

Um Chamado à Prevenção

A Call to Prevention

Autor

Gianna Mastroianni
Kirsztajn¹

Marcus Gomes Bastos^{2,3}

¹ Universidade Federal de São Paulo.

² Universidade Federal de Juiz de Fora.

³ Sociedade Brasileira de Nefrologia.

Falar em prevenção de doença renal não é uma novidade, mas após cerca de uma década de esforços para chamar a atenção para o tema, será que os médicos recém-formados e os novos nefrologistas têm a dimensão certa do problema?

A partir de 2002, quando foi proposta a “nova” definição da doença renal crônica (DRC),¹ baseada sobretudo na alteração da taxa de filtração glomerular estimada a partir da creatinina sanguínea e na perda de proteína (albumina nos diabéticos), ficou evidente que a doença era mais frequente do que se pensava, a ponto de ser considerada “a nova epidemia do século XXI”. Desde então, os diversos estudos realizados, em diferentes partes do mundo, têm revelado que cerca de 11% da população adulta tem DRC em um dos seus cinco estágios.²

No Brasil, ainda não foi feito um estudo de abrangência nacional que nos permita afirmar, com certeza, qual é a prevalência da DRC. Mas, considerando que a hipertensão arterial (HA), o *diabetes mellitus* (DM) e as glomerulonefrites são as principais doenças que determinam a necessidade de tratamento dialítico e transplante renal em nossos programas de terapia renal substitutiva e que os nossos pacientes apresentam os mesmos fatores de risco (obesidade, hiperlipidemia, tabagismo, entre outros) observados nos pacientes dos países nos quais a doença foi estudada, é possível supor que cerca de 13 milhões de brasileiros adultos têm DRC em um de seus estágios.

Um grande desafio no manejo da DRC é o fato de que a mesma progride durante anos completamente

assintomática. Infelizmente, ainda hoje, o que se observa é o enorme número de pacientes apresentando-se aos programas de urgência já com necessidade de tratamento dialítico, sem nunca ter tido a oportunidade de acompanhamento especializado com o nefrologista. Assim, atende-se à necessidade de fazer terapia de substituição renal e manter a vida do paciente, mas não há tempo para um planejamento e preparo adequados do paciente dos pontos de vista físico e mental, para lidar com uma doença sem possibilidade de recuperação.

Talvez os menos avisados poderiam perguntar: “Se o paciente com DRC tem a oportunidade de diálise e/ou transplante mesmo quando os seus rins ‘param’ de funcionar, não seria mais importante concentrar os esforços no tratamento das doenças de base (por exemplo, HA e DM) e se preocupar menos com a prevenção da DRC?”. Nesse contexto, é importante esclarecer aos médicos “menos experientes” que ter a DRC é o maior fator de risco para as doenças cardiovasculares, notadamente a doença cardíaca isquêmica e predispõe à mortalidade precoce. Mesmo no estágio 4 da DRC, o paciente apresenta duas vezes mais chance de óbito do que de iniciar o tratamento dialítico.³ Assim, fica evidente para os nefrologistas que a melhor solução diante da DRC é a prevenção pelo diagnóstico precoce de DRC e preservação da função renal. Para tanto, as recomendações para diagnóstico dirigem-se a todos, mas, sobretudo, aos indivíduos que apresentam maior risco (ou seja, diabéticos, hipertensos, parentes de pacientes com DRC, idosos, pacientes

Data de submissão: 10/05/2015.

Data de aprovação: 17/06/2015.

Correspondência para:

Gianna Mastroianni Kirsztajn.
Disciplina de Nefrologia -
Universidade Federal de São Paulo.

Rua Botucatu, nº 740, São Paulo,
SP, Brasil. CEP: 04023-900.

E-mail: gm.kirsztajn@unifesp.br

DOI: 10.5935/0101-2800.20150045

com doença cardiovascular). Este grupo de pessoas deve ser submetido periodicamente a uma triagem para verificar a possibilidade de ter a DRC através de exames simples como o de urina (com destaque para a pesquisa de proteinúria e, no caso do diabetes, a dosagem de “microalbuminúria”) e da determinação de creatinina sérica, num primeiro momento.⁴

A Sociedade Brasileira de Nefrologia lançou, em novembro de 2003, a campanha “Previna-se”, uma campanha contínua (durante todo o ano), que tem por objetivo principal alertar a população, assim como profissionais de saúde e autoridades, para a necessidade do diagnóstico precoce das doenças dos rins e orientar medidas preventivas, não só para a DRC como para doenças a ela muito vinculadas, já mencionadas.⁵ A partir de 2006, foi criado o “*World Kidney Day*”, que concentra em um dia, em diferentes países, esforços para chamar a atenção para a DRC. Esta iniciativa internacional compartilha as metas de prevenção aqui citadas e faz um alerta importante e pontual, com um tema diferente a cada ano. Neste ano, lembra-se que a saúde deve estar ao alcance de todos, com ênfase no cuidado com os rins (“*Kidney Health for All*”).

Considerando-se os aspectos aqui expostos, preocupa-nos o quanto estudantes de Medicina, jovens médicos e profissionais de saúde em geral realmente sabem que a DRC é tão grave e comum, que pacientes com DRC têm um risco muito elevado de desenvolver doença cardiovascular e morrer por causa disso e que as doenças cardiovasculares têm a DRC como complicação relevante. Preocupa-nos o quanto se ensina que exames laboratoriais simples, disponíveis em todo o território nacional e de baixíssimo custo, como a análise de urina e a creatinina sérica, podem

fazer o diagnóstico precoce e quanto os médicos que não são nefrologistas usam tais exames no seu dia-a-dia ou nos *check-ups*. Preocupa-nos se os médicos sabem interpretar uma estimativa da taxa de filtração glomerular quando a veem em laudos de laboratório. Preocupa-nos que ainda se questione o custo-benefício de prevenir uma doença com tanto impacto sobre o prognóstico, quando o custo da terapia de substituição renal é proibitivo em muitos países, ainda mais quando se considera o comprometimento inquestionável da qualidade e abreviamento de vida pela DRC.

Parece-nos que é hora de fazer um novo chamado de alerta para a importância de prevenir, que vem sendo encoberta pela premência e dificuldades de tratar aqueles para os quais só resta a terapia de substituição dos rins.

REFERÊNCIAS

1. National Kidney Foundation. K/DOQI clinical practice guidelines for chronic kidney disease: evaluation, classification, and stratification. *Am J Kidney Dis* 2002;39:S1-266.
2. Coresh J, Astor BC, Greene T, Eknoyan G, Levey AS. 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. PMID: 12500213 DOI: <http://dx.doi.org/10.1053/ajkd.2003.50007>
3. Keith DS, Nichols GA, Gullion CM, Brown JB, Smith DH. Longitudinal follow-up and outcomes among a population with chronic kidney disease in a large managed care organization. *Arch Intern Med* 2004;164:659-63. DOI: <http://dx.doi.org/10.1001/archinte.164.6.659>
4. Bastos MG, Andriolo A, Kirsztajn GM. World Kidney Day 2011 albuminuria and creatinine: simple, inexpensive and essential tests in the course of chronic kidney disease. *J Bras Nefrol* 2011;33:1-7. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-28002011000100001>
5. Mastroianni-Kirsztajn G, Bastos MG, Burdmann EA. Strategies of the Brazilian chronic kidney disease prevention campaign (2003-2009). *Nephron Clin Pract* 2011;117:c259-65. PMID: 20861650 DOI: <http://dx.doi.org/10.1159/000320741>