

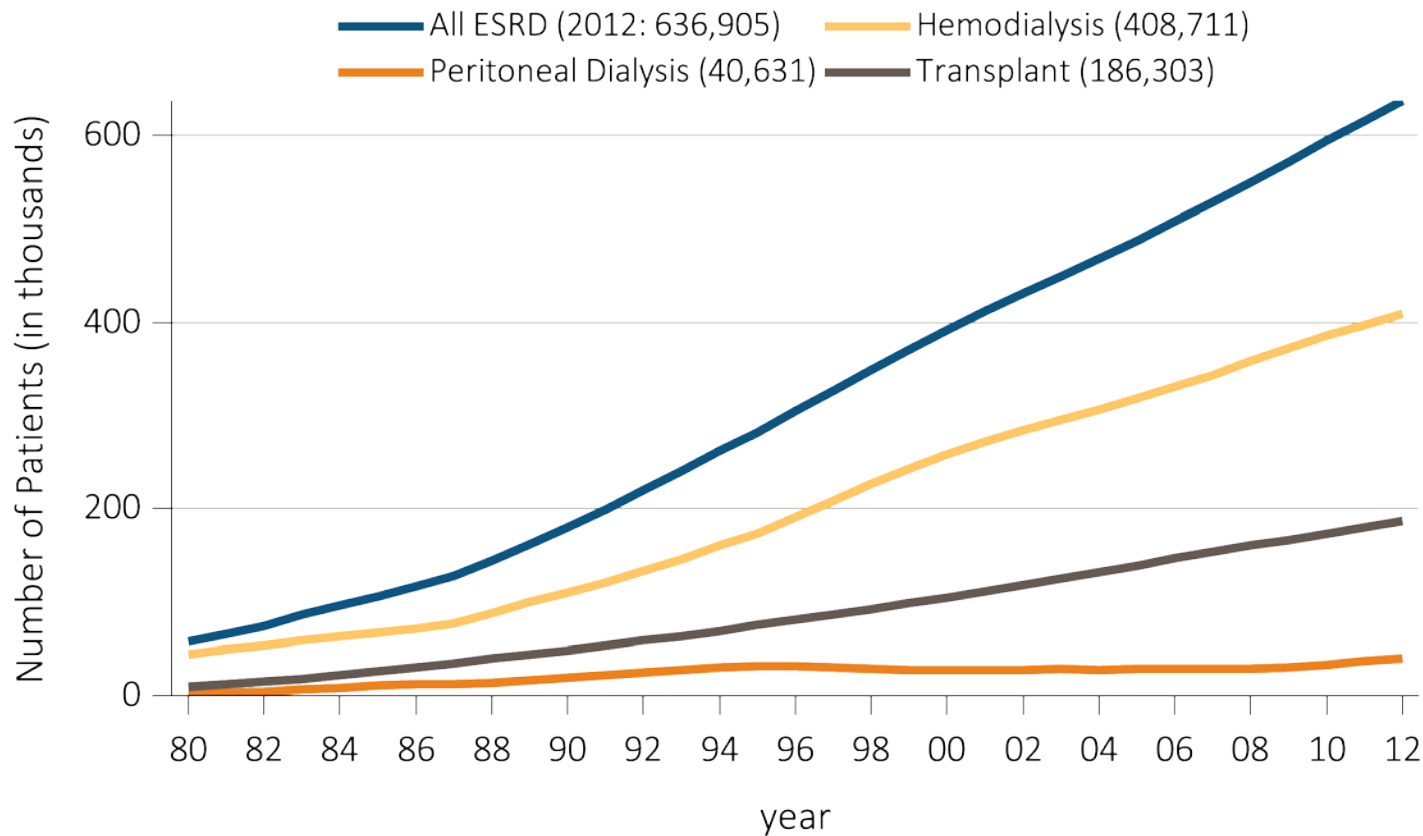
# DESAFIOS DA TRS NO BRASIL OU DOENÇA RENAL CRÔNICA : É MELHOR PREVENIR

Audiência Pública na CDH

Brasília, 30 de setembro de 2015

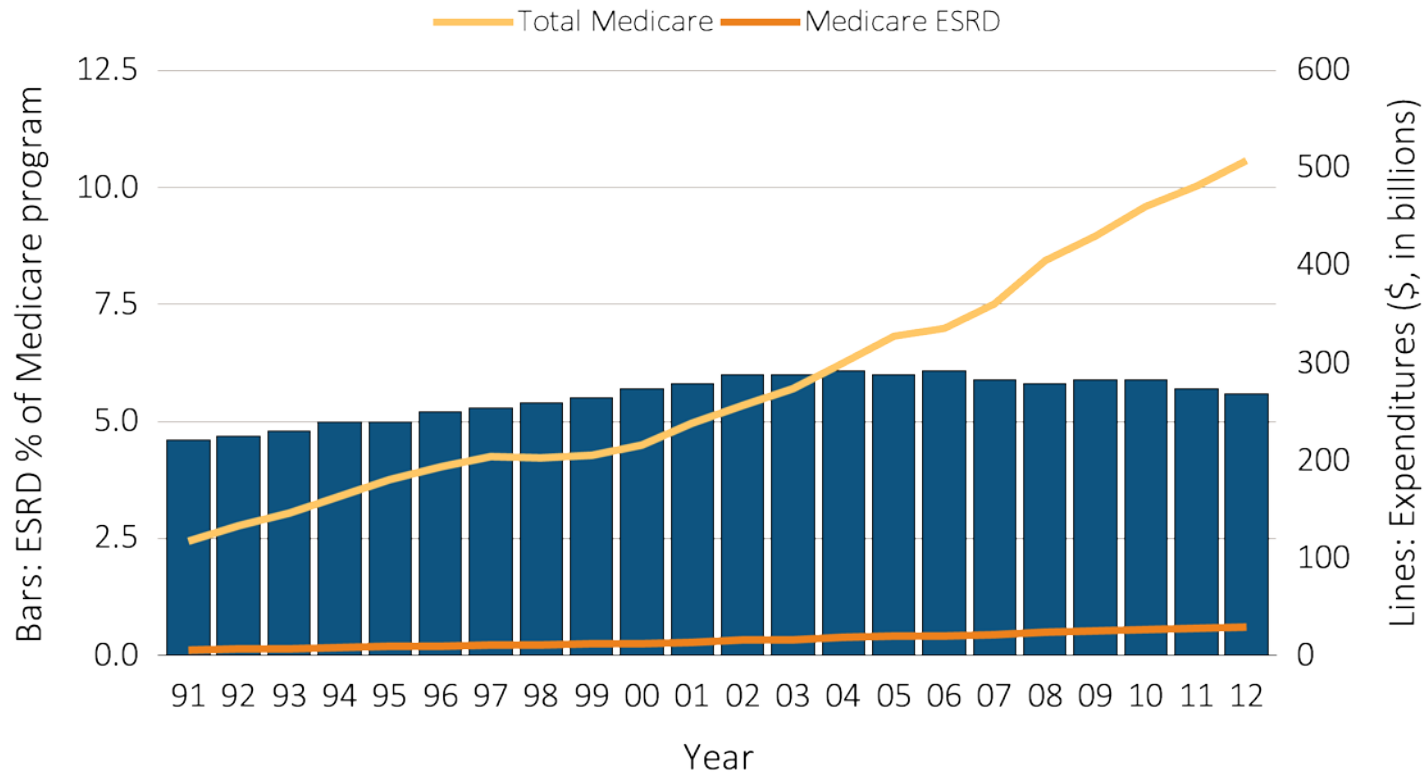
Paulo Luconi – Vice Presidente da ABCDT  
Associação Brasileira dos Centros de Diálise e Transplante  
[pauloluconi@uol.com.br](mailto:pauloluconi@uol.com.br)

## vol 2 Figure 1.10 Trends in the number of prevalent cases of ESRD, in thousands, by modality, in the U.S. population, 1980-2012



Data Source: Reference table D.1. Abbreviation: ESRD, end-stage renal disease.

## vol 2 Figure 9.2 Costs of the Medicare & ESRD programs (excluding Part D)



Data Source: USRDS ESRD Database. Total Medicare expenditures obtained from <http://CMS.gov>.

Abbreviations: ESRD, end-stage renal disease.

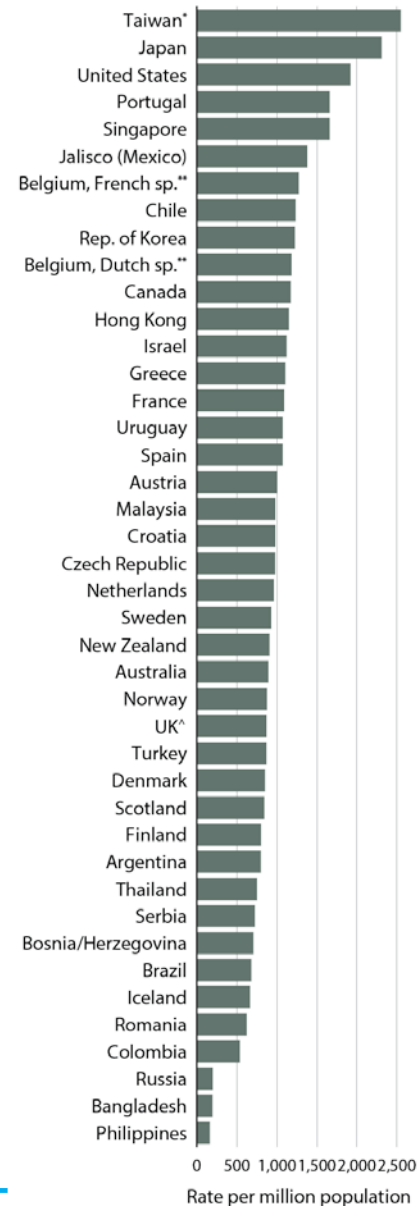
# Prevalence of ESRD, 2011

Figure 12.6 (Volume 2)

Data presented only for countries from which relevant information was available; “.” signifies data not reported. All rates unadjusted. ^UK: England, Wales, & Northern Ireland (Scotland data reported separately).

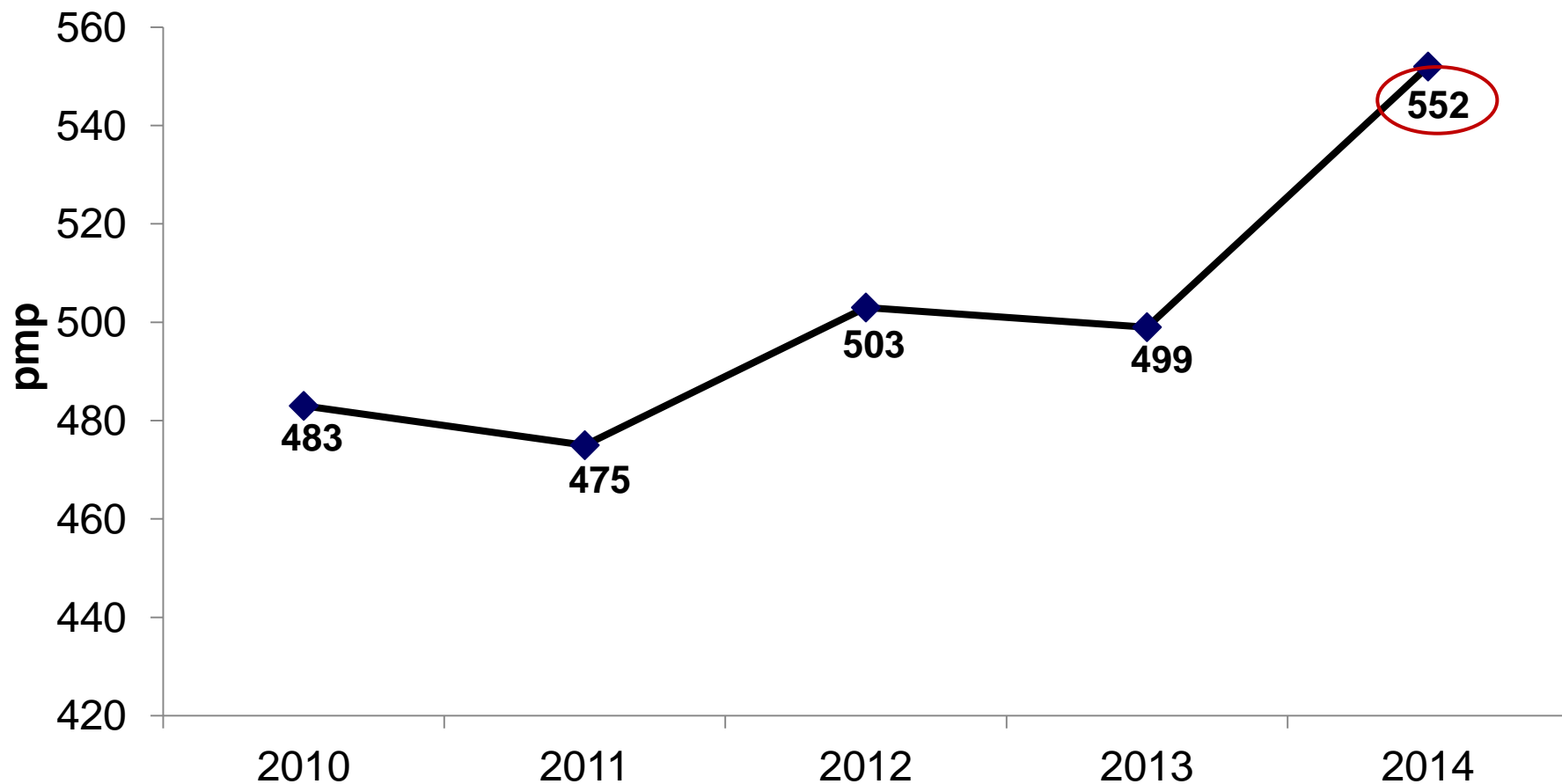
\*\*Data for Belgium do not include patients younger than 20. Japan, Philippines, & Taiwan are dialysis only.

\*Latest data for Taiwan are from 2010. Data for France include 18 regions in 2007, 20 regions in 2008 & 2009, 23 regions in 2010, & 25 regions in 2011. All rates are unadjusted.



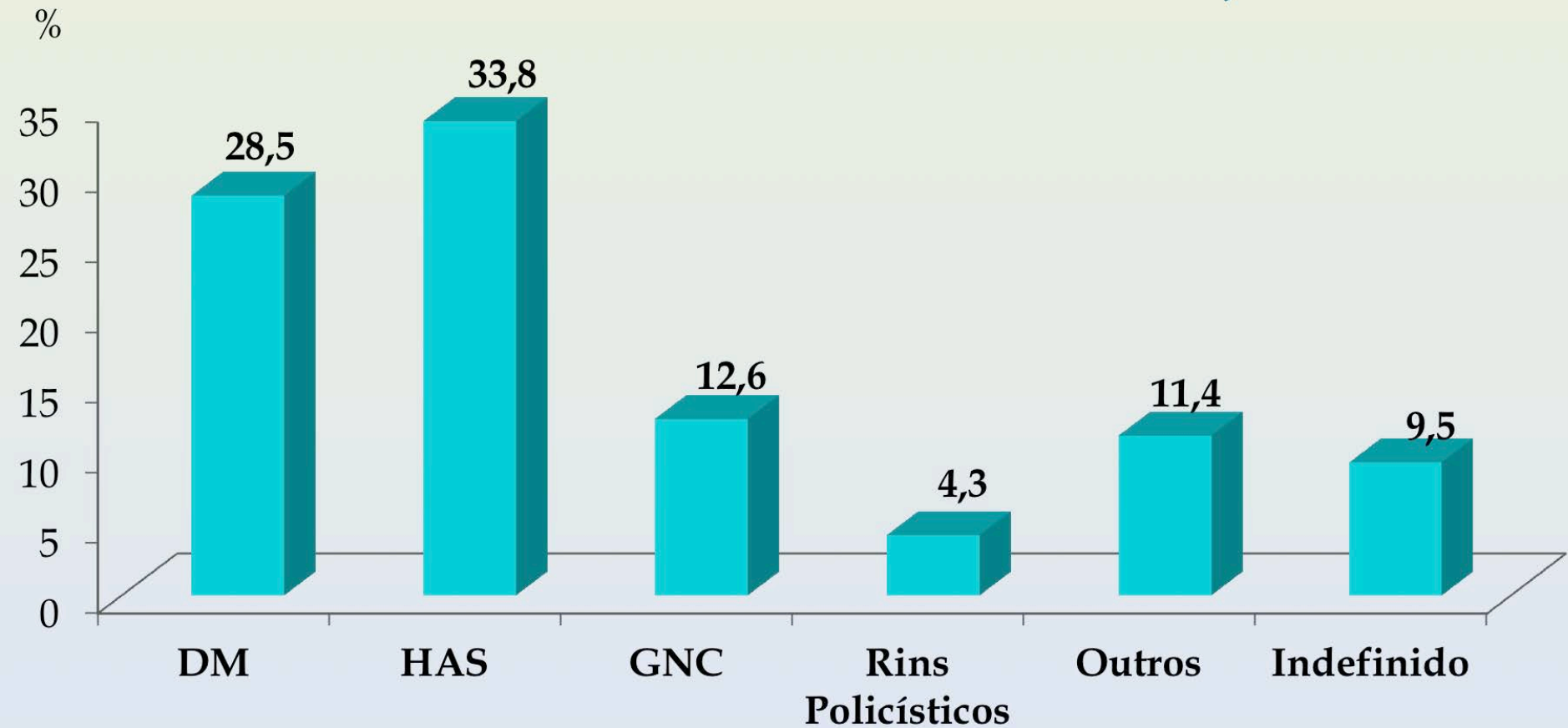


## Taxa de prevalência estimada de pacientes em diálise no Brasil 2010-2014





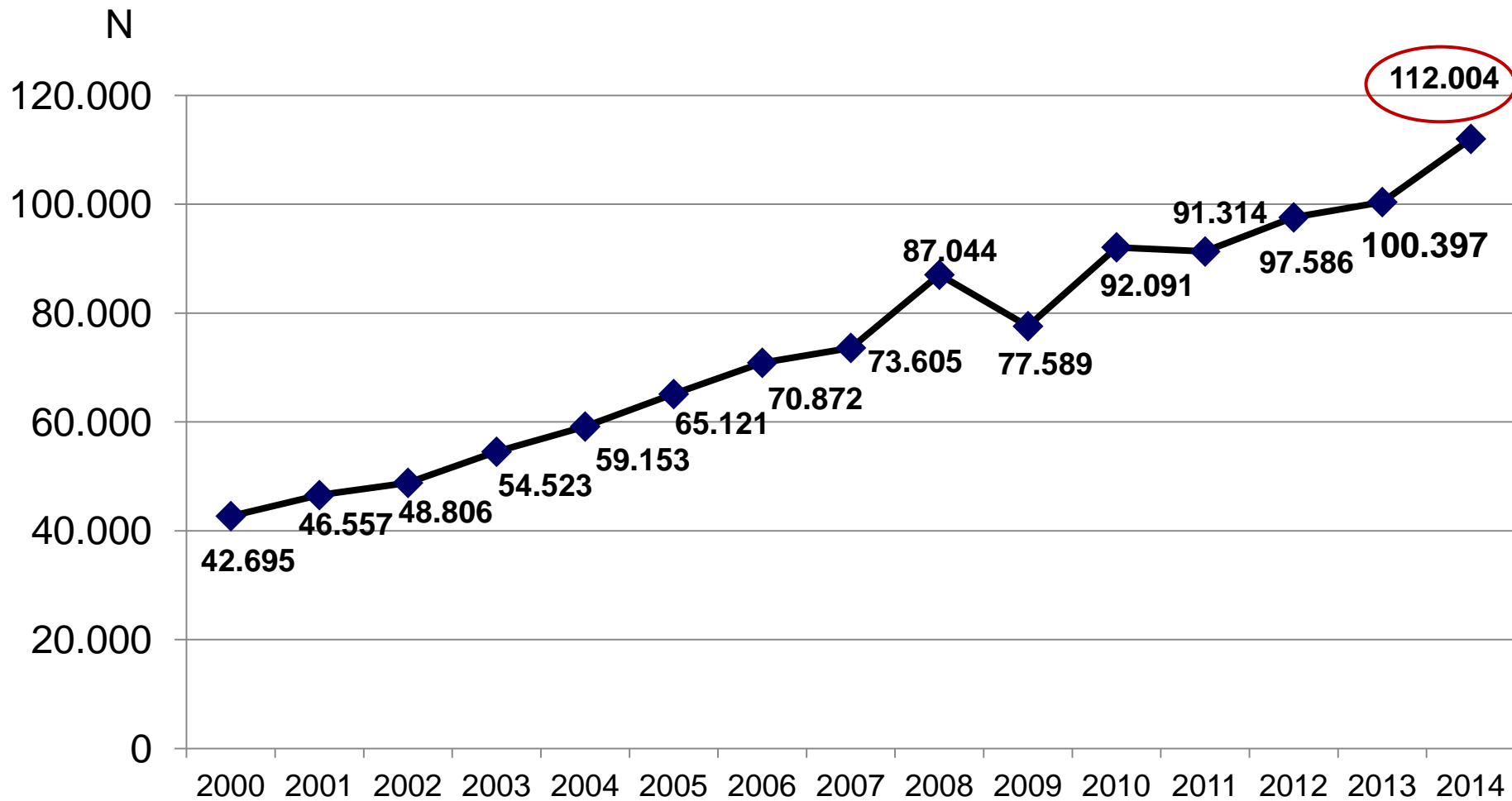
# Diagnóstico de base dos pacientes em diálise, censo 2012



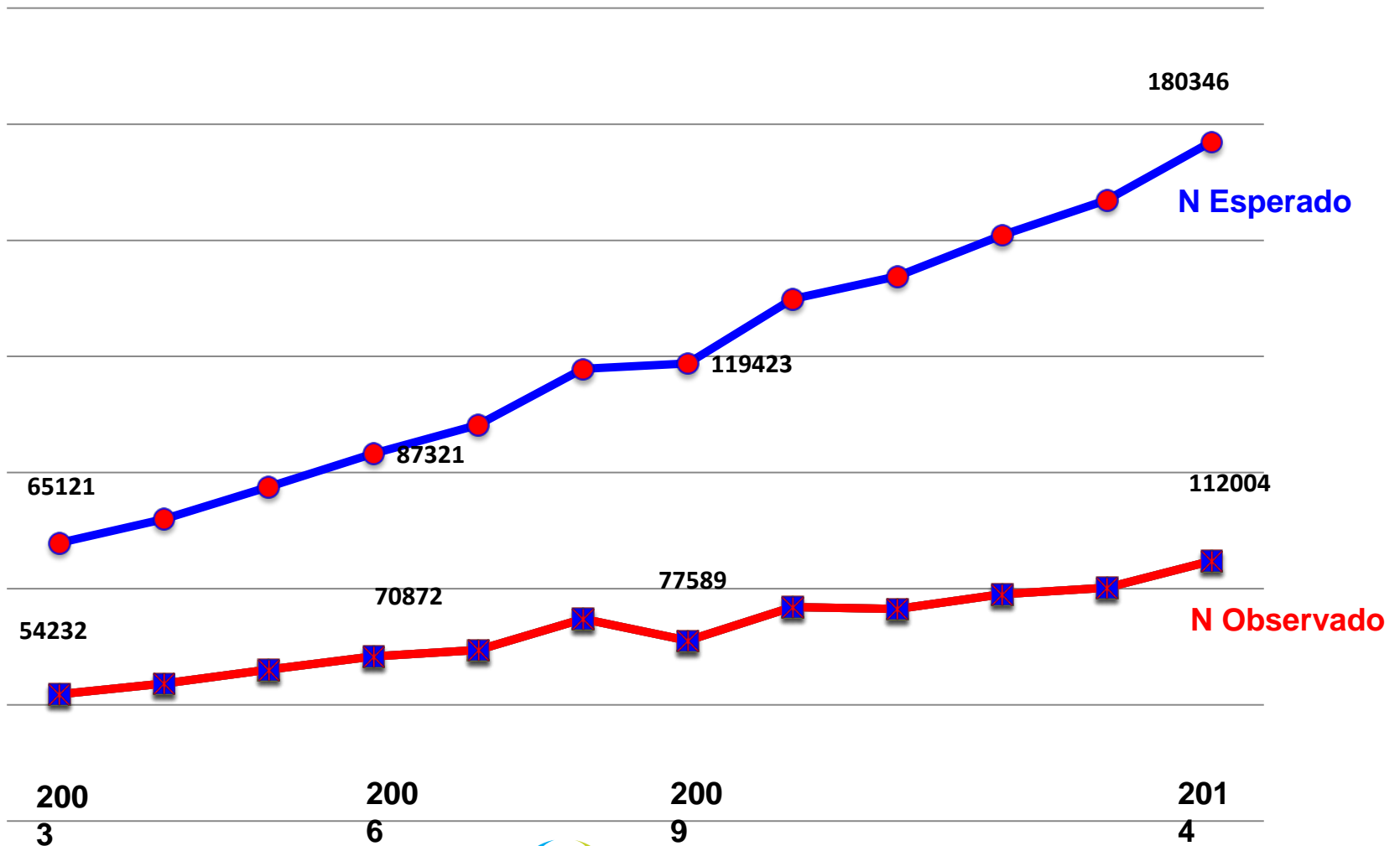
\* Pacientes com Tx prévio: 3,6%



## Total estimado de pacientes em tratamento dialítico por ano



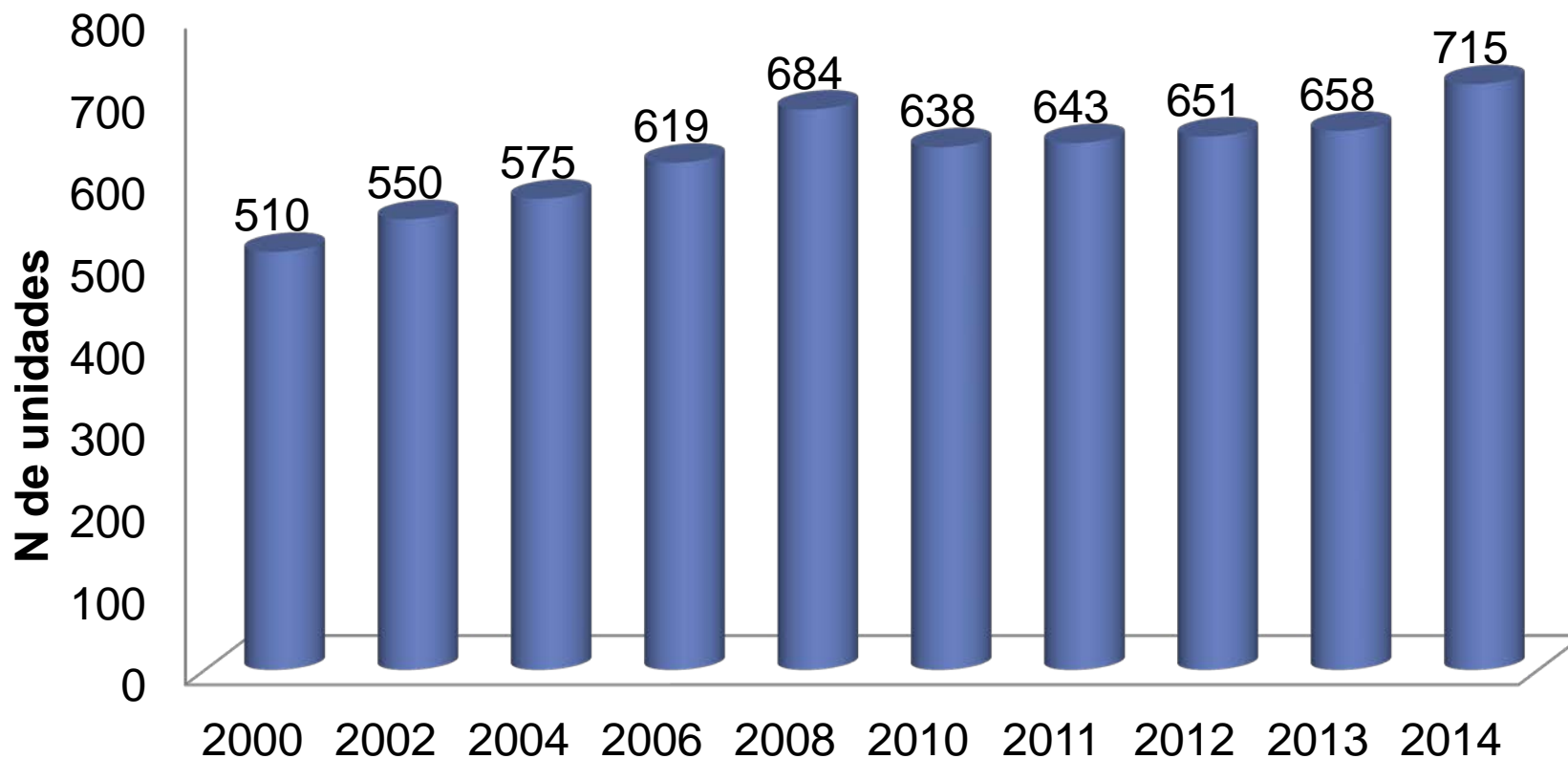
# N esperado vs N observado de Pacientes em diálise no Brasil





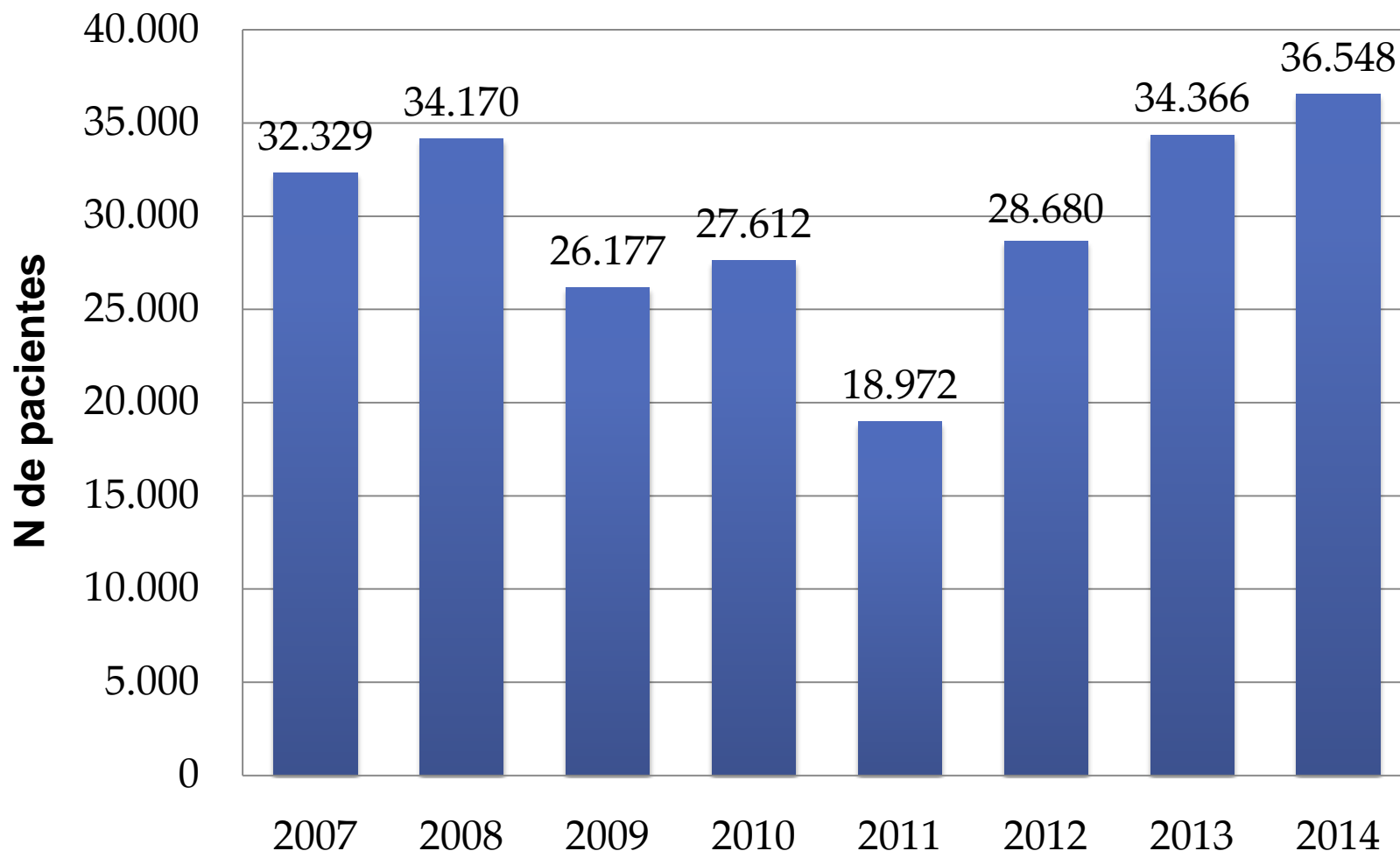


## Número de unidades de diálise no Brasil



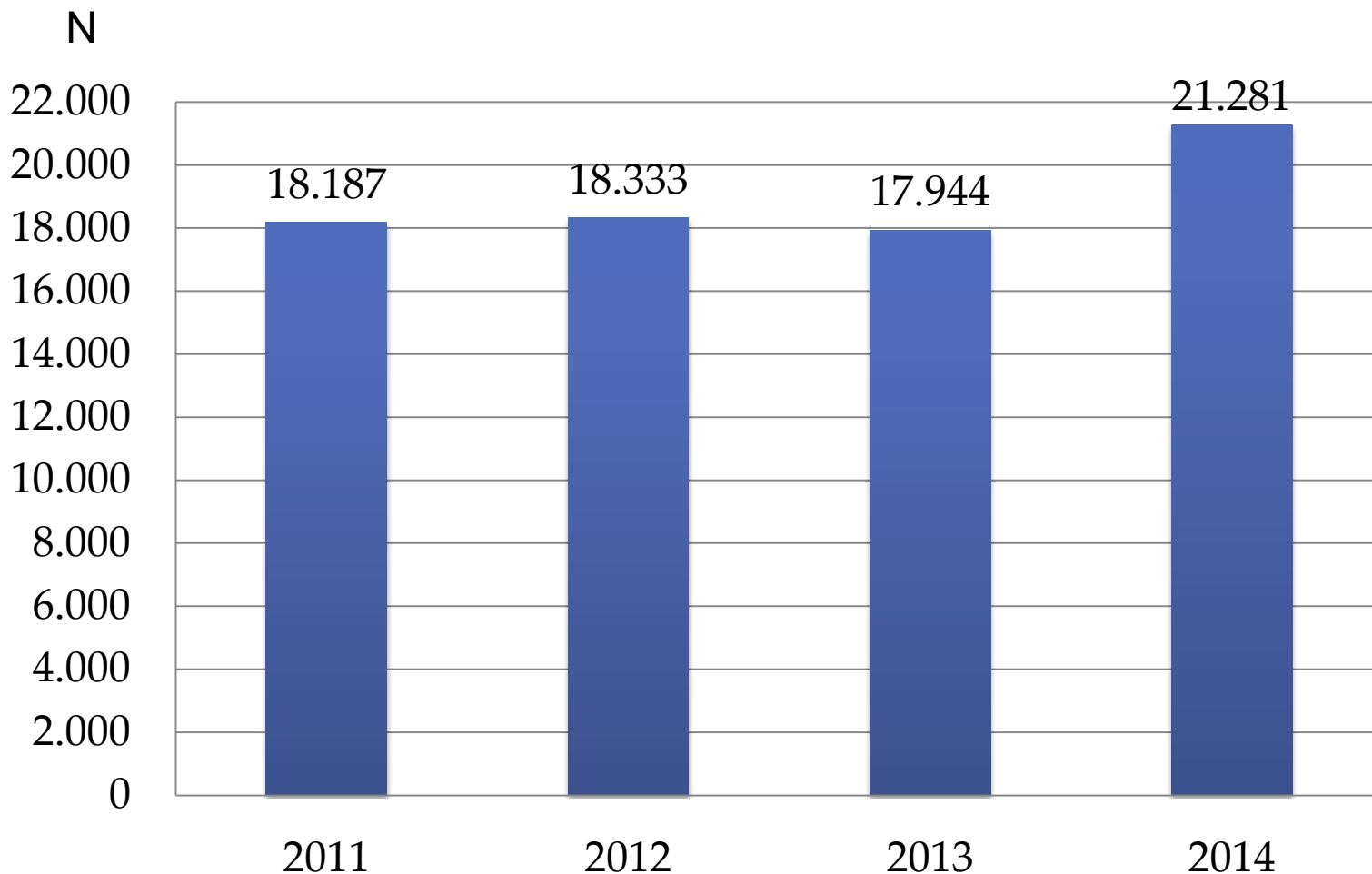


## Número estimado de pacientes novos em diálise por ano 2007-2014

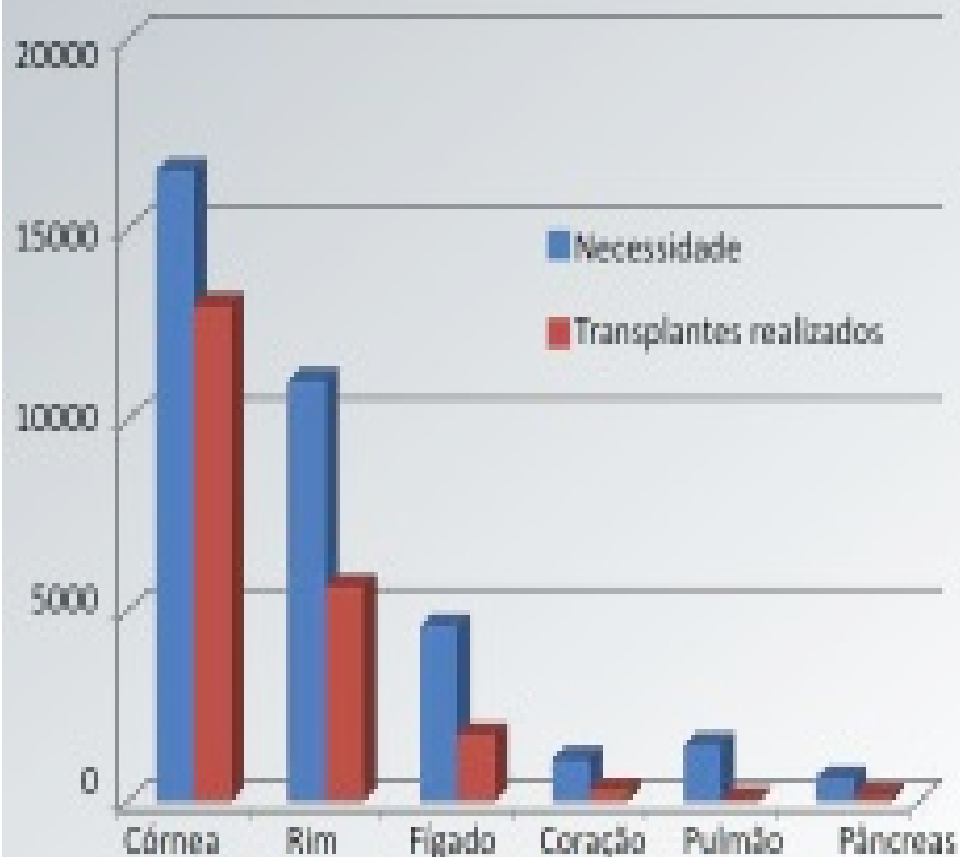




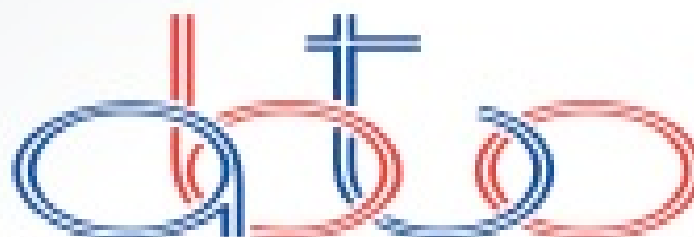
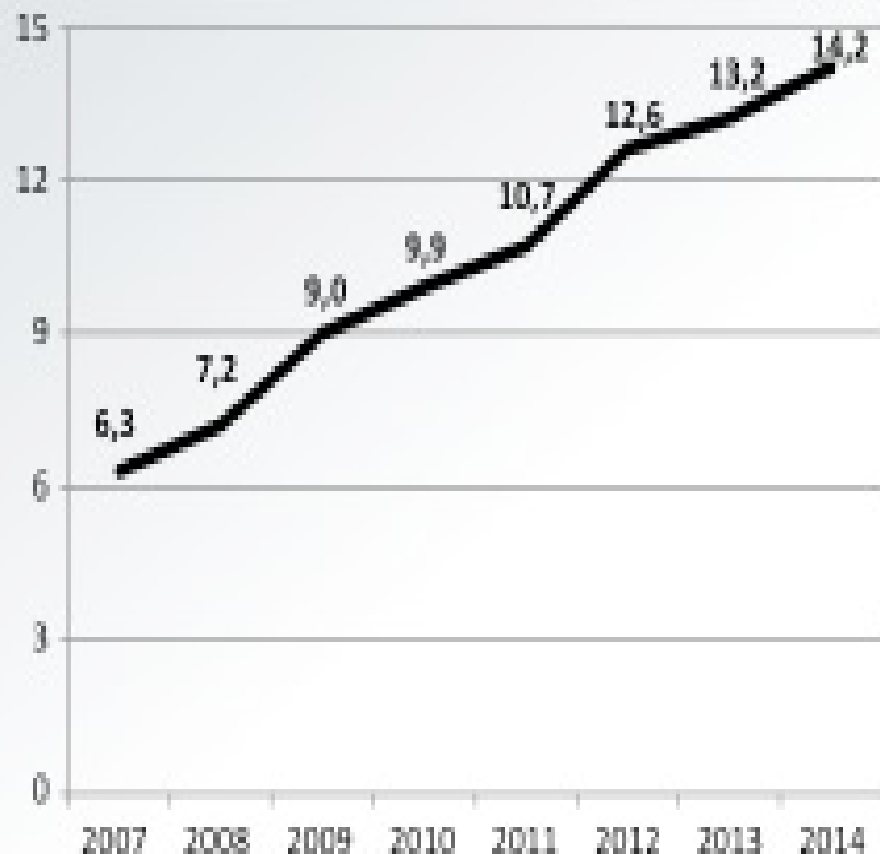
## Número anual estimado de óbitos em pacientes em diálise



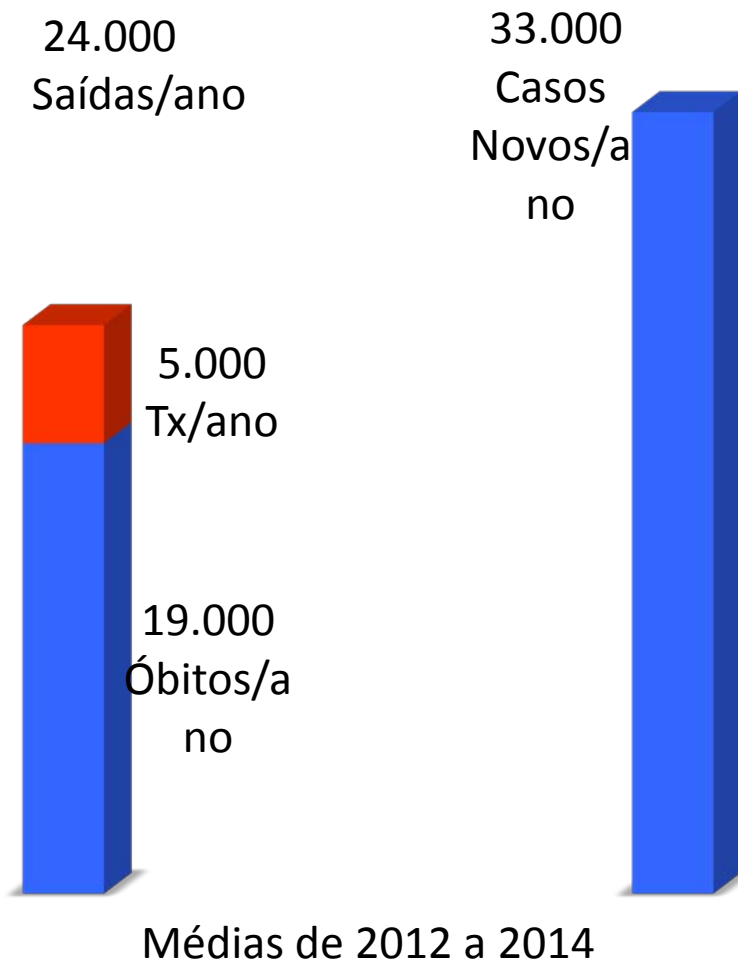
**Necessidade Estimada e número de transplantes realizados no Brasil em 2014**



**Evolução anual dos doadores efetivos no Brasil - pmp (por milhão de população)**

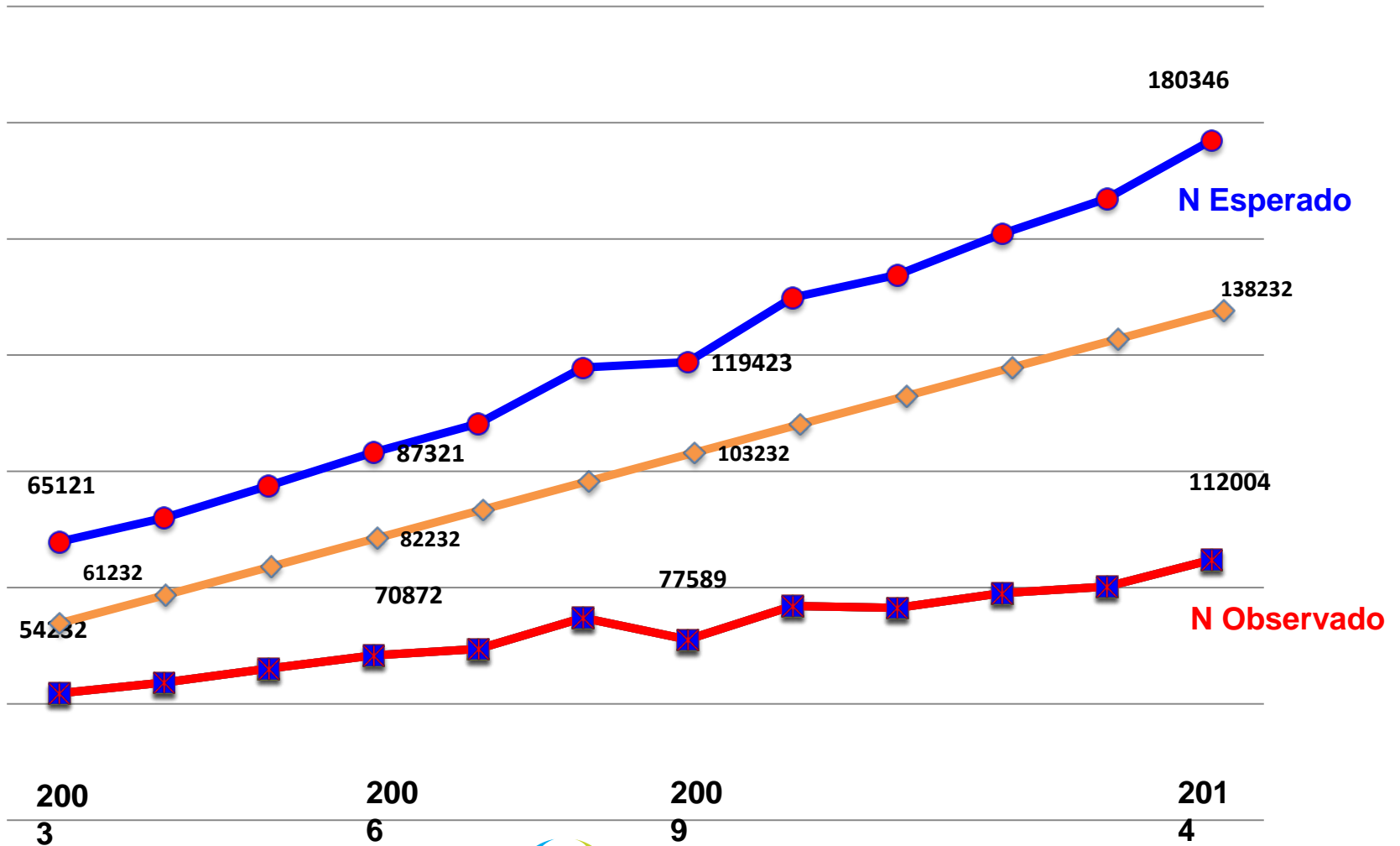


# Estimativa da necessidade de novas vagas de diálise no Brasil por ano



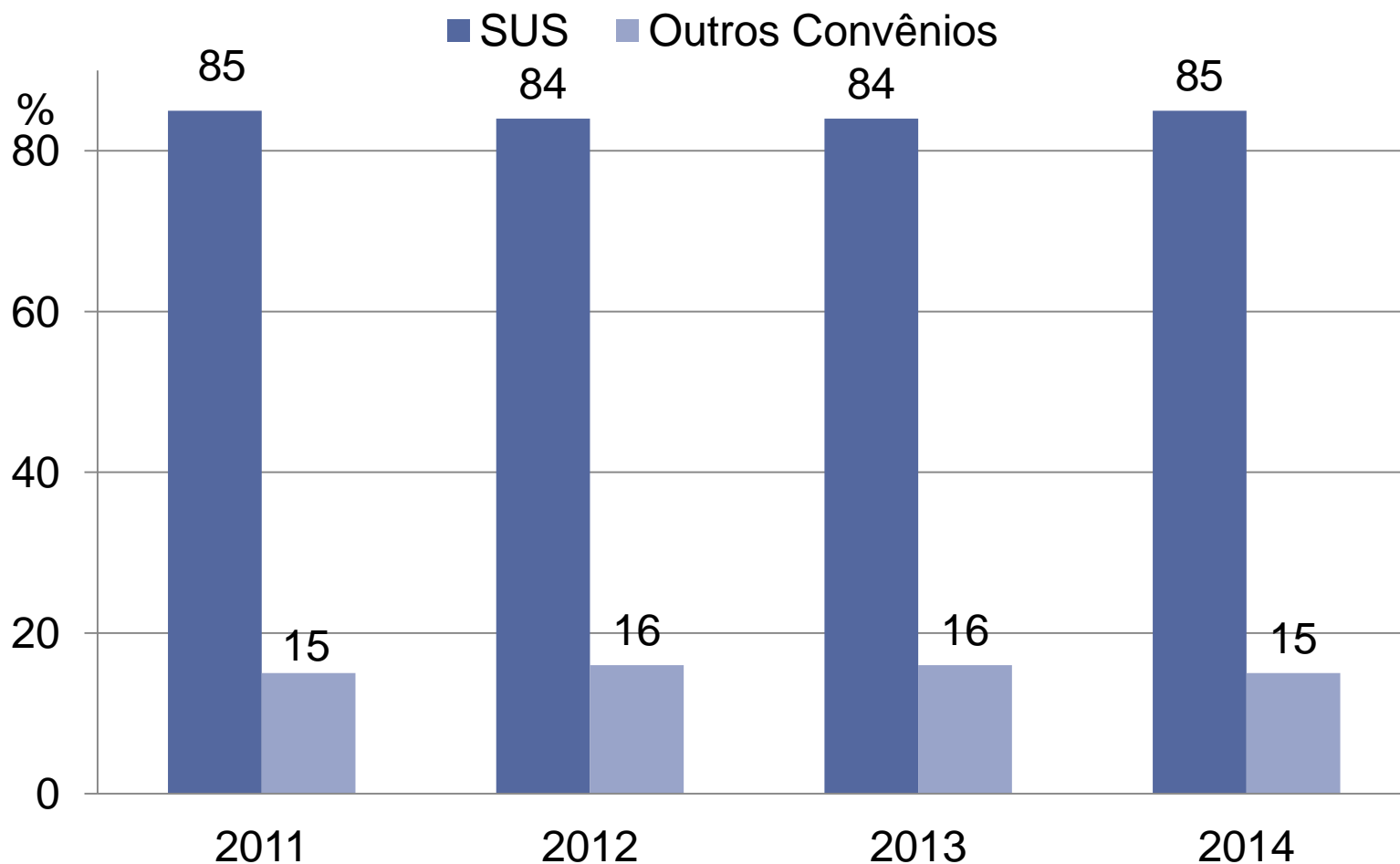
**Unidades de diálise :**  
**2002 = 550**  
**2014 = 715**  
**165 novas unidades em 12 anos**  
**Criadas ~ 25.740**  
**vagas em 12 anos**  
**~ 2.145 vagas/ano**  
**O Brasil precisa criar**  
**~ 9.000 vagas de diálise por ano**

# N esperado vs N observado de Pacientes em diálise no Brasil



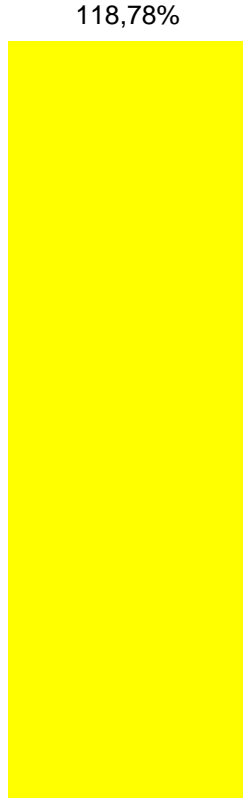
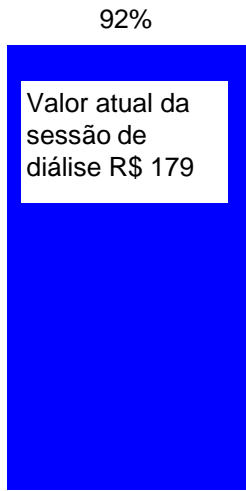


## Porcentagem de pacientes em diálise conforme a fonte pagadora



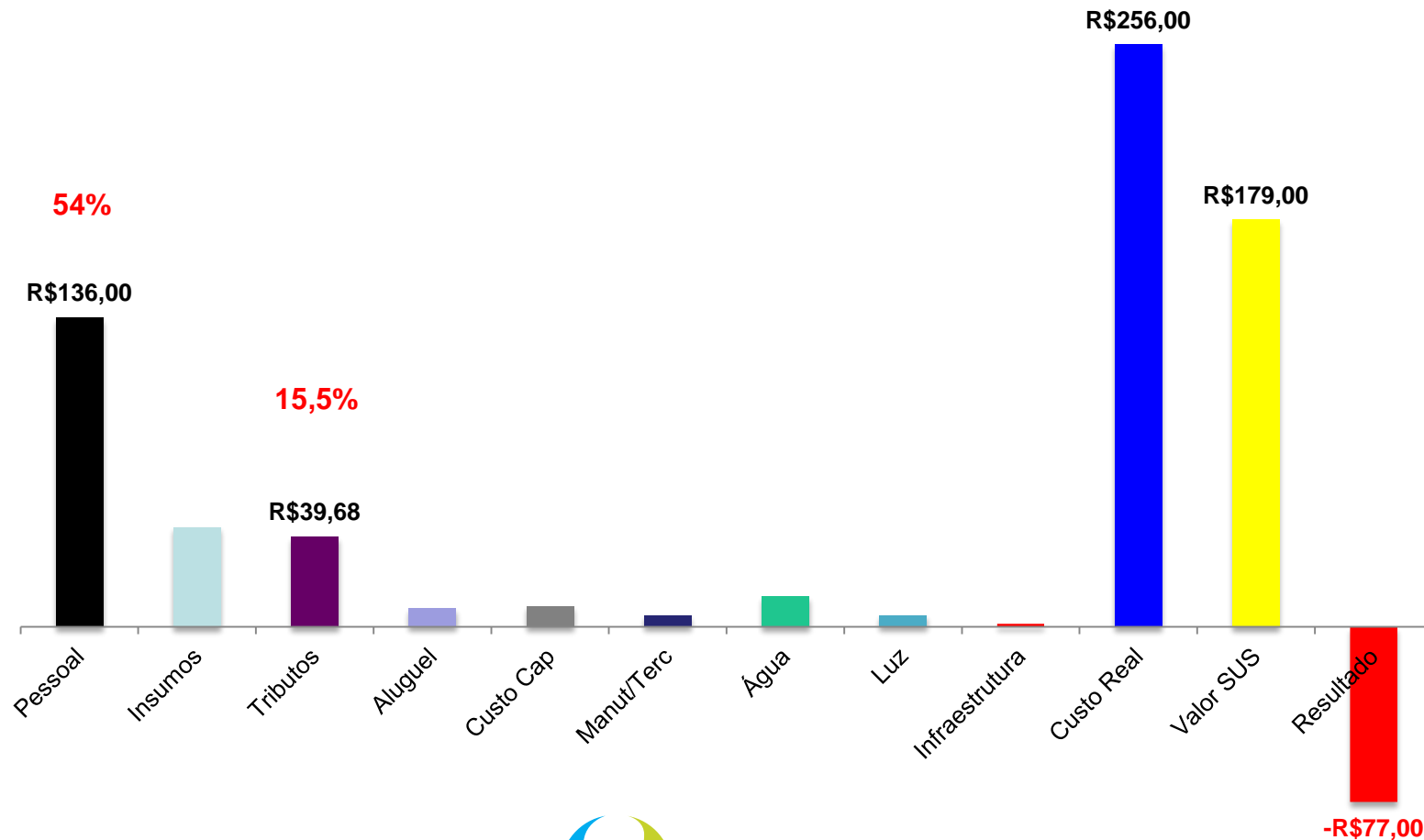
Sessão de HD  
X  
Insumos  
X  
RH (1999 a 2013)

- Valor sessão
- Recursos humanos
- Insumos total
- IGPM





# Custo real da sessão de hemodiálise X Valor SUS (Jul/2015)



# “Apagão”

## Colapso da TRS no Brasil :

1. Falta de vagas para diálise com prejuízo no acesso dos pacientes à terapia dialítica
2. Perda na Qualidade do tratamento ao portador de DRC :
  - Aumento da mortalidade em diálise de 13% aa para 19 % aa
  - 73 % dos pacientes iniciam terapia dialítica com cateter venoso pois a política de prevenção estabelecida pela Portaria 389 de março de 2014 não foi implementada

# Sustentabilidade da DRC:

- Garantir o acesso dos pacientes à TRS :  
Adequação do valor da HD aos custos  
Estimular e adequar os valores da Diálise Peritoneal
- Incentivo ao Transplante Renal
- Implementação efetiva da Portaria 389 para a Prevenção da Doença Renal Crônica adequando os valores de repasse para garantir sustentabilidade financeira aos prestadores



## ARTIGO ORIGINAL | ORIGINAL ARTICLE

Estudo prospectivo de 2151 pacientes com doença renal crônica em tratamento conservador com abordagem multidisciplinar no Vale do Paraíba, SP

Prospective study of 2151 patients with chronic kidney disease under conservative treatment with multidisciplinary care in the Vale do Paraíba, SP

Autores

Eduardo de Paiva Luciano<sup>1</sup>

**Paulo Sérgio Luconi<sup>2</sup>**

Ricardo Cintra Sesso<sup>3</sup>

Claudio Santiago Melaragno<sup>3</sup>

Patrícia Ferreira Abreu<sup>4</sup>

Sandra Ferreira Stanisck Reis<sup>5</sup>

Rejane Maria Spindola Furtado<sup>5</sup>

Gilson Fernandes Ruivo<sup>6</sup>

J Bras Nefrol 2012;34(3):14-16



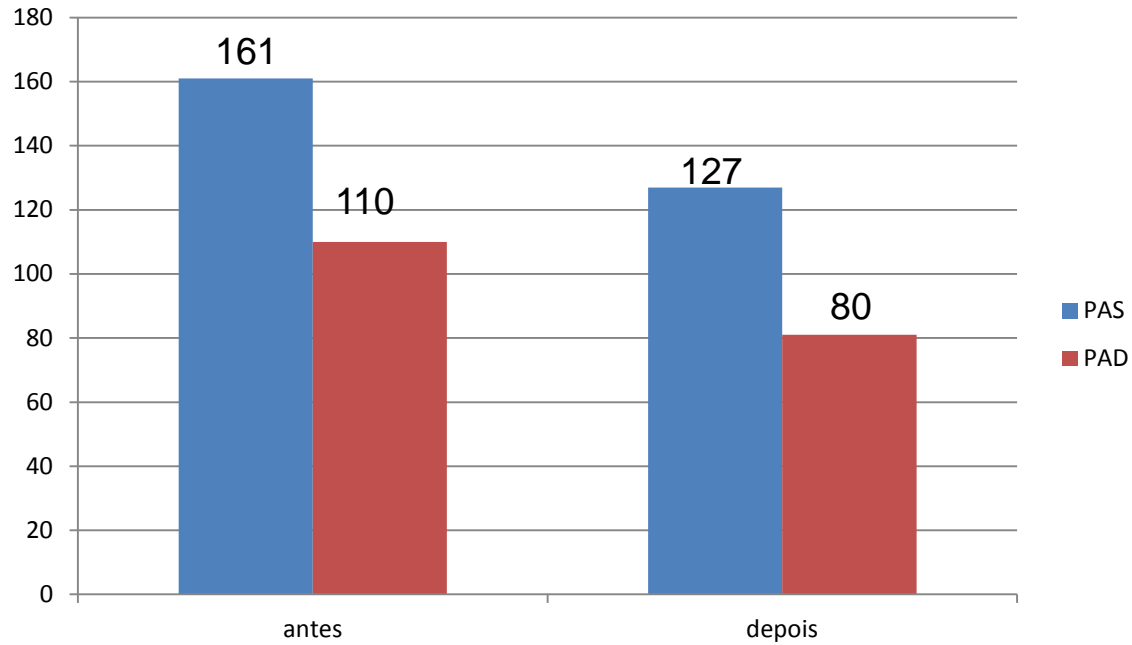
Associação Brasileira dos Centros de Diálise e Transplante

**TABELA 1** CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS E EPIDEMIOLÓGICAS DOS PACIENTES ESTUDADOS (N = 2.151)

Idade (anos)	62 ± 16 (14-101)
Tempo acompanhamento (d)	546 ± 336
Sexo feminino	1.089 (50,6)
<b>Raça</b>	
Branca	1.697 (78,9)
Negra	274 (12,7)
Parda	179 (8,3)
<b>Estágio DRC</b>	
1	281 (13,1)
2	330 (15,3)
3a	741 (34,4)
3b	528 (24,6)
4	234 (10,9)
5	37 (1,7)
<b>Doença de base</b>	
HAS	886 (41,2)
DM II	670 (31,1)
INDET	253 (11,8)
UROLOG	160 (7,4)
DMI	28 (1,3)
GNC	37 (1,7)
DRPAD	13 (0,6)
LES	8 (0,4)
OUTRAS	96 (4,5)

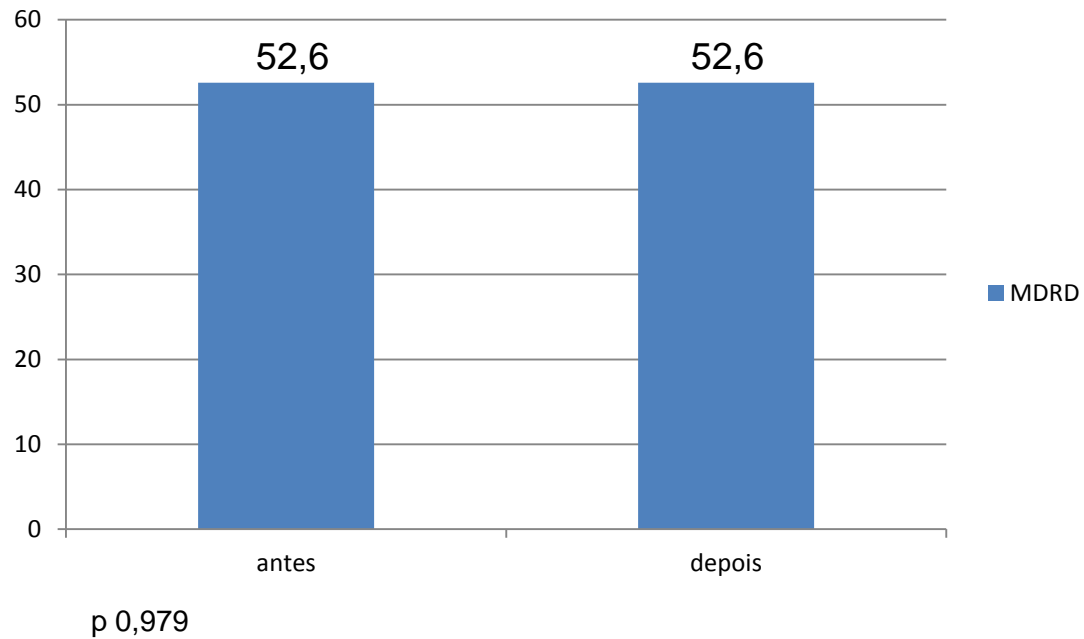
Valores expressos como Média ± DP (min-máx) ou N (%). HAS: Hipertensão arterial sistêmica; DM II: Diabetes mellitus tipo 2; INDET: indeterminada; UROLOG: urológicas; DM I: Diabetes mellitus tipo 1; GNC: Glomerulonefrite crônica; DRPAD: Doença renal policística autossômica dominante; LES: Lupus Eritematoso sistêmico.

## Controle da pressão arterial entre os hipertensos (mmHg); n = 936



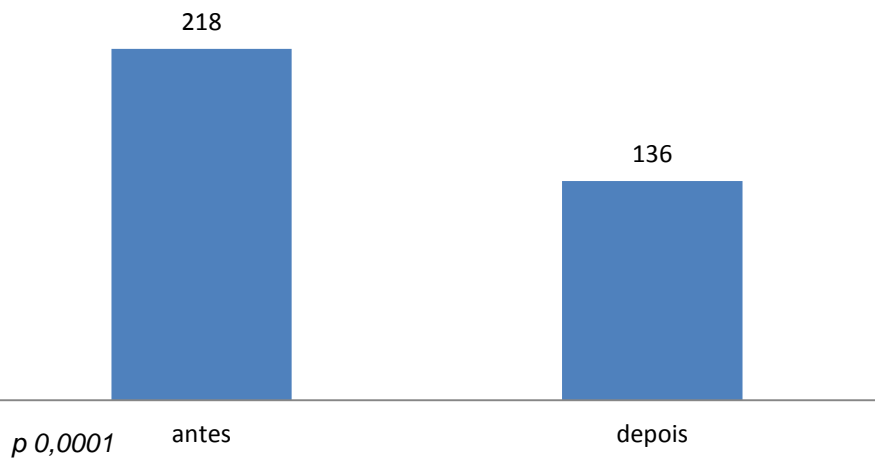
$P < 0,0001$

**MDRD inicial e após intervenção entre pacientes hipertensos;  
n= 788**



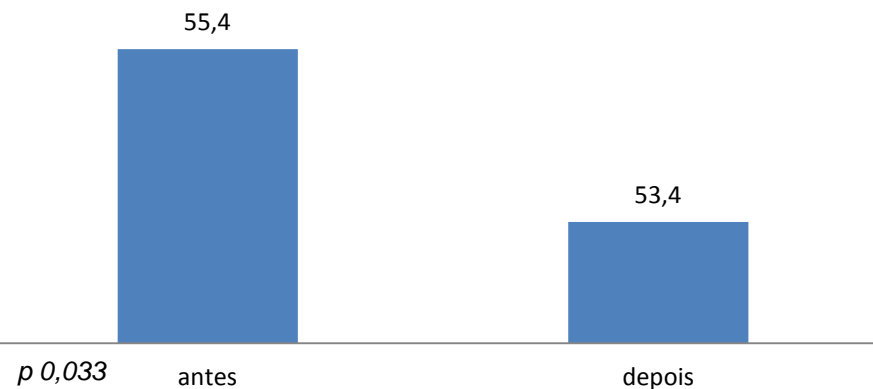
# Gráficos (antes e após) para pacientes com glicemia em jejum > 126 mg/dl n= 294

■ glicemia



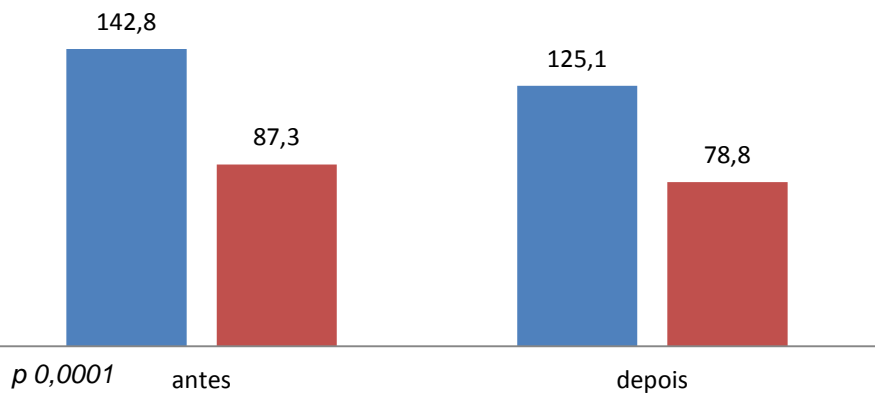
MDRD

■ MDRD ( ml/min/m<sup>2</sup>)



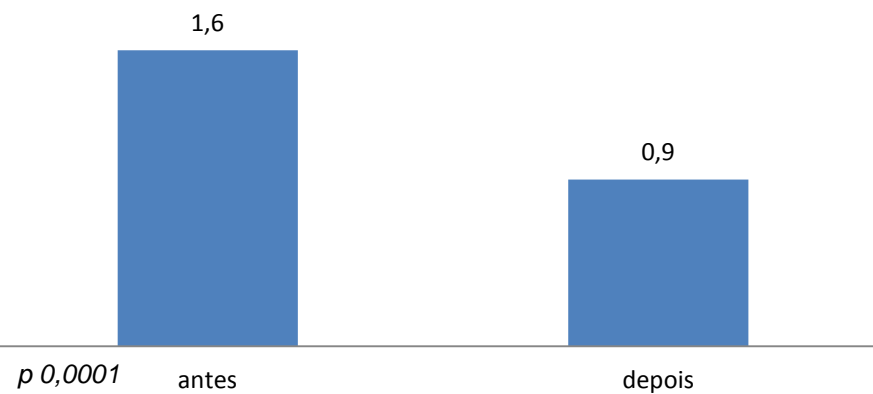
Pressão arterial

■ PA sistolica (mmHg) ■ PA diastolica (mm Hg)



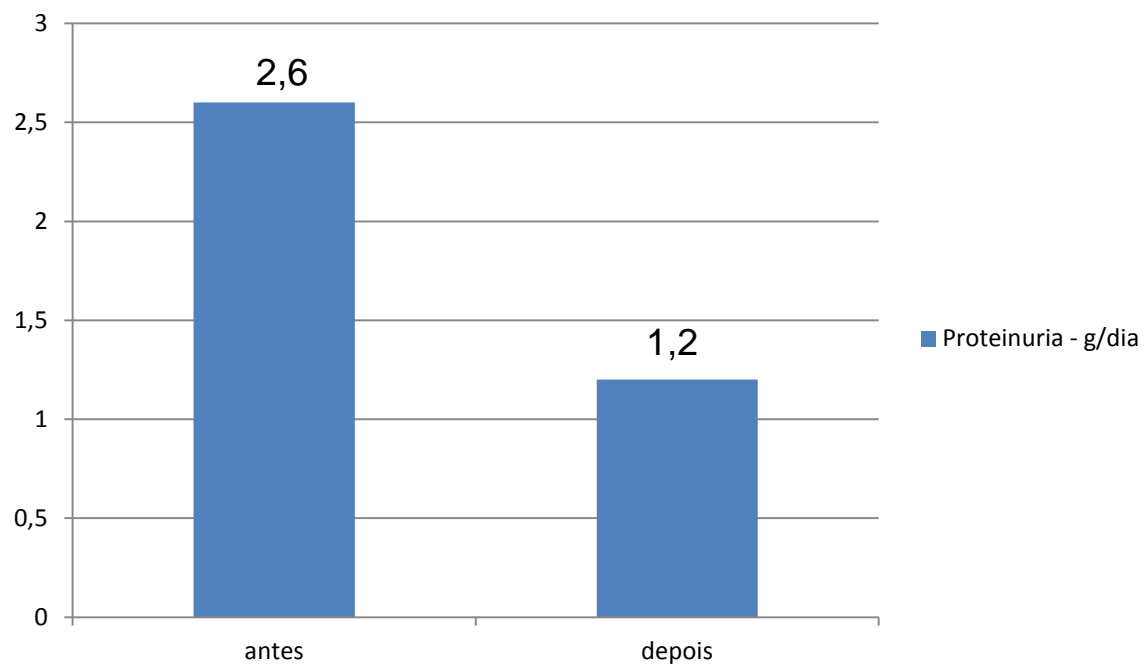
Proteinuria

■ proteinuria g/24h



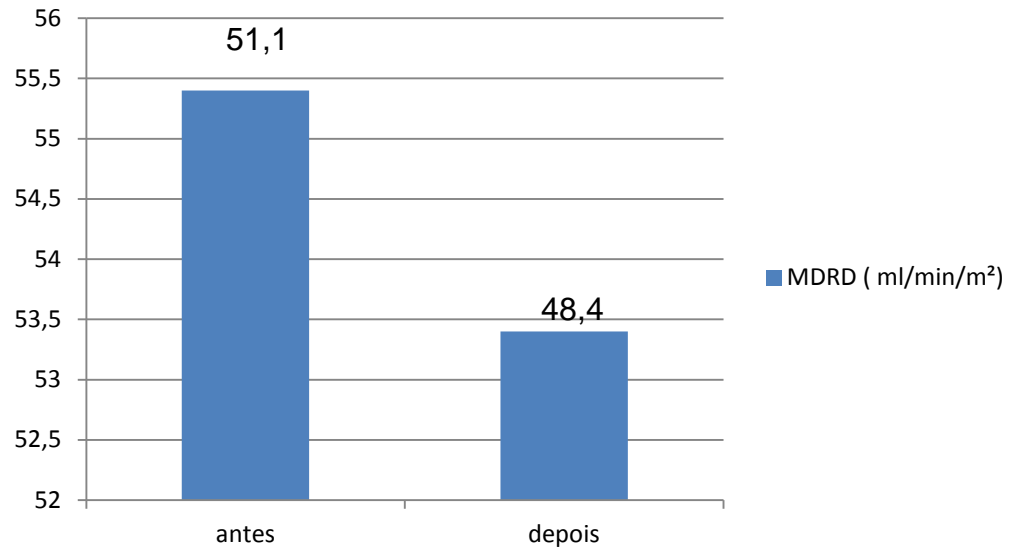


Proteinuria entre pac com proteinuria inicial >1g ; n = 207

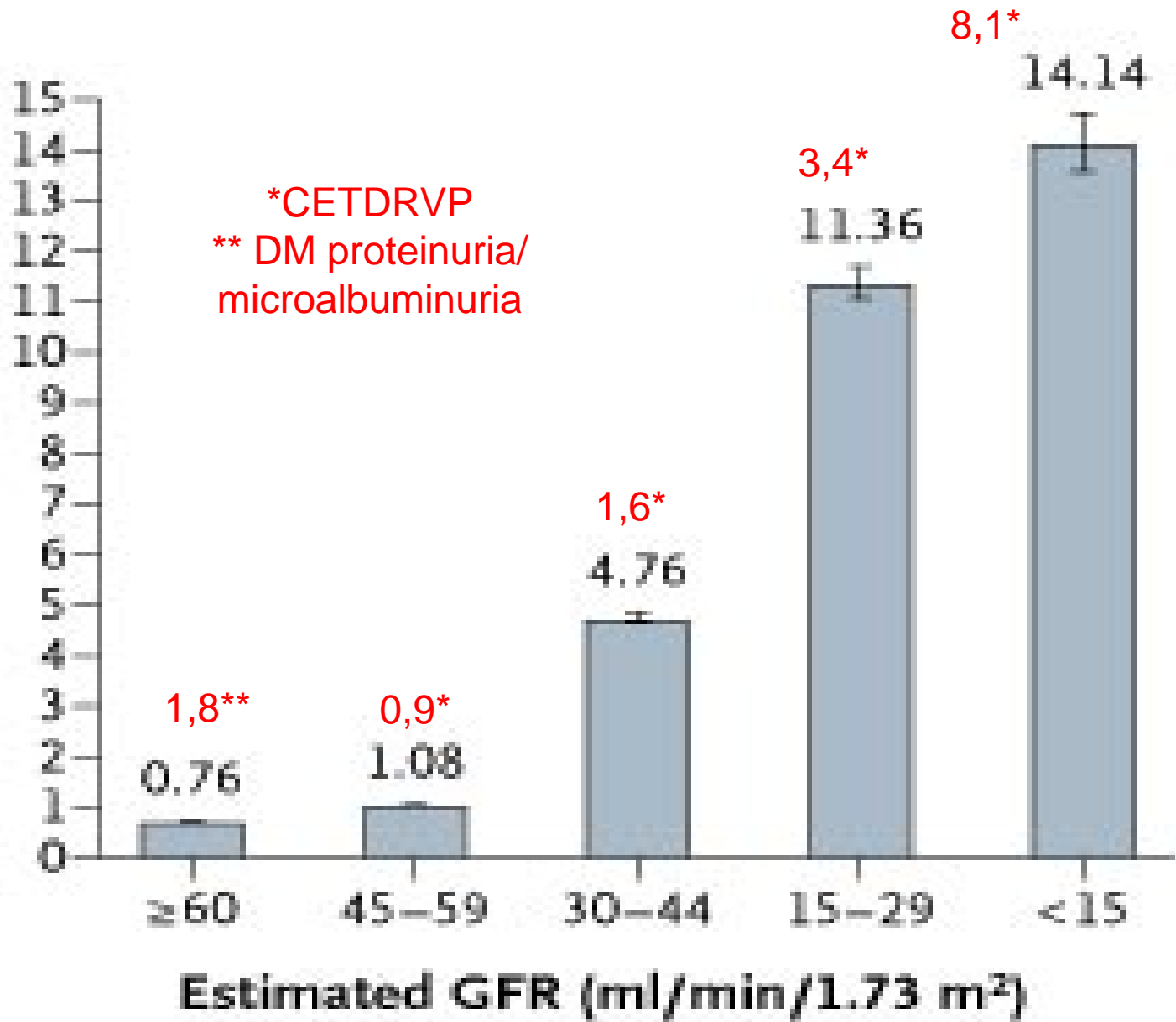


*p 0,001*

### MDRD em pac com proteinuria > 1g

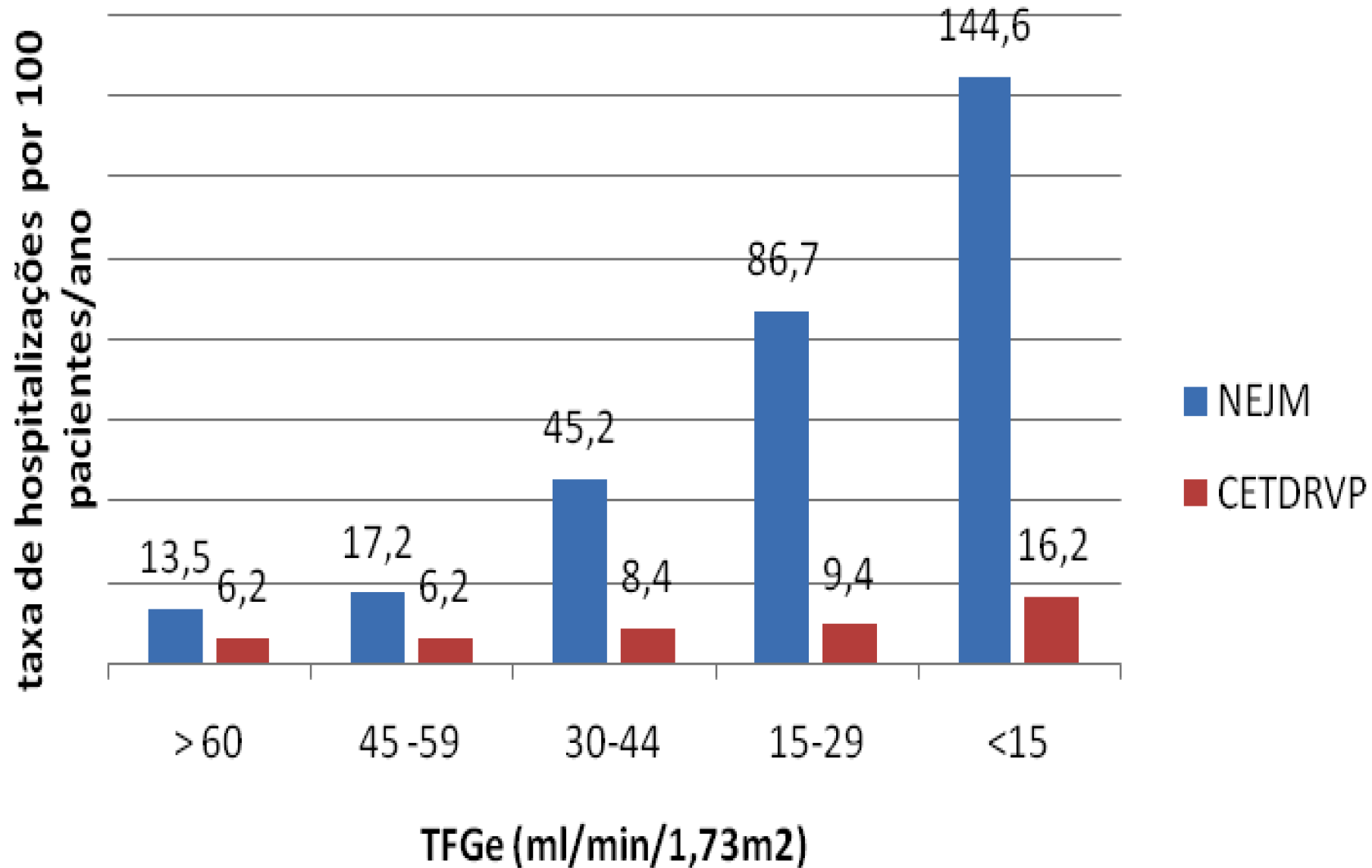


P 0,008

**A****Age-Standardized Rate of Death  
from Any Cause (per 100 person-yr)**

No. of Events	≥60	45-59	30-44	15-29	<15
	25,803	11,569	7,802	4,408	1,842

## comparação na taxa de hospitalização



# Conclusões :

## 1. Redução no risco Cardio-vascular :

- Redução significativa da pressão arterial nos pacientes hipertensos
- Redução significativa da glicemia nos pacientes diabéticos
- Redução significativa da proteinúria

## 2. Melhor utilização dos recursos financeiros do Gestor

- Redução pela metade na progressão da Doença Renal Crônica, reduzindo os custos decorrentes da diálise e do transplante renal
- Redução significativa das internações quando comparado a dados internacionais, para os mesmos estágios de Doença Renal Crônica

**FUTURO :**

**PREVENÇÃO**

**GARANTIR A SUSTENTABILIDADE DA  
TERAPIA RENAL SUBSTITUTIVA NO  
BRASIL**

# Objetivo :

Prevenção da DRC, através de acompanhamento multi profissional, com característica de Rede, objetivando reduzir a progressão da DRC para sua fase terminal, melhorar a qualidade de vida além de reduzir a morbidade, a mortalidade e os custos financeiros



# PROPOSTAS PARA NOVA POLÍTICA- DRC na Rede de Crônicas-

- Inserir as pessoas com DRC na rede de atenção à saúde → Garantia do cuidado integral

## Classificação da DRC

Estágio	TFG (ml/min/1,73 m <sup>2</sup> )	% pop 20 anos ou +	Estimativa de pacientes (Nescon)	Estimativa de pacientes (SBN)
1	≥ 90	0,63%	1.202.374	
2	60 – 89	0,88%	1.670.627	
3 a	45 – 59	2,37%	4.519.718	
3 b	30 – 44			600.000
4	15 – 29	0,09%	173.973	100.000
5	< 15	0,02%	34.810	100.000

**Paciente com DRC estágio 1,2, 3a e 3b:** O acompanhamento desses indivíduos deverá ser realizado pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS) para tratamento dos fatores de risco modificáveis de progressão da DRC e doença cardiovascular.

Obs: o estágio 3b deverá ter um apoio matricial do nefrologista



# Economia anual com Internações :

Estágio da DRC 710.000 pacientes	Número de Pacientes	N. Inter.Pop USA Sem intervenção	N. Inter.Pop Taubaté Com intervenção	Diferença
3b	600.000	271.200	50.400	220.800
4	80.000	69.360	7.520	61.840
5	30.000	43.380	4.860	38.520
Total	<b>710.000</b>	369.780	61.160	<b>321.160</b>

Economia anual com internações : ~ R\$373.000.000,00

# Economia anual com a redução na progressão da DRC :

- 30.000 pac estágio 5 DRC
- Mortalidade ~ 8,1 % /ano
- Dobramos o tempo de evolução para a DRC terminal
- Teremos 27.600 casos a menos / ano

**Economia = R\$ 770.000.000,00**



# Economia Anual com a Prevenção : Internações mais redução na progressão da DRC

- Internações R\$ 373.000.000,00
- Progressão da DRC R\$ 770.000.000,00

**Economia Total**

**R\$ 1.143.000.000,00**



# Economia anual de vidas : Vidas Salvas por ano

Estágio da DRC 710.000 pacientes	Número de Pacientes	N. Mort.Pop USA Sem Intervenção	N. Mort.Pop Taubaté Com Intervenção	Diferença
3b	600.000	28.560	9.600	18.960
4	80.000	9.088	2.720	6.368
5	30.000	4.242	2.430	1.812
Total	<b>710.000</b>	41.890	14.750	<b>27.140</b>

Evitamos ~ 27.000 mortes / ano

# Garantir a Sustentabilidade Financeira da TRS para os Prestadores e para a Sociedade :

- Reajuste no reembolso da sessão de hemodiálise para o valor de R\$ 256,00
- Adequação dos valores pagos à Diálise Peritoneal
- Pagamento às Clínicas de Diálise pelo Tratamento Conservador ao paciente renal nos estágios 4 e 5 em ambulatório, no valor de R\$ 960,00 por paciente /ano



# Sustentabilidade da TRS :

- Otimizar os recursos
- Reduzir o desperdício
- Melhorar a qualidade do atendimento



# Dia Mundial do RIM

10 de março de 2016

