

DOENÇA RENAL CRÔNICA E ATENÇÃO PRIMÁRIA – DESAFIOS E PERSPECTIVAS: REVISÃO DE LITERATURA

Mikaela Lopes de Caldas (1); Júlio César Saraiva Santos (1);² Micael Rezende de Carvalho da Cunha (2); Lucas Moura Santana (3); Romário de Sousa Oliveira (4)

Universidade Estadual do Piauí, uespi@gmail.com

Resumo: A Doença Renal Crônica (DRC) emerge em anos recentes como um sério problema de saúde pública nas populações contemporâneas, sendo considerada uma “epidemia” de crescimento alarmante. Em 2007, estimava-se que existiam mais de 2 milhões de brasileiros portadores de algum grau de disfunção renal. A doença renal crônica traz consigo uma série de questões que marcam a vida do indivíduo, a partir do diagnóstico, sendo comuns as manifestações psíquicas acarretando alterações na interação social e desequilíbrios psicológicos, não somente do paciente como também da família que o acompanha. O objetivo geral foi analisar produções científicas que abordem a situação atual da DRC no país e quais impactos a mesma tem acarretado a sociedade como um todo. Caracteriza-se como uma pesquisa bibliográfica explicativa e explorativa, realizada no recorte histórico de 2004 a 2013. Foram encontradas 34 referências, das quais 22 obedeciam aos critérios de inclusão. Diante do exposto, conclui-se que os pacientes com doença renal crônica, frente à impossibilidade de cura, necessitam da assistência primária operando de acordo com os princípios estabelecidos, uma vez que não são apenas as alterações fisiológicas e anatômicas que se fazem presente na vida dos mesmos, sendo as alterações psíquicas e emocionais marcadamente presentes, principalmente na fase inicial de adaptação imposta pelo novo estilo de vida que deve ser adotado pelo indivíduo com DRC.

Palavras-chave: Doença renal crônica, atenção primária, impacto social.

INTRODUÇÃO

A Doença Renal Crônica (DRC) emerge em anos recentes como um sério problema de saúde nas populações contemporâneas, sendo considerada uma “epidemia” de crescimento alarmante. Em 2007, estimava-se que existiam mais de 2 milhões de brasileiros portadores de algum grau de disfunção renal. Obesidade, dislipidemia e tabagismo aceleram a sua progressão culminando com a necessidade de Terapia Renal Substitutiva

(TRS), com gasto anual de cerca de 2,0 bilhões de reais estimado para 2007. A esperança de vida a cada idade é reduzida, os riscos de doença cardiovascular e acidente vascular cerebral são aumentados e o ônus recai sobre o indivíduo e a sociedade. (SBN, 2007).

Os rins são órgãos fundamentais para a manutenção da homeostase do corpo humano. Assim, não é surpresa constatar que, diminuição progressiva da função renal,

implique em comprometimento de essencialmente todos os outros órgãos. A função renal é avaliada pela filtração glomerular (FG) e a sua diminuição é observada na Doença Renal Crônica (DRC), associada a perda das funções regulatórias, excretórias e endócrinas do rim. Quando a FG atinge valores muito baixos, inferiores a 15 mL/min/1,73m², estabelece-se o que denominamos falência funcional renal (FFR), ou seja, o estágio mais avançado do *continuum* de perda funcional progressiva observado na DRC. (BASTOS, et al. 2010)

A doença renal crônica (DRC) é mais frequente do que se considerava, fato esse observável após a definição da DRC vigente desde 2002, definição essa que propiciou um estadiamento da doença independente da causa.

De acordo com Bastos (2004), essa proposta de estadiamento da DRC apresenta algumas vantagens, entre as quais destaca-se a uniformização da terminologia empregada pelos profissionais e pesquisadores, a qual evita a ambiguidade e a superposição dos termos utilizados, e facilita a comunicação entre profissionais de saúde, pacientes e familiares.

O sofrimento dos pacientes com doença renal crônica pode ser amenizado através de uma detecção precoce, uma vez que através dessa detecção condutas

terapêuticas apropriadas podem ser aplicadas o que diminui a progressão da doença e os custos relacionados ao tratamento.

O número projetado atualmente para pacientes em tratamento dialítico e com transplante renal no Brasil está próximo dos 120.000, a um custo de 1,4 bilhão de reais (SESSO, 2008). A doença crônica normalmente exige um tratamento permanente, por isso é necessário que o indivíduo cultive hábitos e atitudes que promovam a consciência para o autocuidado (SILVEIRA, 2006).

A questão da adesão ao tratamento tem sido muito discutida e estudada por profissionais de saúde. O conceito tradicional refere-se à situação na qual o comportamento do paciente corresponde às recomendações médicas, sendo avaliada pelo comparecimento às consultas marcadas, obediência às prescrições ou pelas mudanças de estilo de vida (OIGMAN, 2006).

A doença renal crônica traz consigo uma série de questões que marcam a vida do indivíduo, a partir do diagnóstico, sendo comuns as manifestações psíquicas acarretando alterações na interação social e desequilíbrios psicológicos, não somente do paciente como também da família que o acompanha (ADRETERJ, 2005).

Diante do descrito, observa-se que a doença renal crônica caracteriza-se como uma

doença que leva a perda progressiva e irreversível dos rins, assim o portador da DRC, sente-se limitado e impotente diante da doença e como resposta comum a tal quadro, inúmeras vezes se recusa a seguir tratamento o que se configura como fator agravante. Sendo assim o entendimento dos desafios e perspectivas da doença renal crônica leva a possibilidade de métodos cada vez mais eficazes de tratamento e prevenção o que reflete positivamente nos impactos causados pela DRC, tanto na vida pessoal do indivíduo acometido pela doença, quanto nas esferas econômicas e sociais que são constantemente atingidas pelas limitações causadas por doenças crônicas em sua população.

O presente trabalho tem como objetivo geral analisar produções científicas que abordem a situação atual da DRC no país e quais impactos a mesma tem a acarretado a sociedade como um todo. Os objetivos específicos foram: destacar a importância da equipe multiprofissional na adesão ao tratamento dos pacientes com DRC; ressaltar a importância da aceitação da doença para uma qualidade de vida satisfatória e diminuição dos riscos de desenvolvimento de doenças concomitantes.

A justificativa deste trabalho está afirmada no fato de a doença renal crônica configurar-se como uma “epidemia” crescente e de caráter alarmante, além da queda na

expectativa de vida acarretada pela mesma, tendo impacto direto sobre o indivíduo e a sociedade.

A atenção primária deve receber incentivos técnicos e humanísticos com o intuito de capacitar os profissionais no que diz respeito ao diagnóstico da doença, assim como a continuidade do tratamento. Através do conhecimento adquirido pelos profissionais da atenção primária, a atividades de promoção da saúde caracterizar-se-ão como ferramentas indispensáveis do cotidiano dos pacientes e familiares.

METODOLOGIA

Este trabalho utilizou como fontes bibliográficas artigos científicos no recorte histórico de 9 anos compreendidos nos anos de 2004 a 2013, período esse de pesquisas relevantes a cerca da doença renal crônica e seus desdobramentos. Foram utilizados os seguintes descritores: doença renal crônica, falência funcional renal, impacto social.

Foram incluídos os artigos disponibilizados na base de dados Bireme e em sites indexados: Scientific Electronic Library Online (SCIELO) (www.scielo.org), SCOPUS (www.scopus.com), LILACS (lilacs.bvsalud.org), PUBMED/MEDLINE (www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed), nos idiomas inglês E português. Considerou-se como critérios de inclusão os estudos com análise dos impactos doença renal crônica na

vida do indivíduo e a importância da atenção primária no enfrentamento da mesma.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Encontrou-se 34 referências das quais 22 foram consideradas compatíveis com os critérios de inclusão.

Os rins constituem o sistema de filtragem do organismo e filtram aproximadamente 190 litros de sangue por dia, eliminando resíduos e excesso de líquido na forma de urina. Além disso, regulam a água do organismo e outros elementos químicos do sangue (sódio, potássio, fósforo e cálcio); eliminam medicamentos e toxinas e liberam hormônios no sangue (National Kidney Foundation, 2010).

Para adequada homeostase do nosso organismo, os rins são fundamentais, por isso, a diminuição progressiva da função renal e a consequente perda das funções metabólicas, endócrinas e excretoras implica em comprometimento de todo o organismo (KIRSZTAJN, 2013)

Quando os rins perdem suas funções regulatórias, excretórias e endócrinas caracteriza-se insuficiência renal, a qual pode ser aguda ou crônica. A insuficiência renal crônica (IRC) consiste em lesão e perda lenta, progressiva e irreversível das funções renais, de forma que, em sua fase mais avançada, os rins não são mais capazes de manter o

equilíbrio metabólico e hidroeletrolítico do paciente (MARQUES, et al, 2010).

A filtração glomerular (FG), é o indicador fisiológico da IRC a qual estima a perda da função renal. De acordo com a progressão da insuficiência renal a taxa de filtração glomerular (TFG) diminui (National Kidney Foundation, 2010). Baseado nos níveis da TFG, a DRC foi dividida em seis estágios, de acordo com a Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN) (BASTOS, et al, 2011):

(1) Fase de função renal normal sem lesão: engloba indivíduos que fazem parte dos grupos de risco para o desenvolvimento da insuficiência renal que são os diabéticos, hipertensos, história familiar de DRC, (TFG = 90 mL/min/1,73m² ou mais);

(2) Fase de lesão com função renal normal: considera os indivíduos que possuem lesão renal em estágio inicial, porém que mantém níveis seguros de filtração glomerular (TFG entre 60 e 89 mL/min/1,73m²);

(3) Fase de insuficiência renal funcional ou leve: os rins ainda são capazes de manter o controle dos fluidos corporais. Embora já seja observado a perda funcional do rim, a qual é detectada por meio de métodos eficientes de avaliação funcional (TFG entre 45 e 59 mL/min/1,73m²);

(4) Fase de insuficiência renal laboratorial ou moderada: paciente com

estado clínico considerado satisfatório, mas com alterações nos níveis de creatinina plasmáticos e de ureia (TFG entre 30 e 44 mL/min/1,73m²);

(5) Fase de insuficiência renal clínica ou severa: paciente apresenta sinais e sintomas marcados de uremia, como sintomas digestivos, fraqueza, mal-estar, anemia, edema e hipertensão arterial (TFG entre 15 e 29 mL/min/1,73m²);

(6) Fase terminal de insuficiência renal crônica: o rim torna-se incapaz de regular o meio interno e configura-se perda significativa da função renal, incompatível com a vida (TFG menor do que 15 mL/min/1,73m²).

Essa proposta de estadiamento da DRC apresenta algumas vantagens, entre as quais destacam-se a uniformização da terminologia empregada pelos profissionais e pesquisadores, facilitando assim a comunicação entre profissionais de saúde, pacientes e familiares (BASTOS et al, 2004).

Segundo Bastos et al, (2010) alguns pacientes apresentam suscetibilidade aumentada para DRC e são considerados grupos de risco. São eles: hipertensos, diabéticos, idosos, pacientes com doença cardiovascular (DCV), familiares de pacientes portadores de DRC.

Ermida (2009) chama a atenção para o fato de que alguns fatores podem ser

classificados como causais e outros como associados à DRC, estes últimos sem o vínculo causal propriamente dito.

Uma vez estabelecida no organismo humano, a DRC pode levar a um conjunto de complicações e morbidades. Estudos apontam alguns fatores que contribuem para a progressão da DRC estabelecida, tais como: proteinúria persistente; dieta elevada de proteína e fosfato, dislipidemia hiperfosfatemia, anemia, doença cardiovascular, tabagismo e obesidade (EL NAHAS & BELLO, 2005; ROMÃO Jr, 2007 WARADY & CHADHA, 2009, BASTOS, 2011).

A Atenção Primária à Saúde (APS), experiência exitosa de sistemas de saúde em vários países, apresenta-se como organização de redes assistenciais articuladas, onde os serviços de nível primário são os de primeiro contato do usuário. Caracterizam-se pelo acesso facilitado e atuam de forma efetiva sobre os principais problemas de saúde da população. Essa posição enquanto porta de entrada preferencial na rede assistencial permite também desenvolver a coordenação de cuidados pelo médico generalista ou de família (STARFIELD, 2010; MENDES, 2011).

No Brasil, alguns problemas de considerável gravidade, têm sua assistência em nível primário ainda pouco resolutiva.

Destacamos a Doença Renal Crônica (DRC) (PENA et al, 2012). Assim sendo, o serviço de Atenção Primária apresenta a necessidade de adequação a fim de atender de maneira igualitária e totalitária os pacientes que cheguem até a mesma, uma vez que essa se configura como passo inicial do usuário em direção aos serviços de saúde especializados em busca de controle de suas respectivas morbidades.

Estudos recentes indicam que desfechos indesejados podem ser prevenidos ou retardados se a DRC for diagnosticada precocemente e as medidas nefro e cardioprotetoras implementadas precocemente.1,3-5 De acordo com Bastos (2010), infelizmente, a DRC é subdiagnosticada e tratada inadequadamente, resultando na perda de oportunidade para a implementação de prevenção primária, secundária e terciária, em parte devido à falta de conhecimento da definição e classificação dos estágios da doença, bem como a não utilização de testes simples para o diagnóstico e avaliação funcional da doença.

O doente renal crônico sofre alterações da vida diária em virtude da necessidade de realizar o tratamento, necessitando do suporte formal de atenção à saúde, isto é, vive dependente da equipe de saúde, da máquina e do suporte informal para ter o cuidado necessário (MARTINS, 2005).

Com base em princípios da atenção primária à saúde, tais como a longitudinalidade (oferta regular da atenção básica, propiciando continuidade do cuidado), a pessoalidade (implica que a atenção é centrada na pessoa, e não apenas em uma doença específica do indivíduo; a intersetorialidade das políticas (que permitem a articulação das diversas políticas de saúde implementadas em um município, permitindo cuidado de forma organizada ao paciente) (STARFIELD, 2004), constata-se que a atenção integral ao indivíduo se faz necessária para a redução dos casos e da aplicação de tratamentos eficazes e direcionados a necessidade individual do paciente.

CONCLUSÕES

Diante do exposto, conclui-se que os pacientes com doença renal crônica, frente a impossibilidade de cura, necessitam da assistência primária operando de acordo com os princípios estabelecidos, uma vez que não são apenas as alterações fisiológicas e anatômicas que se fazem presente na vida dos mesmos, sendo as alterações psíquicas e emocionais marcadamente presentes, principalmente na fase inicial de adaptação imposta pelo novo estilo de vida que deve ser adotado pelo indivíduo com DRC.

A equipe multiprofissional é extremamente importante na promoção e educação em saúde sendo que, pacientes com

DRC constantemente apresentam fatores de risco comuns às doenças cardiovasculares e ao *Diabetes mellitus*, fazendo-se assim necessária a interrupção do tabagismo com o objetivo de reduzir riscos cardiovasculares; adequação do peso corporal; redução ou interrupção do consumo de álcool, a fim de controlar pressão arterial em hipertensos; indução a prática de exercícios físicos e diminuição da ingestão de sal. Todos esses fatores caracterizam os desafios impostos aos doentes renais crônicos que com a adesão de um novo estilo de vida podem retardar a progressão da doença tendo assim resultados positivos que refletem diretamente em sua qualidade de vida.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ADRETERJ. Associação dos Renais e Transplantados do Estado do Rio de Janeiro. Qualidade de vida. Rio de Janeiro 2005.
- BASTOS, M. G. et al. Doença Renal Crônica: Problemas e Soluções. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*. 2004; 26(4):202-215
- BASTOS, M. G. et al. Doença Renal Crônica: Frequentemente Grave, mas também prevenível e tratável. *Rev Assoc Med Bras* 2010; 56(2):248- (253).
- CHERCHIGLIA M L. et al. Perfil epidemiológico dos pacientes em terapia renal substitutiva no Brasil, 2000-2004. *Revista de Saúde Pública (USP. Impresso)*, v. 44, p. 639-649, 2010.
- DIRETRIZES BRASILEIRAS DE DOENÇA RENAL CRÔNICA. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*. 2004;26(Supl 1):S1-S49.
- ERMIDA, V.S. Avaliação da Assistência e da Qualidade de Vida do Paciente de Hemodiálise na Região Metropolitana do Rio de Janeiro. 257 f. (Dissertação de Mestrado em Saúde Pública) Programa de Pós Graduação em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2009.
- EL NAHAS, A.M.; BELLO, A.K.. Chronic kidney disease: the global challenge. *Lancet* 2005; 365: 331-40.
- KIRSZTAJN, G. M. et al. Doença Renal Crônica (Pré-terapia Renal Substitutiva): Diagnóstico. Projeto Diretrizes, Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina 2013.
- MARQUES, A.B. et al. Motivos e frequência de internação dos pacientes com IRC em tratamento hemodialítico. *Arq. Ciênc. Saúde*, São José do Rio Preto, v.12, n.2, p.67-72, 2005.
- MENDES, EV. As redes de atenção à saúde. 2ª Edição. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde; 2011.
- NATIONAL KIDNEY FOUNDATION. Sobre Insuficiência Renal Crônica. Guia para pacientes e familiares; 2010.
- OIGMAN, W. Métodos de avaliação da adesão ao tratamento anti-hipertensivo. *Revista Brasileira de Hipertensão* 2006;13(1):30-4.
- PENA, F. A. P. et al. Cuidado ao paciente com Doença Renal Crônica no nível primário: pensando a integralidade e o matriciamento. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(11):3135-3144, 2012.

PERES, L.A.B et al. Estudo epidemiológico da doença renal crônica terminal no oeste do Paraná: uma experiência de 878 casos atendidos em 25 anos. J. Bras. Nefrol. [online]. 2010, vol.32, n.1 [cited 2012-02-10], pp. 51-56.

ROMÃO JR. Doença Renal Crônica: Definição, epidemiologia e classificação. J Bras Nefrol 2004; 36(Supl. 1):1-3

ROMÃO JR. A Doença Renal Crônica: do Diagnóstico ao tratamento. Prática Hospitalar. Ano IX. N. 52. Jul-Ago 2007.

SBN. Sociedade Brasileira de Nefrologia. Perfil da doença renal crônica o desafio brasileiro. São Paulo 2007.

SESSO, R. L. et al. Relatório do Censo Brasileiro de Diálise, 2008 J Bras Nefrol. 2008;30:233-8.

SILVEIRA, L. M. C; RIBEIRO, V. M. B. Grupo de adesão ao tratamento: espaço de “ensinagem” para profissionais de saúde e pacientes. Interface: Comunicação, Saúde, Educação, 2005.

STARFIELD B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002.

STARFIELD, B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidade de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO: Ministério da Saúde, 726p., 2004.

WARADY, B.A.; CHADHA, V.. Chronic kidney disease in children: the global perspective. Pediatr Nephrol (2007) 22:1999 – 2009.