

Saúde Baseada em Valor em um Programa de Gestão Clínica do Paciente Renal Crônico
Estêvão Albuquerque de Andrade; Neto, J.R.B; Lucas, F.M.
Grupo NefroClínicas, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil

INTRODUÇÃO

No Programa de Gestão Clínica do Paciente Renal Crônico do Grupo NefroClínicas, o paciente é vinculado ao nefrologista de referência e navegado por equipe multidisciplinar, iniciando acompanhamento nos primeiros sinais de perda de função renal, tendo como objetivos principais a desaceleração da perda de função renal, o ingresso oportuno e adequadamente preparado nas terapias dialíticas, a priorização da diálise peritoneal em detrimento de outras terapias, a redução das internações e o favorecimento do transplante renal.

A iniciativa segue diretrizes dos modelos de saúde baseada em valor, definidos pela ICHOM (International Consortium of Health Outcomes Measurement, Porter) e VBHC Center Europe e trata de condição médica específica - a doença renal crônica (DRC) - que é a perda gradual da função renal e tem como principais causas diabetes e hipertensão.

A Sociedade Brasileira de Nefrologia (2022) mostra prevalência de 10% da população do país e mais de 150.000 pacientes em diálise anualmente.

Frequentemente, o diagnóstico da DRC é tardio, com início de TRS (Terapia Renal Substitutiva) nas urgências hospitalares, elevando os custos de tratamento de uma doença tão negligenciada. Após a alta, os pacientes encontram dificuldades de acesso em todos os níveis de assistência para continuidade do tratamento, pois não existem redes integradas. A DRC afeta homens e mulheres de diferentes faixas etárias, estilos de vida e predisposições genéticas. Diabetes, hipertensão e tabagismo aumentam os riscos de desenvolvimento da DRC.

No Brasil, em ambos os sistemas de saúde – público e privado - a maioria dos diagnósticos da DRC ocorre tardiamente, resultando em tratamentos emergenciais onerosos e complicações decorrentes do agravamento da condição, especialmente após a pandemia de Covid-19, com aumento da complexidade de casos não tratados.

OBJETIVOS

A abordagem da NefroClínicas destaca a importância da **prevenção e tratamento precoce** da DRC. Enfatiza a necessidade de medidas preventivas, desde o acompanhamento clínico até as opções de diálise e transplante, compreendidas como a "Linha de Cuidado da Doença Renal Crônica".

Os desfechos medidos, indicados como fundamentais na saúde baseada em valor, são:
- desaceleração da perda de função renal; ingresso oportuno e adequadamente preparado nas terapias dialíticas, incluindo a preparação de fístulas e acessos permanentes; priorização da diálise peritoneal em detrimento de outras terapias; redução das internações e da mortalidade geral; favorecimento do transplante renal.

Para tanto, elegemos 3 (três) indicadores estratégicos definidos pela ICHOM:

1. Taxa de Pacientes em DP (Diálise Peritoneal) – modalidade com alta percepção de valor, que possibilita ao paciente manutenção de hábitos (ingestão de água, diurese presente) e rotinas

(viagens, trabalho, estudo), com menor dependência das clínicas, sendo realizada no ambiente domiciliar. Além disso, não utiliza acessos vasculares e é naturalmente indolor. Enquanto países como México alcançam 60% de pacientes nesta modalidade, no Brasil, segundo dados do Censo da Sociedade Brasileira de Nefrologia 2022, não atingimos 6% de casos. Nosso case tem 74% de pacientes nesta modalidade. DP é um dos cinco eixos de cuidado medidos no Standard Set ICHOM para DRC.

2. Taxa de pacientes que iniciam TRS com acesso definitivo – acessos vasculares temporários são ainda muito frequentes no Brasil. Habitualmente inseridos após internações de urgência, penalizam o paciente porque o expõem a maiores taxas de infecção, hospitalizações e morbimortalidade, além de uma experiência de cuidado ruim e incômoda. O acesso vascular definitivo e oportuno (fístula ou catéter peritoneal), ao contrário, garante tratamento efetivo, previnem o esgotamento do sistema venoso e é definido como “melhores práticas” em DRC. Enquanto dados do mercado brasileiro apontam para o máximo de 18% de pacientes que iniciam TRS com acesso definitivo, nosso case apresenta mais de 90%.

3. Taxa de Declinadores Rápidos – o cuidado conservador é um dos cinco eixos previstos no Standard Set ICHOM para DRC, considerando o controle de declínio da função renal como relevante para o paciente. O AJKD (vol 73, março 2019) considera este um indicador “Nível 1 – Essencial”. Além de preservar a função renal e retardar a entrada em TRS, o modelo é responsável por drástica redução de sinistralidade, evitando início de diálise após internações de urgência. 80% dos nossos pacientes Estágio 5 demoram entre 12 e 18 meses para iniciar TRS, contra 6 meses do mercado geral (Sociedade Brasileira de Nefrologia, 2022).

MÉTODO

Ao dar entrada na Linha de Cuidados, o paciente é vinculado a um nefrologista de referência e passa a ser navegado em conjunto, por uma Enfermeira. Além disso, avaliação de Psicólogas, Nutricionistas e Fisioterapeutas são incluídas no programa, em frequência definida pelo estágio da DRC ou pelas necessidades individuais do paciente. Uma assistente social é responsável por tramitar o processo de inscrição do paciente na lista nacional de transplantes, para que esteja rapidamente apto para ingresso no programa brasileiro.

Junto ao nefrologista e enfermeira de referência, a equipe multidisciplinar provê informação acerca da sua doença e discute o plano de cuidados. A decisão pela melhor modalidade dialítica e a elegibilidade para o transplante são discutidos junto ao paciente e sua família, que têm o direito de aceitar ou recusar o que não lhes pareça adequado para suas expectativas. A psicóloga de referência se encarrega fundamentalmente de intermediar estas discussões, proporcionando ambiente adequado para este fim e compreendendo anseios e angústias do paciente e de seus familiares. As reuniões de família são prática comum e frequentemente solicitadas espontaneamente por elas, feitas junto ao corpo assistencial e administrativo da instituição.

Nefrologistas Transplantadores atuam diretamente nas equipes hospitalares, como coordenadores dos serviços e referência técnica nas suas instituições, conduzindo diretamente o caso de cada paciente. Em caso de hospitalizações, o paciente é referenciado para a rede onde atuamos e/ou conforme acordado com sua operadora, para acompanhamento in loco (onde somos parte do corpo clínico) ou remoto (pela enfermeira navegadora).

O ciclo se fecha com a atenção domiciliar, em processos de desospitalização ou “home-care”, preparando-o para retorno ao ambiente ambulatorial rápido e oportuno, igualmente conduzidos pelo time NefroClínicas.

Para o acompanhamento ambulatorial, a remuneração é mensal para cada paciente incluído na linha de cuidado e um percentual é atrelado a indicadores de resultado. Já nas terapias renais substitutivas, as modalidades são pagas por pacotes e há uniformização de valores para evitar desvios de indicação. É o caso, por exemplo, da Hemodiálise Convencional e Diálise Peritoneal, que têm os mesmos valores de pagamento. Já na assistência hospitalar, o paciente é acompanhado diretamente pela equipe dos serviços hospitalares onde atuamos, ou navegado remotamente, por meio de contato com o nefrologista de referência e equipe do hospital, naqueles serviços onde não estamos presentes.

É um case de mais de 4 anos, com uma das maiores operadoras de planos de saúde do país – com mais de 1,5 milhão de beneficiários. Esse modelo visa aprimorar a eficiência do sistema, evitando desperdícios e interrompendo um círculo vicioso de hiper utilização e maus resultados.

Este modelo foi recentemente premiado em congresso internacional de saúde baseada em valor, recebendo troféu de reconhecimento, disputado entre outros 10 cases, disputando com programas canadenses, europeus e brasileiros, de outras especialidades e condições de saúde.

Além disso, promovemos a conscientização pública em parceria com entidades médicas e civis, como a Fundação do Rim, em ações de educação e informação, porque entendemos ser esta uma ferramenta terapêutica crucial, capacitando os pacientes a assumirem a gestão de sua saúde e implementarem mudanças positivas nos hábitos de vida.

Programa de Acompanhamento Ambulatorial:

Protocolos assistenciais fundamentados em evidências determinam a frequência de consultas do paciente, a partir do grau de perda de função renal – estágios “3B” (TFG de 30 a 44mL/min), “4” (TFG de 15 a 29mL/min) e “5” (TFG menor que 15mL/min), baseado na probabilidade de desfechos adversos (2012, KDIGO). A frequência e tipos de avaliações são assim determinadas, baseadas nesta estratificação:

- Estágio 3B:

- . 2 consultas médicas anuais (6 em 6 meses);
- . 1 avaliação de enfermagem presencial na entrada do programa e navegação remota mensal;
- . avaliação multidisciplinar com Nutricionista e Psicóloga e acompanhamento remoto definido conforme necessidade individual; avaliação da Assistente Social, se necessário.

- Estágio 4:

- . 4 consultas médicas anuais (3 em 3 meses);
- . 1 avaliação de enfermagem presencial na entrada do programa e navegação remota mensal;
- . avaliação multidisciplinar com Nutricionista e Psicóloga e acompanhamento remoto ou presencial definido conforme necessidade individual; avaliação da Assistente Social, se necessário.

- Estágio 5:

- . 12 consultas médicas anuais (mensais);
- . 1 avaliação de enfermagem presencial na entrada do programa e navegação remota mensal; reavaliação periódica presencial;

. avaliação multidisciplinar com Nutricionista e Psicóloga e acompanhamento presencial definido conforme necessidade individual; avaliação da Assistente Social, se elegível para transplante.

- Pacientes dialíticos em Diálise Peritoneal e Hemodiálise

. 12 consultas médicas anuais (mensais);

. 1 avaliação de enfermagem presencial na entrada do programa e navegação remota mensal; reavaliação periódica presencial, mensal;

. avaliação multidisciplinar com Nutricionista e Psicóloga e acompanhamento presencial mensal;

. avaliação da Assistente Social, se elegível para transplante.

Nosso modelo prevê remuneração mensal, por paciente incluído no programa e 10% do valor atrelado aos desfechos medidos. O pagamento inclui todos os serviços - consultas, exames laboratoriais, equipe multidisciplinar, navegação. Nas terapias dialíticas, o pagamento é feito por “pacotes”, de periodicidade mensal e valor fixo, independente da frequência de sessões realizadas, por paciente.

O programa está implantado há mais de 04 anos, em negociação realizada com uma operadora do sistema de cooperativas do estado de Minas Gerais, com mais de 1,5 milhões de beneficiários. Há contrato formal entre as partes, reavaliado anualmente.

Já a avaliação de desfechos é mensal e a apuração dos indicadores de remuneração é semestral. Uma equipe da operadora faz auditoria local, avaliando prontuários médicos e os desfechos estabelecidos. Anualmente, no momento da renovação do contrato entre a operadora e a NefroClínicas, são apresentados os valores gastos com acompanhamento dos pacientes por meio de “planilha de custos”, analisada de forma transparente entre as partes.

Além do contrato com esta operadora de Minas Gerais temos, em uma de nossas unidades, no estado do Rio de Janeiro, contrato com outra operadora do mesmo sistema (cooperativo) onde foi celebrada parceria em formato de sociedade (tipo “Joint Venture”), onde operadora e NefroClínicas compartilham resultados por meio de contrato formal entre as partes, custos abertos e renegociação transparente.

Em nossas discussões com as operadoras parceiras, temos demonstrado “custo evitado” ou redução de desperdícios claros por meio dos indicadores obtidos. Apesar de ainda não conseguirmos expressar estes custos em ordens de grandeza financeiras, podemos sim apresentar informações indiretas que, apesar de não apresentar referências monetárias, mostra clara redução de gastos e custo evitado significativo.

Isso pode ser verificado no indicador **Taxa de Hospitalização de Pacientes em Tratamento** (meta contratada: menor ou igual a 25%), onde apuramos uma taxa de apenas 3,9% de hospitalizações em dezembro/2023, entre os pacientes da carteira gerenciada. Se compararmos com dados de mercado, onde admitem-se números acima de 20%, 25% ou mais, percebemos economia substancial em favor do sistema. Segundo informações da SBN – Sociedade Brasileira de Nefrologia *“um doente internado custa cinco vezes mais que o paciente tratado na clínica, o governo perde muito dinheiro deixando o paciente internado, ocupando leito hospitalar”* (Revista SBN Informa - Ano 25 | nº 114; Abril Maio Junho | 2018).

RESULTADOS

INDICADORES DE RESULTADO	META	RESULTADO
1.Taxa Declinadores rápidos	menor que 25%	(JAN24): 20,7%
2.Taxa de pacientes que iniciam TRS com acesso (FAV ou cateter de DP)	maior que 90%	(DEZ23): 87,5%
3.Taxa de pacientes com albumina > 3.5g/l	maior que 60%	(DEZ23): 95%
4.Taxa de paciente com Hemoglobina > 10g/l	maior que 70%	(DEZ23): 91,4%
5.Taxa de pacientes com Fósforo < 5.5	maior que 70%	(DEZ23): 91%
6.Taxa pacientes internados no mês	menor que 20%	(DEZ23): 3,9%
7.Pesquisa de Satisfação- Metodologia: NPS	maior que 80%	(DEZ23): 87,5%
8.Taxa de pacientes em diálise peritoneal com diagnóstico de peritonite	Meta: 1 episódio/paciente a cada 33 meses	(DEZ23): 0 (zero)
9.Taxa de clientes aptos para transplante encaminhados para avaliação em até 30 dias	100%	(JAN24): 91,8%
10.Taxa Óbitos de Clientes da carteira	menor que 20%	(DEZ23): 1,5%

CONCLUSÃO

Os modelos atuais priorizam consumo de recursos e não há cuidado integrado. O paciente renal crônico perde importantes janelas de oportunidade, incluindo o transplante (e a própria vida), por conta do cuidado negligenciado, num ciclo vicioso de mau resultado, desperdício e alta sinistralidade. O acompanhamento coordenado com Nutricionistas, Fisioterapeutas e Psicólogos proporciona ao nosso paciente oportunidade de reorganizar rotinas e hábitos, controlando a doença de base e apresentando taxas significativamente maiores de desaceleração da DRC do que pacientes não gerenciados.

No caso das operadoras de planos de saúde, o aumento no consumo de procedimentos médicos vem elevando a sua taxa de sinistros e encarecendo a assistência do paciente. Isso tudo acontece, em grande parte, porque temos um modelo de pagamento que favorece o consumo e o desperdício – paga-se pelo uso, ou seja, quanto mais o paciente se utilizar de serviços e atendimentos, mais os prestadores de assistência à saúde vão receber. É o chamado fee-for-service (pagamento por serviço). Diante disso, as operadoras têm diminuído a remuneração dos serviços e apertado mais ainda seus processos de auditoria e glosas, levando a um círculo vicioso de hiper utilização, onde os serviços de saúde tentam “compensar” perdas gerando mais procedimentos, desestimulando as instituições competentes que acabam não conseguindo expandir e nem absorver toda a demanda, por insustentabilidade do negócio.

Assim, os pacientes renais crônicos acabam se submetendo a um tipo de assistência que não foca nos melhores resultados, mas sim no maior consumo de recursos, onde o foco está muito mais em “produzir” sessões de diálise, e menos em cuidar efetivamente do paciente. Sem a implantação de modelos robustos, baseados em valor e Governança Clínica robusta, que promovam alinhamento institucional e redução de desperdícios, o mercado de saúde não se sustentará.

Nosso programa ainda tem muito a melhorar, mas temos certeza de que seguimos no caminho correto. Incrementando a participação do paciente e sua família e medindo efetivamente custo evitado, podemos escalar o modelo, na medida em que ganharmos a confiança de mais operadoras de planos de saúde.