



**ATA DA AUDIÊNCIA PÚBLICA: "TECNOLOGIA E DIGNIDADE NO TRATAMENTO DO  
DIABETES" REALIZADA NA TERCEIRA SESSÃO LEGISLATIVA DA DÉCIMA  
SEGUNDA LEGISLATURA DA ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO ESTADO DE MATO  
GROSSO DO SUL**

**MESTRE DE CERIMÔNIA** (Larissa Corrêa) — Autoridades, parlamentares, representantes da área da saúde, de entidades de classe e de organizações não governamentais, senhoras e senhores, boa tarde! Sejam bem-vindos. Boa tarde a todos que nos acompanham pelas nossas plataformas digitais, pela TV Alems canal 7.2 (da TV aberta), canal 9 da NET TV e pela Rádio Alems, conectada à Rádio Senado na frequência 105,5 MHz. Temos wi-fi disponível; para conectar, localize em seu dispositivo a rede Alems. Informamos que estarão disponíveis no site da Alems a matéria jornalística, os registros fotográficos feitos pelos fotógrafos oficiais e as notas taquigráficas, dentro do prazo regimental. A Assembleia Legislativa do Estado de Mato Grosso do Sul, por proposição do deputado Paulo Corrêa, em parceria com o vereador Ronilço Guerreiro, recebe a todos nesta Casa de Leis para a Audiência Pública “Tecnologia e Dignidade no Tratamento do Diabetes”, que tem por finalidade debater o alcance da aquisição de sensores de glicose para portadores de diabetes tipo 1, de forma gratuita pela rede pública de saúde, auxiliando, além dos portadores de diabetes tipo 1, pessoas que possuem doença crônica e autoimune, garantindo saúde de qualidade, inovação e cuidado à população sul-mato-grossense.

**DEPUTADO PAULO CORRÊA** - PSDB (proponente) — Boa tarde a todos! Quero agradecer à doutora Bianca Rahal Paraguassu, presidente da Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia de Mato Grosso do Sul, assim como à Bárbara Medeiros Dantas, gerente técnica de Doenças Crônicas, que representa a gestora coordenadora do Comitê Gestor de Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande. Agradeço também à Andreia Ferreira da Costa, coordenadora da Coordenadoria de Doenças Crônicas da SES, ao doutor Ricardo Ayache, presidente da Cassems, e ao defensor público Mateus Augusto Sutana e Silva, que representa o defensor público-geral, doutor Pedro Paulo Gasparini. Bom, quero contar uma história rapidinho: fui a uma audiência pública promovida pelo meu vereador aqui de Campo Grande, Ronilço Guerreiro, na Câmara Municipal, e achei o assunto muito interessante, de modo que combinei com a Bianca que eu gostaria de trazer, em nível estadual, esse debate, para que pudéssemos conscientizar quem nos acompanha pela TV Assembleia, pela Rádio Assembleia e pelo site da Assembleia Legislativa, já que temos um poder de penetração um pouco maior no estado. Assim, eu queria usar esse alcance para que as pessoas pudessem se conscientizar desse problema, que é sério, mas tem solução. Ficamos até de cobiça — eu e o Ronilço Guerreiro — por quinze dias; usamos um aparelhinho, e a Bianca acabou sabendo da minha vida inteira — e queria saber há bastante tempo, já que, por acaso, é minha nora, casada com o Kenneth Corrêa, meu filho, de quem tenho muito orgulho. O doutor Ricardo Ayache, que é meu médico cardiologista e presidente da Cassems, também disse: “Paulo, eu quero participar, mesmo que seja só na abertura, para que possamos ouvir o que há de novidade”, porque ele está em uma área e a Bianca em outra — ela é nutricionista e endocrinologista pediátrica.



**ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL SECRETARIA  
JURÍDICA E LEGISLATIVA — SJL  
DEPARTAMENTO DE TAQUIGRAFIA E REVISÃO  
ATA DA AUDIÊNCIA PÚBLICA TECNOLOGIA E DIGNIDADE NO TRATAMENTO DO  
DIABETES  
REALIZADA EM 03/12/2025**

Eu acho isso bem legal, pois ajuda a conscientizar as mães. Convidei ainda a Secretaria de Estado de Saúde, porque o doutor Maurício Simões é um grande amigo desta Casa, um secretário de Saúde brilhante, que vem promovendo uma grande evolução na Secretaria de Estado de Saúde (SES). Quem está ali é a Angélica? Não, é a Carolina. Temos um relacionamento muito próximo com a Secretaria de Estado de Saúde e queremos apresentar esse tema à população do Estado de Mato Grosso do Sul. Agradeço a presença de todos e, sem mais delongas, passo a palavra ao vereador Ronilço Guerreiro para contextualizar. Vou ceder a ele, do mesmo jeito que ele cedeu a mim: trinta segundos e meio. Fique à vontade, meu irmão.

**SENHOR RONILÇO GUERREIRO** (vereador de Campo Grande) — Boa tarde a todos! Deputado Paulo Corrêa, é um orgulho estar aqui, uma alegria poder participar desta Audiência Pública e dizer que ela representa muita esperança para as pessoas que têm diabetes, pois tudo começou com o Lenine, da Associação DM1, que nos procurou relatando essa dor. Fiquei muito pensativo em relação às pessoas que convivem com a doença, já que elas furam o dedo até onze vezes por dia, e crianças chegam a furar os dedos o tempo todo para verificar o nível de glicose no corpo, o que mexe com a autoestima e, principalmente, desperta em nós um sentimento profundo de empatia. Conversei com o deputado Paulo Corrêa e com várias pessoas e, assim, convocamos uma audiência pública na Câmara Municipal de Campo Grande. Apresentei um projeto de lei que obriga a Prefeitura Municipal de Campo Grande a oferecer o sensor digital, e já havia outro projeto protocolado; por isso, como o outro já tramitava, eu e o vereador Jean Ferreira unimos as duas propostas, que agora serão votadas na Câmara Municipal de Campo Grande. Tomei essa iniciativa porque os vereadores possuem a emenda impositiva na Câmara Municipal, e cada vereador pôde contribuir um pouco. Nas minhas emendas pessoais, destinei cem mil reais, outros vereadores também colaboraram e, com isso, nós já temos quase quinhentos mil reais garantidos para 2026, para o projeto piloto na Prefeitura de Campo Grande. Acho muito importante que a Câmara Municipal de Campo Grande, junto à Assembleia Legislativa, discuta esse projeto, porque só quem tem diabetes sabe o quanto é desafiador furar o dedo todos os dias. O Lenine e a doutora que está aqui presente, explicou claramente como o sensor é essencial, inclusive pela redução de custos para o setor público. Com o sensor, diminuem-se as internações, melhora-se a qualidade de vida das pessoas e garante-se mais liberdade. Na última audiência pública, uma menina falou que qualidade de vida, para ela, é ter o sensor — e é exatamente isso que queremos reforçar aqui na Assembleia Legislativa: a necessidade de unirmos esforços para que Mato Grosso do Sul seja pioneiro no uso do sensor digital. O SUS fornece diversos medicamentos, inclusive remédios de alto custo, mas este sensor não é caro diante do benefício enorme que proporciona às pessoas com diabetes. Estamos aqui, deputado Paulo Corrêa, para que a Secretaria de Estado de Saúde, em parceria com a Assembleia Legislativa, construa um programa estadual que permita que cada município do estado tenha acesso ao sensor digital. Dourados já tem, e Campo Grande terá, no próximo ano, quinhentos mil reais no orçamento para iniciar um pequeno projeto-piloto, e nossa intenção é ampliar esse investimento anualmente, permitindo que a capital também seja pioneira no



**ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL SECRETARIA  
JURÍDICA E LEGISLATIVA — SJL  
DEPARTAMENTO DE TAQUIGRAFIA E REVISÃO  
ATA DA AUDIÊNCIA PÚBLICA TECNOLOGIA E DIGNIDADE NO TRATAMENTO DO  
DIABETES  
REALIZADA EM 03/12/2025**

uso do sensor digital. Agradeço ao deputado Paulo Corrêa, que foi extremamente sensível à causa. Assim que o chamamos para participar da audiência pública, ele imediatamente apoiou a iniciativa e disse: “Eu vou convocar uma audiência pública na Assembleia Legislativa.” Isso foi fundamental, até porque vereadores de cidades do interior — Três Lagoas, Aral Moreira, Pedro Gomes, Corguinho, entre outras — também querem que o deputado vá falar sobre o sensor digital. Quero convidar o deputado Paulo Corrêa para ser o padrinho do sensor digital e o padrinho das pessoas que têm diabetes no Estado de Mato Grosso do Sul. Muito obrigado, deputado.

**DEPUTADO PAULO CORRÊA** - PSDB (proponente) — Muito bem, Ronilço, obrigado pelo seu pronunciamento. Gostaria agora de passar a palavra ao doutor Ricardo Ayache para fazer a parte dele na abertura e, depois, à doutora Bianca. Não sei exatamente quem deveria falar primeiro. O que o senhor acha, doutor Ricardo? É o senhor mesmo?

**SENHOR RICARDO AYACHE** (presidente da Cassems) — Boa tarde a todos. É um prazer estar aqui e uma honra receber esse convite do deputado Paulo Corrêa, que é um grande amigo. Também é uma honra estar ao lado do vereador Ronilço, que, além de debater as letras e ter um papel tão importante na difusão da cultura da leitura, hoje contribui com um tema tão sério e profundo quanto a saúde pública. A questão do diabetes vai muito além dos números, pois estamos falando de milhões de brasileiros que convivem com a doença. Trata-se de uma realidade que ultrapassa qualquer estatística e que, por isso, precisa ser enfrentada com responsabilidade e urgência. O mais importante, deputado Paulo Corrêa, é que o senhor, que milita na saúde há décadas e conduz projetos maravilhosos — inclusive o “Onça Pintada”, voltado à prevenção do câncer —, agora traz esse debate tão necessário sobre o diabetes, que pode ser minimizado na nossa população por meio do diagnóstico precoce, do tratamento adequado, da monitorização e do fortalecimento de todo o sistema de saúde. Tenho absoluta certeza de que esse é um tema que merece ser tratado com profundidade e, como o senhor mesmo destacou, é fundamental levar essa informação à população do nosso estado. Precisamos reforçar a relevância de colocar esse assunto em discussão de maneira ampla, orientando e conscientizando sobre todas as formas disponíveis para controlar essa doença que é responsável por um grande número de doenças conseqüentes a ela e também por uma elevada incidência de mortalidade, o que mostra que se trata de uma enfermidade que precisa ser tratada com muito carinho e muita atenção pela saúde pública. Tenho certeza de que a presença da Secretaria de Estado de Saúde e da Defensoria Pública reforça essa importância, e desejo sucesso a esta Audiência Pública, para que ela traga todos os resultados necessários para melhorar a vida da população. Parabéns, deputado Paulo Corrêa, e parabéns ao vereador Ronilço, que também realiza essa brilhante atuação em prol da nossa gente.

**DEPUTADO PAULO CORRÊA** - PSDB (proponente) — Obrigado, doutor Ricardo. Sem mais delongas, passo a palavra, com a permissão de todos os presentes, para a doutora Bianca Paraguassu Corrêa fazer a sua explanação.



**ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL SECRETARIA  
JURÍDICA E LEGISLATIVA — SJL  
DEPARTAMENTO DE TAQUIGRAFIA E REVISÃO  
ATA DA AUDIÊNCIA PÚBLICA TECNOLOGIA E DIGNIDADE NO TRATAMENTO DO  
DIABETES  
REALIZADA EM 03/12/2025**

**SENHOR RICARDO AYACHE** (presidente da Cassems) — Bianca Rahal Paraguassu Corrêa.

**DEPUTADO PAULO CORRÊA** - PSDB (proponente) — É porque ele está querendo dizer que ela tem origem árabe, como ele. Está bom, é verdade, está bem.

**SENHOR RICARDO AYACHE** (presidente da Cassems) — É justo.

**DEPUTADO PAULO CORRÊA** - PSDB (proponente) — "Salamaleico".

**SENHOR RONILÇO GUERREIRO** (vereador de Campo Grande) — Deputado, se me permite só mais um adendo, quero dizer ao Ricardo que Campo Grande é uma das primeiras cidades do Brasil a reconhecer outro tema importante da saúde: a fibromialgia como condição de pessoa com deficiência. Esse é um projeto de nossa autoria, que foi aprovado e já está em vigor no município. Além disso, apresentamos outro projeto na Câmara Municipal garantindo que toda pessoa com fibromialgia tenha direito a carteirinha, estacionamento prioritário e atendimento prioritário, reafirmando o compromisso do nosso mandato com essa causa.

**SENHOR RICARDO AYACHE** (presidente da Cassems) — Parabéns!

**DEPUTADO PAULO CORRÊA** - PSDB (proponente) — Doutora Bianca, com a palavra.

**SENHORA BIANCA RAHAL PARAGUASSU** (presidente da Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia/Regional MS) — Boa tarde a todos. Eu quero agradecer o convite da Assembleia e do deputado Paulo Corrêa, que vocês agora já sabem ser meu sogro querido. Bom, eu sou a Bianca Paraguassu, sou endocrinologista, formada aqui na Universidade Federal; fiz residência em clínica médica também aqui, onde conheci o doutor Ricardo Ayache, na UCO, não é doutor?

**SENHOR RICARDO AYACHE** (presidente da Cassems) — Exato.

**SENHORA BIANCA RAHAL PARAGUASSU** (presidente da Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia/Regional MS) — [Fala com apresentação de eslaides]. Eu dava plantão na UCO, onde ele me ensinou um pouco de cardiologia, e hoje sou a atual presidente da Sociedade Brasileira de Endocrinologia/Regional Mato Grosso do Sul. Sou uma grande entusiasta dessa tecnologia e, como tenho um marido especialista em tecnologia, ele me ajudou muito a começar a utilizá-la com meus pacientes, porque, sempre que eu tinha alguma dúvida, eu sabia exatamente para quem perguntar. No início existe uma trava, tanto para o médico quanto para o paciente, mas depois que a gente começa a usar, tudo flui. Essa tecnologia de monitorização vem evoluindo muito nos últimos dez anos, desde quando comecei a utilizá-la. Também sou treinadora e capacito médicos —



**ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL SECRETARIA  
JURÍDICA E LEGISLATIVA — SJL  
DEPARTAMENTO DE TAQUIGRAFIA E REVISÃO  
ATA DA AUDIÊNCIA PÚBLICA TECNOLOGIA E DIGNIDADE NO TRATAMENTO DO  
DIABETES  
REALIZADA EM 03/12/2025**

endocrinologistas e outros colegas clínicos — para aprenderem a usar o sensor de monitorização contínua, então tenho bastante experiência com o que vou apresentar aqui hoje. Queria começar mostrando para vocês o primeiro livro que ganhei de Medicina. Recebi esse livro do meu avô, Aleixo Paraguassu; é o Sobotta, um atlas de anatomia. Ele escreveu uma mensagem muito importante para mim e, toda vez que estou com um paciente na sala, tento me lembrar dela. A mensagem principal está ali para vocês lerem, mas ela diz que, no exercício de uma das mais nobres profissões, eu deveria dar atenção não somente à doença — ao diabetes — mas, sobretudo, ao doente. E essa tecnologia faz exatamente isso: ela permite que você veja o doente, e o próprio paciente consegue manejar melhor a sua doença. Meu avô também pediu que eu quebrasse as regras e, além de ser uma boa médica, fosse uma das melhores cientistas a serviço da Medicina, e é assim que procuro sempre me atualizar. Essa mensagem é de 2004, mas, hoje, talvez ele tivesse acrescentado, junto da ciência, a tecnologia, porque é com tecnologia que fazemos Medicina atualmente. Gostaria, então, de começar dando uma atualização sobre o que estamos discutindo aqui hoje, que é o diabetes, uma doença metabólica crônica. Não se trata de uma doença aguda, mas sim de uma condição contínua que cursa com a elevação da glicose, chamada hiperglicemia. É muito importante esclarecer que existem três tipos principais de diabetes: o tipo 1, que é o foco da nossa discussão hoje; o tipo 2; e o diabetes gestacional. O tipo 1 está relacionado a um processo imunológico em que o corpo cria uma defesa contra algum órgão e, nesse caso, o órgão atacado é o pâncreas. Assim, ele destrói esse pâncreas, que é um órgão endócrino responsável pela produção de um hormônio vital para nossa vida: a insulina. Quando o paciente recebe esse diagnóstico, normalmente apresenta muita sede, perda de peso, aumento da fome e, na abertura da doença, pode evoluir para um dos quadros mais graves da Medicina, que é a cetoacidose diabética — um estado de descompensação com alto índice de mortalidade. Infelizmente, ainda temos uma mortalidade significativa decorrente desse quadro. O tratamento é a insulina, não sendo possível viver sem ela quando se tem diabetes tipo 1. Já o diabetes tipo 2, mais comum na população, é uma condição metabólica associada à obesidade, ao sedentarismo e aos hábitos de vida. Por isso não podemos confundir os temas desta audiência: estamos falando sobre sensores para diabéticos tipo 1, não para pacientes com diabetes tipo 2. No tipo 2, a pessoa pode, eventualmente, evoluir para a necessidade de usar insulina, mas isso não ocorre em todos os casos. Quando falamos em diabetes, os pacientes sempre lembram das complicações crônicas, pois todos sabem que, se não houver tratamento adequado, podem surgir infarto, derrame — que são doenças cardiovasculares —, hemodiálise por doença renal, problemas oftalmológicos que podem levar à cegueira e também o pé diabético, que pode resultar em amputações. Mas tudo isso diz respeito à doença; aqui, eu quero começar a falar sobre o doente, como meu avô me ensinou ainda no início da faculdade, pedindo que eu sempre focasse no paciente. Eu trouxe para mostrar a vocês os diferentes tipos de monitorização da glicose. O primeiro é a glicemia plasmática, medida no exame de sangue; o segundo é o furinho na ponta do dedo, que corresponde à glicose capilar; e o terceiro, que é justamente o tema de hoje, é o monitor de glicose contínua, que mede a glicose intersticial e representa uma forma muito mais moderna de aferir esse valor. Este eslaide é muito interessante porque ilustra o seguinte: aquelas gotinhas representam as vezes em que o



**ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL SECRETARIA  
JURÍDICA E LEGISLATIVA — SJL  
DEPARTAMENTO DE TAQUIGRAFIA E REVISÃO  
ATA DA AUDIÊNCIA PÚBLICA TECNOLOGIA E DIGNIDADE NO TRATAMENTO DO  
DIABETES  
REALIZADA EM 03/12/2025**

paciente furou o dedo e viu a glicose naquele momento, mas toda a curva apresentada corresponde às informações que o monitor de glicose contínua registra. Ou seja, ele permite que o paciente e o médico vejam muito além daquele único instante, pois o sensor avalia o tempo inteiro. Esse sensor fica embaixo da pele, no interstício, região banhada por glicose, e por isso consegue medir continuamente, traçando toda a curva de vinte e quatro horas do paciente. Quando ele está dormindo, está medindo; quando está em qualquer atividade, está medindo; quando está tomando banho, continua medindo. E não existe quem consiga furar o dedo tantas vezes ao dia. Por isso essa tecnologia é muito superior, oferecendo uma visão muito mais completa da glicose do que a monitorização por ponta de dedo, já que ninguém consegue se furar vinte e quatro horas por dia. É justamente nesse pequeno espaço que o sensor fica, utilizando tecnologia de ponta, e essa tecnologia nos ajuda a interpretar todos os dados, criando inclusive uma seta de tendências. E o que são essas setas de tendências? Elas mostram algo para o paciente, por exemplo: mediu a glicose no sensor e viu que estava oitenta. Então ele olha a seta: se ela estiver reta, quer dizer que está mantendo em oitenta; se estiver subindo, significa que a glicose está aumentando; e se estiver descendo, significa que está caindo. Assim, se o paciente for dormir, medir a glicose e estiver oitenta com a seta apontando para baixo, o que ele vai fazer? Vai comer. Agora, se esse paciente furasse o dedo e visse 80, iria dormir sem saber que a glicose cairia, e ele não veria isso. Por isso essa seta ajuda muito no controle, e isso só é possível com o monitor de glicose contínua. Então é muito interessante pensar que o monitor de glicose contínua funciona como um velocímetro do carro, pois como você vai dirigir sem saber a velocidade? Você vai no rumo. Já com a monitorização contínua, você tem a velocidade exata ali do seu carro, e consegue dirigir melhor. A importância desse automonitoramento contínuo é que ele diminui a quantidade de hospitalizações e de complicações, além de oferecer muito mais qualidade de vida para a pessoa, que não precisa se furar o tempo todo. Ele melhora o sono tanto do paciente — que tem medo de baixar demais a glicose durante a madrugada — quanto da mãe dessa criança com diabetes, que teme essas quedas, porque se a glicose baixar durante o sono, o celular do pai vai tocar fazendo um alarme, e ele vai acordar. Então o pai dorme melhor, o sono melhora e, com isso, aumenta a disposição e melhora o humor, pois a pessoa está no controle da própria doença. Essa plataforma que estou mostrando aqui explica como funciona a tecnologia. O Libre é um dos sensores disponíveis no Brasil hoje e possui dois tipos de tecnologia para transmitir os dados: o bluetooth, que é o mesmo utilizado em caixas de som, e o NFC (Near Field Communication), que é aquele que você encosta. E por que o NFC é tão importante? Porque às vezes o bluetooth falha, e aí você sempre pode recorrer ao NFC. Assim, se a pessoa está em um show, com muitos celulares ao redor, e o bluetooth não comunica, ela encosta o celular e recupera as informações. Portanto, a tecnologia está perfeita para o funcionamento do sistema. O bluetooth, se a pessoa estiver a menos de seis metros do celular, envia os dados do sensor para o aparelho; e, quando esses dados chegam ao celular, eles vão para onde? Para a nuvem. E da nuvem, chegam naquele azulzinho ali, que é o LibreView, o computador do meu consultório, do consultório da Carol, da Valquíria, do médico que acompanha o paciente. A pessoa pode autorizar quantos médicos quiser para terem acesso às glicoses de vinte e quatro horas, e ainda chega ao



**ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL SECRETARIA  
JURÍDICA E LEGISLATIVA — SJL  
DEPARTAMENTO DE TAQUIGRAFIA E REVISÃO  
ATA DA AUDIÊNCIA PÚBLICA TECNOLOGIA E DIGNIDADE NO TRATAMENTO DO  
DIABETES  
REALIZADA EM 03/12/2025**

celular do acompanhante por meio da outra plataforma, o LibreLinkUp, que é o celular do pai. Assim, do celular da criança na escola vai tocar no celular do pai, que verá que a glicose está baixa e ligará para a professora: “Oi, professora, por favor, você pode dar um açúcar para o meu filho comer? Ele está entrando em hipoglicemia.” É incrível. E eu quero mostrar para vocês que é muito difícil controlar a glicemia; aí vocês podem dizer: “Bianca, manda tomar sempre a mesma dose de insulina e comer sempre a mesma coisa.” Só que ninguém faz isso, e mesmo que fizesse, ainda assim existem quarenta e dois fatores que afetam a glicemia. Portanto, mesmo que a mesma pessoa coma sempre a mesma coisa, muitos elementos vão alterar a glicose ao longo do dia, incluindo exercício, estresse e sono. É uma bagunça, é muito difícil ter esse controle, mas, se você tiver esse monitor, que é o velocímetro, tudo fica muito mais fácil. E aí eu quero dar um exemplo de algo que só conseguimos ver com o sensor, que é a forma como cada alimento reage de maneira diferente e produz curvas diferentes de glicose no sangue. Assim, se o mesmo paciente comer, no primeiro caso, um "bowl" de macarrão, e em outro momento comer antes do "bowl" de macarrão e um "bowl" de legumes, ele terá um pico de glicose muito menor. O nosso querido arroz com feijão também mostra isso: se eu comer só arroz, minha glicose vai subir bem mais do que se eu comer a mesma quantidade de arroz com feijão. E isso, gente, não dá para enxergar com a ponta de dedo; só é possível ver com o monitor de glicose contínua. O relatório que esse aplicativo nos apresenta é impressionante para nós, médicos, porque um profissional minimamente treinado consegue, em um piscar de olhos, entender como está o paciente. Ele funciona como um verdadeiro sinaleiro: ali eu vejo quanto tempo o paciente ficou dentro do alvo, quanto ficou alto, muito alto ou baixo. Essa é a plataforma que aparece imediatamente para nós, permitindo observar, dia a dia e durante vinte e quatro horas, todo o controle desse paciente. Vocês estão vendo que essa é uma paciente de difícil controle, uma adolescente — e adolescência é realmente difícil de manejar —, mas ela é atleta, e eu queria muito que estivesse aqui hoje, porque é um grande exemplo. Ela tem quinze anos, é campeã brasileira de karatê e convive com diabetes desde os dez, mas sempre usou o monitor de glicose contínua. E ela luta karatê? Sim, ela luta com o sensor, luta e é campeã brasileira, defendendo o nosso estado. Inclusive, ganhou novamente agora. O nome dela é Júlia; ela queria estar aqui, mas está prestando vestibular. Então, ter diabetes não limita uma pessoa. É possível ter uma campeã de karatê com diabetes? Claro que sim, mas é preciso controle, e essa tecnologia ajuda demais. Aqui está o exemplo de monitorização de um paciente que não tem diabetes; estão vendo como a linha fica reta? Esse é o meu. É totalmente diferente de quem convive com a doença. Eu, pessoalmente, não preciso usar o sensor como um velocímetro porque meu pâncreas funciona; já o paciente que não tem um pâncreas funcionando precisa desse velocímetro. Era isso que eu queria mostrar para vocês: a importância do monitor. Aqui estão os meus contatos; fico à disposição para qualquer dúvida adicional. As minhas colegas Carol e Valquíria vão complementar tudo o que eu disse aqui. Muito obrigada.

**DEPUTADO PAULO CORRÊA** - PSDB (proponente) — Quero agradecer à doutora Bianca e parabenizar pela brilhante apresentação, e vou convidar a doutora Ana



**ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL SECRETARIA  
JURÍDICA E LEGISLATIVA — SJL  
DEPARTAMENTO DE TAQUIGRAFIA E REVISÃO  
ATA DA AUDIÊNCIA PÚBLICA TECNOLOGIA E DIGNIDADE NO TRATAMENTO DO  
DIABETES  
REALIZADA EM 03/12/2025**

Carolina Pereira Meneguete, médica endocrinologista pediatra, para falar. Eu ia apresentar seu currículo, mas, faça você mesma; fica mais fácil.

**SENHORA ANA CAROLINA MENEGUITE** (médica endocrinologista pediatra, representando a Superintendência Humap - UFMS) — Boa tarde, meu nome é Ana Carolina. Eu também sou formada pela Universidade Federal, e a doutora Bianca era minha veterana. Fiz pediatria e endocrinologia pediátrica no Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto, na USP, e depois voltei. Hoje trabalho no Hospital Universitário, no setor de endocrinologia pediátrica, e um dos meus ambulatórios é justamente o de crianças e adolescentes com diabetes tipo 1. Por isso, vou compartilhar um pouco da minha experiência e mostrar a vocês o impacto que o sensor, ou seja, a monitorização contínua de glicose, tem no tratamento desses pacientes. O principal objetivo do tratamento da criança com diabetes tipo 1 é manter a hemoglobina glicada ao redor de 7%. Essa orientação é da Sociedade Brasileira de Diabetes, da Sociedade Americana de Diabetes e também da Sociedade Internacional de Diabetes da Criança e do Adolescente. Mas o que significa ter uma hemoglobina glicada em 7%? Significa que queremos uma glicemia média de aproximadamente cento e cinquenta e quatro miligramas por decilitro, podendo variar entre cem, cento e vinte e cento e oitenta e cinco. E por que buscamos essa meta, por que insistimos na hemoglobina glicada em 7%? Porque, em 1993, foi publicado um famoso estudo, o DCCT, que avaliou mil quatrocentos e quarenta pacientes, comparando quem aplicava insulina apenas duas vezes ao dia e quem aplicava três vezes ou mais. Aqueles que aplicavam insulina três vezes ou mais faziam a chamada terapia intensiva, enquanto a terapia convencional — duas aplicações — era a prática usada antigamente. Esse estudo concluiu que aumentam — e muito — as chances de complicação quando a hemoglobina glicada é maior que 7%. Então, se vocês analisarem esse gráfico, fica claro que aumentam bastante as chances de retinopatia — a doença ocular que leva à cegueira pelo diabetes —, de nefropatia — responsável pela necessidade de hemodiálise — e também das complicações neurovasculares, que são as que resultam no pé diabético. Além disso, crescem as complicações macrovasculares, como infarto e AVC. Por isso, esse estudo definiu que a meta ideal para qualquer paciente com diabetes é manter a hemoglobina glicada ao redor de 7%. Os pilares de um bom tratamento hoje, no diabetes tipo 1, são a insulinoterapia — que deve ser aplicada três vezes ou mais ao dia, havendo pacientes que aplicam cinco ou seis vezes, e quanto mais intensivo o tratamento, melhor o controle — e a monitorização glicêmica, que é o segundo pilar e que eu destaquei em vermelho justamente por ser o tema da nossa discussão. O ideal é que essa monitorização seja feita pelo menos cinco vezes ao dia, sendo que o recomendado mesmo é entre oito e dez vezes. Além disso, temos a atividade física e a alimentação saudável como pilares complementares. Com isso, vou compartilhar um pouco da minha experiência com esses pacientes. Começando pelos lactentes e pelas crianças: hoje meu paciente mais novo tem um ano e dez meses; ele abriu o quadro com onze meses, e na época a mãe não pôde comprar o sensor. Esse paciente chorava muito na hora de aplicar a insulina, e em alguns dias em que ficava doente não queria comer; como a mãe já havia aplicado a insulina, ele fazia hipoglicemia, e ela precisava furar ainda mais o dedo dele — muito além das cinco a oito vezes recomendadas.



**ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL SECRETARIA  
JURÍDICA E LEGISLATIVA — SJL  
DEPARTAMENTO DE TAQUIGRAFIA E REVISÃO  
ATA DA AUDIÊNCIA PÚBLICA TECNOLOGIA E DIGNIDADE NO TRATAMENTO DO  
DIABETES  
REALIZADA EM 03/12/2025**

Enquanto não tinha o sensor, essa mãe não dormia, adoeceu emocionalmente, e o paciente tinha uma variabilidade glicêmica altíssima; quando adoecia, piorava ainda mais. Os irmãos mais velhos também traziam quadros gripais para casa, fazendo com que ele vivesse doente. Quanto aos adolescentes, essa fase envolve a necessidade de pertencimento; eles se aproximam mais dos amigos do que dos pais, e o adolescente com diabetes, muitas vezes, tem vergonha de falar sobre a doença. Por isso, deixam de medir a glicemia, deixam de aplicar a insulina e acabam tendo internações frequentes por cetoacidose, como a Bianca explicou. Eles se escondem, não querem medir a glicemia para poder aplicar a insulina e, como sempre digo — a Bianca comparou ao velocímetro —, não medir e não aplicar insulina é como jogar roleta russa: o adolescente aplica sem saber como está, sem saber se a glicemia vai cair ou subir, sem saber o que vai acontecer. E isso, infelizmente, é o que a maioria faz: eles não medem. Em resumo, este dado é da Sociedade Brasileira de Diabetes, publicado em 2025: a meta é 7%, mas essa meta só deve ser perseguida rigorosamente quando temos acesso à tecnologia de monitorização, justamente para evitar o risco de hipoglicemia. E por que eu digo isso? Porque meus pacientes que não usam monitorização — já que quem usa são aqueles cujos pais compram o sensor, pois o SUS não oferece — apresentam hemoglobina glicada entre nove e dez. E aquele paciente de um ano e dez meses, que tinha hemoglobina glicada de 10, 11%, hoje está com 7,4%, e a maioria — aliás, todos os pacientes que usam o sensor — consegue manter a hemoglobina dentro da meta, ao contrário dos que não usam. Por isso, acredito que isso nos faz refletir profundamente sobre o futuro, porque, se eu disse a vocês que as chances de complicações aumentam conforme a hemoglobina ultrapassa 7%, então, no futuro, teremos muitas complicações microvasculares nesses pacientes, que vão exigir ainda mais do sistema de saúde. Obrigada.

**DEPUTADO PAULO CORRÊA** - PSDB (proponente) — Muito obrigado, doutora, importante. Senhora Katia Lopes Xisto, vice-presidente da Associação DM1; professor doutor Fábio Garcia da Luz, que neste ato representa a Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul — cadê o Fábio? Obrigado, Fábio, por estar aqui com a gente; mande um abraço para o nosso reitor. Ana Carolina Colla, secretária de Saúde do município de Bonito — cadê a Ana Carolina? Carol, tudo bem? Bem-vinda. Vereador Valdomiro Luiz de Carvalho — não conheço esse rapaz, será que é o Miro, presidente da Câmara de Sete Quedas? Bem-vindo, Miro. John [Trecho inaudível] — também não conheço; é o John Lennon? Heverton Almada, secretário-geral da Câmara de Sete Quedas — cadê o Heverton? Está lá. Obrigado, Heverton, por estar aqui com a gente; sejam todos muito bem-vindos. Na sequência, gostaria de chamar para falar a nutricionista Walkiria Cruz Vieira Soares; ela só tem cara de novinha. Na verdade, é bem velha, uma senhora de idade.

**SENHORA WALKIRIA VIEIRA** (nutricionista) — Engana bem.

**DEPUTADO PAULO CORRÊA** - PSDB (proponente) — Engana bem. A Bianca já me falou, e eu queria que a moça que está representando a Secretaria de Estado de Saúde prestasse bastante atenção, porque nós temos um objetivo comum: eu, o Ronilço



**ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL SECRETARIA  
JURÍDICA E LEGISLATIVA — SJL  
DEPARTAMENTO DE TAQUIGRAFIA E REVISÃO  
ATA DA AUDIÊNCIA PÚBLICA TECNOLOGIA E DIGNIDADE NO TRATAMENTO DO  
DIABETES  
REALIZADA EM 03/12/2025**

Guerreiro, a Bianca e todos que estão aqui. O que o Ronilço aprovou para Campo Grande é um exemplo, e nós queremos transformar isso em um programa estadual, está bom, filha? Por isso pedi para o doutor Maurício estar aqui; ele é sensível a esse tipo de instrução. Acho importante termos aqui os secretários de saúde e as pessoas envolvidas diretamente na área, para que possamos propor um programa estadual também. Infelizmente, este ano não é possível, porque acabamos de aprovar o projeto da LOA — a Lei do Orçamento Anual — que vale para o ano que vem, e não colocamos emenda. O Ronilço me chamou, eu disse a ele que tentaria, mas hoje o projeto foi aprovado em segunda votação, Ronilço. De qualquer maneira, vamos sinalizar para que a Secretaria de Estado de Saúde tenha ao menos um valor previsto, e aí todos os deputados podem colocar uma emenda. Mas, sinceramente, eu acho que isso não deve ser tratado com emenda parlamentar, deve ser um programa estadual, e acredito que isso seja muito importante. Passo a palavra para você, Walkiria.

**SENHORA WALKIRIA VIEIRA** (nutricionista) — Boa tarde a todos. Eu venho aqui com muito carinho; defendo essa causa, trabalho com diabetes há quinze anos e quero mostrar, também com muito carinho, a magnitude do que seria esse projeto, que com certeza será aceito. Por isso, por que adotar a monitorização contínua do diabetes como política pública? Eu venho mostrar isso em números. Hoje, a população do Estado de Mato Grosso do Sul está em torno de quase três milhões de habitantes, e parte desses habitantes diagnosticada com diabetes está em dois mil setecentos e nove — é a população oficialmente diagnosticada. Na Capital, hoje, temos cinquenta e sete mil diagnosticados com diabetes. Em 2023, um estudo trouxe esse dado para nós; no mesmo ano, o Governo Federal, por meio do sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel), mostrou que estamos subnotificados em vinte mil pacientes. Ou seja, essa população sobe para trezentos mil pacientes diabéticos em nosso estado. Vejam a importância: é um número muito significativo de pessoas com diabetes em Mato Grosso do Sul, uma população fundamental para refletirmos, vidas importantes cujo bem-estar podemos melhorar por meio deste projeto. E vou além: se considerarmos familiares e cuidadores, cada paciente diabético tem pelo menos um pai e uma mãe envolvidos nesse processo, então esse número sobe para novecentas mil pessoas. É uma população de novecentas mil pessoas impactada diretamente todos os dias. E qual é a dor? Qual é o desafio diário dessas famílias? É o furo no dedo da criança; o furo no dedo, diariamente, nessas crianças causa dor, mas causa dor também naquele pai que faz esse furo todos os dias, pois ele está causando dor no próprio filho, uma dor necessária, certo? Então, é a dor na pontinha do dedo do filho; é o desconforto à noite daquele pai que não dorme; é o medo da hipoglicemia noturna. Tudo isso gera um desgaste emocional muito grande e que, amanhã ou depois, também pode resultar em adoecimento desse pai e dessa mãe, trazendo mais custos aos cofres públicos. Portanto, nós não impactamos apenas o paciente diabético, mas também toda a família. Ali, por exemplo, está o desabafo de uma mãe que contou que, quando descobriu o diabetes do filho, precisava medir doze vezes ao dia. Hoje, a rede pública disponibiliza seis fitas por dia; e as outras seis, como ela fazia? Muitas vezes precisava arrumar outro emprego, se desgastar ainda mais. É por isso que precisamos refletir sobre o impacto econômico que essa família enfrentava. Falando um

pouco sobre a alimentação, a criança diabética, no primeiro momento após o diagnóstico, fica com a alimentação muito limitada. A notícia que chega à família é: “não pode comer nada”. E o pai, tentando novamente se desdobrar financeiramente, compra vários produtos diet, light, mas sem saber exatamente o que pode ou não consumir, ficando completamente perdido. Assim, é mais um desgaste, mais uma situação de desamparo, sendo que muitas vezes não seria necessário investir nisso, e sim em uma tecnologia que ofereça mais conforto ao paciente. Eu trouxe aqui o exemplo de uma paciente e gostaria que vocês observassem esse gráfico. Essa paciente usa apenas fita — nunca usou o Libre — e olhem a oscilação: quanta variabilidade, quanto sobe e desce. Ela não consegue prever para onde a glicemia vai. Guardem essa imagem, porque depois vamos compará-la com outra. E o que podemos melhorar na vida dessa paciente e de todos os outros, entre aqueles trezentos mil diagnosticados com diabetes no estado? Quando falamos do sensor, a doutora Bianca já explicou com maestria como ele funciona. Aquele paciente que media doze vezes ao dia passa a fazer apenas dois furos por mês: coloca o Libre, fica quinze dias; depois coloca outro no outro braço e fica mais quinze dias. Dois furos. Pronto. Acabou. O custo com fitas vai praticamente a zero; o filamento do Libre não incomoda o paciente; e o custo mensal fica em torno de quinhentos e sessenta reais. Algumas cidades já adotaram essa tecnologia como política pública, então é algo possível, está próximo da nossa realidade. E os benefícios? Primeiro, a liberdade da criança, que não precisará mais ser exposta o tempo todo fazendo ponta de dedo. Imaginem uma criança brincando, e a mãe chamando para medir a glicemia antes de comer ou continuar brincando. Com o Libre, essa criança deixa de ser exposta e passa a fazer tudo isso em segurança, no ambiente do lar. Na alimentação, ela pode passear com o pai, com a tia, com qualquer pessoa, porque estará com o Libre, e a mãe — de onde estiver — pode orientar: “Ela pode comer e pode brincar. Ela está bem.” Assim, a liberdade e a autonomia dessa criança retornam, e ela volta a ter o que chamam de vida normal. Já os pais recuperam tranquilidade, segurança e a capacidade de dormir, além da proteção contra hipoglicemia, porque, como a doutora explicou, o sensor toca um alarme. Eu sempre comparo esse alarme a um alarme de incêndio: o incêndio pode até começar, mas, se o alarme toca, a gente corre e apaga o fogo. Aqui estão alguns estudos feitos pelo mundo. O primeiro mostrou que, após três meses usando o Libre, o paciente já reduz a hemoglobina glicada — e reduz bastante — que é justamente o principal marcador do controle do diabetes. Em resumo, no Reino Unido, as internações caíram muito depois que o sensor de glicose foi disponibilizado à população. E agora, trazendo para a nossa realidade no Brasil: em Aparecida de Goiânia eles colocaram a telemedicina. Por quê? Porque os pacientes deixaram de ir ao posto de saúde e, ainda assim, era preciso saber como eles estavam, então passaram a utilizar a telemedicina: “Vamos ligar, vamos acompanhar.” E, em Foz do Iguaçu, eu procurei me aprofundar um pouco mais para entender o que aconteceu por lá, e foi muito interessante. Além de conseguirem os Libres para os pacientes — foram trinta e oito pacientes ao longo de um ano — eles montaram uma liga porque acreditam que a equipe multiprofissional é o que realmente traz resultados. Então eles disseram: “Tudo bem, vamos ter o Libre, mas também vamos ter uma equipe multidisciplinar, com endocrinologista, com nutricionista, com enfermeiro, acompanhando durante um ano, para comprovar que essa tecnologia realmente muda a vida dos pacientes”,



**ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL SECRETARIA  
JURÍDICA E LEGISLATIVA — SJL  
DEPARTAMENTO DE TAQUIGRAFIA E REVISÃO  
ATA DA AUDIÊNCIA PÚBLICA TECNOLOGIA E DIGNIDADE NO TRATAMENTO DO  
DIABETES  
REALIZADA EM 03/12/2025**

e tudo isso junto com a associação. É um projeto maravilhoso, no qual nós podemos, inclusive, nos espelhar — quem sabe — futuramente, não é deputado? E aqui está outro exemplo; peguei dois pacientes com perfis muito parecidos — em peso, altura e estilo de vida — porém, uma paciente usa o Libre há um ano, enquanto a outra não pode usar e faz praticamente tudo com fita. O que difere uma da outra? Uma paciente consegue, como a doutora Bianca explicou, com as setas de tendência, tomar providências quanto a sua glicemia. É isso que ela faz de diferente. As duas fazem faculdade, levam marmitinha, seguem a minha dieta; por isso eu afirmo que o estilo de vida é praticamente igual. Mas uma consegue agir quando o Libre avisa: “Olha, está ficando alta”, “Olha, está ficando baixa.” Assim, ela aqui não ultrapassa aqueles limites saudáveis que a doutora acabou de mencionar, e isso mostra a importância do sensor. Qual delas tem mais chance de desenvolver complicações? A primeira. Ela pode gerar, amanhã, um custo muito maior aos cofres públicos, porque teremos que tratar as doenças e complicações que vão surgindo. Já a segunda nós tratamos agora, na prevenção. Pensando nisso, eu trago aqui os custos de internação. Quando um paciente precisa ser internado pelo SUS, o custo, em Mato Grosso do Sul, é de seiscentos e setenta reais, com uma média de cinco dias de internação. Comparando um paciente controlado e um não controlado, ambos gastam cerca de seiscentos reais por mês com insulina, agulha, etc. Porém, na internação, o controlado pode não ter nenhuma, enquanto o não controlado pode ter uma ou mais, gerando gastos de seiscentos e setenta reais ou mais por internação. Nas complicações, o paciente controlado tem baixo risco, mas o não controlado pode apresentar nefropatia, necessidade de hemodiálise, problemas renais, etc. Assim, anualmente, o paciente controlado custa cerca de seis mil reais, enquanto o não controlado chega a uma estimativa de quinze mil reais ao ano. E aqui eu queria deixar uma frase: paciente sem controle é paciente sem tratamento. Mas esse controle não significa vida engessada; é o controle que o Libre proporciona. Como mostrei na minha paciente, é poder olhar e saber para onde a glicemia vai; é navegar com segurança — como estar em um navio com GPS, com toda a tecnologia necessária — e não em um navio à deriva. Por isso, acredito que o Libre, o sensor, é exatamente isso: dar direção ao paciente, dar esperança, dar norte. Aqui estão todos os artigos científicos que utilizei, todas as informações para quem quiser consultar, como o doutor mencionou. Dourados também já disponibiliza essa tecnologia como política pública. E, mais uma vez, vale lembrar: o Brasil é o terceiro país no mundo que mais investe em tratamento, e agora estamos pensando em investir na prevenção — no hoje, e não apenas no amanhã. Aqui está minha página, meu blog, e no QR Code vocês encontram todo o material disponível. Muito obrigada.

**DEPUTADO PAULO CORRÊA** - PSDB (proponente) — Gosto muito da sua palestra porque você fala de custo, e acho isso fundamental. Essa moça da Secretaria de Estado de Saúde, ouvindo tudo isso, certamente vai transmitir ao nosso secretário. E eu queria fazer um gesto em Libras para você — aquele que o Neymar faz quando marca um gol que ninguém esperava; ele faz para os outros, você sabe qual é, não é?

**SENHORA WALKIRIA VIEIRA** (nutricionista) — Eslaidas — Como que é?



**ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL SECRETARIA  
JURÍDICA E LEGISLATIVA — SJL  
DEPARTAMENTO DE TAQUIGRAFIA E REVISÃO  
ATA DA AUDIÊNCIA PÚBLICA TECNOLOGIA E DIGNIDADE NO TRATAMENTO DO  
DIABETES  
REALIZADA EM 03/12/2025**

**DEPUTADO PAULO CORRÊA** - PSDB (proponente) — Pensou em fazer o gol? Pois é, nós também estamos pensando em fazer esse gol aqui. Preste atenção... isso, estou mandando um “prestou atenção” para o nosso secretário de Estado de Saúde. Obrigado, Walquiria. Na sequência, eu convido o Lenine para fazer a apresentação. Ah, vai aplicar? Pode aplicar, sim, pode aplicar glicose na sua filha. Vamos fazer disso até um laboratório aqui. Venha cá, filha, para o papai aplicar em você. Acho que agora é a hora da TV Assembleia; ele está acompanhando pelo aplicativo. Ótimo. Ela está aparecendo na televisão e está mostrando para você. Fale uma coisa legal. Como você se chama?

**EDUARDA** (filha do senhor Lenine) — Eduarda.

**DEPUTADO PAULO CORRÊA** – PSDB (proponente) — Eduarda, fala assim para o tio: “Vai, Corinthians! Vai, Corinthians!”

**EDUARDA** (filha do senhor Lenine) — Meu pai é corinthiano.

**DEPUTADO PAULO CORRÊA** - PSDB (proponente) — Legal, obrigado filha, muito obrigado. Vamos lá, Lenine. Lenine de Oliveira Rocha Júnior, tesoureiro e secretário da Associação de DM1 de Campo Grande. Explique o que é DM1.

**SENHOR LENINE DE OLIVEIRA ROCHA JÚNIOR** (tesoureiro e secretário da Associação de DM1 de Campo Grande) — É Diabetes Mellitus tipo 1. Nós somos uma associação que está nascendo, porque sentimos essa necessidade. Eu até trouxe alguns números que não coloquei no eslaide — as doutoras são muito boazinhas —, mas quero falar um pouco mais sobre os problemas que o diabetes tipo 1 traz. Eu sou “pai pâncreas”; chamamos de “pai pâncreas” e “mãe pâncreas” aqueles que têm um filho diabético, porque precisamos assumir o papel do pâncreas dos nossos filhos. Eles começam com problemas de glicemia e, depois de um tempo, o pâncreas simplesmente não produz mais insulina, então cabe a nós fazer esse trabalho. Como as doutoras disseram — e a Wal reforçou —, tudo, absolutamente tudo que o paciente faz altera a glicemia. Se ele passa mal, se toma uma medicação, se faz uma corrida, se se estressa, se qualquer coisa mexe com o emocional, tudo isso altera a glicemia. E nós, como “pais pâncreas”, precisamos intervir, ajustar, cuidar, e é por isso que é tão difícil. Eu também sou empresário na área de tecnologia e estou desenvolvendo um software. Estou há seis meses tentando criar um sistema que faça todos esses cálculos, e é extremamente complexo, mesmo utilizando IA e vários recursos. É muito difícil reproduzir tudo o que nós fazemos no dia a dia, de cabeça. Nós fazemos cálculo o tempo todo. Agora mesmo eu tive que calcular porque ela estava com duzentos e dez; então preciso saber quanto de insulina devo aplicar para voltar para cem e quanto preciso para ela comer uma banana. Tenho que estimar o peso, calcular mais ou menos quantos carboidratos aquela banana tem, fazer duas regras de três e aplicar a insulina. Então imaginem o que é isso o dia inteiro, todos os dias.



**ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL SECRETARIA  
JURÍDICA E LEGISLATIVA — SJL  
DEPARTAMENTO DE TAQUIGRAFIA E REVISÃO  
ATA DA AUDIÊNCIA PÚBLICA TECNOLOGIA E DIGNIDADE NO TRATAMENTO DO  
DIABETES  
REALIZADA EM 03/12/2025**

**SENHORA BIANCA RAHAL PARAGUASSU** (presidente da Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia de MS) — Lenine, foi bonitinho ver a Duda aqui; vocês viram que ele aplicou a insulina e ela nem sentiu dor, porque na barriga nós temos pouquíssimas terminações nervosas, enquanto na ponta do dedo — para furar e medir a glicose — há muitas terminações nervosas, então dói muito. A barriga não dói; furar o dedo dói. E ele viu isso pelo sensor, que já está nela.

**SENHOR LENINE DE OLIVEIRA ROCHA JÚNIOR** — Sim, eu estava aqui, por exemplo, e minha esposa estava no trabalho; ela estava lá brincando e eu avisei a Ana: “Ana, subiu”, e aí a Ana foi lá e trouxe ela. Então imagine se eu tivesse dormindo... Quando eu descobri o diagnóstico, passei alguns meses sem conseguir dormir à noite, e até hoje ainda não durmo a noite inteira. Mas, naquele início, eu simplesmente não dormia; precisei até fazer tratamento médico porque minha própria saúde ficou debilitada em razão da diabetes. Então foi muito difícil, e ainda é complicado, só que hoje usamos o sensor — nós compramos o sensor —, e isso trouxe um controle muito maior. Eu trouxe alguns dados para mostrar o quanto isso é sério, porque quero que todos compreendam que o diabetes tipo 1 é realmente grave. Nós temos um site — [associaçãodm1.com.br](http://associaçãodm1.com.br) —, onde publicamos alguns estudos, e um deles mostra que a expectativa de vida de uma pessoa com diabetes tipo 1 fica entre quarenta e cinquenta e quatro anos sem tratamento adequado, enquanto a população brasileira em geral chega aos setenta e seis. Os anos perdidos por pessoa chegam a trinta e três anos e dois meses — sendo cinco anos e sete meses por complicações e vinte e cinco anos e quatro meses por morte prematura. A mortalidade por diagnóstico tardio também assusta: para vocês terem ideia, um a cada nove pacientes morre antes mesmo de começar o tratamento. É algo muito sério. Outro dado impactante é o que chamamos de “tragédia dos adolescentes”: 31% dos jovens, entre três e dezenove anos, já apresentam complicações do diabetes tipo 1. Imaginem eu, como pai, com uma filha de seis anos, me deparando com esses números. Eu pesquisava, buscava informação e encontrava esses dados; pensava: “Meu Deus, será que minha filha, até os dezoito anos, vai morrer?” É desesperador, porque grande parte da população não tem acesso às tecnologias e ao cuidado adequado. Cetoacidose diabética, problemas cardiovasculares, doença renal, são várias complicações presentes nessa população, e precisamos buscar tratamento e estratégias para ajudar essas pessoas. E aqui eu quero entrar em um ponto muito importante: o financeiro, já que o deputado pediu essa informação. Fiz uma apresentação rápida sobre isso. Mesmo trabalhando na área de tecnologia, minha especialização é em controladoria e finanças, e eu gosto muito desse tema. A Walkiria já mencionou que a população de Mato Grosso do Sul está em torno de dois milhões e novecentos mil habitantes. A Associação Brasileira de Diabetes estima que 0,2% da população tenha diabetes tipo 1 — o que significa cerca de cinco mil oitocentos e quarenta e nove pacientes. Um quinto desse total é formado por crianças e adolescentes até dezoito anos, aproximadamente mil cento e setenta. Agora, indo para a projeção de hospitalização dessa população — vou até ler no meu celular, porque ali está pequeno e eu uso óculos —, vemos o seguinte: no gráfico, o amarelo representa hipoglicemia grave e o azul representa cetoacidose. Esses pacientes, quando usam o Freestyle Libre, mesmo que precisem ser



**ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL SECRETARIA  
JURÍDICA E LEGISLATIVA — SJL  
DEPARTAMENTO DE TAQUIGRAFIA E REVISÃO  
ATA DA AUDIÊNCIA PÚBLICA TECNOLOGIA E DIGNIDADE NO TRATAMENTO DO  
DIABETES  
REALIZADA EM 03/12/2025**

internados, custam muito menos: de cinquenta e um mil reais cai para dezesseis mil; de oitenta mil cai para trinta e oito mil. É uma diferença enorme. Ou seja, mesmo quando há internação, o monitor reduz drasticamente o custo. Não estamos falando de gasto. Estamos falando de economia. De redução real de custo. No diabetes tipo 2 acontece exatamente a mesma coisa: usar tecnologia reduz despesa. Se analisarmos o gráfico, o custo cai de trinta e dois mil para treze mil e, na cetoacidose, de vinte e cinco mil para treze mil também. Na parte de baixo do gráfico aparece o reembolso: o Governo Federal devolve uma parte dos valores. Na hipoglicemia grave, o custo médio é de cinco mil duzentos e trinta e oito por internação, com duração média de quatro dias e duas horas, e o reembolso é de apenas seiscentos e oitenta reais, ou seja, esse valor não retorna — principalmente para o SUS — da prefeitura e do estado. Quanto à cetoacidose diabética, o custo médio da internação é de catorze mil, setecentos e quarenta reais, enquanto o reembolso é de, em média, mil e quinhentos reais, com internação de aproximadamente cinco dias.

**SENHORA BIANCA RAHAL PARAGUASSU** (presidente da Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia de MS) — Porque toda cetoacidose tem que ser tratada em UTI, e UTI é caríssima, pois envolve médico de UTI, enfermeiro de UTI, então... [Trecho inaudível].

**SENHOR LENINE DE OLIVEIRA ROCHA JÚNIOR** — Sim, é realmente muito complicado. Se você observar, entre 20% e 40% dos pacientes com diabetes tipo um apresentam hipoglicemia grave, e entre 10% e 30% passam por cetoacidose. Quando eu descobri o diagnóstico — e graças a Deus eu e minha esposa temos uma amiga, a Dani, que está aqui com a gente e estudou com a minha esposa —, nós percebemos os sinais muito rápido. A Sônia lembrou da Dani, lembrou do que a mãe dela dizia, e acabamos identificando tudo de imediato. Pegamos um glicosímetro, testamos ali mesmo e descobrimos rapidamente. Mas todas as pessoas que conheci que tiveram diabetes foram internadas com cetoacidose; eu não me lembro de alguém que tenha dito: “Descobri e não precisei ser internado.” Todos foram internados. Então o custo é muito alto mesmo, e é por isso que o controle é tão importante. Aqui há mais alguns números sobre o custo de internação de um paciente diabético: ele é até 19% maior. O custo médio de hospitalização do diabetes tipo 1 é de um mil quatrocentos e setenta e oito reais e setenta e cinco centavos; doenças renais custam cerca de dois mil oitocentos e três reais e as cardiovasculares dois mil seiscentos e setenta e cinco reais. Mais de 80% das internações de diabéticos são emergenciais, e o tempo de permanência no hospital aumenta um dia nas internações eletivas e três dias nas emergências, comparado aos pacientes não diabéticos. Mesmo em cirurgias eletivas, o diabetes aumenta em 50% o tempo de internação e também a mortalidade. Estamos, portanto, diante de números muito altos, muito expressivos. Agora eu já trago a parte referente ao custo para o estado em relação ao sensor. Fizemos um cálculo com base em Campo Grande; esse valor pode variar um pouco, mas não muda significativamente. É o custo estimado dentro do protocolo que queremos propor ao município. O sensor, para quinze dias, custa trezentos e vinte reais e noventa centavos; são dois sensores por mês, já que cada um dura quinze dias. Além disso, existe o leitor, que



**ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL SECRETARIA  
JURÍDICA E LEGISLATIVA — SJL  
DEPARTAMENTO DE TAQUIGRAFIA E REVISÃO  
ATA DA AUDIÊNCIA PÚBLICA TECNOLOGIA E DIGNIDADE NO TRATAMENTO DO  
DIABETES  
REALIZADA EM 03/12/2025**

precisa ser comprado apenas uma vez — depois, o mesmo leitor ou até o celular pode ser usado. No varejo, o sensor custa trezentos e vinte e nove reais para o consumidor final, mas no atacado o valor é menor. Assim, o custo estimado para todos os pacientes com diabetes tipo 1 do estado — aqueles um mil cento e setenta até dezoito anos —, ou seja, dois mil trezentos e quarenta sensores por mês, totalizando setecentos e cinquenta mil novecentos e seis reais mensais, e um mil e setecentos leitores, somando aproximadamente trezentos e setenta e cinco mil reais, adquiridos somente uma única vez. Dessa forma, o custo anual para mil cento e setenta pacientes seria de setecentos e cinquenta mil reais, multiplicados por doze, chegando a nove milhões, trezentos e oitenta e seis mil reais, um valor que não é alto diante de tudo o que vimos sobre custos de internação. Evitar todas aquelas hospitalizações e complicações mostradas — que, multiplicadas pelo número de diabéticos, geram despesas astronômicas — torna esse investimento muito justificável. Além da economia direta, essa proposta inclui também capacitação. O pessoal da Abbott oferece suporte completo junto aos sensores, capacitando profissionais, pacientes e familiares. Eles fornecem educação on-line, palestras mensais para a população, material educativo, formação continuada a distância para os pacientes do programa e suporte via sistema LibreView. Então, além do sensor e do monitoramento, existe toda essa estrutura por trás. Nós ainda estamos nascendo como associação, mas já conseguimos ajudar muitas pessoas. Temos um site, redes sociais e, se quiserem seguir, fiquem à vontade. Muito obrigado.

**DEPUTADO PAULO CORRÊA** - PSDB (proponente) — Obrigado a você! Obrigado pela palestra. Queria citar a presença aqui do vereador José Saulo da Paixão, lá de Sete Quedas. Também não conheço esse... O Saulinho eu conheço. Quero citar ainda a Cida Farias, presidente da Comissão de Saúde, Assistência e Educação do município de Amambai, vereadora amiga; muito obrigado por estar aqui. Foi votada pelo seu José Rahal e pela dona Cleide. Passei informação errada, Cida? Seu José Rahal vota em você? Ou é a Ana Lígia? Está ali a Lígia Borges, de Amambai, nossa família de Amambai. Muito obrigado por vocês estarem todos aqui conosco. Na sequência, eu gostaria de passar a palavra para a Fabiana Cavalcante. Seja bem-vinda.

**SENHORA FABIANA CAVALCANTE** (enfermeira) — Muito obrigada, eu agradeço pelo convite. Minha fala aqui, na verdade, vem reforçar tudo o que já foi dito e ressaltar a importância do que estamos tratando, porque acredito que saímos daqui hoje sem nenhuma dúvida sobre o papel do sensor na vida de cada pessoa que tem diabetes, especialmente das crianças e adolescentes com quem trabalho há sete anos. Infelizmente, aquilo que muitos mencionam como um problema futuro — de que, se não cuidar, haverá complicações — é exatamente o que vemos hoje no ambulatório público. As complicações já estão presentes: crianças com problemas de visão, problemas renais, dificuldades para andar, e tudo isso como consequência de um controle ineficaz diante do que conseguimos oferecer atualmente. Portanto, não estamos falando de algo distante, mas sim de crianças que, às vezes, já não têm mais como recuperar totalmente. Precisamos pensar nisso para que, daqui em diante, possamos promover uma mudança real. E não estamos falando de



**ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL SECRETARIA  
JURÍDICA E LEGISLATIVA — SJL  
DEPARTAMENTO DE TAQUIGRAFIA E REVISÃO  
ATA DA AUDIÊNCIA PÚBLICA TECNOLOGIA E DIGNIDADE NO TRATAMENTO DO  
DIABETES  
REALIZADA EM 03/12/2025**

um número inalcançável de pessoas; é uma população totalmente possível de ser atendida com o sensor, que oferece tanta qualidade de vida para uma condição crônica. Existem tantas tecnologias usadas para situações agudas, que não geram tantas complicações quanto o diabetes; então, por que não olhar com carinho para uma doença que acompanhará o indivíduo por toda a vida? Eu preciso que essa criança cresça da melhor forma possível, chegue à adolescência bem e alcance a fase adulta saudável, para que possa ser produtiva, constituir sua família, ter sua profissão, praticar esporte e viver plenamente — e hoje podemos garantir isso de forma muito mais simples e segura. Aproveitando o espaço, acredito que precisamos considerar também que a educação em diabetes não está restrita à Secretaria de Estado de Saúde. É fundamental que a educação esteja junto, porque a escola precisa entender de diabetes; ela precisa intervir em muitos casos de hipoglicemia, quando não há tempo de o pai chegar ou do Samu chegar. A escola precisa estar conosco e com os pais, pois muitas vezes os pais têm de ir até a escola verificar a glicemia da criança e orientar alguma correção. Assim, embora nossa fala hoje comece pela saúde, a educação precisa caminhar junto, a Secretaria de Estado de Esporte precisa caminhar junto e também a Secretaria de Estado de Assistência Social, porque as dificuldades financeiras dessas famílias são muito grandes. Quando falamos de diabetes, não falamos apenas de insulina: falamos de alimentação, de um local para praticar esportes, de toda uma estrutura que precisa fazer parte da vida dessa criança. Nossa conversa hoje abre essa reflexão, não é, doutora Bianca? E isso é muito importante. Eu fico muito feliz, porque espero por esse momento há sete anos, e hoje estamos vendo uma reunião tão representativa e significativa para Mato Grosso do Sul. Era isso que eu gostaria de dizer. Muito obrigada.

**DEPUTADO PAULO CORRÊA** - PSDB (proponente) — Muito bem. Eu gostaria que você dissesse sua profissão.

**SENHORA FABIANA CAVALCANTE** (enfermeira) — Eu sou enfermeira.

**DEPUTADO PAULO CORRÊA** - PSDB (proponente) — Eu vi, e queria valorizar bastante o seu trabalho, porque acredito que, como multiplicadora, você poderia desenvolver um trabalho junto à Secretaria de Estado de Educação. Nós temos escolas muito organizadas; costumamos dizer que, em Mato Grosso do Sul, temos trezentas e sessenta e nove escolas estaduais, e tanto o governo Reinaldo quanto o governador Riedel já reformaram praticamente trezentas.

**SENHORA FABIANA CAVALCANTE** (enfermeira) — Perfeito.

**DEPUTADO PAULO CORRÊA** – PSDB (proponente) — E nós começamos a implantar a escola de tempo integral e, nesse sentido, acredito que poderíamos construir, junto ao nosso secretário de Estado de Educação, Hélio Daher, um treinamento que pudesse ser estendido às escolas. Coloco também a nossa Casa à disposição. É muito



**ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL SECRETARIA  
JURÍDICA E LEGISLATIVA — SJL  
DEPARTAMENTO DE TAQUIGRAFIA E REVISÃO  
ATA DA AUDIÊNCIA PÚBLICA TECNOLOGIA E DIGNIDADE NO TRATAMENTO DO  
DIABETES  
REALIZADA EM 03/12/2025**

importante o que você está falando: não ter medo de tratar do assunto, e ter recurso para poder ajudar essas famílias.

**SENHORA FABIANA CAVALCANTE** (enfermeira) — Isso mesmo. Estamos à disposição. Esse é o nosso time.

**DEPUTADO PAULO CORRÊA** - PSDB (proponente) — Muito bem, enfermeira. A Fabiana já está no nosso time, também. Vamos lá. Para apresentar o depoimento dos portadores visuais dessa tecnologia, eu vou chamar a Danielly de Azevedo Silva e, depois, a Camila Moura Pereira. Cadê a Camila? Camilinha, você fala no final, OK? Primeiro a Dani, depois você. Vamos lá. Dani, você chegou atrasada.

**SENHORA DANIELLY DE AZEVEDO SILVA** (paciente DM1) — Eu cheguei. Peço desculpas. É o trabalho, gente, eu tive que pedir "pelo amor de Deus" para o meu chefe me liberar, por isso eu cheguei atrasada. Mas, deu tudo certo.

**DEPUTADO PAULO CORRÊA** - PSDB (proponente) — Depois você passa o nome do seu chefe e o telefone; vou dar uma enquadrada no peãozinho.

**SENHORA DANIELLY DE AZEVEDO SILVA** (paciente DM1) — Bom, gente, eu sou a Danielly, tenho diabetes há vinte e cinco anos e hoje tenho trinta e cinco. Vivi muitas coisas com o diabetes, e meu irmão também tem; minha mãe descobriu a doença em nós dois ao mesmo tempo, o que foi muito pesado para ela. Hoje, porém, eu a vejo como a maior guerreira do universo — para mim ela é maravilhosa, um verdadeiro exemplo. Ela descobriu diabetes em mim quando eu tinha dez anos e no meu irmão quando ele tinha apenas dois — ele era um bebê. Foi no Hospital Universitário, com a doutora Adriana Saab, maravilhosa, que para mim é uma deusa. Foi graças ao tratamento que recebemos lá, ao ensino que ela transmitiu à minha mãe para entender tudo e ao apoio que ofereceu, porque aquele momento, para uma mãe com dois filhos diabéticos, foi um baque gigantesco. Enfim, minha mãe passou por poucas e boas com a gente — e comigo acho que até mais, porque eu era uma criança/adolescente. Era exatamente aquilo que comentaram: eu escondia que tinha diabetes dos meus amigos na escola, não me cuidava como deveria, não comia o que precisava. Saía da escola, ia para o ponto de ônibus e, no caminho, tinha um mercado; eu entrava, comprava uma bolacha Trakinas e uma Coca Cola normal — na época nem existia essa coisa de light ou diet para mim — e ia para o ponto comendo. Minha glicemia disparava. Minha mãe fazia o teste antes de eu ir para a escola, estava tudo certo, ela mandava o lanche, eu comia, mas saía da escola e aprontava. Chegava em casa e ela perguntava: “Danielly, o que você comeu? Comeu alguma coisa a mais?” E eu dizia: “Não, não comi nada”, e a glicemia lá nas alturas. Dei muito trabalho para a minha mãe. Acho que muitos adolescentes fazem isso porque é difícil; a gente tem vontade de comer, quer acompanhar os outros, e naquela época a classe médica e da saúde não entendia muito bem o contexto do diabetes em jovens. Todo mundo perguntava: “Mas diabetes não é doença de velho, de idoso?” E ninguém conseguia entender duas crianças diabéticas. As nutricionistas falavam:

“Não pode açúcar, não pode carboidrato.” Para mim e para o meu irmão, era como se não pudéssemos comer nada, nem viver nada, e a gente via todo mundo fazendo e queria fazer também, então fazia escondido — e isso era ainda pior. Por isso minha glicemia sempre foi caótica. Sobre a ponta de dedo, como a doutora Bianca falou, é uma dorzinha muito diferente da insulina. A insulina é até uma dorzinha “agradável”, vamos dizer assim, porque dá para suportar; não dói tanto quanto furar o dedo. Furar o dedo dói muito mais. Para uma criança ou adolescente, isso é muito difícil. E, sendo adulta, ainda é complicado furar meu dedo e fazer o controle pela ponta de dedo; para mim sempre foi aquele sentimento de “a ponta de dedo está lá e eu estou aqui”, uma distância, eu nunca queria fazer. Só fazia porque a minha mãe sentava comigo, pegava minha mão e dizia: “Eu vou furar seu dedo, você vai fazer o teste.” Para uma criança, isso é muito mais complicado. Fora tudo isso que já contei, minha mãe foi uma “mãe pâncreas” muito presente, muito constante. E eu digo que hoje estou aqui, com trinta e cinco anos, com vinte e cinco anos de diabetes, sem nenhuma complicação, sem nenhuma dificuldade e sem nada que me comprometa como ser humano, porque eu tive uma mãe que cuidou de mim. Eu tive uma mãe presente, que estava ali o tempo todo sendo o meu pâncreas, como o Lenine disse, e por isso devo muito a ela. A minha vida, até hoje, é cuidada pela minha “mãe pâncreas”, porque, mesmo eu tendo trinta e cinco anos, ela ainda cuida de mim como se eu tivesse dez. Ela liga, pergunta, acompanha tudo, até porque o meu sensor também está instalado no celular dela. Se estou com hipoglicemia e ela percebe que já se passaram dez ou quinze minutos e a glicemia não começou a subir, ela liga imediatamente: “Danielly, você comeu? Danielly, você acordou? Danielly, está tudo bem?”. Ela continua sendo essa pessoa absolutamente presente. E, como conheço o Lenine desde adolescente — para mim ele sempre será o Júnior —, eu me lembro que um dia conversávamos, e ele me mandou um vídeo de um “pai” ou de uma “mãe pâncreas”, não me recordo exatamente, dizendo que, mesmo quando o filho tiver vinte, trinta, quarenta ou cinquenta anos, para aquela mãe ele sempre será o filho dela, e ela sempre cuidará da mesma forma. A minha mãe é exatamente essa pessoa até hoje. O sensor trouxe muito mais facilidade e muito menos preocupação, tanto para ela quanto para mim, porque eu também me preocupo comigo. Antes, eu não sabia se dormiria e conseguiria acordar antes de uma hipoglicemia, mas hoje o sensor me dá essa segurança. Se estou dormindo e tenho hipoglicemia — algo frequente, como ocorre com a maioria dos diabéticos —, o sensor apita e eu acordo, porque o alerta parece um despertador. Configurei para apitar quando chega a sessenta e nove, porque assim dá tempo de eu acordar, corrigir e agir antes de piorar. Se eu deixo para apitar mais tarde, talvez eu já esteja com sintomas mais intensos de hipoglicemia e não consiga reagir, precisando da intervenção da minha mãe, do meu pai, de um amigo ou de alguém por perto — e essa pessoa pode nem saber como agir. Por isso o sensor não só melhora minha qualidade de vida, mas principalmente minha segurança de vida, porque hoje eu me sinto realmente segura. Antes, eu não tinha coragem de morar sozinha, de viver minha vida de forma independente; hoje eu tenho. Eu consigo fazer minhas coisas tranquilamente, consigo viver sendo diabética e podendo morar sozinha, sem o medo constante de ter uma hipoglicemia noturna e não acordar no dia seguinte. Antes do sensor, situações assim eram frequentes, e uma delas marcou profundamente a minha vida. Eu digo que foi o anjo da guarda da minha mãe e o meu que



**ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL SECRETARIA  
JURÍDICA E LEGISLATIVA — SJL  
DEPARTAMENTO DE TAQUIGRAFIA E REVISÃO  
ATA DA AUDIÊNCIA PÚBLICA TECNOLOGIA E DIGNIDADE NO TRATAMENTO DO  
DIABETES  
REALIZADA EM 03/12/2025**

falaram: “Vai acordar e cuidar da sua filha”. Eu tinha uns quinze anos e estava dormindo, e por volta das duas ou três da manhã minha mãe acordou do nada e foi ao meu quarto. Eu estava com vinte e cinco de glicemia. Ela conta que, ao me pegar, eu parecia um papel, totalmente desfalecida. Tentou me levantar para corrigir, passou mel na parte interna dos meus lábios e nas laterais da bochecha, mas nada acontecia. Então pegou leite condensado, por ser mais doce que o mel, e começou a passar, mas minha glicemia continuava sem subir. Isso durou mais de uma hora; ela ficou tentando essa intervenção com mel e leite condensado, sem resultado. Apenas depois de mais de uma hora e meia a glicemia começou a subir, e eu fui voltando. Quando ela me perguntou se eu lembrava de algo, eu não lembrava de absolutamente nada. Naquela época não existia sensor; era só o aparelhinho de glicemia. E como ela acordou assim, do nada? Só Deus para explicar. Foi pela misericórdia do Senhor que ela acordou; eu digo que o meu anjo da guarda falou com o anjo da guarda dela e a fez levantar. Eu estava no quarto, passando mal, quase em coma, porque vinte e cinco é quase coma; mas estou aqui ainda e, graças a Deus, deu tudo certo. Esse foi um dos episódios de hipoglicemia grave que eu tive e demorei muito para voltar. Também já tive cetoacidose diabética e fiquei internada, quando eu tinha treze anos, porque eu fazia as “gracinhas” do mercado: comia, tomava Coca-Cola, comia bolachinha, e acabei desenvolvendo uma cetoacidose diabética que me deixou internada por dez dias. Isso, graças a Deus, não me trouxe nenhuma complicação, mas foi um transtorno enorme para a minha mãe, que teve que parar a vida dela para ficar comigo no hospital — e tudo isso enquanto também cuidava do meu irmão diabético. Enfim, a minha vida de diabética teve esses percalços, mas eu sempre tive uma mãe que cuidou de mim. Precisei furar meu dedo várias vezes ao dia por muito tempo e, hoje, uso o sensor, tomo insulina mais de cinco vezes ao dia, porque com o sensor eu consigo ver se a seta está retinha, se está para cima, enfim, consigo acompanhar melhor as variações. Vários fatores influenciam, principalmente na vida adulta, porque a gente sabe que um adulto passa por muitos estresses no trabalho e nas demandas do dia a dia. Eu sou afetada por esses estresses, pelas rotinas que precisamos enfrentar como adultos, e tudo isso aumenta a minha glicemia.

**SENHORA BIANCA RAHAL PARAGUASSU** (presidente da Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia/MS) — No caso da mulher, tem também o ciclo menstrual, que afeta muito a glicose, e com o sensor você consegue diminuir a quantidade de insulina.

**SENHORA DANIELLY DE AZEVEDO SILVA** (paciente DM1) — E corrija-la... Por isso, às vezes, eu preciso tomar insulina mais de cinco vezes ao dia. Mas, graças ao sensor, eu consigo manter essa constância e fazer exatamente o que a Walkiria explicou: alcançar um equilíbrio muito maior na minha glicemia para continuar sem complicações do diabetes, graças a Deus, e espero permanecer assim por muito tempo. Hoje eu devo o controle da minha glicemia ao sensor, porque, sem ele, antes tudo era uma verdadeira montanha-russa; se você visse um gráfico daquela época, com certeza pareceria uma montanha-russa. No meu sensor atual, há dias e dias: tem dias em que a curva fica um pouco mais irregular, mas, na maior parte do tempo, eu vejo uma linha muito mais retinha



**ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL SECRETARIA  
JURÍDICA E LEGISLATIVA — SJL  
DEPARTAMENTO DE TAQUIGRAFIA E REVISÃO  
ATA DA AUDIÊNCIA PÚBLICA TECNOLOGIA E DIGNIDADE NO TRATAMENTO DO  
DIABETES  
REALIZADA EM 03/12/2025**

do que ondulada. Então, graças ao sensor, hoje eu tenho uma qualidade de vida — e, mais ainda, uma segurança de vida — muito maior do que tive ao longo de toda a minha trajetória. Acho que é isso.

**DEPUTADO PAULO CORRÊA** - PSDB (proponente) — Eu queria agradecê-la; sua palestra com o Ronilço foi muito legal, Danielly. Mas eu queria perguntar se você agradeceu a moça. Você agradeceu a moça depois disso?

**SENHORA DANIELLY DE AZEVEDO SILVA** (paciente DM1) — Moça?

**DEPUTADO PAULO CORRÊA** - PSDB (proponente) — Do Leite Moça...

**SENHORA DANIELLY DE AZEVEDO SILVA** (paciente DM1) — Ah, tá.

**DEPUTADO PAULO CORRÊA** - PSDB (proponente) — Leite Moça; você tomou Leite Moça e corrigiu.

**SENHORA DANIELLY DE AZEVEDO SILVA** (paciente DM1) — Não agradei, vou ter que dar um jeito de fazer isso.

**DEPUTADO PAULO CORRÊA** - PSDB (proponente) — Tem que fazer isso. Obrigado. Queria ouvir a Camila. Vamos lá, Camila, que essa menina já tem uma certa idade, não é Camila? Fale sua idade.

**CAMILA MOURA** (paciente DM1) — Boa tarde a todos, primeiramente. Também quero agradecer por estar tendo essa oportunidade novamente de falar um pouco mais sobre o dia a dia do diabetes. Eu tenho diabetes tipo 1 desde os sete anos de idade e convivo com ele até hoje; agora vai fazer cinco anos que estou lidando com a doença, e muita gente ainda acha que diabetes é só comer pouco açúcar, mas não é.

**DEPUTADO PAULO CORRÊA** - PSDB (proponente) — Quero supor que você tenha doze anos, é isso?

**CAMILA MOURA** (paciente DM1) — Tenho doze anos. Como falei, muita gente acha que é só não comer açúcar, mas não é assim. Diabetes tipo 1 é uma condição autoimune, ou seja, não tem cura; eu dependo da insulina todos os dias para continuar viva e isso muda totalmente minha rotina, porque sem a insulina eu posso morrer, obviamente. E os desafios do dia a dia incluem furar os dedos várias vezes para medir a glicemia; com a ponta de dedo você só sabe a glicemia naquele momento, você não sabe como vai estar, se vai estar caindo, se vai estar mantendo, se vai estar subindo. Às vezes dói, sangra, e eu mesma preciso fazer mesmo assim. Também preciso aplicar insulina todos os dias, várias vezes, seja com caneta, seringa ou bomba de insulina; nenhum desses métodos é fácil. Quando a glicemia cai demais, eu posso desmaiar; quando sobe demais, posso desmaiar



**ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL SECRETARIA  
JURÍDICA E LEGISLATIVA — SJL  
DEPARTAMENTO DE TAQUIGRAFIA E REVISÃO  
ATA DA AUDIÊNCIA PÚBLICA TECNOLOGIA E DIGNIDADE NO TRATAMENTO DO  
DIABETES  
REALIZADA EM 03/12/2025**

também, e com a ponta de dedo a gente não sabe se vai subir ou cair. Assim, se eu estiver só com a ponta de dedo, eu não vou saber se vou desmaiar ou se vou estar viva amanhã. Além disso, tenho que calcular tudo o que eu como: carboidrato, hora, quantidade, enquanto outras crianças nem pensam para comer, apenas pegam ali, abrem e comem; mas eu tenho que ver quantos carboidratos há no alimento e medir a glicemia. E não posso esquecer nada quando vou sair: meu medidor, meu glicosímetro, minha insulina, sachê de açúcar, água, enfim, é como se eu carregasse uma mini farmácia o tempo todo. Na escola, eu preciso da compreensão de todos — dos alunos, dos colegas, dos professores e da direção — porque às vezes preciso parar a aula para comer, já que minha glicemia pode estar baixa. Também preciso levar meus materiais, meu glicosímetro, minha insulina e ter liberdade para usar tudo quando necessário. E, muitas vezes, nós, diabéticos, enfrentamos preconceito, comentários ou simplesmente falta de informação. Eu acredito que todas as crianças que têm diabetes tipo 1 gostariam que as pessoas soubessem mais sobre o que é diabetes tipo 1, que as escolas fossem mais preparadas e que todas tivessem acesso aos insumos, principalmente ao sensor Libre, que nos dá liberdade total para continuar vivendo e nos permite ter uma vida normal. O Libre nos proporciona brincar, comer, estudar, praticar esportes e fazer várias atividades do dia a dia de uma forma muito diferente da ponta de dedo. Outro ponto é que, com o Libre, são apenas dois furos ao mês, como a doutora explicou, enquanto com a ponta de dedo são trezentas vezes por mês. Então imaginem, senhores: pais tendo que acordar seus filhos de madrugada para medir a glicemia na ponta de dedo e só saberem a glicemia naquele exato momento. Ou então, quando a criança está brincando e precisa parar tudo, chamar atenção e medir a glicemia. Essa qualidade de vida é o que todos os "pais pâncreas" e "mães pâncreas" desejam para os filhos, mas esse é o preço pelo qual meus pais lutam todos os dias — e não é fácil. Minha mãe, de madrugada, muitas vezes acorda para medir minha glicemia e logo depois precisa sair para trabalhar; meu pai também, e isso dá uma tristeza no coração. Houve, inclusive, uma época em que meu pai ficou desempregado e, para manter o Libre comigo, comprar insulina, insumos e o próprio sensor, foi muito difícil, mas recebemos ajuda de pessoas maravilhosas que nos atenderam. Só que isso não é fácil para nenhum pai e para nenhuma criança manter esse aparelho todo mês, pelo valor que ele tem, e por isso nós estamos aqui. É por isso que eu peço novamente que olhem com carinho para nós, para que percebam o quanto nós, diabéticos tipo 1 — crianças, adolescentes e adultos — convivemos diariamente com essa condição e o quanto precisamos de ajuda para ter uma vida mais segura e com mais qualidade, para que ninguém ignore o que vivemos. Apenas os "pais e mães pâncreas" sabem o que realmente enfrentamos dentro de casa e na escola, porque viver com diabetes tipo 1 exige coragem todos os dias. Nós não escolhemos ter diabetes, mas precisamos conviver com isso e enfrentar todas as dificuldades que vêm junto. Por isso, peço mais uma vez que olhem para nós com carinho, para que possamos vencer essa luta. É isso. Muito obrigada a todos.

**DEPUTADO PAULO CORRÊA** - PSDB (proponente) — Muito obrigado pelo que você falou e por estar aqui conosco até o final. Fique em paz. Vou pedir agora para o nosso defensor público fazer uso da palavra, depois de tudo o que já vimos, e então vamos



**ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL SECRETARIA  
JURÍDICA E LEGISLATIVA — SJL  
DEPARTAMENTO DE TAQUIGRAFIA E REVISÃO  
ATA DA AUDIÊNCIA PÚBLICA TECNOLOGIA E DIGNIDADE NO TRATAMENTO DO  
DIABETES  
REALIZADA EM 03/12/2025**

partir para os encaminhamentos. Quero ouvir a representante do secretário de Estado de Saúde e também a nossa representante.

**SENHOR MATEUS AUGUSTO SUTANA E SILVA** (Defensoria Pública/MS)

— Boa tarde a todas as pessoas. Quero fazer um agradecimento especial a Sua Excelência, o deputado estadual Paulo Corrêa, e ao vereador Ronilço Guerreiro. Embora eu não tenha participado da audiência pública lá na Câmara, pude visualizar o acesso à saúde na sua concretude. Acredito que saímos daqui com informações muito claras e precisas sobre o que precisa ser feito, com economicidade, com respeito às pessoas com diabetes tipo 1, aos seus familiares e ao dinheiro público empregado. Para mim, isso ficou muito evidente, e acredito que para todos aqui também. Então eu queria, de forma muito sincera, agradecer aos dois, por proporcionarem esse momento, permitindo que compreendamos com mais clareza assuntos que, por serem muitos, às vezes dificultam a compreensão. Acredito que momentos como o de hoje retratam um pouco da realidade do acesso às tecnologias no Brasil, pois enfrentamos o problema da cobertura limitada — uma situação complexa, mas que pode ser enfrentada a partir desta Audiência Pública. Espero que saíamos daqui com encaminhamentos mais claros para que essa cobertura, pelo menos no Estado de Mato Grosso do Sul, se amplie. Vejo também que este encontro cumpre outro papel muito importante: enfrentar o baixo letramento digital dos usuários do sistema, que muitas vezes nem sabem da existência dessas tecnologias. Assim, cumpre-se igualmente a função de chamar a atenção da sociedade para uma inovação que pode transformar vidas, incentivando as pessoas a buscarem seus direitos e se informar melhor. Portanto, hoje a minha fala é essencialmente de agradecimento. Muito obrigado por essa proposição, e contem sempre com a Defensoria Pública do Estado para auxiliar no que for necessário nesse aspecto. Muito obrigado.

**DEPUTADO PAULO CORRÊA** - PSDB (proponente) — Doutor Mateus, no

encaminhamento quero que você me ajude; vou pedir a sua sapiência aqui, unindo você ao doutor Rafael Rodrigues, que é o meu assessor, e acredito que disso vai sair algo muito bom. Na sequência, vou passar a palavra para você, Bárbara.

**SENHORA BÁRBARA MEDEIROS DANTAS** (gerente técnica de Doenças

Crônicas da Sesau - Campo Grande) — Eu gostaria de agradecer a presença de todos e parabenizar a iniciativa da associação e dos funcionários que se mobilizaram para que esta audiência acontecesse. Quero dizer que nos colocamos à disposição; estou representando a Secretaria Municipal de Saúde e tenho os dados das pessoas que fazem uso do glicosímetro, inclusive por faixa etária. Não me lembro agora os números referentes às pessoas abaixo de dezoito anos, mas podemos conversar sobre isso depois. Eu ajudei a redigir o documento do vereador Ronilço referente a essa tecnologia, e estamos muito interessados nessa verba, porque o que nos barra, o que realmente nos trava, é o recurso. Nós temos uma lei federal que trata dos insumos para o autocuidado do diabetes e, mediante protocolo municipal, fornecemos esses materiais às pessoas que usam insulina — DM1, DM2 e também diabetes gestacional. Por isso, estamos totalmente dispostos a



**ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL SECRETARIA  
JURÍDICA E LEGISLATIVA — SJL  
DEPARTAMENTO DE TAQUIGRAFIA E REVISÃO  
ATA DA AUDIÊNCIA PÚBLICA TECNOLOGIA E DIGNIDADE NO TRATAMENTO DO  
DIABETES  
REALIZADA EM 03/12/2025**

estudar essa viabilidade, e eu me coloco à disposição, na área técnica, para apoiar esse projeto. Espero que essa discussão se repita e permaneça por muitos anos, porque é algo que realmente faz diferença na vida das pessoas e de suas famílias. Falamos muito aqui dos pacientes e também das famílias, que carregam uma carga enorme e cujo bem-estar depende diretamente desse cuidado. É isso o que eu queria dizer. Obrigada.

**DEPUTADO PAULO CORRÊA** - PSDB (proponente) — Agradeço, Bárbara. A Bárbara Medeiros Dantas está representando a gestora coordenadora do Comitê Gestor de Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande (Sesau), Ivone Kanaan Nabhan Pelegrinelli. Quero também agradecer à nossa prefeita; leve um agradecimento da Casa para ela. Eu vi o trabalho de vocês lá com o Ronilço Guerreiro e, para fazermos um programa estadual, vamos precisar de todas as secretarias de Saúde. Está aqui a minha companheira, lá de Bonito, mas eu queria dizer que, como vi a Cida aqui, ela deve ter deixado a Lígia... A Cida foi embora? Está por aqui? Deu uma saída. Lígia, de qualquer forma, eu gostaria de dizer para os secretários de Saúde que acredito que vamos promover uma segunda rodada com todos os secretários dos municípios. Se puder, por favor, contribua com a sua sugestão.

**SENHORA ANA CAROLINA COLLA** (secretária municipal de Saúde de Bonito/MS) — Boa tarde. Sou Carolina, secretária de Saúde de Bonito e representante do Cosems, já que hoje faço parte da diretoria-executiva do Conselho de Secretarias Municipais de Saúde de Mato Grosso do Sul (Cosems/MS).

**DEPUTADO PAULO CORRÊA** - PSDB (proponente) — Fala o que é o Cosems, porque tem muita gente, como eu, que não sabe o que é.

**SENHORA ANA CAROLINA COLLA** (secretária municipal de Saúde de Bonito/MS) — Cosems é o Conselho de Secretários de Saúde do Estado de Mato Grosso do Sul.

**DEPUTADO PAULO CORRÊA** - PSDB (proponente) — Obrigado por você estar aqui. A primeira propositura é fazermos uma reunião do Cosems com esse assunto em pauta.

**SENHORA ANA CAROLINA COLLA** (secretária municipal de Saúde de Bonito/MS) — Semana que vem nós teremos reunião e isso já está na minha pauta para nossa reunião da semana que vem.

**DEPUTADO PAULO CORRÊA** - PSDB (proponente) — Muito obrigado.

**SENHORA ANA CAROLINA COLLA** (secretária municipal de Saúde de Bonito/MS) — Está anotado aqui. Embora o nosso município tenha vinte e cinco mil e novecentos habitantes, hoje nós temos seis pacientes que recebem o Freestyle conosco,



**ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL SECRETARIA  
JURÍDICA E LEGISLATIVA — SJL  
DEPARTAMENTO DE TAQUIGRAFIA E REVISÃO  
ATA DA AUDIÊNCIA PÚBLICA TECNOLOGIA E DIGNIDADE NO TRATAMENTO DO  
DIABETES  
REALIZADA EM 03/12/2025**

mas contamos com vinte e oito pacientes diagnosticados com diabetes tipo 1; ou seja, o município atende apenas seis. É uma pauta de extrema importância, muito relevante, e pode ter certeza de que, na quinta-feira que vem, na nossa reunião, ela estará em pauta. Além disso, deputado, acredito que seria interessante marcarmos uma reunião separada exclusivamente com a diretoria.

**DEPUTADO PAULO CORRÊA** - PSDB (proponente) — Com sua disposição; você me avisa o horário e eu quero ir lá.

**SENHORA ANA CAROLINA COLLA** (secretária municipal de Saúde de Bonito/MS) — Perfeito. A reunião de Campo Grande é minha; eu sou a diretora da Mesa, eu cuido de vinte e oito municípios, mas nós temos mais quatro macros. Semana que vem a pauta já estará lá, e vamos marcar, para você estar conosco na reunião.

**DEPUTADO PAULO CORRÊA** - PSDB (proponente) — Perfeitamente. Para a gente poder fazer o programa estadual, nós temos que pegar os dados, como disse a Bárbara. Ela tem os de Campo Grande, você tem os de Bonito, e, se a gente juntar todo mundo, veremos que uma coisa é levantar os dados e fazer a conta. O Lenine mostra nove milhões de reais, mas nós não sabemos se o número levantado pela secretaria está correto, porque precisa ser algo consistente; e aí nós vamos usar a ideia aqui: usar a DM1 como facilitadora para fazer um trabalho que o Governo não consegue fazer sozinho.

**SENHORA ANA CAROLINA COLLA** (secretária municipal de Saúde de Bonito/MS) — Correto.

**DEPUTADO PAULO CORRÊA** - PSDB (proponente) — A DM1 vai nos ajudar a ampliar as bases.

**SENHORA ANA CAROLINA COLLA** (secretária municipal de Saúde de Bonito/MS) — Conte com o Cosems, porque nós conseguimos, também, no grupo de secretários, soltar Google Forms e preencher rapidamente; em questão de uma hora, conseguimos fazer um levantamento para você de várias situações, não só dessa. Então conte conosco; somos parceiros.

**DEPUTADO PAULO CORRÊA** - PSDB (proponente) — Maravilhoso. Olha, é Deus abrindo o caminho para a gente, mostrando os caminhos. Nós temos o projeto de prevenção de câncer de mama chamado Grupo Onça Pintada.

**SENHORA ANA CAROLINA COLLA** (secretária municipal de Saúde de Bonito/MS) — Adoro.

**DEPUTADO PAULO CORRÊA** - PSDB (proponente) — Vinte e cinco anos, oitenta e cinco mil mulheres atendidas. E sabe como começou? Com um engenheiro que



**ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL SECRETARIA  
JURÍDICA E LEGISLATIVA — SJL  
DEPARTAMENTO DE TAQUIGRAFIA E REVISÃO  
ATA DA AUDIÊNCIA PÚBLICA TECNOLOGIA E DIGNIDADE NO TRATAMENTO DO  
DIABETES  
REALIZADA EM 03/12/2025**

desenvolveu um projeto e, usando o saber médico, a técnica, a Medicina, hoje está dando certo, e estamos indo em todos os municípios do nosso estado. Por isso acho o Cosems importantíssimo. Muito obrigado por estar presente aqui com a gente.

**SENHORA ANA CAROLINA COLLA** (secretária municipal de Saúde de Bonito/MS) — Estamos juntos.

**DEPUTADO PAULO CORRÊA** - PSDB (proponente) — Está bom, obrigado. Vou passar agora para a representante da Secretaria de Estado de Saúde, a Andreia.

**SENHORA ANDREIA FERREIRA DA COSTA** (coordenadora da Coordenadoria de Doenças Crônicas - SES) — Meu nome é Andreia, sou enfermeira e coordenadora das Doenças Crônicas no estado; o diabetes e a hipertensão são desenvolvidos dentro da nossa coordenação. No ano passado, nós iniciamos a linha de cuidado do diabetes e da hipertensão no estado e, junto com a UFMS, desenvolvemos um diagnóstico situacional para o manejo clínico dos profissionais de saúde relacionados a essas duas condições. Atualmente, estamos com um questionário em andamento porque o doutor Maurício é muito técnico e havia nos solicitado que fizéssemos um cálculo de custo especificamente para o diabetes tipo 1. E, dentro do SUS, nós trabalhamos com um parâmetro de 95% e 5%. Isso significa que 95% da população entra no parâmetro do diabetes tipo 2, enquanto 5% corresponde ao cálculo para o diabetes tipo 1. Porém, dentro desse cálculo, trabalhamos apenas com uma projeção populacional. O doutor Maurício, no entanto, solicitou um cálculo específico — exatamente o que o senhor acabou de mencionar — e, por isso, desenvolvemos um questionário. Esse questionário ainda está pendente de resposta por parte de cerca de vinte municípios, então vou pedir que você me ajude nessa etapa. Como a enfermeira disse — e antes de tudo quero agradecer às médicas e a todos presentes —, o diabetes é multifatorial e intersetorial. Por isso, não adianta apenas a Secretaria de Saúde atuar na parte técnica, já que sabemos que o maior impacto do diabetes hoje é financeiro; falamos do custo. Parabéns pela sua apresentação; você que está iniciando sua associação agora, considero isso extremamente louvável. Quero agradecer muito ao senhor que trouxe esse assunto para discussão. Estamos com esse questionário que busca identificar o número real de pessoas com diabetes tipo 1 e tipo 2 em cada município. Incluímos também informações sobre quem já compra o insumo — como bem mencionou a representante da Secretaria Municipal, a Bárbara — porque há municípios que conseguem custear esse insumo e distribuí-lo, e isso já foi possível identificar nas respostas recebidas. No entanto, há municípios que não conseguem arcar com esse custeio. Por isso, acredito que trazer os secretários para ouvir vocês, representantes da sociedade, é fundamental, pois esse precisa ser um trabalho conjunto. Parabéns a você, que falou tão bem como representante dos usuários e trouxe a vivência de quem realmente enfrenta tudo isso diariamente; e parabéns também a você, que trouxe com tanta clareza os seus vinte e cinco anos de luta. Isso é muito valioso. A Secretaria de Saúde está desenvolvendo a linha de cuidado e, dentro dela, trabalhamos o manejo, os insumos e tudo aquilo que envolve os maiores gastos. A bancada está aqui, a Secretaria também, e o doutor



**ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL SECRETARIA  
JURÍDICA E LEGISLATIVA — SJL  
DEPARTAMENTO DE TAQUIGRAFIA E REVISÃO  
ATA DA AUDIÊNCIA PÚBLICA TECNOLOGIA E DIGNIDADE NO TRATAMENTO DO  
DIABETES  
REALIZADA EM 03/12/2025**

Maurício é favorável ao tema, sendo muito sensível a ele. Estamos aqui para apoiar e buscar as melhores possibilidades de acesso aos insumos tecnológicos que agora estão disponíveis. Sabemos que o SUS discute amplamente essas questões, mas o custeio ainda é a pauta central. Ainda assim, acredito que, se todos se unirem pela causa, conseguiremos muitos resultados — e quem ganha, sempre, é a população.

**DEPUTADO PAULO CORRÊA** - PSDB (proponente) — Adorei sua fala. Enquanto você explicava, eu conversava com a doutora Bianca e percebia o quanto a Andreia também é participativa. Acho que já podemos partir para os encaminhamentos. Vamos contar aqui com o apoio do nosso defensor público: primeiro, precisamos propor um programa de governo, porque, para enfrentar qualquer situação, é preciso falar de dinheiro e de orçamento, já que seiscentos e quarenta reais por mês para uma pessoa não é pouca coisa. E, para falarmos de dinheiro, precisamos saber qual é a população que será atendida. São setenta e nove municípios — não apenas vinte, não apenas trinta — e a Capital representa 30% do que acontece em Mato Grosso do Sul. O Ronilço começou essa discussão da forma correta, e quero agradecer à assessoria dele, que está aqui conosco, em nome do Sílvio. Reforço que isso é muito importante, porque o Ronilço tem colocado em pauta temas que realmente afetam a população do nosso estado. E todos aqui estão convidados a participar. Quero sair desta audiência com um segundo encaminhamento: vamos utilizar o Cosems — e é ótimo que você esteja aqui — e vou pedir também que você, Andreia, leve essa demanda ao doutor Maurício. O primeiro encaminhamento é usar o Cosems para concluir rapidamente sua pesquisa, para que possamos construir algo já para o ano que vem. Em seguida, usaremos a ONG. Eu acredito que o terceiro setor ajuda demais na criação de programas novos, inclusive no apoio às secretarias. Por isso, Lenine, acho que você vai ter bastante trabalho, porque, ao desenvolver algo como o DM1, você criou praticamente um programa de logística e gerenciamento. Eu considero simples de estruturar, mas precisamos de recursos para executar. E, com as pessoas que estudam o tema, com a parte científica aqui presente e com a Secretaria de Estado de Saúde fazendo o dimensionamento, acredito que podemos chegar a um resultado muito interessante. Todo mundo falou bastante sobre valores, então precisamos colocar tudo no papel — exatamente como é, sem achismos — porque, para aprovar um programa governamental, é necessário saber com precisão quanto será gasto. Não adianta supor: “Ah, acho que é por aí.” Não, não é assim. Como você disse, Andreia, é preciso levantar esses dados e usar o Cosems; acho ótimo termos vocês aqui. Aliás, há duas palestrantes das quais não abrimos mão — e não quero nem saber quem é o chefe delas, posso até dar uma bronca, porque se estressá-las aumenta a glicemia —, e quero que estejam sempre nas nossas reuniões: a Dani, palestrante eterna do nosso movimento, e a Camila, palestrante eterna que começou com doze anos; marque aí que você iniciou sua trajetória como palestrante aos doze anos nessa batalha. E essa batalha é nossa, de todos nós. Então, estou caminhando para os encaminhamentos finais, porque sabemos exatamente o que precisa ser feito. Eu quero marcar, se você me permitir, doutora Bianca, uma segunda reunião com os números em mãos. Vamos dar tempo suficiente para a Andreia fazer esse levantamento. Final de janeiro?



**ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL SECRETARIA  
JURÍDICA E LEGISLATIVA — SJL  
DEPARTAMENTO DE TAQUIGRAFIA E REVISÃO  
ATA DA AUDIÊNCIA PÚBLICA TECNOLOGIA E DIGNIDADE NO TRATAMENTO DO  
DIABETES  
REALIZADA EM 03/12/2025**

**SENHORA ANDREIA FERREIRA DA COSTA** (coordenadora da coordenadoria de doenças crônicas/SES) — Nós já temos mais ou menos 60% do questionário respondido. Agora precisamos entrar na fase da análise, porque não é só compilar respostas; é necessário analisar os dados.

**DEPUTADO PAULO CORRÊA** - PSDB (proponente) — Perfeitamente. Então vamos marcar para o começo de fevereiro. No começo de fevereiro reunimos todo mundo novamente, e aí já teremos números concretos. Com isso, poderemos sugerir ao orçamento da Secretaria de Estado de Saúde um valor específico para que esse programa seja bancado em cada município. Em Bonito, por exemplo, são vinte e oito pacientes atendidos; em outros lugares, seis... Enfim, precisamos fechar essas informações. Temos o SUS — é o SUS que banca isso. Mas, de que maneira? Como será financiado? Será pela fonte zero-zero do Governo? Será com recursos extras, por meio de emendas? Vamos construir essa resposta juntos. Estamos construindo um programa de governo voltado para o diabetes tipo um. OK?

**SENHOR RONILÇO GUERREIRO** (vereador de Campo Grande) — Deputado, vou aproveitar que o Lenine está aqui, a Bárbara também, da Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande. Quero dizer que já temos um número disponível para trabalhar o projeto piloto. Há um recurso conquistado pela Câmara, que já está no orçamento de 2026: quase quinhentos mil reais, uma emenda impositiva destinada justamente para esse piloto. Então já é um desafio colocado. Peço à Secretaria de Saúde do município que organize esse projeto piloto, porque o recurso já está garantido. Nós, da Câmara, estaremos acompanhando tudo. São aproximadamente quatrocentos e oitenta e nove mil reais, valor que já permite estimar quantas pessoas poderão ser atendidas durante um ano. E, com esse projeto piloto funcionando por um ano, será possível avaliar resultados concretos: quantas internações diminuíram, o que mudou na vida das pessoas com diabetes, qual foi o impacto real. Então, Bárbara, leve isso à Secretaria: os vereadores de Campo Grande, cada um contribuindo com um pouco das suas emendas, garantiram quinhentos mil reais. É pouco? É pouco. Mas é o início — e é com esse início que podemos fazer o projeto piloto em 2026. Campo Grande já sai na frente com esses quinhentos mil reais.

**DEPUTADO PAULO CORRÊA** - PSDB (proponente) — Perfeitamente. Eu vou aguardar o número final, porque imagino que, para o estado inteiro, vamos precisar de algo entre cinco e dez milhões de reais. E, para solicitarmos dez milhões à Secretaria de Estado de Saúde, vamos contar também com o nosso governador, que tenho certeza será sensível ao tema — mas, para isso, eu preciso chegar com números; não podemos aqui chutar, precisamos fazer um negócio técnico.

**SENHOR VALDOMIRO LUIZ DE CARVALHO** (presidente da Câmara Municipal de Sete Quedas) — Eu queria pedir ao senhor que desse a oportunidade, porque



**ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL SECRETARIA  
JURÍDICA E LEGISLATIVA — SJL  
DEPARTAMENTO DE TAQUIGRAFIA E REVISÃO  
ATA DA AUDIÊNCIA PÚBLICA TECNOLOGIA E DIGNIDADE NO TRATAMENTO DO  
DIABETES  
REALIZADA EM 03/12/2025**

o nosso secretário de Saúde de Sete Quedas, como acontece em vários municípios, não é da área...

**DEPUTADO PAULO CORRÊA** - PSDB (proponente) — Perfeito.

**SENHOR VALDOMIRO LUIZ DE CARVALHO** (presidente da Câmara Municipal de Sete Quedas) — ..mas é uma pessoa...

**DEPUTADO PAULO CORRÊA** - PSDB (proponente) — É o Everton de Cristo.

**SENHOR VALDOMIRO LUIZ DE CARVALHO** (presidente da Câmara Municipal de Sete Quedas) — Ele está indo bem. E eu gostaria muito que vocês dessem oportunidade também ao nosso vereador John Lennon (John da Farmácia), que está acompanhando tudo. Ele é da área da saúde, formado em Farmácia.

**DEPUTADO PAULO CORRÊA** - PSDB (proponente) — Mas ele não é músico? Achei que...

**SENHOR VALDOMIRO LUIZ DE CARVALHO** (presidente da Câmara Municipal de Sete Quedas) — Ele é os dois. É um verdadeiro bombril, tem mil e uma utilidades. Então, por ser da área, acredito que seria muito bom que ele estivesse junto.

**DEPUTADO PAULO CORRÊA** - PSDB (proponente) — Perfeitamente, vamos chamá-lo. John, você já está convidado; traga o seu material. E vamos fazer o seguinte: realizaremos um movimento com todos os secretários municipais de saúde, e eu quero você aqui também com a gente, viu, Bárbara, se puder, para construirmos esse programa que será um programa estadual. Fica decidido, então, para o começo de fevereiro, e a nossa assessoria entra em contato com todos que estão aqui hoje. Se vocês puderem vir, vamos ampliar o espaço, porque, reunindo todos, teremos setenta e nove secretários municipais de saúde. Você propõe no Cosems, então, junto aos amigos no Cosems? Muito obrigado. Fico agradecido, Bianca.

**SENHORA BIANCA RAHAL PARAGUASSU** (presidente da Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia/MS) — Bom, quero finalizar dizendo que estou muito, muito feliz mesmo, como médica endocrinologista e como cidadã sul-mato-grossense, porque ver tudo isso acontecendo no nosso estado é realmente empolgante. Quero agradecer ao deputado Paulo Corrêa e ao vereador Ronilço, que vão nos ajudar a levar um controle muito melhor aos pacientes. Também quero dizer que estou sempre me atualizando, participo de todos os congressos internacionais e posso afirmar que isso é uma realidade: o uso da tecnologia no controle do diabetes é uma realidade, e não tem volta. Antes, medíamos a glicose pela urina; depois, pela ponta do dedo; agora, com tecnologia. Portanto, não estamos oferecendo luxo a esses pacientes — estamos oferecendo o mínimo, o básico. É muito difícil viver com diabetes tipo 1, e estou extremamente feliz e orgulhosa.



**ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL SECRETARIA  
JURÍDICA E LEGISLATIVA — SJL  
DEPARTAMENTO DE TAQUIGRAFIA E REVISÃO  
ATA DA AUDIÊNCIA PÚBLICA TECNOLOGIA E DIGNIDADE NO TRATAMENTO DO  
DIABETES  
REALIZADA EM 03/12/2025**

Se conseguirmos isso aqui, nosso estado será o primeiro — o Distrito Federal já tem, mas é muito pequeno — então seremos o primeiro estado. Também quero destacar que será um desafio, mas totalmente possível, realizar a educação de todos os profissionais que precisarão aprender a usar essa tecnologia. Coloco-me à disposição para ajudar no treinamento, como presidente da Sociedade de Endocrinologia e também como treinadora dessa tecnologia. Estou totalmente disponível para capacitar os profissionais que vão trabalhar com isso e ajudar os pacientes com diabetes tipo 1. Estou muito feliz e ver todo mundo empenhado nessa causa fará uma diferença enorme na vida dessas pessoas. Obrigada.

**DEPUTADO PAULO CORRÊA** - PSDB (proponente) — Vou declarar encerrada a nossa reunião. Foi um sucesso. Muito obrigado pela participação de todos vocês; a Assembleia Legislativa está orgulhosa de ter feito a sua parte. Não havendo mais nada a tratar, declaro encerrada a presente Audiência Pública. Está encerrada (16h31min).