Estado. Então, podemos fazer. Eu gostaria de assinar com a Procuradora Especial da Mulher, a Deputada Telma Rufino. Primeiro, vamos esperar o governo. Eu acho que nós temos aqui médicos competentes em funções importantes relativas ao tema aqui em debate. Eu creio que é muito importante. O fato de ser homem ou mulher, temos que defender.

Eu costumo dizer que, em casa, só há eu de homem. Eu tenho três meninas, sendo duas já pré-adolescentes, uma com 15 anos, uma que vai completar 14, e uma de 10, mais minha esposa. Preocupo-me muito também com a saúde delas e de todas as mulheres do Distrito Federal e do Brasil também.

Então, parabéns à Femama. Eu tenho acompanhado... Eu via lá o irmão do Turbay sempre muito ativo na questão no Instagram, nas redes sociais, que hoje é uma forma muito dinâmica. Fiquei muito satisfeito em escutar parte da sua palestra, mostrando a proficiência e a vontade de defesa do tema.

É muito importante essa questão do registro. Sem registro, não há planejamento; se não há planejamento, não há gestão. Se já não há dinheiro em nosso País com essa crise que se avizinha por quatro ou cinco anos... As pessoas acham que essa crise é momentânea. Ela não é momentânea. Ela atinge o setor produtivo. Se atinge o setor produtivo, é um círculo vicioso. Então, não adianta o Estado vir aumentar imposto. Imposto de quem já morreu economicamente fica muito inviável. Então, por mais que falemos dessa PEC... Eu não tenho competência para discuti-la porque não estou no Congresso Nacional, mas eu acho que é o único caminho, porque é justamente para o Estado gastar o que efetivamente arrecada. Para a questão da saúde e da educação, tem-se que ter olhos diferenciados. Parece-me que o Congresso Nacional também se debruçou sobre esse tema, colocando-o mais para frente, para ver qual vai ser o efeito prático disso. Porque, todo mundo vivendo numa bonança – digo o governo –, uma hora a conta chega.

Não podemos deixar doenças... As coisas são tão óbvias. O tempo é inimigo da cura. E a prevenção, quanto mais cedo for... Fazer prevenção é o mais importante que temos que fazer com uma doença traiçoeira, silenciosa muitas vezes. Eu vejo muitos médicos competentes, dedicados. Eu tenho certeza de que, na rede pública, as pessoas... Para ser médico, tem de ter o dom, que eu acho que nasce com a pessoa, de se doar e tentar salvar o próximo.

Então, contem com o Deputado Robério Negreiros em todos os efeitos de defesa.

Eu acho que a Deputada Telma Rufino está de parabéns por divulgar, por abrir esta Casa. Muitas vezes, de maneira injusta, S.Exa. é tão criticada. Mas eu digo a ela: quem não quiser ser criticado não entre na vida pública. Quer queira ou não, a

		CÂMARA LEGISLATIVA DO DISTRITO FEDERAL 3ª SECRETARIA – DIRETORIA LEGISLATIVA DIVISÃO DE TAQUIGRAFIA E APOIO AO PLENÁRIO SETOR DE TAQUIGRAFIA		<b>NOTAS TAQUIGRÁFICAS</b>	
		<b>Data</b> 20   10   2016	<b>Horário Início</b> 15h30min	<b>Sessão/Reunião</b> 92ª SESSÃO ORDINÁRIA	<b>Página</b> 28

imprensa tem um papel fundamental, às vezes de maneira justa ou de maneira injusta. Mas o político que não quer ter críticas – ou o próprio Poder Legislativo – não pode ser político.

Então, mais uma vez, parabéns a todos. Coloco aqui a minha forma de poder ajudar. Espero que os representantes do governo presentes, os médicos na área de oncologia, sensibilizem o Governo do Distrito Federal, para que essa portaria... Como o próprio Turbay disse aqui, "basta ser uma linha". Ele foi até bastante econômico, mas creio que isso não passe de três parágrafos no sentido de se fazer uma portaria.

Coloco à disposição, também, a assessoria do meu gabinete, para que a gente possa fazer isso, se o problema for só uma minuta.

Sei que, na vida pública... Como venho da iniciativa privada, eu me frustrei um pouco no primeiro momento, porque o tempo na vida pública não é como o tempo na vida privada. Às vezes há uma certa frustração. Até por certo controle, pela questão dos princípios constitucionais... Acho que, se houvesse uma rapidez, como é na área privada, isso poderia ocasionar alguns outros problemas.

Na política, nada acontece sem que haja duas coisas: da vontade política e dinheiro. E a gente está passando por um problema complicado. Digo que os gestores que estão na saúde às vezes são mágicos. Alguns nem aguentam e pedem exoneração. Mas a gente precisa fazer com que os gestores sejam realmente gestores e tenham também a guarida do governo nesse sentido. E uma forma é o planejamento, é você ter dados para planejar.

No Samu, por exemplo, eu fiquei boquiaberto. Faltava – vou chutar aqui –, digamos, mertiolate e sobrava gaze. Era algo impensado. É uma falta de discernimento que a gente, como cidadão, como Parlamentar, fica vendo que, se houvesse gestão, a coisa estaria pelo menos um pouco melhor. E é isso que a gente tem de buscar.

Parabéns, Deputada Telma Rufino! Parabéns a todos!

Convido todos, em nome do *Fashion Inclusivo*, para um desfile que envolve também este tema do câncer de mama. A Presidente do *Fashion Inclusivo* foi acometida pela doença, estava em tratamento e hoje está curada. Vai haver um desfile bacana.

Parabéns, Deputada Telma Rufino! (Palmas.)

SR. THIAGO TURBAY – Deputada Telma Rufino, fiz um pedido para um aparte, quebrando o protocolo. Vou ser muito breve.

Deputado Robério Negreiros, muito obrigado. Tenho uma admiração pessoal por V.Exa., e me surgiu uma ideia: para sairmos do vício de iniciativa, podemos, pelo menos, pensar em um requerimento de indicação, para enviar ao Governador ou à Secretaria de Estado, a fim de que ele construa uma portaria. Acho que venceríamos o vício de iniciativa.

		<b>CÂMARA LEGISLATIVA DO DISTRITO FEDERAL</b> <b>3ª SECRETARIA – DIRETORIA LEGISLATIVA</b> <b>DIVISÃO DE TAQUIGRAFIA E APOIO AO PLENÁRIO</b> <b>SETOR DE TAQUIGRAFIA</b>		<b>NOTAS TAQUIGRÁFICAS</b>	
		<b>Data</b>	<b>Horário Início</b>	<b>Sessão/Reunião</b>	<b>Página</b>
20   10   2016		15h30min	92ª SESSÃO ORDINÁRIA	29	

Obrigado.

**PRESIDENTE (DEPUTADA TELMA RUFINO)** – Quero dizer ao Deputado Robério Negreiros e a todos aqui que esta comissão geral partiu de uma iniciativa do Deputado Rafael Prudente. A equipe de S.Exa. está ali atrás, foi tudo organizado. Obrigada a vocês. (Palmas.)

A presença do Deputado Robério Negreiros aqui é importante também, porque, como S.Exa. disse, a gente, que está na política, tem de engolir muito sapo – vou falar na minha linguagem; é como eu falo, mesmo, todo mundo já sabe. Às vezes, não é fácil.

Mas, Thiago, se eu deixasse você sair daqui sem me ouvir, não seria a Deputada Telma que estaria sentada aqui, não, meu amigo. Vou lhe dizer uma coisa: eu fui, dia desses, visitar os hospitais. Não falo só do câncer, não. Falo das doenças em geral. Fui ao Hospital de Taguatinga em um domingo – não avisei que ia, e muito menos o povo me conhecia entrei lá – e de lá saí muito triste. Conversei com alguns médicos, que nem sabiam quem eu era. Depois é que eu me apresentei. E a situação é drástica. Um dia eu falei para o Secretário de Saúde: “Acho bom o senhor levantar a bunda da cadeira e visitar os hospitais para ver como é que funciona. Parece um depósito de material humano. É terrível, mesmo!”

Então, pelo que o senhor falou ali – não entendo muito bem –, vou acabar sugerindo ao Governador que tire o Secretário de Saúde e coloque o senhor lá, que as coisas vão andar.

Concedo a palavra à Defensora Pública Federal da Defensoria Pública da União no Distrito Federal Fabiana Bandeira de Faria.

**SRA. FABIANA BANDEIRA DE FARIA** – Boa tarde a todos. Exma. Sra. Presidente da Comissão de Assuntos Fundiários e Procuradora Especial da Mulher desta Casa de Leis, Deputada Telma Rufino, na pessoa de quem cumprimento todos da Mesa, primeiramente, eu gostaria de agradecer à Femama, em nome da Defensoria Pública, o convite para participação desta campanha de importância ímpar e incomensurável na conscientização das mulheres sobre a prevenção da doença e de seus direitos. Mais ainda: é importante na sensibilização de toda a população para o problema do câncer de mama, que traz à tona uma questão intimamente ligada à atuação da Defensoria Pública, pois envolve o direito fundamental à saúde, previsto expressamente no texto constitucional.

A mim sobrou a missão de falar sobre a realidade do paciente na rede do SUS. Essa realidade nos aparece todos os dias, a partir de pessoas com problemas variados. E eu gostaria de começar falando exatamente do direito dessas pessoas. O direito à saúde, que é uma garantia fundamental, prevista primeiramente no art. 5º, que estabelece a inviolabilidade do direito à vida, o que compreende não apenas o direito de continuar vivo, como também o direito de ter uma subsistência digna. E, para garantir ao ser humano uma existência digna, a Constituição Federal elegeu a saúde como um direito social de todos e um dever do Estado, que deve formular

 CÂMARA LEGISLATIVA DO DISTRITO FEDERAL 3ª SECRETARIA – DIRETORIA LEGISLATIVA DIVISÃO DE TAQUIGRAFIA E APOIO AO PLENÁRIO SETOR DE TAQUIGRAFIA		NOTAS TAQUIGRÁFICAS	
Data	Horário Início	Sessão/Reunião	Página
20   10   2016	15h30min	92ª SESSÃO ORDINÁRIA	30

políticas públicas a fim de garantir à população o acesso aos tratamentos necessários ao restabelecimento da saúde.

Nesse viés, o art. 23 da Constituição estabelece como competência comum da União, Estados e Municípios o dever de cuidar da saúde. E, para isso, surgiu o Sistema Único de Saúde, com a previsão de um atendimento integral, universal, a todos os cidadãos.

Ocorre que, mesmo que se trate a saúde de um dever do Estado, o que se observa na prática, o que já foi falado aqui, o que a gente vê diariamente, na vida, mesmo, na prática, nos noticiários, é que o sistema não tem se mostrado suficiente, estando ainda distante do cumprimento da cobertura integral àquelas pessoas que mais necessitam e que integram a população carente. E é por essa razão que as questões relacionadas à falta de acesso à saúde acabam fazendo parte da nossa atuação na Defensoria Pública, que é uma instituição permanente, essencial à função jurisdicional do Estado, incumbindo-lhe, como expressão de instrumento de regime democrático, fundamentalmente, a orientação jurídica, a promoção dos direitos humanos e a defesa, em todos os graus, judicial e extrajudicial, dos direitos individuais e coletivos, de forma integral e gratuita, aos necessitados, na forma do inciso LXXIV do art. 5º da Constituição Federal.

Quais são as principais demandas que a gente recebe na Defensoria Pública? Os assistidos procuram a Defensoria Pública em razão dos mais variados entraves enfrentados na busca da efetivação de seus direitos, que envolvem desde a dificuldade na marcação de consulta, passando pela falta de medicamento, pela falta de leito de internação em UTI, pela dificuldade de realização de exames e tratamentos adequados.

No caso específico do câncer de mama, a dificuldade já se inicia na fase do rastreamento da doença. Em diligência realizada nos hospitais, verificamos que há apenas um mamógrafo em funcionamento em todo o Distrito Federal. Esse, além de outros fatores, como já foi falado aqui, que também envolvem a iniciativa da própria mulher, acarreta um retardo no rastreamento da doença, que é um dos fatores que acaba impossibilitando a confirmação do diagnóstico precoce tão importante para o aumento das chances de cura. Além disso, no Distrito Federal, a insuficiência dos aparelhos de radioterapia acaba retardando demasiadamente a adoção de tratamento adequado, tornando, na maioria das vezes, ineficaz a própria rádio.

Nós obtivemos informações junto aos médicos de que o ideal é que, após o procedimento cirúrgico, se inicie esse tratamento o mais rápido, de três a seis meses. Acontece que a fila, hoje, gira em torno de 1.200 pacientes que estão aguardando a realização da cirurgia. Quando está na hora de o paciente realizar esse tratamento, ele se mostra totalmente ineficaz. Nesse ponto, a partir de contatos realizados, tanto pelo setor psicossocial como também por diligências locais nos hospitais, constatamos, ainda em relação à reconstrução da mama, a falta de

		CÂMARA LEGISLATIVA DO DISTRITO FEDERAL 3ª SECRETARIA – DIRETORIA LEGISLATIVA DIVISÃO DE TAQUIGRAFIA E APOIO AO PLENÁRIO SETOR DE TAQUIGRAFIA		NOTAS TAQUIGRÁFICAS	
Data		Horário Início	Sessão/Reunião		Página
20   10   2016		15h30min	92ª SESSÃO ORDINÁRIA		31

prótese e do expansor, um elemento importantíssimo para se conseguir realizar a reconstrução da mama naquelas mulheres que não têm pele suficiente.

Essas demandas trazidas pelos assistidos à Defensoria Pública da União dão ensejo à atuação individualizada, dentro das linhas de atuação da Defensoria Pública, para atender o interesse de uma pessoa em determinado caso concreto, e também de forma coletiva, que busca resolver a questão de forma mais abrangente possível beneficiando o maior número de pessoas. Tanto a atuação individual quanto a coletiva podem se dar na via extrajudicial como na judicial.

A atuação individual extrajudicial ocorre por meio das gestões administrativas feitas pelo setor psicossocial da Defensoria Pública junto aos órgãos, às gestões administrativas, por meio de ofícios ou de contatos telefônicos, visando a amenizar aquelas situações que encontram uma solução mais imediata. A prioridade da Defensoria é sempre tentar resolver de forma extrajudicial, evitando a judicialização de demandas. Há, em alguns estados, a câmara de conciliação. Aqui no Distrito Federal, chegou-se a iniciar um projeto para criar a câmara de conciliação, que é composta pela Secretaria de Saúde e pela Defensoria Pública, com o objetivo de tentar resolver, trazer o paciente junto ao representante do SUS para tentar resolver a questão da saúde, mas a gente encontra muitos desafios, realmente, para vencer essa parte extrajudicial.

A atuação individual judicial ocorre após as várias tentativas frustradas da composição extrajudicial e se traduz, basicamente, no ajuizamento de ações individuais para o fornecimento de medicamentos, de tratamentos e de exames necessários. Nesses casos de ações individuais, temos sempre a preocupação de deixar bem delineada a nossa atuação prévia na via extrajudicial e a ineficácia dela. Além disso, há necessidade de demonstrar a eficácia do medicamento pleiteado, a necessidade do medicamento e a sua não disponibilização na rede pública. Por exemplo, ações individuais que eram bem corriqueiras hoje estão resolvidas pela questão da inclusão do trastuzumabe na rede SUS, pelo menos a inclusão para tratamentos iniciais. Na maioria dos estados, ainda há problemática para utilização desse medicamento para os casos de metástase.

Na atuação coletiva, a gente tem a possibilidade de atuação extrajudicial, que é feita por meio de acompanhamento de propostas de incorporação de tecnologias, expansão de serviços, expedição de recomendações, termos de acordo de ajustamento de conduta e colegiados de saúde. Aqui no Distrito Federal, por exemplo, nós temos um procedimento administrativo aberto para acompanhar a instalação do *PET Scan*, que já existe no Hospital de Base, mas até hoje está sem utilização, desde 2013. Então, a gente abriu um procedimento para começar a acompanhar, inclusive já com uma recomendação junto com o Ministério Público para adoção das providências necessárias à instalação desses equipamentos que aguardam a reforma de uma sala, de um ambiente adequado para se efetuar essa instalação.

		CÂMARA LEGISLATIVA DO DISTRITO FEDERAL 3ª SECRETARIA – DIRETORIA LEGISLATIVA DIVISÃO DE TAQUIGRAFIA E APOIO AO PLENÁRIO SETOR DE TAQUIGRAFIA		<b>NOTAS TAQUIGRÁFICAS</b>	
		<b>Data</b> 20   10   2016	<b>Horário Início</b> 15h30min	<b>Sessão/Reunião</b> 92ª SESSÃO ORDINÁRIA	<b>Página</b> 32

Nas ações judiciais, a partir de ações civis públicas para incorporação de tratamentos e medicamentos e adequação de políticas públicas. No caso da medicação trastuzumabe, também aqui houve uma ação judicial. A primeira ação foi ajuizada em Minas Gerais, em 2011, salvo engano, e visava à inclusão desse medicamento para toda a rede no estado de Minas Gerais. A partir dessa ação civil pública, que foi julgada procedente, começou a se realizar o tratamento na rede pública com essa medicação. Sobre o parâmetro de contagem da lei de sessenta dias, também temos um procedimento aberto. Foi ajuizada uma ação civil pública em razão de uma portaria expedida pelo Ministério da Saúde que dizia que a contagem dos sessenta dias deveria ter início a partir do laudo médico, enquanto a lei dizia que esse início deveria se dar a partir não do laudo médico, mas do diagnóstico da biópsia. Também tivemos um resultado positivo nessa ação. Também a ação para o custeio de mamografia bilateral para as mulheres abaixo de 50 anos, porque a prioridade estava sendo o custeio da mamografia de mulheres de 50 a 60 anos.

Como eu disse, vale frisar que a solução extrajudicial dos litígios deve ser sempre buscada como linha de atuação prioritária da Defensoria Pública da União e da Defensoria Pública como um todo. No entanto, infelizmente nem sempre temos obtido êxito nessa linha de atuação, que exige uma concentração de esforços de todas as partes envolvidas. Assim, acaba restando à Defensoria a utilização da via judicial.

Embora haja o argumento de que as ações implicam grande gasto para o Estado, para a Defensoria, o custo de medicamentos e tratamentos deve ser olhado sob a perspectiva de quem precisa, tornando acessível à população de baixa renda aquilo que é alto custo. Além disso, não se pode esquecer que os processos judiciais podem, de certa forma – embora não sejam a melhor opção – ajudar na definição das demandas imprescindíveis na área de saúde, colaborando, inclusive, para a incorporação de tratamentos no SUS. O que a Defensoria não pode é fechar os olhos para a pessoa que se vê alijada do acesso aos recursos públicos de saúde para a manutenção de sua vida.

Assim, eu gostaria de finalizar essa conversa dizendo que a Defensoria Pública é sensível à causa, e nós esperamos que, a partir de eventos como este, as mulheres se tornem cada vez mais conscientes da importância da prevenção ao câncer de mama e de seus direitos de acesso ao tratamento. Mais ainda: esperamos que nós – sociedade, instituições, administradores, legisladores – possamos dar as mãos e unir esforços para que se consigam solucionar os problemas que têm elevado o índice de mortalidade em decorrência de uma doença que, se é tratada a tempo, tem uma chance de cura de até 90%.

A Defensoria Pública se coloca à disposição para essa luta, que não é fácil. A gente viu nas palestras anteriores que ela envolve sérios desafios, porque, de um lado, há o direito à saúde, à vida da pessoa, para o qual a gente não pode fechar os olhos, é preciso dar a ela os aparatos necessários para ir em busca de seus direitos;

		CÂMARA LEGISLATIVA DO DISTRITO FEDERAL 3ª SECRETARIA – DIRETORIA LEGISLATIVA DIVISÃO DE TAQUIGRAFIA E APOIO AO PLENÁRIO SETOR DE TAQUIGRAFIA		<b>NOTAS TAQUIGRÁFICAS</b>	
		<b>Data</b>	<b>Horário Início</b>	<b>Sessão/Reunião</b>	<b>Página</b>
20   10   2016		15h30min	92ª SESSÃO ORDINÁRIA		33

de outro, há a questão das políticas públicas, da aplicação de verbas, da alocação de verbas.

Então, é isso. Muito obrigada e sucesso no evento. Parabéns para a Femama! (Palmas.)

(Assume a Presidência o Deputado Robério Negreiros.)

**PRESIDENTE (DEPUTADO ROBÉRIO NEGREIROS)** – Agradeço a nobre contribuição. Todos nós sabemos da importância da Defensoria Pública em todo o processo que envolve a questão de atendimento à saúde pública, não só no Distrito Federal como em todo o País.

Vou chamar à fala a Sra. Joana Jeker, Presidente da Recomeçar – Associação de Mulheres Mastectomizadas de Brasília –, que apoiou a organização deste debate. Contudo, como no desfile há crianças e ele já está sendo iniciado, enquanto a Joana fala, eu só vou prestigiá-lo, mas volto para conduzir porque parece que há dois inscritos para um debate final. É isso?

(Intervenção fora do microfone.)

**PRESIDENTE (DEPUTADO ROBÉRIO NEGREIROS)** – Ótimo. Depois eu volto. Não há problema de ficarem o tempo que for necessário. Peço ao Cerimonial que me avise quando ela estiver terminando para eu poder reconduzir a comissão.

Chamo para fazer uso da palavra a Sra. Joana Jeker, da Associação de Mulheres Mastectomizadas de Brasília, que apoiou a organização do debate. Peço escusas à equipe do nobre Deputado Rafael Prudente sobre essa questão e gostaria de parabenizá-lo por esta propositura juntamente com a Deputada Telma Rufino, Procuradora Especial da Mulher desta Casa.

**SRA. JOANA JEKER** – Boa tarde a todos. Cumprimento a Mesa, o Deputado Robério. Gostaria de cumprimentar também nosso amigo Thiago Turbay, da Femama, que está aqui junto com a gente nesta luta; o Dr. João Nunes, oncologista – é uma satisfação tê-lo aqui; o Dr. Bruno Sarmento; a Dra. Daniele; e a nossa Defensora Dra. Fabiana, da DPU – Defensoria Pública da União.

Eu sou da ONG – Organização Não Governamental – Recomeçar. A gente é associada à FEMAMA – Federação de Instituições Filantrópicas de Apoio à Saúde da Mama, que é quem propôs a realização desse evento aqui na Câmara Legislativa. Gostaria de agradecer ao Deputado Rafael, que está sempre apoiando esta causa. Ele é da Frente Parlamentar de Combate ao Câncer. Deputado Rafael Prudente, muito obrigada. Infelizmente, ele não pôde estar presente, mas agradeço a toda a equipe dele, ao Torquato, à Kelly e a todos que nos apoiaram para a realização desse evento.

Esse debate, gente, é muito importante, porque o câncer de mama metastático é uma doença cruel. A mulher já se tratou do câncer primário, achou que estava curada e aí de repente vem a metástase. Então, a gente tem que dar

		CÂMARA LEGISLATIVA DO DISTRITO FEDERAL 3ª SECRETARIA – DIRETORIA LEGISLATIVA DIVISÃO DE TAQUIGRAFIA E APOIO AO PLENÁRIO SETOR DE TAQUIGRAFIA		<b>NOTAS TAQUIGRÁFICAS</b>	
<b>Data</b>	<b>Horário Início</b>	<b>Sessão/Reunião</b>		<b>Página</b>	
20   10   2016	15h30min	92ª SESSÃO ORDINÁRIA		34	

para essa paciente acesso aos medicamentos. É importante a gente dar acesso ao diagnóstico precoce, dar acesso ao tratamento inicial e também dar acesso quando ela tem uma metástase. Então, a gente quer conseguir aqui no Distrito Federal que haja ampliação desse acesso.

Queremos também, Dr. Bruno, regular o financiamento do trastuzumabe pelo SUS aqui no Distrito Federal. Vamos ver de que forma podemos fazer isso, seja por projeto de lei ou internamente. Temos que fazer esse regulamento para que haja oferta ampla e para que não falte, não seja uma coisa esporádica e pontual. A gente tem que regular para que haja também o financiamento desse medicamento aqui no Distrito Federal.

Eu sou paciente de câncer de mama, tive câncer de mama jovem, aos 30 anos. Minha mãe tem câncer de mama metastático, metástase óssea. Então, eu estou aqui lutando por todas as pacientes. Minha mãe, graças a Deus, tem acesso a um plano de saúde, não precisa contar com o Sistema Único de Saúde, mas milhares de mulheres em todo o País e milhares aqui no DF não têm. A gente está aqui lutando para que essas mulheres consigam ter acesso ao tratamento.

Só quem teve a doença sabe como é uma doença que abala muito a pessoa. Temos que ter condições mínimas de acesso ao tratamento, porque passar pelo câncer já abala muito, imagina se você não tiver acesso a um tratamento? Acaba a mulher, acaba a família, acaba a vida da paciente. O ser humano tem que ter valor. Seja em estágio inicial ou avançado, temos que tratá-lo com a mesma dignidade. A dignidade da vida humana não tem preço. Esse pode ser um medicamento de custo alto, mas cabe ao Estado fazer uma negociação com a indústria farmacêutica para conseguir um preço melhor e poder ofertá-lo para toda a população. Este é o apelo que a gente faz aqui na Câmara Legislativa: que haja uma regulação desse financiamento do trastuzumabe aqui no Distrito Federal.

Outra coisa: a Femama está há anos lutando pela ampliação do financiamento em saúde para o Brasil todo. A gente esteve presente no Congresso Nacional, na época do Saúde Mais Dez. Lutamos pela ampliação do financiamento da saúde, e agora veio a PEC 241. A gente quer dizer que não está satisfeita, que a gente não quer limitação do financiamento da saúde. Pelo contrário, a gente quer ampliação do financiamento de saúde para que a população brasileira tenha acesso à saúde no País. Fazemos aqui um apelo e deixamos registrado que nós não somos favoráveis a isso. A gente luta por mais dinheiro para a saúde pública brasileira. Lutamos para que o nosso SUS seja cada vez mais fortalecido, para que o nosso SUS tenha cada vez mais ampliação de oferta de medicamentos para câncer de mama, inclusive metastático. Eu, como paciente de câncer de mama, estou aqui fazendo esse apelo para todos vocês.

Quero deixar aqui registrado que o câncer é uma doença que realmente tem cura e que a gente tem que dar atenção para essa doença. Mesmo a mulher com câncer de mama metastático pode ter uma qualidade de vida por anos e anos com

		CÂMARA LEGISLATIVA DO DISTRITO FEDERAL 3ª SECRETARIA – DIRETORIA LEGISLATIVA DIVISÃO DE TAQUIGRAFIA E APOIO AO PLENÁRIO SETOR DE TAQUIGRAFIA		<b>NOTAS TAQUIGRÁFICAS</b>	
<b>Data</b>	<b>Horário Início</b>	<b>Sessão/Reunião</b>		<b>Página</b>	
20   10   2016	15h30min	92ª SESSÃO ORDINÁRIA		35	

acesso a medicamento. Minha mãe já está há três anos tratando metástase e tem uma qualidade de vida muito boa. O que a gente quer é isso, a gente quer vida. Eu quero que minha mãe viva mais dois, três, quatro, cinco, dez anos. Por mim, ela viveria até os 100. Eu creio que isso não será possível, mas quanto mais ela puder viver, cada ano... Inclusive hoje é aniversário dela, e a cada aniversário que ela faz, sendo paciente de metástase... Para mim, é uma felicidade muito grande poder comemorar cada ano ao lado dela. Eu quero que todas as mulheres tenham acesso a isso para também poder comemorar com a sua família.

É isso. Obrigada, gente.

MESTRE DE CERIMÔNIAS – De ordem do Presidente da comissão geral, será franqueada a palavra para duas pessoas da plateia que queiram participar.

Concedo a palavra à Sra. Carolina Abad.

Por gentileza, pode ocupar a tribuna. Seu nome, instituição ou órgão.

SRA. CAROLINA ABAD – Meu nome é Carolina e eu sou Diretora Executiva da Recomeçar. Já que a gente está deixando a nossa fala registrada porque os Parlamentares não estão aqui no círculo de debates para os Parlamentares, eu quero registrar que, com um assunto tão importante como esse, numa Capital Federal, onde a saúde está no colapso que está, é um absurdo que os Deputados não estejam presentes aqui hoje.

Fora isso, ouvir um dos Deputados aqui presente defender a PEC 241 como sendo solução para os recursos da saúde, parece muito equivocado. Então, também, eu quero deixar registrado isso, porque eu acredito que em algum momento alguém, depois, vai ler o que foi falado aqui, e vai procurar – sei lá – pensar um pouco melhor sobre as falas.

Quando o Thiago falou da questão do Siscan... Eu estive na reunião do Conselho e a notícia é um pouco pior do que eles deram para a gente lá no TJCC. Na verdade, o Datasus está sendo totalmente reestruturado. Eles vão acabar com vários sistemas que existem por achar que é duplicidade.

Então, outra coisa que a gente tem que batalhar é para que não se chame Siscan, que tenha o nome que eles quiserem, mas que exista, sim, o sistema de registro do câncer, que seja compulsório como a gente quer e que não venham mais uma vez com falsas verdades para a gente.

Espero que fique bem registrada, para que as pessoas possam ler depois, a ata da reunião, para saberem a importância de um círculo para Parlamentares, que precisa dos Parlamentares presentes, para que eles possam ouvir. Porque, sem um movimento social, não tem sociedade – me desculpe –, sem controle social, não tem. O governo sozinho não dá conta, ou não deveria dar.

 CÂMARA LEGISLATIVA DO DISTRITO FEDERAL 3ª SECRETARIA – DIRETORIA LEGISLATIVA DIVISÃO DE TAQUIGRAFIA E APOIO AO PLENÁRIO SETOR DE TAQUIGRAFIA		NOTAS TAQUIGRÁFICAS	
Data	Horário Início	Sessão/Reunião	Página
20   10   2016	15h30min	92ª SESSÃO ORDINÁRIA	36

Então, se a gente está procurando uma democracia mais participativa, este era o momento de eles estarem aqui ouvindo uma parcela da sociedade falando uma coisa muito séria para eles dando várias soluções para vários problemas.

PRESIDENTE (DEPUTADO ROBÉRIO NEGREIROS) – Muito obrigado, Sra. Carolina Abad, peço escusas em função de estar em outro evento. Se foi uma crítica, direta ou indireta, digo apenas que estou fazendo uma gentileza para quem fez a propositura em ralação ao debate. Tanto é que as audiências e as sessões solenes de meu gabinete, eu costumo fazer durante o período da manhã, justamente para não ficar essa questão de conflitos de horário.

Convido a fazer uso da palavra o Sr. Adevair Aparecido Silva.

SR. ADEVAIR APARECIDO SILVA – Boa tarde a todos, meu nome é Adevair, sou Pastor, e presenciei a dor e o sofrimento de um membro da minha igreja, com câncer. Isso foi um sofrimento muito grande. Um casal que deixou um filho de sete e o outro de nove anos, e aquilo aconteceu em um momento em que aquela família estava passando por momentos muito felizes. Estavam vivendo um momento muito bom na vida deles e, de repente, passaram por esse processo.

Isso abalou toda a estrutura, toda a casa! Um câncer de medula, foi feito o transplante, só que o sofrimento e a humilhação pelo tratamento são muito grandes. Hoje, infelizmente, você chega à rede pública, você é tratado como um bicho! Quando você vai atrás de um medicamento e não tem, é uma peregrinação, é uma penitência, você sofre. Nós temos que mudar o sistema, hoje, para que ele se torne mais humanizado. Nós estamos vendo que dia após dia o ser humano está sendo castigado pelo sistema que tem hoje. Se não melhorar informação, melhorar o sistema do atendimento ao usuário que passa por esse sofrimento... A luta dele já é terrível. Aí quando nós lidamos com essa dificuldade, quando vemos o sofrimento como eu vi, acompanhei, a pessoa definhando dia após dia, o sofrimento, batendo de porta em porta, tentando fazer o tratamento. Essa pessoa só conseguiu melhorar quando conseguiu ser enviado para São Paulo para poder fazer um transplante e fazer o acompanhamento lá.

Mas, aqui em Brasília, foi um sofrimento. De sete pessoas que estavam ali internadas no mesmo quarto, não tinham ar condicionado, a estrutura era precária, só tinham a medicação rala que não atendia ao tratamento.

Então, nós precisamos hoje falar de ser humano para ser humano da importância hoje de acolher partindo desde o primeiro atendimento. Que hoje os nossos órgãos públicos possam se unir e buscar, Deputado, uma solução para humanizar porque o sofrimento dessas pessoas já é muito grande. Nós temos que nos unir agora, nos darmos as mãos agora e lutar por essas pessoas. Não basta só eu estar lá como Pastor, orando, intercedendo, enquanto aquela pessoa não recebe a medicação, e quando ela chega ali do outro lado não há humanismo. O tratamento hoje deixa muito a desejar.

		CÂMARA LEGISLATIVA DO DISTRITO FEDERAL 3ª SECRETARIA – DIRETORIA LEGISLATIVA DIVISÃO DE TAQUIGRAFIA E APOIO AO PLENÁRIO SETOR DE TAQUIGRAFIA		<b>NOTAS TAQUIGRÁFICAS</b>	
		<b>Data</b> 20   10   2016	<b>Horário Início</b> 15h30min	<b>Sessão/Reunião</b> 92ª SESSÃO ORDINÁRIA	<b>Página</b> 37

Eu quero hoje pedir para que a gente se una, para que a gente seja mais humano e veja com carinho essa causa.

Muito obrigado a todos.

PRESIDENTE (DEPUTADO ROBÉRIO NEGREIROS) – Agradeço as nobres considerações.

Antes de encerrar, o Sr. Gerente de Cuidados ao Câncer da Secretaria de Estado de Saúde, Dr. Bruno Sarmento, fará suas considerações finais.

Com a palavra o Sr. Bruno Sarmento.

SR. BRUNO SARMENTO – Obrigado, Deputado.

Antes de tudo, parabênizo porque lá de baixo o senhor fez um painel rápido mas muito transparente de toda situação.

Foram citadas algumas coisas com relação à dotação orçamentária do ano passado, eu como médico da área não executo orçamento e a verba de 27 milhões que foi destinada...

PRESIDENTE (DEPUTADO ROBÉRIO NEGREIROS) – Quando eu coloquei gestor foi de uma maneira geral, não foi...

SR. BRUNO SARMENTO – Eu achei tudo excelente na verdade. E, juntando com a questão da CPI, eu acho que é um momento em que a água bateu no pescoço, tanto do Poder Executivo... Recorre-se também à ajuda do Poder Legislativo e a transparência vai vir à tona. Acho que todos esses pontos serão colocados.

Com relação aos modelos de incorporação de medicamentos realmente o nosso *benchmarking* é o modelo do Estado de Goiás, que é a farmácia de alto custo Juarez Barbosa – eles chamam assim lá em Goiânia – e é algo parecido porque a incorporação indiscriminada leva a uma migração muito grande, infelizmente, de brasileiros de outros Estados para o Distrito Federal em busca de um socorro. Então, a gente quer fazer um acesso ordenado a essas medicações de alto custo. Um modelo que a gente acha que é viável é o modelo baseado na câmera técnica, isso não é nenhuma novidade nem inovação, e a dispensação através de uma linha que chama aquisição administrativa e não aquisição judicial.

Com relação à notificação compulsória também não é novidade, e no ano passado nós fizemos essa proposição. Nossa equipe hoje, da gerência de câncer, é consultora da OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde, para notificação do câncer na América Latina, para ter ideia. Então nossa equipe participou em Cuba, em junho, de um simpósio e isso foi proposto: “Olha, nós vamos fazer no Distrito Federal uma notificação compulsória”. E os consultores do IARC – *International Agency for Research on Cancer*, que é uma agência francesa disse: “Olha, compulsória é o pior modelo. Tentem fazer uma liga, uma rede sentinela onde as pessoas participem de maneira voluntária”. E qual foi o resultado disso? Nós conseguimos coletar por ano

		CÂMARA LEGISLATIVA DO DISTRITO FEDERAL 3ª SECRETARIA – DIRETORIA LEGISLATIVA DIVISÃO DE TAQUIGRAFIA E APOIO AO PLENÁRIO SETOR DE TAQUIGRAFIA		<b>NOTAS TAQUIGRÁFICAS</b>	
		<b>Data</b> 20   10   2016	<b>Horário Início</b> 15h30min	<b>Sessão/Reunião</b> 92ª SESSÃO ORDINÁRIA	<b>Página</b> 38

cerca de vinte e dois mil diagnósticos, os quais precisam ser filtrados, e o banco de dados que estava parado em 2002 hoje está em 2006. Quer dizer, em um ano nós conseguimos colocar a tarefa de quatro anos em dia e até dezembro a gente vai conseguir atualizar 2009, ficando aí de acordo com...

Agora, é engraçado que os maiores colaboradores são as clínicas privadas. A nossa rede pública está cheia de problema. O técnico administrativo vai digitar os 5 mil laudos que estão parados ou entrar no sistema e tudo mais. Então, o problema é grave aí.

Trastuzumabe, só para deixar bem claro, é uma medicação padronizada. Não existe necessidade de nenhum requerimento, nenhum esforço adicional do paciente nem do médico para a sua aquisição. Para pacientes metastáticos é de prescrição livre do corpo clínico do HRT – Hospital Regional de Taguatinga, e do Hospital de Base. E para o adjuvante, que é o pós-operatório, o Ministério da Saúde fornece. Portanto, nós temos as duas. Então, a portaria da SES – Secretária de Estado de Saúde não segue o protocolo do Ministério da Saúde, ao contrário, é um protocolo específico.

Duas notícias relativamente boas. Ocorreu a finalização do processo de digitalização da radiologia. Isso permitiu, de segunda-feira para cá, um aparelho por dia. São quatro mamógrafos colocados em funcionamento e mais dois até sexta-feira. Vai funcionar? Não, não é por isso que vai funcionar, porque temos que ter pessoal, radiologista, que compete ali com a emergência.

Enfim, eu acho que são pelo menos dez anos ou mais sem investimentos contundentes na saúde. Claro, a gestão atual tem que dar as respostas, não se esconder debaixo disso aí e, na verdade, trabalhar. Esse é o compromisso do gestor. Só para fazer um "link" com a sua fala.

Obrigado.

PRESIDENTE (DEPUTADO ROBÉRIO NEGREIROS) – Agradeço as considerações.

Eu gostaria de fazer um convite em nome da Deputada Telma Rufino para o Outubro Rosa com as mulheres do campo, Cerrado e rurais de Brazlândia, que será no sábado, dia 22 de outubro de 2016, às 9 horas, no seguinte endereço: Quadra 3, Área 2, Setor Veredas, Brazlândia. Para maiores informações, podem tratar diretamente no Gabinete da Deputada.

Antes de encerrar, eu gostaria de pedir desculpas em nome do Poder Legislativo. O Deputado Rafael Prudente teve um imprevisto familiar, teve que fazer uma viagem em função de problemas familiares. A Deputada Telma Rufino estava aqui – quem conhece a rotina dos Parlamentares sabe que nós somos como um relóginho –, mas ela tinha que estar às 18 horas em outra cidade e me pediu uma gentileza.

		CÂMARA LEGISLATIVA DO DISTRITO FEDERAL		NOTAS TAQUIGRÁFICAS
		3ª SECRETARIA – DIRETORIA LEGISLATIVA		
DIVISÃO DE TAQUIGRAFIA E APOIO AO PLENÁRIO		SETOR DE TAQUIGRAFIA		
Data	Horário Início	Sessão/Reunião	Página	
20   10   2016	15h30min	92ª SESSÃO ORDINÁRIA	39	

Existe um rito no Regimento Interno: todos os atos devem ser feitos por um dos 24 Parlamentares. Concordo, em parte, com o que ela disse porque eu acho que deveria haver uma presença mais efetiva dos Parlamentares. Eu me incluo no meio, até mesmo porque eu não estava programado para participar deste encontro, mas fiquei muito satisfeito em ter ouvido aqui as falas. Prometo que procurarei seguir este tema nas próximas ocasiões e já peço à Assessoria que o coloque na minha agenda.

Peço desculpas à Carolina Abade, Diretora Executiva do Recomeçar, que saiu muito chateada, até com razão. Peço aqui escusas em meu nome e em nome do Poder Legislativo, até mesmo porque estamos aqui também para receber críticas, e isso é muito importante.

Espero que o próximo debate tenha mais participação. Pelo menos, da minha parte, eu procurarei participar, mas entendo que nós Parlamentares também somos seres humanos, temos também problemas de saúde e problemas familiares. Para quem não sabe, a programação de 2017 de todas as sessões solenes de cada gabinete já está praticamente definida e será votada no dia 15 de dezembro, antes do recesso. Então, nenhum Parlamentar pode projetar o que vai acontecer. Às vezes, isso acontece, e não é comum aqui nesta Casa. Por isso, às vezes é complicado você desmobilizar toda uma expectativa que é feita a um segmento, ainda mais num tema de relevância como esse. Se você for ver, os convites aos participantes são feitos com bastante antecedência.

Então, quero, mais uma vez, externar essas desculpas em nome de todo o Poder Legislativo e me colocar à disposição. Agradeço a todos os presentes. O Turbay está de parabéns por abraçar a causa. Você abraçava tanto, que eu achava que você era médico. O que estou te falando é que, às vezes, temos que contribuir com o debate, defender a causa com afinco, com dedicação. Isso é o mais importante. Além disso, temos de saber também aceitar críticas. Quem não sabe aceitar críticas não se desenvolve, não se aperfeiçoa, e nós precisamos disso.

Mais uma vez, sendo pleonástico, peço sinceras desculpas.

Declaro encerrada a presente comissão geral, bem como a sessão ordinária que a originou.

(Levanta-se a sessão às 18h05min.)