

Tratamento dialítico do paciente renal crônico

Um número extenso de doenças renais primárias ou secundárias causam insuficiência renal crônica terminal (IRCT). Nos EUA e na Europa, a diabetes é a principal causa (33%) de IRCT, seguida pela hipertensão arterial (29%) e glomerulonefrite crônica (13%). Em nosso meio, estas três doenças também são as que mais comumente levam a IRCT, no entanto em ordem inversa de frequência: glomerulonefrite (22%), hipertensão (16%) e diabetes (11%). Em mais de 1/3 dos pacientes tratados (36%) a causa da doença renal é desconhecida.

Quando se estabelece a IRCT, tratamentos de substituição da função renal devem ser instituídos, caso contrário a morte sobrevirá em poucos dias ou semanas. Os principais métodos de tratamento disponíveis são a diálise e o transplante renal. A grande maioria dos pacientes inicia tratamento em programas crônicos de diálise enquanto aguardam a realização de um transplante renal. Esta espera tem prazo variável de meses, se o paciente tem doador parente, até mais de dois anos, em média, se o doador for cadavérico. Com frequência, o paciente morre sem ter recebido transplante. Atualmente, cerca de 80% dos pacientes com IRCT estão em tratamento dialítico, enquanto que 20% têm enxerto renal funcionante.

Desde 1975, no Brasil, o Governo Federal custeia o tratamento de praticamente 95% dos pacientes renais crônicos. Há, desde então, normas estabelecidas para o credenciamento e funcionamento das unidades de diálise e de transplante renal.

Estima-se que haja, atualmente, cerca de 23.000 pacientes em diálise no Brasil. No Estado de São Paulo, há cerca de 8.200 pacientes em diálise, sendo que metade se localiza na Grande São Paulo. Setenta e nove por cento destes pacientes estão em hemodiálise (HD), 15% em diálise peritoneal crônica ambulatorial (CAPD) e 6% em diálise peritoneal intermitente (DPI). O custo anual ao governo, para prover este tratamento em todo o país, é de aproximadamente US\$ 250 milhões (em torno de US\$ 11.000,00 paciente/ano), sendo de US\$ 85 milhões somente em São Paulo. A título de comparação, nos EUA, em 1991, havia 183.372 pacientes em diálise, e o governo gastava US\$ 8,6 bilhões por ano (em torno de US\$ 50.000,00 paciente/ano) para prover o tratamento. Nossas estimativas mostram que a incidência de casos novos aceitos para tratamento, no ano de 1991, em São Paulo, foi de 83/milhão da população (pmp), ou seja, um paciente para cada 12 mil habitantes. A prevalência de pacientes tratados na Grande São Paulo é de 148pmp (1 paciente por 7 mil habitantes). Cerca de 1/3 dos pacientes novos

em tratamento tem mais de 60 anos de idade. Nossas taxas de incidência e de prevalência do tratamento são, respectivamente, cerca de metade e de 1/4 da norte-americana. Há indícios de que mais de 25% dos pacientes com IRCT que necessitariam de tratamento dialítico, em São Paulo, não chegam a ser aceitos em programas de diálise por motivos relacionados ao não-diagnóstico de IRCT em tempo oportuno, à falta de vagas nos centros de diálise e à seleção dos pacientes que são aceitos para tratamento. Quarenta centros de diálise prestam atendimento a pacientes na Grande São Paulo, que estão concentrados, principalmente, nas administrações regionais de saúde (ARS): na região Centro, 16 unidades; no Butantã, 5 unidades; e na Vila Prudente, 4 unidades. A distribuição de unidades é claramente desproporcional à população das ARS. Por exemplo, no caso de Itaquera, há apenas duas unidades para servir a uma população de cerca de 2 milhões de habitantes. Considerando que a incidência de casos novos aceitos para tratamento seria pelo menos igual à de 1991, somente na área de Itaquera teríamos 166 novos pacientes que deveriam iniciar tratamento dialítico em 1994.

Durante o tratamento dialítico, a morbidade dos pacientes é elevada e está relacionada a doenças cardiovasculares, hipertensão arterial, anemia, maior suscetibilidades a infecções, elevada prevalência de infecções pelo vírus das hepatites B e C, doença óssea, desnutrição, e outras causas menos definidas. As causas de óbito destes pacientes estão relacionadas a doenças cardíacas (30%), cerebrovasculares (21%), infecções (22%), neoplasia (3%), desconhecida (11%), e outras (13%). Na Europa, a percentagem de óbitos por causa infecciosa é menor (12%) e, por causas cardiovasculares, é maior (42%). Em São Paulo, doenças do aparelho geniturinário estão entre as dez causas de óbito mais frequentes da população. Em 1991, no município de São Paulo, houve 537 óbitos em pacientes em diálise e 545 óbitos de indivíduos com causa básica de óbito relacionada a insuficiência renal crônica, que não receberam tratamento dialítico. Ao final do primeiro ano de diálise, na Grande São Paulo, a sobrevida cumulativa dos pacientes foi de 80%, sendo esta taxa similar à de países desenvolvidos. Ao final de cinco anos, as taxas de sobrevida destes pacientes nos EUA, Austrália, Europa e Japão foram de 38%, 48%, 59% e 61%, respectivamente. Na unidade de diálise da Disciplina de Nefrologia da Escola Paulista de Medicina (UNIFESP), a taxa de sobrevida de 530 pacientes tratados na década de 80 foi de 42%, ao final de cinco anos. A esperança de vida para

pacientes em diálise, nos EUA, é bastante reduzida comparada à da população geral. Assim, para pacientes nas faixas etárias de 30-34, 40-44 e 60-64 anos ela é de apenas 8,2, 6,9 e 4,2 anos.

Os recentes óbitos de pacientes durante tratamento dialítico são um alerta para a maior atenção que deve ser prestada a este tratamento em nosso meio. Não devemos apontar culpados. Não há dúvidas de que ocorreu uma fatalidade, mas, seguramente, podemos afirmar que foi acidental e totalmente não intencional, fato que pode ocorrer ou que ocorre em uma unidade de diálise decorrente de problemas que necessitam ser discutidos, enfrentados e resolvidos para que pacientes tenham o melhor atendimento possível. Alguns destes problemas que devem ser enfrentados por toda a coletividade podem ser enumerados: 1) encaminhamento tardio; 2) qualificação do pessoal; 3) baixa remuneração de pessoal médico e paramédico; 4) más condições do equipamento; 5) carência de credenciamento de novos centros de diálise.

As distorções acima necessitam ser solucionadas, mesmo levando-se em consideração que a diálise é um procedimento de alta tecnologia e de elevado custo, num país com limitados recursos econômicos destinados à área de saúde como o nosso. Procedimentos mais custo

efetivos como o transplante com doador cadáver devem ser permanentemente estimulados. No entanto, sabemos que, de acordo com as tendências observadas, uma parte substancial dos pacientes com IRCT, provavelmente a sua maioria, continuará a utilizar o tratamento dialítico. O contínuo aprimoramento do tratamento dialítico e o controle de sua qualidade por parte dos provedores do tratamento, incluindo a participação coletiva de responsáveis pelos centros de diálise, do governo, de grupos de assistência de saúde, das sociedades médicas e de pacientes renais crônicos devem ser nossos objetivos constantes para que se obtenha maior disponibilidade de centros de diálise, diminua a morbidade e a mortalidade de pacientes com doenças tão graves como a IRCT, e haja melhora de sua qualidade de vida. Desta forma, estaremos trabalhando para que os pacientes renais crônicos tenham condições mais dignas de assistência médica e de qualidade de vida.

R. de C.C. Sesso

Professor Adjunto da Disciplina de Nefrologia da Universidade Federal de São Paulo — Escola Paulista de Medicina.

H. Ajzen

Professor Titular, Chefe da Disciplina de Nefrologia da Universidade Federal de São Paulo — Escola Paulista de Medicina.