

HEMODIÁLISE E SEU FINANCIAMENTO NO BRASIL: RELATO DE EXPERIÊNCIA

HEMODIALYSIS AND ITS FINANCING IN BRAZIL: EXPERIENCE REPORT

CAROLINA ILA DE OLIVEIRA PERES¹; CRISTINA ILA DE OLIVEIRA PERES²; AMANDA ILA DE OLIVEIRA PERES³; SÉRGIO MOTA DA SILVA JÚNIOR⁴

1. Médica pela Faculdade de Ciências da Saúde de Barretos (FACISB), Residente de Clínica Médica pela UniEvangélica, Anápolis, Goiás, Brasil.
2. Enfermeira, mestre em Ciências da Saúde (UFU), docente na Universidade de Uberaba (UNIUBE) e docente na Faculdade Anhanguera, Uberlândia, Minas Gerais, Brasil.
3. Médica pelo Instituto Master de Ensino Presidente Antônio Carlos (IMEPAC).
4. Preceptor da UniEvangélica, Anápolis, Goiás, Brasil.

RESUMO

Introdução: A Doença Renal Crônica é definida como a perda progressiva e irreversível das funções renais. Dados estabelecidos pela Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN), publicados em 2023, mostraram que até o ano de 2022 haviam mais de 150 mil pacientes em tratamento dialítico no Brasil. Apesar da relevância, o financiamento insuficiente da Terapia Renal Substitutiva (TRS) tem gerado desafios crescentes para garantir um atendimento adequado aos pacientes renais crônicos, especialmente diante do aumento da demanda e da complexidade do tratamento. **Objetivo:** Este relato busca evidenciar os impactos do subfinanciamento na prática clínica e a vivência na Fundação James Fanstone, destacando iniciativas que podem contribuir para o fortalecimento do sistema e mostrar investimentos estaduais e municipais como soluções potenciais para melhorar a assistência à saúde renal. **Metodologia:** Relato de experiência baseado nas vivências durante o rodízio de Nefrologia na Fundação James Fanstone em Anápolis e nos ambulatórios da especialidade, realizadas durante a residência de Clínica Médica. **Resultados:** O diagnóstico da Doença Renal Crônica pode ser feito a partir de exames de rotina em pacientes com doenças crônicas como diabetes e hipertensão. Logo após, em conjunto com o nefrologista é definido tipo de tratamento, tipo de acesso vascular e solicitação de vaga nas clínicas municipais de diálise. Contudo, o investimento da tabela do SUS não cobre todas as despesas gerada pela TRS. Atualmente, alguns estados brasileiros auxiliam com verbas para complementar o financiamento das hemodiálises, o que trouxe grandes benefícios aos pacientes. **Conclusão:** É preciso aumentar os investimentos nas sessões e clínicas de hemodiálise no país, com o objetivo de melhorar a assistência ao doente renal crônico e aumentar sua qualidade e expectativa de vida.

Palavras chave: Doença Renal Crônica. Hemodiálise. Subfinanciamento. Terapia Renal Substitutiva.

ABSTRACT

Introduction: Chronic Kidney Disease is defined as the progressive and irreversible loss of kidney function. Data established by the Brazilian Society of Nephrology (SBN), published in 2023, showed that by 2022 there were more than 150 thousand patients undergoing dialysis treatment in Brazil. Despite its relevance, insufficient funding for Renal Replacement Therapy (RRT) has generated increasing challenges to ensure adequate care for chronic kidney patients, especially given the increased demand and complexity of treatment. **Objective:** This report seeks to highlight the impacts of underfunding on clinical practice and the experience at the James Fanstone Foundation, highlighting initiatives that can contribute to strengthening the system and showing state and municipal investments as potential solutions to improve renal health care. **Methodology:** Experience report based on experiences during the Nephrology rotation at the James Fanstone Foundation in Anápolis and in the specialty's outpatient clinics, carried out during the Internal Medicine residency. **Results:** The diagnosis of Chronic Kidney Disease can be made based on routine exams in patients with chronic diseases such as diabetes and hypertension. Soon after, together with the nephrologist, the type of treatment, type of vascular access and request for a place in the municipal dialysis clinics are defined. However, the investment from the SUS table does not cover all the expenses generated by RRT. Currently, some Brazilian states assist with funds to supplement the financing of hemodialysis, which has brought great benefits to patients. **Conclusion:** It is necessary to increase investments in hemodialysis sessions and clinics in the country, with the objective of improving care for chronic kidney patients and increasing their quality and life expectancy.

Keywords: Chronic Kidney Disease. Hemodialysis. Underfunding. Renal Replacement Therapy.

INTRODUÇÃO

A Doença Renal Crônica é definida como a perda progressiva e irreversível das funções renais.¹ Dados estabelecidos pela Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN), publicados em 2023, apontam que a Doença Renal Crônica é considerada endêmica no país e acomete 1 em cada 10 brasileiros adultos. Ainda, demonstram que até o ano de 2022 haviam mais de 150 mil pacientes em tratamento dialítico no Brasil, entre elas, mais de 120.000 brasileiros realizavam sessões de hemodiálise pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Além disso, estimaram que mais de 2 mil pessoas aguardavam vagas para iniciarem tratamento em clínicas públicas.²

Contudo, o volume crescente de pacientes nessas instuições e a falta de reajuste da tabela SUS para financiamento das hemodíalises no Brasil tem gerado consequências negativas na assistência ao doente renal crônico dialítico, como falta de vagas em clínicas, número limitado de sessões, falta de dialisadores de alto fluxo, escassez de locais para hemodiálise de pacientes com infecções virais crônicas, além da dificuldade de acesso aos medicamentos de alto custo que complementam o tratamento.

Com isso, a manutenção desse serviço enfrenta desafios significativos devido ao financiamento da tabela SUS. Logo, alguns estados brasileiros criaram incentivos financeiros para ajudar o setor, visando melhorias ao paciente e redução de prejuízos aos municípios.

Esse relato de experiência tem como objetivo demonstrar a vivência na clínica de hemodiálise da Fundação James Fantone e no ambulatório de nefrologia, bem como relatar as dificuldades vivenciadas pelo doente renal crônico. Além de divulgar o investimento público nesse setor de saúde e destacar a iniciativa de alguns estados brasileiros no subfinanciamento dos serviços de Terapia Renal Substitutiva (TRS) e os benefícios gerados aos usuários.

RELATO DE EXPERIÊNCIA

A proposta de inserção na clínica de hemodiálise e no ambulatório de nefrologia durante a residência de Clínica Médica é conhecer a rotina da Terapia Renal Substitutiva, bem como aprofundar o conhecimento sobre a Doença Renal Crônica, que tem aumentado nos últimos anos como resultado da piora da qualidade de vida de muitos brasileiros e da falta de adesão ao tratamento de outras comorbidades como hipertensão, doenças cardiovasculares e diabetes, estas que são as principais causas de DRC no Brasil.³

Pacientes dentro desse grupo de risco precisam ter um acompanhamento médico periódico. Para diagnóstico de Insuficiência Renal Crônica é necessária uma Taxa de Filtração Glomerular (TFG) menor que 60 ml/min/1,73 m² por mais de três meses, ou uma TFG maior que 60 ml/min/1,73 m², associado a albuminúria, hematuria de origem glomerular, alteração eletrolítica, doenças tubulares, biópsia renal alterada, anormalidades estruturais em exames de imagem ou histórico de transplante renal.

Com o diagnóstico estabelecido, realiza-se o estadiamento da doença baseado na taxa na TFG entre os estágios de 1 a 5. Além disso, nos pacientes com estágio 4 e 5, é realizada a investigação de distúrbio mineral ósseo e anemia, bem como o rastreamento de doenças virais como hepatite B, hepatite C e HIV.

Em conjunto com o nefrologista assistente são definidas as estratégias de tratamento e vias para realização da TRS, entre elas o cateter de Shilley, fístulas arteriovenosas (FAV), Permcath e a diálise peritoneal. Logo após esse processo é solicitado a Secretaria de Saúde do município uma vaga para realização da diálise.

A maioria dos doentes da clínica, relataram que receberam o diagnóstico durante internações hospitalares causadas por descompensação clínica da DRC como hipercalemia, uremia e hipervolemia. Muitos não tratavam suas comorbidades adjacentes, ou ainda, faziam uso em excesso de anti-inflamatórios ou outros medicamentos nefrotóxicos, o que resultou na lesão renal irreversível. Essa realidade reflete a dificuldade de acesso ao diagnóstico e seguimento precoce, que poderia ter ocorrido na linha de cuidado ambulatorial. Essa realidade reflete a falta de acesso a cuidados preventivos e diagnósticos precoces.

Após o início da TRS ocorrem mudanças na rotina do doente, como horário de trabalho, restrição alimentar e hídrica, cuidados com a fistula ou cateter, medicações de uso contínuo. Muitos destacam o desconforto da punção a cada hemodiálise, o período prolongado de sessão. Ainda, os familiares descrevem as dificuldades que enfrentam, como a reestruturação alimentar, disponibilidade de acompanhante durante as diálises, alto custo das medicações, dificuldade de deslocamento intermunicipal, muitos são oferecidos pelo município de origem, visto que muitos pacientes residem em cidades próximas a Anápolis.

Na clínica da Fundação James Fanstone, os pacientes realizam 3 sessões de hemodiálise por semana, com duração de 3 a 4 horas cada. No Brasil, são disponibilizadas pelo Sistema Único de Saúde 3 sessões de hemodiálise por semana, já para pacientes pediátricos são 4 sessões no mesmo período.⁴

A programação da diálise varia com o peso seco do paciente e o KTV, ou seja, uma relação que avalia a qualidade da hemodiálise a partir do volume de depuração e capacidade/performance do dialisador na remoção de substâncias do sangue (K), tempo de diálise (T) e volume corporal

do paciente (V), o nefrologista é capaz de prescrever uma hemodiálise eficiente e adequado para peso que paciente ganhou no período interdialítico.⁵

Outra modalidade de tratamento é a diálise peritoneal que, de acordo com a Sociedade Brasileira de Nefrologia (2021), o processo ocorre dentro do corpo do paciente, com auxílio da filtração do peritônio como substituto da função renal. Ela é dividida em dois tipos, a diálise peritoneal ambulatorial contínua (DPAC), que segundo a Sociedade Brasileira de Nefrologia (2021) consiste em um procedimento diário e manual realizado pelo paciente ou familiar, com quatro trocas ao dia. O outro tipo é a diálise peritoneal automatizada (DPA), também diária, no período noturno, através de uma máquina cicladora, que infunde e drena o líquido, fazendo as trocas necessárias de acordo com a prescrição médica.^{6,7}

De acordo com a Proposta de Emenda constitucional 32/2022, o Governo Federal reajustou em 10,3% o valor na tabela do SUS, o valor da sessão passou para R\$ 240,97. Além disso, houve um incentivo adicional para manutenção das máquinas de hemodíalises em clínicas que possuem mais de 29 unidades. Como consequência, estimaram o aumento das vagas nas instituições de diálise no país e a redução de pacientes nas filas a espera de tratamento. Porém não foi o suficiente para cobrir os gastos.

A discrepância entre os custos reais de uma sessão de hemodiálise e os valores repassados pelo SUS é evidente. Segundo um levantamento realizado pela Associação Brasileira dos Centros de Diálise e Transplante (ABCDT), o custo por sessão em março 2020 foi de R\$ 301,34, e em março 2021 foi de R\$ 314,27. Na época o repasse feito de acordo com a tabela SUS entre 2020 e 2021 era de R\$ 194,208. Com essa diferença nos valores, as clínicas enfrentavam custos elevados de insumos, vagas limitadas e dificuldades para manutenção de equipamentos, encargos e tributos.

No final de 2019, o estado do Rio de Janeiro, com o apoio da ABCDT, implementou o cofinanciamento da diálise. Atualmente, Mato Grosso do Sul, Rio de Janeiro, Distrito Federal, Bahia, Mato Grosso, Santa Catarina, Sergipe, São Paulo e Amazonas auxiliam com verbas para complementar o financiamento da diálise. Como consequência, há relatos da ampliação do número de vagas, melhora na capacidade técnica.

Em Santa Catarina, a Secretaria Estadual de Saúde repassará o valor mensal de R\$ 1.235,00, por paciente em realização de diálise peritoneal para compensar o custo dos materiais e a manutenção da equipe multidisciplinar atendido. Além disso, o valor de R\$ 61,00 será repassado para as sessões de hemodiálise, tendo como referência a Portaria MS 389 de 13/03/2014, esta que incentivava o custeio de atendimento aos pacientes com DRC, e foi revogada posteriormente.⁹

Em contrapartida, apenas em 2023 foi instituída a Portaria Nº 813/2023 que iniciou o cofinanciamento de Terapia Renal Substitutiva no estado de São Paulo. Logo, o valor adicional a ser pago pelo Estado é de R\$ 700,00/mês por paciente que realiza hemodiálise, R\$ 1.300,00 por paciente em diálise peritoneal ambulatorial e R\$ 600,00 por confecção de fístula arteriovenosa.¹⁰

No Mato Grosso do Sul a Resolução n. 161/SES/MS, de 2024, liberou o financiamento para o serviço de TRS com o valor de R\$ 45,00 por sessão de hemodiálise, sendo no máximo 14 diálises por paciente ao mês.¹¹

O cofinanciamento estadual tem mostrado ser uma estratégia eficaz em alguns estados brasileiros, possibilitando a ampliação de vagas e a melhoria na qualidade do serviço. No

entanto, essas iniciativas ainda são pontuais e demandam maior adesão nacional para garantir a sustentabilidade do sistema de hemodiálise.

CONCLUSÕES

Com isso, durante os dois meses na clínica de hemodiálise da Fundação James Fanstone em Anápolis e nos ambulatórios de nefrologia, foi possível vivenciar a rotina do paciente dialítico e seus familiares, ouvir suas experiências com a doença e quais foram os impactos na sua vida. O que ressalta a importância de um cuidado integral e humanizado, que deve considerar, além da abordagem técnica, as implicações sociais e emocionais de vagas nas clínicas para todos os pacientes da rede, a longa espera para confecção de fístula arteriovenosa pelo Sistema Único de Saúde.

A partir dos estudos e pesquisas feitos pela SBN e ABCDT, foi comprovado que o repasse da tabela SUS para as sessões de hemodiálise não Brasil não é suficiente para pagamento de funcionários, insumos e despesas geradas por cada paciente dialítico. Com o subfinanciamento estadual já existente nos estados de Mato Grosso do Sul, Rio de Janeiro, Distrito Federal, Bahia, Mato Grosso, Santa Catarina, Sergipe, São Paulo e Amazonas, nota-se melhorias no atendimento e na qualidade de vida do paciente com doença renal crônica e redução das filas de espera por vagas nas clínicas.

Portanto, o fortalecimento do financiamento público e a expansão de programas estaduais de cofinanciamento são medidas essenciais para garantir o acesso universal e equitativo ao tratamento dialítico. A partir da vivência clínica, reforça-se a necessidade de políticas públicas que promovam a sustentabilidade financeira das clínicas e melhorem a qualidade de vida dos pacientes renais crônicos, em toda sua amplitude biopsicossocial.

REFERÊNCIAS

1. Romão Junior JE. Doença renal crônica: definição, epidemiologia e classificação. *Braz J Nephrol.* 2004 Aug;26(3 suppl 1):1-3.
2. Nerbass FB, Lima HN, Moura-Neto JA, Lugon JR, Sesso R. Censo brasileiro de diálise 2022. *Braz J Nephrol.* 2023 Dec 8;46(2):e20230062.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Estudo epidemiológico brasileiro sobre terapia renal substitutiva. Brasília (DF); 2002.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1675/GM/MS de 7 de junho de 2018.
5. Breitsameter G. Cálculo de Kt/V em hemodiálise: comparação entre fórmulas. *Braz J Nephrol.* 2012 Mar;34(1):22-6.
6. Sociedade Brasileira de Nefrologia. Available from: <https://sbn.org.br/>.
7. Sociedade Brasileira de Nefrologia. No Brasil 80% de todos os tratamentos de diálise realizados no Brasil são financiados pelo Sistema Único de Saúde (SUS). 2023 Jan 23. Available from: <https://sbn.org.br/medicos/sbn-acontece/noticias/no-brasil-80-de-todos-os-tratamentos-de-dialise-realizados-no-brasil-sao-financiados-pelo-sistema-unico-de-saude-sus/>.
8. Datasus. SIGTAP - Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS. Available from: <http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/sec/inicio.jsp>.
9. Secretaria de Estado da Saúde do Estado de Santa Catarina. Linha de cuidado da pessoa com doença renal crônica em santa catarina. 2021. Available from: <https://www.saude.sc.gov.br/index.php/documentos/atencao-basica/cronicas/rede-de-atencao-as-condicoes-cronicas-nacc/19969-linha-de-cuidado-da-pessoa-com-doenca-renal-cronica/file>.

10. Secretaria de Estado da Saúde do Estado de Mato Grosso do Sul. Governo lança incentivo a municípios que oferecem serviço de terapia renal substitutiva. 2024 Jan 23. Available from: <https://www.saude.ms.gov.br/governo-lanca-incentivo-a-municipios-que-oferecem-servico-de-terapia-renal-substitutiva/>.

11. Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo. SP deve cofinanciar TRS a pacientes do SUS, afirma deputado. 2022 Nov 11. Available from: <https://www.al.sp.gov.br/noticia/?id=443523>.

Carolina Ila de Oliveira Peres

<http://lattes.cnpq.br/3319976156493507> - <https://orcid.org/0009-0003-2788-8257>

Cristina Ila de Oliveira Peres

<http://lattes.cnpq.br/4025594076842420> - <https://orcid.org/0000-0003-0495-6766>

Amanda Ila de Oliveira Peres

<http://lattes.cnpq.br/1524504953402581> - <https://orcid.org/0009-0000-4709-2254>

Sérgio Mota da Silva Júnior

<http://lattes.cnpq.br/1568462403206261> - <https://orcid.org/0009-0009-1180-7946>

ENDEREÇO

CAROLINA ILA DE OLIVEIRA PERES

Av. Universitária, s/n - Cidade Universitária, Anápolis - GO

E-mail: ilacarol18@gmail.com

Revisão Bibliotecária - Romulo Arantes

Revisão Ortográfica: Dario Alvares

Recebido: 11/12/24. Aceito: 12/12/24. Publicado em: 15/01/25.