



SENADO FEDERAL
SECRETARIA-GERAL DA MESA
SECRETARIA DE REGISTRO E REDAÇÃO PARLAMENTAR

REUNIÃO

02/12/2025 - 5ª - Subcomissão Temporária com o objetivo de debater propostas relacionadas à prevenção e ao tratamento de câncer.

A SRA. PRESIDENTE (Dra. Eudócia. Bloco Parlamentar Vanguarda/PL - AL. Fala da Presidência.) - Boa tarde a todos aqui presentes, boa tarde a todos os Senadores e Senadoras que estão acompanhando esta reunião virtualmente.

Quero colocar que, havendo número regimental, declaro aberta a 5ª Reunião da Subcomissão Temporária com o objetivo de debater propostas relacionadas à prevenção e ao tratamento de câncer, da 3ª Sessão Legislativa Ordinária da 57ª Legislatura.

A presente reunião divide-se em duas partes. A primeira parte destina-se à deliberação de requerimentos apresentados à Subcomissão, e a segunda parte atende aos Requerimentos nºs 4, 7, 10 e 11, de 2025, da CASCANCER, de minha autoria, para a realização de audiência pública com o objetivo de debater sobre a incorporação no SUS de vacinas, medicamentos e terapias contra o câncer.

Passemos à primeira parte da reunião.

Os Requerimentos nºs 8, 9, 10, 11 e 12, de 2025, da CASCANCER, são de minha autoria. Como os requerimentos já estão disponíveis na pauta e publicados no Portal do Senado Federal, passo diretamente à votação.

As Senadoras e os Senadores que os aprovam permaneçam como se encontram. (*Pausa.*)

Aprovados.

Vamos dar início à segunda parte da reunião.

A audiência pública é destinada a debater sobre a incorporação, no SUS, de vacinas, medicamentos e terapias contra o câncer.

Informo que a audiência tem a cobertura da TV Senado, da Agência Senado, do *Jornal do Senado* e da Rádio Senado e contará com os serviços de interatividade com o cidadão, na Ouvidoria, através do telefone 0800 0612211, e no e-Cidadania, por meio do portal www.senado.leg.br/ecidadania, que transmitirá ao vivo a presente reunião e possibilitará o recebimento de perguntas e comentários aos expositores, via internet.

Eu quero convidar, para compor a mesa, a Dra. Ana Carolina de Freitas Lopes, Coordenadora de Monitoramento de Tecnologias em Saúde da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde, do Ministério da Saúde.

Seja muito bem-vinda, Dra. Ana Carolina!

Quero também pedir para compor a mesa a Dra. Helena Esteves, Gerente de Advocacy do Instituto Oncoguia.

Seja muito bem-vinda, Dra. Helena!

Quero também convidar, para compor a mesa, a Dra. Iriana Custódia Koch, Vice-Diretora Administrativa da associação e ONG Amor e União contra o Câncer.

Dra. Iriana, seja muito bem-vinda. (*Fora do microfone.*)

E quero convidar também o Dr. Felipe Dias Carvalho, que é Diretor Regional de Brasília da Associação Brasileira de Tecnologia para a Saúde (Abimed).

Seja bem-vindo, Dr. Felipe. Seja muito bem-vindo.

E quero dizer que temos também aqui presente a Dra. Helaine Capucho, que se faz aqui presente. Depois, quando os colegas apresentarem, aí você já vem... Vamos fazer uma mesa maior, não é? Para caber todos.

Dra. Helaine Capucho, seja muito bem-vinda à Subcomissão CASCANCER.

O Dr. Roger Miyake, estive com eles há poucos minutos lá no meu gabinete, participando de uma brilhante reunião da Bristol, junto com o Dr. Chris Silva, que é o Presidente da Bristol aqui no Brasil.

É um prazer imenso tê-lo aqui na Subcomissão, para você poder falar um pouco para nós das medicações que vocês produzem contra o câncer.

E também quero cumprimentar a Dra. Gabriele Luise Neves Alves, que está por videoconferência, que é Coordenadora de Pesquisa e Informação em Saúde da Federação Brasileira de Instituições Filantrópicas de Apoio à Saúde da Mama (Femama).

Seja muito bem-vinda, Dra. Gabriele Luise.

E também quero cumprimentar a Dra. Maria Del Pilar Estevez Diz, que é Diretora de Corpo Clínico do Instituto do Câncer do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, que também está por videoconferência.

Seja muito bem-vinda, Dra. Maria Del Pilar, a esta nossa reunião. E você, que vai fazer a sua fala através de videoconferência, seja muito bem-vinda a esta reunião.

E aí, diante do exposto, eu quero colocar para vocês - só reforçando a questão aqui do e-Cidadania - que nós temos algumas perguntas da Ivana, de Pernambuco, do Márcio, de Rondônia, da Beatriz, de São Paulo, da Layane, de Minas Gerais, e do Mário, de São Paulo. Quando vocês fizerem suas explicações, a gente vai tirar as dúvidas desses nossos cidadãos que colocaram aqui suas perguntas.

Dra. Ana Carolina de Freitas Lopes, seja muito bem-vinda, mais uma vez, e você tem dez minutos para a sua exposição.

A SRA. ANA CAROLINA DE FREITAS LOPES (Para expor.) - Posso fazer daqui mesmo? O... Para passar? (*Fora do microfone.*)

Sra. Presidente, Senadora Dra. Eudócia, Srs. Senadores e demais autoridades aqui na mesa, participantes desta audiência pública, uma boa tarde.

Eu sou Ana Carolina Lopes. Estou atualmente como Coordenadora de Monitoramento de Tecnologias em Saúde. Sou servidora pública já há 15 anos.

Eu me sinto muito honrada e agradeço muito o convite em representar o Ministério da Saúde nessa audiência, aqui, tão importante, em que a gente vai falar do processo de incorporação, no SUS, das vacinas, dos medicamentos e das terapias contra o câncer e também sobre como a avaliação de tecnologias em saúde tem contribuído para esse desafio.

Então, vou falar com vocês sobre a Conitec, que é a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde.

Bom, a Conitec é, então, esse órgão colegiado permanente do Ministério da Saúde, que apoia, assessora tecnicamente as decisões sobre as tecnologias, incluindo a incorporação, a exclusão, a alteração das tecnologias e também o processo de elaboração e de atualização dos protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas.

A Conitec, então, é formada por três comitês, divididos por tipo de tecnologia, entre medicamentos, produtos e procedimentos e protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas, e esses três comitês são assessorados por uma secretaria executiva exercida pelo Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde, que fica na Secretaria de Ciência, Tecnologia e Inovação em saúde.

A composição desses comitês é bastante plural. Então, inclui todas as secretarias do Ministério da Saúde, mas também a ANS, a Anvisa, a Associação Médica Brasileira, o Conselho Federal de Medicina, o Conselho Nacional de Saúde, os secretários estaduais e municipais de saúde, também os núcleos de avaliação de tecnologias em saúde.

A grande novidade recente foi a inclusão de uma cadeira rotativa, em cada um dos comitês, a ser ocupada por um representante de organização da sociedade civil atuante na área da especialidade ou patologia específica para cada tema em avaliação na Conitec.

Essa composição reforça a legitimidade das recomendações da Conitec, amplia a visão federativa do SUS e qualifica o debate sobre as tecnologias que são analisadas.

Então, como nós avaliamos as tecnologias? A avaliação da Conitec considera quatro dimensões principais da ATS. Então, uma primeira dimensão é a clínica, que foca na segurança, na eficácia, na efetividade; uma outra dimensão também é a econômica, custo-efetividade, impacto, orçamentário, mas também tem uma grande centralidade na perspectiva do paciente, olhando a qualidade de vida, os valores, a experiência do cuidado; e também uma dimensão organizacional, considerando a logística, a infraestrutura e a sustentabilidade do sistema.

Não há uma hierarquia entre esses fatores, entre essas dimensões. Todas elas são consideradas em sua integralidade no processo de análise da Conitec.

A avaliação de tecnologias em saúde é uma política pública de racionalidade, que organiza as decisões com base em evidências científicas e orienta o uso sustentável dos recursos públicos, e esses parâmetros estão alinhados às melhores práticas internacionais e, em especial, às de outros países com sistemas de saúde semelhantes ao nosso, como é o caso do Reino Unido, por exemplo.

E, aqui no Brasil, o processo de avaliação segue prazos determinados em lei.

A lei que criou a Conitec também estabelece prazo para a avaliação, que deve ser de 180 dias, prorrogáveis por mais 90, e, também, após a publicação da portaria de incorporação, o SUS tem 180 dias para disponibilizar aquela tecnologia à população.

Bom, desde 2012, do início da atuação da Conitec até outubro deste ano, nós já avaliamos mais de 1,3 mil demandas, sendo a maioria delas de medicamentos.

A área de oncologia é a segunda área mais demandada para a Conitec, e já foram incorporadas mais de 550 tecnologias.

A maioria das recomendações da Conitec são a favor da incorporação da tecnologia no SUS, e, para que isso seja possível, a Conitec conta com instituições parceiras, que são os Núcleo de Avaliação de Tecnologias em Saúde, que integram a Rede Brasileira de ATS (Rebrats). Então, 138 NATS já compõem a Rebrats, têm representações em todas as regiões do país e oferecem apoio às ações da Conitec, mas também apoiam decisões locais nas suas instituições, nos seus hospitais, nas suas secretarias de saúde.

Todo esse trabalho também é apoiado por diretrizes metodológicas. Para todo tipo de estudo da ATS, tem uma diretriz metodológica que guia a elaboração desses estudos, que reúnem, então, metodologias robustas, validadas, seguindo os melhores padrões internacionais.

Além dessas atualizações metodológicas, também frequentes, recentemente foram publicadas mudanças normativas no processo da Conitec, e essas alterações representam um passo muito importante na modernização da gestão de tecnologias no SUS e fazem parte de um processo de inovações estruturantes, que buscam dar maior transparência, maior segurança e qualidade para as decisões sobre a incorporação de tecnologias no SUS.

Considerando o nosso tema, eu trouxe algumas dessas inovações que merecem destaque.

A primeira é a ampliação da participação social, como eu comentei, a inclusão das organizações da sociedade civil, cumprindo aqui a Lei 15.120, de 2025, também aprovada aqui nesta Casa.

Também está prevista, agora, na nova normativa, a exigência de que os fabricantes apresentem um termo de compromisso para a manutenção dos preços que são propostos no momento da incorporação e também que eles declarem a sua capacidade de atendimento à demanda do SUS.

Também para dar mais transparência à gestão dos conflitos de interesse, a Secretaria-Executiva da Conitec publicou um manual de governança e gestão de conflitos de interesses.

A declaração de conflitos de interesses já era obrigatória, mas com o manual esse processo ficou aprimorado, tornando mais transparente a análise dos conflitos e que condutas sejam tomadas quando um conflito é identificado.

Por fim, também há um aprimoramento do fluxo de avaliação para tecnologias de alto custo.

Quando é identificada uma tecnologia de alto custo, são adotadas etapas adicionais de negociação. Então, quando, nas análises dessas tecnologias, o valor for considerado muito alto para a incorporação pelo Ministério da Saúde, é verificada a disponibilidade orçamentária para absorver esse investimento necessário na incorporação dessa tecnologia.

Também é aberta uma negociação para tratativas adicionais em busca de maiores descontos em relação ao preço que é ofertado pelo fabricante, caso exista interesse nessa incorporação, no caso de tecnologias que se mostrem eficazes e seguras.

Também abre-se a possibilidade de adoção de acordos de acesso gerenciado ou outras formas de implementação gradual da tecnologia, buscando, então, reduzir incertezas clínicas ou financeiras para garantir a sustentabilidade do SUS.

Então, essas etapas ampliam a capacidade de negociação do SUS e aumentam a segurança das decisões que envolvam grandes investimentos.

Bom, para além da análise de incorporação, a Conitec também produz estudos e informações que apoiam diversos outros processos no Ministério da Saúde e no SUS...

(Soa a campanha.)

A SRA. ANA CAROLINA DE FREITAS LOPES - ... especialmente acompanhando as tecnologias que estão em uma etapa prévia à incorporação - a que nós chamamos de monitoramento do horizonte tecnológico - e também acompanhando as tecnologias que já foram incorporadas, para avaliar as questões do acesso e do desempenho que essas tecnologias apresentam no sistema.

O monitoramento do horizonte tecnológico é essa etapa prévia, que identifica as tecnologias ainda em desenvolvimento, ajudando a prever os impactos que elas podem ter no sistema de saúde.

Essas informações têm apoiado diversos processos no âmbito do Ministério da Saúde, para além da incorporação de tecnologias, apoiando a elaboração e atualização dos protocolos, os processos de judicialização da saúde, em casos de emergência em saúde pública, também apoiando as etapas de pesquisa clínica e do fomento ao complexo econômico industrial da saúde, precificação, decisões de financiamento de estudos...

Um exemplo de monitoramento que nós fazemos é o caso das vacinas contra o câncer, que utilizam a tecnologia de RNA mensageiro, que é hoje uma das prioridades do Ministério da Saúde.

Nós já mapeamos 41 vacinas em desenvolvimento, a maioria delas ainda em fases iniciais de pesquisa clínica, principalmente fase 1, e apenas duas delas têm centros de pesquisa no Brasil.

Então, a gente vê que elas estão em desenvolvimento para ainda uma grande variedade de indicações clínicas - que bom que temos duas com centros de pesquisa no Brasil -, mas esse número ainda é muito pequeno.

Então, uma das ações apoiadas por esse estudo e atualmente em curso na nossa Secretaria é um esforço em trazer mais estudos como esses para o nosso país, um esforço que eu sei que é compartilhado aqui pela Subcomissão e está muito alinhado também ao PL 126/2025, que foi aprovado.

Então, a Conitec...

(Soa a campanha.)

A SRA. ANA CAROLINA DE FREITAS LOPES - Um minutinho, tá? *(Fora do microfone.)*

Eu vou avançando rápido..

Então, eu queria só falar o que pode ser de muito interesse aqui dos participantes em relação à avaliação de desempenho, a como está o desempenho do que é incorporado na prática.

Então, eu queria mostrar para vocês também essa outra iniciativa, que é uma ferramenta que se chama Observa Onco, que busca apresentar, de forma pública, interativa e exportável como que está a adoção dos medicamentos oncológicos incorporados no SUS.

É possível filtrar por vários níveis de atenção, e a gente consegue identificar os marcos de implementação dessa tecnologia no SUS e pode apoiar os gestores em seus diversos ciclos de decisão.

Bom, queria falar, então, que a Conitec faz todas essas ações de forma bastante transparente, disponibilizando todas essas informações em seu *site* e dizer que a gente segue bastante à disposição e para o diálogo e para a construção conjunta dos projetos.

Obrigada.

A SRA. PRESIDENTE (Dra. Eudócia. Bloco Parlamentar Vanguarda/PL - AL) - Parabéns pela sua brilhante explanação, Dra. Ana Carolina.

A sua explanação nos ajuda muito, aqui na Subcomissão, para que a gente possa avançar justamente nessas questões que você elencou, de acompanhar a evolução, falando aqui especialmente e especificamente sobre o câncer, e colocando esses medicamentos cada vez mais acessíveis aos pacientes oncológicos, porque a gente sabe que a burocracia é grande, mas, pelo que entendi, na sua explanação, vocês estão tentando tornar cada vez mais célere esse processo, para que os nossos pacientes tenham acesso a medicamentos, a vacinas e outras tecnologias, para que possam aumentar a sua sobrevida.

Parabéns pela sua explanação.

Agora, quero chamar a Dra. Maria Del Pilar Estevez Diz, para a sua explanação, repetindo, ela, que é Diretora de Corpo Clínico do Instituto do Câncer do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Dra. Maria Del Pilar, você tem dez minutos para sua explanação.

A SRA. MARIA DEL PILAR ESTEVEZ DIZ (Para expor. *Por videoconferência.*) - Bom, muito boa-tarde a todos.

Em primeiro lugar, eu gostaria de agradecer a oportunidade de estar fazendo esta apresentação e, realmente, quero dar parabéns à Comissão pelo trabalho que tem desenvolvido.

Eu trabalho no Instituto do Câncer do Estado de São Paulo. É uma instituição 100% pública, que presta atendimento a pacientes com câncer, majoritariamente do Estado de São Paulo, e, hoje, acho que vou trazer aqui um pouco das características da nossa instituição, que reflete muito bem o que é o Cacon dentro da nossa estrutura de tratamento dos pacientes com câncer.

Só um minutinho.

O Icesp é um centro especializado em oncologia, que tem 520 leitos, 100% dedicados ao SUS, e ele tem um tripé, que é assistência, ensino e pesquisa.

Somos vinculados à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, e pesquisa é um dos braços fortes da nossa instituição.

Na verdade, nós temos quatro unidades físicas: o prédio principal, que está aqui na Avenida Dr. Arnaldo, numa cidade próxima a São Paulo, que é a unidade de Osasco, que atende a cerca de 10% dos pacientes da instituição; o Itaci, que é uma outra unidade, dedicada a pacientes pediátricos; e uma farmácia ambulatorial, que fica fora do complexo, onde nós podemos dispensar medicamentos oncológicos orais para os pacientes com câncer, e também dispensamos outros medicamentos, como, por exemplo, analgésicos, que são fundamentais para acompanhamento desses pacientes.

Só para se ter uma ideia do volume do nosso atendimento, fomos inaugurados em 2008. Nesse período de 17 anos, já atendemos a mais de 140 mil pacientes, e 38 mil pacientes são pacientes ativos.

A gente teve cerca de 10 mil pessoas andando todos os dias. Estávamos com 600 pacientes novos por mês, e já pudemos ampliar isso para cerca de 800.

Na verdade, nós atendemos a cerca de 12% - entre 12% e 14% - da demanda oncológica do estado.

Agora, para se conseguir atender ao paciente com câncer, você precisa ter uma estrutura bastante completa. Então, nós temos 520 leitos operacionais, dos quais 94 leitos são de UTI. Isso é uma questão fundamental, o provisionamento de leitos não só de alta complexidade, mas de terapia intensiva, para os pacientes com câncer que estão em tratamento ativo, ainda que metastáticos, mas que necessitam desse tratamento intensivo.

Isso não é para pacientes terminais, é para pacientes que têm uma situação grave, corrigível. E isso, dentro de um hospital geral, é muito difícil você competir com pacientes que não tenham câncer. Então, os pacientes com câncer, com frequência, acabam tendo uma assistência que é deficitária.

Nós temos 153 consultórios, sendo 103 consultórios médicos - então, 53 são consultórios da equipe multiprofissional; mais de cem poltronas de quimioterapia; 18 salas cirúrgicas; uma sala para robótica; oito tomógrafos, porque não é possível fazer oncologia hoje sem você ter um sistema de imagem bastante robusto, para fazer estadiamento, avaliar resposta ao tratamento; sete aceleradores lineares, porque a radioterapia é uma questão fundamental no tratamento do câncer; um angiógrafo; quatro equipamentos de ressonância magnética, um Spect/CT e dois PET/CTs.

Então, com isso, nós conseguimos fazer... Nós atendemos majoritariamente a pacientes já diagnosticados com câncer, mas existem pacientes que não têm o diagnóstico totalmente firmado, e a imensa maioria, quase 100% dos pacientes, chega sem estadiamento ao hospital. Então, ele chega com o diagnóstico, e nós damos andamento para o estadiamento, para que possa ser definido qual que é o melhor tratamento.

Das saídas hospitalares, mais de 1,5 mil saídas hospitalares por mês; 18,5 mil consultas médicas por mês; 700 consultas mensais; 450 pacientes, em média, tratados com radioterapia; 12 mil consultas profissionais e mais de 4,8 mil pacientes em quimioterapia por mês, e aqui a gente está falando de quimioterapia infusional, quimioterapia oral - que é uma questão cada vez mais crescente - e hormonioterapia. Nós não estamos incluindo fatores do crescimento, outros tratamentos que não são estritamente oncológicos e que são suportes.

Eu queria chamar atenção para as consultas multiprofissionais. Essa é uma outra questão muito importante no tratamento do paciente com câncer.

Esses pacientes demandam um atendimento de enfermagem, que tem que ser importante, atendimento de farmácia, de nutrição, de fisioterapia, de psicologia... Então, a equipe realmente tem que ser uma equipe multidisciplinar, para que nós possamos dar um atendimento integral.

Agora eu gostaria de chamar atenção para esse gráfico, que é um gráfico que nos preocupa muito.

Esses são dados do Registro Hospitalar de Câncer. Então, são dados que não são enviesados, são dados revistos, totalmente revisados, nos quais nós temos os estádios clínicos por ano de diagnóstico para pacientes que chegaram ao Icesp sem tratamento prévio, de 2008 a 2023.

A gente pode ver na linha superior, em vermelho, que cerca de 40% dos pacientes chegam ao estágio 4. Isso quer dizer que são pacientes inoperáveis ou com doença metastática.

Isso é um número muito elevado, porque são pacientes que acabam tendo uma expectativa de vida mais curta, mesmo que nós ofereçamos para eles a melhor tecnologia.

Cerca de 24% da nossa casuística é um estágio 3, que seria um estágio localmente avançado, é a linha em lilás, e aqui nós podemos ver que essa é uma tendência que se mantém, não existe redução da tendência.

Estádio 2, que é o paciente já com melhor prognóstico, que nós chamaríamos de localizado. Nós temos cerca de 19% dos pacientes.

O estágio 1, que é verdadeiramente localizado, que é essa linha verdinha, nós temos 15% dos pacientes.

Doenças *in situ*, quer dizer, aquelas lesões que são pré-câncer, apenas 4% dos pacientes.

Isso tem a ver com a característica de nós recebermos pacientes já diagnosticados, mas isso reflete uma situação muito grave na estrutura nacional, que é o diagnóstico avançado dos pacientes com câncer, que vai levar ao maior custo do tratamento e comprometer a expectativa de vida, a chance de sobrevivência de longo prazo dos nossos pacientes, tornando necessário que nós discutamos, sim, o referenciamento desses pacientes e também o diagnóstico precoce, para que nós possamos melhorar as nossas taxas de mortalidade.

Nós temos reconhecimento pela JCI, a única instituição 100% institucional que é SUS, que é acreditada pela JCI; somos acreditados pela Carf, que é de reabilitação, e é muito interessante uma questão que nos deixa muito orgulhosos: nós temos um NPS muito alto, de 94, mesmo... E os nossos pacientes sabem que nós não temos todos os recursos disponíveis, mas o nosso esforço é sempre para utilizar, da melhor maneira possível, todos os recursos que estão disponíveis.

Eu gostaria de chamar a atenção - eu sei que o foco é a discussão também de medicação - para o que nós podemos fazer para melhorar o atendimento ao paciente, que é dar um suporte que otimize os recursos.

Então nós, há muitos anos, trabalhamos com uma questão que hoje nós chamamos de saúde digital, que é o Alô Icesp, quer dizer, uma linha direta, 24 horas por 7 dias, com enfermeiro, farmacêutico e nutrição, para que os pacientes possam ter suas dúvidas prontamente esclarecidas, e essas equipes vão entrar em contato com os médicos, sempre que necessário, para poder esclarecer as dúvidas e, quando possível, resolver o problema a partir do telefone; se não, às vezes, antecipar a consulta ou, eventualmente, até pedir para o paciente procurar a nossa unidade de atendimento de emergência.

Então, com essa situação, nós temos mais de 70 mil ligações por ano, e os principais benefícios são o monitoramento correto da quimioterapia oral, o estreitamento do vínculo do paciente com o Icesp - porque ele sabe que, quando ele tem dúvida, ele pode recorrer a nós -, o manejo das toxicidades e sintomas e a redução das demandas no pronto-socorro.

Nós temos muitas teleconsultas por mês - aí tem consultas com a equipe médica e a equipe múltipla - e um WhatsApp oficial para esclarecimentos.

E também estabelecemos um programa de navegação, porque, além de você ter a tecnologia implantada, é muito importante que o paciente consiga navegar por esse universo, que são várias cirurgias, vários exames, vários tratamentos em tempo certo. Então, para isso, nós começamos com a cirurgia de cabeça e pescoço, que são pacientes muito complexos.

Esse programa é um programa bem-sucedido, não vou me detalhar nele.

E, agora, falando um pouquinho da questão de medicamentos.

Uma questão que muito nos angustia é o acesso a medicamentos que podem ter impacto na expectativa de vida do paciente.

Eu queria trazer, como exemplo - eu já vou terminar -, o nivolumabe.

O nivolumabe foi aprovado pelo FDA para melanoma metastático, em primeira linha, em 30 de setembro de 2015; foi aprovado no Brasil pela Anvisa em 2016; recebeu uma recomendação da Conitec positiva em 2020. Entretanto, a publicação do PCDT para o melanoma se deu apenas em novembro de 2022, com uma PAC que não consegue cobrir o custo do melanoma, dificultando para entidades como a nossa a sua utilização.

E a disponibilização efetiva, aqui no Icesp - porque eu já vou explicar por que nós precisamos buscar recursos específicos para isso -, acabou sendo apenas em fevereiro de 2025, uma droga tão importante, que muda a expectativa de vida dos pacientes.

O Icesp... E, dentro disso, nós temos muitas instituições públicas no Brasil que têm um formato de gestão parecido com o nosso, que são as organizações sociais de saúde. Isso traz uma diferença com relação aos outros formatos de gestão.

Elas são financiadas por um orçamento global, previsto na LOA, e repassado por contrato de gestão, não pelo faturamento SUS. Nós faturamos, mas esse faturamento vai para o Estado. Então, quando há uma incorporação de um novo código, de uma nova tecnologia, eu preciso esperar o novo ano para nova pactuação de contrato, para tentar incorporar essa nova tecnologia, e isso é uma questão em que eu acho que precisa haver uma discussão tripartite - estado, União, município -, para que se consiga resolver essa dificuldade, que é particular das organizações sociais de saúde.

A oferta de novas tecnologias incorporadas - vacinas, medicamentos, terapias - somente é viável com termo aditivo, que adéqua o orçamento, e nós precisamos desencadear, iniciar essa discussão.

O surgimento das novas tecnologias deve ser acompanhado de estratégias que possibilitem o acesso em países mais vulneráveis economicamente.

A demora na aprovação de novos tratamentos no contexto do sistema público de saúde brasileiro leva a atrasos significativos na disponibilização de drogas que têm benefício claro para os pacientes, e nós deveríamos levar em consideração desfechos robustos - acho que esse é um trabalho que a Conitec vem fazendo -, a fim de minimizar gastos com terapias aprovadas com bases em desfechos alternativos.

Agora, eu também gostaria de lançar uma discussão: estratégias governamentais para dificultar o *evergreening* - quer dizer, a extensão de patente - e a extensão de patentes são muito importantes para possibilitar a minimização de custos envolvidos com o tratamento.

Eu gostaria, mais uma vez, de agradecer a oportunidade de estar participando dessa discussão.

A SRA. PRESIDENTE (Dra. Eudócia. Bloco Parlamentar Vanguarda/PL - AL) - Dra. Maria Del Pilar, você fez uma brilhante exposição.

Como é importante termos uma instituição que você representa - que é a Icesp - no nosso país.

Como você bem colocou, a maioria - infelizmente - dos nossos pacientes já chega em estágio avançado do câncer. Eu pude ver, no seu gráfico - que você apresentou -, que em torno de 35% desses pacientes já chegam em estágio 4 e até com metástases.

Então, isso nos mostra que, cada vez mais, a gente tem que se debruçar sobre essa questão, porque o câncer *in situ* são só 15%, que são os operáveis, e em que a terapia é uma terapia num menor espaço de tempo, se é que precise, a depender do órgão afetado, e a maioria já chega com metástases.

Então, por isso que nós temos - como você colocou ali no último eslaide que você apresentou - que realmente nós temos que unir forças, junto com o Ministério da Saúde - através da Conitec, através da Anvisa -, para que a gente possa diminuir esse prazo, diminuir, de uma forma exponencial, esse prazo que a Conitec - minha amiga Carol aqui - e a Anvisa colocam para cada medicamento e também para a incorporação dos medicamentos.

Então, eu acho que isso deve ser uma ação conjunta - né, Carol? - tanto do Poder Legislativo como do Poder Executivo - e também de vocês, médicos oncologistas -, para que a gente possa, cada vez mais, acelerar esse processo e os pacientes tenham efetivamente esses medicamentos - essas novas terapias e vacinas disponíveis para esses pacientes -, para que eles tenham realmente uma sobrevida grande.

Eu tive, há pouco tempo, em reunião com o Dr. Chris Silva, da Bristol, e também com o Dr. Roger, que está aqui presente, que vai apresentar também para nós os estudos que eles fazem na Bristol, dos medicamentos, e eles colocaram para mim o seguinte, Dra. Maria, que tem drogas que eles produzem, e especificamente o nivolumabe - vamos falar do nivolumabe -, e, aí, chegam pacientes com melanoma já metastático e, em dois anos de terapia, eles já têm uma sobrevida de dez anos com nivolumabe. Isso, considerando melanoma já com metástases. Imagine aquele paciente que não tem acesso a essa medicação. Está fadado à morte, infelizmente.

Então, realmente, mostrando a importância dessas novas terapias para esses pacientes.

Então, quero só reforçar o que você colocou, Dra. Maria, e eu, enquanto Senadora e enquanto médica também que sou, estou aqui no Senado com essa bandeira da saúde, especialmente da oncologia, para que os nossos pacientes possam ter acesso direto a essas novas terapias e para que a gente tenha esse gráfico que você mostrou de uma forma invertida, que seria o ideal. Mas, lutando, chegaremos lá. É uma ação conjunta.

Muito grata pela sua belíssima exposição, e iremos lhe convidar mais vezes - viu, Dra. Maria? - para você participar. Tomara que você tenha tempo para estar aqui junto conosco, tá? Muito grata pela sua apresentação.

Agora, eu quero convidar a Dra. Helena Esteves, que é Gerente de Advocacy do Instituto Oncoguia.

Dra. Helena Esteves está aqui conosco.

Você tem, Dra. Helena, dez minutos para a sua apresentação, tá bom?

Mais uma vez, grata por ter aceitado o nosso convite de estar aqui conosco.

Seja muito bem-vinda.

A SRA. HELENA ESTEVES (Para expor.) - A gente que agradece, Senadora.

Boa tarde e obrigada por ter este espaço aqui, por garantir que a gente tivesse este espaço aqui no Senado para discutir oncologia, para falar um pouquinho de câncer. A gente tem bastante desafio, tem bastante coisa para trabalhar. Então, muito bom estar aqui com vocês.

Para falar aqui, então, rapidinho, aprofundando um pouco na questão da inclusão de medicamentos e tratamentos da oncologia... Primeiro, só para contar um pouquinho para vocês, reforçar, acho que é sempre bom, o Oncoguia é a Associação Brasileira de Defesa dos Pacientes com Câncer. Então, a gente está aí há mais de 15, já há 16 anos trabalhando em prol dos pacientes para fortalecer, encorajar e guiar pessoas que convivem com câncer.

Aqui tem um pouquinho dos nossos serviços gratuitos para pacientes. Então, a gente tem desde uma atuação direta para os pacientes, para apoiá-los, para orientá-los, até uma atuação já aí olhando para o sistema de saúde, que é a área que eu lidero aqui da Advocacy.

Então, para trabalhar por políticas públicas que, de fato, façam sentido para o paciente na ponta, para quem está acessando o serviço de saúde, e isso passa por várias frentes aí de atuação nossa.

Acho que, sempre quando a gente vem falar de câncer, aqui no Congresso e em outros espaços também, a gente gosta de reforçar que a gente tem notícias muito boas no mundo do câncer. A gente sabe diagnosticar mais e melhor, a gente pode fazer mais diagnósticos precoces, a gente vê cada vez mais tecnologias chegando, protocolos novos e diretrizes novas chegando, de forma que a gente consiga chegar, sim, mais cedo a esses pacientes; que a gente consiga, sim, oferecer mais tempo de vida com qualidade, mesmo para quem descobre em fases avançadas - a Senadora estava aqui falando de um ótimo exemplo que a gente tem, de fato, até... Inclusive, para pacientes metastáticos a gente tem cada vez mais... Com a tecnologia disponível, a ciência vem avançando muito para garantir qualidade de vida para essas pessoas e mais tempo de vida também. Então, acho que a gente tem muitas notícias boas no mundo do câncer.

E, aí, o nosso questionamento sempre é: "Mas está disponível?" "Isso está acessível para quem?" "Quem está conseguindo acessar tudo isso?". E a gente tem que olhar para os nossos dados, para conhecer realmente a realidade do sistema.

E, aí, não tem como falar de acesso sem falar de Justiça.

No Brasil, a gente tem o movimento da judicialização da saúde, que é muito forte e é um sintoma do nosso sistema de saúde. Então, quando a gente vê que a judicialização em saúde responde, em média, a 33% dos gastos com medicamentos no país, isso mostra o quanto a gente está ainda falhando e ainda tem muita gente ficando para trás e recorrendo à Justiça, para conseguir acesso à saúde, que é delas por direito.

A gente tem, por exemplo, esse dado de que, em 2024, foram gastos R\$3 bilhões no cumprimento de decisões judiciais.

A gente sabe o quanto é mais complexo, burocrático e difícil esse acesso via Justiça. Demora mais para o paciente chegar, muitas vezes é um gasto maior que a Secretaria de Saúde ou o comprador vão ter para disponibilizar aquilo de forma rápida para o paciente. Então, a gente vê esse número aqui batendo também no orçamento do ministério.

E acho que esse número aqui é superssintomático também - e eu peguei da apresentação da Helaine, que eu tenho certeza de que vai explorar isso aqui melhor daqui a pouquinho -, que 60% dos pedidos de medicamento na Justiça se referem a tecnologias já incorporadas pela Conitec, já incorporadas no SUS.

Então, isso aqui para mim é o mais claro, no sentido de que o grande problema - e, aí, quando a gente olha para a oncologia, isso é ainda maior -, o grande problema está nesse pós-Conitec.

A Ana mostrou um pouquinho para a gente que tem uma jornada grande até o acesso. A Conitec é uma parte importante dela, mas tem uma parte importante pós-Conitec também, porque a gente ainda está tendo muita barreira.

E, para explorar um pouco mais esse tema, a gente tem um estudo famoso, na área da oncologia, que se chama "Meu SUS é diferente do seu SUS", onde a gente questionou todos os hospitais de câncer que atendem ao SUS no país, e a gente teve a resposta de que 64 deles, de todas as regiões... É um estudo bastante representativo, em que a gente pediu que eles nos

mandassem os protocolos de tratamento para cinco tipos de câncer diferentes, tentando olhar principalmente para os tipos mais incidentes na população, mas também aqueles que tiveram incorporações recentes pelo Ministério da Saúde.

Então, a gente buscou os protocolos de mama, próstata, pulmão, colorretal e melanoma e comparou, então, esses protocolos, para a gente entender o que os hospitais estão conseguindo, de fato, disponibilizar para os pacientes.

A gente comparou esses protocolos que recebeu com três listas de referência: a primeira lista é a diretriz do próprio Ministério da Saúde; a segunda é a lista de medicamentos essenciais da OMS - a OMS publica essa lista, de forma rotineira, de quais são os medicamentos que todos os países, principalmente aqueles de média e baixa renda, deveriam conseguir disponibilizar para sua população -, e a gente também olhou para as drogas mais recomendadas pela Esmo (Sociedade Europeia de Oncologia Clínica), que faz um ranqueamento de quais são as melhores drogas para quais cenários.

Estamos tentando entender o que a gente está, de fato, conseguindo ofertar nos protocolos dos hospitais, e o que a gente viu é que, de fato, a gente está muito longe ainda e com uma disparidade muito grande entre as diferentes localidades do país.

Então, quase 70% dos hospitais que nos responderam não conseguiram enviar os protocolos para os cinco tipos de câncer que a gente pediu, o que já é bastante sintomático. Ou seja: o mesmo hospital que deveria conseguir atender - e quando a gente tem habilitação mais básica ali de Unacon, que são os hospitais que devem atender aos cânceres mais incidentes, então, pegando câncer de pulmão, próstata, mama... -, eles não conseguiram nos enviar para esses cinco tipos de protocolos. Aí, claro, isso passa também por questões que podem ser administrativas dos hospitais, mas já mostra para a gente que algo não está funcionando bem.

Outra conclusão importante que a gente olha aqui dos resultados é que nenhuma das diretrizes do Ministério da Saúde é respeitada em 100% dos protocolos que a gente analisou. Ou seja: os hospitais não estão conseguindo cumprir com tudo o que está na diretriz do Ministério da Saúde.

Então, a gente também precisa melhorar esse instrumento, precisa deixar isso mais próximo dos hospitais e precisa entender o que está acontecendo na ponta, porque eles não estão conseguindo cumprir com o que vem de diretriz do Ministério da Saúde.

E, também, os medicamentos incorporados, que são menos, ou não estão, de fato, sendo oferecidos, são aqueles que são indicados para pacientes que têm doenças nas fases mais avançadas e, muitas vezes, também mutações genéticas específicas. E, paradoxalmente, essas também são, as áreas ali, as indicações mais frequentemente analisadas e incorporadas pela Conitec.

A gente sabe que muita inovação vem vindo para esses cenários mais avançados, para esses cenários mais específicos, quando a gente entra aqui na questão da medicina personalizada, em que a gente consegue entender, cada vez mais, o perfil do tumor para tratar aquela pessoa da melhor forma possível. A Conitec vem avaliando bastante tecnologias nesse sentido, mas a gente ainda vê que são as medicações a que os pacientes estão tendo menos acesso, de acordo com os protocolos que a gente conseguiu analisar.

E aí, claro, vem sendo feita muita coisa para mudar essa realidade. O Ministério da Saúde vem, sim, capitaneando esforços importantes, através de muita pressão social também, de muita mobilização da sociedade civil organizada, e a gente teve, recentemente, a criação do AF-Onco, que é um componente da oncologia dentro da assistência farmacêutica, um pedido antigo nosso, da sociedade civil, para que a oncologia se adequasse a esse modelo da assistência farmacêutica, porque, até agora, Senadora, a gente tinha a oncologia quase como uma jabuticaba ali no meio da parte de medicamentos, mesmo no SUS. Então, a oncologia não fazia parte da assistência farmacêutica e era regida por uma outra forma de acesso a essas medicações, e agora a gente tem, então, finalmente essa criação de um componente dentro da assistência farmacêutica, que vai se encaixar ali também para as medicações oncológicas.

Aí, o Ministério da Saúde traz para a gente três tipos de modalidades de compras. Então, a compra centralizada, a compra em que a negociação é centralizada, mas a compra em si é descentralizada, a compra descentralizada... Enfim, eles fizeram ali várias regras diferentes, para possibilitar que essas medicações, de fato, fiquem acessíveis para os pacientes.

Também colocaram ali algumas regras que a gente tem que entender melhor como vão funcionar para priorização da incorporação de oncológicos, porque a gente sabe que esse tem sido um tema que pressiona bastante a Conitec.

A Ana mostrou aqui para a gente que o segundo tema ali, se eu não me engano, mais pedido na Conitec é de oncologia, porque, de fato, a gente está tendo muita inovação. Então, naturalmente, isso vai ser mais analisado ali na Conitec.

Aqui, também, a gente precisa olhar para como esses pedidos vão chegar, o que tem que sempre, também, lembrando, acontecer com bastante participação social, para se entender quais são as demandas da sociedade.

Tem muita coisa nova chegando, buscando responder a esses anseios que a gente está trazendo aqui, mas sempre lembrando que publicações sozinhas não mudam a realidade. Então, a gente ainda tem um longo caminho para que tudo isso, de fato, mude o acesso na ponta.

(Soa a campanha.)

A SRA. HELENA ESTEVES - Especialmente em relação ao AF-Onco, o próprio Ministério da Saúde já previu que pelo menos outras 13 portarias têm que sair do papel, ao longo dos próximos seis meses, para que esse modelo consiga ser implementado. Vai ser muito importante, um esforço muito próximo das secretarias de saúde estaduais e municipais, dos próprios hospitais também.

Hoje, mais cedo, a gente estava no Oncoguia, fazendo uma reunião de fechamento de um projeto que a gente fez, rodando o Brasil com secretarias estaduais e municipais de saúde.

A gente fez bastante troca, para entender como eles estão vendo todas essas mudanças, sentindo tudo isso que está acontecendo, e todo mundo está vendo com muito bons olhos, de fato - acho que essas foram mudanças que todo mundo que trabalhava com oncologia estava pedindo -, mas com muita preocupação também de entender como tudo isso vai acontecer na prática. São várias regras novas, com bastante detalhe, então tudo isso vai precisar acontecer de forma que o Ministério também vai precisar estar muito perto de quem está implementando tudo isso na ponta.

(Soa a campanha.)

A SRA. HELENA ESTEVES - Caminhando para o final, Senadora - mas, se puder me conceder mais alguns minutinhos -, acho que, voltando um pouco na questão da judicialização, não tem como falar de acesso à Justiça aqui sem comentar sobre a decisão que o Supremo Tribunal Federal teve, no final do ano passado, agora completando um ano, buscando colocar critérios mais bem definidos para que as pessoas tenham acesso a medicamentos via demandas judiciais.

De fato, isso organizou um pouco melhor talvez, definiu critérios mais claros de acesso à Justiça e fortaleceu o processo da Conitec. Acho que reconhece a Conitec como um espaço legítimo para tomar decisão sobre o que deve estar ou não no SUS, o que é superimportante.

A gente tem essa instância já há 12 anos, enfim, trabalhando e buscando melhorar sempre o seu processo, mas também é importante que a gente, fortalecendo esse processo, continue a melhorá-lo. A gente tem mudanças importantes e melhorias contínuas que precisam acontecer sempre no processo da Conitec, para as quais eu queria chamar atenção.

Passando muito rápido aqui, acho que um ponto que a gente nunca pode esquecer é, de fato, o da participação social de forma efetiva. Durante todo o processo da Conitec, o DGITS tem uma área específica para dialogar com a participação social, e a gente vem conversando bastante com a equipe de lá.

A Ana comentou aqui - para falar muito rápido - sobre essa nova cadeira de representação de pacientes que foi criada na Conitec. Isso foi uma lei aprovada por esta Casa, que agora começa a se desdobrar para ser implementada de fato.

Aí, já para trazer, Ana - eu sei que não é a sua área, mas eu não posso deixar de falar -, que esse processo todo de criação dessa cadeira tem sido muito rápido, talvez perdendo oportunidades de conversar um pouco mais com as organizações que vão, eventualmente, ocupar essa cadeira, porque foi um processo que foi publicado na semana passada, como ele deve acontecer, já para uma reunião da Conitec prevista para esta semana. Então, do lado de cá, a gente ficou bastante apreensivo, tentando entender todos os detalhes, o que faz sentido e o que não faz, como vai ser possível essa participação social... Então, acho que também conversar com as organizações que eventualmente vão participar desses momentos vai ser bastante importante nesse processo, para entender o que faz sentido para a gente também, o que é a melhor, de fato, representação do paciente ou não, porque é isso o que a gente busca sempre, ao participar desse processo na Conitec.

Acho que também a gente sabe que existe uma dificuldade ali - olhando para as deliberações -, existem muitas dificuldades orçamentárias.

Acho que o orçamento vai ser sempre uma dificuldade grande em todas as áreas diferentes da saúde, mas isso acaba impactando a discussão técnica também. É algo que a gente vê acontecendo e que acaba gerando uma fragilidade no nível de confiança, na tomada de decisão desse processo. Então, que a gente possa também cada vez mais trabalhar para fortalecer tudo isso, para garantir que todo mundo entenda esse processo.

Acho que também existe um papel de letramento da sociedade em relação a essas discussões superimportantes. A gente está aqui buscando atuar também nisso, mas que a recíproca também seja verdadeira e que as duas partes possam trabalhar cada vez mais juntas e unidas, para que isso seja um processo redondo e que flua bem.

Acho que era isso o que eu tinha para comentar.

Sempre gosto de trazer esse eslaide.

Diante da suspeita, a gente precisa investigar e, diante do câncer, de um diagnóstico, a gente precisa tratar, controlar e confortar, e isso tudo só é possível se as pessoas tiverem acesso ao melhor cuidado em saúde, né?

Então, obrigada, Senadora, pelo espaço.

A SRA. PRESIDENTE (Dra. Eudócia. Bloco Parlamentar Vanguarda/PL - AL) - Dra. Helena Esteves, que explanação, assim, maravilhosa!

Como eu levantei essa bandeira, Carol, aqui no Senado, eu acompanho muito a Oncoguia, muito, e não sabia que teria a Dra. Helena Esteves, essa brilhante oradora e expositora, que veio somar muito aqui, com os conhecimentos da Subcomissão CASCANCER.

Agradeço muito a sua presença e por você ter aceitado o nosso convite.

E vamos juntos lutar - junto com o Ministério da Saúde, junto com a Conitec -, para que cada vez menos tenhamos essas muralhas, para que o paciente tenha um tratamento.

Como você colocou, às vezes é como se tivessem vários SUS no Brasil, não é? Então, para que a gente possa dar o mesmo tratamento da Região - vamos dizer - Norte, Nordeste, o mesmo que da Sul, Sudeste... Então, assim, que a gente possa dar um tratamento equitativo a todos os pacientes do SUS.

Parabéns mais uma vez, Dra. Helena.

E agora eu tenho a honra de convidar o Dr. Felipe Dias Carvalho, que é Diretor Regional, de Brasília, da Associação Brasileira da Indústria de Tecnologia para a Saúde (Abimed).

Quero lhe agradecer, Dr. Felipe, por você ter aceito o nosso convite e por você unir forças a nós, aqui do Senado, para que a gente possa avançar cada vez mais no diagnóstico, no tratamento, no cuidado dos pacientes oncológicos.

Você tem dez minutos para sua apresentação.

Muito obrigada.

O SR. FELIPE DIAS CARVALHO (Para expor.) - Obrigado, Senadora.

Em nome da Abimed, cumprimento a todos que nos assistem, aqui, presencialmente, ou de forma remota. Boa tarde.

Cumprimento os Senadores membros da Subcomissão CASCANCER.

Agradeço ao Vice-Presidente, Senador Dr. Hiran, o convite; à Senadora Dra. Eudócia, Presidente, a quem, na sua figura, cumprimento a todos os colegas aqui de mesa.

A Abimed (Associação Brasileira da Indústria de Tecnologia para Saúde) representa empresas, indústrias do segmento de equipamentos e dispositivos médicos.

Esse segmento, por muito tempo, ficou afastado, desconhecido de grande parcela da população, e, na pandemia, a gente teve, enfim, esse reconhecimento, quando a população começou a tomar conhecimento dos ventiladores, dos oxímetros, dos tomógrafos, enfim, todo esse aparato que circunda o nosso segmento, e esse reconhecimento social ficou mais pujante.

Nós exemplificamos que o setor vai do abaixador de língua ao robô usado para cirurgia, passando por uma miscelânea de produtos, para diagnóstico laboratorial, diagnóstico por imagem, todo aparato cirúrgico. Se pensarmos no hospital e retirarmos ali o que é infraestrutura pessoal e medicamentos, o que temos ali são dispositivos médicos.

Hoje são mais de 80 mil itens registrados na Anvisa. É um universo enorme. Isso, sem contarmos marcas, tamanhos, modelos. Então, são 80 mil itens, e muitos desses produtos são colocados a favor do tratamento, do cuidado oncológico.

Iniciando pelos produtos para o diagnóstico, seja para o diagnóstico laboratorial, para o diagnóstico por imagem, a Dra. Maria Del Pilar ressaltou a importância do diagnóstico precoce para o tratamento do câncer, para que a gente possa ter acesso a esses pacientes nos estágios iniciais, para que os tratamentos sejam mais efetivos. Então, *screening*, diagnóstico, prevenção secundária são fundamentais, para que a gente tenha um desfecho desejado e feliz para esses pacientes.

O nosso segmento hoje tem trabalhado muito forte com essa discussão de acesso. Antes a gente via sempre o setor farmacêutico fazendo essa discussão mais forte. Mesmo esse reconhecimento social em relação a importantes medicamentos... Falava-se em tratamento de câncer, logo a quimioterapia, os oncológicos, os antineoplásicos vinham à mente. Hoje, a gente já tem a discussão em torno da radioterapia bastante consolidada, principalmente no âmbito do SUS, com plano de expansão da radioterapia agora em uma segunda rodada, e a importância desse cuidado, também destacado pela Dra. Maria Del Pilar.

Nós temos, como eu disse, todo um aparato para a cirurgia oncológica, que, muitas vezes, é efetiva e necessária para complementar o tratamento farmacoterapêutico, e, de certa forma, esse cuidado cirúrgico fica negligenciado. Somente em

2024, em dezembro do ano passado, nós tivemos a incorporação da videocirurgia no SUS. Já está consolidada na saúde suplementar, na iniciativa privada, há muito tempo, essa indicação para o câncer. E a cirurgia robótica, agora em setembro, foi incorporada somente para câncer de próstata. Mas também sabemos do potencial dessa tecnologia para outros cânceres. Preocupa-nos muito a questão da Apac em relação a essas tecnologias que estão sendo incorporadas agora. Já há estudos inclusive de sociedades médicas especializadas em serviço de saúde que temem pelo valor que vai ser dado, se, de fato, o acesso vai ser efetivado.

Nós discutimos muito também essa questão do acesso. Muitas vezes, a Conitec incorpora, mas há uma desconexão entre as áreas fins do Ministério e o próprio Dgits, a Secretaria Executiva da Conite e as questões já tratadas aqui, como necessidades de PCDTs, pactuação tripartite, para que as tecnologias, de fato, sejam colocadas à disposição da população.

Quando a gente fala ainda em dispositivo médico - e já tratei aqui do diagnóstico, do tratamento em si -, nós temos os cuidados paliativos. Muitos dispositivos médicos são colocados à disposição da população para os cuidados paliativos. Então, é extremamente importante lançar esse olhar também no tratamento holístico desse paciente, olhar de forma sistêmica esse paciente e a reabilitação, que também é fundamental para o paciente oncológico. Nós temos, dentro das tecnologias do nosso segmento, muitas delas, que são colocadas à disposição dos profissionais e principalmente dos pacientes para esses cuidados.

Nós temos algumas peculiaridades no setor de equipamentos e dispositivos médicos em relação à avaliação de tecnologias em saúde. Então, muitas vezes, é difícil levar a cabo uma pesquisa, um ensaio clínico randomizado duplo-cego. Como você vai fazer o cegamento para fazer um estudo clínico de uma prótese? Então, nós temos algumas barreiras éticas, metodológicas, que não podem ser suplantadas. A gente precisa muito dos dados e evidências de mundo real para balizar a incorporação de tecnologias.

Esse é um tema que a gente vem trabalhando muito não só na Conitec, mas também na ANS, para que esse olhar diferenciado não só para que aqueles métodos usados por medicamentos sejam feitos para dispositivos médicos, mas que se crie todo um aparato e uma ciência em torno da ATS para dispositivos médicos.

A Conitec avançou bastante em relação a isso, principalmente quando da criação do Comitê de Equipamentos e Dispositivos Médicos. Nós temos hoje lá pessoas capacitadas nesse segmento, para fazer esse olhar, mas ainda precisamos avançar nessa discussão dos dados de mundo real.

As discussões sobre acordo de acesso gerenciado que vêm avançando também, tanto aqui no Congresso, mas mesmo por ações do próprio Executivo, também são muito bem-vindas para facilitar o acesso às nossas tecnologias.

Um exemplo é a própria cirurgia robótica que eu citei aqui. Nós já temos dados suficientes na saúde suplementar na iniciativa privada de que há efetividade para além do câncer de próstata, para tratamento de outros cânceres. Então, como é uma tecnologia cara, poderia ser pensado também esse acordo de acesso gerenciado.

Uma outra dificuldade que nós enfrentamos é a questão das compras. Grande parte das nossas compras são descentralizadas, diferente dos medicamentos oncológicos. Então, a gente tem esse outro parâmetro a ser tratado.

Enfim, do que eu trouxe aqui... Acho que era isso que eu tinha para trazer, Senadora, e fazendo o coro ao que a Dra. Pilar demonstrou ali, sobre as tecnologias que são necessárias - PET Scan, PET-CT - para fazer o diagnóstico correto desse paciente, fazer o segmento, fazer, como eu disse, todo o cuidado, não só para tratar, para atacar o câncer, mas pensar nesse paciente também que não vem a ser curado, que ele vai precisar de uma reabilitação, que ele vai precisar desse cuidado paliativo.

E fazer esse destaque também de que o setor de equipamentos e dispositivos médicos é fundamental para esse cuidado global do paciente, e pensar no acesso a essas tecnologias também é fundamental.

Obrigado.

A SRA. PRESIDENTE (Dra. Eudócia. Bloco Parlamentar Vanguarda/PL - AL) - Dr. Felipe Dias Carvalho, parabéns pela sua explanação. É muito importante para somar os nossos conhecimentos, em relação ao tratamento e até o diagnóstico, como você colocou, na área oncológica, uma vez que, cada vez mais, nós temos equipamentos modernos para dar o diagnóstico precoce do câncer; e também equipamentos muito importantes para tratamento, como é o caso da radioterapia; e o PET Scan e assim por diante, que é para fazer o *follow-up* desses pacientes e diminuir o risco de metástases, conseguindo fazer o diagnóstico precoce de câncer e, se for metastático, fazendo o devido *follow-up* desses pacientes.

O SR. FELIPE DIAS CARVALHO (*Fora do microfone.*) - Se me permite só um aparte, Senadora.

A SRA. PRESIDENTE (Dra. Eudócia. Bloco Parlamentar Vanguarda/PL - AL) - Pois não.

O SR. FELIPE DIAS CARVALHO - Nós temos um país de dimensões continentais, diversos Brasis. Então, nós temos vazios assistenciais dentro das grandes metrópoles também, aquela discussão que o Oncoguia trouxe aqui, "meu SUS é diferente do seu".

Nós temos grandes centros, como o Icesp, com todo aparato tecnológico, mas nem toda a população tem acesso a serviços como esse. Então, a gente precisa, sim, trabalhar para que essas tecnologias tão modernas sejam colocadas à disposição da população, pensando hoje também no avanço das tecnologias digitais que podem ser muito bem utilizadas.

A SRA. PRESIDENTE (Dra. Eudócia. Bloco Parlamentar Vanguarda/PL - AL) - Sim. Muito pertinentes as suas considerações, Dr. Felipe.

É isso que nós queremos, que todos tenham um tratamento igualitário, equitativo em todo o nosso país.

É sim, mas, se a gente não ousar e não nos reunirmos, unirmos forças, a gente nunca vai chegar ao nosso objetivo final.

E você falou também, Dr. Felipe, dos cuidados paliativos, porque a gente também tem que pensar nesses pacientes. E você colocou, de uma forma muito importante, cuidar desses pacientes que estão em cuidados paliativos. Agora, eu coloco o seguinte: nós temos que, cada vez, lutarmos para que esses pacientes não cheguem aos cuidados paliativos, para que a gente não tenha mais os pacientes em cuidado paliativos. É por isso que nós precisamos lutar, para que isso seja algo bem longe de nós e diminuam muito os registros desses casos.

O SR. FELIPE DIAS CARVALHO (*Fora do microfone.*) - Investir na ponta, no diagnóstico precoce...

A SRA. PRESIDENTE (Dra. Eudócia. Bloco Parlamentar Vanguarda/PL - AL) - Investir na ponta, no diagnóstico precoce -exatamente, Dr. Felipe -, para que a gente não tenha pacientes e cuidados paliativos, que, detalhe, são bastante onerosos. São bastante onerosos, porque esse paciente precisa de uma equipe multidisciplinar, precisa, às vezes, não necessariamente de UTI, porque estão em cuidados paliativos, porém, tem que ter uma ala do hospital para esse tipo de tratamento paliativo, quando a gente poderia estar cuidando dos pacientes em fase inicial do câncer, como você bem colocou. É por isso que estamos aqui, nessa união de forças para que a gente atinja esse objetivo comum. Então, vamos continuar lutando para que a gente avance.

Mais uma vez eu reforço: está aqui a Carol, minha amiga pessoal, uma estudiosa brilhante, que está fazendo a diferença na Conitec. Ela veio para fazer a diferença. Quero parabenizá-la, Carol, como eu chamo carinhosamente; Ana Carolina. E você, com esse seu sentimento humanitário de ser e de querer fazer a diferença - como você já mostrou para mim várias vezes, e eu me orgulho disso, Carol -, que você possa repassar cada detalhe desta reunião para a sua equipe da Conitec, porque eu sei que você não trabalha só, é uma equipe, não depende só de você, e também para o Ministério da Saúde como um todo, para que a gente possa minimizar esses desafios que a gente vem enfrentando.

Como a Dra. Helena Esteves colocou: às vezes já tem as diretrizes bem elaboradas pelo Ministério da Saúde, mas a gente não vê, de fato, acontecendo. É como se tivesse, assim, no papel, mas não chega lá na ponta, ao paciente. E o que a gente quer é que tudo o que está no SUS se transforme em real, se transforme em realidade, é isso que a gente quer. Então, se você puder transmitir tudo isso, vai nos ajudar bastante, viu, Carol? Você é uma pessoa maravilhosa e eu não paro de elogiá-la, porque isso é real.

Eu quero, mais uma vez, Dr. Felipe, parabenizá-lo pela sua explanação, pela sua ajuda aqui neste debate, pela sua contribuição. Tudo isso vai estar gravado.

Muitas pessoas estão... aqui nós somos poucos, mas nós estamos ao vivo pela TV Senado, pela Rádio Senado e por outras linhas de comunicação. Então, todos estão nos escutando neste momento e agora é a hora de a gente poder colocar para a sociedade, para as instituições dessa nossa luta e desse nosso empenho para que a coisa realmente aconteça de fato - e se torne realidade.

Então, mais uma vez, muito grata, Dr. Felipe.

E agora nós vamos ouvir a Dra. Gabriele Luise Neves Alves, que é Coordenadora de Pesquisa e Informação em Saúde da Federação Brasileira de Instituições Filantrópicas de Apoio à Saúde da Mama, a instituição Femama, que é muito renomada, muito famosa, inclusive. Conheço algumas pessoas da Femama, já conversei com outras tantas. Realmente, eles contribuem muito, vocês contribuem muito para esse processo, aqui no Senado, de nós trazermos... Eu digo nós porque ninguém trabalha só, eu não estou só; eu preciso de vocês para que a gente continue com essa bandeira levantada e a gente consiga a vitória, o sucesso total de que a gente precisa aqui no Senado, e em todo o Brasil. É isso que a gente quer. Então, Dra. Gabriele Luise Neves Alves, seja muito bem-vinda, obrigada por você ter aceitado o nosso convite. Você tem dez minutos para a sua exposição.

A SRA. GABRIELE LUISE NEVES ALVES (Para expor. *Por videoconferência.*) - Olá, boa tarde a todos, boa tarde à Presidente da CASCANCER, Senadora Dra. Eudócia, pelo espaço, pela rica troca desta tarde.

Eu queria agradecer também pelas falas anteriores, a Dra. Maria Del Pilar, Ana Carolina, Felipe Dias, Helena e os que ainda vão expor no dia de hoje, realmente está sendo uma tarde de trocas muito importantes.

A Femama é uma federação de pacientes que congrega mais de 70 instituições nas cinco regiões do país, em nome da saúde da mulher, principalmente com foco em oncologia e câncer de mama, mas também em outros tumores que atingem as mulheres. Ao longo dos anos, nós observamos que existem avanços e a participação da sociedade civil organizada é fundamental nesse sentido.

E, no espaço de hoje, eu gostaria de trazer a questão da medicina de precisão, em especial a inclusão da testagem genética, no SUS, com foco em painéis voltados a câncer de mama e ovário, para alterações, detecção de alterações nos genes BRCA1 e BRCA2.

Esse é um debate que vem sendo trabalhado já há algum tempo dentro da Femama, que é a preocupação na inclusão dos testes genéticos dentro do SUS, para que as mulheres tenham o mesmo acesso que as mulheres que têm acesso à saúde suplementar ou ao sistema de saúde privado têm hoje, que é uma avaliação mais personalizada que direciona não apenas a ações de prevenção, mas também à conduta clínica dos pacientes.

Então, hoje essa incorporação do painel BRCA1 e BRCA2 já está sendo avaliada pela Conitec. A Femama até se inscreveu no espaço agora da cadeira rotatória para participar da reunião da Conitec, que deve avaliar a incorporação dessa tecnologia no SUS.

E também, em paralelo, nós temos um projeto de lei que foi aprovado na Câmara, em outubro, agora deste ano, e agora segue no Senado, que fala, determina questões relacionadas à inclusão da testagem genética no âmbito do SUS para alterações nos genes BRCA1 e BRCA2. Esse é o Projeto de Lei 265, de 2020, e, neste momento, ele está aguardando deliberações do Senado para quais Comissões devem avaliá-lo, para que, então, esse projeto possa avançar na Casa.

Então, o nosso principal pedido hoje aqui, falando em nome da Femama e das instituições que estão sob o guarda-chuva da Femama hoje, é solicitar o apoio desta Casa, do Senado, para que essas deliberações relacionadas a quais Comissões devem analisar o referente projeto - o 265, de 2020 - possam seguir adiante para que a gente possa ver esse projeto de lei tão bonito, tão importante, seguir seu trâmite à frente.

Falando um pouquinho, então, sobre a testagem genética para esses genes especificamente, o BRCA1 e o BRCA2, eles são especialmente importantes para câncer de mama e câncer de ovário, mulheres com histórico familiar desses tumores e com câncer em idade muito jovem. Essa testagem é importante porque ela permite ações relacionadas, por exemplo, a cirurgias redutoras de risco, testagem de familiares, acompanhamento diferenciado de pessoas com alto risco e, também, um direcionamento clínico, um tratamento mais eficaz direcionado a pessoas que têm essas alterações detectadas.

É uma porcentagem pequena da população que possui alterações genéticas, cerca de 10% da população, e, em média, cerca de 60% dessas mutações são relacionadas aos genes BRCA1 e BRCA2. Já foram realizados estudos nacionais mesmo para comprovar o custo-efetividade da incorporação das tecnologias dentro do SUS e, a partir do momento em que a gente analisa os dados e as evidências científicas a respeito do assunto, a gente observa que também, na verdade, são alterações genéticas relacionadas não apenas à mama e ao ovário, mas também ao câncer de próstata e de pâncreas. Portanto, a gente vê com muito bons olhos o avanço e a inclusão dessa tecnologia para pacientes do SUS.

Tudo o que a Femama faz, ao longo dos últimos tempos, em relação a novas tecnologias é tentar buscar justamente essa equidade que foi tão falada, tão brilhantemente falada pela Presidente desta Comissão hoje, e o que nós queremos é justamente essa equidade em relação aos testes genéticos também, porque quem está na saúde privada ou suplementar já tem acesso.

Nós temos iniciativas já bem-sucedidas no Brasil, em especial no Estado de Goiás, que possui um convênio com a Universidade Federal de Goiás e já realiza testes genéticos para Painel BRCA1 e BRCA2 desde 2024. Então, eles já são mais avançados nessa questão em âmbito regional.

Mais recentemente, em outubro deste ano, o Estado de Minas Gerais também anunciou uma parceria com a Universidade Federal de Minas Gerais para a realização dos testes no estado. Eles têm, lá em Minas Gerais, uma estimativa de fazer até 2 mil testes por ano, e a gente espera que essas iniciativas tenham um impacto de longo prazo muito grande e muito bom na saúde das mulheres.

Os Estados do Amazonas, Rio de Janeiro, Distrito Federal e Rio Grande do Sul também possuem leis estaduais relacionadas à testagem, mas ainda em fase de regulamentação, mas a Femama entende que essas iniciativas precisam

de uma diretriz nacional, então a gente apoia, com grande entusiasmo, esse Projeto de Lei 265, de 2020, relacionado à testagem genética em âmbito nacional.

Então, gostaria de agradecer a oportunidade de trazer aqui esta causa e reforçar que a gente está aguardando agora - é nossa solicitação especial hoje - uma atenção para essa definição das condições do Senado, que vai avaliar o projeto de lei. E solicitamos o apoio dos Parlamentares para que sejam realizados os devidos encaminhamentos para essa questão.

Gostaria de aproveitar a oportunidade para falar também que temos as mesmas preocupações já trazidas pelas falas anteriores aqui em relação ao acesso a medicamentos já incorporados ao SUS. A gente também reconhece que existem avanços nessa área. O Supremo Tribunal Federal apresentou uma Plataforma Nacional de Saúde para tentar dar alguns encaminhamentos para essa questão do controle da judicialização no país; esse judicializar em que todas as instâncias foram esgotadas. Então, a gente entende que isso é um avanço.

E também quero só falar um pouco que agora, para 2026, a Femama vai trazer mais... Vamos fortalecer o debate relacionado à implementação do Código Latino-Americano e Caribenho contra o Câncer, que são medidas de prevenção do câncer validadas pela Opa e pela Organização Mundial da Saúde. Ali, entre as recomendações, existem tópicos relacionados, por exemplo, à vacinação do HPV e vacinação de hepatites B e C. Então, nem tudo, quando a gente fala em tecnologias, precisa ser superavançado. A gente precisa, muitas vezes, correr atrás do que a gente já tem para que isso seja disponibilizado para a população, ou seja, medicamentos já incorporados ao SUS, cobertura vacinal que ainda pode estar deficitária.

Eu gostaria de colocar aqui à disposição a rede da Femama e nossos esforços para apoiar iniciativas de desenvolvimento e avanço em todos esses tópicos.

Agradeço novamente o espaço de fala e gostaria de reforçar que, quando a gente fala em oncologia, a gente controla a incidência por meio de ações de prevenção, que é o que a gente pode controlar minimamente, e a gente controla a mortalidade com diagnóstico e tratamento adequados e em tempo oportuno. Então, toda essa nossa discussão, esse debate gira em torno dessas questões.

Queria parabenizar novamente esta iniciativa e nos colocar à disposição para debates posteriores dentro desses temas.

Muito obrigada e boa tarde a todos.

A SRA. PRESIDENTE (Dra. Eudócia. Bloco Parlamentar Vanguarda/PL - AL) - Dra. Gabriele Luise, parabéns pelo seu posicionamento diante desse tema, pela sua explanação. Contribuiu muito com esta reunião que estamos fazendo agora - é a 5ª Reunião da Cascancer.

Quero dizer a você, Dra. Gabriele, como é importante o sequenciamento genético! É de suma importância de uma forma geral, mas, para a mama, ele tem uma importância, vamos dizer assim, um pouco maior. Por quê? Porque nos casos de câncer geneticamente estudados as chances de cura da mulher são enormes, são algo sem precedentes. E o câncer de mama é um dos que mais mata, no caso, a mulher - homem também tem câncer de mama, mas é óbvio que a mulher é infinitamente mais acometida. Então, é de suma importância, e vamos avançar também nessa questão, nesse quesito.

Sobre o projeto de lei que está tramitando aqui na CAS, eu vou ver com a minha assessoria esse projeto de lei, número e tudo mais, para que eu possa dar celeridade a esse projeto de lei. Pode ter certeza de que ele vai andar de uma forma mais célere, está bom, Dra. Gabriele?

Muito grata pela sua participação e, mais uma vez, como eu sempre digo, você pode ser convidada novamente. Espero que você tenha esse tempo para nós, porque, realmente, a coisa está avançando muito rápido, e a gente quer celeridade cada vez mais nesse quesito.

Um grande abraço. Mande o meu abraço para todas as que fazem parte da Femama. Quero dizer que eu superapoiou o trabalho de vocês, que é gigantesco e muito importante para o nosso país.

Um grande abraço, Dra. Gabriele.

Agora eu tenho o prazer de chamar a Dra. Iriana Custódia Koch, que é Vice-Diretora Administrativa da ONG Amor e União Contra o Câncer, Amucc, e quero dizer a você, Dra. Iriana, que é um motivo de muita honra poder tê-la aqui conosco. Grata também por ter aceitado o nosso convite.

Você tem dez minutos para a exposição.

A SRA. IRIANA CUSTÓDIA KOCH (Para expor.) - Obrigada, Senadora Eudócia.

Quero agradecer a oportunidade de estar aqui, agradecer a todos os Senadores. Quero fazer um agradecimento especial também à Senadora Zenaide, que foi a que me indicou para participar e quem também nos auxiliou imprimindo essa cartilha dos direitos dos pacientes, que é o que eu quero conversar um pouco com vocês hoje, sobre a importância do

acesso à informação. Porque, é lógico, a gente precisa ter acesso aos medicamentos, às vacinas, mas, se a gente não souber que a gente tem esse direito ao acesso, de nada vale... Não de nada, mas são coisas que caminham juntas. Então, quero agradecer a oportunidade de estar aqui, conversando com vocês.

Como é que eu passo aqui?

Meu nome é Iriana. Eu sou Vice-Diretora de uma ONG. Também sou Conselheira da Femama, participo da Oncoguia, conheço bastante o trabalho delas. Por tudo que eu sei hoje, agradeço à Femama, à Oncoguia, que foram nos instruindo.

Nós somos uma ONG que funciona desde 2000, ou seja, nós estamos há 25 anos lá em Florianópolis, Santa Catarina. Essa ONG iniciou justamente com pacientes que sentiam a necessidade e se sentiam perdidos diante do diagnóstico, que o diagnóstico impacta não só a pessoa, mas toda a família. São muitas dúvidas que surgem.

Eu sou filha de uma pessoa que teve câncer. Meu pai teve três tipos de câncer. Durante 18 anos a nossa família conviveu com os impactos dessa doença, e nós vimos assim a importância das ONGs.

É muito importante dar esse espaço, porque, através dessas associações, as pessoas, independentemente de serem do setor privado ou do público, têm um atendimento, um acolhimento, e isso também dá uma sobrevida, dá uma qualidade de vida para que elas vivam. Meu pai viveu durante 18 anos. Agora faz um ano que ele faleceu, exatamente agora, dia 30 de novembro, que também era aniversário dele, seria o aniversário de 75 anos, então, nasceu e morreu no mesmo dia.

E o que eu aprendi nessa jornada é que é muito importante este debate, trazer novas tecnologias. Ele pode ir galgando - à medida que o câncer foi avançando também as tecnologias foram avançando, a medicina foi avançando -, e ele viveu bem porque existe muita vida pós-diagnóstico. As pessoas pensam que o diagnóstico é uma sentença de morte e, hoje, a gente vê que não, que existe muita vida, que você pode ter qualidade de vida, pode viver bem, pode viver com dignidade e seguir uma vida, inclusive há pessoas que agradecem o câncer porque, a partir dali, elas têm a ideia da finitude e passam a viver melhor.

Então, é um paradigma e, por isso, é muito importante este debate e dar oportunidade para as pessoas terem acesso aos tratamentos.

É claro que a prevenção é muito importante, o diagnóstico precoce, mas também a jornada do paciente, dar esse acesso para que ele tenha uma jornada digna, de qualidade de vida, e que ele possa viver... o tempo que for para ele viver, que ele viva com muita dignidade, com o apoio também das organizações civis e do Ministério da Saúde.

Também quero dizer aqui que a Amucc é uma associação que defende o SUS. Nós temos orgulho de participar, no Brasil, de um sistema único, abrangente, que atende a maioria da população. No entanto, o que nós vemos lá na nossa associação é, como atendemos pessoas tanto do SUS como do privado, é a diferença de atendimento entre as pessoas que estão no SUS e as que estão no privado.

Aqui eu trouxe algumas atividades que a gente faz. Nós desenvolvemos o esporte, atendemos os pacientes, participamos de congressos, participamos de cursos de *advocacy*, participamos - aqui, deixa-me passar - de reuniões no Ministério da Saúde tratando sobre vacina, sobre os avanços e participamos também de congressos internacionais. Este ano a gente participou na ONU, também tratando sobre a nossa cartilha; os direitos dos pacientes.

Essa cartilha já está na quinta edição, que, este ano, foi impressa pelo Senado, porém, desde 2012, ela tem trazido informações para os pacientes, tem ajudado nesse acesso. A Amucc também atuou na lei dos 30 dias, para que fosse implementada aqui no Brasil, e na lei dos 60 dias - 30 dias para o diagnóstico e 60 dias para o tratamento -, mas, infelizmente, o que nós vemos é que, ainda, a realidade está longe de ser concluída, a de a pessoa ter o direito. Eu quero passar direto aqui...

Para não perder o meu foco, eu quero trazer uma realidade da diferença que a gente vê no atendimento, a desigualdade entre o atendimento no SUS e no privado.

Eu trouxe um exemplo, que é hipotético. Deixe-me pegar aqui onde...

Eu estou passando porque eu tinha preparado para mais tempo, mas eu gostaria de apresentar para vocês a realidade de uma paciente que foi tratada - que descobriu o diagnóstico - no privado e pelo SUS.

Então, pelo privado, ela vai fazer a mamografia em três dias; a biópsia: em 15 dias ela tem a biópsia; ela pode descobrir um HER2 e ela vai fazer o teste genético para fazer a terapia alvo; vai se tratar, vai poder fazer uma radioterapia linear, vai... Ou seja: ela vai ter um tratamento muito mais rápido do que uma pessoa que está fazendo pelo SUS, no qual ela pode levar em torno de 45 dias para fazer a mamografia diagnóstica, ou mais; a biópsia pode levar mais de seis meses; ela não vai ter acesso aos testes genéticos, então ela vai, muitas vezes, ter que fazer vários tipos de tratamento até chegar ao tratamento que realmente vai ser eficaz para ela.

Então, como a Senadora também comentou, além de ser caro esse diagnóstico tardio - porque a pessoa já vai ter mais internação, ela também vai passar por mais tipos de medicamentos... À medida que o câncer está mais avançado, os medicamentos também são mais caros.

Então, os testes genéticos, na verdade, seriam uma economia. A gente teria que ver como uma economia e não como um gasto.

(Soa a campainha.)

A SRA. IRIANA CUSTÓDIA KOCH - Também eu trouxe aqui um exemplo muito rápido sobre o câncer de próstata. A radioterapia. No câncer de próstata, para os homens, no SUS, muitas vezes eles precisam fazer o dobro de intervenções. Essas intervenções também são mais longas - em torno de 25 minutos, enquanto em aparelhos mais avançados giram em torno de dez minutos, então pode-se atender mais pessoas -, e ocorre a demora para essas pessoas terem acesso à radioterapia.

Era mais ou menos isso o que eu gostaria de trazer para vocês: a visão do paciente, essas diferenças sociais, que eu acredito que têm muito a ver com a justiça social; nós da Amucc acreditamos.

Então, gostaria de agradecer pela oportunidade. Quero deixar a minha apresentação à disposição de vocês, caso queiram se aprofundar no que a gente tem estudado lá na ONG e no que a gente tem apresentado também tanto aqui no Congresso como na Alesc. Lá na Câmara de Vereadores a gente trabalha em rede com a Femama e também no nosso estado de Santa Catarina.

Gostaria de dizer, também, que quem tem câncer tem pressa, porque o câncer não espera.

Então, precisamos agir.

Muito obrigada a todos.

Mais uma vez, obrigada pela oportunidade.

A SRA. PRESIDENTE (Dra. Eudócia. Bloco Parlamentar Vanguarda/PL - AL) - Parabéns Dra. Iriana Custódia.

Nossa, como é bom saber que você também tem ligação com a Oncoguia, com a Femama, e que faz parte, é Coordenadora - Vice-Diretora, perdoe-me - da Amucc.

Para mim, como mulher, é motivo de orgulho saber que você consegue administrar todas essas frentes, e todas em prol de um objetivo único, que é o diagnóstico precoce, porque, se conseguirmos diagnosticar esses pacientes na fase precoce do câncer... E aí vêm as informações, não só as informações jurídicas, do que eles têm direito, mas sobre a importância de se fazer o rastreio oncológico, de buscar o médico do SUS, ou o médico pessoal, como o paciente achar melhor, mas que não deixem de fazer os seus exames anuais, o que é muito importante, especialmente, e principalmente, acima de 40 anos de idade. A gente vê, cada vez mais, diagnósticos em idade precoce, essa é a realidade.

Por exemplo, os jovens...

Por exemplo, câncer colorretal era para paciente velho e, hoje, a gente está vendo em jovens, cada vez mais. Por quê? A questão da alimentação. Muitos alimentos embutidos e outros alimentos que levam a câncer de colo, como esses ultraprocessados, esses alimentos com muita gordura saturada, e por aí vai. Muito carboidrato, enfim.

Por isso a importância da informação em todas as áreas. Nós temos, cada vez mais, que colocar o Outubro Rosa, o Novembro Azul, e aí por diante. A gente tem que enfatizar a importância da informação, porque informação é - como eu posso dizer? - um passo... São dez passos na frente para o paciente que tem informação.

Então, a gente tem que levar isso para os nossos pacientes e colocar isso para o SUS.

A SRA. IRIANA CUSTÓDIA KOCH - A cartilha...

A SRA. PRESIDENTE (Dra. Eudócia. Bloco Parlamentar Vanguarda/PL - AL) - Olha aqui, Cartilha Amucc. Direitos do Portador de Câncer. Está vendo, pessoal?

A SRA. IRIANA CUSTÓDIA KOCH - Está à disposição.

A SRA. PRESIDENTE (Dra. Eudócia. Bloco Parlamentar Vanguarda/PL - AL) - Vamos dar uma a Carolzinha, para ela levar e ler.

Deixe-me colocar assim para o...

A SRA. IRIANA CUSTÓDIA KOCH - E nós temos... Essa cartilha também está *online*, no *site* da Femama - pode ser baixada no *site* da Femama - e no *site* da Amucc, que é amucc.org.br.

A SRA. PRESIDENTE (Dra. Eudócia. Bloco Parlamentar Vanguarda/PL - AL) - Que maravilha!

Mas eu sou do tempo do papel.

A SRA. IRIANA CUSTÓDIA KOCH - Eu sou também. Eu gosto...

A SRA. PRESIDENTE (Dra. Eudócia. Bloco Parlamentar Vanguarda/PL - AL) - Eu amo o cheirinho de livro, né?

A SRA. IRIANA CUSTÓDIA KOCH - É bom...

A SRA. PRESIDENTE (Dra. Eudócia. Bloco Parlamentar Vanguarda/PL - AL) - Para que a gente possa palpar e possa examinar, enfim, mas é importante saber que tem digital.

A SRA. IRIANA CUSTÓDIA KOCH - E é uma dinâmica bem escrita, assim, para que o paciente leia, tem...

A SRA. PRESIDENTE (Dra. Eudócia. Bloco Parlamentar Vanguarda/PL - AL) - Interativo.

A SRA. IRIANA CUSTÓDIA KOCH - ... *design*, bem interativo.

A SRA. PRESIDENTE (Dra. Eudócia. Bloco Parlamentar Vanguarda/PL - AL) - Que maravilha. Então, eu queria colocar isso, Iriana... E, também, pegando o gancho da sua fala, da sua exposição, dizer que, quanto mais a gente tiver, nós tivermos o diagnóstico precoce dos nossos pacientes, mais diminuí o valor orçamentário que o SUS paga pelos pacientes na fase grave da doença, porque vem UTI, vem...

A SRA. IRIANA CUSTÓDIA KOCH - Por isso que é importante, também, o próprio SUS, trabalhar a prevenção.

A SRA. PRESIDENTE (Dra. Eudócia. Bloco Parlamentar Vanguarda/PL - AL) - Sim, muito importante.

A SRA. IRIANA CUSTÓDIA KOCH - Atividade física, alimentação, os alimentos orgânicos.

A SRA. PRESIDENTE (Dra. Eudócia. Bloco Parlamentar Vanguarda/PL - AL) - Sim.

A SRA. IRIANA CUSTÓDIA KOCH - Isso também envolve agricultura familiar, então envolve todo um sistema...

A SRA. PRESIDENTE (Dra. Eudócia. Bloco Parlamentar Vanguarda/PL - AL) - Sim...

A SRA. IRIANA CUSTÓDIA KOCH - ... que é importante ser cuidado, porque, lá na frente, vai evitar o câncer...

A SRA. PRESIDENTE (Dra. Eudócia. Bloco Parlamentar Vanguarda/PL - AL) - Sim...

A SRA. IRIANA CUSTÓDIA KOCH - ... vai salvar mais vidas e vai diminuir o custo...

A SRA. PRESIDENTE (Dra. Eudócia. Bloco Parlamentar Vanguarda/PL - AL) - Exatamente.

A SRA. IRIANA CUSTÓDIA KOCH - ... para o nosso Estado, que está cada vez mais alto.

A SRA. PRESIDENTE (Dra. Eudócia. Bloco Parlamentar Vanguarda/PL - AL) - Maior.

Eu quero parabenizar pela sua intervenção e suas considerações, é exatamente isso.

E também colocar o seguinte, só mais um ponto, baseado no que você colocou, Iriana: quanto mais nós temos judicialização, quanto mais nós tivermos judicialização, o tempo para o paciente receber a medicação é maior, e também são maiores os custos; porque o medicamento, quando é judicializado, se torna duas, três vezes mais caro do que se o paciente tiver acesso mais precocemente e de uma forma natural, através do nosso SUS, colocando aquelas medicações e podendo chegar lá na ponta para os nossos pacientes. Então, é sobre isso.

Gente, é trabalhar as informações, e, nessas informações, alimentação, exercício físico, ter o seu bem-estar, porque isso é muito importante, obviamente; e tratarmos do nosso paciente dando informações precisas em relação à importância do rastreio, dos exames que têm que ser feitos rotineiramente, anualmente. Cada caso é um caso, cada paciente vai ser orientado de acordo com a história pregressa em relação ao câncer.

E também há a importância de, em paralelo com a Conitec, com a Anvisa, com o Ministério da Saúde, a gente poder ter esse acesso dos nossos pacientes ao diagnóstico precoce, como você colocou. Em média, para conseguir a mamografia, leva, em média, 45 dias, eu acho que foi isso que você colocou, né? Então, é a gente trabalhar isso com o SUS, com o Ministério da Saúde, para que os nossos pacientes tenham acesso ao diagnóstico precoce.

E, uma vez diagnosticado, que tenha acesso às medicações que ele precisa para tratar o seu câncer. Com isso, a gente aumenta a taxa de sobrevivência e, conseqüentemente, diminui os custos.

O seu pai teve 18 anos de oportunidade de viver, tendo diagnóstico de três cânceres.

A SRA. IRIANA CUSTÓDIA KOCH - Três cânceres primários, todos diagnosticados precocemente.

A SRA. PRESIDENTE (Dra. Eudócia. Bloco Parlamentar Vanguarda/PL - AL) - Precocemente. Glórias a Deus por isso.

A SRA. IRIANA CUSTÓDIA KOCH - Glória a Deus.

A SRA. PRESIDENTE (Dra. Eudócia. Bloco Parlamentar Vanguarda/PL - AL) - Então, porque, com certeza, ele teve um...

A SRA. IRIANA CUSTÓDIA KOCH - Acesso.

A SRA. PRESIDENTE (Dra. Eudócia. Bloco Parlamentar Vanguarda/PL - AL) - ... acesso fácil a tudo isso.

E aí é que eu coloco: o que eu quero - o que todos nós queremos, na verdade - é que os nossos pacientes do SUS tenham o mesmo acesso que os pacientes têm na rede privada e suplementar. Que seja um tratamento equitativo, porque ninguém é melhor do que ninguém. Uma vida vale muito - vale muito! É sobre isso, é sobre vidas. E é por isso que nós estamos aqui.

Quero mais uma vez te parabenizar, Iriana, e te agradecer por você ter aceitado o nosso convite, tá? Muito grata.

E agora eu tenho o prazer de convidar a Dra. Helaine Capucho - não sei se eu pronunciei corretamente -, que é Diretora de Acesso ao Mercado da Associação da Indústria Farmacêutica de Pesquisa (Interfarma).

Quero te agradecer pela presença e dizer, Helaine, que vai ser muito pertinente a sua palestra e que você tem 10 minutos para palestrar, tá bom?

Muito grata.

A SRA. HELAINE CAPUCHO (Para expor.) - Agradeço, Senadora Dra. Eudócia, não só pelo convite de estar aqui e pela aprovação do nosso requerimento, mas também pela oportunidade de ver de perto o seu protagonismo nessa discussão.

A CASCANCER é fundamental. A gente está falando de uma doença que vai ocupar o primeiro lugar como causa de mortes no mundo, e o que se estima é que o Brasil vai alcançar essa meta - que não é uma meta boa - antes até do que a média mundial.

Então, de fato, nós precisamos trabalhar com afinco esse tema, esse debate. Nós estamos justamente falando disso, né? No câncer, em especial, a gente fala de tempo, fala de vida - o Dr. Roger vai falar sobre isso.

Eu quero então, em nome da Interfarma, agradecer por essa oportunidade, parabenizá-la por essa condução e liderança aqui na CASCANCER e cumprimentar a todos que nos escutam e que estão aqui, presencialmente, aos colegas de mesa e também a quem está virtualmente.

Eu separei essa nossa discussão aqui em três pontos, para falar da incorporação como um todo. Eu estou aqui representando a Interfarma, que, como associação da indústria de pesquisa, se dedica diuturnamente a realizar pesquisa e desenvolvimento de produtos inovadores que vão mudar o curso das doenças no Brasil e no mundo. Nós somos, então, representamos 42 empresas farmacêuticas, então são 42 empresas que dedicam esforços ao nosso país, Senadora.

Então, eu dividi em três pontos, e o primeiro ponto é falar sobre o estímulo à inovação, e a senhora coloca isso aqui como muito imprescindível. Então, quando PL 126 vem com toda essa força de estímulo a trazer mesmo investimentos para o país, eu coloco o quanto isso é importante, independentemente da origem de capital. Nós somos empresas multinacionais, mas que estão instaladas nesse país, dedicando pesquisas aqui dentro do país que depois vão acabar impactando no próximo passo, que é o passo da ATS - como eu estou falando, eu dividi em três partes a incorporação.

Quando nós trazemos - e isso eu sei que vai ser tema da audiência que vai tratar sobre pesquisa, sobre registro, mas é importante dizer -, pesquisa clínica para o país, e nossas indústrias são as que desenvolvem a maior parte das pesquisas do mundo e as trazem para o Brasil - a estimativa é que a gente traga 700 mil pacientes em pesquisa clínica para o país -, nós também trazemos dados brasileiros, que vão amparar a tomada de decisão na ATS.

Então, é muito importante que todo esse estímulo à inovação aconteça por meio não só da aprovação da lei da pesquisa clínica, mas também de projetos de lei que olhem justamente para esse ambiente que não pode parar. Então, a inovação vem para colaborar com o processo de cura desses pacientes.

A gente vem evoluindo ao longo do tempo. Acabaram de sair os dados do IBGE de que nós tivemos uma ampliação da nossa expectativa de vida, e olhe que ótimo, o brasileiro está vivendo mais, e está vivendo mais por casos como o da Dra. Eliana, que traz a experiência. E por quê? Porque nós trazemos inovação para colaborar com esse processo, desde a vacina até o tratamento paliativo.

É muito importante que, num projeto de lei, como o 126, nós tenhamos esses esforços justamente de trazer e olhar para o país como um todo. É importante dizer que, a cada inovação que é trazida aqui para o país, Senadora, nós temos 3,14 cópias.

Então, nós também movimentamos o mercado nacional de indústrias nacionais para genéricos, similares e biossimilares, que vão ampliando o acesso no país como um todo.

Então, todo esse processo, um trabalho conjunto... E já existem políticas de parceria de desenvolvimento produtivo com laboratórios nacionais, laboratórios oficiais, para tratamentos como o câncer de mama, como o trastuzumabe. Então, existem parcerias que são realizadas pelas nossas indústrias também com essa preocupação de trazer o que há de mais inovador para auxiliar a população brasileira.

Esta primeira etapa é muito importante: o estímulo à inovação no nosso país. Isso não pode parar. Muitas vezes, por outros problemas que vêm nas etapas seguintes, de que eu vou falar, a gente está falando que o problema no país é a inovação. Não, quem é que quer deixar de receber um tratamento inovador que possa trazer a cura para o seu paciente?

Essa não é a ideia da população, a gente já sabe por pesquisas realizadas. O que nós temos que fazer é trabalhar como aqui, num ambiente conjunto, num diálogo, como nós discutimos mais cedo lá na Câmara, quando nós falamos sobre judicialização de saúde. Então, o dado que a Helena trouxe aqui, nós abrimos o nosso painel, nós trabalhamos num BI e verificamos o seguinte: que 30% do volume de pedidos é de medicamentos para câncer, e que, destes, 50% aguardam PCDT. Então, tem o sim da Conitec. E a indústria não promove isso e não gostaria. Nós queremos mais evidências científicas, sim, queremos uma Conitec forte, uma Anvisa forte, é isso que a indústria quer, essas são as vias, aprovadas em projetos de lei. Aliás, foi isso, trabalhei com a Ana Carolina na criação da Conitec, então, eu vim para Brasília para isso, e a gente quer fortalecer, sim.

Eu fui por 20 anos, Senadora, funcionária pública, servidora pública da saúde. Então, a senhora, como médica e como gestora pública da ponta, lá no município, sabe o que é uma pessoa com falta de acesso. É por isso que é tão importante a gente falar e olhar com todos os atores.

Uma vez incentivada a inovação, vem uma segunda etapa, que é a ATS (Avaliação de Tecnologias em Saúde). Essa etapa é fundamental, porque ela traz as evidências científicas para a tomada de decisão, mas a ATS é uma ferramenta de gestão. A Conitec vem fazendo seu papel muito primorosamente, mas ela não detém o orçamento. Então, acontece o que a Helena colocou: às vezes, para dizer "não"... O que acontece muito frequentemente? A tecnologia tem evidências, mas eu não vou dar porque eu não tenho dinheiro. Só que não é ali o escopo. Então, a gente recebe e fala para a população que o produto é bom, mas não vou incorporar. Por quê? O orçamento não está na mão da Conitec, e nem deve estar, porque é um órgão assessor do Ministério da Saúde. Quem toma a decisão é o Ministério da Saúde. Então, nessa etapa, embora a Portaria 8.817 coloque sobre o orçamento, ela vai requisitar informações sobre o orçamento, mas continua não detendo o orçamento - e não é para deter mesmo. É por isso que tem que ter uma integração no próximo passo.

E aí vem o próximo passo, que é onde está o gargalo do acesso no país. Esse terceiro e último passo eu vou chamar de acesso, de disponibilização da tecnologia. E aqui eu vou fazer o gancho para a apresentação do Dr. Roger, porque é aí, Senadora, que está o grande gargalo. Então, nós fizemos um estudo, o estudo de tempos da Conitec, e a gente vê que o gargalo está aí. A gente tem o "sim" da Conitec, mas, na hora de efetivar... E foi essa discussão que embasou a política nacional de oncologia - e eu tive o prazer de estar aqui, nesta Casa e também na Câmara dos Deputados, discutindo, ainda como técnica -, todo esse gargalo que é a entrega do medicamento de fato ao paciente. Então, eu tenho o "sim", e aí eu começo a buscar por esse acesso.

Quando o paciente está com câncer, ele só tem que olhar para ele e para organizar a família dele - e isso já é muito difícil -, mas não; ele está preocupado porque, a cada dia que passa, o câncer dele avança. E isso impacta, por exemplo, no monitoramento da incorporação, que é o que a senhora colocou.

Voltemos ao passo anterior: a ATS. A gente não considera o custo de não tratar. E a gente está aqui focado não só no sistema público, mas a gente vê uma discussão ampla, tanto na saúde suplementar quanto no sistema público, de que a tecnologia é cara. O foco é só no medicamento, mas não há uma discussão... Aí, por exemplo, eu vou preferir esperar chegar à metástase? É isso? É isso que vem sendo discutido para diminuir o impacto orçamentário...

(Soa a campanha.)

A SRA. HELAINE CAPUCHO - ... mas ninguém discute o quanto custa não tratar, o quanto custa deixar esse paciente avançar para a metástase.

Então, isso é uma discussão que tem sido feita porque está apartada das políticas públicas. Nós não temos um direcionamento, discussão de políticas públicas, e por isso é tão importante esta Comissão aqui. Porque o que acontece? Quando eu vou lá fazer a avaliação de tecnologias, ela se fixa a uma linha de tratamento. E, aí, as pessoas falam: "Não, mas esse impacto é muito grande. Agora, na linha um de tratamento, não vai valer a pena". Mas não vale a pena de acordo com o quê? A gente não olha o quanto custa o paciente em metástase na frente; o quanto ele vai avançar ainda no sistema de saúde, dependendo de várias outras coisas, porque, com o avanço da doença, vêm outras coisas. Quanto custa a

previdência? Quanto custa um paciente desses sair e acabar não se curando ou ficando sem condições de trabalhar? Custa ao país também. Então, isso é muito importante que a gente discuta.

(Soa a campainha.)

A SRA. HELAINE CAPUCHO - E, para finalizar a minha fala, é nesse sentido de olhar para todo esse processo de acesso, de fato, à população que a gente precisa ouvir todas as partes, Senadora. Então, é muito importante estar aqui com a senhora.

A gente coloca a Interfarma à disposição, com todos os estudos que temos, com toda a disponibilidade, todas as nossas indústrias, porque nós estamos aqui, sim, para desenvolver o país. Somos um setor da economia muito importante e que traz também a reboque todo o desenvolvimento da indústria nacional quando nós trazemos a inovação para o país.

Muito obrigada, mais uma vez, pela oportunidade.

A SRA. PRESIDENTE (Dra. Eudócia. Bloco Parlamentar Vanguarda/PL - AL) - Dra. Helaine Capucho, você foi esplêndida na sua fala. Cada um fala melhor do... Meu Deus, eu preciso aprender mais com vocês, viu? Preciso aprender mais com vocês.

Mas, Dra. Helaine Capucho, é isso que você falou. Eu até vou colocar assim, Carol: a Conitec se debruça de uma forma até célere diante do cenário para incorporar medicamento; mas aí já não depende mais da Conitec. Aí já é o Executivo. E aí, a gente vê que, como você colocou, a Conitec faz o seu papel, mas aí, para chegar até o paciente, aí já não depende da Conitec, depende do Poder Executivo.

Então, que a gente possa unir forças cada vez mais para que os pacientes possam ter diagnóstico precoce, tratamento precoce, tudo precoce, porque o câncer, o tratamento dele é tempo dependente. É tempo dependente.

E a gente não pode, como você falou também, a gente não pode dizer, não temos... A gente sabe que o gasto é enorme, mas a gente não pode dizer, não tem orçamento para esse tipo de caso, porque uma vida não tem preço. Vale muito, não é?

Então, por isso, mais uma vez, que a gente tem que trabalhar em cima do diagnóstico precoce e do tratamento precoce, porque quando o paciente entra na forma metastática, gasta-se o triplo, o quádruplo ou o cêntuplo, sabe-se lá, não é?

Então realmente foram várias considerações muito importantes que você colocou, Dra. Helaine, e o papel brilhante da Interfarma. Quero lhe agradecer e, na sua pessoa, agradecer a todos que fazem parte da Interfarma. E dizer que vamos precisar mais de vocês aqui conosco, para avançarmos cada vez mais.

Muito grata.

E agora eu passo a palavra para o Dr. Roger Miyake, que é pediatra igual a mim, e eu tenho enorme prazer de tê-lo aqui à mesa e de participar efetivamente da subcomissão CASCANCER. O Dr. Roger é Diretor da Bristol Myers Squibb Brasil, e tive a oportunidade de estar com ele por duas vezes. Ainda há pouco, nós estávamos reunidos. E o trabalho de vocês, em termos de medicamento, pesquisa também, enfim, mas especialmente de medicamentos é importantíssimo.

E depois que as pesquisas da vacina, especialmente de RNA mensageiro, alcançarem êxito em todos os aspectos da pesquisa, e ela for oficialmente colocada com segurança, com eficácia, todos aqueles parâmetros que a pesquisa tem que ter, eu tenho certeza de que um dos pioneiros para produzir essa pesquisa será a Bristol. Não quero desmerecer as outras, mas a Bristol realmente faz um trabalho brilhante no nosso país. Tanto a Bristol, como todas as outras que fazem parte dessa rede de produção de medicamentos no nosso Brasil, porque realmente nós inclusive já temos vacinas, não só terapêuticas.

Eu estive no Reino Unido tem mais ou menos um mês e meio. Estive na Rússia e no Reino Unido em missão oficial e, no Reino Unido, a equipe de Oxford já está... Tem o Dr. Leonard Dilly, que é um colega, um estudioso, que está a anos-luz de nós. Ele colocou o seguinte: que eles já estão estudando a vacina para evitar de os pacientes terem câncer. Aí eu perguntei a ele na ocasião da reunião: "Eu posso dizer que vocês já estão estudando vacinas imunopreveníveis? E no caso do câncer"? Ele disse: "Pode, porque realmente são vacinas que irão prevenir o câncer". E eu saí, assim, deslumbrada com aquela colocação.

Mas é isso.

Dr. Roger, você tem dez minutinhos e eu estou falando isso com toda a ênfase, porque eu teria uma reunião às 16 horas com a Sociedade Brasileira de Pediatria. O pessoal já está me esperando no gabinete e, se você puder cumprir esse horário, eu te agradeço.

O SR. ROGER MIYAKE (Para expor.) - Certamente, Senadora.

Primeiro, eu queria saudar os Senadores, as Senadoras, todas as autoridades, em especial, a senhora, Senadora Dra. Eudócia, a quem eu agradeço o gentil convite de estar aqui hoje na CAS, reconhecer seu trabalho, não apenas do ponto de vista legislativo aqui nesta Casa, mas sobretudo aqui na CASCANCER, que é um trabalho extraordinário.

Também, através da senhora, queria saudar todos os membros desta mesa que já me antecederam. Tenho uma grande responsabilidade. A senhora elogiou todos e espero que eu não frustre a senhora também.

Quero saudar todos os participantes que estejam aqui presencialmente ou remotamente também.

Bom, meu nome é Roger, como a senhora falou. Eu sou médico pediatra de formação. Trabalho na Bristol Myers Squibb como Diretor de Acesso ao Mercado e Relações Governamentais. A Bristol é uma empresa norte-americana, pioneira no tratamento de vários medicamentos, sobretudo no tratamento do câncer. A Dra. Maria Del Pilar já citou, a senhora já citou, o nivolumabe é um desses exemplos, de medicamentos que estão transformando a vida dos pacientes através do imunoterapia de pacientes com câncer.

A nossa missão, Dra. Eudócia, é pesquisar, desenvolver, disponibilizar medicamentos que ajudem pacientes a superarem suas doenças graves, incluindo pacientes com câncer e, nesse verbo disponibilizar existe uma jornada do medicamento. O medicamento nasce e demora para encontrar o paciente público. E eu vou mostrar, através dos dados da Interfarma, quanto tempo esse encontro demora.

Eu também não vou utilizar esse tempo valioso do CASCANCER para fazer uma defesa de interesse próprio.

Então, eu não vou usar o medicamento da Bristol como exemplo, muito embora o medicamento esteja dentro dessa estatística, e vou usar dados da Interfarma. Não sou porta-voz da Interfarma, mas tive aí o gentil oferecimento da Helaine para poder compartilhar dados da Interfarma, mostrando quanto tempo demora para o medicamento encontrar o paciente, porque, como a senhora falou, tempo é vida.

Então, basicamente, essa é a jornada do medicamento até que ele encontre um paciente público. Ele nasce na Anvisa, na parte regulatória, passa a uma precificação. Depois, ele passa pelo processo de incorporação, de protocolização desse tratamento e, depois, ao acesso, como a própria Helaine já citou.

Lembrando que na Anvisa esse tempo demora algo em torno de 24 meses. Então, desde a submissão até a aprovação, esse tempo é de, aproximadamente, 24 meses. Depois de aprovado o medicamento, ele passa por um processo de precificação, que demora aí em torno de cinco, seis meses. Em algumas situações, há um lapso de até um ano entre a aprovação regulatória e a sua precificação.

Depois de precificado, esse medicamento tem que passar, como já foi citado aqui pela Ana Carolina - a quem já vou chamar de Carol -, por um processo de avaliação de tecnologia. É preciso reconhecer que ela apresentou que esse tempo é de 180 mais 90 dias e, de fato, esse é o período que, de maneira geral, a Conitec demora para avaliar uma tecnologia. Na avaliação da Interfarma, que fez esse estudo junto com a IQVIA, é um período que demora entre 250 a 300 dias. Então, a Conitec está cumprindo o seu tempo regulatório para fazer essa avaliação.

Depois de uma vez incorporado, esse medicamento tem que ser protocolizado. E, aí, existe um gargalo porque esse medicamento, uma vez incorporado, não pode ser utilizado sem que haja um Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas que indique exatamente onde, quando e como esse medicamento será utilizado. E isso pode demorar até 22 meses. Desde a sua incorporação até a sua utilização, sua protocolização, às vezes demora 22 meses - na média, 16, mas há casos de 24 meses.

E, aqui, eu vou abrir um parêntese: não são apenas Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas de novas incorporações. É natural que a medicina evolua e que mesmo os medicamentos já incorporados passem por atualizações do PCDT. É natural, a medicina avança e os protocolos também devem ser atualizados. E existem situações nas quais medicamentos já incorporados e já disponibilizados aguardam uma atualização do PCDT para serem disponibilizados.

Temos um exemplo, inclusive dentro da Bristol, de um medicamento para artrite idiopática juvenil - comentamos recentemente com a senhora - cujo protocolo está sendo e já foi atualizado pela Conitec, aguarda publicação, nós fornecemos esse medicamento ao SUS de maneira regular e o medicamento está aguardando, no almoxarifado, a publicação do PCDT. O medicamento está no armazém, não chegando ao paciente, aguardando uma atualização do PCDT. É praticamente inconcebível uma situação dessas, sendo que o protocolo atual não alterou a utilização desse medicamento comparado com o PCDT anterior. Então, não haveria motivo para esse medicamento não estar sendo utilizado.

Após a publicação do PCDT, aí, sim, há um outro período, que pode demorar até 26 meses, na média - e quando eu digo "na média", tem mais e menos - e vou citar alguns exemplos aqui, inclusive da Bristol, em que esse período foi muito maior. Do protocolo até a sua efetiva disponibilização para o paciente no SUS, quando o medicamento encontra o

paciente do SUS, demora, na média, de 15 a 26 meses - na média, quer dizer que existem situações piores. E, aí, sim, o medicamento que nasceu na Anvisa encontra seu paciente no SUS.

Vou pegar o exemplo do nivolumabe, que já foi citado aqui várias vezes. O nivolumabe foi submetido à Anvisa em 2015 - a própria Dra. Pilar mostrou de maneira muito didática esse cronograma - e, até hoje, o nivolumabe não encontrou o paciente do SUS de maneira universal. E já estamos comemorando 10 anos de submissão. Em 10 anos, quantas pessoas já não morreram de melanoma metastático no Brasil, que poderiam estar vivas, talvez, se esse medicamento fosse incorporado e disponibilizado de maneira mais rápida?

Então, acho que o convite que fica aqui a todos - e a senhora falou isso várias vezes - é: como essa união de forças entre legisladores, reguladores, médicos, pacientes e suas associações, associações de entidades de classe, indústria farmacêutica, enfim, toda a sociedade, como é que a gente pode unir forças para que esse tempo entre cada etapa se reduza, e as interfaces entre essas etapas também se reduzam? Para que não haja essa demora de 10 anos para que um medicamento, quando nasce, encontre o paciente no SUS? Ele deve encontrar muito mais rapidamente.

Basicamente, essa era a minha fala, mas vou fazer mais um lembrete. A senhora falou do Outubro Rosa e do Novembro Azul, vamos lembrar que o dezembro é laranja. Dezembro Laranja é o mês que nós lembramos do câncer de pele, entre eles o melanoma. É um mês em que a gente não lembra apenas da terapia que pode salvar vidas, mas também da prevenção. E lembro a todos - sobretudo aqui em Brasília, que tem muito sol: protetor solar para todo mundo.

Então, Dra. Eudócia, essa é a minha fala. Acho que cumpri o tempo, porque a senhora está aí esperando os nossos colegas da Sociedade Brasileira para serem atendidos.

E estou à disposição para qualquer pergunta.

Obrigado. (*Palmas.*)

A SRA. PRESIDENTE (Dra. Eudócia. Bloco Parlamentar Vanguarda/PL - AL) - Olha, trouxe torcida organizada. Dr. Roger, você é esperto, hein? (*Risos.*)

Dr. Roger Miyake, parabéns pela sua apresentação. Como sempre, você é brilhante. Então, assim, não podia ser diferente de todos que lhe anteciparam, você realmente faz a diferença. Toda a equipe da Bristol, também da Interfarma, aliás, de todos... Todas as indústrias farmacêuticas, tanto nacionais como internacionais, que vêm fazer a diferença no nosso país. E quero dizer a você, Dr. Roger, sobre essa questão que você apresentou, que tem pacientes que chegam até 26 meses para conseguir a medicação. E, em se tratando de câncer, 26 meses é uma vida toda.

Então, assim, se cada dia é uma eternidade, 26 meses não tenho nem palavras para colocar.

O SR. ROGER MIYAKE - E, como a senhora gosta de papel, eu vou deixar esse estudo da Interfarma em papel para a senhora...

A SRA. PRESIDENTE (Dra. Eudócia. Bloco Parlamentar Vanguarda/PL - AL) - Ah, que bom... Da Interfarma, é?

O SR. ROGER MIYAKE - Mas ele está disponível... Esse estudo, exatamente; os dados desse estudo estão aqui...

A SRA. PRESIDENTE (Dra. Eudócia. Bloco Parlamentar Vanguarda/PL - AL) - Parabéns.

O SR. ROGER MIYAKE - E também está à disposição no site da Interfarma.

A SRA. PRESIDENTE (Dra. Eudócia. Bloco Parlamentar Vanguarda/PL - AL) - Parabéns.

O SR. ROGER MIYAKE - Para todos que quiserem ter acesso a esse estudo na íntegra.

A SRA. PRESIDENTE (Dra. Eudócia. Bloco Parlamentar Vanguarda/PL - AL) - Tem também na internet, muito bem.

Então, vamos trabalhar juntos para que a gente possa minimizar esse tempo e para que a gente possa ter números diferentes, na próxima vez em que nós nos sentarmos, porque eu sou muito otimista.

Então, se Deus quiser, que a gente possa, depois desta reunião, na tarde de hoje, a gente venha a mudar as estimativas em relação ao tratamento, a tudo, ao diagnóstico precoce, para que o paciente do SUS tenha acesso de uma forma célere, porque o câncer não espera - o câncer não espera.

Imagine também, só fazendo uma ressalva: o paciente oncológico, quando tem o diagnóstico, ele quer ser tratado logo, porque, como a Iriana falou, às vezes tem pacientes que acham que é uma sentença de morte. E por mais que você esclareça que não é, mas para ele é.

Acaba que, ele esperando 26 meses para ter acesso, não deixa de ser uma sentença de morte. Ela não é uma certeza de morte, se for tratada em tempo oportuno. Como a Iriana também colocou: "Em tempo oportuno". Não foi a Iriana, foi a

Gabriele Luise que falou em tempo oportuno. Então, tem que ser dessa forma, porque o paciente oncológico não pode esperar, não pode aguardar.

Depois dessa nossa reunião de hoje, que é a quinta vez que tem a Subcomissão CASCANCER, mas, dentre todas, que foram de suma importância, essa parece que está deixando para todos nós algo mais real, mais palpável, que é o diagnóstico precoce e o tratamento precoce.

Então, que a gente possa unir forças para que, cada vez mais, a gente tenha êxito; para que os nossos pacientes tenham acesso às medicações, e medicações de ponta, que nós já temos, não é? Que eles possam ter esse tratamento equitativo, de uma forma equitativa.

E quero...

O SR. FELIPE DIAS CARVALHO (*Fora do microfone.*) - E as outras tecnologias...

A SRA. PRESIDENTE (Dra. Eudócia. Bloco Parlamentar Vanguarda/PL - AL) - E as outras tecnologias. Muito bem, Dr. Felipe, isso mesmo, isso mesmo.

Eu quero só colocar aqui para a Ivana, de Pernambuco, e para o Márcio, de Rondônia, para a Beatriz, de São Paulo, a Layane, de Minas Gerais e o Mario, de São Paulo, que as perguntas de vocês foram muito pertinentes e, para que a gente possa tirar as dúvidas de vocês, eu vou passar para o *e-mail* de cada um dos convidados, a minha assessoria vai passar para o *e-mail* de vocês essas perguntas; vocês vão responder e a gente vai devolver as respostas para essas pessoas através do *e-mail* também, está bom?

Então, quero agradecer a vocês de Pernambuco, Rondônia, São Paulo, Minas e São Paulo. À Ivana, ao Marcio, à Beatriz, à Layane e ao Mario nós agradecemos a participação de vocês em mais uma reunião da Subcomissão CASCANCER. Vocês terão as respostas através do *e-mail* de vocês.

Muito obrigada.

Antes encerramos a reunião proponho a dispensa da leitura e aprovação da ata desta reunião.

Os Srs. e as Sras. Senadoras que a aprovam queiram permanecer como se encontram. (*Pausa.*)

A ata está aprovada e será publicada no *Diário do Senado Federal*.

E quero mais uma vez agradecer a cada um dos senhores e senhoras pela participação e espero que vocês aceitem os nossos novos convites para que a gente possa marchar juntos em prol dos nossos pacientes oncológicos do nosso querido Brasil.

Nada mais havendo a tratar, declaro encerrada a presente reunião.

Muito obrigada. (*Palmas.*)

(*Iniciada às 14 horas e 28 minutos, a reunião é encerrada às 16 horas e 37 minutos.*)