

O Custo do Atendimento aos Pacientes com Doença Renal Crônica (DRC), em Fase Não Dialítica de um Hospital Universitário

The Caring Costs for Patients Bearing Chronic Kidney Disease (CKD), in a Non-Dialytic Phase of a University Hospital

El Coste del Tratamiento a Pacientes com Enfermedad Renal Crónica (ERC), em Fase no Diálisis em um Hospital Académico

Izabella Andrade da Rocha ^{1*}, Frances Valéria Costa e Silva ², Tatiane Silva Campos ³, Cristiano Bertolossi Marta⁴, Rafael Abrantes de Lima⁵

Como citar este artigo:

Rocha IA, Silva FVC, Campos TS, *et al.* O Custo do Atendimento aos Pacientes com Doença Renal Crônica (DRC), em Fase Não Dialítica de um Hospital Universitário. 2018 jul./set.; 10(3):647-655. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2018.v10i3.647-655>

ABSTRACT

Objective: The study's goal has been to identify the cost of care for patients bearing Chronic Kidney Disease (CKD) in a non-dialytic phase of a university hospital in Rio de Janeiro State. Conservative treatment is a therapeutic modality that aims to accompany the patient at all disease stages. **Methods:** This is a retrospective cohort study with a quantitative approach and cost analysis performed at a university hospital in Rio de Janeiro State. **Results:** In the study, data such as age, sex, religion, education, race, income, access type, mode of entry into dialytic therapy, exams, consultations and their specialties and medications were delimited. **Discussion:** It has been discussed under scrutiny each point from observed data in order to highlight the costs of conservative treatment, and also the beneficial aspect that is closely linked to it. **Conclusion:** There is a need for stimulating research regarding the topic, particularly, when it comes to epidemiological, financial and clinical aspects.

Descriptors: Chronic kidney disease, Conservative treatment, Costs and technologies in health.

¹ Enfermeira especialista em nefrologia pelo Hospital Universitário Pedro Ernesto da Universidade Estadual do Rio de Janeiro. iza_bellabella@hotmail.com

² Enfermeira doutora em saúde coletiva/ISSO/UERJ, professora adjunta do departamento de fundamentos de enfermagem da Universidade Estadual do Rio de Janeiro, enfermeira do setor de nefrologia do Hospital Universitário Pedro Ernesto.

³ Enfermeira mestre em saúde pela Universidade Federal de Juiz de Fora. Professora vinculada a Universidade Estadual do Rio de Janeiro pelo departamento de fundamentos de enfermagem.

⁴ Enfermeiro pós doutor em enfermagem com ênfase em complexidade do cuidar e avaliação econômica em saúde pela Universidade Federal Fluminense. Coordenador do Núcleo de Pesquisa da Universidade Veiga de Almeida.

RESUMO

Objetivo: Identificar o custo do atendimento aos pacientes com doença renal crônica (DRC), em fase não dialítica de um Hospital Universitário do Rio de Janeiro. O tratamento conservador é uma modalidade terapêutica que tem objetivo acompanhar o paciente em todos os estágios da doença.

Métodos: Trata-se de um estudo de coorte retrospectivo com abordagem quantitativa e análise de custos realizado em um hospital universitário do estado do Rio de Janeiro. Resultados: Diante do estudo foram delimitados dados como idade, sexo, religião, escolaridade, raça, renda, tipo de acesso, modo de entrada em terapia dialítica, exames, consultas e suas especialidades e medicamentos. **Discussão:** foi discutido ponto a ponto de cada dado observado a fim de destacarmos os custos do tratamento conservador e o aspecto benéfico que está intimamente ligado. **Conclusão:** Evidencia-se, então, a necessidade de incentivar pesquisas para a temática quando aos aspectos epidemiológicos, financeiros e clínicos.

Descritores: Doença renal crônica, Tratamento conservador, Custos e Tecnologias em saúde.

RESUMEN

Objetivo: El estudio tiene como objetivos: identificar el costo de la atención para los pacientes con enfermedad renal crónica (ERC) en la fase no-dialísis de un hospital universitario de Río de Janeiro. El tratamiento conservador es una modalidad terapéutica que tiene el objetivo de acompañar a los pacientes en todas las etapas de la enfermedad. **Métodos:** Se realizó un estudio de cohorte retrospectivo, con un enfoque de costos y análisis cuantitativo realizado en un hospital universitario en el estado de Río de Janeiro. **Resultados:** Antes del estudio se definieron los datos como la edad, el sexo, la religión, la educación, raza, ingresos, tipo de acceso, el modo de entrada en diálisis, exámenes, consultas y sus especialidades y medicamentos. **Discusión:** punto discutido por punto a cada uno de los datos observados con el fin de destacar los costos de tratamiento conservador y el aspecto beneficioso que está estrechamente vinculado. **Conclusión:** Se ve, pues, la necesidad de fomentar la investigación en el tema cuando la epidemiológica, clínica y financiera.

Descriptorios: Enfermedad renal crónica, El tratamiento conservador, Los costos y tecnologías sanitarias.

INTRODUÇÃO

A doença renal crônica (DRC) é considerada como um grande problema de saúde pública no Brasil e no mundo. Devido sua complexidade tem sido uma das principais causas de morbidade e mortalidade além de demandar altos custeios em recursos de saúde¹⁹.

A DRC consiste em uma diminuição lenta e progressiva da função renal gerando acúmulo de produtos da degradação metabólica no sangue. Esse tipo de lesão nos rins pode ser causado, em muitos casos, pela hipertensão e pelo diabetes, que causam danos irreparáveis ao órgão²⁰.

No Brasil, estima-se que existem atualmente mais de dois milhões de portadores de algum grau de disfunção renal. Isso equivale a aproximadamente 1% da população brasileira¹⁵.

A Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN) apontou um acréscimo do número de casos de pacientes com DRC

em todo o país, convergindo com a tendência do aumento mundial dessas taxas. Nesse mesmo ano, estimava-se que 100.397 pessoas eram dialisadas. Das pessoas dialisadas em 2013, 85,8% foram atendidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS)⁴⁰.

Nesse cenário, o diagnóstico precoce da DRC figura-se como ferramenta de otimização para adoção de medidas estratégicas de priorização e diminuição da progressão da DRC bem como para a diminuição dos custos do tratamento^{4,32}.

Recentemente, ficou evidenciado que a progressão da doença pode ser retardada, interrompida ou levada a melhores desfechos clínicos através de um conjunto de ações denominadas Tratamento Conservador (TC), que consiste em controlar os fatores de risco para a progressão da DRC, bem como para os eventos cardiovasculares e mortalidade, com o objetivo de conservar a Taxa de Filtração Glomerular (TFG) pelo maior tempo possível⁴.

Admite-se, com base na literatura produzida fora do Brasil que a ampliação de sua oferta no âmbito do SUS é mais custo efetiva que o curso natural da doença, com intervenções tardias, vinculadas ao início da Terapia Renal Substitutiva (TRS)^{12,21,22}.

Nesse contexto o tratamento conservador tem amplo impacto, permitindo a redução de custos por se utilizar de tecnologias de menor custo na condução terapêutica e possibilitaria a melhor qualificação da demanda gerada para os serviços, manejo da lesão renal em seu estágio inicial e melhor monitoramento de marcadores biológicos do comprometimento da função renal entre pacientes hipertensos, diabéticos e idosos para prevenção das complicações⁵.

Deve ser destacado, dentre os benefícios dessa modalidade de tratamento os achados³⁴ que demonstraram que a sobrevida dos pacientes que são atendidos por uma equipe multidisciplinar é maior do que aqueles pacientes acompanhados em tratamento conservador somente pelo médico.

Apesar da diversidade de fontes de informações sobre a DRC no Brasil e no mundo, existem muitas limitações nos dados existentes principalmente sobre os custos do tratamento conservador o que impossibilita o conhecimento preciso desse universo para o planejamento das ações em saúde.

Diante do exposto e frente à importância da oferta de opções custo-efetivas no enfrentamento da DRC, o conhecimento dos custos de opções terapêuticas que retardam a progressão da doença é objeto de relevância e, portanto, tornou-se o objeto deste estudo.

Esta pesquisa permitirá identificar e mapear custos e oportunidades para uso e aplicação de soluções tecnológicas, essas análises podem auxiliar na seleção das intervenções mais efetivas por menor custo e agregar elementos para modificações e aprimoramento das políti-

cas de saúde, aumentando a eficiência e a efetividade dos serviços e a qualidade da assistência em saúde prestada.

Com o objetivo de identificar o custo do atendimento aos pacientes com DRC em fase não dialítica em um Hospital Universitário público do Rio de Janeiro.

Justifica-se a investigação pela escassez de pesquisas referentes aos custos financeiros das tecnologias oferecidas pelo SUS para subsidiar assistência e a escolha da melhor forma de alocação de recursos no enfrentamento da DRC como uma lacuna de conhecimento que deve ser corrigida.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo com abordagem quantitativa, associando o método epidemiológico a um estudo de custos. Foi desenvolvida uma investigação retrospectiva numa coorte de pacientes acompanhados em um ambulatório de cuidados a pessoas acometidas pela DRC em um Hospital Universitário do Estado do Rio de Janeiro. Referem-se^{18,31} que as pesquisas que se utilizam da abordagem descritiva e quantitativa, possuem a facilidade de poder descrever a complexidade de uma determinada hipótese ou problema, analisar a interação de certas variáveis, compreender, contribuir, entender os processos dinâmicos e apresentar contribuições no processo de mudança.

A coleta de dados ocorreu no período de abril a junho de 2016. Foram levantados todos pacientes que entraram em TRS, num total de 18, dos quais somente 10 se enquadraram nos critérios de inclusão sendo eles ter realizado acompanhamento no hospital da pesquisa, pacientes adultos acima de 18 anos, de ambos os sexos e ter realizado no mínimo três consultas médicas documentadas.

Para a realização da coleta de dados, utilizou-se instrumento para a caracterização da clientela e identificação do acompanhamento por nefrologista prévio ao início da TRS. Um segundo instrumento foi utilizado para extrair dados, do prontuário, voltados ao consumo de recursos utilizados pelo paciente que tiveram acompanhamento; foram utilizadas como variáveis como: números de consultas com profissionais de saúde, exames realizados como bioquímica, sorologias, hematologia e exames de imagens e medicamentos.

As variáveis como o número de consumo de consultas, exames e medicamentos foram estabelecidas conforme o protocolo proposto para o acompanhamento da clientela na instituição. Os valores atribuídos a cada item de consumo foram derivados da tabela de procedimento do SUS.

Os dados foram inseridos numa planilha eletrônica Microsoft Excel® e foi efetuado o cálculo do custo total do acompanhamento de cada paciente e posteriormente calculado o custo médio mensal. Para cálculo do custo médio mensal, o valor total foi dividido pelo número de meses de acompanhamento.

O projeto foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em pesquisa do Hospital Universitário do Estado do Rio de Janeiro - RJ, aprovado sob número de parecer: 1.517.603.

RESULTADOS

No período de janeiro a junho de 2016, foram levantados pacientes que entraram em TRS, totalizando 18 pacientes, sendo que somente 10 se enquadraram nos critérios de inclusão estabelecidos e todos os selecionados foram tratados através de hemodiálise.

Nesta amostragem, ocorreu a predominância do sexo feminino 7 (70%), tendo a média de idade em 59,1 anos com um desvio padrão de 19,1. Com relação a escolaridade 6 (60%) dos entrevistados cursaram o ensino médio completo, enquanto 2 (20%) cursaram até o 1º grau, 1 (10%) cursou o nível superior e 1 (10%) estudou até a 5ª série.

Quanto a religião 6 (60%) se declaravam católicos e 4 (40%) evangélicos. Referendando a situação conjugal 4 (40%) eram solteiros, 3 (30%) casados e 3 (30%) alegaram ser viúvos. Com relação a raça houve prevalência de pessoas que se autodeclararam brancas, totalizando 5 (50%), enquanto 3 (30%) se autodeclararam negros e 2 (20%) se autodeclararam pardas.

Definindo um perfil socioeconômico observamos uma população com 6 (60%) dos entrevistados com renda entre 1 e 2 salários mínimos, 3 (30%) declararam renda de 5 ou mais salários mínimos e 1 (10%) ficando com renda entre 3 a 4 salários mínimos. Nesta população, 6 (60%) declararam ser aposentados. Nas medidas antropométricas observou-se que o Índice de Massa Corpórea (IMC) médio foi de 26,20.

No grupo identificou-se que 9 (90%) apresentava como doença de base Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e 1 (10%) apresentou Diabetes Mellitus (DM) como doença de base. Adicionalmente, foi identificado que 5 (50%) dos entrevistados tinham algum tipo de comorbidades. Entretanto, os custos do tratamento destes agravos não foram contabilizados.

A condição de entrada do paciente em primeira diálise deu-se de forma eletiva com 5 (50%) e os demais 5 (50%) em emergência dialítica. O tipo de acesso para início de TRS foi predominantemente de curta permanência com 7 (70%), enquanto os demais, 3 (30%) dispunham de um acesso definitivo e de melhor escolha, a fístula arteriovenosa (FAV).

O somatório dos meses dos pacientes em tratamento conservador foi de 571 meses. O tempo médio de acompanhamento destes pacientes foi de 57,1 meses variando entre 3 e 228 meses. Por ocasião de entrada em diálise a média da Hemoglobina (Hb) foi de 12g/dL, da Creatinina (Cr) igual a 6,5 mg/dL e a TFG inicial com a média de 7,9 ml/min.

Foram encontrados registros de 229 consultas médicas, 10 consultas de enfermagem, 10 consultas de nutrição, 1 consulta de psicologia e nenhuma de assistente social.

A concentração de consultas médicas por paciente foi de 4,8 consultas/ano, enquanto para a consulta de outros

profissionais a oferta registrada é menor que 0,1 consultas/ano.

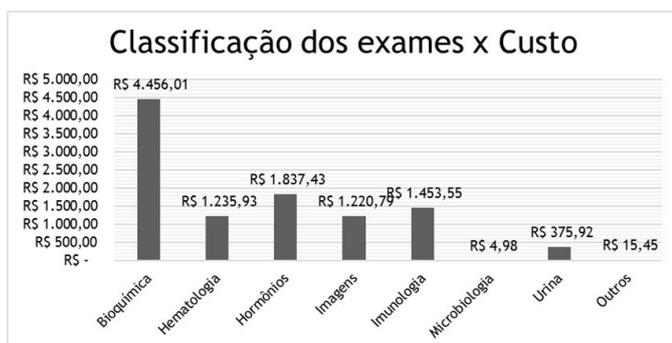
Considerando o valor pago pelo SUS pelas consultas em atenção especializada segundo o site SIGTAP em 2016 que é de R\$10,00 (dez reais), o custo total das consultas médicas foi de R\$10.992,00 (dez mil novecentos e noventa e dois reais).

Custo médio mensal de consultas médicas por paciente foi de R\$19,25 (dezenove reais e vinte e cinco centavos) e custo médio anual de consultas médicas por paciente foi de R\$231,01 (duzentos e trinta e um reais e um centavo).

Foram quantificados os exames realizados pelos pacientes em tratamento conservador. Os exames solicitados pela equipe médica, foram agrupados em 8 subgrupos (bioquímica, hematologia, hormônio, imunologia, uroanálise, imagens, microbiologia e outros). A bioquímica totalizou 1.821 exames, a hematologia 485, os hormônios com 62, os de imunologia 89 exames, a uroanálise 131, os de imagens com 43, a microbiologia 1 (antibiograma) e outros (Gráfico 1).

O valor total pago pelo SUS por estes exames foi R\$10.600,06 (dez mil e seiscentos reais e seis centavos). Contabilizando o valor médio mensal obtivemos R\$18,60 (dezoito reais e sessenta centavos) e no valor médio anual foi R\$223,16 (duzentos e vinte e três reais e dezesseis centavos). O valor médio pago pelo SUS por exames por paciente/mês variou de R\$6,01 (seis reais e um centavo) a 160,44 (cento e sessenta reais e quarenta e quatro centavos).

Gráfico 1 - Distribuição dos subgrupos de exames por custo.



Fonte: Autor, 2016.

Dentre os medicamentos prescritos para os pacientes em tratamento conservador neste ambulatório foram encontradas 59 formulações terapêuticas divididas em 23 classes medicamentosas (Tabela 1).

Tabela 1 - Classes medicamentosas identificadas e custo total no tratamento conservador na população estudada.

Classes Medicamentosas	Custos	%
Diurético	R\$ 562,50	3,73
Anti-hipertensivo	R\$ 3.771,45	24,99
Tratamento de hiperlipidemia	R\$ 197,10	1,31
Tratamento de anemia	R\$ 329,52	2,18
Anti desmineralizador	R\$ 481,50	3,19
Correção ácido/base	R\$ 1.357,20	8,99
Complexo vitamínico	R\$ 858,87	5,69
Corticóide	R\$ 860,67	5,70
Protetor gástrico	R\$ 25,20	0,17
Estimulador da eritropoiese	R\$ 4.465,60	29,58
Anti agregante plaquetário	R\$ 108,00	0,72
Tratamento de ácido úrico	R\$ 41,40	0,27
Anticoagulante	R\$ 42,90	0,28
Imunossupressor	R\$ 607,50	4,02
Hipnótico	R\$ 51,00	0,34
Hormônio Sintético	R\$ 9,48	0,06
Oleo mineral	R\$ 7,80	0,05
Antibiótico	R\$ 13,60	0,09
Betabloqueador	R\$ 133,20	0,88
Antineoplásico	R\$ 798,60	5,29
Tratamento de úlcera gástrica	R\$ 163,20	1,08
Analgésico	R\$ 136,50	0,90
Antidepressivo	R\$ 71,40	0,47
Total	R\$ 15.094,19	100,00

Fonte: Autor, 2016.

O custo total estimado com os medicamentos prescritos para população estudada foi de R\$15.094,59 (quinze mil e noventa e quatro reais e cinquenta e nove centavos). O custo total por paciente variou de R\$15,90 (quinze reais e noventa centavos) a R\$3.036,49 (três mil e trinta e seis reais e quarenta e nove centavos).

Custo médio mensal medicamentoso por paciente foi de R\$26,44 (vinte e seis reais e quarenta e quatro centavos) e custo médio anual medicamentoso por paciente foi de R\$317,22 (trezentos e dezessete reais e vinte e dois centavos). O custo do tratamento conservador sob perspectiva do SUS implica no somatório do custo das consultas, exames e medicamentos.

Os mesmos podem ser identificados na tabela 2, que demonstra que o custo médio mensal total por paciente foi R\$64,29 (sessenta e quatro reais e vinte e nove centavos) e o custo médio total anual equivalente a R\$771,44 (setecentos e setenta e um reais e quarenta e quatro centavos).

Tabela 2 - Relação: custo médio mensal e anual dos itens investigados.

Descrição de itens	Custo médio mensal	%	Custo médio anual	%
Consultas médicas	R\$ 19,25	29,94%	R\$ 231,01	29,95%
Consultas outras especialiades	R\$ 0,04	0,06%	R\$ 0,44	0,06%
Exames	R\$ 18,56	28,87%	R\$ 222,77	28,88%
Medicamentos	R\$ 26,44	41,13%	R\$ 317,22	41,12%
Total	R\$ 64,29	100,00%	R\$ 771,44	100,00%

Fonte: Autor, 2016.

DISCUSSÃO

O sexo feminino destacou-se dentre a população estudada, com uma frequência de 70%, achado divergente da literatura

nacional e internacional. Estudos similares^{9,28}, realizados em Itajubá, Minas Gerais, Brasil e na Região Metropolitana do Cariri Cearense, Brasil, indicam que o homem é o mais afetado. No entanto, é reforçado o dado encontrado¹⁴ e mencionado que o número de casos entre o gênero feminino apresenta escores menores da qualidade de vida e assim, apresentam maior risco de morte comparadas aos homens.

Nesse estudo quando foi analisada a idade da amostra, constatou-se uma média de idade de 59 anos, dados semelhantes foram apresentados^{13,26,28}, que mostraram o acometimento da DRC em pessoas a partir do final da quinta década de vida. É possível admitir que a frequência elevada em idosos é devido ao potencial fragilizado dos mesmos frente à perda progressiva da função renal, relacionada as alterações fisiológicas da senilidade e comorbidades associadas que levam ao desenvolvimento da patologia renal.

Alguns autores^{9,16}, afirmam que DRC é uma doença de idosos, e que apesar das diversas modalidades terapêuticas existentes o enfretamento da DRC para esse público ainda tem muitas lacunas; sugerindo realizações em ações para melhoraria da assistência, minimizações das complicações de saúde e promoção a qualidade de vida destes indivíduos.

O ensino médio completo teve uma frequência maior entre a população estudada (60%). No entanto, se também considerarmos aqueles que possuem o ensino fundamental completo e incompleto, a proporção da baixa escolaridade chega a 30%. Esse achado também foi demonstrado no estudo⁴³ realizado no nordeste brasileiro, onde observou-se um predomínio de DRC em pacientes que tinham até 08 anos de estudo.

Demonstram¹⁴ ainda, maior frequência de acometimento de DRC em indivíduos com baixa escolaridade. Chamamos atenção que a mudança de cenário quanto a escolaridade no nosso estudo pode ter ocorrido devido as facilidades de acesso ao ensino nos últimos anos e a melhoria da qualidade de vida como um todo.

Em relação ao estado civil evidenciou-se que a maior frequência dos indivíduos era casada (30%). Uma pesquisa realizada em 2015²⁸, onde foi demonstrado que o estado civil dos indivíduos entrevistados, 54% eram casados.

Ao analisar a variável raça, demonstramos que 50% dos indivíduos se auto declaram brancos, o que indica semelhança com outro estudo²⁸ que demonstrou que 88% dos sujeitos da pesquisa eram brancos. Enfaticamente²⁸, é afirmado que a DRC acomete mais a raça branca. Enquanto o estudo de 2009²⁷ considera a raça negra e mulata com maior risco para Doença Renal Terminal.

Referente à presença da religiosidade, 60% dos indivíduos declararam católicos. É afirmado¹⁴, a presença da religiosidade faz essas pessoas acreditarem em um ser maior/divino que contribui para a superação das adversidades da doença e alimentam a esperança de uma possível cura.

Referente à ocupação e a renda, a maioria dos participantes são aposentados e renda mensal de dois salários mínimos. Dado similar com a literatura, a qual revela que pacientes

com DRC possuem baixa condição socioeconômica. O alto número aposentados pode ser justificado devido ao benefício adquirido pelo Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS), após constatação da DRC.⁴⁵

Os portadores de DRC²⁵ de baixa renda realizam seus tratamentos no SUS pois não possuem condições econômicas para custear planos de saúde bem como tratamento. Destacam¹⁷ ainda que a baixa condição socioeconômica, influencia na qualidade da adesão ao tratamento, à alimentação, além de dificultar o acesso ao serviço de saúde, ao transporte, ao tratamento farmacológico e dialítico, favorecendo uma sobrevida indigna.

Em relação ao IMC, destaca-se que a média dos pacientes é de ²⁶,20% que são classificados como pré-obesos. Apesar da realidade brasileira ainda não ser um país de obesos, essa comorbidades não ser uma das causas principais da DRC, é necessária vigilância pois, o IMC dos pacientes com DRC⁴⁴ tem aumentado nos últimos anos. Fatores³⁰ como obesidade contribuem para desenvolvimento de doenças crônicas. Diante dessa realidade^{36,38} é reforçado a necessidade de estabelecer providências que aumentem o acesso da população à alimentação saudável, intervenções e incorporações do tema nas publicidades governamentais e o empenho de ações nos Programas de Política de Saúde Pública, com objetivo de aumentar o conhecimento da doença e da sua evolução tanto no âmbito da pesquisa quanto no âmbito de educação em saúde.

Avaliando as principais causas da DRC nos indivíduos da pesquisa, observamos a predominância de HAS e DM. Pesquisas epidemiológicas têm apontado as mesmas como principais causas da DRC, corrobora com os nossos resultados, demonstrando que a HAS seja a causa primária de DRC^{1,10,29}.

Entretanto, o DM é apontado⁸ como principal doença de base da DRC em países desenvolvidos. A partir disto, tornou-se evidente que intervenções adequadas e precoces, que englobem todo o espectro da DRC, tanto no âmbito da atenção primária quanto a de média e alta complexidade podem retardar a progressão da doença, evitando a perda da função renal, ou ainda na melhoria da disfunção orgânica e condições co-mórbidas nos pacientes portadores das doenças de base da DRC.

Partindo do pressuposto para início de terapia dialítica sua TFG recomendada deve ser <15 mL/min/1,73m² e para tal a avaliação nefrológica deve acontecer trimestralmente ou com um período de tempo mais prolongado de acordo com sua avaliação clínica até a confecção de um acesso vascular que lhe permita realizar sua TRS.⁵⁻⁶

Analisando o que é recomendado e o achado no estudo deparamos com uma média de TGF bem abaixo do que é estabelecido, o que de fato não dá para explicar o fenômeno, uma vez que não foi objetivo do estudo. Alguns questionamentos podem ser levantados como má adesão ao acompanhamento, a não aceitação do paciente até mesmo por não estar apresentando sinais e sintomas o que torna mais difícil explicar a necessidade de entrada em dialise.

Durante o tratamento conservador, há momentos para se planejar a confecção e maturação de um acesso vascular biológico, a FAV se mostra como o melhor acesso e mandatório para entrada deste paciente em TRS. A primeira escolha de acesso vascular é FAV, onde o paciente terá benefícios como longevidade deste acesso, não lhe permitindo com tanta facilidade infecções e perdas consecutivas.²³

O que remete também ao modo que este paciente entra em TRS, como observado neste estudo houve uma equivalência entre pacientes que tiveram sua primeira hemodiálise de forma eletiva e de urgência (50%). Da forma, como este paciente é conduzido e preparado no tratamento conservador, seria mandatório que todos entrassem em TRS de forma eletiva, o que não aconteceu e que por algum motivo este paciente necessitou de urgência dialítica.

O início precoce do acompanhamento ambulatorial para o paciente com DRC tem como objetivo retardar o ritmo de progressão da doença, com medidas voltadas a controle da pressão arterial, controle glicêmico e orientações dietéticas³³.

O tempo de acompanhamento está relacionado ao momento de ingresso e o estágio da doença. A recomendação de acompanhamento por uma equipe de especialistas em nefrologia se dá a partir do estágio IV, quando a TFG estimada alcança valores menores que 15 a 29 mL/min/1,73m².⁵⁻⁶

Na amostra estudada o momento de ingresso para acompanhamento variou desde pacientes que iniciaram o tratamento no estágio 2 ao 5 e, portanto, tiveram maior tempo sob cuidados da equipe do ambulatório até pacientes cuja TFG foi tão baixa que o tempo de acompanhamento foi igual ao ponto de corte para inclusão no grupo estudado, isto é, 3 meses. Tal fato pode ser um elemento que gera distorções nos resultados desejados para o acompanhamento pré dialise.

O paciente com DRC é submetido a realização de exames laboratoriais para avaliação da função renal. A hemoglobina não tem seu nível ideal pré dialítico descrito, mas de acordo com a KDOQI em torno de 11.0 a 12.0 g/dl. Níveis naturalmente altos são considerados como sinal de alerta para algumas doenças renais. Nesse estudo foi observado que a média de hemoglobina de entrada pacientes foram de 12.0 g/dl com um desvio padrão de 4,2.²⁴

Em relação a creatina, os níveis pré dialíticos devem ser dosados mensalmente, tendo como uma faixa comum de $\geq 3,2$ mg/dl. Neste estudo, foi observado que os pacientes entrevistados apresentaram a média de 6,5 mg/dl com desvio padrão de 2,6.²

E a TFG média observada foi de 7,9 ml/min/1,73m², muito abaixo do determinado pelas diretrizes clínicas para o cuidado ao paciente com DRC no SUS.^{5,11}

Para condução do tratamento conservador existe uma diretriz clínica que propõe uma estrutura assistencial que recomenda o atendimento multidisciplinar. Um estudo demonstrou que a sobrevida dos pacientes que são atendidos por uma equipe multidisciplinar é maior do que aqueles pacientes acompanhados em tratamento conservador somente pelo médico.^{5,33}

No decorrer desta investigação, os registros de consultas médicas correspondem a um total de 229 consultas, em contraponto, registros de outras categorias profissionais (enfermagem, nutrição, psicologia) correspondem a apenas 21 consultas, não havendo qualquer registro de atendimento da equipe de serviço social. A informação da existência de acompanhamento por enfermeiros e nutricionistas é de modo regular, e psicólogos e assistentes sociais de modo esporádico não é sustentada pelos registros. Nota ainda um sistema de organização de prontuários que fragiliza a expressão do cuidado efetivamente ofertado a esta clientela, sobretudo pelos profissionais não médicos.³⁵

Falta de registros e da má qualidade, bem como, dados ilegíveis e incoerências são fatores que interferem diretamente nas ações assistenciais e no custo, uma vez que, impossibilita o faturamento dos procedimentos realizados, pois é através do prontuário que são feitas anotações que dizem respeito ao atendimento e tratamentos do paciente. É também uma das formas de comunicação dos diferentes profissionais sendo este o de maior valor como fonte de investigação, instrumento de educação e amparo legal, considerado também critério de avaliação, e da qualidade da prestação de serviço em saúde, e de caráter científico.⁴⁶

Com bases nos registros encontrados, a concentração de consultas médicas por paciente é muito superior a concentração de consultas de outras categorias que obteve um quantitativo inferior. Tal constatação sinaliza a escassez de intervenções da equipe multidisciplinar, mas, não fica claro se esta ausência ocorre de fato ou é resultante da inexistência de registros que a comprovem, de qualquer forma a discussão empreendida se faz com os recursos que foram efetivamente encontrados nos registros.

Pacientes com DRC quando acompanhados no tratamento conservador são assistidos conforme as diretrizes clínicas de cuidado ao paciente renal. Nesse escopo de tratamento é colocado como estratégia assistencial, como solicitações de exames seguindo programação que está relacionada aos estágios da doença e aos intervalos de tempo, mensalmente, trimestralmente, semestralmente, anualmente e eventualmente quando por necessidade. Na sua maioria são exames de bioquímica, hematologia, hormônios, urinários e de imagens.³⁷

Na pesquisa encontramos um percentual maior no número de registros de exames de bioquímica em comparação aos outros. Importante enfatizar a necessidade da realização dos exames laboratoriais para esta população assistida, uma vez que estes resultados auxiliam na identificação e classificação do estágio da doença e diz sobre o equilíbrio hemodinâmico do paciente, que se faz necessário para traçar a melhor conduta assistencial com o intuito de retardar a entrada do paciente em diálise.³⁷

Para condução da doença é de suma importância a associação dos resultados dos exames e da prescrição medicamentosa, que tem como objetivo controlar níveis pressóricos, controle glicêmico, tratamento de anemia,

distúrbio do metabolismo mineral e ósseo e dislipidemia. Essas medidas auxiliam na condução do tratamento da DRC. No cenário do estudo, vimos que é instituído, conforme as diretrizes o uso de classes medicamentosas para correção de alterações clínicas. Analisando os fármacos utilizados, identificamos como maior fonte de custo foi no tratamento de anemia com o uso da eritropoietina em seguida com a classe de anti-hipertensivos^{3,39}.

Após identificar os números de consultas registradas, de exames realizados e medicamentos prescritos, foi encontrado um custo médio anual por paciente em tratamento conservador que é igual a R\$771,44 (setecentos e setenta e um reais e quarenta e quatro centavos) que corresponde ao gasto anual do SUS. Em contrapartida, o valor anual que o SUS paga por paciente em hemodiálise chega a R\$8.593,44 (oito mil quinhentos e noventa e três reais e quarenta e quatro centavos)^{7,41}.

Tendo em vista estes dados, devem ser valorizados os investimentos do SUS na garantia de acompanhamento no cuidado ao paciente renal com suporte clínico e medicamentoso, na medida em que qualquer tempo passado no conservador representa potencial economia para o sistema.

CONCLUSÃO

Após desenvolver o estudo chega-se à conclusão que o escopo de atendimento ao paciente renal crônico em tratamento conservador ainda é pouco explorado em nível nacional. Este fato trouxe dificuldades para contextualizar os resultados deste estudo com o quadro brasileiro, o que reverte em uma análise predominantemente de natureza descritiva dos achados.

Mesmo diante das limitações no que diz respeito a qualidade dos registros, tamanho da amostra e quanto a variabilidade de precificação dos medicamentos. Os resultados desse estudo demonstraram que o valor pago pelo SUS por paciente em tratamento conservador é menor comparado o valor gasto em TRS se tratando de hemodiálise.

Evidencia-se, então, a necessidade de incentivar pesquisas para a temática quando aos aspectos epidemiológicos, financeiros e clínicos. Com objetivos de ampliar a utilização de tecnologias de baixa complexidade, elaboração e utilização de diretrizes diferenciadas para cada fase da DRC, trazendo assim, menor custo e maior efetividade na abordagem e assistência da doença no SUS.

REFERÊNCIAS

1. Araújo IC, Kamimura MA, Draibe AS, Canziani MEF, Manfredi SR, Avesani CM et al. Nutritional parameters and mortality in incident hemodialysis patients. *J Ren Nutr.* 2006; 16(1): 27-35.
2. Bastos MG, Kirsztajn GM. Doença renal crônica: importância do diagnóstico precoce, encaminhamento imediato e abordagem interdisciplinar estruturada para melhora do desfecho em pacientes ainda não submetidos à diálise. *J Bras Nefrol.* 2011; 33(1): 93-108.
3. BRASIL. Portaria nº 226, de 10 de maio de 2010. Aprovar, na forma dos anexos desta Portaria, o PROTOCOLO CLÍNICO E DIRETRIZES TERAPÊUTICAS - ANEMIA NA INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA - REPOSIÇÃO DE FERRO (Anexo I) e PROTOCOLO CLÍNICO E DIRETRIZES TERAPÊUTICAS - ANEMIA NA INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA - ERITROPOETINA RECOMBINANTE HUMANA (Anexo II). Portal Saúde: protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas. 2016. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2010/prt0226_10_05_2010.html.
4. BRASIL. Introdução à Gestão de Custos em Saúde. Portal Saúde: protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas. 2016. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/introducao_gestao_custos_saude.pdf.
5. BRASIL. Diretrizes Clínicas para o Cuidado ao paciente com DRC – DRC no Sistema Único de Saúde. Portal Saúde: protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas. 2016. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_clinicas_cuidado_paciente_renal.pdf.
6. BRASIL. Portaria nº 389, de 13 de março de 2014. Define os critérios para a organização da linha de cuidado da Pessoa com DRC (DRC) e institui incentivo financeiro de custeio destinado ao cuidado Ambulatorial pré-dialítico. Portal da legislação: Leis ordinárias. 2016. Disponível: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0389_13_03_2014.html.
7. BRASIL. Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS (SIGTAP). Portal DATASUS. Disponível em: <http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/sec/inicio.jsp>.
8. Cherchiglia MI, Gomes IC, Alvares J, Júnior AG, Acúrcio FA, Andrade EIG et al. Determinantes dos gastos com diálises no Sistema Único de Saúde. *Cad Saúde Pública.* 2010; 26(8): 1627-41.
9. Costa MS, Sampaio JB, Teixeira OFB, Pinheiro MBGN, Leite ES, Pereira, AA. Doenças renais: perfil social, clínico e terapêutico de idosos atendidos em um serviço de nefrologia. Espaço para a Saúde-Revista de Saúde Pública do Paraná. 2015; 16(2): 77-85.
10. Coutinho NPS, Tavares MCH. Atenção ao paciente renal crônico, em hemodiálise, sob a ótica do usuário. *Cad Saúde Colet.* 2011; 19(2): 232-39.
11. Daugirdas TJ, Blake PG, Ing TS. Manual de diálise. 4ª edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2013.
12. Erickson KF, Japa S, Owens DK, Chertow GM, Garber AM, Fiebert JDG. Cost-effectiveness of statins for primary cardiovascular prevention in chronic kidney disease. *J Am CollCardiol.* 2013; 61(12): 1250-8.
13. Everling J, Gomes JS, Benetti ERR, Kirchner RM, Barbosa DA, Stumm EMF. Eventos Associados à hemodiálise e percepções de incomodo com a Doença renal. *Av.enferm.* 2016; 34(1): 48-57.
14. Fernandes MICD, Silva PKA, Dantas ALM, Paiva MGMT, Araújo MGA, Lira ALBC. Pacientes em hemodiálise com diagnóstico de enfermagem volume de líquidos excessivo: aspectos socioeconômicos e clínicos. *Cogitare Enfermagem.* 2015; 20(1): 161-70.
15. Ferreira KA. Análise de Custo-Efetividade de Procedimentos para o Adiamento da Fase Terminal da DRC Associada ao Diabetes Mellitus

- e à Hipertensão Arterial sob a Perspectiva do Sistema Único de Saúde [Dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, 2009.
16. Franco MR, Fernandes NM. Diálise no paciente idoso: um desafio do século XXI - revisão narrativa. *J Bras Nefrol.* 2013; 35(2): 132-41.
 17. Frazão CMFQ, Ramos VP, Lira ALBC. Qualidade de vida de pacientes submetidos a hemodiálise. *Rev Enferm UERJ.* 2011; 19(4): 577-82.
 18. Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. 5ª edição. São Paulo: Atlas, 2008.
 19. Go SA, Chertow GM, Fan D, McCulloch CE, Hsu C. Chronic kidney disease and the risks of death, cardiovascular events, and hospitalization. *N Engl J Med.* 2004; 351: 1296-305.
 20. Godoy MR, Neto GB, Ribeiro EP. Estimando as perdas de rendimento devido à DRC no Brasil. *Divulg. saúde debate.* 2007; 38: 68-85.
 21. Goto S, Komaba H, Fukagawa M, Nishi S. Optimizing the cost-effectiveness of treatment for chronic kidney disease-mineral and bone disorder. *KidneyIntSuppl.* 2013; 3(5): 457-61.
 22. Howard K, White S, Salkeld G, McDonald S, Craig JC, Chadban S et al. Cost-effectiveness of screening and optimal management for diabetes, hypertension, and chronic kidney disease: a modeled analysis. *Value Health.* 2010; 13(2): 196-208.
 23. KDOQI clinical practice guidelines for vascular access: update 2006. *Am J Kidney Dis.* 2006; 48(1): 248-73.
 24. KDOQI clinical practice guidelines and clinical practice recommendations for anemia in chronic kidney disease: 2007 update of hemoglobin target. National Kidney Foundation. 2007. Disponível: http://www2.kidney.org/professionals/kdoqi/guidelines_anemia/cpr21.htm.
 25. Martínez BB, Silva FM, Veiga VT, Custódio RP, Silva JV Desigualdade social em pacientes renais crônicos. *Rev Bras Clin Med.* 2011; 9(3): 195-9.
 26. Medeiros RC, Sousa MNA, Santos MLL, Medeiros HRL, Freitas TD, Moraes JC. Epidemiological profile of patients under hemodialysis. *Journal of Nursing UFPE.* 2015; 9(11): 9846-52.
 27. Moraes CE, Cerolli CF, Silva VS, Franco RJS, Habermann F, Matsubara BB et al. Preditores de insuficiência renal crônica em pacientes de centro de referência em hipertensão arterial. *Rev Assoc Med Bras.* 2009; 55(3): 257-62.
 28. Negretti CD, Mesquita PGM, Baracho NCV. Perfil Epidemiológico de Pacientes Renais Crônicos em Tratamento Conservador em um Hospital Escola do Sul de Minas/Epidemiological Profile of Chronic Renal Failure Patients on Conservative Treatment in a Hospital in Southern School of Minas. *REVISTA CIÊNCIAS EM SAÚDE.* 2015; 4(4): 49-60.
 29. Nordio M, Limido A, Maggiore U, Nichelatti M, Postorino M, Quintaliani G. Survival in patients treated by long-term dialysis compared with the general population. *Am J Kidney Dis.* 2012; 59(6): 819-28.
 30. Paula RB, Fernandes NF, Carmo VMP, Andrade LCF, Bastos MG. Obesidade e DRCç. *J Bras Nefrol.* 2006; 28(3): 158-64.
 31. Pedron AJ. Metodologia científica: auxiliar do estudo, da leitura e da pesquisa. 5ª edição. Brasília: Edição do Autor/Escala Gráfica e Editora, 2004.
 32. Júnior JER. Doença renal crônica: Definição, Epidemiologia e Classificação. *J Bras Nefrol.* 2004;26(3 supl 1): 1-3.
 33. Santos I, Rocha RPF, Berardinelli LMM. Necessidades de orientação de enfermagem para o autocuidado de clientes em terapia de hemodiálise. *Rev Bras Enferm.* 2011; 64(2): 335-42.
 34. Santos FR, Filgueiras MS, Chaoubah A, Bastos MG, Paula RB. Efeitos da abordagem interdisciplinar na qualidade de vida e em parâmetros laboratoriais de pacientes com DRC. *Rev. Psiq.Clín.* 2008;35(3): 87-95.
 35. Setz VG, D'Innocenzo M. Avaliação da qualidade de registros de enfermagem no prontuário por meio de auditoria. *Acta Paul Enferm.* 2009;22(3): 313-7.
 36. Schmidt MI, Duncan BB, Silva GA, Menezes AM, Monteiro CA, Barreto SM et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. *The Lancet.* 2011; 4: 61-74.
 37. Silva ST, Ribeiro RCL, Rosa COB, Cotta RMM. Tratamento conservador: influência sobre parâmetros clínicos de indivíduos em hemodiálise. *O Mundo da Saúde.* 2013;37(3): 354-64.
 38. Soares GL, Oliveira EAR, Lima LHO, Formiga LMF, Brito BB. Perfil epidemiológico de pacientes renais crônicos em tratamento hemodialítico: um estudo descritivo. *Revista multiprofissional em saúde do Hospital São Marcos.* 2013;1(1): 1-8.
 39. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Consenso e Diretrizes [internet]. Brasil: 2016 [citado em 2016 out 17]. Disponível em: <http://departamentos.cardiol.br/dha/consenso3/capitulo6.asp>
 40. Sociedade Brasileira de Nefrologia. Censo de diálise [internet]. Brasil: 2013 [citado em 2015 ou 15]. Disponível em: http://sbn.org.br/pdf/censo_2013_publico_leigo.pdf
 41. Sociedade Brasileira de Nefrologia. Estimativa do custo do procedimento de Hemodiálise II [internet]. Brasil: 2011 [citado em 2016 out 17]. Disponível em: http://arquivos.sbn.org.br/pdf/23_apresentacao.pdf.
 42. Sociedade Brasileira de Nefrologia. Índice de Massa Corporal – IMC – (Body Mass Index) [internet]. Brasil: 1997 [citado em 2015 out 15]. Disponível em: <http://arquivos.sbn.org.br/equacoes/eq5.htm>
 43. Teixeira FIR, Lopes MLH, Santos RF. Sobrevida de pacientes em hemodiálise em um hospital universitário. *J Bras Nefrol.* 2015;37(1): 64-71.
 44. United States Renal Data System. 2014 USRDS Annual Data Report [internet]. USA: 2014[citado em 2015 out 15]. Disponível em: <https://www.usrds.org/2014/view/>
 45. Vasconcelos CR, Dutra DA, Oliveira EM, Fernandes S. Perfil socioeconômico e clínico de um grupo de diabéticos em tratamento hemodialítico em Curitiba. *Revista Uniandrade.* 2013;14(2): 183-200.
 46. Vasconcellos MM, Gribel EB, Moraes IHS. Registros em saúde: avaliação da qualidade do prontuário do paciente na atenção básica, Rio de Janeiro, Brasil. *Cad. Saúde Pública.* 2008; 24(1): 5173-82.

Recebido em: 26/11/2016
Revisões requeridas: Não houveram
Aprovado em: 07/02/2017
Publicado em: 05/07/2018

***Autor Correspondente:**

Izabella Andrade da Rocha
Rua São Francisco Xavier, 555, casa 15
Maracanã, Rio de Janeiro/RJ, Brazil
E-mail: iza_belbella@hotmail.com
Telefone: +55 21 98110 5989
CEP: 20 550 011