

 **Pauta:** Dezembro Laranja – um olhar mais atento ao câncer de pele

**PRESIDENTE JOSÉ FREITAS (REP):** (10h29min) Estão abertos os trabalhos da presente reunião da Comissão de Saúde e Meio Ambiente. Muito bom dia. Estamos ao vivo na TVCâmara, quero pedir escusas por estarmos iniciamos a praticamente 30 minutos atrasados, estávamos em outra reunião, a da CPI. Hoje a pauta foi solicitada pela nossa colega, Ver.<sup>a</sup> Cláudia Araújo, sobre Dezembro Laranja, um olhar mais atento ao câncer de pele. Eu sei bem do que se trata, já fui acometido. Ontem, inclusive, quase meia noite, recebi uma ligação de uma família que estava levando a mãe e não aceitaram ela na Santa Casa e começou aquela maratona. A SAMU vendo quem ia aceitar ela, um câncer praticamente terminal já. Então a gente sabe que é uma pauta muito importante, as pessoas sofrendo em filas e às vezes o problema se agrava justamente pela falta de atendimento e às vezes até de medicamento. Então, por isso, estamos aqui hoje para debater. Registro as presenças da Ver.<sup>a</sup> Lourdes Sprenger, da Ver.<sup>a</sup> Psicóloga Tanise Sabino e a Ver.<sup>a</sup> Cláudia Araújo, proponente. Convido para compor a Mesa: Sra. Claudia Loss Reck, da Secretaria Municipal da Saúde; Dr. Enir Madruga, representando a Defensoria Pública; Dr. Rafael Abech, representando a OAB e o Dr. Ronaldo Oliveira, da DermaOnco. Passo, de imediato, para a colega proponente, Ver.<sup>a</sup> Cláudia Araújo.

**VEREADORA CLÁUDIA ARAÚJO (PSD):** Bom dia a todas e todos. Agradecer a presença dos senhores e senhoras; das minhas colegas Ver.<sup>a</sup> Tanise e Ver.<sup>a</sup> Lourdes; Ver. José Freitas, Presidente desta comissão. É muito importante – eu tentei vim um pouquinho de laranja, não é bem laranja, mas está puxando para... – a gente poder falar sobre o Dezembro Laranja. Eu queria trazer um pouquinho do histórico do Dezembro Laranja. O Dezembro Laranja é uma campanha de conscientização sobre o câncer de pele que ocorre no Brasil. O mês de dezembro foi escolhido por ser o início do verão no hemisfério sul, quando a exposição ao sol geralmente aumenta. A campanha visa alertar a população sobre os riscos da exposição solar sem proteção adequada e o incentivo às práticas saudáveis, para prevenir o câncer de pele. Representando 33% de todos

os diagnósticos da doença, o câncer de pele é o câncer mais comum entre os brasileiros. É provocado pelo crescimento anormal das células que compõem a pele. Existem três tipos: o carcinoma basocelular é o mais comum e surge em regiões expostas ao sol, como face, orelhas, pescoço, ombros; tem baixa letalidade e pode ser curado em casos de detecção precoce. Tão importante que é a detecção precoce, não é? O carcinoma espinocelular pode aparecer em todas as partes do corpo, sendo mais comum nas áreas expostas ao sol; tem coloração avermelhada, podendo parecer uma verruga ou ferida que não cicatriza. Já o melanoma é o mais frequente e tem alto índice de mortalidade; apesar disso, as chances de cura são superiores a 90%, quando detectado precocemente. Ele tem aparência de pinta que muda de cor, de formato e de tamanho. A proteção é essencial, porque o sol emite três tipos de raios ultravioleta: UVC, que é barrado pela camada de ozônio; UVB, cuja maior incidência acontece entre 9 e 15 horas e UVA, que tem 95% de toda radiação. O UVA, a incidência dos raios acontece mesmo nos dias nublados, pois as nuvens não filtram os raios, e o mormaço queima a pele com a mesma intensidade do sol direto. Vale ressaltar que cada pele reage de uma forma à radiação do sol, mas todas precisam de proteção. O uso diário do protetor solar com fator de proteção no mínimo 30, seguindo a reaplicação indicada pelos fabricantes, é essencial para prevenir o câncer de pele, o surgimento de manchas e o envelhecimento precoce. Na saúde pública, em 10 anos, entre 2013 e 2022, o Sistema Único de Saúde fez o diagnóstico de 278.748 casos de câncer de pele no país. A população com mais de 50 anos foi a mais atingida por essa doença. O Dezembro Laranja pretende fazer inúmeros alertas ao longo dos meses do verão e tem como foco orientar de forma especial também os trabalhadores que se expõem ao sol de modo contínuo ao longo dos anos. De acordo com os dados do Ministério da Saúde, no período analisado, as faixas etárias com maior volume de casos são as seguintes: acima de 80 anos, 48.345 casos; de 65 a 69 anos, 37.195 casos e de 70 a 74 anos, 37.076 casos. Em contrapartida, os grupos com menos casos registrados são os que vão de 25 a 29 anos, que são 2.869 casos, e, de zero a 19 anos, 2.750; de 20 a 24 anos,

1.938 casos. Acredita-se que os dados oficiais estejam subnotificados, isso porque o painel da oncologia no Brasil, fonte da informação sobre diagnóstico, levou alguns anos para se impor como instrumento de gestão. Criado a partir da Lei nº 12.732/12 estabelece prazos máximos para o início de tratamento de pacientes diagnosticados com câncer, o painel só passou a implementar de forma efetiva o registro do diagnóstico de câncer de pele a partir de 2018. Antes disso as informações não eram colhidas com o mesmo critério. Um olhar que salva, o autoexame é um olhar mais atento de todos os profissionais que diariamente trabalham, por exemplo, com a estética e no setor de beleza e que podem ajudar na detecção precoce do câncer de pele. Sobre este programa do Um Olhar que Salva, depois o Dr. Ronaldo vai trazer maiores informações para que nós possamos entender como funciona esse programa, que é tão importante para que a gente possa prevenir o câncer de pele. Eu queria agradecer à Defensoria que está aqui conosco, porque vocês fazem um papel muito importante com relação a isso, porque quando a pessoa não tem condições de chegar ao sistema de saúde, é à Defensoria que ela recorre. Então a participação de vocês nessa discussão é de extrema importância para que a gente possa otimizar, cada vez mais, e trazer com celeridade o atendimento desses pacientes. Então inicialmente é isso, muito obrigada, passo aos meus colegas.

**PRESIDENTE JOSÉ FREITAS (REP):** Obrigado, Ver.<sup>a</sup> Cláudia. Está conosco também o Ver. Oliboni, que compõe esta Comissão. A Ver.<sup>a</sup> Tanise Sabino está com a palavra.

**VEREADORA PSICÓLOGA TANISE SABINO (PTB):** Bom dia, quero saudar o Presidente desta Comissão, o Ver. José Freitas, a Ver.<sup>a</sup> Cláudia Araújo, proponente desta pauta, os demais colegas, Ver.<sup>a</sup> Lourdes, Ver. Oliboni, saudar a Mesa e o público que nos assiste. Quero te dizer, Ver.<sup>a</sup> Cláudia Araújo, parabéns pela pauta, pois vale lembrar que 70% dos casos de câncer de pele, no Brasil, estão concentrados na Região Sul e Sudeste, e esse dado exige então uma maior atenção para estruturar nossa rede pública de saúde de modo então

a atender essa demanda. O Dezembro Laranja quer promover a conscientização sobre o câncer de pele e, segundo o Instituto Nacional do Câncer, o Inca, é o tumor maligno que mais incide no Brasil, 31% dos casos, seguido pelos casos de câncer de mama, 10%; próstata, 10%; cólon e reto, 6,5%; pulmão, 4,6% e estômago, 3,1%. Então apesar desses números elevados, a letalidade do câncer de pele é reduzida, se comparado com outros tipos de câncer, mas nem por isso devem ser ignorados os cuidados preventivos que são simples, utilizar o protetor solar diariamente, mesmo nos dias nublados e evitar a exposição em horários cujos raios ultravioletas estejam em sua maior intensidade. Ou seja, das 10 da manhã às 16 horas da tarde que é o horário mais forte. Vale lembrar também que não é por acaso que o protetor solar é parte dos EPIs, equipamentos de proteção individual obrigatórios para quem trabalha exposto à radiação solar. Eu quero compartilhar que, por um momento da minha vida, eu tive a oportunidade de trabalhar no DEMAÉ, Departamento Municipal de Água e Esgotos, da Prefeitura, e lá eu trabalhava num setor chamado de qualidade de vida, e eu tinha a oportunidade de conversar com muitos gestores do DEMAÉ, com problemas relacionados à saúde mental, dependência química, enfim, problemas de relacionamento também, e uma das queixas muito comum dos gestores do DEMAÉ era que os funcionários da área operacional, quando iam para a rua, eles não queriam passar o protetor solar. E a gente vê ainda que tem um pouco de desinformação, falta de conhecimento, talvez até preconceito, achar que não precisa, mas, quando a gente fala sobre câncer de pele, um item que deve ser cuidado e usado é a questão do protetor solar.

Falando de prevenção e cuidado, eu quero destacar aqui uma ação da nossa Prefeitura de Porto Alegre, no último dia 2 de dezembro, que promoveu, em parceria com a Sociedade Brasileira de Dermatologia, um mutirão, para oferecer exames dermatológicos e investigar suspeitas de câncer de pele no ambulatório de especialidades do Centro de Saúde do IAPI. Somente nessa data, foram realizados 418 atendimentos. Desse total, 53 pessoas foram encaminhadas pelo gerenciamento de consultas, o Gercon, por suspeita de câncer de pele. Então, Ver.<sup>a</sup> Cláudia, com certeza, este é um assunto importante para tratarmos nesta

comissão. Quero te parabenizar pela pauta e desejar a todos um ótimo debate. Muito obrigada.

**PRESIDENTE JOSÉ FREITAS (REP):** Obrigada, Ver.<sup>a</sup> Tanise. A Ver.<sup>a</sup> Lourdes está com a palavra.

**VEREADORA LOURDES SPRENGER (MDB):** Bom dia, presidente, colegas de Mesa, demais participantes, convidados; é uma época bem propícia para se falar do câncer de pele, porque se preocupar com algum sinal acho que é a última coisa que a gente faz. Quando se vê, falando com presidente aqui, teve um problema que também pela gente passa despercebido. E também o que as colegas já colocaram, eu não vou me estender mais, para que inicie a reunião. Quero saudar, cumprimentar a colega Cláudia por trazer esta pauta.

**PRESIDENTE JOSÉ FREITAS (REP):** O Ver. Aldacir Oliboni está com a palavra.

**VEREADOR ALDACIR OLIBONI (PT):** Saúdo o presidente José Freitas, a Ver.<sup>a</sup> Cláudia, proponente desta reunião, deste debate; a Ver.<sup>a</sup> Lourdes, todos os nossos convidados, cidadãos e cidadãs que estão acompanhando a nossa comissão, transmitida direto pela Câmara Municipal. A causa traz um dos temas que preocupa muito a todos nós, cidadãos, cidadãs, à medida que não tem uma conscientização das pessoas para utilizarem protetor. O câncer de pele, além de ter uma incidência enorme, Porto Alegre acaba trazendo um mês alusivo. Às vezes, eu diria que o próprio poder público... Existem várias leis de fornecimento desse material, no caso, para os agentes comunitários de saúde, para o pessoal que trabalha no DMLU e tantos outros. Eu não sei se o governo municipal tem algum tipo de percentual de incidência sobre isso, mas é importante saber o que o governo municipal está fazendo para reduzir ou orientar os cidadãos nesse sentido.

Eu quero dizer, Cláudia, e não quero nem atravessar aqui o meu projeto de lei, mas dezembro também é um mês alusivo ao Dezembro Vermelho, exatamente

por causa do número significativo de pessoas com Aids. Eu posso só dar um dado aqui... Peço ao presidente, se puder encaixar essa agenda dentro do mês de dezembro na COSMAM. Eu gostaria de fazer algumas colocações importantes, porque, com 60,8 casos a cada 100 mil habitantes, Porto Alegre é a capital brasileira com maior detenção de casos de Aids no Brasil. Por que isso? Será porque o governo, às vezes, não distribui os preservativos nos postos de saúde? Há pouco tempo, quando nós tínhamos quatro agentes comunitários de saúde por equipe, esses preservativos chegavam lá na comunidade, eram distribuídos gratuitamente. Hoje é distribuído? É um tema importante que eu gostaria de trazer, inclusive, estar aqui em comum acordo com a comissão para fazer o debate.

Parabenizo a Ver.<sup>a</sup> Cláudia por trazer um tema tão importante, que preocupa a todos nós, à medida que as pessoas ao detectarem um câncer de pele, quando é no início ou prematuro ou precoce, há, com certeza, e os médicos podem nos dizer, a possibilidade de cura. Mas, quando tem uma incidência muito maior, ela complica em função também do tratamento que ora vai ter que ter, que é a radioterapia ou quimioterapia. Muito obrigado.

**PRESIDENTE JOSÉ FREITAS (REP):** Obrigado, Ver. Oliboni. Passo a palavra para a representante da Secretaria Municipal de Saúde, a Sra. Claudia Loss Reck.

**SRA. CLAUDIA LOSS RECK:** Bom dia a todos, saúdo à Mesa, aos colegas. Então, eu vim de laranja hoje em alusão ao Dezembro Laranja. E a Secretaria de Saúde, realmente, fez, no último dia 2, uma parceria com a Sociedade Brasileira de Dermatologia, este não foi o primeiro ano, a gente já vem vindo fazendo isso há alguns anos. Durante a época ali da pandemia ficou suspensa, mas no ano passado também a gente fez. Este ano, então, a gente fez um evento um pouquinho maior, com mais atividades, a gente atendeu mais de 418 pessoas, como foi mencionado. A gente fez, neste ano, uma melhoria no momento que a gente fazia já o atendimento dos pacientes. Se aquele paciente

tinha alguma lesão suspeita de câncer de pele, ele já poderia ser operado no mesmo dia. Então, a gente conseguiu fazer, no sábado mesmo, 18 procedimentos cirúrgicos, onde esses pacientes tiveram suas lesões ressecadas, quando tiveram as suspeitas de neoplasia, e outros 53 foram encaminhados para atendimento posterior para a retirada dessas lesões de pele. Então, no total, foram 71 pacientes que a gente teve suspeita de câncer de pele, foi maior que do ano passado. O ano passado já foi um número maior do que a gente tinha nos outros anos, então, no ano passado a gente atendeu 365 pessoas, dessas 365 pessoas, 52, no total, foram suspeitas de câncer de pele. Este ano, então, foram 71 casos; nos anos anteriores, a gente tinha uma média de 22, 23 pessoas diagnosticadas com suspeita de câncer de pele. O que a gente vem percebendo é que o número dessas pessoas vem aumentando. A gente tem também a questão da conscientização, a campanha do Dezembro Laranja vem trazendo um pouco mais de conscientização para as pessoas ao seu cuidado com a pele. Muitas vezes, então, fazem mais a procura para atendimento para averiguar essas lesões de pele. Foi um evento bem importante, bem significativo, com a parceria da Sociedade Brasileira de Dermatologia, foi uma campanha bem importante.

**PRESIDENTE JOSÉ FREITAS (REP):** Obrigado, Claudia. O Dr. Rafael Abech Dias, representando a OAB, está com a palavra.

**SR. RAFAEL ABECH DIAS:** Obrigado, presidente. Gostaria de saudar a todos desta Casa, na pessoa de V. Exa.; parabenizar, em especial, a Ver.<sup>a</sup> Cláudia por essa proposição e saudar o protagonismo da COSMAM, a gente tem vindo reiteradamente aqui discutir assuntos de grande relevância para a sociedade. Muito me honra – em nome do Dr. Leonardo Lamachia, da Dra. Mariana Diefenthaler – em estar presente aqui, agradecendo o convite. A nossa fala é mais institucional mesmo, então não tenho pretensão de entrar nos dados mais técnicos das incidências, enfim. Mas eu gostaria de registrar que, na última semana, houve a aprovação do Projeto de Lei nº 2.952, que institui a política

nacional de tratamento de câncer, eu acho que é um grande avanço, é um debate que precisa ser estabelecido. Nós temos aproximadamente, no Brasil, independente da especificidade, 600 mil casos de câncer por ano. Desses 600 mil, aproximadamente 30% ah não conseguem reverter essa situação. Diante desses dados, nos últimos dois anos, foi feito um levantamento, pelo TCU, da eficácia das proposições que a sociedade tem entregue à população, e eu acho que a gente precisa evoluir, evoluir principalmente na parte de tempo de diagnóstico, na parte de tempo de tratamento, eficácia de tratamento. Penso eu que não é crível que uma pessoa, entre suspeita e tratamento, leve 100, 180 dias para iniciar. Sabemos o quanto que é importante o diagnóstico e o tratamento em fase inicial desse tipo de doença. E se falando em 200 mil vidas por ano, quantas famílias são acometidas por isso? Então, novamente, saúdo esta proposição, a OAB sempre vai estar junto, a OAB tem, através da sua caixa de assistência, através do Dr. Pedro, atuado internamente com o nosso público da advocacia, tem buscado conscientizar a população civil, as campanhas que faz ali com as cores das campanhas mensalmente no prédio da OAB. E a gente sempre vai estar à disposição, sempre vamos estar na luta para que a sociedade melhore, tenha um diagnóstico mais eficiente, e que a gente possa reverter esse quadro que é bastante difícil e acomete principalmente a população mais vulnerável com menos poder econômico. Então, a OAB está aqui e sempre vai estar à disposição, e, mais uma vez, saúdo a vereadora e todos os demais componentes desta brilhante Comissão. Muito obrigado.

**PRÉSIDENTE JOSÉ FREITAS (REP):** Obrigado, Dr. Rafael, nós que agradecemos. O Sr. Enir Madruga, representante da Defensoria Pública do Rio Grande do Sul, está com a palavra.

**SR. ENIR MADRUGA DE ÁVILA:** Ver. José Freitas, presidente desta Comissão, a nossa saudação; na sua pessoa saúdo os demais integrantes da Mesa; em especial, a nossa saudação à Ver.<sup>a</sup> Cláudia, que vem trazer, mais uma vez, e como sempre, temas importantes dentro da Comissão de Saúde e Meio

Ambiente para o debate. Conforme a vereadora já adiantou, a Defensoria Pública também está inserida nesse rol, digamos assim, de desfechos das ações que demandam o tratamento do paciente, mas, não raras vezes, assim como a própria advocacia, nós somos ali a última instância em que a pessoa procura, de alguma forma, poder ter acesso ao tratamento. No âmbito da Defensoria Pública, eu posso adiantar aos colegas de Mesa que o tratamento de câncer de pele não é uma das maiores demandas que nós temos. Até tomando por base o percentual que a Ver.<sup>a</sup> Tanise nos trouxe; eu diria que ele é inversamente proporcional se nós levarmos em conta o câncer de próstata, de mama, enfim, os outros tipos de câncer. Mas a Defensoria Pública, nesse quadro, e assim como a própria OAB, o colega já destacou, a importância do trabalho também no âmbito da conscientização, do extrajudicial. O ideal é que não se precise chegar à judicialização, à essa situação, porque também hoje a gente sabe que no mais das vezes a própria judicialização demanda um tempo que, às vezes, também o paciente não tem. Então, a gente, quando precisa tratar desse assunto, também tem que ter essa visão de que a judicialização, às vezes, pode não ter, para o paciente, aquele *feedback* tão rápido quanto ele espera. Então, a Defensoria Pública, dentro desse quadro, ela vem se somar ao Poder Legislativo de Porto Alegre, o parabenizar, e se colocar à disposição sempre para que nós possamos, de alguma maneira, colaborar com a divulgação do tema, com o debate, com a conscientização da sociedade de um modo geral e, efetivamente, procurar construir maneiras, políticas públicas, enfim, que efetivamente possam trazer ao cidadão, à cidadã, o tratamento adequado para suas demandas. Muito obrigado pelo convite, estamos sempre à disposição.

**PRESIDENTE JOSÉ FREITAS (REP):** Nós que agradecemos. Vamos assistir à apresentação do Dr. Ronaldo Oliveira, DermaOnco, por gentileza.

**SR. RONALDO OLIVEIRA:** Primeiramente, bom dia, eu agradeço o convite, em especial à Ver.<sup>a</sup> Cláudia. O tema ao qual fui convidado a conversar é sobre o

câncer de pele. Neste mês, que é o Dezembro Laranja, é o mês de conscientização.

(Procede-se à apresentação.)

**SR. RONALDO OLIVEIRA:** Eu lido com câncer de pele há mais de 20 anos. Aqui, um mini currículo, isso não interessa muito, mas dá para ver que toda a minha carreira foi feita com base no tratamento, diagnóstico, a parte acadêmica toda em câncer de pele. A Ver.<sup>a</sup> Cláudia salientou essa campanha ou esse projeto que a gente tem, que se chama Um Olhar que Salva. Nessa palestra, vou me basear nesse projeto, que iniciou há muito tempo com a premissa de fazer com que pessoas ligadas a áreas de estética, áreas de fora da área médica, pudessem ser treinadas para diagnosticar ou, pelo menos, ter uma desconfiança de lesões que pudessem ser câncer de pele. Muitas vezes, essas pessoas têm mais contato com o paciente do que nós médicos: um massagista, um cabeleireiro, pessoas afins, cuidadores de pacientes; eles têm muito mais contato do que o próprio dermatologista. Então, com isso, a gente viu uma oportunidade de treinamento dessas pessoas e a gente tem tido um *feedback* muito bom em relação a isso.

A gente montou um projeto piloto, há duas semanas tivemos a primeira palestra aqui, com cerca de 100 pessoas. Isso deve atingir um cunho nacional, junto ao Oncoclínicas, que é o maior núcleo de oncologia da América Latina, do qual eu faço parte.

Para começar, vamos entender um pouco o câncer de pele. É importante para todo o mundo saber mais ou menos o que eu faço e qual é a importância disso. Sobre estatísticas, quando a gente tem um problema, a gente pensa o quanto isso é importante, porque se tem uma doença que ocorre em uma a cada 10 milhões de pessoas, ela não tem tanta importância assim, ao contrário do câncer de pele. A gente deve se preocupar como população em geral, sim, pois o câncer de pele corresponde a 35% de todas as neoplasias. Então, se eu tenho 100

pacientes com neoplasia, mais ou menos 33 pessoas vão ser de câncer de pele. Isso é muito grande e isso vem crescendo.

A gente pensa que têm campanhas, que tem uma conscientização, hoje têm ferramentas como o uso de protetor solar. Então, por que estão aumentando os casos? Vou discutir um pouco sobre isso; acho que o debate vai ser importante em relação a isso. Um dos fatores é o envelhecimento populacional. A gente tem hoje uma tecnologia médica para nos deixar mais longevos; isso é um dos fatores, diagnósticos mais corretos, mas isso é uma estatística mundial. Os números de casos vêm aumentando muito e muito em pacientes jovens. Tu mencionaste, Cláudia, uma estatística de pacientes jovens, que ainda corresponde a uma faixa etária muito pequena, mas, no início da minha carreira, eu só tinha pacientes acima de 40, 50 anos. Hoje eu tenho pacientes com 20, vinte e poucos anos. Isso é preocupante, porque é em todo o mundo.

Como também foi mencionado agora há pouco, obviamente a nossa região é a mais acometida por uma razão óbvia do nosso tipo de pele. Nós temos uma ascendência europeia, pele mais clara, uma incidência bastante alta de ultravioleta aqui na nossa região, essa sazonalidade de exposição ao sol, então, obviamente, o nosso contexto é maior que aqueles 33% que o Brasil tem de média global de câncer de pele.

Outra estatística que é global é que uma vai aumentando para duas agora. Pessoas de pele clara vão desenvolver, na sua vida, câncer de pele. Então, de cada cinco de nós aqui com pele clara, um a dois vão desenvolver uma ou mais lesões como essa. Eu falei a respeito do fator de risco populacional, então, é um problema importante, ele é muito prevalente no nosso meio, e agora a gente começa se situar. O que eu tenho que possa representar um risco para essa patologia? Eu devo me preocupar? Quem é que deve se preocupar com isso? A gente tem os fatores pessoais genéticos, aqueles que eu nasço com eles. Eu nasci com eles e não posso mudar. Dentro desses fatores, nós temos a pele, que é o nosso principal fator de risco. É óbvio que quanto mais clara a pele, mais suscetibilidade eu tenho; quanto mais moreno eu sou, quanto mais a pele é negra, menos. Temos aqui a Tabela de Fitzpatrick, que coloca isso: fototipo I,

são aqueles fototipos extremamente mais suscetíveis; e o fototipo VI, peles mais negras, menor risco. Aqui, mais uma tabela mostrando isso: quanto mais clara a minha pele, obviamente, mais proteção e mais preocupação eu tenho que ter. Esse é um risco meu. Outro risco que é pessoal é o número de pintas que eu tenho. Os estudos já estão divulgando amplamente que, quanto maior o número das minhas pintas – ou seja, mais que 100 pintas –, maior o risco que eu tenho de melanoma. E isso é muito importante. Vai fechando o quebra-cabeça em relação ao nosso risco. Temos aqui alguns exemplos. Lesões de pele: esta é minha paciente que já retirei melanoma, várias lesões pigmentadas, algumas já removidas. Essas pessoas têm um risco maior de desenvolver melanoma, então elas precisam de um cuidado maior, e se eu tenho esse tipo de critério, eu tenho que me cuidar mais. Doenças genéticas: são pessoais, aquelas mutacionais; dentre elas, o albinismo. É muito óbvio que quando tem uma ausência de melanina, é óbvio que eu tenho muito mais chance de desenvolver o câncer de pele se ficar exposto ao ultravioleta. Isso é uma doença chamada xeroderma pigmentoso; felizmente é uma doença mais rara, mas é uma doença genética. Ela é pessoal, em que esses indivíduos já em idade muito precoce desenvolvem câncer de pele, como essa criança que está com várias lesões precursoras. Gera isso aqui, mutilações. Isso é visto também, não nesse tipo de patologia, mas a gente vai ver depois que o próprio câncer de pele – esse esporádico, que a gente fala, o comum – também gera muita mutilação, e é isso que temos que evitar. Riscos ambientais: saindo um pouco dos riscos pessoais, a gente tem os riscos que daí a opção é minha de me expor ou não. Eu nasci com algumas condições, mas a partir de agora eu posso optar se eu vou me expor ou não. Do risco ambiental, o mais comum é a exposição ultravioleta. Quando a gente fala de exposição ultravioleta, é óbvio que o fator é o sol. A nossa fonte maior de exposição é o sol, e o sol hoje faz parte de todo um contexto social, principalmente. Já foi falado que nós temos os três ultravioletas mais comuns: o UVC, que é totalmente bloqueado e ele é extremamente cancerígeno. Então, se não tiver camada de ozônio, isso aqui vai penetrar, e realmente, se tiver núcleos populacionais, é um problema. Já se está chegando a isso, talvez no futuro. O

UVB, é o mais conhecido; esse é o mais danoso para a pele, ele é parcialmente filtrado. E o UVA, que passa praticamente integral, inclusive no vidro. Então, esse aqui se pensava que não era cancerígeno, mas isso mudou muito de uns anos para cá. Inclusive, aquelas câmeras de bronzeamento, que eu vou falar depois, se pensava que não tinha problema nenhum para se bronzear. Tem e gera bastante câncer, muito mais do que a gente pensa. Aqui, só para mostrar a penetração do UVA, ela é mais profunda, gera mais fotoenvelhecimento, o UVB faz a camada mais superficial, causando danos de DNA, ele é mais digamos deletério. A gente pode medir a radiação, então, hoje é muito fácil, tu pegas um aplicativo, tu consegues saber o que que tem, qual é o índice ultravioleta para saber se eu me protejo mais ou não, então, isso é muito fácil hoje em dia, do que era mais complexo, em outras décadas. Aqui a gente vê, isso aqui é de novembro agora, a gente vê essa faixa nessa foto com o mapa-múndi, e tu vê que a partir de seis, já é fator alto ultravioleta, vermelho e roxo já é índice extremo, acima de 11. Para ter uma ideia, a recomendação é não se expor ao sol. Olha a nossa faixa do Brasil aqui, vermelhinha, então nesse dia, aqui infelizmente não dá a hora, mas olha o nosso índice ultravioleta, próximo a 12. Isso é uma constante para nós, aqui no nosso meio, principalmente nos meses de mais insolação. É impressionante isso.

Buraco na camada de ozônio, o famoso buraco na camada de ozônio, ele vinha aumentando, em 2019 pensaram que ele tinha diminuído, e agora ele aumentou de novo. O buraco na camada de ozônio é na Antártida, ele abre e depois fecha; ele não fica aberto todo tempo. E agora em agosto, ele abriu precocemente, era mais esperado para final de setembro, e a tendência é que ele esteja maior. Isso demonstra um efeito global, poluição, uma série de coisas, e isso preocupa por quê? Porque a camada de ozônio não é constante em todo mundo, tem áreas em que ela é mais densa, áreas em que ela é mais fina, e isso preocupa em relação obviamente ao crescimento do câncer de pele futuro. Então, como era essa exposição antigamente? A exposição ainda é laboral. As pessoas vinham do campo, os colonos, e essa exposição migrou para uma exposição muito recreacional. Hoje é muito comum ver as pessoas na orla, vemos bastante isso,

as pessoas correm na rua, as pessoas se exercitam na rua, é mais fácil ter a parte de piscina no clube, ou piscina nos condomínios, então a exposição migrou muito de um fator mais laboral para um fator bastante recreacional. Quando a gente pensa em recreacional, a gente pensa em praia. Ou seja, meus pais passaram a lua de mel na praia, que era uma coisa um pouco mais difícil; hoje em dia, para ir na praia, basta você querer, você vai de manhã e volta de tarde. E é isso, a praia é isso aqui, há um monte de gente. Antigamente cidades do interior tinham menos acesso à praia, hoje é fácil, as pessoas todas vão. Quando a gente pensa em férias, você pergunta assim, para que praia eu vou, porque é o mais comum ir para a praia. A gente tinha muita roupa, há bastante tempo, como é que ficou hoje? Ficou assim: eu passei a época do *surf*, a década de 1980 e tudo mais, e hoje, como eu falei, basta a vontade de ir para a praia e tirar o cadarço do sapato e fazer um fazer um biquíni. Hoje em dia nem mais desculpa tem para não ir para praia. E é isso que ficou, cada vez menos roupa. E como é que era? A minha geração pelo menos era isso aqui, a gente não tinha protetor solar. Protetor solar no Brasil, pessoal, começou na década de 1980, com Sundown, em 1984, filtro 4, 8 e 15, forte estabilizante muito ruim. O que se tinha antes? Era isso aqui: Rayto de Sol, quem não usou isso, Coppertone importado, e essa, digamos, receita caseira, semente urucum, óleo Johnson, Coca-Cola, que não se sabe o que fazia, porque misturavam um monte de corante junto e usava isso. Inclusive, hoje, ainda se vende o Rayto de Sol, por incrível que pareça, as pessoas, mesmo com conscientização, elas querem se bronzear. Então, tinha o Hipoglós, depois, para tapar um pouco do nariz, mas era isso que a gente tinha, e hoje a gente tem muita ferramenta, mas não se usa. Depois eu vou falar um pouco em relação aos países que tratam isso com seriedade e que também estão aumentando o número de câncer de pele. Imaginem o nosso aqui! Então, a exposição indevida é isso aqui. Quem não passou por isso, ou não passa ainda? Eu passei, porque não tinha o que fazer. A gente torrava no sol e ficava esses camarões. Esse cara aqui está sorrindo, mas certamente, à noite, ele não vai dormir tão bem assim, não vai sorrir tanto e, talvez, vinte ou trinta anos depois, ele pague o preço com um cancerzinho de pele. Queimadura de

sol aguda, a gente sabe o seguinte, estatística, até os 20 anos, a gente dá a nossa imagem, o nosso perfil de fotodano. Que idade é essa? É aquela idade que a gente mais se avacalha, a gente quer pegar uma bola de futebol quando guri e ir para rua, não quer respeitar os pais, não está muito afim de passar protetor solar, e o resultado disso são coisas lá para frente, 20/30 anos depois. Queimadura de sol, como essa, aumenta muito o risco de melanoma e, por incrível que pareça, basta uma. O que a gente vê aqui é um absurdo: bolhas gigantes; e isso aqui é um troço inacreditável e inconcebível hoje, criança queimada. Crianças abaixo de um ano não deveriam ir para a praia. Quando você vê crianças abaixo de um ano na praia, é porque o pai não está seguindo um pouco das premissas de cuidado com essa criança: tu não deves usar protetor solar antes dos seis meses; e criança queimada, pelezinha desse tipo, o pai, se não soube como passar o protetor – porque muitas vezes as crianças não sabem, elas dependem dos pais –, no futuro certamente ela vai pagar o preço por isso, com um melanoma ou com um outro tumor de pele. Como a gente está vivendo mais, a gente vai estar cada vez com maior acúmulo de risco futuro. Câmara de bronzeamento, como eu falei, também é outra fonte ultravioleta, ainda existe. A gente faz uma brincadeira, que tu entras na câmara e selecionas qual o câncer que tu queres: basocelular, célula escamosa ou melanoma. Porque o ultravioleta A, que é a luz negra que se fala, que se tinha um embasamento, se embasava o uso da câmara de bronzeamento porque não causava câncer, causa, e muito, porque a radiação ali é muito maior que a que vem do sol, ela é extremamente concentrada, tinham pessoas que saíam de uma clínica e iam para outra, fazer isso para se bronzear para um casamento. É um fotoenvelhecimento, o câncer de pele, essa porcariuzinha dá. A Anvisa proíbe o uso desde 2009, geralmente, muitas clínicas tentam quebrar isso, mas felizmente isso tem sido mantido e o que tem hoje é clandestino, não se deve, mas as pessoas fazem propaganda, a gente vê muita propaganda de câmara de bronzeamento, etc., em mídia social, e isso não deveria acontecer.

Aqui somente um resumo dos riscos, mas basicamente nós temos: 80% a 90% em relação à exposição com a pele clara, esses dois fatores são os mais importantes do câncer de pele.

Entrando em aspectos clínicos, vou ser rápido quanto a isso. Identificar as lesões suspeitas. A gente divide, de uma maneira mais didática, os dois tipos de câncer de pele: os melanomas e os carcinomas ou não melanomas; tem “n” tipos, mais até perigosos que o melanoma, mas a gente divide entre os dois. Entre os carcinomas, o mais comum é o basocelular; é o mais comum, felizmente, raramente ele dá metástase, crescimento lento. E é interessante, eu sou de uma escola cirúrgica que menosprezava isso, e eu fui vendo depois que a gente não deveria fazer isso, e eu vou mostrar casos. Aqui vocês podem ver: lesão basocelular no nariz, por exemplo; outro tipo de lesão são as feridas, pequenas feridas que não cicatrizam. Olha essa bolinha com vasos atípicos. Lesões rosadas na pele, uma pele com bastante fotodano, essas lesões que são diferentes. Lesões ulceradas. Esse paciente é interessante porque ele fez um botox em cima da lesão, uma esteticista, não médica, fez um botox em cima e necrosou. Eu não sou protetor de mercado, mas eu vejo que isso é um absurdo. Como é que alguém... Isso é porque não sabe identificar, se isso passa por um médico, ele sabe que não tem que fazer botox aqui em cima, tem que fazer uma biópsia para ver o que é isso; como a pessoa não tem conhecimento, faz um botox em cima, necrosa e é um tumor de pele. A gente vê muito isso, porque hoje, esteticista, biomédico, sei lá, muitos sem o conhecimento devido – deveriam ter –, fazem coisas que a gente pega depois para consertar. Pode passar. Epidermoide é o segundo mais comum, ele é um pouco mais agressivo, já dá metástase, principalmente quando é nas regiões mais do rosto. Lesões como essa, que são o ceratoacantoma, muitas vezes discretas. Lesões grandes, paciente jovem com essa bolotona na cabeça. Lesões labiais; esta aqui com potencial já metastático, por ser uma lesão maior que 2 centímetros. Então, muitas vezes tu pegas essas lesões, que não começaram assim, começaram pequenas, diagnóstico tardio, muitas vezes uma cirurgia simples passa para um esvaziamento, radioterapia, imunoterapia e quando vê o tratamento, em vez de

ser R\$ 1 mil, mil e poucos reais, passa a ser R\$ 500 mil, R\$ 1 milhão. Vamos passar para o próximo: melanoma, esse é, digamos, o que mais aterroriza a gente, quando a gente fala em melanoma, parece que é um desespero. Eles são um pouco menos frequentes, bem mais agressivos, e aqui o importante é diagnóstico precoce, se não pega precoce, pode saber que vais ter problemas à frente. Felizmente, hoje, na saúde complementar a gente está conseguindo fazer isso muito bem, a gente está atendendo bastante caso, mas isso é óbvio que é um tipo de aspecto, na medicina pública é um pouco mais problemático; então, esse aqui é o velho ABCD do melanoma ou das lesões suspeitas, em que a simetria – corto ela no meio, ela é diferente, bordas serrilhadas, parecem um mapa geográfico, coloração heterogênea, várias cores, e um diâmetro maior que 6 milímetros. Isso aqui foi depois colocado junto, que é a evolução, são lesões que evoluem, modificam, mudam de cor, crescem ao longo do tempo, são as lesões que merecem mais atenção, merecem mais destaque, até mesmo biópsias. Esses aqui são os clássicos melanomas, lesões bem feias, enegrecidas, com esse aspecto todo. Esse aqui é um paciente, com uma lesão que é o patinho feio, a gente olha para pele dele, não vê muita pinta e vê esse troço desse tamanho aqui. Então é óbvio que isso aqui é uma lesão suspeita; tirou-se essa lesão, era um melanoma. Muitos pacientes, quando é nas costas, nem se tocam que tem isso. Então isso é o importante, de novo, ter um diagnóstico precoce, fazer uma educação que essa pessoa possa chegar antes de uma metástase, numa situação como essa. Lesão no nariz, melanoma – essa lesão cresceu, tu vê que ela é discreta, mas por que foi feito biópsia? Porque ela cresceu, cresceu muito rápido, evolução, e foi feito biópsia, um melanoma bem superficial. Aqui temos os lentigos; por isso que muitas vezes as pessoas têm que ficar atentas, porque os lentigos malignos felizmente são menos agressivos, só que, se vai deixando, tornam-se os invasores, com isso, chance metastática. Quando falei metástase, saiu do campo cirúrgico para o campo de imunoterapia; imunoterapia hoje é R\$ 50 mil a dose por mês; então, começa a ser um pouco complexo isso. Outra coisa que a gente vê, lesões de unhas – muitas vezes o paciente vai no dermatologista com a unha pintada; a mulher não

quer tirar a unha recém feita para ver as unhas. Isso aqui veio de uma manicure; manicure para mim; então, por isso que a gente fez a campanha para orientar essas pessoas que lidam com isso, reconhecer, muitas vezes pode ser um fungo, muitas vezes ela pode dizer assim: vai lá. A gente sabe diferenciar; então, pego muito caso de cabeleireiro, de massagista. Aqui é um paciente com uma lesão, jovem; nunca ninguém tirou a meia dele para ver, era um tenista e tinha essa lesão embaixo, que era melanoma, um gurizão, jovem. Pé, muita gente não olha os pés. Isso aqui é uma região vulvar, veio também de uma depiladora – esse não é um caso meu, mas eu tenho um caso, que é da depiladora, veio para mim, ou seja, o gineco não viu a depiladora, esse caso, a tua pinta aumentou – era um câncer, um melanoma de mucosa, que é extremamente agressivo, extremamente metastático. Tu vê que o diagnóstico precoce e a educação de, não só área médica, mas de áreas afins, isso é importante demais. Diagnóstico basicamente é um bom exame... (Ininteligível.) e um bom dermatologista. Hoje os dermatos – eu formei acho que cerca de 80 dermatologistas, quando eu dava a orientação no Clínicas, na residência médica. Vou dizer: a maioria migrou para estética, por causa de fator econômico. Todo mundo quer ganhar dinheiro e pouco examinar o paciente, que demora mais e paga menos. Uma consulta médica hoje, de convênio, paga em torno de R\$ 70,00; um *botox* é de R\$ 1.500,00 a R\$ 2 mil. Então, óbvio que eles migram e não querem saber de fazer exame. Então, exames, hoje a gente tem muita tecnologia com inteligência artificial, isso realmente acelerou muito e depurou, fez muito filtro em relação ao que a gente tem que cuidar ou não. Aí se faz as biópsias, biópsia por punch, no diagnóstico; várias biópsias contêm lesões suspeitas, ou tira a lesão inteira para mandar examinar. O diagnóstico é remoção e fazer o exame anatomopatológico para confirmação. Tratamento, varia desde as coisas mais conservadoras, nitrogênio líquido, imiquimod, que é um imunomodulador dérmico, Efurix como quimioterápico tópico, curetagem. A maior parte do tratamento são pequenas cirurgias; então, se tu pegas esses tumores pequenos é muito fácil de tratar, com um custo muito baixo. Já, quando muda essa figura, começa o resto, que é a radioterapia, as imunoterapias, quimioterapia pouco se têm usado hoje para

câncer de pele. Isso aqui é um câncer de orelha; então, é o seguinte, cancerzinho de orelha, pequenininho, a gente subestima os tumores de pele. Isso aqui é o resultado, isso aqui é uma cirurgia microscópica que a gente faz com tridimensão, a gente faz o mapeamento tridimensional e vê onde é que vai o tumor; então, o tumor estava lá em cima. Tu pensas que é um tumor pequeno, vai mapeando no microscópio isso e vai vendo que o tumor vem até embaixo. Tumor nasal. Tu pegas esse tumor pequenininho, e os caras: “Ah, isso aqui é tumor pequeno. Não precisa pressa para tirar. Esse cara pode esperar na fila ou pode fazer o troço.” Então, é um tumor infiltrativo pequeno. Cirurgia microscópica. Seis horas depois de cirurgia, tumor pegando septo, pegando toda a parte do domus nasal, inclusive perfurou a narina. Isso é para mostrar essa parte drástica, porque eu acho que a gente só se preocupa quando tem coisa drástica, certo? Porque, quando está longe da gente, não se preocupa. Isso aqui é um paciente jovem com um tumor que tinha 1,5 milímetros e que foi menosprezado pelos cirurgiões que o pegaram antes. “Ah, não, isso aí tu esperas.” Essa é a porcaria que tem por baixo. Então, a gente nunca deve subestimar tumor de pele, porque é isso que acontece muitas vezes. A gente não sabe qual caso chega a isso e muitas vezes tu deixas passar e ele pega osso. E, de novo, uma cirurgia que o curou, vai para uma situação em que tu tens que usar muito mais aparelhamento, muito mais terapêutica e, com isso, muito mais custo. Mesma coisa: lesão tratada com cauterização por vários e vários anos. Aqui a gente começou a cirurgia e aqui é o desfecho: a calota craniana praticamente invadida por um tumor que foi cauterizado por muito e muito tempo. Ou seja, tu acabas tendo uma visão e, se tu não sabes fazer o tratamento correto, leva a um desdobramento muito ruim para o paciente e também para qualquer tipo de sistema de saúde, seja o privado, que vai pagar por isso; seja o público, que vai pagar por isso também. Hoje em dia, radioterapia é um complemento a mais do tumor de pele, mas é uma... Digamos, a gente não quer que chegue a isso também. Na última década, a gente teve um *boom* de crescimento e custo de medicamentos. Eu sou de uma época que, para o melanoma, se usava Dacarbazina. Não funcionava, mas era barato e só tinha

isso. Com o Ipilimumabe, por volta de 2010, se não me engano, 2011, começou esse *boom* de tratamento, mas veio o custo junto, que ficou estratosférico. Então, nós temos hoje a imunoterapia, as terapias-alvo – a quimioterapia não se usa. Hoje em dia, as imunoterapias e as terapias, as *big pharma*s querem vender esse negócio. Elas gastam dinheiro na parte de produção, pesquisa, etc. e depois querem jogar isso para o mercado, com um *spread* que chega a 1 para 19, 1 para 20, ou seja, US\$ 1,00 investido para US\$ 20,00 de venda. É isso porque tem patente e a gente está comprando esse negócio. Então, defensorias públicas daqui sabem, muitas vezes judicializam e o custo é um troço absurdo. Vem lá contas estratosféricas para isso. Por quê? Lá atrás, podia ter sido evitado isso e muitos poderiam ser evitados mesmo. Isso aqui é Oncoclínicas, que é a nossa sede no Moinhos de Vento. Rapidamente eu vou falar sobre essa parte da prevenção. Sobre a prevenção, está tudo ali escritinho, e poucos fazem, poucos fazem. Eu vou dizer que a prevenção ideal não existe. Eu sou cirurgião, e os dermatologistas meio que me criticam muito por isso, mas vou dizer que, quanto ao protetor solar, tu dá para alguém, ele usa a primeira vez e fica sem usar o resto do dia. Mesmo o cara da construção civil, ele passa e depois se esquece de passar. A Austrália tem um projeto dessa parte, porque lá o câncer de pele é muito grande; lá chega a ter melanoma 10, 20 vezes maior que em outros países; e lá é saúde pública. A criança, desde cedo, só vai ao colégio se ela tiver passado protetor solar. Tem uma campanha absurda em relação a isso, muito focada, desde a década de 80, e mesmo assim os casos têm aumentado agora. Deu uma estabilizada e aumentou. Imagina aqui onde a gente usa menos isso. Então, com todo esse aparato, a gente começa a pensar hoje sabe o quê? Protetor solar... Começou a ficar melhor tu usares isso aqui, tentar usar mais camiseta para proteção, para que as crianças se acostumarem a ter menos exposição da pele ao sol. Vai surfar, põe uma lycra de proteção solar, põe uns óculos. Por quê? Porque, pessoal, se o cara está lá dentro da água e quer surfar, ele não vai parar, sair, passar... “Ah, não. Fiquei na água, limpei meu rosto, estou há 10 minutos aqui, vou sair e vou voltar.” Ele não faz isso. O cara está jogando *beach tennis*: “Ah, agora, só um pouquinho, vou parar o jogo por 10 minutos e

vou lá botar meu protetor sol.” Ele não faz isso. Hoje, a gente tem tecnologia, alguns *pets* que mostram se está na hora de trocar o protetor ou não. Mesmo assim, muitos não fazem a repassada do protetor solar. Então, isso aqui muitas vezes pode quase se tornar uma utopia. Tem que começar cedo, tem que ensinar as crianças. Somos uma geração que não tínhamos isso; então, nós temos um *gap* em que a gente pode ensinar essas pessoas lá embaixo, nas escolas, por exemplo, e levar isso a toda a família, mas a gente tem, nesse período, um *gap*, vão ter câncer de pele. Não adianta, todos nós, que não tivemos proteção, vamos sofrer, talvez, por isso no futuro. A gente tem que começar a proteção logo nessa faixa etária lá, ensinar bem eles a usarem, e a tentar fazer com que eles pensem que não é tão bonito ficar bronzeado. Essa seria uma... Hoje, todo mundo gosta de ficar bronzeado.

Autoexame da pele: é importante se examinar ao menos uma vez por mês. Isto aqui, esta figura eu boto como uma coisa engraçada, porque isto aqui é a proteção ideal. Talvez só bota um negocinho ali de protetor e fica bem. Isto eu coloco, de novo, para salientar que a proteção ideal praticamente não existe. Todo mundo sabe, todo mundo sabe o que tem que fazer, como tem que passar, aquelas lezinhas dos gramas, etc., mas as pessoas passam e depois não repassam. E outra: quem é que quer ir para a praia, acordar às 5h da manhã para ir para a praia às 6h da manhã e voltar às 7h? Ninguém faz isso, porque o que menos querem é acordar cedo, porque acordam cedo todo ano. Então o que eles querem? Acordar tarde, tomar um café, ir para a praia ali pelas 10h com os amigos, tomar umas caipirinhas, dar o tal bom banho de sol; volta, de vez em quando, se esquece; quando vê, está com um ombrinho todo vermelho. Pô, vermelho é um perigo. Se está vermelho, já passou, digamos, do limite. Eu penso assim, a pessoa que tem a propensão a se queimar é como se ela fosse trabalhar todo dia e passasse por um corredor de maçarico queimando. Ela pode passar 364 dias botando a roupa de amianto para passar; um dia que ela não entre nesse corredor com a roupa e se queime, está feito o estrago; é a mesma coisa o sol. Infelizmente, é assim que a gente tem que pensar.

Então, só para ver, ainda dentro da campanha, que diz o que um olhar que cuida pode fazer... É um olhar que cuida, a gente foi cuidado e a gente vai cuidar das pessoas, então a gente tem que ter um olhar de cuidado para as pessoas que nos cercam, amigos, parentes, marido, mulher. Diz que um olhar que cuida é um olhar que salva.

Então eu quero só trazer da Agência Brasil aqui algumas coisas. Só para frisar, a gente vai ter um tsunami de pacientes idosos com câncer, devido ao envelhecimento populacional, isso é uma preocupação global. Quem lida com saúde pública, com insumos para a saúde pública, sabe que isso aqui está acendendo o sinal vermelho, porque vai ter uma população ativa menor e uma população que vai exigir cuidados muito maiores, porque as doenças crônicas vêm junto; por exemplo, as cardiovasculares e o câncer – o câncer é um deles, e hoje em dia é o que leva a maior parte dos recursos.

Passando para o próximo, aqui – isto é da Agência Brasil –, em quatro anos, subiu 400% o custo no tratamento do câncer, e só vai piorar. O que quer dizer isso? Ou a gente estanca de alguma forma em diagnóstico precoce e prevenção ou não vai ter dinheiro, vai ser economia de guerra, já está chegando a esse limite. Vai ser economia de guerra, tu vais ter que priorizar o que tu vais tratar, e, certamente, vai ter gente morrendo nisso, é isso o que vai acontecer. Não vai ter dinheiro para todo mundo. Os Estados Unidos estão passando por isso; nós, aqui no nosso País, vamos passar por isso também se a gente não souber como fazer agora, isso só piora. Então a gente pensa assim, a prevenção ideal é aquela que seria lá na idade precoce, lá na escola, ensinar a criança a importância do impacto da prevenção, ampliar esse conhecimento para as relações individuais da criança, ou seja, para os pais, para todos os familiares, e fazer com que isso perpetue para as outras gerações. Chegou um tempo em que a gente não escovava os dentes; os nossos bisavós não escovavam os dentes, muitas vezes. Então como é que a gente escova hoje? Por um hábito que foi sendo criado, criado, criado, e hoje tem cada vez menos cárie surgindo também, por dentifrícios que são melhores, mas por um hábito que a gente adquiriu, e hoje pouca gente deixa de escovar os dentes depois das refeições; mas isso é

um hábito que veio de gerações. Então idem para qualquer tipo de prevenção, seja na pele, seja em outras. Tem que começar lá e tem que ficar todo ano insistindo. Que nem eu sempre digo sobre o Dezembro Laranja, não tem que pensar no câncer de pele somente em dezembro, tem que pensar no ano todo. As campanhas são muito quadradinhas. Tu fazes a campanha da próstata, do câncer de mama e tal, mas tu esqueces, depois, que tem isso, e não pode. Esses impactos que esse tipo de neoplasia causa na nossa vida a gente tem que ver como uma coisa de todo ano. Tem que estabelecer parceria público-privada, estabelecer a escola junto, todo mundo, para a gente poder alertar e ter menos dessas condições, porque realmente, eu que lido com isso todo dia, lido com o problema, vejo que aqueles casos que eu mostrei são pequenos. Eu tenho outros, que eu vou mostrar para vocês, que são maiores, que é o que gente tem que evitar. Esse tipo de doença é impactante, isso porque eu lido com saúde suplementar e paliativos privados.

Quando eu dava aula no Clínicas, a gente tinha caras com uns tamanhos gigantes, porque esperavam o tratamento. Isso é impossível... (Ininteligível.) ...estar em casa com uma patologia esperando; não consegue consulta. Imagina esse cara dormindo de noite vendo o troço sangrar e tudo mais. É muito degradante, como humano, eu pensar em uma coisa como essa.

Agora, eu bato na tecla é disso aqui: diagnóstico precoce. Hoje, você tem uma população que vai desenvolver câncer de pele; ele não usou protetor solar, já teve o dano tecidual, já teve fotodano extenso, é isso que importa. Eu tenho que ensinar as pessoas a verem, a saberem identificar as lesões precoces para que eu tenha como evitar os casos complexos. Hoje a gente tem tecnologia para *screening*, porque tem que ter como filtrar isso também.

De novo um exemplo: quando eu estava no Clínicas, a gente pegava paciente de oncologia cutânea com cisto consultando ceratose seborreica. Isso não é câncer. Então, eu tirava da minha agenda um cara com câncer, porque teve alguém que o mandou consultar lá. Isso tem que ter um filtro, eu tenho que saber. Que nem tu falaste, 400 e poucas pessoas foram lá para fazer consulta. Dessas 400 e poucas pessoas, foram 70 e poucas, cerca de 20%, com lesão suspeita.

Então, tu imaginas colocar essas pessoas na lista de espera para consultar com um dermatologista no serviço de oncologia cutânea? Vão 400 pessoas para lá. Quantos deveriam ir? De 80 a 100 pessoas. Tu deverias ter feito esse filtro antes para essas pessoas não esperarem tanto tempo para chegar no serviço especializado. Por quê? Se eu tenho um cisto, essa pessoa não vai morrer de cisto. Se eu tenho um melanoma, em dois anos está como metástase, e daí o tratamento ou é muito mais oneroso, ou mata a pessoa. Então, a gente tem que estabelecer filtros lá embaixo. De novo: parceria público-privada – seja o que for – para tu evitares isso, ou seja, que 400 pessoas entrem na mesma fila. Pessoas com doenças benignas e pessoas com doenças malignas, ou com suspeitas, não podem estar na mesma fila. Tem que ter uma maneira de filtrar isso antes, e está tendo. Há *screening*, treinamento para que essas pessoas tenham o mais rápido possível esse diagnóstico. É política de guerra. Quem não precisa infelizmente vai ter que esperar; quem precisa vai ter que ter prioridade. Isso dá dinâmica ao tratamento, ou seja, quando diagnostica, tu tens que tratar rápido. Não adianta ficar dois anos esperando. Há um extremo impacto no custo. É óbvio. É um extremo impacto no custo.

(Procede-se à apresentação.)

**SR. RONALDO OLIVEIRA:** Olha aqui. É isso o que eu pego muitas vezes. (Aponta para a fotografia.) Nunca se tornou isso; isso aqui era isso aqui antes; isso aqui foi todo o rosto do paciente. É uma cirurgia que era de tirar ali... Eu sei que alguns tiveram câncer de pele: tu tiras lá, porque tu pegas pequeno, tiras e deu. E outra, eles não querem mais operar isso aqui. Aí vou ficar mutilado? Eles querem o quê? Cemiplimabe. É R\$ 50 mil ou mais. Eles não querem operar para ficar com o rosto mutilado, entram com judicialização, ganham – vão ganhar – e vão usar. Sabe até quando isso? Até resto da vida. Se funcionar, é o resto da vida. Não tiram isso deles. Então, imagina: se, para o plano saúde, está sendo oneroso isso, imagina para o SUS, que tem cobertor curto? É complicado.

Isso aqui também é a mesma coisa. (Aponta para a fotografia.) O paciente chegou assim, tentava SUS, não tinha biópsia, e estava com isso aqui. Não conseguia biópsia, pessoal; não conseguia consulta no SUS. Isso aqui é um baita carcinoma. Está deslocando o olho já, com penetração da parte cavitária – certamente, penetração –, talvez até a base cerebral. Isso aqui nunca nasce assim. Essa paciente não pode esperar em uma fila com um cisto para fazer biópsia disso. Tem que ter filtro para saber que essa tem prioridade. A gente está vendo muito isso hoje em dia.

Isso aqui também: melanoma extenso. Paciente esperou muito tempo. Olha o melanoma dele. (Aponta para a fotografia.) Isso aqui vai matá-lo, ou ele vai tentar fazer judicialização para ganhar algum tipo de terapêutica, só que isso não podia chegar a esse ponto.

É mesma coisa aqui, um tumor, melanoma, que era lentiginoso. Era um senhor com uma lesão pequena, esperando o SUS para fazer a biópsia. Melanoma nodular, metástase pulmonar, ou seja, era uma manchinha, lentigo, que se tornou esse melanoma, metástase, ou seja, tu a tira numa cirurgia de mil e poucos pilas, nem isso muitas vezes, e se toca para um gasto de centenas de milhares de reais. Isso não dá, um cara não pode esperar ter isso; isso impacta nele, muitas vezes são pais jovens, pais de família que têm que trabalhar para sustentar a família e acaba chegando a esse ponto, que é uma coisa que não dá para conceber.

Pode passar o próximo. Olha só, que beleza: sem nariz e sem olho. Isso também é mesma coisa, começa com uma coisa pequena aqui. Isso aqui foi tratamento indevido também. Então não adianta nem chegar no SUS e chegar num lugar que não sabe tratar, certo? Porque isso aqui a gente sabe hoje e hoje isso é básico, em qualquer lugar do mundo, que tratamentos têm que ser especializados, com equipes multidisciplinares. Esse paciente foi operado, no SUS, até teve uma execução errada, leitura inadequada do anatomopatológico, que exigia uma radioterapia adjuvante, o outro cirurgião que pegou fez também... Então, a mesma coisa, não adianta tu ter toda... Conseguiu, mas também, chegar em núcleos que não sabem como fazer. Claro que se chegar

pequeninho, eles conseguem, mas são exceções. Mas também tu tens que cuidar para não chegar a esse ponto, porque isso aqui a paciente está viva, não consegue comer, é fétido, ela não consegue ir para a rua mais, ela não tem vida de relação mais. Isso é um... Imagina, ela é lúcida, conversando contigo, não conseguindo comer mais e sem olho e sem nariz; esse era o olho bom dela. Isso que a gente pega; então imagina o SUS.

É isso que eu tenho aqui para falar, eu sei que foi um pouco impactante no final, mas é como falei, eu acho que esses impactos é que fazem a gente pensar que tudo inicia numa coisinha pequena, é que nem bola de neve, tu vais jogando-a, quando vê lá embaixo, tu não consegues segurar mais; caminhão na banguela. Então a gente tem que pensar justamente isso, para gente poder fazer a prevenção. E o câncer de pele ele não deve ser subestimado, como a gente vê aí e por muito tempo foi. Obrigado pela atenção de vocês.

**PRESIDENTE JOSÉ FREITAS (REP):** Nós que agradecemos, Dr. Ronaldo, pela apresentação e esses esclarecimentos a todos nós. Pergunto se tem alguém da plateia que queira fazer alguma pergunta. (Pausa.) Não temos? Dr. Rafael, representante da OAB, está com a palavra.

**SR. RAFAEL ABECH DIAS:** Obrigado, presidente. Doutor, eu gostaria de fazer uma pergunta: se a telemedicina, a telessaúde pode auxiliar, pode nos ajudar a diminuir, pelo menos, o diagnóstico, enfim.

**SR. RONALDO OLIVEIRA:** A gente tem que cuidar um pouco com a telemedicina a parte de imagem, porque, uma coisa é tu fazer acompanhamentos com telemedicina, que fica muito mais fácil. Agora, hoje em dia tem como, tem aplicativos surgindo para pessoa conseguir tirar foto, com uma definição muito grande e alguém interpretar isso, já existe aqui no Estado que eu saiba. Mas não sei qual é o nome do projeto, mas existe, que tu tens o aplicativo e tu tira foto e vai para uma central de regulagem, onde vai ver: não, esse aqui, realmente tem mais indicativo de ser o melanoma, um carcinoma; e

conseguir fazer um filtro. A tecnologia vai ser o berço de tudo. Então a telemedicina ajuda muito isso.

**SR. RAFAEL ABECH DIAS:** Nós tivemos, semestre passado o Congresso Estadual de Saúde na OAB, e o presidente do Instituto de Câncer Infantil apresentou um dado que eu achei bastante significativo, a redução do número de óbitos em razão da instituição de centros especializados. Isso também é um fator que pode melhorar muito o resultado e a eficiência dos tratamentos, não?

**SR. RONALDO OLIVEIRA:** É, qual o motivo? Hoje a medicina se tornou muito ampla. Tu vê, eu faço uma área extremamente específica, faço câncer de pele e vou dizer, se eu não fico estudando todo o dia, ou vendo coisa, a gente se perde, então, tu imaginas quem faz coisa geral. Então núcleos de especialização são muito importantes até para tu ter um maior... Eu digo assim, até para resumir um pouco, a gente tem os dois pesos da medicina hoje: a prevenção; e, se tu não tens prevenção, tem a doença, é precisão; tratar da melhor forma possível para não ter desdobramentos ruins. Se vou operar meu pâncreas, se eu tiver que operar um dia, eu sei quem é, entendeu? Para que eu saia do hospital cinco dias depois; eu não quero ficar na UTI porque alguém me operou mal. Essa é uma preocupação, quanto mais complexidade maior a necessidade de centros mais especializados. O que a gente vê hoje também é assim: tu podes ter um vínculo muito bom com núcleos de Atenção Primária que não tem tanta especialização assim, mas, de alguma forma, com núcleos terciários, sem ter que mandar o paciente para lá, porque o grande problema hoje é isso, cara, eu recebia, no hospital terciário como o Clínicas, casos que poderiam ter ficado num posto de saúde. Não tem cabimento isso. Então tu podes chegar num determinado caso e filtrar. Então hoje tem como, com a telemedicina, com esses aplicativos nossos, com esses Wearables que a gente está usando para tudo, não só para pele, mas para parte de controle de diabetes, para uma série de coisas que aqui realmente vão fazer um impacto muito grande, mas tem que ter

força de vontade para poder integrar esse tipo de instrumento na aplicabilidade pública.

**PRESIDENTE JOSÉ FREITAS (REP):** Obrigado. A Sra. Claudia, representando a Secretaria Municipal da Saúde.

**SRA. CLAUDIA LOSS RECK:** Então, realmente, assim, hoje a gente tem o sistema de regulação onde a gente consegue fazer esse filtro dos pacientes; obviamente que um paciente que tenha um cisto sebáceo, por exemplo, ele vai ter uma prioridade muito menor do que um paciente que tenha suspeita de lesão de câncer de pele. Então, hoje, todo paciente que tem, pelo próprio sistema Gercon, quando o profissional da unidade de saúde insere a solicitação para um médico dermatologista ou para uma outra especialidade, o médico regulador, e hoje quem faz regulação é um dermatologista, e, muitas vezes, pelo próprio sistema, a gente tem como aplicar, colocar uma foto da lesão para que o dermatologista possa visualizar essa lesão e poder ter o seu olhar. Então esses casos que são suspeitas de neoplasia são priorizados. Hoje, um paciente com suspeita de câncer de pele, que fica na prioridade 1 ou 2, em média, ele leva de 15 a 20 dias para ser atendido, no Município, pelo dermatologista. A gente teve um incremento de três médicos dermatologistas no Município nesse ano de 2023. Então a gente conseguiu dar uma agilidade maior nesses casos, e hoje está sendo desenvolvido pela Procempa um aplicativo de inteligência artificial, onde o profissional da unidade de saúde vai poder tirar uma foto com o seu próprio celular, ou com o celular da unidade de saúde, enfim, e esse aplicativo consegue então, através da inteligência artificial, dizer da probabilidade daquela lesão ser neoplásica ou não. Então essa foto, essa imagem, é inserida no sistema Gercon e aí passa pela regulação do dermatologista onde ele então consegue fazer, enfim, um encaminhamento mais correto daquela lesão. E aí existe já hoje o DermatoNet, onde o paciente também pode inserir a foto e vai para uma central de dermatologistas que pode avaliar a lesão. Então tem se desenvolvido essas tecnologias para justamente um diagnóstico mais precoce

e, obviamente, o tratamento mais precoce; obviamente que uma lesão pequena vai ter um tratamento muito diferente dessas lesões que a gente acabou vendo, que são lesões muito mais extensas.

**SR. RONALDO OLIVEIRA:** Em relação ao aplicativo, quem que está validando isso? Porque a Google tem um aplicativo já que não foi validado pelo FDA, e a Google que tem um dinheiro absurdo, e a gente está tentando trazer para cá, para validar no Brasil isso, com as unidades da Oncolínicas, que são cento e sessenta e poucas no Brasil, porque daí tu tem a heterogeneidade da população, que é o que eles não têm tanto lá. Então esse é um grande cuidado, por quê? Porque quem é que paga a conta disso se, por acaso, a inteligência artificial dizer que não é tumor e é tumor... Sabe, esse é o grande problema. Lá não foi validado, porque é assim: ou tu aumenta muito a sensibilidade, que é ruim, ou seja, de 100 tu vai dizer que 98 é tumor, para não ter o risco, certo, e daí a especificidade é muito pequena, então essa ferramenta muitas vezes é complexa, porque justamente é isso, lá eles têm muito medo da judicialização em relação a isso, de tu dizer que não é ou ficar em cima do muro, e quem é que valida esse tipo de caso, porque o número de pessoas para validação tem que ser muito alta, a população tem que ser muito heterogênea para poder validar. Eu tenho uma reunião na Tecnopuc, que eles estão desenvolvendo um lá também, talvez em parceria com os Estados Unidos, para ver justamente esses mecanismos de validação.

**PRÉSIDENTE JOSÉ FREITAS (REP):** Obrigado, Dr. Ronaldo. Eu vou passar em seguida para a Ver.<sup>a</sup> Cláudia Araújo, mas eu quero até a título de testemunho meu, alertar as pessoas que nos assistem, a gente vê aqui, diante daquilo que nós ouvimos e assistimos, o quanto são importantes os mutirões, como o que foi feito pela Secretaria da Saúde. E aqui segue um alerta do índice de pessoas: dessas quatrocentas e poucas que foram atendidas, setenta e poucas, 20%, tem suspeita – um alerta. Quando eu fui é diagnosticado, faz uns dois anos, mais ou menos, fui por causa de uma verruga que eu tenho de quase um centímetro nas

costas, inclusive não consegui até hoje removê-la, já faz dois anos, o médico não quis me levar para a cirurgia por causa da covid; agora consegui uma consulta para o dia 12 para ver se vão remover. E quando eu fui no dermatologista, eu disse para ele: “A idade vai chegando e vão aparecendo as pintas, os caroços, os tumores! Inclusive apareceu essa aqui e cresceu muito rápido”. Ele disse: “Essa aí merece uma atenção”, e foi examinar. “Isso aí é maligno, nós vamos ter que tratar; não vou te levar para cirurgia por causa da covid, vamos tratar com pomada”. Eu disse: “Mas é só uma pintinha, doutor!” Ele disse que era maligna, que íamos fazer exames e tal, e depois se constatou, e ele disse iríamos tratar com pomada e ver como iria se comportar. Ele disse: “É muito silenciosa”. Aí que eu chamo atenção das pessoas, ela é muito silenciosa e, às vezes, é só uma pintinha e já está lá no cérebro, como o senhor mostrou aqui. Realmente, eu comecei com pomada, fazendo curativo diariamente, e ficou 40 dias saindo uma podridão de dentro, e agora eu tenho que estar sempre acompanhando.

(Manifestação fora do microfone. Inaudível.)

**PRESIDENTE JOSÉ FREITAS (REP):** É privado, convênio. Então fica o alerta, qualquer pintinha... A colega Tanise falou que, quando ela passou no DEMHAB, viu que os servidores não se cuidam; eu fiquei até os 18 anos no interior, trabalhando na roça, e o que nós usávamos na roça? Nem um chapéu! Era só um calçãozinho, pé descalço, na lavoura; assim foi até os meus 18 anos, quando eu cheguei em Porto Alegre, e agora começa aparecer.

De imediato eu passo para a colega proponente, parabéns mais uma vez, porque segue o alerta para todos que nos assistem. Passo para a Ver.<sup>a</sup> Cláudia Araújo para fazer os encaminhamentos.

**VEREADORA CLÁUDIA ARAÚJO (PSD):** Primeiro, quero agradecer a apresentação muito esclarecedora e importante com relação ao tema. Eu sei da tua dedicação a isso, te conheço há muito tempo e sei o quanto tu trabalhas para salvar vidas. Isso é muito importante. O SUS é o melhor sistema do mundo,

desde que a gente tenha acesso a ele. A nossa maior dificuldade é que a gente consiga ter acesso. A partir do momento que tu entras no sistema, ele é fantástico, e a grande maioria das pessoas – a pandemia trouxe isso – dependem hoje do SUS. A gente sabe que tem um déficit financeiro muito grande para conseguir atender todas as pessoas, então muitas pessoas com câncer infelizmente vão sofrer, e muitas vezes com a sua própria vida. Acho que as parcerias público-privadas são extremamente importantes, a gente tem que trabalhar isso dentro do sistema, o prefeito Melo trabalha muito com essa questão da parceria, porque ninguém faz nada sozinho. A partir do momento que a gente tem o privado, que tem condições de comportar parte disso, por que o público, em união, não consegue fazer? Temos que fazer cada vez mais isso. A gente acaba pagando muito caro pelo pós, e a gente podia tratar o pré. Eu tenho um projeto tramitando na Casa que é para que a gente possa diagnosticar e iniciar o tratamento de qualquer tipo de neoplasia maligna em 30 dias. Esse projeto não passou na CCJ, infelizmente, eu não consigo entender por quê. Mas ele tramita nas outras comissões e, nas outras comissões, ele foi aprovado então ele vai para o plenário e vai ser votado. Eu espero sinceramente que a gente consiga aprovar porque a gente sabe que a gente tem uma legislação federal que diz que, em 60 dias, precisa ser executado. Mas, em nível de Município, a gente pode reduzir esse prazo e, se a gente conseguir fazer isso, a gente vai conseguir, com certeza, salvar mais vidas.

Com relação à regulação que a Cláudia falou, eu tenho muitas restrições com relação à priorização da regulação. Eu acho que a gente vem melhorando, mas a gente ainda tem muito que evoluir com relação à regulação. Porque, na verdade, quem coloca lá na regulação, muitas vezes, não tem tempo hábil para fazer a mudança. O médico coloca, prioriza, às vezes não prioriza como deveria priorizar, e aquilo avança, evolui em pouco tempo. E a gente não consegue ter esse acesso, acaba a pessoa ficando na fila esperando. Eu tenho algumas restrições com relação a isso, acho que a gente tem que trabalhar mais para poder oportunizar mais celeridade com relação à regulação.

Eu queria deixar como encaminhamento um pedido de informação para a Secretaria de Saúde com relação às biópsias, porque eu acho que é importante a gente saber o que que a gente tem de demanda represada, porque eu sei que a gente tem muitas. E qual o parecer da secretaria com relação a isso, porque a grande maioria dos cânceres precisa da biópsia para que a gente possa evoluir, não é, Dr. Ronaldo?

**SR. RONALDO OLIVEIRA:** A experiência de casos que vêm, que não conseguem consulta, vão para o consultório privado. Se ele não tem diagnóstico, ele não consegue acesso, isso é bem difícil.

**VEREADORA CLÁUDIA ARAÚJO (PSD):** E a biópsia é prioridade?

**SR. RONALDO OLIVEIRA:** Quando tem diagnóstico, a gente faz um laudo porque diz assim: “Olha, pode se desdobrar dessa forma com custos pelo privado, ou a gente vai fazer um laudo, está aqui a tua biópsia” e pede prioridade, conforme a legislação tal e geralmente eles conseguem rápido. Mas, sem a biópsia, muitas vezes, tu vês um caso com suspeita, daí tu propõe: “Vamos tentar o SUS, por exemplo”. Depois de três, quatro, cinco meses eles estão lá de novo com uma lesão maior para fazer a biópsia.

**VEREADORA CLÁUDIA ARAÚJO (PSD):** Eu recebo muito pedido, com relação à saúde, de ajuda diário. E o que a Claudia fala que, normalmente, depois do encaminhamento 14, 15 dias a pessoa é chamada para atendimento, não é a realidade que eu que eu convivo das pessoas que me pedem ajuda. Eu vejo muita gente, por muito tempo, esperando por um atendimento principalmente para poder fazer uma biópsia. Então isso é uma coisa que me preocupa bastante, porque a gente depende disso para evoluir o tratamento.

E eu queria propor também, além do pedido de informação, que a gente pudesse fazer uma visita lá na tua clínica para que a gente pudesse conhecer um pouco mais. Talvez a gente não consiga agora no final do ano, mas esta comissão

continua e se mantém para o próximo ano. Então, se a gente puder deixar esse encaminhamento para que a gente pudesse fazer uma visita, acho que é importante conhecer o trabalho que vocês realizam. E para a gente buscar junto com a secretaria, talvez, uma parceria público-privada.

**SR. RONALDO OLIVEIR:** A gente agradece, digamos essa proposta de poder conhecer lá. e também, como falei para vocês, eu estou hoje vinculado a um Oncoclínicas, que é o maior núcleo mundial, um dos maiores núcleos mundiais de oncologia, a gente está encampando a PUC, a parte oncológica da PUC. Eu estou lá tentando, há dois anos, montar um núcleo de oncologia cutânea, que vai ser muito bom e, talvez, também dê para fazer uma série de eventos e com a participação do privado e tudo mais lá dentro. Já é um hospital já fadado um pouco.

**PRESIDENTE JOSÉ FREITAS (REP):** Diante disso, nós queremos agradecer então a presença do Dr. Rafael, representando a OAB; do Dr. Ronaldo, que nos trouxe essa apresentação; da Claudia, representante a Secretaria de Saúde. Muito obrigado, então, e que Deus continue sempre nos abençoando. Uma boa tarde a todos, um abraço. Nada mais havendo a tratar, encerro os trabalhos da presente reunião.

(Encerra-se a reunião às 11h50min.)