

***Perfil da Doença Renal Crônica
O Desafio Brasileiro***

2007

***Preparado pelo Grupo Multisetorial de
Doença Renal Crônica:***

SBN

SOBEN

ABC DT

Associações de Pacientes Renais Crônicos

Índice

<i>INTRODUÇÃO.....</i>	<i>3</i>
<i>CONCEITO E CLASSIFICAÇÃO</i>	<i>4</i>
<i>CAUSAS DE DOENÇA RENAL CRÔNICA.....</i>	<i>6</i>
<i>EPIDEMIOLOGIA</i>	<i>8</i>
<i>DOENÇA RENAL CRÔNICA TERMINAL.....</i>	<i>9</i>
<i>TERAPIA RENAL SUBSTITUTIVA</i>	<i>14</i>
DIÁLISE.....	14
TRANSPLANTE RENAL.....	17
<i>QUALIDADE DO ATENDIMENTO AO PORTADOR DE DRC.....</i>	<i>19</i>
<i>CONCLUSÕES.....</i>	<i>20</i>
PRINCIPAIS PROBLEMAS DO SETOR.....	21
PROPOSTAS.....	22
<i>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</i>	<i>24</i>

Perfil da Doença Renal Crônica

O Desafio Brasileiro

Introdução

A DOENÇA RENAL CRÔNICA (DRC) emerge hoje como um sério problema de saúde pública em todo mundo, sendo considerada uma “epidemia” de crescimento alarmante. Estima-se que existam mais de 2 milhões de brasileiros portadores de algum grau de disfunção renal. A presença de disfunção renal eleva o risco de morrer prematuramente por doença cardiovascular em cerca de 10 vezes em comparação à população normal. É assustador o fato mais de 70% desconhecerem esse diagnóstico. Os principais fatores de risco para o desenvolvimento desta desordem são: **diabetes mellitus, hipertensão arterial, envelhecimento e história familiar de DRC**. Vale a pena ressaltar que independentemente da causa da DRC, a presença de obesidade, dislipidemia e tabagismo acelera a sua progressão culminando com a necessidade de Terapia Renal Substitutiva (TRS).

Atualmente, no Brasil mais de 70.000 pacientes são dependentes dessa terapia, seja diálise ou transplante renal, com gasto anual de cerca de 2,0 bilhões de reais. Com base no grande número de grupos de risco, a previsão é que esse número possa duplicar nos próximos 5 anos, ultrapassando os 125 mil casos em 2010.

As conseqüências humanas, sociais e econômicas são devastadoras. A expectativa de vida é reduzida, os riscos de doença cardiovascular e acidente vascular cerebral são aumentados e o ônus

recai não somente sobre o Estado, mas sobre o portador, seus familiares e amigos.

Entretanto, tanto o diabetes como a hipertensão arterial se prevenidos, detectados precocemente, tratados corretamente e acompanhados por uma equipe multidisciplinar dificilmente evoluirão com complicações tão sérias.

A Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN) vem trabalhando junto ao Ministério da Saúde no intuito de inserir o tema DOENÇA RENAL CRÔNICA nos Programas de Saúde do Governo Federal. Seus objetivos principais são de estimular e apoiar a adoção de medidas efetivas de vigilância, de prevenção, de tratamento e de controle desta enfermidade, tendo como estratégia-chave a sensibilização, a conscientização e a disseminação do conhecimento sobre a DOENÇA RENAL CRÔNICA. Afinal, **a DRC pode e deve ser prevenida.**

Conceito e Classificação

A DOENÇA RENAL CRÔNICA geralmente se desenvolve após uma injúria renal inicial que é seguida de perda lenta, progressiva e irreversível das funções desse órgão. Em sua fase mais avançada, chamada de fase terminal, os rins não conseguem mais manter as suas funções regulatórias, excretórias e endócrinas. O diagnóstico da DRC baseia-se na identificação dos grupos de risco, presença de alterações no exame de urina (microalbuminúria, proteinúria, hematuria) e na redução do Ritmo de Filtração Glomerular (RFG) avaliado por um teste laboratorial chamado Clearance da creatinina sérica (Figura 1). Para efeitos clínicos, epidemiológicos, didáticos e conceituais a DRC pode ser dividida em 6 estágios de acordo com a função renal:

- 0- Função renal normal sem lesão renal:** inclui pessoas integrantes dos chamados grupos de risco para o desenvolvimento de DRC (diabetes, hipertensão, idosos, familiares de portadores de DRC) que ainda não desenvolveram lesão renal
- 1- Lesão com função renal normal:** corresponde às fases iniciais de lesão renal (microalbuminúria, proteinúria) mas com o RFG igual ou acima de 90mL/min.
- 2- Insuficiência renal leve:** corresponde ao início da insuficiência renal; nesta fase o indivíduo não apresenta sinais ou sintomas de doença renal, mas o RFG se encontra entre 60 - 89 mL/min.
- 3- Insuficiência renal moderada:** os sintomas renais podem se fazer presentes de forma branda, geralmente o indivíduo apresenta somente queixas relacionadas a sua doença de base como diabetes, hipertensão. O RFG se encontra entre 30 - 59 mL/min.
- 4- Insuficiência renal severa:** o paciente já se ressentir de disfunção renal com sinais e sintomas de uremia (náuseas, vômitos, perda do apetite, emagrecimento, falta de ar, edema, palidez, etc). O RFG se encontra entre 15 - 29 mL/min.
- 5- Insuficiência renal terminal:** os rins perdem o controle do meio interno, tornando-se este bastante alterado e incompatível com a vida. Nesta fase, os sintomas se intensificam e as opções terapêuticas são os métodos de depuração artificial do sangue (hemodiálise ou diálise

peritoneal) ou o transplante renal. O RFG se encontra abaixo de 15 mL/min.

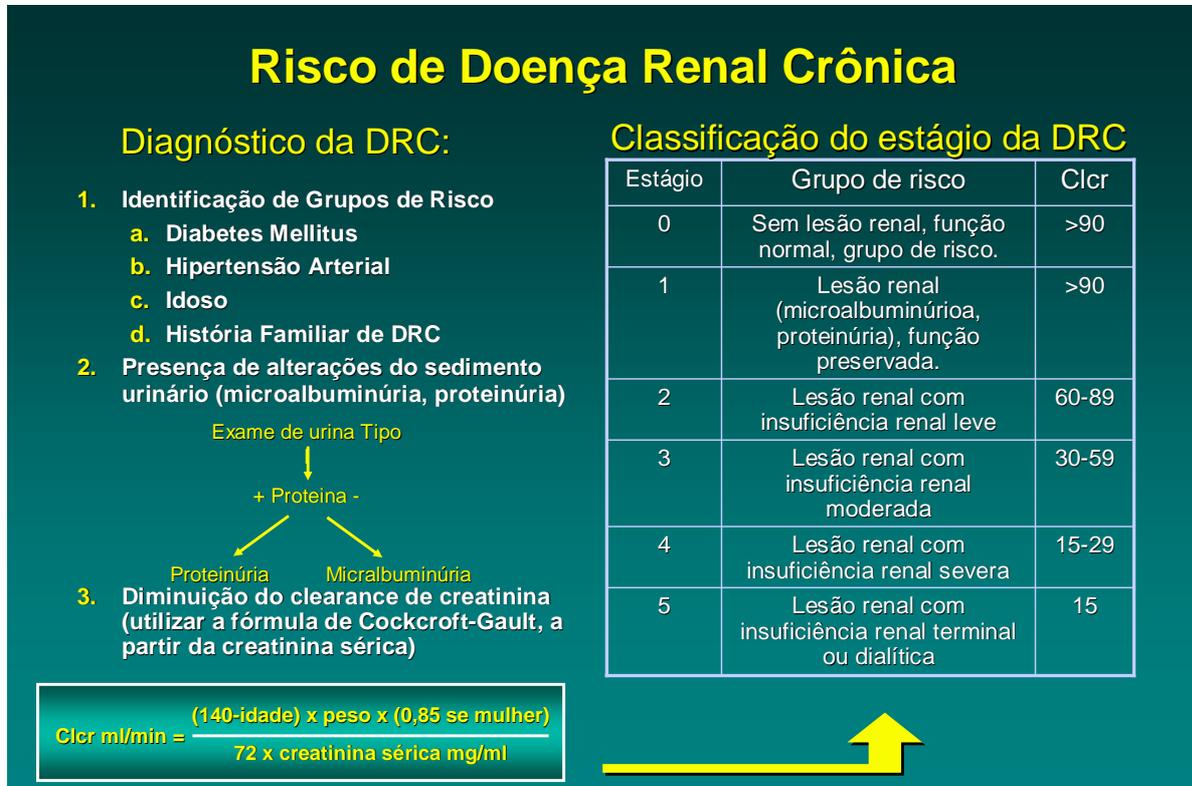


Figura 1 - adaptado de www.saude.gov.br/dab

Causas de Doença Renal Crônica

Já estão estabelecidas com clareza as principais causas de DRC, sendo que diabetes mellitus, hipertensão arterial, história familiar de DRC e envelhecimento estão entre as principais. Além destas, outras moléstias podem estar relacionadas à perda de função renal como, glomerulopatias, rejeição crônica do enxerto renal, doença renal policística, doenças auto-imunes, infecções sistêmicas, infecções urinárias de repetição, uropatias obstrutivas e neoplasias.

Segundo dados da Sociedade Brasileira de Nefrologia, a hipertensão arterial e o diabetes são responsáveis por cerca de metade dos pacientes que estão em tratamento dialítico. Esses números são comparáveis aos outros países da América Latina, mas são menores do que nos Estados Unidos, onde as 2 desordens são a causa de DRC em 3 quartos dos pacientes em diálise. Essas discrepâncias podem ser parcialmente explicadas pelo grande número de pacientes idosos, característica dos países desenvolvidos.

Entretanto, deve-se chamar a atenção para a mudança que vem ocorrendo no Brasil em termos de idade média da população. O número de idosos cresce substancialmente e, com certeza, esta diferença com os países desenvolvidos vai diminuir rapidamente (Figura 2).

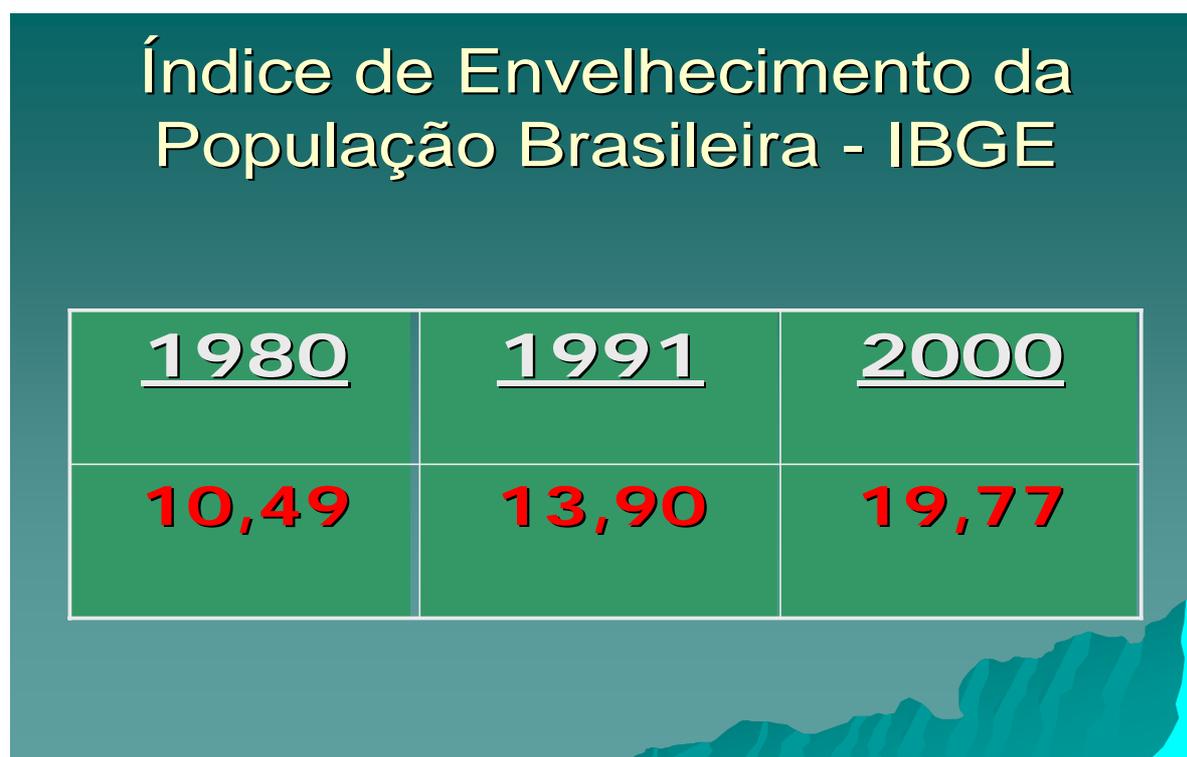


Figura 2: fonte www.ibge.gov.br

Atualmente, o número estimado de idosos no Brasil é de 14,5 milhões com a perspectiva de dobrar em 20 anos. Além do

envelhecimento da população, o número de hipertensos e de diabéticos sem diagnóstico e sem tratamento adequado é muito alto em nosso meio, e há um grande potencial de que nos próximos anos essas enfermidades sejam cada vez mais os fatores causais de Insuficiência Renal Terminal ampliando, enormemente, o número de pacientes que necessitarão de Tratamento de Substituição Renal .

Epidemiologia

Existem poucos dados disponíveis sobre a prevalência da doença renal no Brasil, mas baseados em um estudo populacional realizado na cidade de Bambuí (MG), a prevalência de alterações renais na população variou de 0,5% em adultos (18–59 anos) até 5,1% em idosos (>60 anos). Utilizando-se essas porcentagens sobre a população brasileira por faixa etária do último censo foram estimados mais de 1.800.000 de indivíduos com algum grau de insuficiência renal (Figura 3). Apesar dos números serem impressionantes, segundo avaliação dos autores esses dados podem estar subestimados, uma vez que os pacientes com doenças renais mais graves podem ter migrado para cidades maiores onde são realizados os procedimentos médicos mais complexos, ou morrido devido a falta de diagnóstico.

Estima-se que pelo menos 25% da população brasileira tenha hipertensão arterial, ou seja cerca de 26 milhões de indivíduos. Levando-se em conta que não mais do que 15% teriam a pressão arterial devidamente controlada, podemos concluir que 85% tem potencial para evoluir com algum grau de insuficiência renal.

Dentre os diabéticos (cerca de 7 milhões) 30% teriam potencial para progredir para insuficiência renal. Ressaltamos que metade dos indivíduos hipertensos e diabéticos desconhecem que são portadores dessas condições. Além disso, no Brasil, entre os indivíduos acima de 20 anos, 30 milhões estão acima do peso e desse total, mais de 10 milhões são considerados obesos, outro importante fator de risco para a progressão da doença renal.

Prevalência de DRC

	IBGE	% Bambuí	DRC
<18	64.143.353	0,0048	307.888
18 – 59	99.079.282	0,0048	475.581
60 – 69	8.607.616	0,0420	361.520
70 – 79	4.791.356	0,0800	383.308
80+	1.878.392	0,1467	275.560
	178.499.999		1.803.857

Figura 3: adaptado de Passos, VM e cols., 2003

Doença Renal Crônica Terminal

No Brasil, assim como em todo o mundo, a prevalência de pacientes mantidos em programa crônico de diálise vem crescendo substancialmente afetando diretamente os gastos em saúde, o que tem

causado preocupações em agências de saúde de todo o mundo quanto ao seu gerenciamento e financiamento de longo prazo.

Segundo dados da Sociedade Brasileira de Nefrologia, em 1994 tínhamos cerca de 24.000 pacientes mantidos em programa de diálise e alcançamos mais de 70.000 pacientes em 2006; um crescimento médio no número absoluto de pacientes de cerca de 9% nos últimos anos, com uma taxa de incidência de 175 pmp e de prevalência de 383 pmp. Nossas taxas de prevalência são cerca de 4 vezes menores que a dos Estados Unidos e Japão, e metade das taxas da Itália, França e Alemanha. Provavelmente, o baixo índice de diagnóstico da DRC, o acesso limitado à terapia renal substitutiva e principalmente a alta taxa de mortalidade dos pacientes diabéticos e hipertensos ainda nas fases pré-dialíticas explicam esta baixa prevalência. Nas figuras 4 e 5 podemos ver o crescimento contínuo da taxa de prevalência que vem ocorrendo no Brasil, predizendo um número cada vez mais substancial de pacientes que irão necessitar de terapia substitutiva renal nos próximos anos.

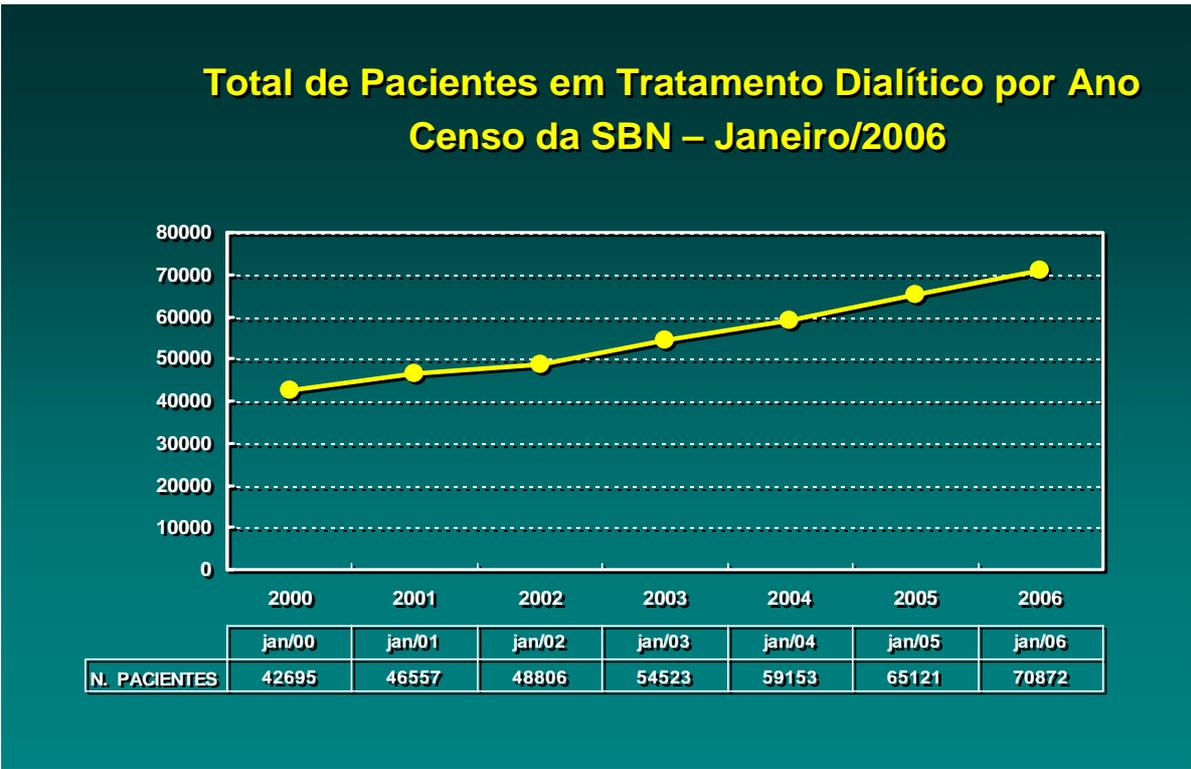


Figura 4 – Censo SBN 2006

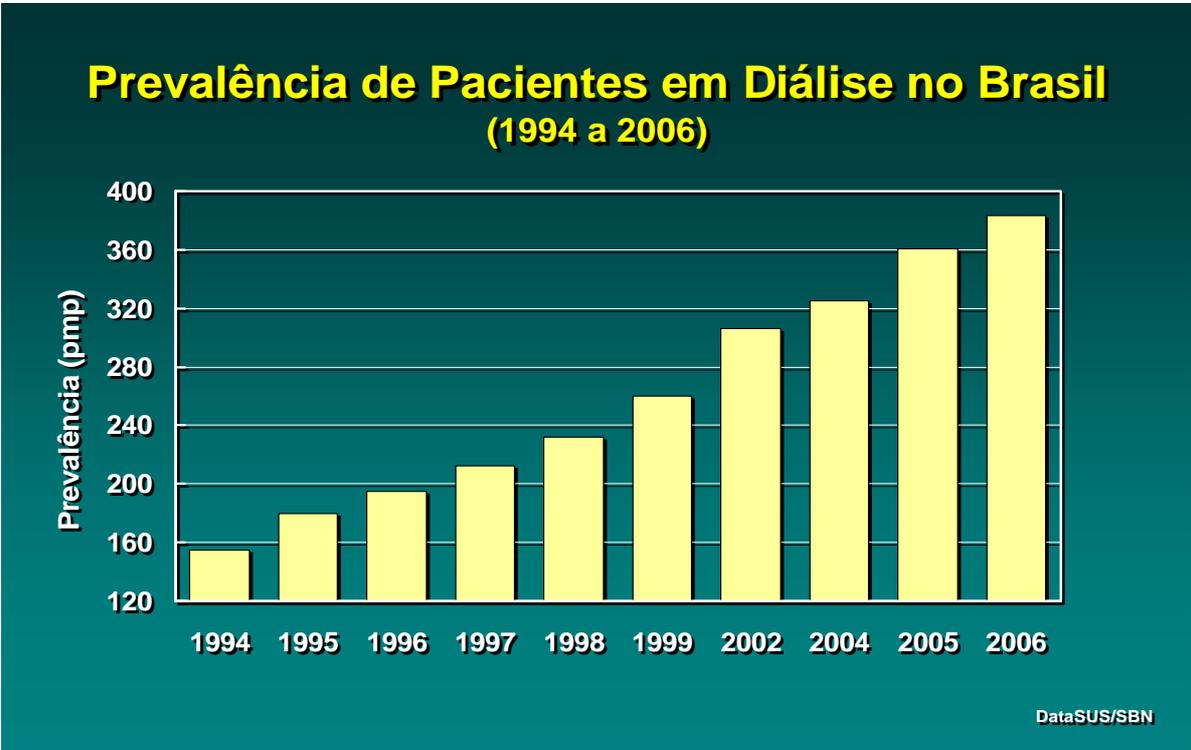


Figura 5 – Censo SBN 2006

Se compararmos a evolução da prevalência de pacientes com doença renal em estágio final nos Estados Unidos (figura 6), segundo dados United States Renal Data System (USRDS), podemos ver que o nosso gráfico está em paralelo como que ocorreu por lá a partir dos anos 80 quando tinham uma prevalência de cerca de 400 pmp.

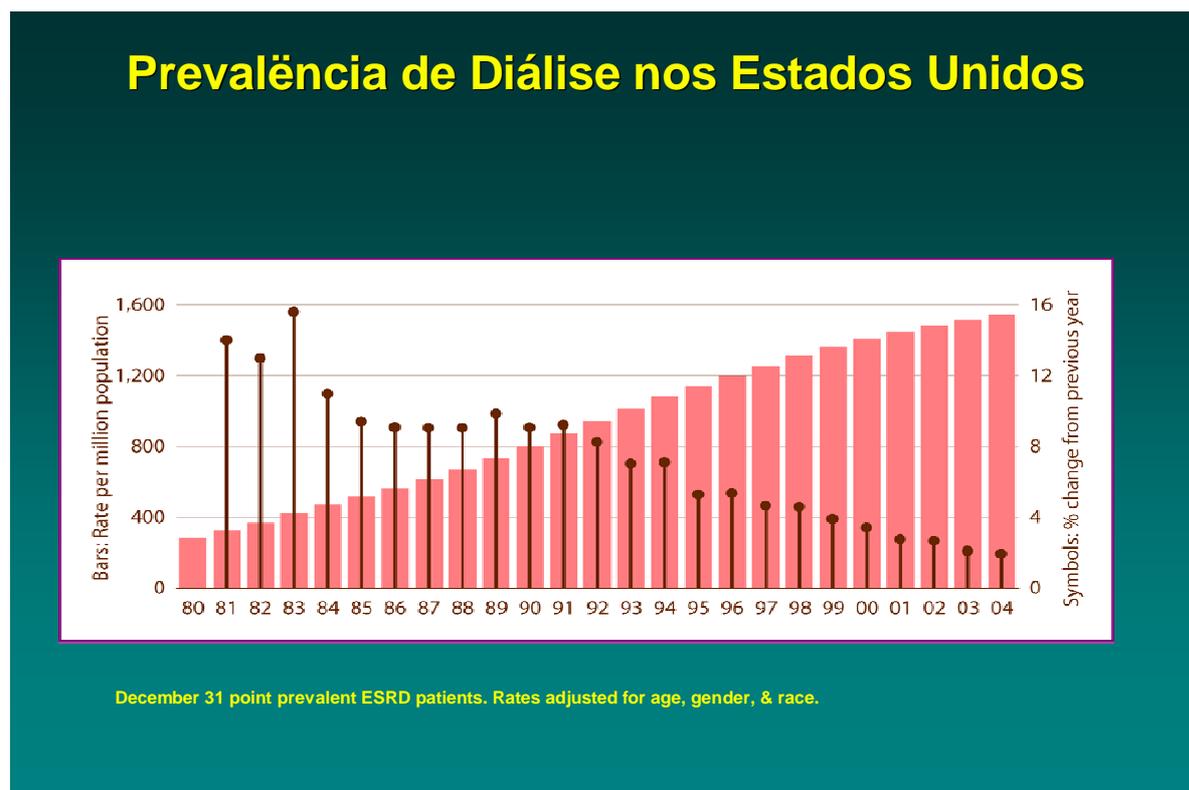


Figura 6: adaptado de USRDS 2006

Mesmo comparando com países em fases anteriores de desenvolvimento social vemos o mesmo tipo de evolução preocupante no número de pacientes que necessitam de tratamento. Na figura 7 apresentamos a prevalência da doença renal em fase final em diversos países do mundo segundo dados da USRDS.

Na grande maioria desses países, vemos uma prevalência substancialmente maior do que o dado que temos no Brasil, reforçando a hipótese de que ainda diagnosticamos muito pouco a doença renal o

que nos deixa ainda mais preocupados com a situação do atendimento ao doente renal nos próximos anos.

Prevalência de Doença Renal em Fase Final em Vários Países do Mundo (pmp)

	2000	2001	2002	2003	2004		2000	2001	2002	2003	2004
Australia	609	635	662	688	707	Mexico	270	338	389	394	508
Austria	715	755	784	813	858	Japan	1.616	1.640	1.726	1.797	1.857
Bangladesh	53	59	65	72	.	Rep. of Korea	585	642	701	794	854
Belgium	790	834	875	908	951	Malaysia	338	382	429	400	522
Canada	808	857	900	942	965	Netherlands	617	636	655	677	704
Chile	611	672	726	773	841	New Zealand	611	652	689	719	737
Croatia	622	657	699	790	807	Norway	581	612	643	667	708
Czech Republic	621	662	695	708	758	Poland	316	353	390	452	.
Denmark	640	685	714	743	769	Scotland	634	661	684	709	725
Finland	582	613	638	664	685	Spain/Catalonia	978	1.003	1.019	1.031	1.053
Germany	870	920	920	948	998	Spain/Valencia	1.000	997	1.064	1.017	1.056
Greece	800	816	841	879	922	Sweden	716	740	764	777	800
Hungary	521	580	601	667	622	Taiwan	1.526	1.651	1.742	1.791	1.706
Iceland	363	407	438	480	479	Turkey	271	353	374	419	433
Israel	526	542	574	598	628	United States	1.378	1.426	1.477	1.521	1.563
Italy	789	804	854	886	1.022	Uruguay	737	763	807	846	893

Data presented only for those countries from which relevant information was available; "." signifies data not reported. All rates are unadjusted. Prevalent data from Israel, Jalisco, Japan, Luxembourg, Pakistan, the Philippines, & Taiwan are dialysis only.

Figura 7: adaptado de USRDS 2006

Em relação a etiologia, nos anos 90 a porcentagem de pacientes diabéticos entre os dializados era de 8%, atingiu 14% entre 97 e 2000 e 25% em 2006. Vale ressaltar que 26% dos pacientes atualmente em diálise tem mais de 60 anos de idade, e que, essa proporção tende a se elevar com o aumento na expectativa de vida desta faixa etária.

Em um artigo publicado no Jornal da Associação Americana de Pacientes Renais (aakpRENALIFE) em 2006 os autores demonstraram preocupação crescente com o problema mesmo nos países desenvolvidos: “Nenhum dos médicos, legisladores ou pacientes, que nos Estados Unidos em 1971 criaram a figura do acesso universal a terapia para pacientes com último estágio da insuficiência renal crônica,

poderia imaginar que em 35 anos mais de 100.000 pacientes novos iniciariam o tratamento para falência renal por ano”.

Terapia Renal Substitutiva

Diálise

A diálise tem por objetivos remover os resíduos sanguíneos, remover o excesso de líquidos e manter o equilíbrio dos sais no organismo (eletrólitos). Existem dois tipos principais de diálise: a hemodiálise e a diálise peritoneal. De acordo com as Diretrizes da SBN, para a maior parte dos indivíduos e na ausência de contra-indicações, a escolha do método para a TRS pode se basear na preferência do paciente, uma vez que não há evidências que suportem a superioridade de um dos métodos quanto a sobrevida do paciente. Segundo os dados do censo de 2006, 90,7% dos pacientes sob tratamento estavam utilizando a hemodiálise e o restante a diálise peritoneal. Esses dados contrastam com os de alguns países no mundo onde o percentual de diálise peritoneal chega a alcançar entre 18 a 83% (Figura 8).

Em 2005, a taxa de mortalidade anual (número de óbitos/pacientes em diálise no meio do ano) foi de 13%. Não houve diferença de sobrevida em relação ao sexo e ao tipo de diálise. Entre os diversos fatores de risco, idade, diabetes e número de comorbidades associadas foram os mais importantes. Deve-se destacar que a DRC terminal é doença grave e mesmo com a TRS ela apresenta, em nosso meio, mortalidade superior em números absolutos a algumas neoplasias, como as de colo de útero, colo, reto e próstata estando, mesmo, muito próxima a do câncer de estômago.

TRS – Dados Mundiais % de Pacientes em Terapias Domiciliares

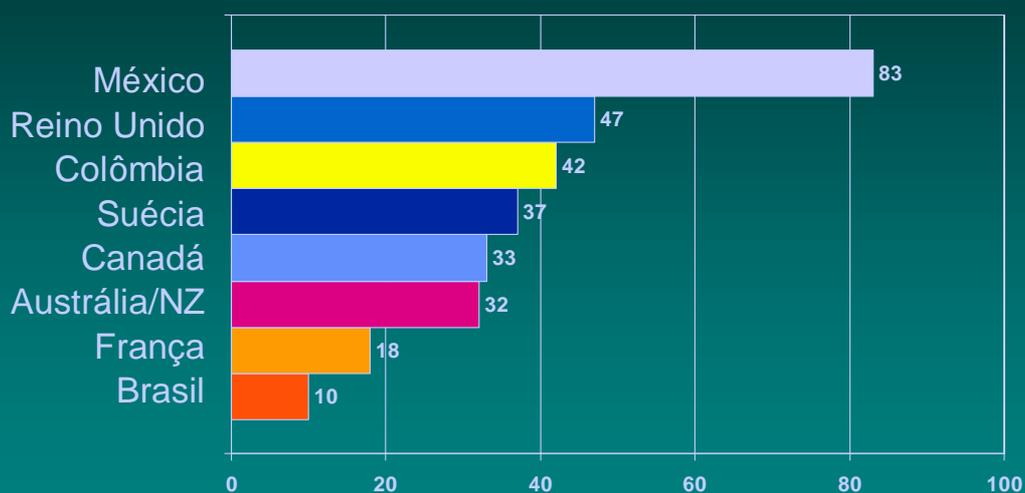


Figura 8: Adaptado de USRDS ADR 2005

O custo do tratamento dos pacientes em estágio final de doença renal é substancial e representa um grande desafio para os serviços de saúde. Na Europa, menos de 0,1% da população necessita de tratamento substitutivo renal, entretanto, são gastos 2% do orçamento da saúde com este grupo. Nos Estados Unidos, estima-se gastar 29 bilhões de dólares com TRS em 2010. No Brasil, os gastos somente com a TRS já ultrapassam 2 bilhões de reais/ano (Figura 9). Avaliando-se esses números frente ao potencial crescimento do número de pacientes que necessitarão de TRS nos próximos anos, espera-se um crescimento explosivo nas despesas do SUS comprometendo outros importantes programas de saúde governamentais ou aumentando o número de pacientes fora do sistema.

Poucos países no mundo serão capazes de suportar estes gastos. Cinco países – Estados Unidos, Alemanha, Itália, Japão e Brasil – com 12% da população mundial- já tratam 50% da população mundial com DRC terminal.

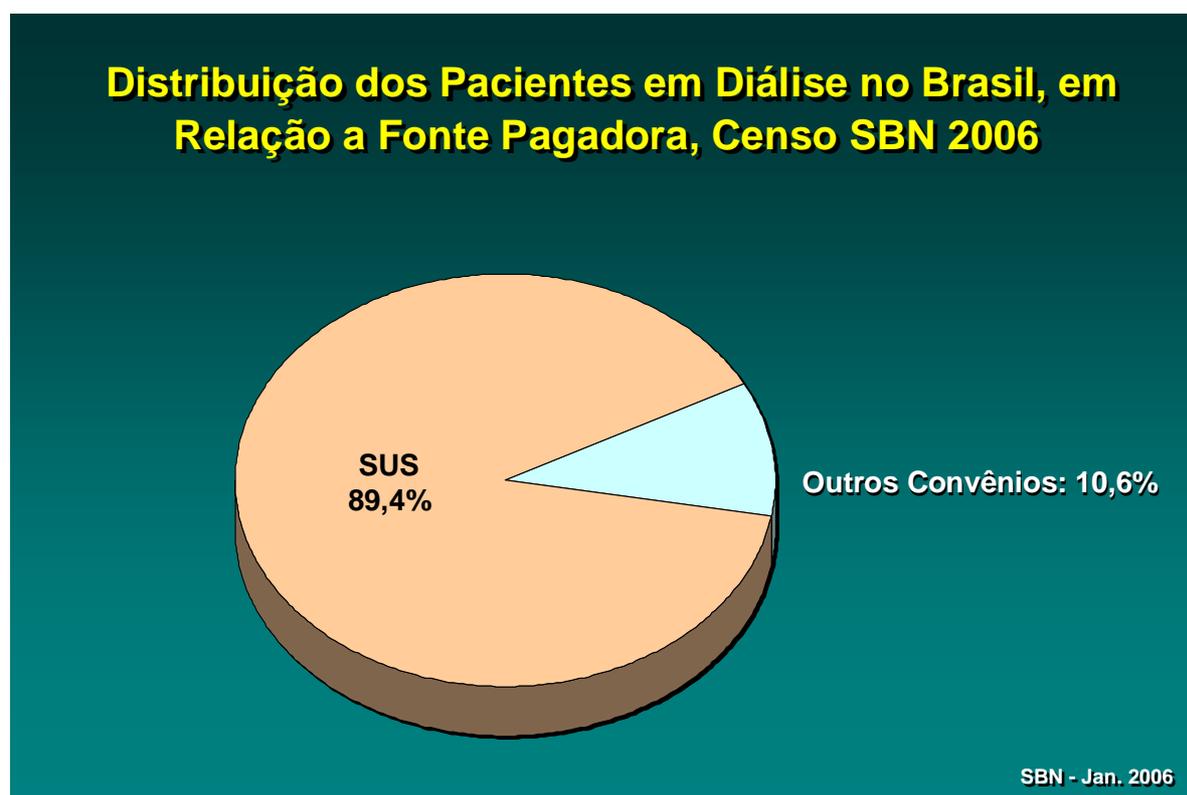


Figura 9: adaptado do censo SBN 2006

Apesar do número crescente de novos pacientes em diálise, o número de unidades de diálise no Brasil não vem acompanhando esse crescimento expressivo de pacientes, como pode ser visto na figura 10. Hoje temos cerca de 600 clínicas de diálise que estão trabalhando praticamente no máximo de sua capacidade. Agravando este fato vale ressaltar que o número de nefrologistas no Brasil também não vem aumentando proporcionalmente ao número de pacientes. Caso a população em diálise continue a crescer 5-7% ao ano e a de nefrologistas 3% ao ano, em 2010 teremos por volta de 100.000 pacientes em diálise para pouco mais de 3.000 nefrologistas.

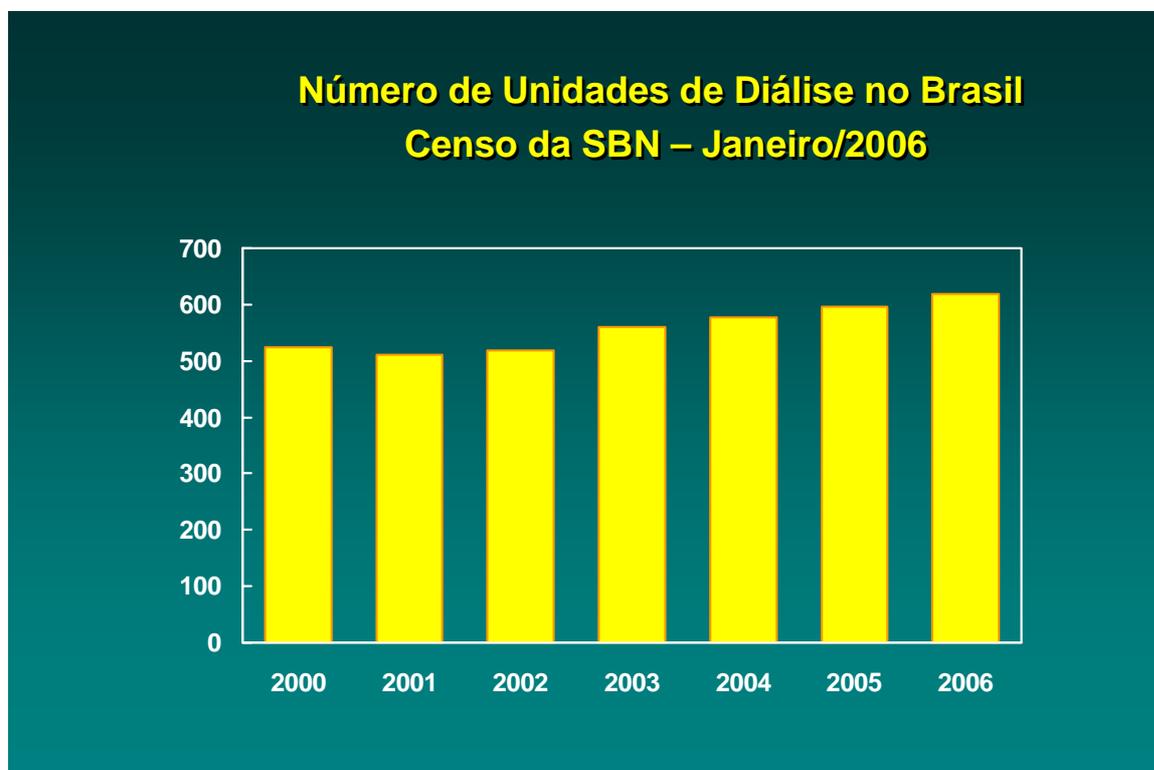


Figura 10 – adaptado do censo SBN 2006

Transplante Renal

O transplante renal é uma importante opção terapêutica para o paciente com insuficiência renal crônica, tanto do ponto de vista médico, quanto social ou econômico. Ele está indicado quando houver insuficiência renal crônica em fase terminal, estando o paciente em diálise ou mesmo em fase pré-dialítica (pré-emptivo). O transplante renal pré-emptivo pode ser oferecido para todos os candidatos a transplante renal, mas particularmente para pacientes diabéticos (para reduzir a incidência de complicações vasculares, cardíacas, oculares e neurológicas próprias do *diabetes*) e para crianças com idade inferior a 10 anos (procurando evitar prejuízo no crescimento, osteodistrofia renal

e, principalmente, para contornar as dificuldades técnicas inerentes aos procedimentos dialíticos nas crianças).

O paciente que se submete ao transplante também necessita de cuidados médicos contínuos e estará exposto a determinados riscos:

- ato cirúrgico do transplante - apesar de ser uma cirurgia até certo ponto simples, ela envolve o risco inerente a qualquer ato cirúrgico;
- necessidade de uso de medicações imunossupressoras - Como prednisona, azatioprina, ciclosporina e anticorpos monoclonais, que possuem determinados efeitos colaterais e podem trazer complicações;
- o rim transplantado pode não funcionar e o paciente necessita retornar à diálise.

Na figura 11, apresentamos os dados do Ministério da Saúde relativos ao número de transplantes renais realizados nos últimos 6 anos. Apesar do Brasil ser o país que mais realiza transplante na rede pública, esses números ainda são muito pequenos quando avaliados frente a quantidade de pacientes com DRC que entram em TRS anualmente. De acordo com os dados do Ministério da Saúde no mês de dezembro de 2006 existiam 32.155 pacientes na lista de espera e foram realizados no mesmo ano cerca de 2.904 transplantes.

Transplantes Renais no Brasil 2001 - 2006

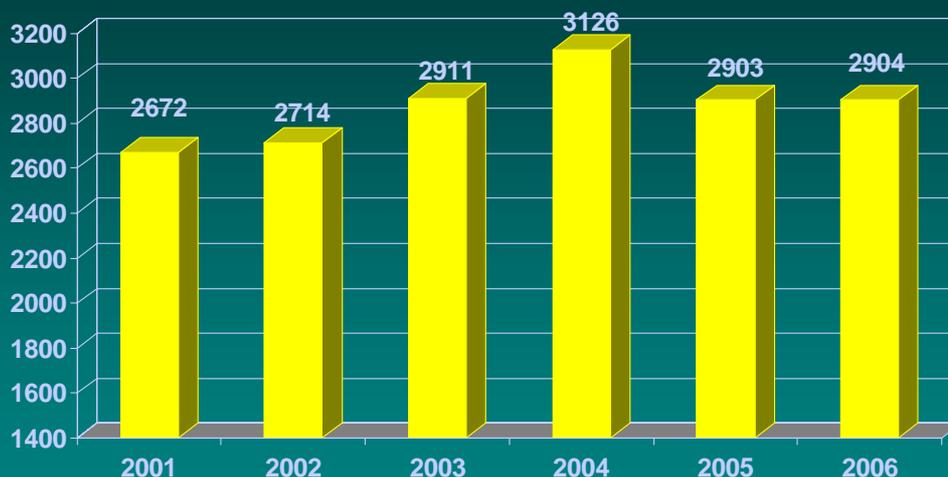


Figura 11 – adaptado de www.saúde.gov.br

Qualidade do Atendimento ao Portador de DRC

O atendimento ao indivíduo portador de DRC pode ser dividido em três níveis: atenção básica, média e alta complexidade. Em todos os níveis faz-se necessário a presença de uma equipe multidisciplinar. Na atenção básica além de medidas universais de promoção a saúde (combate ao fumo, ao álcool, ao sedentarismo, a obesidade) a prevenção da DRC pode ser alcançada através do controle estrito do diabetes e da hipertensão arterial. Para isto é necessário que os Programas de Saúde promovam a capacitação de seus profissionais, disponibilizem para a rede básica de Saúde diretrizes clínicas, exames laboratoriais, equipamentos para diagnóstico e medicamentos.

O tratamento da DRC relacionado com o segundo nível de atenção, teria como objetivo retardar a progressão da doença mantendo as medidas de controle de diabetes e hipertensão, acrescentando medicamentos de proteção renal como os inibidores da enzima conversora de angiotensina, acompanhamento nutricional, proibição do uso de qualquer anti-inflamatório. Nesta fase, é imprescindível o acompanhamento também do nefrologista no intuito de orientar a prevenção ou tratamento das complicações da DRC como anemia, osteodistrofia, acidose. Ao mesmo tempo, medidas para modificar comorbidades comuns como cardiopatia, vasculopatia, retinopatia, dislipidemia precisam ser intensificadas. Com a evolução da DRC, o paciente e familiares devem ser preparados para a fase da TRS.

Conclusões

Sem dúvida, esses dados são muito preocupantes e a sociedade brasileira precisa rapidamente iniciar uma discussão profunda sobre este assunto com objetivo de desenvolver programas de saúde que tanto preventivos como terapêuticos que permitam lidar objetivamente com o problema e reduzir os grandes impactos negativos esperados para o sistema de saúde brasileiro em um futuro cada vez mais próximo.

Após uma análise profunda dos dados apresentados sobre a situação atual da TRS no Brasil o Grupo Multisetorial, formado pelos representantes dos principais setores que lidam com os Doentes Renais Crônicos, apresenta abaixo os principais pontos considerados críticos, e propõe ações conjuntas entre a sociedade e o Governo visando reduzir o impacto futuro no sistema de saúde brasileiro e principalmente melhorar o atendimento ao paciente renal crônico.

Principais Problemas do Setor

Diagnóstico

- Falta implementação das Políticas de Promoção a Saúde e prevenção da Doença Renal Crônica (DRC) nos grupos de risco.
 - Diabetes
 - Hipertensão
 - Envelhecimento
- Elevada Mortalidade Cardiovascular na DRC pré-dialítica;
- Número crescente de pacientes no estágio V (último estágio da DRC necessitando TRS);
- Baixo Índice de Diagnóstico Precoce;
 - Falta de implementação de estratégias para retardar o ritmo da progressão doença renal;
 - Entrada em diálise na grande maioria dos casos pela via emergencial - sobrecarga do sistema hospitalar.

Tratamento da Doença Renal Crônica Terminal – Terapia Renal Substitutiva

- Restrição ao acesso à TRS;
 - Teto financeiro;
 - Vagas insuficientes
- Distribuição regional inadequada
- Atrasos no reembolso dos serviços prestados e glosas inexplicáveis;
- Não cumprimento da portaria 211 pelo gestor local no que concerne a internação hospitalar de pacientes em diálise e fornecimento de medicamentos excepcionais relacionados a TRS;

- Ausência de previsão de reembolso para alguns procedimentos relacionados a diálise;
- Baixo valor dos honorários profissionais da diálise peritoneal;
- Baixa remuneração dos procedimentos da hemodiálise;
- Excessiva tributação sobre procedimentos relacionados a diálise;

Transplante Renal

- Sete anos sem revisão da tabela de honorários para o procedimento;
- Falta de pagamento para a preparação dos pacientes pré transplante (doador vivo e cadáver);
- Pagamento insuficiente para re-internação hospitalar, medicações anti-rejeição e p/ indução;
- Falta de medicações pós transplante em algumas cidades e estados.

Recursos Humanos Insuficientes

- **Número insuficiente de profissionais de saúde especializados em DRC e TRS;**

Financiamento

- Financiamento insuficiente;
- Ausência de política de revisão periódica do financiamento;
- Lentidão/restrrição na incorporação de novas tecnologias nas tabelas de reembolso da TRS

Propostas

Abaixo listamos as principais estratégias que na nossa visão deveriam ser discutidas e implementadas o mais rapidamente possível pela sociedade e pelos atores deste setor.

Quanto ao Diagnóstico

1. Inclusão do tema DRC na publicidade governamental visando aumentar o conhecimento da doença e da sua evolução entre a população.
2. Incorporação da DRC nos Programas de Política de Saúde Pública existentes (Saúde do trabalhador, Saúde do idoso, Diabetes, Hipertensão).
3. Capacitação dos profissionais das Políticas de Saúde Públicas utilizando as Sociedades Médicas (SBN, SOBEN, etc.) e Universidades.
4. Fortalecer o currículo das Universidades, ampliando o tema DRC;
5. Estimular a criação de "Ligas Acadêmicas" (hipertensão, diabetes, etc.) sobre DRC;
6. Apoio dos governos na incorporação tecnológica nos serviços que prestam atendimento nefrológico;
7. Formação de grupos multiprofissionais para atendimento de pacientes nos estágios III e IV;

Quanto à Terapia Renal de Substituição

1. Revisão da portaria 211 em relação ao teto de 200 pacientes por clínica de diálise;
2. Incentivo governamental para a abertura de novos centros de tratamento dialítico nas regiões onde se faz necessário;
3. Ampliar o acesso à diálise peritoneal crônica;
4. Pagamento direto do Governo Federal aos fornecedores e aos prestadores de serviço sem atrasos;

5. Promover a desoneração fiscal revendo a política tributária do setor;
6. Atualização e revisão periódica dos procedimentos de TRS (inclusive transplantes) incorporando as novas tecnologias desenvolvidas;
7. Atualização e revisão periódicas das tabelas de pagamento dos procedimentos de TRS;
8. Financiamento adequado.

Referências Bibliográficas

1. Bastos MG, Carmo WB, Abrita RR, Almeida EC, Mafra D, Costa DMN, Gonçalves J, Oliveira LA, Santos FR, Paula RB. Doença Renal Crônica: Problemas e Soluções. J Bras Nefrol 2004, 26: 202-215.
2. Batista PBP, AA Lopes. Estudo Epidemiológicos sobre a terapia renal substitutiva II 2004: Brasília.
3. Bello AK, E Nwankwo, A.M. El Nahas. Prevention of chronic kidney disease: a global challenge. Kidney Int Suppl 2005, 98: S11-7.
4. Cherchiglia ML, et al. Base de dados nacional em TRS – adaptação de banco de dados administrativos em banco centrado no paciente, in XIV Encontro Nacional de Estudos Populacionais, ABEP. 2004: Caxambú, MG.
5. Coresh J, et al. Prevalence of chronic kidney disease and decreased kidney function in the adult US population: Third

- National Health and Nutrition Examination Survey. *Am J Kidney Dis* 2003, 41: 1-12.
6. Hamer RA, AM El Nahas. The burden of chronic kidney disease. *Bmj* 2006, 332: 563-564.
 7. K/DOQI clinical practice guidelines for chronic kidney disease: evaluation, classification, and stratification. *Am J Kidney Dis* 2002, 39: S1-266.
 8. MINISTÉRIO DA SAÚDE, Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional ao Portador de Doença Renal, Série B. 2004: Textos Básicos em Saúde.
 9. Oliveira MB, JE Romao Jr, R Zatz. End-stage renal disease in Brazil: epidemiology, prevention, and treatment. *Kidney Int Suppl* 2005: S82-86.
 10. Passos VM, SM Barreto, MF Lima-Costa. Detection of renal dysfunction based on serum creatinine levels in a Brazilian community: the Bambui Health and Ageing Study. *Braz J Med Biol Res* 2003, 36: 393-401.
 11. Sesso R. Epidemiologia da Doença Renal Crônica no Brasil e sua Prevenção. 2006 [cited 2006 April 4th]; Available from: http://www.cve.saude.sp.gov.br/html/cronicas/irc_prof.htm.
 12. SBN, Sociedade Brasileira de Nefrologia. Diretrizes Brasileiras de Doença Renal Crônica. <http://www.sbn.org.br/diretrizes.htm>; Abril 2006.