

GASTOS EM SAÚDE COM A INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA: REVISÃO SISTEMÁTICA

Naiane Pereira de Oliveira¹; Jéssica Stragliotto Bazzan²; Bianca Pozza dos Santos³, Eda Schwartz⁴

¹*Universidade Federal de Pelotas – nah3m@hotmail.com*

²*Universidade Federal de Pelotas – jessica_bazzan@hotmail.com*

³*Fundação Hospitalar Getúlio Vargas – bi.santos@bol.com.br*

⁴*Universidade Federal de Pelotas – edaschwa@gmail.com*

1. INTRODUÇÃO

A Insuficiência Renal Crônica (IRC) é caracterizada pela perda gradativa e irreversível das funções básicas dos rins: eliminação de resíduos e líquidos do organismo, regulação dos elementos do sangue (sódio, potássio, fósforo e cálcio) e atuação hormonal (BRASIL, 2015). A IRC é um grande problema de saúde pública, tanto pelo aumento de sua incidência, como por falhas nos métodos do tratamento conservador, levando a custos exponencialmente altos. Em países como Alemanha, França, Itália e Áustria, adotou-se o modelo meritocrático ou de desempenho industrial, ou seja, os direitos a benefícios garantidos pelo Estado são diferenciados conforme status ocupacional (BISOTO JUNIOR; SILVA; DAIN, 2006).

Estados Unidos, Suíça e Austrália possuem o modelo residual, em que o setor privado tem a prevalência em demandas como previdência social e saúde, ficando a mercê do Estado os atendimentos de demandas sociais. Já no Canadá, as políticas públicas de saúde provêm seu financiamento da natureza pública, dependendo da receita geral dos estados (BISOTO JUNIOR; SILVA; DAIN, 2006). No Brasil, a saúde é garantida gratuitamente pela Constituição de 1988, por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), porém na prática, é subsidiado de forma híbrida entre o financiamento público e o custeamento de instituições privadas (LUGON, 2009).

Durante o período de 2009 a 2018, foram registradas 964.641 internações causadas pela IRC, sendo destas, 194.289 internações na região sul. Com o tratamento, desde acompanhamento multiprofissional, treinamento de pacientes submetidos à diálise peritoneal, exames de rotina, implantes de cateter para hemodiálise, diálise peritoneal e hemodiálise em condições habituais, houve um total de R\$ 24.032.946.194,99 em custos, divididos pela administração pública e pelas entidades privadas (DATASUS, 2019).

Além dos fatores assistenciais, os custos gerados pelo tratamento também sofrem influência das características típicas de cada região, sejam elas culturais ou sociodemográficas. Assim, este estudo teve por objetivo conhecer os gastos em saúde com insuficiência renal crônica no Brasil e no mundo, por meio de uma revisão de literatura.

2. METODOLOGIA

Trata-se de uma Revisão Sistemática por lançar uma pergunta formulada de maneira objetiva, utilizando métodos sistemáticos e explícitos para identificar, selecionar e avaliar criticamente estudos relevantes, além de coletar e analisar os dados obtidos (GALVÃO; PANSANI, 2015). Assim, este estudo foi realizado no período de julho a setembro de 2019, nas Bases de Dados Eletrônicas: Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica (Medical Literature Analysis and

Retrieval System Online – PubMed/MEDLINE); Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS); e Biblioteca Eletrônica Científica Online (Scientific Electronic Library Online – SCIELO). Na base de dados PubMed/MEDLINE, utilizou-se o “Mesh” como recurso de pesquisa, enquanto que no LILACS e no SCIELO foi realizado a partir do formulário avançado.

Buscaram-se estudos que abordassem a temática “gastos em saúde com a insuficiência renal crônica” e que respondessem à seguinte questão norteadora: “Quais os gastos em saúde com insuficiência renal crônica no Brasil e no mundo?”. Para a busca dos estudos nas Bases de Dados Eletrônicas, foram utilizados os seguintes descritores: Insuficiência Renal Crônica (Renal Insufficiency, Chronic); Terapia de Substituição Renal (Renal Replacement Therapy); Diálise (Dialysis); Gastos em Saúde (Health Expenditures).

Quanto ao estabelecimento de critérios para a inclusão e a exclusão dos estudos, foram incluídos: publicações ocorridas nos últimos dez anos, disponíveis na íntegra nos idiomas inglês, espanhol ou português e que respondessem à questão de pesquisa. Foram excluídos editoriais, capítulos de livros, anais de eventos, revisões, dissertações e teses.

A busca realizada na Base de Dados PubMed/MEDLINE, conforme os critérios de inclusão relacionados ao período de publicação (últimos dez anos) e ao idioma (inglês, espanhol e português), gerou 96 artigos. Destes, três estudos foram excluídos por não estarem disponíveis para a leitura na íntegra e sete se tratavam de estudos de revisão, 29 por não responderem pergunta norteadora; três editoriais e uma resposta do autor, dois por serem qualitativo, quatro por abordarem a temática transplante e um por duplicata. Totalizando nessa base de dados 46 artigos selecionados.

Na Base de Dados LILACS, cruzando os descritores, a busca inicial gerou nove artigos, porém, um foi excluído por duplicata. Ainda de acordo com os critérios de inclusão e de exclusão, excluíram-se três estudos por possuírem mais de dez anos de publicação, três estudos que se tratavam de revisões e um que não respondeu à pergunta norteadora. Assim, foi selecionado um estudo para a análise.

Já a Base de Dados SCIELO gerou seis estudos. Após a leitura dos títulos e dos resumos, foram selecionados quatro artigos para a análise na íntegra e dois foram excluídos por repetição.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os artigos foram analisados em dois blocos: gastos em saúde individuais e gastos em saúde coletivos. Considera-se gastos em saúde individuais aqueles que profICIENTEMENTE tem sua cobertura dada pelos meios financeiros do próprio indivíduo, e não pelo sistema de saúde. Gastos que vêm a complementar seu tratamento de saúde são exemplificados por cuidados domésticos, visita a especialistas com cuidadores, transporte, alimentação, exercício físico, realização de exames, dentre outros.

Em estudo realizado na Itália, mais da metade dos pacientes em estágios avançados da doença necessitavam da presença de cuidadores para ir à visita do especialista. Estima-se que um em três pacientes necessitou de ajuda doméstica devido à IRC (TURCHETTI et al., 2017). Tal dado demonstra que os gastos em saúde se relacionam primordialmente com a dependência dos estágios mais graves a cuidadores, tornando sua oneração em saúde mais elevado.

O custo do paciente em tratamento de IRC com transporte pode ser estimado relacionando às despesas com viagem de ida e volta de casa para o

hospital para realizar uma visita especializada, para realizar a diálise em âmbito hospitalar, além de exames laboratoriais. Ainda, sobre a alimentação, a maioria dos pacientes consumiu alimentos especiais de baixa proteína para a IRC com prevalência estatisticamente significante no estágio mais grave da doença (TURCHETTI et al., 2017).

Devido ao alto consumo de recursos médicos, bem como à repetibilidade no tratamento, as famílias de pacientes com IRC estão carregando enormes encargos econômicos, e o problema já se tornou uma questão social séria na gestão da saúde e na economia (COLLINS et al., 2009).

Os gastos em saúde coletivos são entendidos como despesas ordinárias da IRC, que se encaixam verbas públicas destinadas a subsídios para o tratamento da doença, valores de internações hospitalares, procedimentos cirúrgicos e procedimentos de urgência, de emergência e eletivas e, também, a confecção de materiais necessários como cateteres.

Segundo estudo realizado em um hospital de Beijing na China, dentre os 855 casos de internação relacionados a IRC, os principais influenciadores dos gastos totais obtidos desses pacientes incluíram o tipo de diálise, internações em unidades de terapia intensiva e tempo de internação (LIU et al., 2018). A partir desse ponto, pode-se relacionar os altos gastos com estágios da doença, comorbidades associadas e as condições clínicas do paciente, fato corroborado por MCQUEEN et al. (2017), em que nos Estados Unidos a diferença do valor gasto anualmente com despesas médicas entre pacientes em estágio 4 da IRC e pacientes em estágio 1 pode chegar a US\$ 6949.

Outro fator determinante para o montante dos gastos é a utilização de sistemas de saúde gratuitos, adesão a planos privados ou tratamentos particulares. Na Índia, em 2018, de 920 entrevistados, 48% pagavam seu próprio tratamento, 26% possuíam reembolso de funcionários e 23% possuíam seguro. Para essas pessoas, o valor médio da colocação de cateter não inflado é de U\$ 160 e possui maior adesão em relação a utilização de cateter com túneis, que pode chegar ao valor de U\$ 320 por instalação. Já a fistula pode ser criada pelo valor de U\$ 320 e o enxerto pode chegar a U\$ 480 (BANSAL et al., 2018).

No Brasil, durante o triênio de 2013-2015, houve um aumento de 10,95% de despesas relacionadas à IRC. Os altos valores despendidos para o tratamento, principalmente a hemodiálise que representa 96,07% dos gastos gerais com diálise (ALCALDE; KIRSZTAJN, 2017). Se comparado a diálise peritoneal, a relação de gastos da hemodiálise pode chegar a um valor 1,26% inferior, garantindo sua maior utilização no Sistema Público de Saúde (CHERCHIGLIA et al., 2010). Estes gastos trazem preocupação não somente ao Brasil, mas também a países com condições de desenvolvimento semelhantes, visto que o número de pessoas com a doença tem aumentado em relação a estágios que necessitam apenas de tratamento conservador (ALCALDE; KIRSZTAJN, 2017).

4. CONCLUSÕES

O aumento do número de casos da IRC vem sendo enfrentado mundialmente. Consequentemente com este aumento, as despesas também sobem, sendo imprescindível a criação de estratégias para melhorar não somente a qualidade de vida dos pacientes, mas também, a qualidade dos serviços de saúde prestados a eles, sejam por sistemas públicos ou privados.

No geral, os altos custos do tratamento ajudam na discrepância das questões socioeconómicas vividas no Brasil e no mundo, trazendo como

resultados a não adesão ou o abandono do tratamento, complicando mais ainda a crise contemporânea dos sistemas de saúde.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALCADE, P.R.; KIRSZTAJN, G.M. Expenses of the brazilian public healthcare system with chronic kidney diseases. **Brazilian Journal of Nephrology**, v. 40, n. 2, p. 122-129, 2018.

BANSAL, D.; KHER, V.; GUPTA, K.L; BANERJEE, D.; JHA, V. Haemodialysis vascular access: current practices amongst Indian nephrologists. **The Journal of Vascular Access**, v. 19, n. 2, p. 172-176, 2018.

BISOTO JUNIOR, G.; SILVA, P.L.B.; DAIN, S. **Regulação do setor saúde nas Américas**: as relações entre o público e o privado numa abordagem sistêmica. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Biblioteca Virtual em Saúde. **Dicas em Saúde**. Insuficiência Renal Crônica, 2015. Acessado em: 01 set. 2019. Online. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/dicas-em-saude/2083-insuficiencia-renal-cronica>.

CERCHIGLIA, M.L. et al. Determinantes dos gastos com diálises no Sistema Único de Saúde, Brasil, 2000 a 2004. **Caderno de Saúde Pública**, v. 26, n. 8, p. 1627-1641, 2010.

COLLINS, A.J. et al. Excerpts from the US renal data system 2009 annual data report. **American Journal of Kidney Diseases**, v. 55, n. 1, p. 6-7, 2010.

DATASUS. Informações em Saúde (TABNET). **Assistência à Saúde**. Acessado em: 28 ago. 2019. Online Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sia/cnv/qauf.def>.

GALVÃO, T.F.; PANSANI, T.S.A. Principais itens para relatar revisões sistemáticas e meta-análises: A recomendação PRISMA. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 24, n. 2, 2015.

LIU, X.; MAO, Y.; WANG, H.; CHEN, X.G.; ZHAO, B.; SUN, Y. Path Analysis on Medical Expenditures of 855 Patients with Chronic Kidney Disease in a Hospital in Beijing. **Chinese Medical Journal**, v. 131, n. 1, p. 25-31, 2018.

LUGON, J.R. Doença renal crônica no Brasil: um problema de saúde pública. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, v. 31, supl. 1, p.2-5, 2009.

McQUEEN, R.B.; FARAHBAKHSIAN, S.; BELL, K.F.; NAIR, K.V.; SASEEN, J.J. Economic burden of comorbid chronic kidney disease and diabetes. **Journal of Medical Economics**, v. 20, n. 6, p. 585-591, 2017.

TURCHETTI, G. et al. The social cost of chronic kidney disease in Italy. **The European Journal of Health Economics**, v. 18, p. 847-858, 2017.