



SAÚDE

NOTA TÉCNICA Nº
22/2025

Desafios enfrentados pelos doentes renais crônicos em diálise



Maria Batista da Silva

N 22.



DIRETORIA GERAL

Christian Aquino Cota

DIRETORIA DO PROCESSO LEGISLATIVO

Frederico Stefano de Oliveira Arrieiro

DIVISÃO DE CONSULTORIA LEGISLATIVA

Marcelo Mendicino

CAPA

Larissa Metzker

Gustavo Ziviani

Yasmin Schiess

Seção de Criação Visual

Superintendência de Comunicação Institucional

PESQUISA DE LEGISLAÇÃO

Divisão de Instrução e Pesquisa

AUTORIA

Maria Batista da Silva

Consultora Legislativa de Saúde Pública

CONTATO: divcol@cmbh.mg.gov.br

URL: www.cmbh.mg.gov.br/A-Camara/publicacoes

Conforme a Deliberação da Mesa Diretora nº 7, de 2025, compete à Divisão de Consultoria Legislativa, entre outras atividades, elaborar textos técnicos, artigos, relatórios e outras peças informativas, bem como prestar assessoramento técnico às comissões, à Mesa Diretora e aos vereadores. Todos os Estudos e Notas Técnicas são produzidos em atendimento a solicitação de vereadora, de vereador, de comissão ou da Mesa Diretora.

O conteúdo deste trabalho é de responsabilidade dos autores e não representa posicionamento oficial da Câmara Municipal de Belo Horizonte ou da sua Divisão de Consultoria Legislativa.

É permitida a reprodução deste texto e dos dados contidos, desde que citada a fonte. Reproduções para fins comerciais são proibidas.

Como citar este texto:

SILVA, Maria Batista. **Nota Técnica nº 22/2025:**

Desafios enfrentados pelos doentes renais crônicos em diálise. Belo Horizonte: Divisão de Consultoria Legislativa/Câmara Municipal de Belo Horizonte, junho de 2025. Disponível em:

<www.cmbh.mg.gov.br/A-Camara/publicacoes>.

Acesso em: 27/06/2025.



SAÚDE

NOTA TÉCNICA Nº
22/2025

Desafios enfrentados pelos doentes renais crônicos em diálise

Maria Barista da Silva

N 22.

Dados da Audiência Pública

Requerimento de Comissão nº 1398/2025

Finalidade da Audiência Pública: debater “os desafios enfrentados pelos pacientes dialíticos portadores de Doença Renal Crônica - DRC, e na fila para cirurgia de angioplastia, atendidos pelo SUS-BH”.

Comissão de Saúde e Saneamento

Autoria do requerimento: vereadora Loíde Gonçalves

Data, horário e local: 02/07/2025, às 13h, no Plenário Helvécio Arantes

1. Introdução

A Doença Renal Crônica - DRC, um problema de saúde pública, caracteriza-se por alterações heterogêneas que afetam tanto a estrutura quanto a função dos rins, com múltiplas causas e fatores de prognóstico. Trata-se de uma doença de curso prolongado e, geralmente, de evolução assintomática, sendo que há fatores de risco relacionados tanto à etiologia quanto à progressão da DRC para perda da função renal.

Assim, é importante pensar em prevenção de DRC, por meio da identificação de pessoas em risco para o desenvolvimento da doença, tendo em vista o diagnóstico precoce e a identificação de fatores associados à progressão da DRC para perda da função renal, ¹ já que o estimado é que 1 em cada 10 brasileiros seja portador de DRC e que muitos ainda não foram diagnosticados. ²

Os principais fatores de risco para as DRCs são:

- Diabetes Mellitus, do tipo 1 ou 2;
- Hipertensão Arterial, definida como valores de pressão arterial acima de 140/90 mmHg em duas medidas com um intervalo de 1 a 2 semanas;
- Idade maior que 60 anos;
- Obesidade, (índice de massa corporal - IMC, > 30 Kg/m²);

¹ Diretrizes Clínicas para o cuidado ao Paciente com DRC no SUS. Disponível em [Diretrizes](#) (acesso em 28/04/25).

² Disponível em: [Manifesto em Defesa da Diálise Peritoneal no Brasil](#) (acesso em 29/04/25).

- Histórico de doença do aparelho circulatório (doença coronariana, acidente vascular cerebral, doença vascular periférica, insuficiência cardíaca);
- Histórico de Doença Renal Crônica na família;
- Tabagismo;
- Uso de agentes nefrotóxicos, sobretudo de medicações que necessitam de ajustes em pacientes com alteração da função renal.

Ressalta-se que o Diabetes Mellitus e a Hipertensão Arterial são os principais fatores de risco para a DRC, enquanto, dentre outros, fatores como níveis pressóricos, glicêmicos e de colesterol mal controlados, estágio avançado da DRC e tabagismo constituem fatores associados à progressão da DRC para perda da função renal, que é avaliada por meio da Taxa de Filtração Glomerular - TFG,³ não desconsiderando que a incidência de doenças renais é maior em homens que em mulheres, principalmente naqueles acima de 40 anos.⁴

Quanto ao diagnóstico da DRC, a função renal pode ser aferida por meio de exames como o de urina, imagem e dosagem de creatinina, destacando que a Sociedade Brasileira de Nefrologia - SBN, resumiu o objetivo da campanha do Dia Mundial do Rim deste ano, que foi comemorado em 13 de março, no seguinte tema:

Seus rins estão ok? Faça exame de creatinina para saber⁵

Do ponto de vista clínico, o declínio da função excretora do rim - a que promove a remoção de resíduos e excesso de água do organismo - é o que tem maior correlação com os desfechos clínicos da DRC, embora também se observe declínio nas demais funções renais.⁶

Na prática clínica, a função excretora renal pode ser medida por meio da Taxa de Filtração Glomerular - TFG, sendo que para o diagnóstico das DRCs são utilizados os seguintes parâmetros:

- TFG alterada;

³ Disponível em [Diretrizes](#) (acesso em 28/04/25).

⁴ Disponível em [Neste Link](#) (acesso em 05/05/25).

⁵ Disponível em [SBN](#) Uma campanha realizada pela Entidade há 19 anos.

⁶ Produção de hormônios, controle do equilíbrio hidroeletrólítico e da pressão arterial constituem exemplos de demais funções renais. Disponível em [Diretrizes](#) (acesso em 29/04/25).

- TFG normal ou próxima do normal, mas com evidência de dano renal ou alteração no exame de imagem;
- É portador de DRC qualquer indivíduo que, independentemente da causa, apresente por pelo menos **três meses** consecutivos uma TFG < 60 mL/min/1,73 m².

Após o diagnóstico, os pacientes com DRC são classificados em conformidade ao grau de comprometimento da TFG, da seguinte forma:

- **Estágio 1:** TFG 90 mL/min/1,73 m² na presença de proteinúria e/ou hematúria ou alteração no exame de imagem;
- **Estágio 2:** TFG 60 a 89 mL/min/1,73 m²;
- **Estágio 3a:** TFG ³ 45 a 59 mL/min/1,73 m²;
- **Estágio 3b:** TFG ³ 30 a 44 mL/min/1,73 m²;
- **Estágio 4:** TFG ³ 15 a 29 mL/min/1,73 m²;
- **Estágio 5 - Não Dialítico:** TFG < 15 mL/min/1,73 m²;
- **Estágio 5 - Dialítico:** TFG < 15 mL/min/1,73 m².

Uma classificação utilizada na tomada de decisão no que diz respeito ao tratamento a ser dispensado ao paciente, que se classifica em conservador, nos estágios de 1 a 3; pré-dialítico nos estágios 4 e 5 (não dialítico); e em Terapia Renal Substitutiva - TRS, ⁷ quando verifica-se estágio 5 (dialítico) de comprometimento da TFG, ou seja, da função renal.

O tratamento conservador consiste em controlar os fatores de risco para a progressão da DRC, bem como para os eventos cardiovasculares e mortalidade, com o objetivo de conservar a TFG pelo maior tempo possível. A pré-diálise consiste na manutenção do tratamento conservador, bem como no preparo adequado para o início da TRS em paciente com DRC em estágios mais avançados. ⁸

Como visto acima, a insuficiência renal é restrita aos estágios de 3 a 5, com uma TFG abaixo de 60 mL/min/1,73 m², por 3 meses ou mais, independentemente da causa, sendo que no estágio 5, caracterizado por uma TFG abaixo de 15 mL/min/1,73 m², observam-se 2 fases, uma não dialítica, tratada conservadoramente, sem diálise; e

⁷ A TRS pode ser realizada por meio de hemodiálise, diálise peritoneal ou transplante renal.

⁸ Disponível em [Ministério da Saúde](#) (acesso em 30/04/25).

uma 2ª fase, na qual a iniciação da TRS - na forma de diálise, que corresponde à diálise peritoneal ou à hemodiálise ou ao transplante renal - é requerida para sustentar a vida.

Nos últimos 20 anos, os transplantes renais aumentaram 113% no Brasil, tendo sido realizados, respectivamente, 2.911 e 6.2008 procedimentos em 2003 e 2023, acrescentando que, segundo o Censo de 2024 da Sociedade Brasileira de Nefrologia - SBN, o número de pessoas que dependiam de diálise no Brasil havia aumentado 57,6% em uma década, alcançando a marca de 155 mil pessoas.⁹

A diálise peritoneal é realizada por meio de um cateter flexível colocado no abdômen do paciente, pelo qual se infunde uma solução que realiza a filtração do sangue no peritônio, um procedimento realizado pelo próprio paciente, familiar ou cuidador, sem a necessidade de suporte da enfermagem, ou seja, a diálise peritoneal pode ser realizada em domicílio, o que favorece a rotina do paciente em TRS.¹⁰

Cerca de 90% dos pacientes em diálise realizam a Terapia Renal Substitutiva - TRS, por meio da hemodiálise, um procedimento que pode ser realizado através de um cateter de curta permanência, de um cateter de longa permanência, de uma fístula arteriovenosa - FAV,¹¹ com veia autóloga e de uma FAV com enxerto protético.

A FAV é considerada o acesso vascular de escolha para a hemodiálise, já que apresenta menores taxas de complicações pós-operatórias, custos de manutenção mais baixos e baixas taxas de revisões cirúrgicas ou endovasculares para a manutenção da permeabilidade, quando comparada às outras modalidades de acesso.

¹²

Em estudo que analisou 127 pacientes, 61 % homens, nos quais havia sido confeccionada a FAV, observou-se que 27 desses pacientes perderam a fístula em até um ano após a realização do procedimento, sendo que a perda foi menor entre aqueles com a primeira fístula em relação àqueles no segundo ou no terceiro acesso e

⁹ Quantitativo que corresponde a um crescimento de 57,6 % em uma década, reflexo do avanço de fatores de risco como diabetes, hipertensão arterial, obesidade e envelhecimento da população. Disponível [Neste Link](#) (acesso em 30/04/25).

¹⁰ Disponível em Sociedade Brasileira de Nefrologia - [SBN](#) (acesso em 30/04/25).

¹¹ A FAV conecta uma artéria a uma veia, geralmente no braço, criando um acesso vascular calibroso e de alto fluxo sanguíneo que possibilita a conexão entre a máquina de hemodiálise e o paciente, sendo que a escolha entre FAV autóloga ou com prótese depende sobretudo da condição dos vasos sanguíneos do paciente.

¹² Disponível em [Artigo](#) (acesso em 05/05/25).

que pacientes com fístula com prótese necessitaram de um número maior de reintervenções, corroborando a necessidade de seguimento e intervenção precoce para o salvamento, sobretudo da fístula com prótese, já que a falência da FAV é importante causa de morbidade para o paciente em hemodiálise.¹³

A falência da FAV ainda pode se constituir como um desafio para a equipe de enfermagem e de nefrologia que atuam em serviços de hemodiálise, não desconsiderando a cirurgia vascular, já que a confecção, o gerenciamento e o resgate de acessos vasculares é uma das áreas de atuação desta especialidade médica,¹⁴ ressaltando o previsto no item 3.4, da Resolução - RDC, nº 154, de 15 de junho de 2004,¹⁵ *Estabelece o Regulamento Técnico para o funcionamento dos Serviços de Diálise:*

“A promoção e manutenção, no paciente, da **via de acesso** para o procedimento de diálise são de responsabilidade do serviço de diálise”.

Em Belo Horizonte, há 9 serviços credenciados ao SUS para o atendimento em diálise, sendo que dois desses serviços são clínicas satélites: o Instituto Mineiro de Nefrologia e o Núcleo de Nefrologia. Os serviços de referência para atendimento à clientela infantil são a Santa Casa e o Hospital das Clínicas da UFMG, ressaltando que, à exceção do Hospital São Francisco e do Universitário São José, todos disponibilizam a modalidade de Terapia Renal Substitutiva - TRS, diálise peritoneal.¹⁶

Em 2024, 3.076 pacientes foram assistidos em hemodiálise ou diálise peritoneal por esses prestadores no SUS-BH.¹⁷

2. Considerações sobre os desafios enfrentados pelo DRC em diálise

Segundo alerta da Associação Médica de Minas Gerais - AMMG, em parceria com a Sociedade Mineira de Nefrologia em 2023, em um país em que 150 mil pessoas são submetidas a algum tipo de TRS, 20 mil somente em Minas Gerais, o subfinanciamento do setor, com risco de fechamento de clínicas que atendem pelo

¹³ Os autores do estudo consideraram que o número de pacientes incluídos no grupo que necessitou de intervenção na FAV, além da baixa prevalência de diabéticos neste grupo, limitaram o estudo, não desconsiderando intervenções realizadas nas fístulas em outros hospitais. Disponível em [Artigo](#) (acesso em 05/05/25).

¹⁴ Disponível em [Artigo](#) (acesso em 06/05/25).

¹⁵ Disponível em [RDC 154/2004](#) (acesso em 07/05/25).

¹⁶ Disponível em [PBH](#) (acesso em 07/05/25).

¹⁷ Disponível em Relatório Anual de Gestão - [RAG-2024](#) do SUS-BH (acesso em 06/05/25).

SUS - 85% dos pacientes em diálise são atendidos pelo SUS - além da fila de espera para admissão e da ausência de implantação de novos serviços, uma situação que se complicou ainda mais com a pandemia da Covid-19, seriam os principais desafios enfrentados pelos doentes renais crônicos.¹⁸

Outro desafio enfrentado pelo DRC seria o descompasso entre o crescimento da demanda - o número de pacientes em diálise cresce cerca de 5% ao ano - e o da infraestrutura necessária para o atendimento a essas pessoas, que não cresce no mesmo ritmo, resultando em filas de espera, como já visto acima, e sobrecarga dos serviços de diálise.

O aumento do número de pacientes em diálise reflete o envelhecimento populacional e a alta incidência de doenças de base como diabetes e hipertensão, o que lança luz sobre outro desafio que é o de promover a educação em saúde renal e prevenir a doença renal, por meio de campanhas sobre a importância do diagnóstico precoce e do controle de doenças como diabetes e hipertensão, uma medida essencial para reduzir a incidência da DRC, assim como a necessidade de diálise.¹⁹

Quanto aos desafios específicos enfrentados pelos pacientes que realizam hemodiálise, ressalta-se que as restrições não se restringem a aspectos físicos, mas alcançam o psicológico, destacando-se alterações que envolvem o dia a dia dessas pessoas, as mudanças em hábitos alimentares e em atividades desempenhadas por estes pacientes, já que as sessões de hemodiálise comumente são realizadas 3 (três) vezes por semana e duram cerca de 3 (três) a 4 (quatro) horas, o que pode variar, em conformidade às necessidades do paciente e da avaliação médica.

A obrigatoriedade de seguimento do tratamento, incluindo o comparecimento às sessões de hemodiálise e o rígido controle de alimentação e ingestão hídrica, muitas vezes gera uma sensação de frustração e impotência em pacientes que realizam hemodiálise, não somente relacionada à sobrecarga da doença, mas também ao contexto socioeconômico, já que esses pacientes podem ficar impedidos de realizar atividades como estudo, trabalho e lazer.

¹⁸Disponível em [AMMG](#) (acesso em 06/05/25).

¹⁹Disponível [Neste Link](#) (acesso em 06/05/25).

Assim, o transplante renal ²⁰ configura-se como um objetivo para o paciente em hemodiálise, considerando que proporciona o não ter mais que comparecer às sessões de hemodiálise, ressaltando que esses pacientes ainda convivem com a incerteza de conseguir realizar o transplante, além do medo de rejeição do rim transplantado e a consequente necessidade de retorno às sessões de hemodiálise. ²¹

Acrescenta-se que a Portaria MS/GM nº 1.675, de 7 de junho de 2018, ²² que estabelece os critérios para a organização, o funcionamento e o financiamento do cuidado à pessoa com DRC, no âmbito do SUS, garante o transporte sanitário adequado aos pacientes que realizam hemodiálise; no SUS-BH, o transporte em saúde conta com 49 carros para o transporte de pacientes portadores de insuficiência renal crônica para sessões de hemodiálise agendadas. ²³

Sobre os desafios enfrentados pelos pacientes em diálise peritoneal, edema, dor abdominal e vômitos podem ocorrer, mas ressalta-se a chance de ocorrerem infecções no orifício onde o cateter é implantado no abdômen do paciente, sobretudo se houver manipulação inadequada desse cateter, ²⁴ já que esta complicação pode inclusive levar à peritonite. ²⁵

No entanto, pode-se dizer que as vantagens ²⁶ destacam-se em relação aos desafios enfrentados pelos pacientes que realizam a diálise peritoneal, tanto que há um manifesto de 2024 da Federação Nacional das Associações de Pacientes Renais e Transplantados do Brasil - Fenapar, em defesa dessa modalidade de Terapia Renal Substitutiva - TRS, no Brasil. ²⁷

São estas as considerações desta Consultoria.

²⁰ Pode-se dizer que a falta de medicamentos imunossupressores na Farmácia de Minas, noticiada pela mídia, constitui um desafio para o transplantado renal. Disponível [Neste Link](#) (acesso em 05/05/25).

²¹ Disponível em [Artigo REBS](#) (acesso em 05/05/25).

²² Disponível em [Portaria](#) nº 1.168/2004 (acesso em 06/05/25).

²³ Disponível em [RAG-2024 SUS-BH](#) (acesso em 06/05/25).

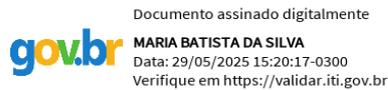
²⁴ Medidas como a higienização das mãos antes de manipular o cateter, assim como a higiene diária e o estar atento a sinais como vermelhidão e dor no local de inserção do cateter são essenciais.

²⁵ Disponível [Neste Link](#) (acesso em 06/05/25).

²⁶ O procedimento pode ser realizado inclusive durante o sono, o que possibilita que o paciente mantenha o convívio familiar e sua rotina diária.

²⁷ Disponível em [Manifesto](#) (acesso em 06/05/25).

Belo Horizonte, 29 de maio de 2025



Maria Batista da Silva

Consultora Legislativa de Saúde Pública

Divisão de Consultoria Legislativa (DIVCOL)

Diretoria do Processo Legislativo (DIRLEG)

4. Legislação Correlata

Legislação Federal:

- Lei nº 8.080/90, que “Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.”
- Lei nº 9.434/97, que “Dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento e dá outras providências.”
- Lei nº 13.146/15, que “Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência).”
- Decreto nº 9.175/17, que “Regulamenta a Lei nº 9.434, de 4 de fevereiro de 1997, para tratar da disposição de órgãos, tecidos, células e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento.”

Legislação Estadual:

- Lei Orgânica do Município de Belo Horizonte, de 21 de março de 1990.
- Lei nº 13.317/99, que “Contém o Código de Saúde do Estado de Minas Gerais”.
- Lei nº 16.279/06, que “Dispõe sobre os direitos dos usuários das ações e dos serviços públicos de saúde no Estado.” = art.2º, XXVII
- Lei nº 24.654/24, que “Assegura à pessoa com doença renal crônica que se enquadre no conceito estabelecido na Lei nº 13.465, de 12 de janeiro de 2000, os direitos e benefícios previstos na Constituição do Estado e na legislação estadual para a pessoa com deficiência.”

Legislação Municipal:

- Lei nº 7031/1996, que “Dispõe sobre a normatização complementar dos procedimentos relativos à saúde pelo Código Sanitário Municipal e dá outras providências.”
- Lei nº 9.198/2006, que “Dispõe sobre transporte gratuito para portadores de doença renal e dá outras providências.”
- Lei nº 11.397/22, que “Consolida legislação que institui datas comemorativas no Município.” Art. 96-N
- Lei nº 11411/22, que “Garante aos usuários do SUS residentes no Município o direito ao acesso às informações acerca de sua saúde e às listas de espera para consultas e exames.”
- Lei nº 11416/22, que “Institui a Lei Municipal de Inclusão da Pessoa com Deficiência e da Pessoa com Mobilidade Reduzida.”



CÂMARA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE
Avenida dos Andradas 3100 . Santa Efigênia . BH . MG
www.cmbh.mg.gov.br
31 3555.1100