



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

REUNIÃO

30/09/2015 - 87ª - Comissão de Direitos Humanos e
Legislação Participativa, Comissão de Assuntos Sociais

Comissões: CDH, CAS

O SR. PRESIDENTE (Edison Lobão. Bloco Maioria/PMDB - MA) - Declaro aberta a 15ª Reunião Conjunta das Comissões Permanentes, 87ª Reunião Extraordinária da Comissão Permanente de Direitos Humanos e Legislação Participativa e 26ª Reunião da Comissão Permanente de Assuntos Sociais da 1ª Sessão Legislativa Ordinária da 55ª Legislatura.

A presente reunião destina-se à realização de audiência pública, nos termos dos Requerimentos nºs 87, de 2015, e 26, de 2015, ambos de autoria do Senador Eduardo Amorim, para debater sobre "Os problemas enfrentados pelos pacientes com doenças renais que necessitam de hemodiálise ou que estejam na fila de espera para transplante de rim".

Esta audiência pública será realizada em caráter interativo, com a possibilidade de participação popular. Por isso, as pessoas que tenham interesse em participar com comentários ou perguntas podem fazê-lo.

São convidados o Dr. Oswaldo José Barbosa Silva, Subprocurador-Geral da República e Coordenador do Grupo de Trabalho da Saúde; Valter Duro Garcia, Médico e Diretor da Sociedade Brasileira de Nefrologia; Paulo Luconi, Vice-Presidente da Associação Brasileira dos Centros de Diálise e Transplante; Heder Murari Borba, Coordenador-Geral do Sistema Nacional de Transplantes do Ministério da Saúde; e Renato Padilha, Presidente da Federação Nacional das Associações de Pacientes Renais e Transplantados do Brasil.

Convido os senhores mencionados para tomarem assento à mesa. *(Pausa.)*

Concedo a palavra ao Senador Eduardo Amorim, autor dos requerimentos.

O SR. EDUARDO AMORIM (Bloco União e Força/PSC - SE) - Sr. Presidente, todos aqueles que nos acompanham pela TV Senado, pela Rádio Senado e pelas redes sociais, autoridades convidadas aqui. Cumprimento todos os que estão na mesa, na pessoa do Dr. Oswaldo, Subprocurador-Geral da República e Coordenador do Grupo de Trabalho da Saúde. Sr. Presidente, a doença renal crônica é um tema de enorme gravidade hoje no nosso País.

Milhares e milhares, para ser mais preciso, mais de cem mil pessoas fazem hemodiálise neste País todos os dias. Com certeza, muitos deles poderiam ter uma qualidade de vida melhor se fosse dada a oportunidade de se fazer o transplante ou se tivesse uma condição melhor, realmente, para lidar com a doença.

Sabemos que a doença renal crônica está ligada a muitos fatores, como a hipertensão arterial crônica, diabetes, uso de determinados medicamentos, como anti-inflamatórios, enfim. Precisamos de uma política pública eficiente, capaz de prevenir tamanho sofrimento de milhares e milhares de brasileiros.

No meu Estado, Sergipe, Sr. Presidente, não se faz um transplante renal há mais de cinco anos, não pela falta de profissionais, o que seria mais difícil - um profissional como esse leva mais de dez anos de capacitação e treinamento para poder fazer, realmente, um transplante -, mas pela falta de equipamentos. Portanto, pela omissão do Estado de, realmente, dar uma condição melhor para essas pessoas.

No meu Estado, a cidade mais distante da capital fica a 200 quilômetros, mas, em Estados como Amazonas, Bahia, Minas Gerais e Mato Grosso, que são continentais, imagina o sofrimento, o padecimento dessas pessoas de, dia sim, dia não, saírem de suas casas, viajarem centenas de quilômetros, correrem risco nas estradas, muitas delas mal conservadas, para se manterem vivas. Elas poderiam estar livres dessa sentença, desse calvário, desse padecimento se pudessem, realmente, ter oportunidade de fazer um transplante.

A parte divina, a parte que cabe a Deus, Ele já fez. Precisamos apenas de um rim. Temos dois. Então, se se estimulasse, com certeza seria devolvida a dignidade não só a esse paciente, mas, eu diria, a toda a família. A doença renal crônica é uma das doenças que atingem não apenas um, mas, com certeza, todo o leito familiar.

Por isso, estamos aqui para discutir. Agradeço a presença do Dr. Renato, do Dr. Valter, do Dr. Paulo, do Dr. Heder e do Dr. Oswaldo, para que as autoridades responsáveis por isso possam estar mais sensíveis e saber também que podem contar com o Congresso Nacional, mais especificamente com o Senado Federal, nessa questão.

Não queremos cometer, de forma nenhuma, o pecado da omissão. Temos uma missão a cumprir, que é lutar por um país muito mais justo e muito mais digno. É verdade, como dizia aqui ao Dr. Oswaldo, que vivemos mais uma crise econômica, mais uma crise fiscal, mas eu acho que, dessa vez, é pior do que tudo isso. É uma crise ética. É uma crise moral, sobretudo no trato, no zelo com a coisa pública. Coisa pública não é coisa sem dono. Ao contrário, é coisa sagrada, porque vem do suor de muitos. Muitos pagam o que não têm e não deixam de cumprir o seu dever com o Estado. É hora de o Estado fazer a sua parte, minimamente, e devolver a esses renais crônicos uma qualidade de vida melhor.

Muito obrigado, Sr. Presidente.

O SR. PRESIDENTE (Edison Lobão. PMDB - MA) - O Senador Eduardo Amorim, além de autor dos requerimentos de constituição desta audiência pública, através das suas ações, é, como os senhores perceberam, um Senador interessado com as questões divinas. Quando ele se refere ao pecado da omissão, é o pecado que não está escrito, não está incluído naquele elenco de pecados a que se referem as divindades. Se não me engano, foi o Padre Antônio Vieira que criou esse pecado. Depois, ele foi submetido a uma comissão de inquirição. Depois de dias de inquirição, um dos membros da comissão perguntou a ele: "Mas, afinal, o que é o pecado da omissão?" Ele respondeu que o pecado da omissão é fazer não fazendo. Esse era o pecado da omissão.

Concedo a palavra ao Dr. Oswaldo Barbosa da Silva para a sua dissertação.

O SR. OSWALDO JOSÉ BARBOSA SILVA - Muito obrigado.

É com muita honra que o Ministério Público Federal se faz presente nesta audiência pública. Saúdo a todos os integrantes desta Mesa, na pessoa do Presidente da Comissão de Assuntos Sociais, S. Ex^a o Senador Edison Lobão. Agradeço e registro minha homenagem ao Senador Eduardo Amorim, que trouxe este tão importante assunto à discussão nesta Casa. Venho conversar com vocês acerca do papel do Ministério Público brasileiro, e não só o Federal, em relação a esta ação de serviço público de saúde, que é a hemodiálise.

O Ministério Público Federal, em relação à saúde, tem uma função um pouco menor que o Ministério Público Estadual. De modo geral, o Ministério Público Federal, quando tem como objeto a saúde, tem duas vertentes de atuação: a primeira é o financiamento da saúde, a vertente patrimonial, ou seja, o zelo pelo patrimônio público, o zelo pela aplicação das verbas públicas na saúde; por outro lado, ele também tem a defesa desse direito público subjetivo, instituído pela Constituição Federal, que é o direito à saúde.

Quem ele encontra no meio? O gestor de saúde. Então, o gestor de saúde, em relação ao Ministério Público, apanha dos dois lados: apanha na questão do zelo à aplicação das verbas federais e apanha em relação às ações de serviços públicos de saúde propriamente ditos, o que a gente chama de acessibilidade do direito à saúde.

A história da prestação desse serviço de saúde no Brasil é bem marcada por um período em que não havia a atuação do Estado. Quem pudesse pagar pelo serviço médico privado pagava. Quem não podia vivia da caridade pública. Aliás, a maior expressão disso são as Santas Casas de Misericórdia.

Depois disso, no início do século XX, tivemos ações epidemiológicas. Todos se lembram da revolta da vacina e do grande protagonismo do meu xará - é uma honra ter o mesmo nome dele -, Oswaldo Cruz, na questão da vacinação.

A partir da Revolução de 30, tivemos uma mudança de paradigma. O governo Vargas, a ditadura Vargas implantou um sistema de prestação de serviços de saúde vinculado à carteira de trabalho. Criou as caixas de aposentadorias e pensões, que já existiam, independente do governo, mas Vargas transformou nos institutos de aposentadorias e pensões. As pessoas devem se lembrar dos famosos IAPs, IABP, IAPI, IAPTEC, IAPC. Mas só as pessoas que tinham carteira de trabalho tinham acesso, então, não só à Previdência, mas também à assistência médica.

Depois disso, com a falência, praticamente, dos IAPs, que foram obrigados a comprar títulos da dívida pública para a construção de Brasília, quando eles estavam prestes a falir, o governo militar, o regime militar cria o INSS, juntando todos os IAPs, no antigo INPS (Instituto Nacional da Previdência Social), e manteve o viés de atendimento a quem estivesse empregado. A gente chamava isso de cidadania regulada. E esse paradigma só foi quebrado em 1988.

Esta Casa, juntamente com a Câmara dos Deputados, nos deu a Constituição cidadã, que, de longe, é a melhor Constituição que este País já teve. Ela criou e oportunizou a criação do Sistema Único de Saúde. Ela conferiu uma carta de direitos, inclusive o direito público subjetivo à saúde, considerando a saúde um serviço público de relevância. Ela gerou, então, uma expectativa da Nação brasileira de que teria saúde - e saúde para todos, em regime universal, gratuito e integral. Então, hoje, qualquer cidadão coloca-se na posição de titular desse direito e vai procurar a maneira pela qual esse direito possa ser exercido. Isso gerou uma conflituosidade, a qual hoje tem o nome de judicialização.

Por isso, volto ao gestor de saúde, que, coitado, está lá no meio apanhando. Antigamente, só do Ministério Público. Agora, há a Defensoria Pública e outros órgãos para baterem no gestor de saúde.

Se os senhores entrarem no Portal Brasil, e acho que o meu colega aqui, do Ministério da Saúde...

Sempre fui um grande parceiro do Ministério Público Federal. Desde que me entendo lidando com o assunto de saúde, em 1994, nunca tive uma gestão do Ministério de Saúde que se opusesse a uma parceria real, efetiva com o Ministério Público Federal. Às vezes, até, éramos provocados pelo Ministério da Saúde, para conseguirmos alguma coisa na Justiça, porque nós não tínhamos a *expertise* de todos os técnicos do Ministério da Saúde, mas eles tinham o patriotismo de verificar quando as coisas estavam erradas e levavam os assuntos ao Ministério Público Federal e ao Ministério Público Estadual, nas diversas competências.

Eu estou fazendo essa pequena introdução à guisa de dizer que um dos pontos de grande conflituosidade da judicialização é a ausência de um efetivo, eu diria, de um serviço de hemodiálise, que atenda às expectativas da população. Se os senhores entrarem no Portal Brasil ou, como eu disse, quando o nosso colega do Ministério da Saúde, o Éder, expuser para vocês, vocês vão ver uma peculiaridade muito interessante - o Senador Eduardo acabou de dizer: são cerca de cem mil pessoas que são submetidas a hemodiálise no Brasil. Sabem quantas são pelo SUS? Mais de 90 mil.

Ou seja, mesmo quem tem plano de saúde ou mesmo que tem algum dinheiro que vá para a medicina privada vai para o SUS, porque o SUS fornece o serviço de graça. A hemodiálise, não sendo de graça, é muito cara - é muito cara.

Então, é uma peculiaridade. Você vê planos de saúde fugindo de prestar o serviço de hemodiálise e o SUS prestando. Mal ou bem é o que vai ser discutido aqui, mas o fato é que o princípio da universalidade do SUS garante a qualquer cidadão brasileiro, e mesmo aos estrangeiros em trânsito no Brasil, a hemodiálise. Os senhores imaginam nas faixas de fronteira, os nossos vizinhos paraguaios cruzando a fronteira para receberem serviços do SUS ou de outros países limítrofes do Brasil?

Eu não sofro de complexo de Poliana, eu estava dizendo para o Senador, mas acho que avançamos muito. Eu sempre tenho uma visão histórica das coisas.

Essa conflituosidade que acho que é a grande discussão hoje na hemodiálise e também de outros serviços e outras ações de serviços públicos de saúde.... Vou falar especificamente do Ministério Público Federal e Estadual, não tenho procuração para falar do Ministério Público Estadual, mas fui Presidente, até dois meses atrás, há três, da Associação Nacional do Ministério Público de Defesa da Saúde, a Ampasa, que é uma congregação, uma associação civil que reúne colegas Promotores não só Federais, Promotores Estaduais e Procuradores da República, mas também até Ministério Público de Tribunais de Conta, que vestiram a camisa do SUS e querem que esse Sistema Único vença no cenário nacional, que continue prestando um bilhão de procedimentos anuais e 12 milhões de internações anuais gratuitas, que nós pagamos com nossos impostos.

Eu gostaria que continuasse assim.

Pois bem, logo no início, quando o fenômeno de que falei para os senhores, da conquista de direitos pela população se revelou materialmente em demandas ao Ministério, demandas resistidas, pretensões resistidas por falta de orçamento, por diversas questões, os cidadãos iam ao Ministério Público. Eu me lembro perfeitamente do caso da retinose pigmentar em que centenas ou milhares de brasileiros foram para Cuba, e o tratamento não era especificamente o tratamento que depois veio a prevalecer. Gastou-se muito dinheiro ali. E, especificamente na hemodiálise, temos um número enorme de demandas, o Ministério Estadual tem.

A solução que vínhamos empregando era a da judicialização, era mandar um ofício desaforado para o gestor de saúde, dizendo que, se não prestasse o serviço, ele ia responder por improbidade, por crime etc. O gestor de saúde ficava apavorado e, às vezes, tirava dinheiro de outros setores, quer dizer, desorganizava a execução financeira dele, para atender a uma demanda focal.

Para quem precisava de hemodiálise era importante, mas, e para quem precisava, por exemplo, daquele dinheiro para uma vacinação ou para um outro agravo à saúde?

Aquela pessoa que se fez representar pelo Ministério Público levou um dinheiro, ela transferiu uma execução financeira daquela população invisível, daquelas crianças que precisavam ser vacinadas ou tratadas, enfim.

Alguns colegas até falavam "não, eu quero que tire dinheiro da propaganda institucional", como se fosse possível ao Poder Judiciário fazer alocações orçamentárias, tirar o orçamento e falar "não, eu sou juiz, então, você vai tirar esse dinheiro aqui do orçamento, tirar dessa rubrica e colocar naquela rubrica".

(Soa a campanha.)

O SR. OSWALDO JOSÉ BARBOSA SILVA - Isso é o meu tempo? Se for, eu vou...

O SR. PRESIDENTE (Edison Lobão. PMDB - MA) - Embora eu não tivesse anunciado...

O SR. OSWALDO JOSÉ BARBOSA SILVA - Se o senhor... É, avisado, não é?

Então, está. Eu peço...

O SR. PRESIDENTE (Edison Lobão. PMDB - MA) - O tempo... Está meio... Desculpe, depois, vêm os debates.

O SR. OSWALDO JOSÉ BARBOSA SILVA - O senhor me desculpe, é porque realmente eu não sabia.

O SR. PRESIDENTE (Edison Lobão. PMDB - MA) - Eu não havia advertido.

V. Ex^a terá, ainda, dois minutos ou três para concluir.

O SR. OSWALDO JOSÉ BARBOSA SILVA - Perfeitamente.

Bom, então, o Ministério Público entrou com esse sistema de judicialização.

Para os senhores terem uma ideia, ano passado, 2014, o Ministério da Saúde teve que alocar R\$814 milhões para responder a demandas exclusivas de judicialização e criou um departamento próprio só em função do tamanho dessa coisa.

Então, o Ministério Público - e esse é o recado que trago para as pessoas que hoje sofrem com esse problema da hemodiálise - está usando uma nova metodologia de trabalho. Ele está usando a mediação.

A partir de uma demanda, que pode ser, por exemplo, de uma pessoa que necessita de um efetivo tratamento de hemodiálise, o Ministério Público abre uma mesa de negociação, de mediação, para que todos os aspectos que resumem, que devam ser considerados para o cumprimento do dever constitucional de prestar esse serviço público de saúde cheguem a bom termo.

Para citar um exemplo, rapidamente, em Minas Gerais, agora, no ano passado, tivemos 73 mediações exitosas, nas quais o gestor de saúde foi lá e disse: "Olha, estamos com esse problema". O representante do Ministério da Saúde disse: "Olha, eu estou com um problema dessa forma" e se encontrava, na materialidade da discussão, na focalização do problema naquele Município, com aquela pessoa, com aquela coletividade, uma solução para isso.

Então, estamos trabalhando, o Ministério Público Federal e Ministério Público Estadual, com processos de mediação para diminuir a judicialização, porque reconhecemos que a judicialização tem o péssimo vício de desorganizar a execução financeira e execução orçamentária do gestor de saúde.

Ele já está tremendamente fiscalizado, fiscalizado pelo Conselho Municipal, Estadual de Saúde, Conselho Nacional de Saúde, pelo Tribunal de Contas, pela Controladoria-Geral da União.

Eu fico imaginando o prefeito lá, da cidadezinha do interior da Paraíba, que não tem um contador para ajudá-lo a atender as milhares de portarias do Ministério da Saúde que fazem as transferências para os programas de saúde.

Então, é preciso que tenhamos uma visão mais realista e é preciso que o Ministério Público também tenha essa visão mais realista de colaborar, e agora eu digo, especificamente, com a demanda das pessoas que passam por hemodiálise e com suas dificuldades, utilizando essa metodologia.

É o repto que está sendo lançado ao Ministério Público, e eu acho que vamos conseguir maior efetividade e maiores resultados do que simplesmente levar o conflito ao Judiciário, porque, depois que vem ao Judiciário, vem aquela famosa frase latina: "está *sub judice*". Está *sub judice*, pronto. Está para as calendas gregas. Melhor resolver verificando todas as dificuldades que cada um dos atores, dos protagonistas do processo mediação têm para chegar ao problema. E todos têm uma culpa no evento.

Para encerrar, quero chamar a atenção de vocês, porque uma grande seguradora no Brasil está colocando propagandas em todas as televisões sobre uma perspectiva muito interessante: a seguradora está incitando a população a ter hábitos

preventivos de saúde, fazer exercício etc. Por quê? Porque ela é seguradora e ela está querendo que as pessoas vivam mais, e, portanto, elas terem mais lucro. E foi a primeira vez na história do Brasil que eu vi uma seguradora ir para, comprar um espaço publicitário no Jornal Nacional para pedir à população que tenha hábitos saudáveis de vida.

Então, eu sei que o Ministério da Saúde tem programas, inclusive, nesse sentido e eu acho que, se nós fizermos o grande concerto entre todos os protagonistas deste palco, nós conseguiremos, então, que este problema específico, os problemas específicos da hemodiálise sejam minorados.

Muito obrigado.

Desculpe, aí, se eu extrapolei o meu tempo.

O SR. PRESIDENTE (Edison Lobão. PMDB - MA) - Obrigado, Dr. Oswaldo.

Eu fui Constituinte de 1987/1988. Concorde, Dr. Oswaldo, que esta Constituição que temos é de muito boa qualidade no que diz respeito aos direitos do cidadão, mas ela não atribui, por igual, deveres ao cidadão.

A Constituinte foi convocada pelo Presidente da República de então, José Sarney, como um mecanismo, inclusive, de consolidação do processo democrático, e nós, naquele instante, estávamos vivendo uma transição. De tal sorte a Constituição tinha seus defeitos, excetuando-se a parte dos direitos, que o próprio Constituinte originário nela colocou, no Capítulo das Disposições Transitórias, um dispositivo dizendo que, dentro de cinco anos, ela deveria ser alterada.

Havia um Constituinte, um Deputado do Rio de Janeiro, que fora Senador também, Embaixador Roberto Campos, que não tinha nenhum apreço pela Constituição que se elaborava, e certa vez ele me disse uma coisa curiosa. Disse: "Lobão, eu me oponho a essa Constituição, mas vejo que há agora uma coisa muito boa nela. Está inscrito nela que todos temos direito à vida. Portanto, eu não morro mais". *(Risos.)*

Então, essa é a Constituição que temos. No que respeita, realmente, Dr. Oswaldo, aos direitos do cidadão, direitos individuais, garantias democráticas, ela é perfeita. Porém, esqueceu-se dos deveres, sem os quais os direitos nada valem.

Eu pergunto ao Senador Eduardo Amorim se deseja fazer perguntas agora ou se prefere ao final. *(Pausa.)*

Então, passo a palavra, agradecendo ao Dr. Oswaldo Barbosa Silva, ao Dr. Valter Duro Garcia.

O SR. VALTER DURO GARCIA - Eu gostaria, em nome da Sociedade Brasileira de Nefrologia, que eu represento hoje, de parabenizar os Senadores, a Comissão de Direitos Humanos do Senado, por essa iniciativa que nós consideramos extremamente importante, e realmente nós estamos, com a diálise, não tanto com o transplante, mas com a diálise, numa situação muito difícil no País.

A situação do transplante é difícil em alguns Estados, e foi muito bem colocado pelo Senador Eduardo Amorim. Sergipe é um dos Estados que têm muitos problemas, e nós temos que solucioná-los, mas o grande problema hoje nosso é com o tratamento dialítico, e eu vou apresentar alguns dados para os senhores nesta agenda rápida.

Nós temos duas formas de terapia renal substitutiva: o tratamento dialítico, através da hemodiálise ou da diálise peritoneal, e o transplante, com doador vivo ou com doador falecido, e elas, apesar de o tratamento ter menores custos, maior sobrevida e melhor qualidade de vida, sendo o tratamento preferencial, elas são formas complementares e não competitivas de tratamento. Isso se explica porque 40%, no máximo, 35% dos pacientes em diálise têm indicação de transplante.

Então, nós precisaríamos ter hoje, em lista, se temos 120 mil pacientes em diálise, 40 mil pacientes em lista. Nós temos metade. Não estão tendo acesso. E, dos que ingressam, dos que estão chegando à diálise, metade deles têm indicação de transplante, e a outra metade já não tem, por idade e por outros problemas.

Ambos são tratamentos de alta complexidade, e nós temos um aspecto: o tratamento dialítico não tem política de tratamento. Não há nenhuma política de tratamento da diálise no Brasil.

Nós temos um ressarcimento irrisório e temos uma fiscalização extremamente rigorosa em alguns aspectos, não em todos, não nos mais importantes - sobrevida do paciente, complicações, falta de acesso vascular. Temos em aspectos estruturais - degrau, não sei o quê -, que não são os mais importantes.

Para o transplante renal, nós temos uma política de tratamento. Nós sabemos quantos doadores temos, quantos vamos ter daqui a um ano, dois anos, três anos, de quantos transplantes precisamos, quantos estamos fazendo, e nós temos um controle, pelo Sistema Nacional de Transplantes, pelas Centrais Estaduais e pela Visa.

Então, há um certo controle do transplante no Brasil.

Essa política do transplante se baseia em organização, financiamento, legislação e educação. E vocês observem, naquele gráfico, a previsão de crescimento da doação no Brasil: eram 6 doadores por milhão em 2007, chegando a 20 em 2017, e

até 2013 nós cumprimos. Em 2014, não cumprimos, e, pela primeira vez, no primeiro semestre deste ano, caiu a doação no Brasil.

Agora, com os dados do terceiro trimestre, que ainda estão chegando, talvez a gente vá equilibrar e vá conseguir subir um pouco, mas assim não vamos atingir a nossa meta. Mas estamos subindo, e, então, há uma política. Podemos não atingir a meta, mas nós temos metas, e isso é importante.

Então, o transplante tem uma política, que tem de ser aprimorada.

Eu falei do pagamento razoável, porque se paga... Todos os transplantes são pagos, são financiados. É um pagamento aceitável. Agora, por exemplo, o acompanhamento pós-transplante, nós vamos fechar 20 anos em 2018 sem um aumento. Está completamente defasado o acompanhamento dos pacientes pós-transplante. Isso é importante. A gente está discutindo com o Ministério. Há uma promessa de que isso vá ser resolvido.

A ausência de políticas na diálise é isso: há prevalência? Quantos pacientes fazem diálise no Brasil? São 120 mil? São 110 mil? São 115 mil? Ninguém tem esse número preciso. O Ministério não tem, a Anvisa não tem, a Sociedade Brasileira de Nefrologia não tem. O que nós temos é uma estimativa, porque 57% dos centros nos deram os resultados.

A incidência atual também nós não temos. Sabe-se que, em alguns Estados que têm esse controle melhor, são 150 por milhão. Então, deveriam entrar 30 mil pacientes por ano em diálise.

A mortalidade, nos Estados que a gente tem, é em torno de 18%. Ela poderia ser menor se a gente trabalhasse nas causas preveníveis, que são as complicações do acesso e a falta de medicamentos. A gente poderia baixar essa mortalidade.

O ressarcimento atual é baixo. O que é o necessário e quanto que vai ser daqui a cinco anos? Nós temos de trabalhar com isso. Nós vamos ter 130 mil, 140 mil pacientes daqui a cinco anos? E quanto vai ser esse orçamento?

Então, precisamos ter uma política, e o ingresso em lista é menor do que o previsto, e há uma dificuldade de acesso em alguns centros de transplante para algumas unidades de diálise.

Com relação aos medicamentos, nós temos medicamentos para prevenir a progressão da doença renal crônica, hipertensão diabética. O Governo tem um programa excelente, que é a Farmácia Popular, em que o medicamento é fornecido gratuitamente, mas, às vezes, falta.

Para o tratamento das complicações da doença renal crônica, eles fazem anemia, fazem doença óssea grave, e esses remédios têm que ser dados continuamente. Se parou o remédio, perdeu todo o efeito. Não adiantou tudo que foi dado antes; perde-se o efeito. E, volta e meia, fica uma semana, um mês sem ter o remédio. Isso tem de melhorar.

Com relação ao tratamento dos transplantados, os imunossupressores. Há portarias exigindo o uso de medicamentos ultrapassados. Em alguns Estados, falta medicamento ocasionalmente, e, agora, está tendo uma exigência descabida nas centrais estaduais de exames para entregarem os medicamentos e dosagem de remédios que nem são dosados.

Quanto à doença renal crônica hoje, nós temos uma situação que está atingindo níveis críticos. Há dificuldades importantes e há falta de sustentabilidade econômica - falta de reajuste, elevação de custos e número insuficiente de unidades de diálise.

Então, fez-se essa aliança pela saúde renal, entre os representantes de pacientes, de prestadores de serviços, de médicos que trabalham nessa área, buscando um tratamento mais digno para os pacientes.

Na ótica dos pacientes, o número de pacientes em diálise é baixo. Nós temos em torno de 120 mil, o que daria 600 por milhão de população. Provavelmente, temos 130 mil, 140 mil pacientes, e os que não estão tendo acesso, possivelmente, são da Região Norte e de parte da Região Nordeste. As Regiões Sul e Sudeste estão tendo acesso. O que acontece, às vezes, é ter de ficar na fila para ter uma vaga na diálise, e isso é muito crítico no Amazonas.

Os pacientes ficam dois, três meses internados, fazendo diálise de madrugada, porque não há vaga nas unidades, que são insuficientes e só em Manaus, para todo o Estado do Amazonas.

Vocês veem aí o número de crescimento de pacientes, que foi 71%, em 10 anos, e as unidades cresceram 15%. Estão sucateadas.

Além disso, não há uma estrutura bem constituída, de acesso aos pacientes e nem clínicas suficientes. O que acontece? Foi comentado pelo Senador: eles viajam 100, 200, 300, 400 quilômetros três vezes por semana e, às vezes, têm que aguardar meses por uma vaga numa unidade de diálise, fazendo no hospital, internados. E têm que ter um tratamento multiprofissional, o que vai melhorar a sua qualidade de vida e vai-lhe dar um tratamento digno, com orientações nutricionais, assistência social, que é preciso ter. Por isso, às vezes, eles não têm uma diálise adequada. E, se eles não têm uma diálise adequada, vocês veem todos os sintomas que eles podem ter. Os riscos à saúde deles aumentam muito, porque a diálise não é adequada, quando a diálise não é adequada.

Já na ótica dos médicos, há um desgaste físico e emocional. Essa é uma posição de destaque. Hoje, há uma baixa remuneração, alta carga horária, estresse emocional e uma perda de competitividade no mercado. Isso se reflete em que

os nefrologistas vão trabalhar em UTIs e não trabalham em hemodiálise. Todas as unidades de diálise estão com falta de nefrologistas.

Nós não temos médicos jovens que queiram fazer residência. As residências estão vazias. Três vagas, um inscrito, duas vagas, nenhum inscrito, e enquanto para dermatologia e cirurgia plástica no nosso hospital, há três vagas, 180 inscritos, 200 inscritos. Alguma coisa não está bem.

A rotatividade dos técnicos de enfermagem é muito alta, porque cai o custo, cai o rendimento deles e o treinamento deles também começa a ser menor.

E também há uma falta de nefrologistas, como vocês observam aqui, principalmente na Região Norte e um pouco menos na Nordeste. Na Região Norte, nós chegamos a ter menos de um nefrologista para 100 mil pessoas. É inadmissível!

E nós estamos muito interessados em discutir com o Governo, e contamos com o apoio de vocês, medidas de prevenção dos pacientes com essas doenças terminais. Trabalhar a hipertensão e o diabetes, que são responsáveis por mais de 60% dos ingressos em diálise.

(Soa a campanha.)

O SR. VALTER DURO GARCIA - Precisamos ter tratamento para eles.

Mais dois minutos.

As clínicas estão com endividamento grande, estão quase se esgotando. Vocês observem o preço da diálise: aqui, são US\$55 já são US\$45, com essa crise, em relação ao que paga a Colômbia, o Chile, o Equador. São R\$179 hoje, muito inferior a qualquer país da América Latina.

Vocês observem, também, quanto subiu o valor da hemodiálise nos últimos cinco anos, 27%, e quanto subiu a inflação. Além disso, há uma série de exigências maiores do Governo para as clínicas e dos Municípios, também, para as clínicas. Há muitos Municípios que atrasam o repasse; aqui em Brasília é um deles. Os Municípios seguram o dinheiro das clínicas de diálise.

E isso pode levar a um paciente mal dialisado, e o paciente mal dialisado, além de todos os sintomas que mostrei para vocês, ele é mais caro, muito mais caro.

A indústria farmacêutica vende a terapia da diálise peritoneal, que é um tratamento alternativo, muito bom para determinada faixa de pacientes, em torno de 10%. Nós só temos 6% por dificuldades que vocês estão vendo aqui, e vocês veem o que paga a diálise peritoneal no Brasil em relação aos países da América Latina. É também um valor defasado, e não tem reajuste há 15 anos - e os reajustes que houve em água, salário mínimo, frete, nesse período, porque isso é levado em conta.

Então, nós temos isto: uma tragédia anunciada. Nós temos um sistema hoje muito difícil para a diálise. A diálise está numa crise, o transplante nós temos que aprimorar, mas a diálise está em crise, e contamos com os senhores.

Muito obrigado. *(Palmas.)*

O SR. PRESIDENTE (Edison Lobão. PMDB - MA) - Muito obrigado, Dr. Valter Duro Garcia pela sua exposição.

O Presidente Paim tem um compromisso inadiável em seguida e não pode assumir a Presidência.

Eu convido o autor do requerimento, Senador Amorim, para que o faça, enquanto eu também cumpro um outro compromisso e retornarei.

Em seguida, terá a palavra o Dr. Paulo Luconi, que é o Vice-Presidente da Associação Brasileira dos Centros de Diálise e Transplante.

O SR. PAULO LUCONI - Muito bom dia a todos.

Eu queria agradecer ao Senador Paim e ao Senador Eduardo Amorim por esta oportunidade que nos deram, à ABCDT, de a gente poder discutir aqui os graves problemas que estão assolando a terapia renal substitutiva no Brasil.

Eu tenho alguns eslaides para passar. Por favor.

A gente está vendo aqui nesse eslaide o número de pacientes em diálise. Isso é um dado americano do maior centro - os melhores dados, os dados mais fidedignos do mundo estão lá - o United States Renal Data System, que mostra que o número de pacientes com doença renal crônica sobe muito, e os pacientes em diálise têm um crescimento de 7% a 10% ao ano.

E esses são os gastos também. Os gastos são absurdos. Aqui, praticamente 6% de tudo que o Medicare gasta com esses pacientes portadores de doença renal crônica.

A gente vê aqui o número de pacientes por milhão de habitantes que desenvolvem doença renal crônica. Vê-se que o Brasil está na rabeira em relação a todos esses outros aqui, principalmente com Chile, Argentina, Uruguai, enfim, países semelhantes aqui, nossos, da América do Sul.

Essa é a prevalência média no Brasil, o número de pacientes por milhão de habitantes que nós temos portadores de doença renal crônica, e as principais causas são *diabetes mellitus* e hipertensão arterial.

Esse eslaide aqui mostra o número de pacientes que precisam de diálise no Brasil no decorrer dos anos. Hoje em dia, nós somos aproximadamente 110 mil pacientes que fazem diálise no Brasil.

E aqui nós já vemos a primeira grande distorção. Se nós fôssemos acompanhar um país como o Chile, por exemplo, que tem uma prevalência por volta de mil por milhão de habitantes, nós precisaríamos ter por volta de 180 mil pacientes, e nós temos apenas 110 mil.

Por que está acontecendo isso daí? Olha só: esta aqui é a evolução do número de clínicas de diálise. Hoje, nós temos por volta de 715 clínicas de diálise. Nos últimos três anos, por volta de 33 mil pacientes por ano entraram no sistema, precisando de diálise. Morrem aproximadamente, em média, 19 mil. O Valter conhece bem esse eslaide aqui: a gente transplanta por volta de cinco mil e seiscentos transplantes - no ano de 2014. Fazemos em média cinco mil, cinco mil e poucos transplantes por ano nos últimos anos.

Então, olha o que acontece aqui: entram 33 mil e saem 24 mil. Ou seja, de 2002 a 2014, nós criamos 25 mil vagas de diálise e nós precisaríamos criar por volta de 9 mil vagas de diálise. O que acontece que a gente não consegue colocar os pacientes que precisam entrar em diálise e a gente não consegue, não tem condições de colocá-los? Por que está acontecendo isso aqui?

Olha só a grande distorção. Esse eslaide eu já mostrei para vocês, com o número esperado e o número observado. Se nós simplesmente tivéssemos colocado aqueles pacientes que morreram por falta de acesso, nós teríamos aquilo que o Valter pedia que seria por volta de 130 mil pacientes em diálise.

Então, o que está acontecendo? O número é baixo, porque os pacientes não têm acesso.

E aqui, como fez o nosso Procurador, eu lanço um repto ao Procurador e lanço um repto aos Parlamentares, que vão às unidades dos hospitais públicos por aí. Vão para o Acre, vão para São Paulo, vão mesmo aqui em Brasília ver o número de pacientes que estão hoje internados, há um, dois, três meses, esperando para ter alta, porque não há unidade de diálise onde possam dialisar.

E por que está acontecendo isso? Por que há pouca vaga de diálise?

Olha só: como todo mundo sabe, a grande fonte pagadora é o SUS - em 85% dos casos, praticamente. E olha o que está acontecendo aqui com a inflação no Brasil: de 1999 a 2013, a inflação foi de 166%, praticamente, e o valor da sessão de diálise cresceu apenas 92%; os recursos humanos cresceram 152%, e os insumos, 118%. Olha a grave distorção que aconteceu nos últimos anos.

Esse eslaide apresenta os custos envolvidos numa sessão de diálise: o RH, o pessoal, 54%, incluindo médicos, enfermeiros etc.; impostos, 15,5% - e agora ainda querem voltar com a CPMF! Pelo amor de Deus, Srs. Senadores, não façam isso! Olha só: o custo da sessão de diálise é R\$256, e o SUS paga R\$179. O que você tem aqui? Um prejuízo de R\$77 por sessão de diálise.

Então, nós estamos vivendo um verdadeiro apagão da terapia renal substitutiva no Brasil, o colapso da terapia. Por que está ocorrendo esse colapso? Porque existe uma evidente falta de vagas de diálise com prejuízo no acesso aos usuários, à terapia dialítica, e uma perda na qualidade de diálise daqueles pacientes que estão dialisando. Ou seja, a mortalidade aumentou, em seis ou sete anos, de 13% para 19% ao ano, e mais de 70% dos pacientes entram em diálise através da porta de emergência, porque existe uma política estabelecida do Ministério da Saúde, que nós ajudamos a escrever, que foi lançada no *Diário Oficial* em março de 2014, a Portaria nº 389, que efetivamente não foi implementada pelo Ministério.

Bom, então, como é que nós, a sociedade, os pacientes, a indústria e os prestadores acham que esse problema deve ser resolvido? Isso daqui levamos inúmeras vezes ao Ministério. Nós achamos que a sustentabilidade da doença renal crônica nos próximos anos, como estava dizendo aqui o Valter, depende de algumas ações de curto, médio e longo prazo.

Ações de curto prazo: nós temos que garantir o acesso dos pacientes - garantir o acesso dos pacientes -, que estão morrendo por falta de vagas em unidades de diálise, adequando os valores aos seus custos. Estimular a diálise peritoneal e adequar os valores. Faz 13 anos que a diálise peritoneal não tem aumento. A gente tem que incentivar o transplante renal e a gente tem que efetivamente implementar a Portaria nº 389, para que se possa reduzir o número de pacientes que precisam de diálise.

Aqui, nós vamos mostrar que a prevenção da doença renal crônica é eficiente, e é ela que vai fazer com que essa terapia seja sustentável nos próximos anos. Esse é um trabalho de que eu participei, que foi feito aqui no Estado de São Paulo com mais

de 4 mil pacientes em acompanhamento conservador, que mostrou que, nos pacientes hipertensos com acompanhamento multiprofissional, com tratamento barato, tratando a hipertensão arterial, tratando o diabetes, nós estabilizamos a função renal dos hipertensos; nos diabéticos, nós estabilizamos a função renal dos diabéticos; e, nos pacientes com proteinúria, nós também estabilizamos a função renal desses pacientes com proteinúria.

Além disso, nós reduzimos a mortalidade em três vezes, em três vezes a mortalidade, e reduzimos as internações em até dez vezes, com medidas simples de prevenção da doença renal crônica. Nós reduzimos os custos financeiros e reduzimos os custos sociais.

Então, a sustentabilidade passa pela prevenção, em que se deve reduzir a progressão através de medidas simples, como eu falei para vocês.

Esse eslaide aqui foi feito pelo Ministério da Saúde. Nós participamos do projeto para estabelecer essa Portaria nº 389, e o problema no Brasil são por volta de 800 mil pacientes que estão nos estágios mais avançados da doença renal crônica.

Se nós implementássemos essa portaria de uma maneira eficiente, pagando os seus custos, nós poderíamos economizar com internação, por ano, R\$373 milhões. Isso não é um terreno na Lua, pessoal. Isso daqui está publicado. Além disso, nós teríamos 27 mil casos a menos de pacientes com necessidade de diálise, mais uma economia anual de R\$770 milhões.

Então, se você somar aquilo que você tem de redução de internação com diminuição do número de pacientes em diálise, há uma economia anual de mais de R\$1,1 bilhão, além de se evitar, nesse grupo de pacientes, 27 mil óbitos.

Então, de que maneira nós achamos que a terapia renal substitutiva pode ser sustentável no Brasil? Primeiro, eu acho que com medidas de curto prazo, como eu falei, é preciso adequar os valores; é preciso pagar aquilo que a sessão de hemodiálise vale, que são R\$256; é preciso adequar os valores pagos à diálise peritoneal e estimular a diálise peritoneal. O Valter falou bem: só 6% dos pacientes fazem diálise peritoneal no Brasil. Nós podemos aumentar para 20% esse número.

Além disso, pagar pelo tratamento conservador o valor de R\$960 por ano para os estágios 4 e 5 da doença renal crônica, e não esse valor pífio...

(Soa a campanha.)

O SR. PAULO LUCONI - Um minuto.

O SR. PRESIDENTE (Eduardo Amorim. Bloco União e Força/PSC - SE) - Tranquilo.

O SR. PAULO LUCONI - E não esse valor pífio que o Ministério da Saúde está se propondo a pagar. Está se propondo a pagar um valor pífio e, além disso, não implementou uma política que foi publicada há mais de um ano e meio.

Então, de que maneira a sociedade civil, os pacientes, os prestadores e a indústria querem fazer? Querem a prevenção, para que a gente possa otimizar os recursos, reduzir o desperdício e melhorar a qualidade de atendimento da nossa população, porque a qualidade de atendimento dessa população está ruim hoje em dia, e disso nós somos testemunhas.

E aqui eu quero convidar vocês para o Dia Mundial do Rim em 2016. Vai ser comemorado no dia 10 de março. É toda segunda quinta-feira de março, e nós já estivemos várias vezes aqui com os pacientes, em várias audiências aqui, e espero que neste dia 10 - não é Renato? - a gente possa trazer alguma novidade importante.

Eu quero agradecer.

Muito obrigado. *(Palmas.)*

O SR. PRESIDENTE (Eduardo Amorim. Bloco União e Força/PSC - SE) - Muito obrigado, Dr. Paulo, pela brilhante exposição e pelos esclarecimentos, mostrando, mais uma vez, que tem jeito, se fizermos as economias necessárias, se tivermos as prioridades necessárias também.

Eu passo a palavra ao Dr. Renato Padilha para a sua fala.

O SR. RENATO PADILHA - Neste momento, eu quero cumprimentar a Comissão de Direitos Humanos, na pessoa do Senador Paulo Paim. Cumprimentando-o, eu cumprimento todos os componentes da Mesa, mas quero destacar também, aqui, o Senador Eduardo Amorim, pela sua sensibilidade de ter convocado esta audiência pública para tratar da demanda dos pacientes renais do Brasil.

Nós somos muito gratos pela sua sensibilidade, e vocês vão ver pela minha apresentação que a Fenapar vem batendo em vários segmentos governamentais, segmentos que estão envolvidos com a saúde, dada a nossa angústia, dos pacientes, que vêm perdendo vidas por todo o Brasil sem que se consiga ter um resultado concreto de melhora na qualidade de vida deles.

Aqui, neste primeiro eslaide, comento a nossa representação da Fenapar, fundada dia 07/11/2013, no Piauí, num evento que fizemos lá, e, quando falamos de informação, estamos hoje em todas as regiões do Brasil.

Cito, aqui, presente, Humberto Mendes Floriano, de Santa Catarina; João Carlos Curtinhas, de Minas Gerais, ausente - os demais companheiros que vou citar alguns estão ausentes. Cito Neci Gomes, de Goiás; Lourdes, Goiás. Nós temos aqui, também, Rondônia. Nós temos o Alfredo, do Rio de Janeiro. Nós temos aqui a D. Isoldi, do Rio Grande do Sul. Nós temos o Jonas, lá de Rondônia. Vejam, o Nilton, que é o meu Vice-Presidente, de Curitiba.

Então, digamos que todo o Brasil está representado na pessoa desses representantes que estão nesta exposição.

Nossa angústia - e nós temos nos aliado com vários segmentos, dentro da nossa demanda - se deve à dificuldade ao acesso aos medicamentos para pacientes em diálise e transplantados, o que gera, conforme os palestrantes já citaram, uma judicialização.

Nós recebemos do Mato Grosso o seguinte: "Não adianta transplantar e nos abandonar". É uma realidade. Eu sou transplantado há 13 anos, graças a uma doação viva da minha irmã, Regina Padilha Kesner.

Quando o paciente se propõe a fazer um transplante de doador vivo, ele assina um termo de responsabilidade: a responsabilidade de tomar os seus medicamentos de forma contínua e organizada e fazer os seus exames a cada dois ou três meses, conforme a recomendação médica. E ainda cito aqui, falando de transplante, que eu estou perto do meu transplantador, da Santa Casa, que foi a equipe que me transplantou, Dr. Valter.

Essa questão gera judicialização.

Então, é uma angústia muito grande saber que já estivemos melhor. A gente percebe, no Rio Grande do Sul, medicamento dos transplantados chegando ao local em que se faz a retirada: na sua farmácia, você retira um pouco e um pouco virá na semana seguinte. Isso é muito ruim para o paciente renal, porque o transplantado não pode ficar sem o medicamento. Se ficar sem o medicamento - muitos colegas tentaram fazer essa experiência ruim -, ele vai perder o seu transplante. Então, a gente não pode ficar sem medicamento.

Sobre a falta de acesso a tratamento, os meus antecessores já falaram aqui. A gente não tem o número exato, mas partimos de 120 mil. Pela ampliação dos serviços, que reivindicam um reajuste, e nós, como pacientes, dissemos que este é um quesito que nos preocupa - a qualidade do serviço e a oferta do serviço. Alguns Estados - a gente sabe, porque hoje as associações nos passam - estão diminuindo o número de horas de hemodiálise para poder suprir a demanda para a falta de hemodiálise.

Sobre a diálise peritoneal, nós fomos notificados. Falou-se aqui que precisamos incentivar a diálise peritoneal, e nós fomos citados pelo fornecedor do Amazonas que fornece, até o início de outubro, as bolsas, os medicamentos para diálise peritoneal naquele Estado, dada também a defasagem de custos. Companheiros nossos, lá, em dificuldade, pela distância, para a hemodiálise, ficarão sem o fornecimento. Isso é muito grave, porque são vidas que vão estar se perdendo e pessoas que não terão como fazer isso de forma particular, o que já é uma dificuldade muitas vezes. Mesmo o SUS fornecendo, ainda há a dificuldade, porque o paciente renal crônico é uma pessoa que fica mais debilitada e que, muitas vezes, tem de fazer grandes deslocamentos para ter acesso ao tratamento.

A Fenapar tem protocolado no Ministério da Saúde a cobrança com relação à coparticipação. Foi entregue diretamente ao Ministro, falando da nossa preocupação, porque, quando o paciente renal fica dependente de uma máquina, ele também deixa de produzir, e, se ele deixa de produzir, os seus recursos vão diminuir. E, diminuindo os seus recursos, como ele ainda vai pagar uma parte da coparticipação?

Então, a Fenapar apresentou ao Ministro essa preocupação, e também ao Ministério Público Federal apresentamos ontem. Inclusive eu e Humberto estivemos lá, protocolando uma intervenção, para que possamos ter um desfecho favorável ao paciente renal.

Sobre a Fenapar, em 05/01/2015, com relação à Portaria nº 389, as falas anteriores já diziam: "Olha, ela ficou interessante, sim". Mas ter isso documentado e não estar implementado de forma a funcionar fica apenas um projeto bonito no papel. Para nós, isso é uma preocupação muito grande, porque ainda não foi implementado.

Acompanhamento da Fenapar na incorporação de novas tecnologias. Nós temos medicamentos que precisam entrar no Sistema SUS, no caso específico para o hiperparatireoidismo, aprovado na Conitec, vencida a consulta pública, ainda aguardando apreciação final.

As coisas estão muito lentas no Brasil. O paciente renal jovem que passa por esse tipo de situação vai desenvolver câncer bucal, vai ficar deformado e não tem mais como reverter esse quadro.

A Drª Vanda Jorgetti nos acompanhou à Conitec, especialistas de renome até internacional nos têm passado informação quanto a isso, e nós não temos acesso, só por via judicial. São várias ações para que o paciente possa ter esse acesso. Então, além da sua dificuldade física, ainda essa dificuldade de acesso aos medicamentos, às novas tecnologias.

Temos hoje tramitando no Congresso, na Câmara dos Deputados, o PL 155. E queremos já pedir uma atenção especial a este projeto quando ele chegar a esta Casa. O paciente renal, além de ficar debilitado, muitas vezes, é relegado até por familiares, ficando até na rua. Tive oportunidade, na nossa associação, de buscar paciente renal morador de rua. Além de perder o rim, perde a família, muitas vezes.

Então, também queremos dizer que foi um ato muito importante desta Casa o Estatuto da Deficiência, mas o Estatuto da Deficiência é genérico. Nós precisamos de uma lei específica que cuide da questão do paciente renal. Por isso, vai chegar a esta Casa, e pedimos já uma atenção especial dos Senadores, o PL 155.

A Fenapar iniciou um processo de criação de um grupo de trabalho permanente de atenção à pessoa física com doença renal crônica no Ministério da Saúde, no setor de alta complexidade. Nós temos, para o dia 29/10/15, uma agenda. O que nos preocupa é a dança dos ministros, porque, quando alinhamos tudo, quando acertamos tudo, quando pensamos que a coisa vai funcionar, existem trocas, e nós, novamente, temos de reiniciar todas as negociações. Essa é outra grande preocupação. O terceiro setor está envolvido, tira o seu tempo, busca se aproximar, pensar soluções, e, de repente, tudo vai água abaixo. Então, são coisas que também nos preocupam.

A importância da prevenção, em especial nas unidades básicas de saúde, do diagnóstico precoce, encaminhamento e acompanhamento por nefrologistas, ações já desenvolvidas pela Fenapar junto à Câmara dos Deputados, em parceria com a ABCDT, Soben e SBN. Nós vimos, posso dizer, seguramente, há quatro anos, apontando e insistindo com o Poder Público que isso é muito importante. Em todos os Municípios, Estados e aqui em Brasília, precisamos trabalhar a prevenção, porque é ainda o caminho mais econômico.

Aqui, vários atores sociais, novamente representados por vários Estados, trazendo sua contribuição ao Poder Público, na preocupação de que a gente realmente possa trabalhar um programa sério, forte, com ações concretas, trabalhando na questão da prevenção.

(Soa a campanha.)

O SR. RENATO PADILHA - O terceiro setor está junto, animado, fazendo frente nos seus Estados, nos seus Municípios, trabalhando, muitas vezes, sem recursos, mas fazendo campanhas sobre a prevenção.

Agradecemos ao Senador Paulo Paim, Presidente da Comissão de Direitos Humanos e Legislação Participativa, a oportunidade de realizar audiência pública e solicitar apoio, junto ao Governo Federal, às demandas e órgãos responsáveis, para mudar a atual situação vivenciada pelo renal neste País, transformando o tratamento em algo digno, de acesso a todos, em prol da vida humana. Se conseguirmos fazer esse passo...

O Humberto me acenava, porque eu tinha pulado um eslaide - obrigado, Humberto -, com relação aos transplantes. Eu e o Humberto, que somos transplantados, dizemos que o melhor tratamento para o paciente renal é o transplante.

Então, políticas públicas, garantia do acesso da população a exames, informação ao paciente, aumentar o número de transplantes, captação e formação multiprofissionais, evitando queda, por exemplo, negativa, de 44%. Nós tivemos, nesse primeiro semestre, engajamento dos Estados nas campanhas permanentes. Então, são coisas que preocupam a Fenapar. Esses são os nossos anseios.

Agradeço ao Senador Paulo Paim, ao Senador Eduardo Amorim e a todos os componentes. Juntos acreditamos, sim, que podemos fazer um País melhor para os pacientes renais.

Muito obrigado. *(Palmas.)*

O SR. PRESIDENTE (Eduardo Amorim. Bloco União e Força/PSC - SE) - Muito obrigado, Sr. Renato.

De imediato, passo a palavra ao Dr. Heder Murari, Coordenador-Geral do Sistema Nacional de Transplantes do Ministério da Saúde. Logo em seguida, começaremos as perguntas e respostas, os debates.

Dr. Heder.

O SR. HEDER MURARI BORBA - Bom dia a todos. Caro Senador Paulo Paim, Senador Amorim, é a segunda vez, nos últimos dez meses, que venho a esta Comissão. A primeira delas, para anunciar a inclusão da doença falciforme no programa do Sistema Brasileiro de Transplantes, fato que muito repercutiu positivamente. E, agora, fui incumbido pela alta administração do Ministério, evidentemente, levando em consideração a conjuntura que estamos vivendo hoje, de falar com vocês acerca do programa da hemodiálise e dos transplantes.

Acho que é a primeira apresentação.

Primeiro, vou apresentar aos senhores a campanha que deve entrar no ar. Não entrou no ar na semana passada. Estamos no mês de setembro, que é o mês da doação de órgãos no Brasil, mas, em função da conjuntura, da reforma administrativa,

não pudemos fazer, pelo Sr. Ministro, o lançamento oficial dessa campanha, que, todos os anos, o Ministério leva ao País. Deve entrar no ar, independente de qualquer questão, a partir de hoje.

Pode passar o vídeo.

(Procede-se à exibição de vídeo.)

Existem outros dois depoimentos, de outros órgãos, mas só para dizer a vocês que precisamos aprender a lutar pelos nossos direitos e procurar enxergar a floresta, não apenas a árvore.

Estamos vivendo, no País, um momento muito complicado. Todos são testemunhas disso, e estamos conseguindo garantir o Sistema Único de Saúde, que é exatamente isso. O Brasil é o único país do mundo com mais de cem milhões de habitantes que assumiu o desafio de ter um sistema universal público e gratuito.

Está correto isso? Não está? Existem inúmeros projetos tramitando para o fim da gratuidade no Sistema Único de Saúde. O SUS é hoje responsável por 4,1 bilhões de procedimentos de ambulatório por mês; 590 milhões de consultas médicas, em 2014; 11,4 milhões de internações, em 2014; o maior programa público de transplantes do mundo; 98% do mercado das vacinas é movimentado pelo SUS; 19 milhões de procedimentos oncológicos; e 2,6 milhões de procedimentos de quimioterapia feitos no SUS em 2014.

Diante disso, ainda temos problemas. Não estamos dizendo que não tenha o que ser feito. Há muito o que se avançar: 51% da população das capitais brasileiras estão com excesso de peso; 23,6%, inclusive eu, são hipertensos; 16,4% da população relatam consumo abusivo de álcool. E temos um grande problema no País, assim como em outros países do mundo, de saúde pública, chamado doença renal crônica, que é, já foi dito aqui, basicamente, enfrentado, em sua maioria esmagadora, com recursos públicos. Essa é a distribuição dessa doença: 33 milhões de hipertensos, 7 milhões de diabéticos...

O Dr. Valter já mostrou anteriormente a evolução da doença: perda progressiva irreversível da função renal, até chegar ao estágio terminal, quando é indicada a terapia renal substitutiva, através da hemodiálise, da diálise peritoneal e do transplante.

Qual é o esforço que temos de aumentar? Transferir cada vez mais pacientes para o transplante e cada vez menos pacientes para a diálise. Agora, todos devem imaginar que isso seja um pouco como enxugar gelo. Nós não temos - acompanho a discussão do transplante há muitos anos - a ilusão de que vamos zerar a lista de espera para o transplante de rim, porque o número de pessoas que entram na lista e se transformam em renais crônicos, a cada ano, é superior à possibilidade de doação, mesmo se não houvesse limitação orçamentária alguma. Isso é preciso ficar claro.

Toda a atenção voltada à terapia renal substitutiva tem de se inverter, porque hoje, praticamente, hegemonicamente, o que se tem é a hemodiálise. Existe, realmente, uma desarticulação do serviço de diálise com o restante da rede; um desconhecimento, ainda geral, do problema por gestores e também pela população; a porta de entrada continua sendo a emergência - não conseguimos mudar essa realidade; a alta prevalência dos fatores de risco para essa doença persiste na sociedade brasileira e gera, realmente, como já disse o representante da ABCDT, que o início da terapia renal continue ainda em situação desfavorável.

Essa é a produção de terapia, de 2003 a 2014 - a gente chama de produção os valores aplicados no pagamento -, de maneira que hoje nós chegamos, se contarmos apenas os recursos públicos, a R\$2,626 bilhões de pagamentos, em relação a 2013. Vão aí 14 anos de evolução. Esses são os dados oficiais.

Esse é o mapa do Brasil em relação ao acesso. É óbvio que nós gostaríamos que o mapa todo ficasse com a mesma cor, mas existem dificuldades de acesso em regiões, porque o País é continental. Há uma realidade posta que não depende deste ou daquele governo, apenas mais de políticas de Estado robustas que temos de construir juntos.

Na minha opinião, precisamos ter muito cuidado, neste momento que estamos vivendo, para não jogar, além da água da bacia, a criança junto. Então, o que há é um esforço muito grande do Ministério da Saúde e também de entidades denunciando, apesar dos problemas de gestão, o permanente subfinanciamento do sistema de saúde brasileiro. Nós lutamos para que isso se reverta, e isso é uma luta constante.

O grande esforço feito, nesta gestão, foi a inserção da doença renal crônica na Rede de Atenção à Saúde, para prover as ações do serviço de saúde, com garantia de acesso equânime a uma atenção integral, resolutiva, humanizada e em tempo adequado, através da organização e desenvolvimento de uma linha de cuidado específica para a doença renal crônica.

Acho que deve haver uma unanimidade entre as entidades médicas - eu fui presidente de uma delas -, mas hoje existe uma política traçada para o doente renal crônico no Brasil, como bem disseram aqui os que me antecederam: em 2014, a elaboração das diretrizes clínicas para cuidar da pessoa com doença renal crônica, feitas em parceria com todas as entidades que estão aqui, com a SBN, com a ABCDT, com a Anvisa. Essas diretrizes estão publicadas.

E também a Portaria nº 389, de 13 de março de 2014, que não estou entendendo por que não está implementada, pois está em vigor. Muito da sua implementação depende da ação dos gestores de Estado e das próprias clínicas que oferecem os serviços ao Sistema Único de Saúde. Essa portaria, pelo que tenho conhecimento, não foi feita exatamente nos valores propostos, mas no que foi possível, devido à limitação orçamentária do momento. A implementação dela é uma obrigação do Ministério da Saúde e de todos os atores do Sistema Único de Saúde, que é dirigido de maneira tripartite.

Essa linha de cuidado estabelecida nessa portaria, basicamente, pressupõe algumas questões. Nós teríamos três tipos de unidades de atendimento. A Unidade Especializada em Doença Renal Crônica, que seria o ambulatório, um novo ponto de atenção, com atendimento de média e alta complexidade e oferta de atendimento multiprofissional a pacientes com doença em estágios 4 e 5. Cada tipo desse modelo de atendimento tem um valor de acréscimo aos valores propostos de maneira habitual.

A Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Nefrologia seriam os serviços de nefrologia, que é a modalidade basicamente existente hoje para atendimento de alta complexidade, que oferta, pelo menos, uma modalidade de diálise.

A terceira será a Unidade de Atenção Especializada Ambulatorial a Pessoas com Doença Renal Crônica, que, além do atendimento de média e alta complexidade, oferta acompanhamento multiprofissional a pacientes em estágios 4 e 5 e "matricia" esses pacientes com as equipes de unidades básicas de saúde. Seria uma classificação.

O Ministério repassará o incentivo financeiro mensal, na forma de custeio, ao gestor local, para fazer jus a essa portaria, e ainda publicou a Portaria nº 1.331, alterando os valores da remuneração. Todos os procedimentos relacionados ao acesso vascular para diálise tiveram um aumento de mais de 100%. O procedimento de diálise peritoneal teve um aumento de 112%. Criou-se um procedimento de hemodiálise específico para crianças menores de 12 anos. Todas essas propostas vieram desse grupo de trabalho e estão em vigor.

Existe um grande desafio, que já foi dito e com o qual concordamos, que é ampliar o acesso enormemente à diálise peritoneal. O desafio tem a ver com as distâncias que temos de vencer no Brasil. Esse não é um desafio apenas para a hemodiálise, mas também um desafio para o Sistema Único de Saúde, assim como existe o esforço de atuar também na prevenção. Em janeiro de 2013, tínhamos 4,8 milhões de remédios sendo distribuídos gratuitamente; em janeiro de 2014, 5,8; e agora, em janeiro de 2015, 7 milhões de medicamentos, basicamente, através do programa Farmácia Popular, para diabetes e hipertensão, atingindo 22,5 milhões de pessoas atendidas desde o início do programa.

De maneira que existe esse esforço. Aqui podem ser evidenciados, de 2002 a 2014, os volumes de recursos em valores repassados, em bilhões de reais, para repasse aos gestores dos Estados. Se, em 2002, nós repassamos R\$12,5 bilhões, nós fechamos o ano de 2014 repassando quase R\$70 bilhões para os Estados brasileiros. De maneira que há um esforço também, apesar da persistência de os recursos terem que aumentar, na nossa opinião, de aumentar cada vez mais esses repasses.

Nós esperamos - isso vocês podem ter acompanhado pela imprensa - não ter um resultado de 2015 menor que esse, porque, segundo as informações que temos, o SUS entra em colapso em agosto de 2016 caso o cenário econômico do País não melhore. E isso é uma coisa que atinge todos os setores do Ministério da Saúde e do Estado brasileiro. Essa é a realidade que estamos vivendo.

Em relação à hemodiálise, também concordo que é preciso avançar muito nesse tema.

(Soa a campanha.)

Agora, em relação aos transplantes, meus amigos, que é a área em que trabalho dentro do Ministério da Saúde, para concluir, tenho muito orgulho de dizer que o Brasil possui o maior sistema público de transplantes do mundo. Nós fechamos 2014 com 14 doadores por milhão de população.

O SUS oferece assistência integral aos exames preparatórios, procedimento cirúrgico, acompanhamento do paciente e o medicamento pós-transplante, de maneira que ampliamos, nesses anos, e muito.

Eu gostaria de discordar, vou fazer isso, e temos como provar: não tivemos - e é preciso ficar claro - o pior semestre de doadores nesse semestre. Não sei qual é a fonte, mas a fonte oficial dos dados do Brasil emana das centrais dos Estados e do Ministério da Saúde. Esse é o número de doadores efetivos de órgãos de 2013, e esse é o número, 2.710, de 2014. Esse semestre não está no eslaide, mas tivemos o melhor semestre de toda a história do SNT em número de doadores efetivos de órgãos. O sistema brasileiro continua subindo. Esse é o dado oficial, um dado publicado pela *Newsletter Transplant*, da OMS. O último dado publicado, de 2014, mostra que o Brasil passou, inclusive, a Argentina, no número de doadores por milhão de população.

Só para uma comparação, aqui vocês vejam o número de doadores efetivos por milhão de população, em países desenvolvidos. Aqui está o Brasil, e aqui estão os Estados Unidos. O que é diferente entre o Brasil e os Estados Unidos e

vários países que estão aqui? O sistema brasileiro é público. Tirando-se os Estados Unidos, que têm um sistema privado de doação de transplantes, e colocando-se o Brasil, como eu já disse, temos o maior sistema público de transplantes do mundo. Se a gente for comparar, a Espanha tem 35,9; a Croácia tem 35,1; Santa Catarina tem quase o mesmo índice da Croácia; Distrito Federal tem 28; a Ilha de Malta tem 30; Portugal tem 27; Bélgica tem 26; Estados Unidos, 26; e o Ceará tem um índice praticamente igual ao dos Estados Unidos; a França tem 25,3 doadores por milhão de população e assim por diante. Isso demonstra que o nosso País é um continente e, em inúmeros locais do Brasil, temos índices tão bons ou melhores do que outros países do mundo, o que não quer dizer que não tenhamos de avançar.

Em relação aos transplantes, da mesma maneira: o Brasil sozinho fez, no ano passado, 7.635 transplantes. Se a gente tirar os Estados Unidos daqui, nós fazemos mais transplantes que todos esses outros países do mundo.

Aqui, transplantes realizados na América Latina, só para vocês terem a dimensão do programa brasileiro de transplantes. Só de rins, o Brasil realiza 47% dos transplantes renais da América Latina. Vejam a pujança do sistema de transplantes brasileiros. No caso de fígado, o Brasil realiza 65% dos transplantes da América Latina, 52% dos transplantes de coração, 44% dos transplantes de pulmão, 63% dos transplantes de fígado e 33% dos transplantes de intestino.

Essa é a curva dos transplantes de órgãos sólidos no Brasil. Vejam que, desde 2002 a 2014, 12 anos de estatística - e esses dados têm nome e CPF -, temos um crescimento continuado, particularmente, depois de 2010. Apesar disso, precisamos melhorar. Isso que o Dr. Valter falou é verdade: existem regiões no Brasil, assim como a diálise, em que precisamos aumentar o número de transplantes. Nós gostaríamos que o mapa todo tivesse essa cor, que todas as pessoas tivessem o mesmo acesso ao programa brasileiro de transplantes, como, de resto, o mesmo acesso à saúde.

Então, para concluir, achamos que temos muito o que caminhar. Agora, este é o momento de evidenciarmos cada vez mais a pujança e a força do nosso sistema.

No SNT, tive notícias de alguns Estados brasileiros, sobretudo o Estado do Ceará, onde têm faltado imunossupressores para o programa de transplante. Isso realmente é um absurdo. O Ministério da Saúde tem repassado, religiosamente, os recursos para os Estados brasileiros, e não se pode permitir a falta de medicamentos no pós-transplante.

Existe uma questão, de que o representante da SBN também falou, que é o problema do aumento do valor do pós-transplante. Nós tivemos, nesses últimos três anos, aumento em toda a cadeia de transplantes dos valores pagos pelo Ministério. Faltaram alguns quesitos. Esse do pós-transplante está realmente programado para ocorrer com a revisão da Portaria nº 845, que vai incluir o programa de acompanhamento pós-transplantes no aumento.

Infelizmente, nós não temos, e não sou ministro, a liberdade e o poder de dar aumentos, muitas vezes necessários, que a gente gostaria, não só para a área de doença renal crônica, mas de várias outras áreas do SUS.

Reitero que precisamos ampliar o financiamento do Sistema Único de Saúde e melhorar a gestão nas regiões do Brasil. Por exemplo, em Mato Grosso. Estive em Mato Grosso três vezes, inclusive, oferecemos apoio direto de Brasília para a instituição de equipes de transplante renal no Mato Grosso, e, infelizmente, não conseguimos iniciar, retornar o programa de transplante no Mato Grosso. Existiu uma situação, em um hospital de Mato Grosso, em que o paciente, doador de rim, teve óbito depois do procedimento de doação, doador vivo, uma coisa impensável em qualquer programa de transplante, o que forçou o Sistema Nacional de Transplantes a cancelar o credenciamento desse serviço.

Existe um esforço muito grande para que a gente amplie os transplantes no País inteiro, assim como para a doença renal crônica.

Muito obrigado a vocês. (*Palmas.*)

O SR. PRESIDENTE (Eduardo Amorim. Bloco União e Força/PSC - SE) - Agradeço ao Dr. Heder pelas palavras, pelas explicações. Fico triste, porque o meu Estado não aparece em nada ali.

O SR. HEDER MURARI BORBA - Permita-me, Senador, eu estive em Sergipe, em 2012, não me recordei que o senhor é de Sergipe. Cheguei a Sergipe, existia um doente havia cinco anos na lista para transplante de coração. Perguntei ao Coordenador de Transplante de Sergipe - porque o senhor sabe que o sistema de transplante é gerenciado, em cada Estado, pela coordenação -: "Se fosse o seu pai na lista de transplante, há cinco anos, e esse médico, com um paciente na lista, o senhor deixaria seu pai ser operado por esse médico?" Nós cancelamos o credenciamento também e temos feito um esforço grande para retornar os transplantes em Sergipe, mas, infelizmente, não conseguimos. A gente conta com o apoio do Senador para sensibilizar os gestores de Sergipe, porque é um absurdo a situação...

O SR. PRESIDENTE (Eduardo Amorim. Bloco União e Força/PSC - SE) - Eles são insensíveis.

O SR. HEDER MURARI BORBA - ...de retirar o órgão, em Sergipe, e mandar o órgão para o Dr. Valter transplantar no Rio Grande do Sul, e o sergipano ficar sem o transplante.

O SR. PRESIDENTE (Eduardo Amorim. Bloco União e Força/PSC - SE) - Lembrar, Dr. Heder, que o primeiro transplante - Senador Paim, Senadora Ana Amélia, Senadora Regina - de coração, feito no Nordeste brasileiro, foi feito em Sergipe. O primeiro transplante renal, feito no Nordeste brasileiro, Senador Paim, foi feito em Sergipe. Ou seja, tínhamos... Parabéns naquela época, hoje, há cinco anos, se Sergipe fosse um país, ali não apareceria absolutamente nada! Há cinco anos que o meu Estado, com todos os profissionais, com toda a escola preparada para transplante, não faz absolutamente nenhum transplante, qualquer transplante, nem de coração! Eu mesmo já fiz muitas cirurgias, transplante cardíaco, renal. Há cinco anos! O argumento, desculpe, Dr. Heder, respeito opiniões diferentes, esse argumento de que o Brasil é um País continental, não vale para o meu Estado, porque somos, geograficamente, o menor Estado da Federação, com menos de 22 mil quilômetros de distância. A cidade mais distante, no meu Estado, fica a 200km, Senador Paim. No último final de semana, eu andei, dentro do meu Estado, quase mil quilômetros, o que é muito, em apenas dois dias, andando com o carro, cumprimentando as pessoas... O que é um verdadeiro absurdo. Um absurdo!

Infelizmente, tentamos sensibilizar os gestores, mas eles são desumanos, insensíveis. Perdoe-me a palavra, se estiver sendo transmitido pela TV Senado, são perversos, perversos! Ou não têm nenhum parente ou nunca passaram por uma situação como essa, não têm a menor sensibilidade. Como foi dito aqui, ainda se paga relativamente, mais ou menos, o transplante, mas, para a hemodiálise e outras situações, paga mal, paga muito mal. Não podemos, de forma nenhuma, apesar da crise, não é uma crise mundial, é uma crise brasileira, e alguns Estados vivem não apenas a crise, e o povo paga não pela crise federal.

Alguns Estados vivem três crises. A crise federal, oriundo do Governo Federal; a crise estadual, como o meu Estado, o Estado de vocês, Senadora Ana Amélia e Senador Paim, lá o salário está fatiado, apesar dos empréstimos, dos depósitos judiciais. Já foi tudo, e olhem que Deus foi generoso com o sergipano. Colocou naquele pequeno solo e subsolo riquezas que não existem em nenhum outro canto: petróleo, gás, ureia, potássio. A única mina de potássio neste País. O que falta, infelizmente, é gestão. Aí, Dr. Oswaldo, o que falta é fiscalização, cobrança. E como o Ministério Público tem cobrado! Sou testemunha disso. No meu Estado, o Ministério Público Estadual e Federal têm sido extremamente atuantes, mas os gestores não estão nem aí para essa questão.

Outra coisa que foi dita aqui. A morte, na doença renal, é uma morte quase igual à do trânsito e quase igual a essas provocadas pela violência no dia a dia. São quase 50 mil pessoas que morrem todos os anos, segundo os dados de vocês, pela falta da prevenção, pela falta do acesso, pela falta do transplante e pela má condição de trabalho.

Senadora Ana Amélia, sou servidor da saúde. Pior do que má remuneração, acredite, é você saber o que fazer para salvar aquele paciente - se eu estiver errado, colegas, me digam - e não ter como fazer: falta adrenalina, falta isso... Outra coisa, não são só os subfinanciamentos, não. São os ralos, são os ralos da maldade, da corrupção, da desonestidade, da má qualidade do gasto. Foi dito aqui: existe a fórmula para economizar, mas não se economiza. A portaria está aí, mas porque não é implantada? Aí vai o meu argumento. Perdoe-me, Dr. Heder, dizer o seguinte: vivemos num País continental, mas isso não vale para o meu Estado. Esse argumento não vale para o meu Estado.

Temos um exército subutilizado, mal-utilizado, que nenhum outro canto do mundo tem, que são os agentes de saúde, os agentes de epidemia. Daria para a Presidente da República, o Ministro da Saúde, quem quer que seja, saber onde está cada paciente. Então, esse argumento de que não sabemos quantos pacientes renais temos, daria para saber, mas é preciso dar condição de trabalho a ele. Por que não colocar na mão dessas pessoas... Nem o Exército tem esse exército, porque, o efetivo do Exército brasileiro, se não estou enganado, não passa de 200 mil soldados, mas o exército da saúde é de quase 500 mil, Senador Paim. Quase 500 mil agentes de saúde e agentes de epidemia espalhados pelo País inteiro. Eles são obrigados, pela missão deles, a visitar todas as famílias. Então, eles têm condições, desde que tenham um *laptop*, um celular na mão, de informar tudo, absolutamente tudo sobre cada família, se ali tem renal crônico, se ali tem paciente hipertenso, se está faltando remédio ou não. Ou seja, o que falta é gestão, é efetividade. Somos presos por essa burocracia perversa, deve interessar a alguém que ela se mantenha, deve interessar a algumas pessoas que ela se mantenha.

A minha pergunta, antes que outros de vocês façam, é a seguinte: Dr. Valter, Dr. Paulo, qual é o jeitinho? O que se faz? Pergunto até para o Dr. Oswaldo: o que se faz? A conta não fecha. O custo é de R\$256,00 de cada hemodiálise, paga-se R\$170,00. Como é que se faz para cobrir isso? Tem algum jeitinho? Ai daquele que cometer alguma ilicitude! Ai daquele que cometer alguma ilicitude! Aquele que roubar, que não cumprir o que manda a lei, que não cuidar. Qual é o jeitinho? Tem que ter algum jeitinho, senão estaria tudo fechado! Quinze anos sem reajuste, pelo amor de Deus! Sei que a crise está aí, essa crise não é mundial, essa crise é federal, é estadual e até municipal em alguns cantos, mas como é que faz para cobrir essas despesas, porque já deveria estar tudo fechado? Ainda não está, mas do jeito que vai... Como o senhor disse aqui, vou guardar essa frase para utilizar mais tarde, no plenário: "É uma tragédia anunciada!". Já vivemos uma epidemia dessa situação, mas é uma tragédia anunciada.

A doença renal crônica, pela falta de prevenção, mata tanto quanto talvez o trânsito, que é um absurdo, neste País, mata tanto quanto o número de homicídios, neste País, mas é uma morte silenciosa, porque pouco se fala.

O SR. PAULO PAIM (Bloco Apoio Governo/PT - RS) - Presidente, pela ordem, antes de ele responder, temos um problema, Senador. Temos sessão do Congresso, às 11h30.

O SR. PRESIDENTE (Eduardo Amorim. Bloco União e Força/PSC - SE) - Lamentavelmente.

O SR. PAULO PAIM (Bloco Apoio Governo/PT - RS) - Eu, particularmente, tenho que fazer uma palestra na Câmara dos Deputados, no Nereu Ramos. Eu faria o seguinte encaminhamento, se V. Ex^a concordar: os Senadores fariam sua saudação e as perguntas que entenderem adequadas e eles responderiam em bloco, porque todos vão ter que responder, creio eu, algum tipo de questionamento. Se V. Ex^a concordar, já tem uma pergunta sua, a minha também será muito rápida, objetiva, porque assisti aqui a fala de todos e fiquei muito impressionado, porque, na minha família, é uma tendência ter problema de rim, inclusive, a minha tendência é essa também.

O SR. PRESIDENTE (Eduardo Amorim. Bloco União e Força/PSC - SE) - A minha também.

O SR. PAULO PAIM (Bloco Apoio Governo/PT - RS) - Agora, depende da sua decisão. Sou o Presidente licenciado, porque, aqui nesta Comissão, toda vez que um requerimento de iniciativa de um Senador é aprovado, ele é quem preside a reunião.

O SR. PRESIDENTE (Eduardo Amorim. Bloco União e Força/PSC - SE) - Isso mostra o espírito democrático que o senhor carrega consigo o tempo todo.

Concordo plenamente. Acho que devemos fazer essa pergunta.

Aqui fica uma lição, Senadora Ana Amélia, Senador Moka, Senadora Regina, esse assunto não pode parar por aqui. Já que estamos sendo oprimidos pela sessão do Congresso, sugiro, Senador Paim, que, em outra oportunidade, a gente chame a atenção, porque está matando tanto quanto o trânsito, o que é um absurdo, e tanto quanto o número de homicídios. São mortes silenciosas, se é que posso dizer isso.

Com a palavra, Senador Paim.

O SR. PAULO PAIM (Bloco Apoio Governo/PT - RS) - Senadora Regina, se V. Ex^a, que foi a primeira a chegar, quiser perguntar primeiro, fico em segundo lugar. A senhora foi a primeira a chegar, eu cheguei depois dela.

A SR^a REGINA SOUSA (Bloco Apoio Governo/PT - PI) - Se o senhor quiser falar, não tem problema.

Quando cheguei, tinha alguém falando, não me lembro quem, de dados desconstruídos, que não há dados. Isso é assustador, porque, em pleno século da tecnologia, sistema é o que não falta. O problema é que cada um faz o seu e não integra. Cada lugar tem o seu sisteminha que não conversa com o outro, porque não é possível não haver dados. É impossível hoje se falar em falta de dados, em dificuldade de haver dados. Então, acho que está precisando integrar, e aí o Ministério da Saúde pode ser a resposta.

Fiquei preocupada porque alguém falou que os médicos não querem mais fazer residência em nefrologia. Por quê? Tem vantagem de uma para outra? É ignorância mesmo, queria que me respondessem sobre esse assunto. É uma tragédia, se ninguém se formar, como vai tratar?

Minha terceira pergunta é prevenção. O que é feito no sentido de a pessoa não ter a doença. A gente viu aqui só o tratamento, mas, e no sentido de a pessoa não ter? Não pode ser só aquelas campanhas - campanha de doação de órgão até pode funcionar -, mas ninguém fica na frente da TV assistindo comercial. É bobagem, é caro demais a publicidade na televisão, e as pessoas que estão assistindo seus programas, na hora do comercial, vão trocar fraldas dos meninos, vão tomar um cafezinho, não ficam vendo comercial. Então, gasta-se muito com TV, mas acho que campanha tem que ser nas escolas, na educação. A gente ensina tanta coisa inútil para os nossos estudantes. O menino, no quinto ano, precisa saber se o verbo é transitivo ou intransitivo, e ele não precisa disso para falar, mas precisa ter isso. Eu preciso não adoecer, mas não sei o que faço para não adoecer, para não ser, daqui a pouco, uma doente renal.

Então, acho que a campanha, a prevenção tem um papel fundamental, principalmente se se anuncia, além de todos os problemas, que vamos ter um déficit de médicos especialistas na área.

Muito obrigada.

O SR. PRESIDENTE (Eduardo Amorim. Bloco União e Força/PSC - SE) - Acrescentando a essa pergunta, pergunto para o Dr. Valter, o seguinte: ela perguntou sobre a prevenção. Geralmente, fala-se sobre hipertensão, sobre diabetes.

Não teríamos que ter uma restrição maior ao uso de anti-inflamatórios? Não é um componente importante nessa causa também. Já deixo essa pergunta.

Senador Paim.

O SR. PAULO PAIM (Bloco Apoio Governo/PT - RS) - Presidente Eduardo Amorim, primeiro quero cumprimentar V. Ex^a, que é médico - o Moka, também; o amigão, aqui, o Senador, também é médico -, pela sensibilidade do tema e, ao mesmo tempo, os nossos convidados: Dr. Oswaldo, Dr. Heder, Dr. Paulo, Dr. Valter e o Renato, lá da minha cidade de Caxias do Sul.

Perguntaram-me nesta semana - e falei com o Senador Amorim - se havia a possibilidade de ele chegar em tempo. Eu disse: "É claro que há. É só vir, que tenho certeza de que ele vai falar e dar uma bela contribuição." Ele está aqui, e quero lhe dar meus cumprimentos pela boa vontade, como a todos que estão aqui, neste momento.

Vou tentar ser bem objetivo, mas bem mesmo. Não vou falar do tema. Do tema falam vocês, até porque não sou médico - o Moka tem autoridade para falar -, mas vou colocar só duas questões: houve, recentemente, aqui, uma audiência pública, que foi liderada pelo Dr. Lucchese, que todo mundo conhece no Rio Grande do Sul, sobre a questão dos transplantes de coração. Não gostaria de ser, mas sou paciente dele. Não gostaria de ser paciente de ninguém, de nenhum hospital, de nenhum médico, mas sou paciente dele. É ele que me trata, enfim. Ele fez aqui - trouxe toda a sociedade de cardiologia - um relato desesperador, mais ou menos na linha do que está sendo colocado aqui, sobre o número de pessoas que estão morrendo por falta de transplante de coração, principalmente crianças.

O que vejo aqui, na Mesa, neste momento - e tenho aqui toda uma fala que naturalmente não vou fazer agora, com dados e números, que demonstram, sem detalhar aqui, por exemplo, que apenas 7% dos Municípios brasileiros contariam com centros de hemodiálise. Esse é só um exemplo.

Percebo também que é um problema semelhante a esse do transplante de coração, o tratamento da hemodiálise, principalmente a questão dos rins.

Eu não sou especialista em saúde, mas a pergunta que faço para mim mesmo, além, claro, de gestão, de fiscalização, é um problema também de receita?

E aí podemos analisar a saúde no seu todo, porque nós todos levantamos o problema. Nós todos, digo, políticos. Vocês são especialistas, têm de fazer - digamos - raios X, dizendo: "O problema está aqui e tem de ser enfrentado". Está correto, tem de ser enfrentado.

E, quando se fala em receita, todo mundo recua. O Dr. Paulo que me desculpe, mas ele mesmo *en passant* falou da questão da CPMF.

Eu confesso que, na época da CPMF, votei favorável. Perdemos por meia dúzia de votos aí. O Presidente Lula manda uma proposta na última hora, dizendo o seguinte: se for reduzido para tanto, para a metade do que era na época, e ficar somente para a saúde... Seria ali algo em torno quase de R\$70 bilhões. Digo R\$70 bilhões, porque se pega, além da arrecadação, o instrumento de fiscalização. Um dos problemas deste País é a sonegação, a fraude, o desvio daquilo que o Governo poderia arrecadar.

Há um dado - e agora vou participar de um debate nesse sentido, saindo daqui - que diz que, se nós pagássemos corretamente os impostos neste País, daria para reduzir 28%, e arrecadaríamos mais do que arrecadamos hoje.

Então, vejo, também, nessa contribuição um instrumento de combate à sonegação e à fraude, à roubalheira, enfim, à corrupção.

Mas a pergunta que deixo é esta: nós não teríamos de fazer um esforço? Às vezes, politicamente, eu diria que não é bom ter uma posição como essa. Não pense que é bom, quando me perguntam como votei lá atrás. Eu votei e hoje não tenho segurança nenhuma desse debate, porque o próprio Dr. Jatene, com quem tive a alegria de conviver, um grande cidadão, um homem do bem, daqueles que faziam o bem sem olhar a quem, esteve na Bancada do PT na época. Estou aqui dentro, há 30 anos, para vocês terem uma ideia. Entrei na Constituinte e nunca saí. Agora, em 2016, completo 30 anos aqui dentro. Ele convenceu, naquela época, a Bancada - e aqui faço uma homenagem também ao Deputado Eduardo Jorge, de São Paulo, do PV, que é um grande... Eu o chamava de Jorginho para cá, Jorge para lá. Ele foi um dos que criou e que trouxe para dentro do Parlamento o debate do genérico. Eu quero muito bem a ele. Eduardo Jorge defendeu, com unhas e dentes, também, e aprovamos. Na época, aprovamos.

Aqui, embora tenha saído nesses dias uma nota nesse sentido, votei. Votei, sim. Na época, votei. Votei favoravelmente à CPMF, e perdemos.

Não sei se nós todos, políticos, sociedade civil organizada, não teríamos de apontar um caminho, porque, se o País não tem dinheiro, se cada um der um pouquinho...

Eu me lembro da campanha do tostão. Se cada um der R\$1,00, R\$10,00, R\$20,00, enfim, se fará um bolo suficiente. Aí, claro, teria de ser uma contribuição. Estou apenas me aprofundando nessa linha. Nós não teríamos de achar um caminho de ter efetivamente orçamento para a saúde.

Todos nós falamos que revolução passa pela educação, mas quero meus revolucionários de pé, quero meus revolucionários caminhando, quero meus revolucionários estudando; eu os quero trabalhando, envelhecendo e morrendo com dignidade, porque todos nós vamos morrer um dia.

Aí a saúde para mim é tão importante quanto, no mínimo, a educação. Ponto. Já falei demais. *(Palmas.)*

O SR. PRESIDENTE (Eduardo Amorim. Bloco União e Força/PSC - SE) - Senadora Ana Amélia.

A SR^a ANA AMÉLIA (Bloco Parlamentar Democracia Progressista/PP - RS) - Caro Senador Eduardo Amorim; Senador Paim, Presidente da Comissão de Direitos Humanos; Senador Moka, que presidiu a CAS com muita competência; Senadora Regina, quando cumprimentei o seu Estado, Senador Eduardo Amorim, Sergipe, foi pela vanguarda, por ter começado, por ter sido pioneiro, mas não sabia do descalabro. Eu não sabia da situação caótica de hoje, em que o paciente de lá não tem direito a esse atendimento mínimo e básico.

E a situação nossa - está aqui o representante, Dr. Heder, do Ministério da Saúde -, a situação hoje de manhã, ouvindo o noticiário, a gente não tem mais vontade de ouvir. Sou jornalista, mas não tenho vontade às vezes, dá tristeza.

Ontem, houve uma audiência pública na Câmara dos Deputados, em que uma medicação fundamental - fundamental, repito - no trato da sífilis - imaginávamos que houvesse sido erradicada a sífilis no País -, a sífilis crônica, congênita, com que a criança nasce, só há um medicamento. Eu também, como disse o Paim, não sou médica, mas aqui há um médico, dois médicos, vários médicos, mas falo dos Parlamentares médicos, o nosso querido Eduardo e o Moka. Não há Benzetacil, que é uma composição da penicilina com outro... O Moka sabe do nome, que é complicado. O Benzetacil é fundamental não só na área da saúde pública, mas também na área cardiológica. E o Senador Paim lembrou aqui o nosso querido Dr. Fernando Lucchese. Na cardiologia esse medicamento também é essencial, porque não há nada que cure a sífilis, que não seja esse medicamento. Ele não está disponível.

Hoje de manhã, também os medicamentos, nas farmácias populares, entregues às pessoas com doenças crônicas, estão agora se reduzindo, e a pessoa vai ter um aumento do gasto para comprar o medicamento de uso contínuo.

Até vi um comentário na TV, do Alexandre Garcia, dizendo o seguinte: o benefício dado, quando foi criada a medida do Farmácia Popular para beneficiar o paciente usuário desse medicamento, foi esquecido. O benefício é esquecido, porque a maldade... O mal é o último e é o que mais faz a pessoa sofrer, porque ela vai pagar, não tem dinheiro, mas tem de pagar. Então, aquele benefício fica anulado.

Também concordo, como disso o Senador Paim, com a questão da CPMF. Nós vimos aqui a questão da gestão. É uma questão gravíssima. Por que o combustível da Petrobras hoje está sendo aumentado? Única e exclusivamente por uma questão de gestão. E a CPMF, o dinheiro que foi arrecadado à época, era para ir para a saúde, e foi para comprar marmelada, foi para o caixa único.

Então, mesmo que esse dinheiro... Vamos supor que o dinheiro da CPMF vá todo para a saúde. Para aplicar onde, como e de que forma? O cidadão brasileiro vai saber? Vai ter acesso a essa transparência, a esses números?

Aqui, em Brasília, uma pessoa vítima de um acidente precisou fazer um exame importante - hoje, de manhã, também, no noticiário -, mas não pôde, porque o aparelho estava quebrado.

Nós estamos na UTI da saúde, na UTI. Todos, todos os setores, não só a área renal.

Hoje começa o Outubro Rosa. Hoje começa o Outubro Rosa, por isso estou com esta cor aqui, para homenagear o Outubro Rosa, me dando muito...

O Rio Grande do Sul é um Estado em que morrem muitas mulheres de câncer de mama. Eu perdi uma irmã com câncer de mama. Esse é outro drama que temos. Os números não são confiáveis, os números do Datasus sobre mortes, seja por câncer, seja por doenças de todos os tipos, por doença do coração, então.

Então, quero me associar ao que o Senador Paim fez, com iniciativas propositivas, de continuarmos vigilantes, Senador Eduardo Amorim, nas duas Comissões, para levar, a partir do que foi dito aqui pelos médicos, pelos especialistas, algumas iniciativas em que possa o Congresso Nacional ser protagonista, para ajudar a população brasileira e também aqueles médicos que, abnegadamente, não conseguem fazer as escolhas de Sofia, como V. Ex^a lembrou.

"O que faço com este paciente? O que faço, se chega um que está em pior situação? Quem vai morrer primeiro?" Fica na mão do médico essa decisão. Eu não queria, neste momento, ser médica.

Então, Senador, estou aqui para ajudar. E, sobre os encaminhamentos, como diz o Paim, o Moka, certamente vai falar também.

Parabéns pela iniciativa!

O SR. PRESIDENTE (Eduardo Amorim. Bloco União e Força/PSC - SE) - Muito obrigado, Senador Ana Amélia, pelas suas palavras, sempre muito lúcidas e muito orientadoras.

Com a palavra, o colega médico, Senador Moka, que foi um dos primeiros a chegar.

O SR. WALDEMIR MOKA (PMDB - MS) - Senador Amorim, estive aqui às 9h, aí acabou demorando, e eu tinha um compromisso. Peço desculpas por não ter ouvido. Tinha interesse pessoal em ouvir os colegas.

Conheço relativamente o problema, mais por convivência - pela formação médica, mas também por ter convivido com uma especialista, Dr^a Thais Maria Monteiro Vendas, que é especialista em transplante renal, mas na parte clínica.

Conheço bem de perto o drama das pessoas que fazem hemodiálise. Para não fugir do assunto, diria o seguinte: acho que teríamos de sair daqui com um encaminhamento. Uma questão é o valor que está sendo pago. Esse é o drama, porque, há um tempo, isso não era assim, ao contrário.

A Dr^a Regina disse: "Daqui a pouco, não vai haver nefrologista". Tenho uma filha médica, que faz hoje residência no Hospital da Santa Casa, em São Paulo, e que vai ser nefrologista por opção pessoal.

Então, acho que o valor do procedimento é que precisa ser melhorado. Difícil falar nisso neste momento, em que o País vive uma crise. Isso é complicado.

Então, teríamos de separar aqui duas coisas: uma coisa é termos objetivos em como conseguir um reajuste ou alguma coisa que pudesse remunerar melhor o trabalho da hemodiálise, porque, sem a hemodiálise, o chamado paciente renal crônico vai morrer, não tem sobrevida. Essa é uma questão. A outra questão é que, para evitar a hemodiálise, o que resolve é o transplante renal. E esse transplante, divergindo da Senadora Regina... Aí há uma estatística: quando o Governo faz a propaganda, quando se faz propaganda massivamente, se percebe nitidamente que se aumenta o número de doações não só de rins, mas de doações uma maneira geral, seja de córnea, seja de rins. Enfim, esta questão de estimular a doação é fundamental.

É claro que uma coisa não exclui a outra. É claro que, além da propaganda massiva ou, pelo menos, uma ou duas vezes ao ano, lembrando a necessidade da doação - isso, também nas escolas - e também a conscientização das famílias. Acho que aí a Senadora Regina tem razão: essa é uma questão cultural, que nós podemos resolver.

E a minha sugestão é a de que, no encaminhamento, nós pudéssemos, talvez, aqui, na Comissão... Nós vamos ter uma audiência pública para falar de transplante na Comissão de Assuntos Sociais. Foi proposto por mim: transplante. Até chamei o Medina, que, nessa área de transplante, é considerado uma das referências nossas.

Mas é claro que poderíamos, nessa audiência sobre transplante, também voltar. Mas a minha sugestão, Senador Eduardo, é a de detectar, no Ministério da Saúde, como faríamos com essa questão de melhorar a remuneração por esse procedimento, especificamente.

"Ah, mas os outros também precisam." Mas, em se tratando de hemodiálise, estamos falando o seguinte: se não acontecer, aí sim, as clínicas de hemodiálise vão começar a não ter condição de realizar, e esses pacientes vão perder. Aí se tem um argumento fortíssimo. E, paralelamente a isso, estimularíamos esta questão do transplante, que acho fundamental, porque o que resolve é o transplante.

Como você ontem disse da tribuna, nós nascemos com dois rins, porque podemos fazer também o transplante inter vivos. Eu mesmo tenho um caso: a minha ex-esposa, hoje falecida, doou um rim em vida para o irmão, um transplante bem-sucedido. Aliás, quando se trata de irmãos, há uma compatibilidade maior ainda. Então, é até uma coisa importante, porque se diminui a rejeição no transplante.

Quero ficar por aqui. O assunto é apaixonante, pelo menos para mim, mas a minha sugestão é a de que pudéssemos ter o Ministério Público junto conosco. É uma coisa que faríamos em conjunto, com o Ministério Público aqui. Há a necessidade de resolvermos, com urgência, esta questão da remuneração do procedimento da hemodiálise.

Fico por aqui, Senador Eduardo Amorim, mais uma vez me desculpando por não estar presente aqui, quando da exposição.

O SR. PRESIDENTE (Eduardo Amorim. Bloco União e Força/PSC - SE) - Eu queria dar um encaminhamento, antes que vocês possam responder às perguntas.

Estamos de olho ali, num relóginho, porque vai começar a sessão do Congresso para apreciar os vetos.

É o seguinte, Senador Paim, Senador Moka: poderíamos já deixar pré-marcado, dependendo da disponibilidade de V. Ex^{as}, com o Presidente Edison Lobão, para irmos todos, daqui a 15 dias ou na outra semana, em que talvez mude a configuração do Ministério da Saúde, aí deixaríamos encarregados o Presidente da nossa Comissão de Direitos Humanos, Senador Paim, e o Senador Edison Lobão de marcar, para irmos todos ao Ministério da Saúde - se for o Ministro atual ou seja lá quem for -, para tratar realmente desse assunto.

Sei que são muito temas, mas estamos tratando desse e já poderíamos deixar configurado, mais ou menos, assim, Senador Paim. O que o senhor acha?

O SR. PAULO PAIM (Bloco Apoio Governo/PT - RS) - Da minha parte, tudo bem, com o reforço dos dois autores do requerimento, que é o Senador Moka lá, e V. Ex^a aqui.

O SR. PRESIDENTE (Eduardo Amorim. Bloco União e Força/PSC - SE) - Então, pronto.

O SR. PAULO PAIM (Bloco Apoio Governo/PT - RS) - Dois médicos.

O SR. PRESIDENTE (Eduardo Amorim. Bloco União e Força/PSC - SE) - Aí já ficariam convidados todos os entes aqui, todos os membros aqui, o Ministério Público, o Dr. Oswaldo, o Dr. Valter, o Dr. Renato e outros que possam assim desejar, para irmos todos juntos ao Ministério e realmente vermos.

Mas há muitas perguntas.

O SR. PAULO PAIM (Bloco Apoio Governo/PT - RS. *Fora do microfone.*) - A Senadora Regina é convidada especial.

O SR. PRESIDENTE (Eduardo Amorim. Bloco União e Força/PSC - SE) - Claro. Chegou primeiro. Ela e o Senador Moka.

Mas há muitas perguntas. Sei que há também algumas pessoas da plateia que podem também fazer perguntas, mas vamos responder logo, para que, se formos chamados para a sessão do Congresso, possamos antes responder.

Dr. Valter.

O SR. VALTER DURO GARCIA - O seu questionamento foi muito importante, muito incisivo. Se falta dinheiro, como estão fazendo? Qual é o jeito?

Três jeitinhos. O primeiro deles: o Luconi me mostrou: 15% de convênio. Convênio dá um certo lucro, alguns empatam, outros dão lucro: diminui-se o prejuízo do SUS.

Então, se procura ter pacientes de convênio junto com os do SUS, para poder diminuir o prejuízo.

O segundo é a história da expectativa de melhora: vai melhorar. É o que sei fazer, eu, nefrologista; qualquer nefrologista trabalha com transplante. Ele faz isso. Então, é a vida dele. Ele investiu na clínica... Vou dar um exemplo: Porto Alegre, agora, tem licitação, que é obrigatória, as clínicas têm que fazer licitação, para ficarem regularizadas.

As sete clínicas, que não estão dentro dos hospitais, não estão conseguindo fechar com a prefeitura, porque um dos itens é que o endividamento tem de ser menor do que o faturamento, não sei o quê. E nenhuma delas tem isso. Então, se está discutindo como se vai fazer, porque todas estão envidadas, todas.

E o terceiro... Por exemplo, Canela. Canela, uma cidadezinha lá do interior do Rio Grande do Sul, agora vai conseguir fechar. Ela não conseguia fechar, porque não tinha dinheiro para fechar, para dar o Fundo de Garantia dos funcionários.

Às vezes, não fecha. E por que não se fecha? Porque não há dinheiro para fechar.

Não sei se respondi.

O seu questionamento é muito interessante. As campanhas são importantes, mas não são fundamentais. Começa-se com a campanha. A campanha faz a informação, depois a gente vai para o segundo aspecto, que é a educação, que é a escola.

O Paim deve se lembrar de mim. Ele não era Senador. Ele era, em Canoas, do sindicato, e me convidava para dar palestras sobre a doação de órgãos do sindicato em oitenta e alguma coisa.

Então, a educação não só na escola, mas em todos os níveis é fundamental. Isso é muito importante.

Claro que temos de aumentar os recursos. Não há jeito. Não se faz milagre. E o transplante temos de aumentar.

Hoje, vou dar o exemplo do Rio Grande do Sul, por dois motivos: no Rio Grande do Sul, faz seis anos que há vaga na hemodiálise, tem vaga na hemodiálise. Há seis anos, não aumenta um paciente de hemodiálise. Por quê? Porque se faz muito transplante no Rio Grande do Sul e também porque morre muito paciente, porque os acessos vasculares são ruins, não há medicamento, aquelas coisas. Por esses dois fatores, um deles muito bom e outro muito ruim, nós não aumentamos

o número de pacientes de hemodiálise, ao contrário do Amazonas, que tem pacientes em fila, porque só há unidade em Manaus. Eles pegam um barco. E levam-se três dias de barco.

Então, há os Brasis. Sergipe e Mato Grosso, como foi comentado, tinham serviços e pararam. Outros Estados, que eram antigos territórios, agora estão começando. Alguns, muito bem. Cito o exemplo do Acre e de Rondônia, mas outros ainda... Tocantins, Roraima, Amapá ainda não têm o doador, o transplante, e isso é uma iniquidade, porque há dois tipos de brasileiros. Se eu moro no Macapá ou no interior do Amapá e tenho uma doença renal ou uma doença hepática e não tenho certas condições sociais ou até acesso a que o Estado me mande para outro local, eu vou morrer.

Se eu moro em Porto Alegre, São Paulo, vou fazer o transplante. Então, há duas classes de brasileiros.

O SR. PRESIDENTE (Eduardo Amorim. Bloco União e Força/PSC - SE) - Desculpe-me a interrupção.

Há outra classe, que é aquela que não tem distância, como é o meu caso.

O SR. VALTER DURO GARCIA - Isso.

O SR. PRESIDENTE (Eduardo Amorim. Bloco União e Força/PSC - SE) - Não há distância. A geografia é favorável, mas não está disponível.

O SR. VALTER DURO GARCIA - Exatamente. Continua na segunda classe, mesmo com pouca distância.

O SR. OSWALDO JOSÉ BARBOSA SILVA - Sr. Presidente...

O SR. PRESIDENTE (Eduardo Amorim. Bloco União e Força/PSC - SE) - Dr. Oswaldo.

O SR. OSWALDO JOSÉ BARBOSA SILVA - Permita-me apenas dar uma resposta, dialogar com S. Ex^a, o Senador Paulo Paim, em relação à questão do financiamento, da receita.

Houve a Emenda à Constituição nº 29, que, na época, foi um grande passo. Lutamos, inclusive o Ministério Público, a Ampasa, pelo Movimento Saúde Mais Dez: 10% da receita corrente bruta. Perdemos. Conseguimos um fator de percentuais de receita corrente líquida, o que, nesse primeiro ano, inclusive, é inferior ao que a Emenda à Constituição nº 29 nos daria. Isso está perdido.

Mas gostaria de lembrar o seguinte: o SUS é a mais democrática estrutura federativa de organização do Estado para prestar um serviço, porque há o Estado, o Município e a União. E, diga-se, Estado e Município contribuíram muito mais; no ano passado, tiveram mais receita, aqueles 15% e 12%, do que a própria União.

Então os problemas todos não se resolvem em Brasília, nem na questão de receita. Resolvem-se, também, nos Estados e nos municípios.

Enquanto esta Casa do Congresso Nacional faz uma audiência dessa natureza, é importante que as Assembleias Legislativas e as Câmaras de Vereadores também façam, porque há dinheiro municipal, estadual e federal nessa questão. Agora, só pra completar, não sei, não sei se é CPMF - acho que a CPMF é quase uma imposição para a saúde.

O SR. WALDEMIR MOKA (PMDB - MS) - Mas, me permita, Dr. Oswaldo.

O SR. OSWALDO JOSÉ BARBOSA SILVA - Sim.

O SR. WALDEMIR MOKA (PMDB - MS) - Fui um dos que... O Senado já teve, por duas vezes, a oportunidade de colocar os 10%.

O SR. OSWALDO JOSÉ BARBOSA SILVA - Da receita corrente bruta.

O SR. WALDEMIR MOKA (PMDB - MS) - Da receita corrente. E, no ano passado, participei ativamente disso.

Quando discutimos isso no Município, por exemplo, o Município tem constitucionalmente a obrigação de colocar 15%.

O SR. OSWALDO JOSÉ BARBOSA SILVA - Exato.

O SR. WALDEMIR MOKA (PMDB - MS) - Não há nenhum Município no Brasil...

O SR. OSWALDO JOSÉ BARBOSA SILVA - Que coloque 15%.

O SR. WALDEMIR MOKA (PMDB - MS) - ... que coloque 15%.

O SR. OSWALDO JOSÉ BARBOSA SILVA - Todos colocam mais, muito mais.

O SR. WALDEMIR MOKA (PMDB - MS) - Todos eles colocam mais...

A SR^a ANA AMÉLIA (Bloco Parlamentar Democracia Progressista/PP - RS) - A média é 25%.

O SR. OSWALDO JOSÉ BARBOSA SILVA - É verdade.

O SR. WALDEMIR MOKA (PMDB - MS) - Então, a discussão, quando vai ser tratado o tema, é no sentido de que a União não tem hoje... Ela coloca qualquer coisa em torno de 4,5%, 5%. Vou exagerar: que sejam 5,5%. Ela não passa disso. Aí é que acho que essa coisa está errada. A União tinha que ter... E tínhamos de ter uma discussão séria...

O SR. OSWALDO JOSÉ BARBOSA SILVA - Sem dúvida nenhuma.

O SR. WALDEMIR MOKA (PMDB - MS) - ... com base nesse repasse para a saúde.

É claro que, neste momento, com tudo que há, isso parece ser uma coisa fantasiosa. Mas acho que, em se tratando de saúde, é fundamental.

O SR. OSWALDO JOSÉ BARBOSA SILVA - Não, perfeito.

Na verdade, eu queria apenas mostrar que o esforço que deve ser feito junto às Casas do Congresso Nacional também tem que ser observado em Estados e Municípios.

O SR. WALDEMIR MOKA (PMDB - MS) - Eu concordo.

O SR. PRESIDENTE (Eduardo Amorim. Bloco União e Força/PSC - SE) - Dr. Paulo.

Obrigado, Dr. Oswaldo.

O SR. PAULO LUCONI - Eu queria, primeiramente, responder ao Senador Eduardo Amorim, que perguntou qual o jeitinho.

Senador, não há jeitinho, não. O eslaide lá é bem claro. Os pacientes estão morrendo por falta de acesso. Então, não há jeitinho.

Nós temos de entender que vivemos em um País capitalista. Tudo aquilo que dá lucro não tem problema, não é verdade? Se existe falta de vagas é porque há um problema sério de financiamento.

Os pacientes estão morrendo, então não há jeitinho. Clínicas estão fechando, as unidades não pagam impostos, encargos sociais, todos endividados. Então não há jeitinho, não!

Há uma famosa frase do saudoso Joelmir Beting. Ele falava que o mercado não se defende, se vinga. Infelizmente o mercado está se vingando da incúria do Ministério da Saúde.

Há anos estamos falando o que está acontecendo, e o Ministério da Saúde não está tomando nenhuma providência.

Com relação à gestão, aqui falada pelo Senador Paim, eu sou daqueles que acham que falta dinheiro na saúde, que falta muito dinheiro na saúde, mas, Senador, falta muita gestão, muita gestão.

Por exemplo, quer ver uma coisa? Aquela portaria dos renais crônicos em tratamento conservador. Faz um ano e meio, Senador, que essa portaria foi instaurada.

O Ministério da Saúde deveria ser o grande indutor de chegar ao gestor local e de ajudá-lo a implementar essa portaria. O que foi feito pelo Ministério da Saúde? Absolutamente nada. Viu-se que podemos economizar R\$1,1 bilhão por ano, e nada foi feito.

Então, Senador, antes de pensarmos em CPMF, que não vai para a saúde, como se disse, vai para a Previdência... É isso?

O SR. PAULO PAIM (Bloco Apoio Governo/PT - RS) - Para a Previdência não vai, não. Essa história da Previdência é papo furado.

A SRª ANA AMÉLIA (Bloco Parlamentar Democracia Progressista/PP - RS) - Caixa único.

O SR. PAULO PAIM (Bloco Apoio Governo/PT - RS) - E, quando o Levy falou essa expressão - me permita que o diga -, respondi da tribuna: parem de dizer que... Se se tem de criar a CPMF, achem um motivo justo...

O SR. PAULO LUCONI - Sim.

O SR. PAULO PAIM (Bloco Apoio Governo/PT - RS) - Porque a Previdência brasileira, graças a Deus, é superavitária. São R\$50 bilhões de superávit - não é lucro -, todo ano. Então, se querem criar a CPMF, vamos enfrentar o debate de frente e dizer que é efetivamente para a saúde. E que seja para a saúde.

O que quis dizer - me permita, e aqui encerro, não vou me alongar - é que todos nós reclamamos da saúde, mas ninguém quer contribuir para a saúde. Ninguém quer contribuir, inclusive os grandões, os grandões deste País.

Eu tenho plano de saúde, meus filhos têm plano de saúde, meus netos têm plano de saúde. Não são bons, mas é um atendimento privilegiado, ninguém me diga que não.

O SR. PAULO LUCONI - Sim.

O SR. PAULO PAIM (Bloco Apoio Governo/PT - RS) - Ninguém me diga que vocês todos não têm plano de saúde.

O SR. PAULO LUCONI - Sim, claro.

O SR. PAULO PAIM (Bloco Apoio Governo/PT - RS) - Acho que todos aqui têm.

O SR. PAULO LUCONI - É necessário.

O SR. PAULO PAIM (Bloco Apoio Governo/PT - RS) - Todos têm. Eu acho que têm. Na hora do pega mesmo, o que se faz?

O SR. PAULO LUCONI - Tem, claro.

O SR. PAULO PAIM (Bloco Apoio Governo/PT - RS) - Mas, na hora de dar uma parcela de contribuição, principalmente os grandões, ninguém quer dar.

O SR. PAULO LUCONI - Passa para o SUS.

O SR. PAULO PAIM (Bloco Apoio Governo/PT - RS) - Quem ganha até R\$10 mil, tenho certeza de que a gente bota um instrumento lá que diz que esse não paga a CPMF. Vai pagar quem ganha mais que dez - o que me pega, o que nos pega, o que pega provavelmente alguns dos senhores, o que é normal.

O que quis dizer é isso. Não é que sou um apaixonado pela CPMF.

Estou dizendo que, no desespero, se eu tiver de dar 10% do meu salário para a saúde e se o dinheiro for para a saúde... Estou dando um exemplo. Todos nós faríamos isso. Tenho certeza absoluta. Ninguém aqui é "mais bonzinho" que o outro. Todos nós daríamos.

O SR. PAULO LUCONI - Mas o que quis dizer é o seguinte: antes de a gente pensar em tirar mais dinheiro do contribuinte, precisa resolver o problema de gestão.

Isso que estou falando da doença renal crônica, da prevenção da doença renal crônica, ou seja, que existe uma portaria que foi feita, que se pode implementar... A gente pode brigar pelo financiamento, que não é tão adequado, mas a portaria existe, e não foi implementada pelo Ministério. Então, o Ministério tem problema de gestão, e, antes de se pedir mais dinheiro da sociedade...

O SR. PAULO PAIM (Bloco Apoio Governo/PT - RS) - Acho que é junto.

O SR. PAULO LUCONI - Eu sou contra a CPMF.

O SR. PAULO PAIM (Bloco Apoio Governo/PT - RS) - Mas aqui não é o fórum para a CPMF.

O SR. PAULO LUCONI - Sim. Exatamente. Tem de haver dinheiro e gestão. Eu acho que tem de haver dinheiro.

O SR. WALDEMIR MOKA (Bloco Maioria/PMDB - MS) - Permita-me?

O SR. PRESIDENTE (Eduardo Amorim. Bloco União e Força/PSC - SE) - Senador Moka.

O SR. WALDEMIR MOKA (Bloco Maioria/PMDB - MS) - Agora, quando alguém sofre um traumatismo grande num acidente, ele não vai para a clínica de plano de saúde, não! Ele vai para os hospitais que são financiados pelo SUS. E dificilmente esses planos de saúde fazem o ressarcimento para o SUS. Essa é outra incoerência que há.

Acho que, se o cara foi atendido num hospital do SUS e tem plano de saúde, imediatamente o plano de saúde tem que ressarcir aquele procedimento.

O SR. OSWALDO JOSÉ BARBOSA SILVA - Já existe lei para isso.

O SR. WALDEMIR MOKA (Bloco Maioria/PMDB - MS) - Mas eles não fazem isso.

O SR. PRESIDENTE (Eduardo Amorim. Bloco União e Força/PSC - SE) - Assim como existe a portaria.

Dr. Heder.

O SR. HEDER MURARI BORBA - Esse é um debate apaixonante.

Eu queria dizer que fui membro do Conselho Nacional de Saúde e Presidente da Federação dos Médicos por cinco anos.

Estou aqui em nome do Ministério, mas eu e o Deputado citado, de São Paulo, estivemos no gabinete do então Presidente do Senado, Antonio Carlos Magalhães, defendendo os 12% para a saúde. E foi uma conquista do nosso povo, assim como esperávamos, todos nós, que a CPMF, criada na época do Dr. Jatene, fosse para a saúde.

Então, aqui estou falando como técnico.

Agora, concordo com o Senador Moka. Acho que, quanto à implementação do ressarcimento ao SUS, tem que haver a mesma veemência das empresas que operam no âmbito do SUS - e a maioria da hemodiálise do Brasil é operada por empresas - de cobrança desse ressarcimento para o Sistema Único de Saúde. Isso é um fato.

As questões da gestão estão colocadas. Ainda hoje ou amanhã, deve haver um anúncio, provavelmente, de mudança no Ministério da Saúde. Quer dizer, vamos ter, provavelmente, um novo Ministro.

Então, está tudo colocado, no momento que estamos vivendo. E o que esperamos é que, nessa mudança, possamos conquistar aquilo pelo qual todos nós aqui lutamos, que é mais recurso para a saúde e uma melhor gestão do SUS.

Agora, não podemos esquecer, ao dizer isso, que mais de 90% da hemodiálise no Brasil, ainda, com todos os problemas, é custeada pelo Sistema Único de Saúde e que 95% dos transplantes feitos no País - é o maior sistema público de transplante do mundo - são custeados pelo Sistema Único de Saúde.

Quero só esclarecer aqui que, em relação à campanha que mostrei, o Ministério da Saúde não paga nada por ela, só para ficar claro sobre quem estaria gastando com campanha. Essa campanha, os órgãos... Ela é uma campanha tão unânime, que, ao contrário, a gente arrecada, não em recursos, mas em publicidade, gratuitamente, de todos os organismos que veiculam. Então, mesmo nos canais abertos, essa campanha não é paga.

E temos de cuidar, repito, para que essa conquista do Sistema Único de Saúde, tanto na área do transplante quanto na área da hemodiálise, não se perca na crise financeira que o País vive. Acho que se tem que ter muito cuidado, neste momento delicado que estamos vivendo.

Finalmente, Senador, estive três vezes em Sergipe, para retomar a questão do transplante.

O SR. PRESIDENTE (Eduardo Amorim. Bloco União e Força/PSC - SE) - Por que não se faz, Dr. Heder?

O SR. HEDER MURARI BORBA - Uma delas foi convocada por uma ação judicial do Ministério Público de Sergipe, para responder a essa pergunta.

O Ministério da Saúde, na questão dos transplantes - aí vou dizer - não é por falta de recursos. Às vezes ele não consegue fazer uma portaria ou outra, mas, em relação a recursos, onde é feito o transplante, as pessoas têm recebido.

Há um dispositivo, e é importante saber, que, diferentemente de outras áreas do SUS, o transplante está fora do teto dos Estados. Se se fazem um milhão de transplantes em Sergipe, Sergipe recebe através do Fundo de Ações Estratégicas.

Então, há uma diferença...

O SR. PRESIDENTE (Eduardo Amorim. Bloco União e Força/PSC - SE) - Então, o omisso é a gestão estadual, porque não é a municipal. Então, o omisso é a gestão estadual.

O SR. HEDER MURARI BORBA - Acho que são os Brasis a que me referi, não para dizer que Sergipe é diferente do resto do Brasil. Ele tem todas as condições.

O SR. PRESIDENTE (Eduardo Amorim. Bloco União e Força/PSC - SE) - Fomos os pioneiros. Fomos os primeiros.

O SR. HEDER MURARI BORBA - Tem todas as condições de profissional, de distância, e conta com o apoio...

O SR. PRESIDENTE (Eduardo Amorim. Bloco União e Força/PSC - SE) - Mas o senhor concorda que existe uma omissão?

O SR. HEDER MURARI BORBA - Concordo.

O SR. PRESIDENTE (Eduardo Amorim. Bloco União e Força/PSC - SE) - Concorda que existe uma omissão?

O SR. HEDER MURARI BORBA - Não só em Sergipe, mas em vários lugares do Brasil.

Aliás, o desenvolvimento do sistema de transplantes varia de acordo com o PIB do país. Quanto mais desenvolvido o país, mais transplantes são feitos no país.

O SR. PRESIDENTE (Eduardo Amorim. Bloco União e Força/PSC - SE) - O Dr. Renato quer se manifestar?

Depois há o Sr. Humberto Floriano, que está na plateia, e encerramos.

O SR. RENATO PADILHA - Eu gostaria de pedir licença ao Presidente da Mesa, Dr. Eduardo, porque, como o documento foi direcionado ao Presidente da Comissão, Senador Paim, e ele se encontra presente, que eu possa entregar todas as nossas ações documentadas, com número de ofício - posso entregar; o Senador está acenando que posso entregar. Por isso, pedi licença, para saber como seria o protocolo. Então, quero entregar também ao Senador...

O SR. PRESIDENTE (Eduardo Amorim. Bloco União e Força/PSC - SE) - Passo a palavra ao Sr. Humberto, para que se dirija ao microfone próximo, para poder falar.

O SR. HUMBERTO FLORIANO MENDES - Vou ser breve, porque sei que o tempo está complicado.

Mas quero falar, aqui, em nome de pacientes, uma vez que sou paciente transplantado, uma vez que passei por todo o problema que se chama hemodiálise.

Acho que a gente está discutindo algumas coisas muito incomuns. Acho importante este Senado buscar essas alternativas, trazer esses atores que são fundamentais para a discussão.

E, particularmente, gostei da atitude de novas ações nesse sentido, da convocação deles para o desenvolvimento de toda essa problemática.

Quero dizer o seguinte: existe política pública sim, agora, falta acesso. Falta acesso, inicialmente, para a questão da saúde básica, porque, se tivéssemos acesso à saúde básica, não teríamos os problemas de diabetes, de hipertensão e não estaríamos hoje discutindo muitas questões fundamentais.

Não estão acontecendo? Temos problemas de recursos, problemas da hemodiálise, o problema de transplante.

Então, acho fundamental esse retrocesso. Temos levado isso - não é, Renato? - como pacientes, agora, com essa nova formação desse grupo de trabalho, de pacientes dentro do Ministério, levar essas discussões, todas elas pautadas, que são transplantes, a questão da hemodiálise no País.

O Dr. Heder me perdoe, mas é o seguinte: tenho alguns aspectos interessantes. Quando foi colocada a 389, que veio para melhor remuneração das hemodíalises, isso realmente não está acontecendo. Não está acontecendo. Vou dar o exemplo de Santa Catarina, que o senhor pontuou aqui como talvez um dos melhores sistemas de transplante, com uma série de colocações.

Eu penso o seguinte: nós, pacientes, fomos até a Secretaria de Saúde de Santa Catarina, para perguntar ao gestor o que está acontecendo. E eles disseram: "Vamos buscar informação junto ao Ministério da Saúde".

Nós estamos percorrendo vários Estados, uma vez como Federação, e percebemos a mesma situação.

Quer dizer, falar em remuneração para a hemodiálise, e apontou a 389, e isso não acontecer, me parece que não vai haver... É meio esquisita essa discussão.

Com relação ao transplante, nós, em Santa Catarina, fizemos, realmente, um bom trabalho.

Mas fizemos um bom trabalho por quê? Porque envolvemos gestores preocupados com o transplante. Até quero saudar aqui o Senador Eduardo pela sua sensibilidade.

Quero lhe dizer que nós estamos, também, talvez comungando das mesmas ideias, porque estamos do outro lado do balcão; nós estamos sofrendo, nós não temos acesso à hemodiálise, há filas de espera.

Então, para finalizar, porque acho que a discussão é muito grande, essa falta de recursos tem trazido aos pacientes um sofrimento maior do que a própria doença, porque estamos enfrentando junto das clínicas de hemodiálise - não estou aqui fazendo a junção de uma série de fatores, porque a discussão é ampla... Estamos enfrentando subdiálise. Há clínicas de hemodiálise, diminuindo o tempo, para que a última sessão, que é a parte noturna, que exerce a questão da remuneração dos pacientes, seja trazida para uma diminuição.

Há técnicos, hoje, que estão na sala, cuidando dos pacientes, e está sendo diminuído esse número. Então, o que a gente percebe é a mortalidade dos pacientes por falta de acesso.

Dr. Valter, o senhor faz um brilhante trabalho. Agora, me preocupa o seguinte: nós vamos chegar vivos, para fazer o transplante com o senhor? Por quê? Porque na base não existe, na hemodiálise nós temos um problema, e o melhor tratamento Dr. Valter, o senhor sabe que é o transplante.

Mas infelizmente - trago aqui o apelo dos pacientes - nós estamos sofrendo.

Obrigado a todos. Não vou me estender, porque acho que a discussão é ampla. Precisa ser pautada uma série de discussões, para chegarmos àquilo que desejamos. O ser humano precisa ser preservado na sua vida.

Inclusive, Dr. Oswaldo, só vou fazer uma pontuação sobre a questão dos planos de saúde.

Nós, em Santa Catarina, tentamos levantar a situação de que os planos de saúde deveriam pagar as hemodiálises, porque eles pagam, quando nós, pacientes, estamos internados.

Por que não? A hemodiálise... Nós consideramos que nós, pacientes, fizemos a hemodiálise dentro de centros hospitalares, dentro de ambulatório. Aí entramos com uma discussão junto à ANS, inclusive o Renato fez a pontuação, que a entregamos para o Senador, para o Ministro da Saúde, pontuando que, se a ANS determinasse o pagamento, ou seja, o não pagamento da coparticipação para nós pacientes... Nós não fizemos pelo SUS, porque custa R\$800,00 hoje, de coparticipação. Então, o paciente não entra, pleiteando o seu plano de saúde, ele vai via SUS.

Então, se nós, pacientes, não tivermos a oneração da coparticipação, faremos pelo plano de saúde. Lógico, nós estaríamos desonerando o SUS.

Estamos falando de recursos, de dinheiro. Então, é o seguinte: já seria uma questão muito importante. A ANS precisa...

Nós já entramos, Dr. Heder, até pedimos seu apoio. Dr. Oswaldo, fomos ontem, inclusive, à Defensoria Pública da União e fizemos contatos com o Dr. Eduardo Nunes de Queiroz. E pediria que o senhor pudesse nos ajudar e a todos que estão aqui, porque acho que os planos de saúde, pelo qual pagamos muito caro, precisam estar presentes e pagando essas hemodiálises.

Nós presenciamos aí alguns planos de saúde, que já estão trabalhando com isso. Por exemplo, no plano do Banco do Brasil, hoje, não existe mais a coparticipação. Então, a gente desonera o SUS, desonera o paciente, e a responsabilidade tem de ser devida a quem de direito.

Quero pedir desculpa, mas é o sofrimento que temos auferido, todos os pacientes. Eu sofri na hemodiálise. Eu sofri para chegar ao transplante - Dr. Valter, muito obrigado.

Agora, gente, tem de ser olhado, tem de ser visto o ser humano. Nós estamos sofrendo.

Obrigado a todos.

O SR. PRESIDENTE (Eduardo Amorim. Bloco União e Força/PSC - SE) - Muito obrigado, Sr. Humberto.

Antes de encerrar, ficamos aqui acordados, Senador Paim, Senador Moka, para que, em 15 dias, a Comissão se encarregue de agendar as duas comissões, junto com o Ministro da Saúde. E vamos lá, para dar continuidade e fazer as cobranças devidas.

É assim, Senador Paim?

O SR. WALDEMIR MOKA (PMDB - MS) - Só lembrando que o Presidente da CAS é o Senador Edson Lobão. Eu ajudo, mas não quero...

O SR. EDUARDO AMORIM (Bloco União e Força/PSC - SE) - Mas íamos fazer isso juntos, com as duas comissões. Se não for possível, faremos só com a Comissão de Direitos Humanos.

O SR. PAULO PAIM (Bloco Apoio Governo/PT - RS) - Como a audiência foi conjunta das duas Comissões, eu falarei com o Senador Edson Lobão. Apenas disse que seria fundamental, além da Senadora, que os dois requerentes também ajudem a formular essa comitiva.

O SR. PRESIDENTE (Edison Lobão. PMDB - MA) - Então, agradeço a todos os participantes, a todos os membros, ao Dr. Oswaldo, ao Dr. Valter, ao Dr. Paulo, ao Dr. Heder, ao Sr. Renato, a todos que nos acompanhavam aqui, na Comissão. Obrigado pela presença.

Vamos sonhar com um Brasil. Este País tem jeito, mas o jeito que ainda há somos nós, com as nossas atitudes.

Obrigado.

Declaro encerrada a presente reunião.

(Iniciada às 9 horas e 20 minutos, a reunião é encerrada às 11 horas e 43 minutos.)