



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

REUNIÃO

11/05/2022 - 17ª - Comissão de Assuntos Sociais

O SR. PRESIDENTE (Romário. Bloco Parlamentar Vanguarda/PL - RJ. Fala da Presidência.) - Bom dia a todos.

Havendo número regimental, declaro aberta a 17ª Reunião, Extraordinária, da Comissão de Assuntos Sociais da 4ª Sessão Legislativa Ordinária da 56ª Legislatura.

A presente reunião atende ao Requerimento nº 29, de 2022, da CAS, de minha autoria, para a realização de audiência pública destinada a debater sobre doença crônica renal e a conscientização, em âmbito nacional, sobre o fomento e a diálise peritoneal.

Informo que a audiência tem a cobertura da TV Senado, da Agência Senado, do *Jornal do Senado*, da Rádio Senado e contará com os serviços de interatividade com os cidadãos pela Ouvidoria, através do telefone 0800-0612211, e pelo 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.

Tenho aqui a lista de convidados.

Quero, primeiramente, agradecer a presença de todos vocês, em especial a do meu amigo Deputado Renato Zaca. Cadê V. Exa.? Obrigado pela presença, amigo.

Convidamos para participar da mesa: a Sra. Marcia Maria Muniz de Queiroz Studart, representante da Associação Brasileira dos Centros de Diálise e Transplante - obrigado pela presença -; o Sr. Daniel Calazans, Vice-Presidente da Sociedade Brasileira de Nefrologia - obrigado, Sr. Daniel -; a Sra. Maria de Lourdes da Silva Alves, Presidente da Federação Nacional da Associação de Pacientes Renais e Transplantados do Brasil (Fenapar), que não se encontra; o Deputado Estadual Renato Zaca; a Sra. Patrícia Peres de Souza, Coordenadora-Geral de Atenção Especializada, substituta, do Ministério da Saúde, *online*; a Sra. Marcia Barros Giannetti, Consultora Técnica da Coordenação-Geral de Atenção Especializada do Ministério da Saúde, também *online*, confirmada - obrigado pela presença, Sra. Marcia Barros -; o Sr. Hugo Abensur, Coordenador do Programa de Diálise Peritoneal do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - muito obrigado, Doutor.

Vamos dar início à nossa audiência pública

Começaremos com o Sr. Hugo Abensur, já que tem um compromisso logo após esta audiência.

Sr. Hugo, o senhor tem dez minutos.

O SR. HUGO ABENSUR (Para expor.) - Inicialmente, eu queria agradecer a oportunidade e parabenizar o Senador pelo empenho nesta sessão, que é muito importante para nós e, em primeira instância, para os nossos pacientes portadores de doença renal crônica.

A doença renal crônica se caracteriza por uma alteração da função renal ou da estrutura do rim. Então, nós podemos falar que o indivíduo tem doença renal crônica mesmo que a função renal esteja normal, se ele tiver um marcador de lesão estrutural, como perder, por exemplo, proteína na urina. Isso já mostra que tem algum problema no rim, mesmo que ele esteja com uma filtração boa. E, para detectar a doença renal crônica, são dois exames simples.

Um seria a creatinina no sangue, que a gente joga... A creatinina é uma substância que é produzida no músculo que o rim tem que limpar do sangue. Se a creatinina sobe, isso significa que o rim não está funcionando bem. E a gente joga o valor da creatinina numa equação e a transforma em ritmo de filtração glomerular. Normalmente, a gente filtra acima de 90ml por minuto. E, à medida que o indivíduo vai perdendo função renal, vai caindo o ritmo de filtração glomerular; vai caindo de 90 para 60 a 89... São os diversos estágios. Quando o paciente chega com 10ml por minuto de ritmo de filtração glomerular, ele já precisa de uma terapia renal substitutiva. Ele vai precisar de hemodiálise, diálise peritoneal e, se ele tiver condições clínicas e tiver um doador, ele pode fazer o transplante de rim direto. Então, a doença renal crônica começa em 100% de função renal até chegar a 0%.

Bom, o que é a nossa ideia? A primeira coisa é dizer para vocês que a doença renal crônica é muito prevalente nesses diversos estágios. Mais ou menos 10% da população têm algum grau de disfunção renal. Então, é uma coisa preocupante. E tem que se lembrar que as duas principais causas de doença renal crônica são: diabetes e hipertensão arterial. São duas condições que a gente pode prevenir com uma vida saudável, evitando obesidade. E, uma vez o paciente sendo diabético e hipertenso, tem que se tratar bem, para que ele não venha a desenvolver doença renal crônica. Se a gente entrar em uma sala de diálise, 70% dos pacientes são diabéticos ou hipertensos. Então, nós precisamos de uma atenção primária forte para diminuir o número de pacientes que chega à diálise.

Aqui no Brasil, nós temos poucos dados, mas, em estágio 3, que seria abaixo de 60% de função renal, cerca de 6,7% da população teriam doença renal crônica; nos estágios mais avançados, abaixo de 30%, 0,3% da população teria doença renal crônica. Nós temos 140 mil pacientes em diálise. Esses 140 mil pacientes em diálise consomem 5% do orçamento da saúde da média e alta complexidade. Essa é a carga econômica. Infelizmente - e os outros colegas vão comentar sobre isto -, todo o procedimento de diálise, tudo isso é em dólar, e nós não estamos conseguindo sobreviver com o que é pago pelas sessões de diálise, atualmente, no Brasil. Isso vai ser comentado mais para a frente.

Eu vim falar de uma coisa importante que é a prevenção. A ideia que eu tenho é que a gente tem que diminuir o ritmo de perda de função renal para diminuir, postergar e retardar o início da diálise. Então, nós temos, pelo Ministério da Saúde, uma diretriz muito boa de condução de doença renal crônica, só que ela foi feita em 2014, e, de 2014 para cá, houve avanços no sentido de retardar a progressão da doença renal crônica. O que a gente pleiteia é que essa diretriz seja atualizada e que sejam incorporadas drogas que fazem com que haja um retardo da progressão da doença renal crônica, como os inibidores de SGLT2, que são drogas para diabetes que também protegem quem não é diabético e diminuem a progressão da doença renal crônica, como a dapagliflozina. Também a dieta muito pobre em proteína praticamente vegetariana nas fases mais avançadas de doença renal crônica, suplementada com aminoácidos especiais, retarda a progressão da doença renal crônica nas fases mais finais. Então, são drogas que precisariam ser incorporadas via Conitec; e que na diretriz de tratamento da doença renal crônica elas fossem colocadas para o tratamento dos nossos pacientes. Com isso, vai se postergar... Nós vamos precisar aumentar o custo da diálise, mas, ao mesmo tempo, a gente pode tentar diminuir a chegada de pacientes a programas de diálise. Então, a ideia da diretriz seria a sua atualização para incluir os inibidores de SGLT2 e incluir a cetodieta.

Aqui, a cetodieta seria o indivíduo já abaixo de 30 receber uma dieta vegetariana e ser suplementado com os aminoácidos. Ele passaria a ser um vegetariano com esse aminoácido especial. Esse aminoácido é incompleto e vai pegar a ureia que está acumulada na doença renal crônica e completar o aminoácido. Com isso, ele baixa as toxinas. Ele baixa a ureia, e o paciente pode ficar mais tempo sem diálise. Às vezes, a gente tem pacientes idosos, muito idosos, que nem têm condição de fazer diálise. Então, a gente pode ofertar isso como último tratamento final para esses pacientes também.

Tem vários estudos comprovando a eficácia desse tratamento em proteger a doença renal crônica. São vários resultados importantes que não cabe aqui a gente salientar. Seria, então, concluindo, uma alternativa boa para esses pacientes com doença renal crônica. São metanálises que combinam vários estudos mostrando a eficiência dessa dieta, e os *guidelines* internacionais, as diretrizes internacionais têm recomendado isso.

Esse aqui é o KDOQI, que é americano, recomendando o uso da dieta. Tem uma diretriz nacional de nutrição também recomendando o uso dessa dieta. E os estudos com economia mostram que o tratamento vai sair mais barato do que o paciente entrar em diálise, porque você vai postergar o início da diálise, e o custo dessa dieta não é tão caro quanto o custo da diálise.

E aqui um estudo mostrando em amarelo quem usou a dieta e quem não usou. Quem usou a dieta, a gente vê em amarelo que preservou mais a função renal em comparação com quem não usou. De um grupo de, mais ou menos, 200 pacientes, 11 entraram em diálise com a dieta, e 30 pacientes, nesse mesmo período, três vezes mais, entraram em diálise quando não fazem a diálise. A ureia abaixa.

Então, a minha ideia aqui, o meu papel é o seguinte: eu acho que tem alguns gargalos que a gente pode melhorar. Resumidamente, quais seriam os gargalos que eu acho que a gente tem? Nós temos que educar a atenção primária para diagnosticar a doença renal crônica precoce e fazer intervenções precoces. A educação passaria por ensinar a diagnosticar, o que é simples, é a dosagem de creatinina e albumina na urina.

Uma vez educados, temos que educar a tratar. As metas do tratamento são diminuir a progressão da doença renal crônica e tratar as complicações que vão aparecendo. À medida que o indivíduo vai perdendo a função renal, vão aparecendo a anemia, doenças ósseas, doenças cardíacas, e a doença renal crônica é um fator de risco cardiovascular maior até que a hipertensão, que o colesterol alto, e a principal causa de mortalidade dos nossos pacientes é cardiovascular.

Então, nós temos que educar a atenção primária. Nós não temos nefrologista para atender a 10% da população. Então, nós precisamos contar com a estrutura da saúde básica. E instituir drogas que diminuam a progressão. O que o Ministério tem atualmente na diretriz é alguns anti-hipertensivos que são bons também para diminuir a progressão, que são os inibidores da enzima de conversão, e os bloqueadores e receptores de angiotensina. Precisávamos acrescentar os inibidores de SGLT2 e essa cetodieta que eu comentei com vocês.

E, depois disso, nós temos que dar opções, na hora em que o paciente vai para a parte final do seu tratamento de diálise... Tem a diálise peritoneal, tem a hemodiálise e tem o transplante. Agora, a diálise peritoneal no Brasil é só em 6% dos pacientes, e a gente acha que teria que oferecer mais essa opção. E já tem estudos internacionais mostrando que, quando você oferece, 50% optam por uma e 50% optam pela outra.

A diálise peritoneal é feita na casa do paciente. Então, nós precisamos treinar mais os nossos nefrologistas para a diálise peritoneal, dar melhores condições para que ele faça a diálise peritoneal. Essa é uma alternativa boa, basta imaginar o indivíduo que mora... Nós temos, acho, 5 mil cidades no Brasil servidas por diálise, mas quantas cidades nós temos no Brasil? Tem paciente que acorda de manhã cedo e vai demorar 3 horas para chegar à unidade de hemodiálise, faz a sessão de diálise em mais 4 horas e, depois, são mais 3 horas para voltar, quando ele poderia fazer a diálise na casa dele, a diálise peritoneal. Então, essa é uma alternativa boa, principalmente no Brasil, que é um país continental, para pacientes que têm dificuldade de locomoção, pacientes idosos - tudo isso seria uma indicação também para a diálise peritoneal.

Eu termino aqui, pedindo, então, que a gente lute para conseguir essas melhorias para os nossos pacientes.

Agradeço mais uma vez a oportunidade.

O SR. PRESIDENTE (Romário. Bloco Parlamentar Vanguarda/PL - RJ) - Muito obrigado, Sr. Hugo.

O senhor vai poder permanecer?

(Intervenção fora do microfone.)

O SR. PRESIDENTE (Romário. Bloco Parlamentar Vanguarda/PL - RJ) - Ah, é que eu tenho umas perguntas aqui para o senhor. Vou esperar para fazê-las depois que os nossos convidados também fizerem as suas explicações.

Sra. Marcia Maria Muniz de Queiroz Studart com a palavra, por favor.

A SRA. MARCIA MARIA MUNIZ DE QUEIROZ STUDART (Para expor.) - Obrigada.

Eu gostaria de agradecer o convite, parabenizar a iniciativa, parabenizar o Dr. Hugo.

Eu vou complementar e enfatizar um pouquinho a diálise peritoneal.

Agora, em março de 2022, foi publicado o último censo da Sociedade Brasileira de Nefrologia sobre diálise, ele é referente ao ano de 2020. Como foi comentado pelo Dr. Hugo, 10% da população mundial têm o diagnóstico de doença renal crônica, e isso é semelhante aqui no Brasil. É uma doença que vem, em incidência e prevalência, aumentando. Aqui no Brasil nós temos aproximadamente 145 mil - esses dados foram atualizados - pacientes em diálise. Desses 145 mil pacientes em diálise, 92,5% fazem hemodiálise e só 7,5% fazem diálise peritoneal. Desses pacientes também, 81% são financiados, reembolsados, pelo SUS; 18% a 19%, pelos planos de saúde.

Como foi comentado também, mais de 60% dos pacientes são hipertensos e diabéticos. A doença renal crônica vem aumentando em prevalência e incidência juntamente com o envelhecimento populacional, que é um fenômeno global, e a tendência é continuar aumentando junto com essa transição demográfica pela qual nós estamos passando.

O paciente que tem uma taxa de filtração glomerular menor do que 10%, 10ml por minuto, tem indicação de iniciar a terapia renal substitutiva, e a maioria opta por hemodiálise, por desconhecimento, desconhecimento populacional geral e falta de conhecimento, infelizmente, médico e da enfermagem. Nós temos uma formação insuficiente e deficiente em diálise peritoneal, menos de 10% dos currículos de residência médica em nefrologia, e ela é um tipo de terapia, também como foi comentado, que virtualmente qualquer paciente que tenha indicação de terapia renal substitutiva pode fazer - hemodiálise ou diálise peritoneal.

A diálise peritoneal tem algumas características inerentes à técnica. Ela é realizada através de um cateter na cavidade peritoneal, uma máquina chamada de cicladora que tem duas opções: pode ser manual, como pode ser automatizada, que é a principal modalidade hoje no Brasil. A máquina é pré-programada pelo médico, e o paciente faz durante a noite, dormindo, é uma terapia indolor ao longo de toda a noite. Ele faz em ciclos repetidos a infusão dessa solução de diálise peritoneal. Existe uma membrana de revestimento interno na cavidade abdominal que é equivalente a um filtro de hemodiálise, então, a infusão dessa solução permite o contato dessa solução, através dessa membrana, com os vasos sanguíneos do peritônio, e assim acontece a difusão dessas substâncias tóxicas que estão no corpo, produto do metabolismo gerado, e a retirada de líquido do corpo em excesso, através de uma substância osmótica que está presente também na solução de diálise.

A diálise peritoneal, como eu falei, preserva os vasos do paciente, é um acesso intraperitoneal, não é feito pelo sangue; é feita no domicílio do paciente, é um tipo de terapia que tem eficácia semelhante à hemodiálise, os pacientes têm a mesma sobrevida, a mesma taxa de mortalidade, elas têm eficácia semelhante, mas é uma terapia mais lenta, mais fisiológica. O paciente, para ficar metabolicamente equilibrado, precisa fazer 30, 40, 70 horas de diálise por semana, quando, na hemodiálise, pelo menos 12 horas já são o suficiente. Porém, na hemodiálise, o paciente se desloca para um centro para fazer a terapia, e a diálise peritoneal é feita 100% em domicílio pela máquina ou através da terapia manual, feita por uma bolsa manual, pela gravidade, e a gente consegue selecionar um paciente que se adapte a uma terapia ou outra.

Existem algumas contraindicações raras, poucas, na diálise peritoneal: fístulas abdominais, pacientes que se submeteram a várias cirurgias abdominais, que têm muitas bridas, aderências, órgãos visceromegalias, alguns órgãos abdominais muito grandes que não permitem um preenchimento com volume adequado. Contraindicações absolutas são muito raras, como eu falei, e existem algumas indicações que devem ser priorizadas na diálise peritoneal, como a infância, a criança, obviamente, que tem que ser diálise peritoneal, na maioria das vezes, por não dispor de vasos adequados; idosos; cardiopatas, principalmente, é uma terapia que vai muito bem para o paciente cardiopata, porque é uma terapia que não leva a grandes variações eletrolíticas, metabólicas e hemodinâmicas, que levam a tanto impacto no paciente que tem cardiomegalia, que tem cardiopatia isquêmica, que é tão prevalente nesses nossos pacientes.

E o que a gente vê aqui no Distrito Federal e no Brasil de maneira geral? Cada vez menos diálise peritoneal, cada vez menos diálise pelo SUS. As clínicas que são conveniadas ao SUS estão fechando, as que são parte pelo plano de saúde e parte pelo SUS estão reduzindo sua cobertura. Tem pacientes internados - eu sou médica assistencialista na rede pública - há meses com condições de alta sem vaga de hemodiálise, porque eles não têm conhecimento, e a gente tem essa luta diária de falar, apresentar, convencer sobre a diálise peritoneal. Para o paciente, como o Dr. Hugo falou, que mora em municípios distantes, é totalmente inviável, os centros de diálise estão em capitais, em grandes cidades. Como é que o paciente vai passar três, quatro, cinco horas se deslocando para um local, faz quatro horas de diálise, depois viaja novamente para o seu município, quando a diálise peritoneal é 100% domiciliar?

A gente faz o atendimento uma vez por mês no paciente e, agora, com a pandemia, foi regulamentada a telemedicina. A gente faz o atendimento que pode ser presencial, a gente tem habitualmente alternado, dependendo de onde o paciente mora, a gente tem um mês presencial e um mês feito em telemedicina. A eficácia é total, a gente tem um paciente na mão, faz exames mensais, o paciente manda para a gente, a gente consegue fazer o ajuste da prescrição e tem sido muito bom e muito interessante.

Com a pandemia, os pacientes sem diálise, que se contaminaram pelo coronavírus, 95% eram de hemodiálise, menos de 5% desses pacientes faziam diálise peritoneal e isso foi muito interessante porque o paciente na diálise peritoneal conseguiu se isolar, ele se isolou e sua família se isolou. O da hemodiálise não, ele se contaminava no centro, ele contaminava a família inteira, a mortalidade disparou nos pacientes renais crônicos. A nossa taxa de mortalidade já é muito alta em relação à população em geral, obviamente, principalmente por doença cardiovascular e, depois, infecção, e essa mortalidade disparou a letalidade pelos pacientes.

Os pacientes dialíticos que se contaminaram pelo coronavírus chegavam a mais de 25%, então, foi uma coisa realmente dramática que nós vivemos nesses dois anos, um caos. Um caos, não havia vaga, não havia vaga para ninguém e os hospitais de campanha salvaram a vida de muita gente, mas nós somos - quem trabalha sabe, quem trabalha em clínica sabe - muito, muito mal remunerados, não dá, não dá para sobreviver sendo exclusivamente conveniada ao SUS. É impossível sobreviver! Com a hemodiálise e a diálise peritoneal exclusivamente é impossível você receber o valor que você recebe, cuidar e dar o atendimento, geralmente o gasto é maior do que o que a gente recebe, realmente é impossível sobreviver com uma clínica exclusivamente financiada, reembolsada pelo SUS.

Então, eu estou aqui para fazer esse apelo. Eu sou uma entusiasmada com a técnica, com esse perfil de paciente, todo mundo que trabalha com certeza compartilha disso e a nossa intenção é essa, é ter um olho a mais por esses pacientes, que

é uma população tão grande, que vem sofrendo tanto e nós também viemos sofrendo, estamos extremamente limitados em cuidar.

Muito obrigada.

O SR. PRESIDENTE (Romário. Bloco Parlamentar Vanguarda/PL - RJ) - Muito obrigado, Prof. Marcia.

Passo a palavra, agora, ao Sr. Daniel Calazans.

O senhor tem dez minutos.

O SR. DANIEL CALAZANS (Para expor.) - Muito obrigado, Senador Romário, pela oportunidade em poder debater sobre a doença renal crônica, um tema tão importante em âmbito nacional, e sobre um pouco do fomento da terapia renal substitutiva.

Cumprimento aqui os meus colegas que me antecederam com palestras muito elucidadoras, muito importantes.

Dr. Hugo Abensur, parabéns pela explanação.

Parabéns, Dra. Marcia, eu acho que você conseguiu resumir com elementos realmente que me dificultam mais agora trazer elementos novos.

Então, obrigado ao Deputado Renato Zaca, que nos recebeu no Rio de Janeiro, que tem se empenhado na causa, e todos os demais que participarão, a Patrícia Peres e a Marcia Barros.

Vou tentar compilar aqui, Senador, de forma bem objetiva. Eu acho que os nossos colegas já trouxeram informações bem relevantes.

Na Sociedade Brasileira de Nefrologia, um dos trabalhos que a gente tem é levantar esse censo que foi muito bem tratado aqui pela Dra. Marcia. Nós temos alguns dados que saíram recentemente agora e, no Brasil, são aproximadamente 780 clínicas de nefrologia.

Quando a gente olha no macro da população, dos 220 milhões de habitantes, 10%, Senador, têm algum grau de acometimento renal. Quando a gente fala de acometimento renal, já foi falado, mas a gente divide em cinco estágios, sendo três divididos em dois, que vão desde estágios leves a avançados. Quando o paciente já está no estado mais avançado, ele tem três alternativas de terapia renal substitutiva: ou ele vai fazer o transplante renal ou ele vai fazer a diálise peritoneal ou ele vai fazer a hemodiálise. Então, se quiser tratar, ele tem essas alternativas quando ele já está no estágio avançado, dependente de terapia renal substitutiva.

Das unidades que prestam serviço, hoje a gente tem aproximadamente 80% dos pacientes que fazem pelo Sistema Único de Saúde e apenas 20% são da saúde suplementar e 73% das unidades são privadas. São privadas, porém, prestam serviços majoritariamente pelo Sistema Único de Saúde. Unidades filantrópicas são apenas 17%.

Quando a gente avalia o cenário Brasil, nós temos uma concentração muito grande no Sudeste: 47% das unidades estão no Sudeste. Quando a gente vai para Norte e Nordeste, isso cai para 19%, e, quando a gente chega no Norte, são 6%. Então nós estamos falando de vazios assistenciais. Minas Gerais, onde eu fui Presidente da Sociedade Mineira de Nefrologia, a gente pôde traçar o cenário interno: e das 90 microrregiões, que são regiões com aproximadamente cem mil habitantes num raio de uma hora e meia de distância para outra, existem mais de 25 vazios assistenciais, que são locais onde precisaria haver o tratamento, e os pacientes viajam horas, Senador, para poderem realizar a terapia. E não existe o desenvolvimento da peritoneal, que seria uma solução para esses locais mais longínquos.

Todavia, a gente precisa entender que no Brasil a situação é mais crítica. Quando você vai para o Norte, quando você vai para essas áreas, Minas traz um pouco do cenário Brasil. O Norte fala um pouco do Nordeste. A gente conhece ali a região da Zona da Mata, que é muito próxima ali da cultura do Rio de Janeiro. Tem a cidade de Belo Horizonte. Mas o Brasil tem um vazio assistencial muito grande. São 150 mil pacientes agora, do último censo, que já estão em diálise. Desses 150 mil, a gente tinha uma taxa, Senador, de 7,3% fazendo essa diálise peritoneal. Então, quando você separa a diálise, a hemodiálise é aquela que faz as trocas pela máquina, onde se retira do acesso do paciente o sangue e faz-se aquela filtração do sangue; a peritoneal é feita por uma membrana que a gente tem na barriga que é o peritônio, onde se fazem as trocas. Esse número, que era 7,3 caiu para 5,8, o que nos entristece mais, porque é um método que está reduzindo ano a ano.

Quando a gente avalia o transplante renal, deveríamos fazer, Senador, aproximadamente 12 mil procedimentos ao ano. Quando a gente avalia a população, aproximadamente 60/milhão de população deveria ser um número para transplantes, e nós estamos fazendo a metade: 6 mil transplantes. Quando a gente avalia o cenário da pandemia, esse número caiu ainda mais: próximo de 4,8 mil transplantes. Porém, a gente precisa entender como fomentar esses métodos, que são tão importantes para a população, principalmente para a população que tem menos poder aquisitivo, e que é afetada pelas principais comorbidades sem tratamento, que é hipertensão e o diabetes.

Quando a gente olha um dado de prevalência, hoje, a cada um milhão de pessoas, Senador, 665 fazem diálise. A prevalência de um país, por exemplo o Chile, que tem um sistema de saúde mais desenvolvido, o modelo inglês (NHS), tem aproximadamente 860; o Chile tem próximo de mil, ou seja, existe um número grande de pacientes sem diagnóstico. Então, desses 150 mil, deveríamos ter em torno de 210 mil pacientes em diálise. Portanto, esses outros números adicionais são pacientes que morrem sem o diagnóstico. E o diagnóstico é simples, Senador. O diagnóstico é baseado em um exame simples de urina, de creatinina; um exame simples de urina, de rotina. Isso já diz muito se o paciente tem algum grau de acometimento renal. E aí a gente precisa fomentar, realmente, a atenção primária, nessas fases iniciais, e, posteriormente, o nefrologista, a partir do estágio 4, como um *player* importante nesse matriciamento e no cuidado dessa população, população essa que é extremamente frágil. Quando a gente pega os dados, 34% da etiologia é hipertensão e 32% diabetes, doenças que, quando diagnosticadas precocemente, é um tratamento barato, é um tratamento simples, de mudança de hábito de vida, de dieta, medicamentos de custo muito acessível, que o sistema fornece; mas, quando essa doença é protelada, ela traz um impacto de custo avassalador. O custo, realmente, dos pacientes com estágios avançados... Atinge órgãos alvos, Senador. Então, um diabetes, quando atinge o rim, muitas vezes ele já atingiu o olho, já atingiu o cérebro, o coração e os pacientes são, realmente, com grande risco de internação e de complicação.

Um outro dado importante é que 45 mil novos pacientes entraram em diálise no último ano. Quando você pega o modelo inglês, Senador, aqui comentado, o NHS, onde existe uma atenção primária efetiva, nos últimos sete anos não houve aumento em número de pacientes em diálise. Esse número está equilibrado.

E no Brasil, onde vamos parar? São 45 mil novos pacientes todo ano. E esse número aumenta ano a ano. Tem um estudo que mostra que, nos últimos anos, a taxa de crescimento foi de 6% ao ano. Ou seja, se a gente não fizer nada, todo ano tem mais 6% de pacientes. E aí a gente já sabe que os recursos realmente são finitos. Então a gente precisa focar muito em como melhorar esse destino desse recurso.

Uma outra taxa, para concluir esse dado, Senador, 25 mil pacientes, Deputado Zaca, morreram, no último ano, de diálise. São 18% da população dialítica. Ou seja, a cada cem pessoas que fizeram diálise, 18% faleceram.

Isso significa que é uma população sensível, é uma população com muitas comorbidades e que demanda cuidados especiais. Precisamos estar muito atentos à população. Quem tem um ente na família sabe o quão difícil é, e a necessidade de apoio.

Para concluir, Senador, eu acho que é muito importante a gente pensar sobre o recurso que está sendo destinado para isso. Hoje o Faec consome, aproximadamente 60% dele, com o TRS, mas o pagamento de uma sessão de diálise sofreu um incremento, nos últimos meses, saiu de R\$194, para R\$218, que é dos valores em dólar mais baixo da América Latina. Estamos com valores abaixo da Argentina, abaixo de países em situação muito mais difícil que a gente.

E a diálise peritoneal remunera apenas R\$358 para custear clínica, custear o médico, custear a enfermagem, custear a equipe multidisciplinar e toda a necessidade. Ou seja, é inviável. É inviável.

Então, precisamos entender a importância da destinação correta dos recursos, para a gente fomentar isso e trazer uma sustentação.

Focar na atenção primária, mas focar também na terapia substitutiva, que hoje passa por muita dificuldade. Muitas clínicas, com dívidas altas, precisando realmente se recompor.

E cada hora é uma coisa nova. Agora tem o piso da enfermagem. A gente não tem como não apoiar essa classe, classe essa que nos apoia no dia a dia. São grandes guerreiros que estão ali trabalhando duramente. A enfermagem precisa do nosso reconhecimento, do nosso apoio. Estamos superalinhados com a Soben, e queremos realmente fortalecer a enfermagem, mas esse piso, no valor que está, infelizmente, na situação atual, se não tiver um recurso para pagar isso, a clínica irá entrar em uma situação de insolvência.

Então, o que eu deixo aqui realmente é um agradecimento à sensibilidade de vocês de estarem nos escutando. A Sociedade Brasileira de Nefrologia está à disposição dos senhores.

O SR. PRESIDENTE (Romário. Bloco Parlamentar Vanguarda/PL - RJ) - Muito obrigado, Sr. Daniel.

Vou passar a palavra agora para a Sra. Marcia Barros Giannetti.

Bom dia, Sra. Marcia.

A senhora tem a palavra.

A SRA. MARCIA BARROS GIANNETTI (Para expor. *Por videoconferência.*) - Bom dia!

Primeiramente, eu queria agradecer o convite para discutir esse assunto tão importante, tão relevante. Vou fazer uma apresentação para vocês sobre a doença renal crônica no SUS.

Aqui a gente tem uma linha do tempo da doença renal crônica do SUS desde quando foi instituída a política nacional, em 2004.

A gente tem a RDC 11, da Anvisa, que traz as boas práticas de funcionamento aos serviços de diálise.

Em 2014, a gente teve a publicação da Portaria 389, que trouxe a linha do cuidado ao doente renal crônico.

Em 2014, em abril, a gente teve a publicação da diretriz clínica do cuidado ao paciente renal crônico. E aqui traz todo o manejo desse paciente desde os primeiros estágios da doença até a fase terminal, a qual necessita de terapia renal substitutiva.

Em 2016...

O SR. PRESIDENTE (Romário. Bloco Parlamentar Vanguarda/PL - RJ) - Sra. Marcia.

A SRA. MARCIA BARROS GIANNETTI (Para expor.) - Oi!

O SR. PRESIDENTE (Romário. Bloco Parlamentar Vanguarda/PL - RJ) - Não está aparecendo para todos nós que estamos participando dessa...

Agora, sim. Agora foi

Desculpa interrompê-la.

Pode continuar.

A SRA. MARCIA BARROS GIANNETTI (*Por videoconferência.*) - Eu é que peço desculpa, Senador.

Então, em 2014, a gente teve a publicação das diretrizes, em abril de 2014.

Em outubro de 2016 e janeiro de 2017, a gente teve reajuste dos procedimentos de hemodiálise e de diálise peritoneal.

Durante a pandemia, o ministério também teve ações de auxílio ao setor. Foram publicadas duas portarias durante a pandemia, a Portaria 3.822, que estabeleceu recurso financeiro num montante de R\$109 milhões, e a Portaria 827 que incluiu o procedimento de complementação à sessão de hemodiálise para aqueles pacientes com suspeição ou confirmação de covid-19. Isso teve um impacto de R\$36.724. 207, 57.

Em dezembro do ano passado, a gente teve o reajuste dos procedimentos novamente de diálise peritoneal e hemodiálise, com o impacto de R\$400.518.862,07.

A gente tem aqui um eslaide que apresenta os gastos da terapia renal substitutiva. Esse gasto aqui não está incluindo o transplante. São só os procedimentos de atenção especializada, ambulatorial, que é diálise peritoneal e a hemodiálise, de 2016 até 2021.

Em 2021, mais de R\$3 bilhões investidos e, num total desses seis anos, mais de R\$19 bilhões.

Só em 2020, foram R\$3,5 bilhões, com a inclusão do procedimento de complementação dos pacientes de covid.

O cenário hoje no SUS. A gente tem atualmente 737 estabelecimentos de saúde habilitados. Esses estabelecimentos podem ser habilitados para fazerem somente a hemodiálise, somente a diálise peritoneal e somente o acompanhamento do paciente pré-dialítico, mas ele também pode ser habilitado nos códigos à necessidade do gestor concomitantemente. Ele pode fazer um, dois ou os três procedimentos.

Para hemodiálise, a gente tem 729 serviços habilitados; para diálise peritoneal, são 697 serviços; e para o acompanhamento do paciente pré-dialítico nos estágios 4 e 5 da doença, 81 serviços.

Aqui eu ainda acrescento uma informação: a Portaria 1.675, de 2018, que revogou a portaria de 2014, traz a criação de um estabelecimento ambulatorial especializado em DRC para o acompanhamento do paciente pré-dialítico no Código 15.06, com a equipe multidisciplinar. Esse código auxilia nesse encaminhamento, no cuidado do paciente e na escolha da modalidade mais adequada para esse paciente, seja a hemodiálise, seja a diálise peritoneal, lembrando que essa é sempre uma decisão médica conjunta entre médico e paciente.

Atualmente, no Brasil, a gente tem 26.341 máquinas de hemodiálise que atendem ao SUS, e são aproximadamente 184.077 pacientes em TRS. Esse é um dado de que a nossa Coordenação de Atenção Especializada fez um levantamento junto aos nossos sistemas de informação.

As ações e avanços que o ministério vem fazendo.

Em 2018, a gente teve a publicação da Portaria 1.675, com a simplificação dos critérios de habilitação, numa tentativa de promover uma maior oferta a esse doente renal; com uma programação de ações e serviços a partir da necessidade da saúde da população; e com uma redefinição de indicadores de qualidade dessas clínicas.

Além disso, o ministério realizou duas oficinas nos anos de 2018 e 2019. Essas oficinas contaram com a participação do Conass, do Conasems, da SBN, da ABCDT e de algumas outras coordenações internas aqui do ministério, onde foram levantados os problemas, identificados e priorizados alguns problemas a serem enfrentados. Principalmente nessa oficina de 2019, discutiu-se muito a fomentação da diálise peritoneal.

E a portaria que a gente teve publicada em 2021, dezembro de 2021, a Portaria 3.471, com o reajuste dos procedimentos, em que a diálise peritoneal foi reajustada em 24,32%; e a hemodiálise, em 12,5%.

Com esse reajuste, o paciente do procedimento de hemodiálise faz em média 13 sessões por mês, e o SUS ressarcir R\$218,47. Para os *kits* de diálise peritoneal, os *kits* da DPAC passaram a custar R\$2.354,17, e os *kits* da DPA, que é automática, que utiliza a cicladora, R\$2.984,56. No Brasil, nós temos dois fornecedores desse *kit*, duas empresas: a Fresenius e a Baxter.

Era isso.

Muito obrigada.

O SR. PRESIDENTE (Romário. Bloco Parlamentar Vanguarda/PL - RJ) - Muito obrigado, Sra. Marcia Barros.

Vou passar a palavra agora para a Sra. Patrícia Peres de Souza, Coordenadora-Geral de Atenção Especializada, substituta, do Ministério da Saúde.

A senhora tem dez minutos, por favor.

A SRA. PATRÍCIA PERES DE SOUZA (Para expor. *Por videoconferência.*) - Está certo. Obrigada.

Eu gostaria de agradecer a oportunidade e o convite.

Só quero ressaltar e reforçar as falas que já foram feitas a respeito deste tema em que são urgentes a adequação das políticas e a composição de trabalhos que possam melhorar a assistência a esses pacientes.

Eu acredito que o Ministério da Saúde é sensível ao tema, tem se mostrado sensível e tem trabalhado para que melhore essa assistência ao paciente na ponta, mas eu só gostaria de reforçar, das palavras da Marcia Giannetti, que todo esse trabalho, todas essas portarias que ela expôs são portarias que refletem a assistência do Ministério da Saúde. Então, é a parte de investimentos, de incentivos federais, lembrando que a assistência à saúde no SUS é uma assistência que deve ter os investimentos tripartites. Então, só quero reforçar que é importantíssimo o trabalho junto ao Conass e ao Conasems para que se estabeleça um trabalho mais robusto na melhora dessa assistência.

O Ministério da Saúde se coloca à disposição para discutir e para buscar novas formas de melhorar essa assistência. Estamos à disposição.

O SR. PRESIDENTE (Romário. Bloco Parlamentar Vanguarda/PL - RJ) - Muito obrigado, Sra. Patrícia.

Agora, vou passar a palavra ao... O requerimento desta audiência pública é meu, mas a ideia de a gente estar aqui fazendo esta audiência pública é do amigo Deputado Estadual Renato Zaca, que aqui está presente. Passo a palavra a V. Exa., Deputado.

O SR. RENATO ZACA (Para expor.) - Presidente, muito obrigado.

Quero parabenizar o senhor por esta audiência pública de criação da campanha da conscientização ao fomento à diálise peritoneal.

Eu queria parabenizar também o Dr. Hugo, a Dra. Marcia, o Dr. Daniel pelas falas.

Nós estamos procurando ajudar no que a gente pode no âmbito do Estado do Rio de Janeiro. Hoje, o nosso pensamento é a gente levar a fundo mesmo até o Governo do estado, até o Secretário de Saúde, para que tomem providências no aumento do tratamento dos pacientes para fazer hemodiálise, ou seja, a diálise peritoneal.

Como já foi citado em vários fóruns públicos, no sistema de saúde, essa doença crônica renal causa mais ou menos... ultrapassa umas 40 mil mortes por ano, no Brasil. É um dado muito chocante para uma doença que aqui nós temos condições de... Pelo que eu li, pelo que eu estudei, no início do tratamento, já se pode evitar muita coisa e a pessoa até não vir a óbito.

Apesar de a terapia ser financiada pelo SUS, mais de 85% das clínicas de nefrologia que prestam serviço de terapia substitutiva, principalmente... Nós temos que colocar aqui que um dos maiores fatores é o econômico. A tabela SUS, ao longo dos anos, não conseguiu acompanhar, as clínicas não conseguem acompanhar o número de pacientes que hoje o Brasil tem. E o que está acontecendo? Como a doutora falou, hoje nós temos um número infinito de pacientes, mas com o recurso pequeno que é passado para as clínicas particulares, não se consegue dar vasão, não se consegue dar o seguimento

ao tratamento. E o que acontece? Os hospitais ficam superlotados, fila, pessoas deixam de ser tratadas e acontece o que a gente estava falando agora aqui, das mortes, dos falecimentos das pessoas, porque se tivesse uma celeridade no tratamento, estaríamos melhor. Esse número iria cair bastante.

Em alguns países, já é recomendado que a diálise seja feita no início, pois gera uma economia de 25%, Senador, quando se realiza o tratamento pela diálise peritoneal. Então, se começar já desde o início, o Governo tem aquele desconto de 25%. Não é uma coisa cara, pelo contrário. No final, quem vai se beneficiar será o paciente, será o Estado do Rio de Janeiro, será o município.

Hoje, eu venho falar aqui um pouco do Estado do Rio de Janeiro. O cenário lá também não é muito diferente. Lá nós temos 68 clínicas, somos 92 municípios. Essas 68 unidades de serviço, de clínicas credenciadas pelo SUS, são para atendimento de mais de 13 mil pacientes. Essas 68 estão em 30 municípios, mas 62 municípios deixam de ter o atendimento. Aí acontece o que a doutora falou sobre a distância. E são pacientes que têm que ir três vezes, quatro vezes por dia, se eu não me engano, três vezes, quatro vezes por dia. Então, essa distância acaba até maltratando o paciente.

(Intervenção fora do microfone.)

O SR. RENATO ZACA - Por semana. É verdade. Isso mesmo. Por semana. Ou seja, acaba esgotando o paciente, maltratando o paciente, por uma coisa que ele poderia estar fazendo na sua própria casa, na sua própria residência. Os estudos já estão dizendo isso.

Ressalte-se que o município, na maior parte das vezes, arca com o custo desse transporte de ida e de volta do paciente. Além disso, dessas 68 clínicas de nefrologia, apenas 13, 18% das clínicas do Estado do Rio de Janeiro, oferecem terapia domiciliar de diálise peritoneal. Apesar dos 40 anos de existência da diálise peritoneal, ela é pouco difundida no Brasil, Senador.

Esse foi o intuito de a gente colocá-la, lá no Estado do Rio de Janeiro. Trata-se de uma alternativa segura, eficaz e com potencial de mitigar o cenário crítico, já que o paciente realiza o tratamento dentro da sua própria residência, contribuindo para a redução de filas, de espera, para uma melhor gestão dos recursos públicos. Esse é o nosso interesse aqui: colocar lá no Estado do Rio de Janeiro.

O senhor, graças a Deus, ouviu. Por isso que eu tenho muito a agradecer ao senhor, porque prontamente fez essa audiência pública aqui para podermos levar à tona o que está acontecendo com os pacientes. Muitos, como os doutores falaram agora, morrem. Hoje, há uma escala muito grande de pessoas que estão falecendo. A gente poderia reverter isso.

Por isso, queria agradecer ao senhor, aos doutores aqui presentes. Podem contar comigo lá no Estado do Rio de Janeiro. Estou às ordens, Senador, para o que os senhores precisarem.

Muito obrigado.

O SR. PRESIDENTE (Romário. Bloco Parlamentar Vanguarda/PL - RJ) - Muito obrigado, Deputado.

Nós temos aqui a nossa Senadora Zenaide Maia, remotamente, que, como sempre, está pronta para ajudar aquelas pessoas que mais necessitam, que mais precisam. Com certeza, desta audiência pública ela não poderia deixar de participar.

Muito obrigado, Senadora Zenaide, pela participação. Concedo a palavra a V. Exa. agora.

A SRA. ZENAIDE MAIA (Bloco Parlamentar da Resistência Democrática/PROS - RN. Para discursar. *Por videoconferência.*) - Sr. Presidente, Senador Romário, parabéns por esta audiência pública para dar visibilidade à população brasileira da importância que tem mostrar como prevenir ou amenizar a doença renal crônica. Muitas vezes, eu digo que os pacientes, Senador Romário, têm muito medo do câncer, mas um cidadão ou uma cidadã com uma doença renal crônica sofrem muito, e sua família também.

Quero aqui parabenizar os nossos palestrantes. Quero mostrar aqui, em nome do Dr. Hugo Abensur, a importância da saúde básica, da atenção básica. A gente sabe que quando a atenção básica funcionada bem, no máximo de 5 a 10% dos pacientes chegam à atenção terciária. Quero mostrar que essa qualificação de investimentos do SUS na atenção básica, como foi mostrado aqui por outros... A gente sabe que um sumário de urina, um exame simples de urina e uma dosagem de creatinina já são para acender a luz, nem amarela, já vermelha para esse paciente e que, se for tratado corretamente, dependendo das doenças de base que ele tiver, como diabetes, hipertensão, que ainda são as principais causas de insuficiência renal, vai amenizar e vai ser um tratamento, muitas vezes, como foi mostrado aí, a própria dieta. A gente sabe que não é simples.

Agora, uma coisa sobre que se falou aqui, sobre gestão de recursos, Romário. Eu fui secretária de saúde e sou médica da Universidade do SUS, uma médica que nunca trabalhou na iniciativa privada, respeitando, porque eu acho que quem pode pagar pode, sim, mas a gente está vendo aí que é o nosso eterno e amigo SUS quem salva a maioria da população brasileira.

Então, quero dizer o seguinte: vamos ter um olhar diferenciado. E eu digo que existe má gestão de recursos. Mas, Romário, a gente sabe que os recursos do SUS já são poucos recursos e eu citaria aqui: sabe quanto o SUS passa, repassa para um atendimento especializado para os municípios, para o estado? Dez reais, Romário, é a consulta do serviço de especialidade! Isso termina sobrecarregando os municípios, porque a cobrança maior é no município. Até quanto às ordens judiciais, mesmo que aquele procedimento seja de responsabilidade do estado ou do Governo Federal, terminam as ordens judiciais vindo para o gestor. Podem ter maus gestores, a gente sabe, mas os recursos do SUS são mínimos, Romário.

Então, para a gente ter uma saúde básica funcionando, é preciso ter esse olhar diferenciado. Mas, parabenizando, no geral, porque todos aqui foram unânimes... E vocês têm ideia da importância da visibilidade que o Senador Romário está dando a essa doença insidiosa, porque, muitas vezes, quando se descobre, já é para uma máquina ou para uma diálise peritoneal?

Eu costumo dizer todo dia: ninguém empodera mais um povo do que informação, e é o que Romário, juntamente com todos vocês, que nos enriqueceram com conhecimentos, estão fazendo hoje. O Brasil está mostrando e o próprio paciente, com as informações que teve aqui, começa a cobrar do serviço primário em saúde que quer os exames, que quer vê-los. Essa é a importância. Nós temos que tratar aqui desde a saúde básica para ver se nosso povo não chega a essa fase avançada da insuficiência renal crônica, que é uma doença em que sofrem muito o paciente e a própria família.

Obrigada, Romário, por permitir essa palavra.

E parabéns, mais uma vez, meu amigo!

O SR. PRESIDENTE (Romário. Bloco Parlamentar Vanguarda/PL - RJ) - Muito obrigado, Senadora.

Como sempre, brilhante a participação de V. Exa.!

Bem, terminadas aqui as falas de nossos palestrantes, eu preparei aqui algumas perguntas e essas, a princípio, vão para os senhores Dr. Daniel Calazans e o Dr. Hugo Abensur.

São as seguintes perguntas: "A diálise peritoneal está indicada para os mesmos casos em que se indica a hemodiálise?".

Os senhores preferem responder cada...

Por favor, quem poderia responder essa...

O SR. DANIEL CALAZANS (Para expor.) - Senador, ótima pergunta!

Quando o paciente já está nos estágios mais avançados, como dito aqui, medindo uma taxa de filtração glomerular, que é o percentual do rim funcionante bem mais baixa, ele precisa ir para essas terapias.

A diálise peritoneal tem indicações parecidas com as da hemodiálise, sobretudo, existem alguns pacientes que se beneficiam mais. Por exemplo, crianças, na hemodiálise, têm muita dificuldade para a maturação de acessos e outros problemas. Então, eles vão muito bem em diálise peritoneal. A população mais geriátrica também tem se estabelecido muito bem também na diálise peritoneal.

A diálise peritoneal traz consigo uma mudança em estilo de vida, em que a gente percebe uma satisfação do cliente, quando bem indicado, muito boa. Então, ambos os métodos são muito importantes. A hemodiálise é o maior método no Brasil. Então, certamente, a hemodiálise é muito importante e deve ser fomentada e prestigiada, mas a diálise peritoneal é um método esquecido, muito provavelmente pelo reembolso, que é muito baixo. Então, a gente precisa ir lá na educação, nas residências, e revisar todo esse programa.

Mas o paciente que está indicado para terapia substitutiva pode ir para esses três métodos. E, aí, a gente avalia as contraindicações de cada um deles e os benefícios de cada um deles, e essa ponderação deve ser feita pelo médico juntamente com a família do paciente.

O SR. PRESIDENTE (Romário. Bloco Parlamentar Vanguarda/PL - RJ. Para interpelar.) - Muito bem.

Seguindo, mais ou menos, essa mesma ideia, qual é a proporção de pacientes que realizam diário peritoneal em relação aos pacientes de hemodiálise aqui no nosso país?

O SR. DANIEL CALAZANS (Para expor.) - Senador, esse número da diálise peritoneal vem caindo. No censo de 2000, era 7,3%; no censo divulgado agora, mais recentemente, esse dado caiu para 5,8%. Ou seja, a cada cem pessoas, 94,2 estão indo para a hemodiálise e 5,8 para a diálise peritoneal. Isso em um total de 150 mil pessoas que fazem a terapia hoje no país.

O SR. PRESIDENTE (Romário. Bloco Parlamentar Vanguarda/PL - RJ) - No mercado de terapia renal substitutiva, existe alguma pressão econômica para se priorizar a hemodiálise sobre a diálise peritoneal na sua concepção?

O SR. DANIEL CALAZANS - Os dois métodos passam por muita dificuldade, certo?

A hemodiálise está subfinanciada. Em locais onde você tem um número pequeno de pacientes, é insustentável. Então, no passado, falava-se de 200 pacientes para você ter um ponto de equilíbrio; hoje, já se fala em mais de 350 pacientes. Ou seja, quando você monta um serviço como esse em uma cidade pequena, ele não se sustenta. Prova disso é que você tem vazios existenciais no Brasil inteiro e tem poucos candidatos para pleitear a abertura de centros nesses locais.

A diálise peritoneal está também completamente insustentável. Então, eu acho que a gente precisa revisar esses valores de fomento e ver como, realmente, viabilizar isso. Mas, sem dúvida nenhuma, na diálise peritoneal, o resultado financeiro, hoje, não é algo atrativo para se iniciar um programa.

O SR. PRESIDENTE (Romário. Bloco Parlamentar Vanguarda/PL - RJ. Para interpelar.) - Entendi.

Dr. Hugo, em relação às categorias que o senhor colocou ali, de um a cinco, como é que é feito esse diagnóstico? Como é que se identifica?

O SR. HUGO ABENSUR (Para expor.) - O diagnóstico é feito da seguinte forma: a gente dosa a creatinina, que é uma substância que é produzida nos músculos e que o rim tem que limpar do sangue. À medida em que o rim vai piorando, a creatinina vai aumentando no sangue. E a gente coloca a creatinina em uma equação que transforma isso em filtração glomerular.

O normal é 100ml por minuto. Então, acima de 90ml por minuto, o indivíduo é G1, porque tem a função normal; entre 90 e 60, ele é G2; entre 59 e 30, ele é G3; abaixo de 30, ele é G4 e abaixo de 15ml por minuto ele é G5. Nesse G5 é que o paciente entra em diálise, quando ele está mais ou menos com 10ml por minuto. É um exame muito baratinho, um exame de creatinina, pelo SUS, custa pouco mais de R\$2. É um exame bem barato.

De tal maneira que é fácil você classificar o paciente. O que a gente quer é diminuir a progressão, que o indivíduo, em vez de progredir rapidamente para 15ml por minuto, que se instituem estratégias que diminuam a progressão como novos remédios, que precisam ser incorporados pelo Ministério da Saúde numa revisão do belo programa que o Ministério da Saúde tem de atenção à doença renal crônica, mas que é de 14.

Então, eu acho que está na hora, à luz das novas evidências científicas, de acrescentar inibidores de SGLT2, de ceto dieta e, com isso, vão chegar menos pacientes à diálise - estão chegando 6% ao ano -, vai se poder remunerar melhor a diálise com os que tem e se vai dar melhor qualidade de vida para o paciente, porque, em última instância, a gente quer a melhora do paciente.

O SR. PRESIDENTE (Romário. Bloco Parlamentar Vanguarda/PL - RJ) - Muito bem.

Temos aqui uma participante da internet, a Sra. Erika Carneiro, do Maranhão: "Gostaria de participar lembrando da necessidade de diagnóstico precoce da doença renal crônica - creatinina e albuminúria na atenção básica".

Muito obrigado, Sra. Erika pela participação.

Sra. Márcia, a senhora quer fazer mais algum tipo de colocação.

A SRA. MARCIA MARIA MUNIZ DE QUEIROZ STUDART - Obrigada, só agradecer.

O SR. PRESIDENTE (Romário. Bloco Parlamentar Vanguarda/PL - RJ) - Sr. Daniel, Sr. Hugo...

O SR. HUGO ABENSUR - Eu só queria agradecer a iniciativa, lembrando que a doença renal crônica é uma doença que não é só do paciente, é da família. Quem tem um paciente renal crônico em casa é a família toda doente. Eu vejo mães de crianças com dez, 12 anos em que toda a mobilização dela é em torno dessa criança, os outros filhos ficam até abandonados.

Eu acho que tudo que a gente puder fazer para diminuir a progressão, para que essas crianças não cheguem à diálise, para que os adultos não cheguem à diálise, isso começa com o seu exemplo: o esporte. Uma vida não sedentária vai ter menos obesidade, menos diabetes, menos hipertensão, menos doença renal crônica.

Então, tudo começa na atenção primária, e a gente tem que focar na terciária, na primária e na secundária para evitar que a doença renal crônica continue aumentando no nosso meio.

O SR. PRESIDENTE (Romário. Bloco Parlamentar Vanguarda/PL - RJ) - Uma curiosidade, doutor - eu já fui diabético -, todo diabético tem essa doença renal crônica?

O SR. HUGO ABENSUR - Quarenta por cento dos diabéticos podem evoluir com a doença renal crônica, 40% dos diabéticos.

O SR. PRESIDENTE (Romário. Bloco Parlamentar Vanguarda/PL - RJ) - Entendi.

Senador e amigo Zaca, mais alguma colocação?

O SR. RENATO ZACA - Presidente...

O SR. PRESIDENTE (Romário. Bloco Parlamentar Vanguarda/PL - RJ) - Deputado.

O SR. RENATO ZACA - Isso. Obrigado pela promoção, graças a Deus!

O SR. HUGO ABENSUR - Só um minuto, só um lembrete.

É uma iniciativa do Senador a instituição do Dia Nacional da Doença Renal Crônica. Eu queria parabenizá-lo por essa iniciativa, Senador.

O SR. PRESIDENTE (Romário. Bloco Parlamentar Vanguarda/PL - RJ) - Obrigado, Dr. Hugo. Deputado, por favor.

O SR. RENATO ZACA - Deputado, eu queria parabenizar também o senhor pela iniciativa e também queria parabenizar a Dra. Maria Izabel e o Dr. Cláudio Pena. O Dr. Cláudio Pena é o Diretor-Geral do Hospital Federal de Bonsucesso, que está fazendo um ótimo trabalho, e a Dra. Maria Isabel é a diretora da parte de hemodiálise, de diálise peritoneal.

O trabalho lá é de excelência. Eu tive oportunidade de ir visitar o hospital. Convidaram o senhor para, no dia que o senhor puder, ir lá fazer uma visita.

E o principal que eu vi lá foi a parte das crianças, foi a parte dos pequeninhos. É muito ruim a gente ver uma criança fazer hemodiálise. Se já é ruim para uma pessoa adulta se comprometer a ter que ir para o hospital fazer uma hemodiálise, imagina uma criança ter que ficar de três a quatro horas, mais ou menos, acho que é isso, de três a quatro horas sentada e tendo que fazer hemodiálise? Não é uma coisa legal de se ver. E a diálise peritoneal acho que ela iria, no meu modo de ver, no meu simples modo de ver, ajudar muito as crianças, até dentro de suas próprias casas, com suas famílias fazendo o tratamento, Senador.

Esse aqui é o meu recado.

Mais uma vez, quero parabenizar o senhor pelo Dia da Hemodiálise e agradecê-lo mais uma vez.

Estou à disposição para o que o senhor precisar.

Obrigado.

O SR. PRESIDENTE (Romário. Bloco Parlamentar Vanguarda/PL - RJ) - Muito obrigado.

Já estou até inclusive assinando hoje aqui, logo após essa audiência pública, o projeto de lei que institui o Dia Nacional da Conscientização sobre Doenças Renais.

Quero dizer que eu passei por isso numa parte da minha vida. O meu pai faleceu tem mais ou menos 12, 13 anos. Nos últimos cinco anos de vida dele, ele fez hemodiálise. Então, muitas vezes revezávamos eu, meu irmão e minha irmã. Ele sempre quis fazer na clínica. Ele não se sentia bem fazendo em casa. Então, a gente viveu essa luta e eu sou aqui testemunha de que realmente é um sofrimento para quem faz o tratamento e para a família.

Mas eu acredito que esta audiência pública possa, a partir de hoje, dar uma visibilidade diferente, principalmente aos nossos governos Federal, estaduais e municipais, para que tenham um olhar diferente para essa doença crônica renal, que, como foi dito aqui por todos vocês, é uma doença que mata e que, se não for feito nada diferente em relação a políticas públicas, pelas três esferas do nosso Governo, esse percentual de 6% ao ano tende até a aumentar, infelizmente.

O senhor quer dar mais uma palavra, Dr. Daniel?

O SR. DANIEL CALAZANS (Para expor.) - Palavras finais.

Inicialmente quero agradecer o Deputado Zaca, que nos recebeu lá muito bem e está envolvido na pauta aí. Eu acho que realmente é fundamental os Parlamentares se envolverem nessa situação.

Quero cumprimentar os colegas e as entidades presentes da ABCDT, o Dr. Hugo e todas as pessoas que estão presentes aqui, e te agradecer, Senador. Eu acho que o senhor é um cara que já deu muitas satisfações e muitas felicidades para nós e vê-lo envolvido nessa pauta nos deixa muito animados e muito felizes. Eu acho que você realmente tem um alcance muito grande. Eu não sabia que o seu pai tinha feito hemodiálise. Eu acho que muitas pessoas públicas não divulgam isso, e, se divulgassem, realmente fomentariam e ajudariam a prevenção. Então, eu te parabeno aí por ter aberto essa porta para nós.

Eu tenho que confidenciar um conflito de interesses que eu falei aqui, pois eu sou fã do Romário. Dentro das quatro linhas, não existiu melhor. Então, desculpe a informalidade aí, mas obrigado aí pelo apoio.

O SR. PRESIDENTE (Romário. Bloco Parlamentar Vanguarda/PL - RJ) - Obrigado.

Assim que eu fui procurado pelo meu amigo o Deputado Zaca, eu me identifiquei muito com essa pauta. Como eu já falei, passei por isso, assim como meus irmãos passaram também e a minha mãe, e a gente sabe o sofrimento da família.

Mais uma vez, quero agradecer a todos vocês que aqui participaram presencial e remotamente. Realmente aqui hoje a gente sai com um conhecimento muito maior e melhor em relação ao que significa a Doença Crônica Renal — DCR. Realmente todos vocês aqui deram uma aula e o Brasil pôde entender e saber o que que significa o poder da política pública, que tem que ser feita rapidamente para que a gente diminua esses óbitos do nosso país.

Muito obrigado a todos pela participação.

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

Um abraço a todos e muito obrigado. (*Palmas.*)

(Iniciada às 10 horas e 33 minutos, a reunião é encerrada às 11 horas e 42 minutos.)