

No mundo todo, a doença renal crônica (DRC) tem sido tratada como uma epidemia. O aumento da longevidade, hábitos alimentares e qualidade de vida, associadas a doenças crônicas como o Diabetes Mellitus (DM) e a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) são partes de uma complexa rede que contribui de maneira efetiva para o aumento de casos. Em nosso país, a maior causa de falência renal se deve à HAS: cerca de 35% dos diagnósticos, seguida do Diabetes mellitus com 28%. Diferente dos EUA, Europa e Japão em que o Diabetes configura a causa principal da DRC.

No Brasil, em que pesem os bons resultados na qualidade dos serviços de tratamentos da DRC, ainda há um descompasso entre esta resolutividade e a elevada taxa de 28 mil novos pacientes que são acrescentados a cada ano ao serviço de diálise. Dados da ABTO (2012) registram que foram realizados 5.385 transplantes no Brasil. E aqui há uma boa notícia. Em números absolutos, os transplantes têm aumentado anualmente, embora atenda apenas a cerca de 10% da demanda total. Se a estes dados acrescentarmos a relativa pequena taxa de mortalidade entre os pacientes em diálise – 16% –, o que significa dizer que a sobrevivência de pacientes nesta condição é relativamente longa, percebe-se que é produzida uma discrepância que aumenta a demanda pelos custos dos serviços, como também influencia negativamente nos resultados obtidos, no sentido de que a abordagem adotada obtenha as esperadas eficácia e eficiência tão necessárias nesta importante área da saúde pública.

Algumas questões práticas se colocam e que, certamente, devem influenciar estratégias e planos a serem efetivados na resolução deste problema. A primeira delas é o aumento das morbidades causadoras da DRC. Em segundo lugar, o enorme contingente de pessoas que, estando acometidas por estas doenças, ou não sabem ou não são tratadas adequadamente. A característica que é comum tanto às doenças precursoras da disfunção renal (e mesmo quando esta já se encontra instalada): os sintomas, chamados silenciosos, mesmo em fases avançadas de estadiamento da DRC, não são percebidos pelo paciente. Esta condição mascara o diagnóstico, embora exames relativamente simples possam apontar a presença mesmo de disfunções leves.

Com uma prevalência de 50 casos por 100 mil habitantes, o Brasil apresenta um índice relativamente baixo comparado a outras nações – no Japão, 205/100.000; e nos EUA 110/100.000. A interpretação mais prudente sugere que a DRC não está sendo diagnosticada. Isso ocorre, inclusive, quando o paciente é atendido na rede de Atenção Básica, a despeito da evidência de vários sintomas. A ausência ou o desconhecimento dos sintomas pela população faz com que não procurem atendimento médico ou no caso mencionado, não sendo parte de protocolos nas portas de entrada, não haverá

correto diagnóstico. Esta condição produz uma realidade na qual a maioria dos casos é descoberta em estágios avançados da doença ou na efetiva aplicação de hemodíalises em hospitais de urgência/emergência. Os prejuízos emocionais, laborais e sociais ao indivíduo doente, os transtornos daí advindos, o custo mais elevado que este paciente acarreta por demandar cuidados mais complexos compõem uma situação indesejavelmente comum.

Dados do censo da SBN (2011) indicam que pouco mais de 91 mil pacientes fazem hemodíalise e que, somados aos cerca de 30 mil em diálise peritoneal, apenas sugere uma aproximação da real situação em nosso país, visto que a quantidade e a distribuição de centros de tratamento ainda padecem das dificuldades inerentes às condições socioeconômicas que produzem disparidades entre as regiões.

Este hiato entre os novos casos e, apesar dos investimentos recentes do Ministério da Saúde, a defasagem na rede de clínicas para ofertar Terapia Renal Substitutiva (TRS) criam situações inusitadas de filas de espera pelo serviço. Um dado revela o aumento de investimento e a conseqüente disponibilidade de serviços de diálise: em 2011 foram realizadas 11,5 milhões de sessões de hemodíalise na rede pública, um número 46,5% maior que sete anos antes. Entretanto, o aumento constante de pacientes que precisam dialisar não tem correspondência no número de vagas ofertadas, o que leva os operadores da saúde a soluções de continuidade, como a internação desnecessária do ponto de vista clínico, mas a única saída para garantir o tratamento do paciente.

Como a cronificação de uma doença não tem mais como meta a cura, outro objetivo se estabelece no processo das TRS: a promoção da qualidade de vida (QV). Contudo, as limitações que a oferta do serviço de TRS sofre e considerando-se queo termo QV enseja uma complexidade em sua própria definição – o que inclui a subjetividade de cada pessoa –, posto que abarca a integralidade da vida do paciente e se traduz na construção de uma normalidade que inclui relações sociais, trabalho, estudo, cuidados com a saúde mental, há que se considerar esta questão e suas implicações práticas no tratamento como fator fundamental da promoção da adesão e no bom resultado das TRS.

A promoção da QV é fato preponderante na própria avaliação dos serviços de TRS. De fato, do ponto de vista clínico, os serviços oferecidos em nosso país, independente de ser público ou privado, alcançam padrões equivalentes a outros países, porém, percebe-se uma nítida dificuldade entre os pacientes em lidar seja com as exigências do tratamento ou a readaptação a um estilo novo de vida. Há diferença de QV de acordo com a TRS adotada. Transplantados costumam relatar melhor QV que pacientes em outras TRS, contudo, mesmo estes enfrentam dificuldades de várias ordens, algumas próprias do tratamento e outras que dizem respeito à sua auto-avaliação quando comparada à população saudável.

Outro grande desafio e que foi motivo de debates recentes, inclusive de reivindicações dos movimentos sociais, o que mobilizou o governo a propor algumas soluções é a distribuição de corpo técnico capacitado, equipamentos e infraestrutura para atender as reais necessidades de cada região. O Brasil, no quesito prevalência de pacientes atendidos em diálise, com apenas 475 pmh (por milhão de habitantes), está abaixo de países da América Latina como Chile, Argentina e Uruguai com 1065 pmh, 756 pmh e 1020 pmh respectivamente. Na comparação entre as regiões a situação dá uma ideia do quanto se precisa avançar no front interno. Norte, 279 pmh; Nordeste, 357 pmh; Centro-Oeste, 530; Sudeste, 583 pmh e Sul, 506 pmh.

O impacto econômico da situação atual repercute consideravelmente nos gastos da saúde. O SUS dispense atualmente 2,5 bilhões de reais por ano apenas com os custos diretos de tratamentos da DRC. No entanto, com a questão do subdiagnóstico – a SBN estima que haja entre 6 e 10 milhões de pessoas com algum grau de estadiamento da DRC no Brasil, o que equivale a 3,1% e 5,3% da população –; com o aumento crescente anual das comorbidades – HAS e DM – e, no momento, a falta de uma estratégia de longo prazo baseada em capacitação da rede SUS, particularmente na Atenção Básica, prevenção e educação para saúde, sugere que os gastos aumentarão substancialmente. São todas questões graves e sérias que precisam ser corretamente mapeadas para que os órgãos responsáveis e profissionais envolvidos no combate a esse mal possam de fato estar munidos de ferramentas hábeis a debelar não apenas a origem do problema como também suas múltiplas consequências.