

Prevenção ou não prevenção: esta não é mais a questão! Prevention or no prevention: this is not the question anymore!

Autor

José Carolino Divino-Filho¹ 

¹Karolinska Institutet, CLINTEC,
Division of Renal Medicine,
Stockholm, Sweden.

Existe um velho ditado que diz: “Mais vale prevenir do que remediar”. Quando cheguei ao Hospital Universitário de Lund, Suécia, em 1979, fiquei maravilhado com a organização do Departamento de Nefrologia, o Hospital Universitário e o Sistema de Saúde sueco. Algumas pessoas eram encaminhadas pelos médicos dos distritos para o ambulatório de nefrologia porque tinha sido detectada proteinúria ou hematúria microscópica no exame de urina, um dos procedimentos do exame médico a que eram submetidos para obterem (os jovens) ou renovarem (os mais velhos) a carteira de motorista. Na Suécia já havia uma forma de prevenir doença renal pela carteira de motorista!

Nove anos mais tarde, em um estudo prospectivo e randomizado realizado por Bergström et al. (1998)¹, em Estocolmo, foi demonstrado que controles ambulatoriais mais frequentes, sem alterar a ingesta proteica, retardam a progressão da DRC e que o grau de retardo está correlacionado com a melhora do controle da pressão arterial.

Passaram-se 42 anos desde então, e a prevalência da doença renal crônica (DRC) alcançou níveis epidêmicos, e hoje atinge 9,1% da população mundial^{2,3}. Hipertensão, obesidade, diabetes e o aumento da expectativa de vida são as razões principais pelas quais a DRC se tornou um problema de saúde pública mundial.

Existem diferenças a nível global entre países na incidência e prevalência da DRC, assim como nas terapias renais substitutivas (TRS). Essas diferenças estão geralmente relacionadas com diversos aspectos econômicos, sistemas de saúde, a existência de programas de saúde renal. Em um livro recentemente lançado avaliando 51 países,

*Nephrology Worldwide*⁴, diversos exemplos concretos dos efeitos das disparidades socioeconômicas sobre a epidemiologia das enfermidades renais foram relatados. A DRC é uma doença basicamente prevalente na população jovem no continente africano, enquanto que, no mundo desenvolvido, predomina na população de idosos. Além disso, na maioria dos países existe um grande número de pacientes com CKD diagnosticado nos estágios adiantados; mais da metade dos pacientes com DRC na Índia procura o médico somente depois de desenvolver insuficiência renal terminal, frequentemente necessitando de diálise.

Recentemente (2019), o governo dos Estados Unidos lançou a primeira ordem de estratégia da saúde renal, que pretende reduzir o número de norte-americanos com insuficiência renal para 25% durante a próxima década⁵. Essa ordem requer que o sistema primário de atendimento identifique pessoas com risco para doença renal, ajude esses indivíduos a evitá-la, e então envie esses pacientes para nefrologistas, a fim de diminuir a progressão da DRC.

O estudo de coorte retrospectivo por Moraes Junior et al. (2021)⁶ estima os custos do Sistema de Saúde Unificado (SUS) brasileiro durante toda a fase de pré-diálise (I-IV) e os compara com os custos despendidos pelo SUS durante a fase dialítica (V). Os resultados demonstram que um programa de cuidados pré-diálise pode gerar uma redução média de R\$ 33,023.12, ± R\$ 1,676.80 no custo médio para cada ano de TRS evitado, o que é suficiente para cobrir a operação do programa. Além disso, os autores também demonstram que os custos da

Data de submissão: 09/04/2021.

Data de aprovação: 14/04/2021.

Correspondência para:

José Carolino Divino-Filho.
E-mail: jose.divino@ki.se

DOI: <https://doi.org/10.1590/2175-8239-JBN-2021-E005>



TRS são muito altos quando comparados aos custos do tratamento pré-diálise, mesmo em estágios mais avançado da DRC.

Para nós que acompanhamos pacientes com DRC, esse estudo de Economia da Saúde tem uma grande importância clínica: quanto antes no curso da DRC os pacientes forem diagnosticados e acompanhados em um programa de pré-diálise, mais tempo eles poderão viver sem necessidade de TRS. Quando houver a necessidade de iniciar a TRS, eles já estarão informados das opções de terapia e preparados para escolher, inicialmente, a que mais se adapte a cada um individualmente. Um paciente sendo seguido de forma multidisciplinária e regular deverá estar em melhores condições clínicas para iniciar a TRS, e a transição do estágio IV para a TRS deverá ocorrer de forma suave (com menos complicações e internações) e, portanto, com menores custos. Na verdade, a principal limitação desse estudo foi não ter estimado os custos das complicações associadas às hospitalizações.

A mensagem mais importante dada pelo estudo é direcionada aos gestores da saúde pública no Brasil, para que considerem os cuidados pré-diálise como uma opção econômica muito importante para ações e serviços de saúde pública no combate à DRC.

O velho ditado “Mais vale prevenir do que remediar” é sábio, enquanto que o estudo de Moraes Junior et al. (2021)⁶ é robusto. Portanto, unindo a sabedoria com as ciências (medicina e economia), deveremos no médio e longo prazo obter resultados

clínicos e socioeconômicos importantes para todos os envolvidos na prevenção e no tratamento da DRC; e até mesmo os custos da TRS poderão ser significativamente aliviados. Estudos de custos como esse são fundamentais e corroboram que a prevenção não é mais uma QUESTÃO na DRC; agora é necessária uma AÇÃO das autoridades responsáveis pela Saúde Pública no Brasil e de todos os outros envolvidos no tratamento da DRC.

CONFLITO DE INTERESSE

O autor declara não ter conflito de interesse relacionado à publicação deste manuscrito.

REFERÊNCIAS

1. Bergström J, Alvestrand A, Bucht H, Gutierrez A. What is the role of controls in an outpatient department on progression of renal disease ?. *Blood Purif.* 1988;6(6):336-42.
2. GBD Chronic Kidney Disease Collaboration. Global, regional, and national burden of chronic kidney disease, 1990-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet.* 2020 Feb;395(10225):709-33.
3. Jager KJ, Kovesdy C, Langham R, Rosenberg M, Jha V, Zoccali C. A single number for advocacy and communication-worldwide more than 850 million individuals have kidney diseases. *Nephrol Dial Transplant.* 2019;34(11):1803-5.
4. Moura-Neto JA, Divino-Filho JC, Ronco C. *Nephrology Worldwide.* Basel: Springer Nature Switzerland; 2021.
5. Trump DJ. Executive Order No. 13879—Advancing American Kidney Health. In: Peters G, Woolley JT, eds. *The American Presidency Project* [Internet]. Santa Barbara: University of California (UCSB); 2019; [access in ANO Mês dia]. Available from: <https://www.presidency.ucsb.edu/node/333702>
6. Moraes Junior CS, Fernandes NMS, Colugnati FAB. Multidisciplinary treatment for patients with chronic kidney disease in pre-dialysis minimizes costs: a four-year retrospective cohort analysis. *Braz J Nephrol.* 2021 Apr 12; ; [Epub ahead of print].