

EDITORIAL

Lutas, denúncias e vitórias favorecem a comunidade

Estamos terminando o mandato com a sensação do dever cumprido, inclusive na sucessão que se avizinha. Não poderíamos, entretanto, nos esquivar das falhas existentes neste processo de fortalecimento de nossa entidade. A complexidade das demandas; a necessidade de enfrentamento de questões relacionadas ao ensino; a eficiência do atendimento médico para uma enorme e sofrida população; o desafio de construção de um sistema único de saúde democratizado, universal e humanista, bem como a luta sem quartel contra interesses espúrios determinados pela avidez do lucro fácil às custas dos recursos da comunidade, associados à impunidade, serão sempre obstáculos a vencer pelas diretorias que se seguirem.

A abertura do novo mercado dos convênios privados de saúde vem determinando crescente choque entre médicos e unidades prestadoras de serviços em todo o país. A busca “a qualquer custo” desta nova clientela vem produzindo o aviltamento do trabalho médico e a desmoralização dos nefrologistas como decorrência do pragmatismo do “salve-se quem puder” a que alguns se entregaram. Tudo isso impulsionado pela ação deletéria de fortes grupos multinacionais, em especial a RTS (subsidiária da Baxter) e a FMC (Freze-rius Medical Care), que continuam agindo à sombra da lei e da ética,

Urge que o Ministério Público, auxiliado pela mobilização dos nefrologistas goianos, impeça que se perpetre este crime

praticando o *dumping* que fragiliza as unidades independentes, apesar das constatações observadas pela CPI dos Medicamentos.

A ação desses grupos vem ganhando sofisticação e agressividade dentro das secretarias de Saúde, como é o caso do verdadeiro escândalo ora ocorrendo na montagem de uma suposta unidade de diálise peritoneal no Hospital Geral de Goiânia. Emperrado desde a sua fundação, o hospital estatal em questão entrou com uma solicitação de vistoria, com

credenciamento em fase de conclusão de uma unidade para tratar pacientes em diálise peritoneal. O mais escabroso é que a solicitação do teto orçamentário à Secretaria de Saúde vem assinada por Milton Munhoz, gerente de marketing da divisão renal da Baxter Hospitalar Ltda., em 18 de outubro deste ano, e, em detalhes, requer um teto mensal de R\$ 162.171,24 para tratar 84 possíveis pacientes, dos quais R\$ 109.232 para 47 pacientes em DPA (diálise peritoneal automática); R\$ 41.739,07 para 23 pacientes em CAPD e R\$ 11.559,94 para “14 novos pacientes”. Apenas R\$ 18.800 vão para recursos humanos, sendo R\$ 1.000 para cada um dos dois médicos solicitados. O mesmo documento solicita credenciamento para DPI, mas exclui os valores da DPI de suas tabelas e cobra DPI

com as tabelas da DPA e ainda assinala uma margem de lucros de R\$ 14.000/mês. Puderá!

Goiânia, com 1.000.000 de habitantes, tem cerca de 1.000 pacientes em diálise. Contudo, a Secretaria de Saúde vem negando vagas para as unidades existentes, enquanto do outro lado articula uma negociata de impressionante amoralidade. Vale ressaltar que, com a verba solicitada ao Estado, poderiam ser tratados não os interesses da Baxter mas 150 pacientes goianos em hemodiálise.

Nenhum argumento técnico poderia justificar este descalabro. Urge que o Ministério Público, auxiliado pela mobilização dos nefrologistas goianos, impeça que se perpetre este crime.

Outra forma insuportável de atuação desses grupos vem se manifestando através da pressão junto às secretarias municipais e estaduais para vender projetos de unidades de diálise, de maneira a – em conluio com “assessores” e lobistas – se apoderar de verbas destinadas à saúde. Vários nefrologistas vêm sendo grosseiramente assediados para tomarem conta de unidades previamente credenciadas ou acertadas em negociatas. Alguns desses grupos estão envolvidos com entidades ditas “de interesse público”, ONGs, traficam influência e acertam negociações em Miami para garantir a comercialização de máquinas usadas contrabandeadas para o país. Um outro grupo da mesma origem se apronta para credenciar três unidades no Nordeste, mais especificamente em municípios dos Estados de Pernambuco e Paraíba, através de lobistas, ligados a políticos de alto coturno.

Acusações de irregularidades também vêm pesando contra Centrais de Distribuição de Pacientes para Tratamento de Substituição Renal, que trabalham em conluio com grandes grupos de influência econômica e/ou política para direcionamento de pacientes e elevação de cotas orçamentárias em detrimento de outras, como pode ser lido em matéria neste jornal, envolvendo a cidade de Piracicaba, SP. Aliás, esta é uma das denúncias que mais frequentemente chegam à SBN, procedentes de todos os lugares do país.

As tentativas de boicote à lista única de candidatos

a transplante renal a partir de doadores cadavéricos também continuam a existir, apesar da posição firme desta Sociedade e do Ministério da Saúde

Não se trata de plantar nenhuma sinistrose, mas, ao contrário, refletir e alertar sobre alguns obstáculos que se situam no caminho da construção de uma sociedade mais ética e justa. No meio médico estão situadas grandes matrizes de distorções, não apenas pela prática da cooptação de profissionais médicos e não-médicos, mas pela meta de tornar privado o dinheiro de todos.

Temos a comemorar algumas vitórias parciais e a consolidação de uma Sociedade que, temos certeza, não mais se deixará instrumentalizar pela mesquinhez e pelo pragmatismo que levam ao sucesso pessoal fácil e falso em detrimento da maioria. Regozijamo-nos com a serenidade e a coragem com que o Ministro da Saúde vem enfrentando grandes grupos cuja conduta se opõe ao justo caminho. Alvissareiras também são as notícias de reajuste das tabelas de procedimentos do SUS.

Finalmente, desejamos paz a todos e muita disposição de luta para a superação de velhas e novas mazelas, na crença de uma nação mais solidária e mais feliz neste novo século.


EDIÇÃO ESPECIAL
Em 12 páginas, leia sobre a lista única para transplantes, o panorama do ensino médico e nefrológico no Brasil, os obstáculos encontrados pelos pacientes renais e muito mais!

EDITOR

Ruy A. Barata

EDIÇÃO EXECUTIVA
Publishing Solutions

SECRETÁRIAS

Adriana Paladini
Rosalina Soares SOCIEDADE BRASILEIRA
DE NEFROLOGIA DEPARTAMENTO DE
NEFROLOGIA DA ASSOCIAÇÃO
MÉDICA BRASILEIRARua Machado Bittencourt, 205 5º
andar, conj. 53, V. Clementino
CEP 04044-000, São Paulo, SP
FONES: (0xx11) 5579-1242 e
(0xx11) 5080-3630
FAX: (0xx11) 5573-6000
E-MAIL: secret@sbn.org.br
WEBSITE: http://www.sbn.org.br

DIRETORIA

PRESIDENTE

João Cezar Mendes Moreira

VICE-PRESIDENTE

Wagner Moura Barbosa

SECRETÁRIA GERAL

Maria Almerinda Alves

1º SECRETÁRIO

Antonio Américo Alves

TESOUREIRO

Daniel Rinaldi dos Santos

DEPARTAMENTOS

DEFESA PROFISSIONAL
Ruy A. BarataDIÁLISE E TRANSPLANTE
Hugo AbensurENSINO, RECICLAGEM E TITULAÇÃO
Nestor SchorFISIOLOGIA E FISIOPATOLOGIA
RENAL
Luis YuHIPERTENSÃO ARTERIAL
José Nery PraxedesINFORMÁTICA EM SAÚDE
Daniel SigulemNEFROLOGIA CLÍNICA
Rui Toledo BarrosNEFROLOGIA PEDIÁTRICA
Júlio ToporoviskiPROJETO GRÁFICO, EDITORAÇÃO
ELETRÔNICA E ARTE-FINAL
Publishing Solutions

PUBLICIDADE

Marcelo Gonçalves
Telefone: (0xx11)214-2681
Fax: (0xx11) 3159-0620*Os artigos assinados não refletem neces-
sariamente a opinião do jornal.*

Variedade das atividades

Fotos Divulgação



Vera Ramos, Aluizio da Costa e Silva e o presidente da SBN durante a cerimônia de entrega do Prêmio Oswaldo Ramos, criado em homenagem ao nefrologista falecido em 1999. Outra homenagem prestada a Ramos foi o discurso de Costa e Silva na abertura do XX Congresso

Hipertensão, IRC, diálise e transplante são abordados

Na avaliação de Hugo Abensur, coordenador do Departamento de Diálise e Transplante da SBN, os temas de insuficiência renal crônica e de diálise foram abordados de maneira “ampla e brilhante” durante o XX Congresso Brasileiro de Nefrologia.

Para ele, o ponto alto do evento foi o simpósio “Inflamação e Indicadores de Qualidade em Uremia”, no qual se discutiu a participação das citocinas (principalmente IL-6 e TNF) induzidas pela própria uremia, da bioincompatibilidade das membranas de diálise e das toxinas presentes no dialisato na indução de hipoalbuminemia, desnutrição e resistência à eritropoietina.

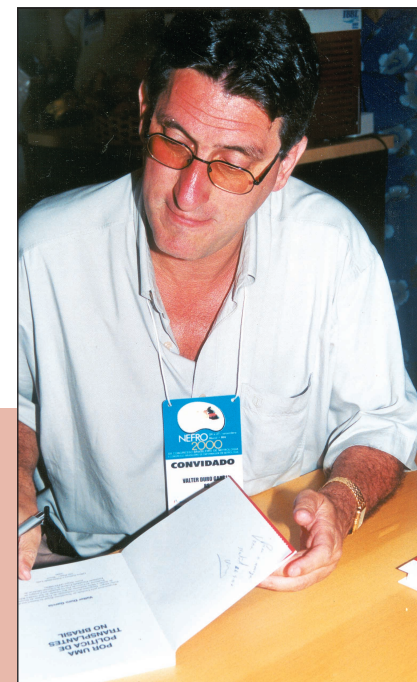
“A presença de Umberto Buonchristiane trouxe para o evento um importante contraponto histórico, pois ele foi o criador do sistema Y, que concorreu para a diminuição do número de episódios de peritonite na técnica de DPAC, e ao mesmo tempo é responsável pelo programa mais importante e antigo de hemodiálise diária. Esta modalidade de tratamento de insuficiência renal crônica está ganhando espaço nos últimos anos”, afirma Abensur.

Ravindra L. Mehta abordou o tema da avaliação do peso seco em diálise crônica, ressaltando a bioimpedância e a medida da veia cava inferior. O tema do acesso vascular também foi abordado, ressaltando-se a necessidade da presença de um cirurgião comprometido com essa questão para obtenção de acessos eficientes e duradouros.

Para José Nery Praxedes, coordenador do Departamento de Hipertensão Arterial, o congresso contemplou a área de hipertensão na mesma proporção dos eventos anteriores, em padrões semelhantes aos do Annual Meeting da ASN (Associação Americana de Nefrologia).

Praxedes destaca a sessão de “Hipertensão em Situações Especiais”, desenvolvida no formato de discussão tutorial de casos clíni-

cos. Sobre os temas-livres, Praxedes afirma que embora o número de trabalhos enviados tenha sido proporcionalmente menor em relação a outras áreas, observou-se número muito bom de novos participantes, o que, segundo ele, demonstra um crescente interesse dos novos nefrologistas pela área de hipertensão arterial, principalmente em aspectos clínicos e epidemiológicos.



Valter Duro Garcia autografa o livro “Por uma política de transplantes no Brasil”, lançado no congresso. Outros lançamentos fizeram parte da programação em Natal

marca XX Congresso Brasileiro de Nefrologia



João Cezar Mendes Moreira, presidente da Sociedade Brasileira de Nefrologia

O XX Congresso Brasileiro de Nefrologia, também conhecido como Nefro 2000, aconteceu de 24 a 27 de setembro, em Natal, RN. O evento foi organizado pela Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN).

Paralelamente, aconteceu também o X Congresso Brasileiro de Enfermagem

em Nefrologia, promovido pela Soben (Sociedade Brasileira de Enfermagem em Nefrologia).

O evento deste ano não teve um tema central. Segundo os organizadores, isto aconteceu devido ao fato de que a natureza da atividade profissional é muito abrangente entre a maioria dos nefrologistas brasileiros.

Segundo José Bruno de Almeida, presidente do congresso, a avaliação geral do encontro foi positiva. “Apesar de algumas limitações físicas do Centro de Convenções de Natal, as atividades científicas ocorreram pontualmente, com raras exceções, e os temas foram abrangentes e atuais, com ênfase em prática clínica. Entretanto, temas de nefrologia básica foram abordados em sessões concorridas”, relata José Bruno.

Dentro da programação oficial, 12 convidados estrangeiros e mais de 80 convidados nacionais de reconhecida competência mostraram, em conferências, simpósios, miniaulas e cursos, o que existe de mais atual em suas áreas de atuação. “Nesta era de meios rápidos e acessíveis de comunicação, como a Internet, a repercussão deixada por um convidado estrangeiro em um congresso tem sido menor do que no passado recente”, comenta o presidente.

A produção científica da nefrologia brasileira foi mostrada em 500 trabalhos em forma de apresentações orais e painéis. Foram encaminhados 70 trabalhos científicos, com abstracts em inglês, para possível publicação no *Kidney International*.

Na abertura do evento, foram destaques a fala de João Cezar Mendes Moreira, presidente da SBN, sobre os quarenta anos da Sociedade Brasileira de Nefrologia; a fala de Aluizio Costa e Silva em homenagem a Oswaldo Luiz Ramos, pioneiro da nefrologia brasileira falecido no ano passado, agora patrono de um prêmio oficial da SBN; e a fala do representante do Ministério da Saúde, Alberto Beltrame, sobre as propostas de políticas do governo federal para a área de terapia renal substitutiva.

O curso sobre “Gerenciamento de um centro de diálise”, realizado na véspera do congresso em parceria com a Associação Brasileira de Centros de Diálise e Transplante (ABCDT), teve participação expressiva. Foram discutidos os indicadores de qualidade em diálise e os desafios financeiros atuais dos centros de diálise.

As repercussões renais das doenças infecciosas mais comuns em regiões tropicais foram amplamente abordadas. Os desafios da formação de novos nefrologistas e a importância de entender e discutir o mercado de trabalho na atualidade também foram temas abordados.

Integração

O Nefro 2000 abriu espaço para a integração da nefrologia brasileira com as entidades internacionais da especialidade. Aqui estiveram John Dirks, presidente da Comissão para o Avanço Global da Nefrologia (Comgan), órgão da Sociedade Internacional de Nefrologia que patrocinou parte do simpósio sobre doenças infecciosas e o rim, e Ezequiel Bellorin Font, presidente da Sociedade Latino-americana de Nefrologia e Hipertensão (SLANH).

Durante o congresso, foi lançado o selo dos Correios comemorativo da Campanha Nacional de Doação de Órgãos, iniciativa da Associação Brasileira de Transplante de Órgãos (ABTO) em parceria com a SBN. Foram homenageados alguns nefrologistas da área de transplante renal: Emil Sabbaga, pioneiro dos transplantes renais no Brasil; João Cezar Mendes Moreira, presidente da SBN; Henry de Holanda Campos, presidente da ABTO; e José Osmar Medina Pestana, que, segundo José Bruno de Almeida, coordena o centro de transplante renal mais ativo do país.

Repercussão

O *Medonline*, site dirigido por Sebastião Rodrigues, sócio da SBN, noticiou os destaques de cada dia do Nefro 2000. Além disso, o evento foi notícia no site *Medscape*, com uma cobertura da agência de notícias *Reuters* sobre as discussões de transplante renal realizadas no evento.

CD-Rom traz temas-livres do congresso

Os resumos dos temas-livres apresentados no Nefro 2000 estão disponíveis em um CD-Rom lançado pela Sociedade Brasileira de Nefrologia. Os posters e apresentações orais estão divididos sob os seguintes temas:

- Nefrologia básica
- Fisiologia e fisiopatologia
- Nefrologia clínica
- Glomerulopatias
- Litíase urinária
- Hipertensão arterial
- Insuficiência renal aguda
- Insuficiência renal crônica e osteodistrofia
- Diálise crônica
- Transplante renal

Além dos resumos, o CD traz informações turísticas sobre Natal.

SERVIÇO

Maiores informações nos telefones (0xx11) 5579-1242, (0xx11) 5084-3047, (0xx11) 5579-7838 e (0xx11) 5579-6937

Capa do CD-Rom “Resumos do Nefro 2000”



Unidades de diálise devem unir tecnologia e bem-estar

Não só de equipamentos modernos e recursos humanos capacitados é feita a qualidade de uma clínica de hemodiálise. O espaço onde os procedimentos acontecem deve ser cuidadosamente projetado. O arquiteto Luiz Laurent Bloch atua na área de projetos para unidades de diálise desde 1985. Nesta entrevista ao *SBN Informa*, ele conta quais são os pontos mais importantes a serem observados em um projeto e como trabalha o seu escritório, a BlochSó.

Quais devem ser as principais preocupações do arquiteto ao elaborar o projeto de uma clínica?

Luiz Bloch – O papel prioritário do escritório de arquitetura é ouvir a equipe de médicos e enfermeiras, buscando entender seus objetivos e suas particularidades. A participação seguinte é na escolha do local onde será instalada ou adaptada a clínica. Essa avaliação pode, muitas vezes, indicar a busca de novos espaços nos quais a relação entre o custo do terreno e o retorno financeiro seja mais equilibrada ou haja um número tal de “cadeiras” que viabilize o empreendimento. Isso sem falar na necessária proximidade de terminais de transporte coletivo, bem como na avaliação das legislações urbanísticas.

Qual é o modelo ideal?

O modelo ideal é aquele no qual o projeto de arquitetura favorece o ótimo desempenho de todo o sistema de atendimento da clínica.

O perfil das clínicas de hemodiálise parece estar sofrendo transformações. Um aspecto recente é a possibilidade de atender, além do SUS, clientes de convênios particulares. Embora a qualidade dos serviços médicos não vá se alterar, outras especificidades poderão surgir,



Luiz Bloch: “O papel prioritário do escritório de arquitetura é ouvir a equipe de médicos e enfermeiras, buscando entender seus objetivos e suas particularidades”

orientando as clínicas a adotar sistemas de gestão de qualidade total.

Como alcançar a harmonia entre aspectos funcionais e estéticos?

Quando um arquiteto é contratado, tanto ele quanto o cliente não devem resignar-se com o bom: têm de buscar o ótimo. Essa solução será resultado de uma excelência funcional e de uma correção estética. Beleza, no nosso entendimento, é mais que decorrência da funcionalidade. Ela também é função. A harmonia resulta da atenção aos detalhes, em todas as etapas do projeto. O que exige toda dedicação e esforço da equipe é a manutenção de prazos e orçamentos.

Como equacionar problemas relacionados ao acesso às clínicas?

Ao participarmos da escolha do terreno ou do edifício, damos prioridade, nos grandes centros, a uma localização próxima a terminais de transporte. Superados os obstáculos para a locomoção, presentes nas nossas cidades, o paciente encontrará na clínica condições absolutamente favoráveis para seu acesso e circulação. A ausência de barreiras físicas é uma preocupação constante nos projetos desenvolvidos pela BlochSó.

Qual é a importância dada aos aspectos de conforto ambiental?

Buscamos proteger o edifício por meio de para-sóis, cores refletoras, forros e elementos que atenuem a entrada de calor no ambiente. Em nosso clima, no entanto, muitas vezes não é possível dispensar o uso de aparelhos de ar-condicionado. Optamos então prioritariamente por

sistemas tipo Split, sem tubulações onde proliferem bactérias.

Todo o cuidado com cores, odores e o conforto termo-acústico colabora com o bem-estar do paciente. Aberturas para entrada de luz e para o aumento do campo de visão do usuário também agregam valor. Comodidades especiais recentes podem adicionar qualidade ao período de permanência nas sessões, tais como circuito interno de TV a cabo, fones de ouvido, pontos para laptops, mobiliário especial e acesso à Internet, entre outros. Futuramente, pode-se pensar até em uma “customerização” do atendimento.

Como conciliar qualidade de materiais e de projeto e baixo custo?

A função do projeto de arquitetura é buscar a melhor relação investimento/benefício. Qualidade de projeto não significa alto custo de obra. Contrariamente, o arquiteto vai, dentro de certos limites, encontrar

soluções construtivas regionais, com menor desembolso para quem o contrata. Especificamente para clínicas de hemodiálise, o arquiteto deve selecionar materiais que não se deteriorem frente à agressividade dos produtos utilizados para sua limpeza.

E quanto aos aspectos ecológicos?

Nas clínicas de hemodiálise é possível reciclar vários materiais, como caixas de papelão, galões vazios e similares. Procuramos definir espaços para a permanência destes ou separamos prateleiras junto ao depósito de resíduos. Quanto à água, a garantia do absoluto controle de sua qualidade implica em processos de

tratamento com elevado volume de rejeitos. Assim, a água descartada é passível de reaproveitamento parcial para caixas de descarga, para limpeza, etc. Os cuidados com conforto térmico, já mencionados, propiciam, por sua vez, uma diminuição do uso do aparelho de ar-condicionado. Já o sistema de iluminação requer a escolha de luminárias apropriadas, de alto desempenho, com *dimmer* e circuitos diferenciados, dentre outras opções que trazem economia a longo prazo.

Como o senhor avalia a situação das clínicas de hemodiálise do Brasil? Há preocupação com os aspectos arquitetônicos?

Temos percebido um gradativo aumento da procura por profissionais especializados para a elaboração de projetos de arquitetura na área da saúde. Imaginamos que grande parte de nossas clínicas de hemodiálise esteja buscando sua adaptação às últimas publicações do Ministério da Saúde, nem sempre possível a curto prazo. Percebemos também crescentes respeito e preocupação com os usuários.



Imagens de clínica com projeto arquitetônico desenvolvido pelo escritório de Luiz Bloch

transplante

“Forças contrárias esperam um vacilo”

Agenor Spallini Ferraz, coordenador do Sistema Estadual de Transplantes de São Paulo, aponta as resistências ao processo de regulamentação da captação, doação e transplante de órgãos

Como transcorreu o processo que culminou na implantação do cadastro único?

Agenor Spallini – As atividades de transplante no país se desenvolveram a partir de 1965, às custas de iniciativas de grupos universitários, sem participação governamental, o que gerou distorções que se manifestariam bem mais tarde. À medida que os transplantes saíam das salas de cirurgia experimental, o Ministério da Saúde era cobrado a oferecer esses procedimentos. A falta de critérios para a alocação dos órgãos e de controle e avaliação oficial dos resultados eram os problemas mais graves.

A partir de 1986, o Governo ensaiou várias iniciativas, mas, na prática, pouca coisa resultou em melhorias efetivas até 1996, quando foi criada uma comissão na área de alta complexidade da Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde, encarregada de propor soluções. Coube a mim elaborar um projeto, que entreguei no final de 1996, para ser discutido por vários profissionais.

As dificuldades para a implantação eram muitas. Resistências vinham de setores da ABCDT (Associação Brasileira dos Centros de Diálise e Transplante), da ABTO (Associação Brasileira de Transplante de Órgãos), da própria SBN e de outras pessoas influentes. Entretanto, o maior empecilho era a falta de vontade política das autoridades federais e estaduais. A regulamentação da lei 9.434 trouxe a oportunidade de implantar o projeto quase na íntegra: o decreto 2.268, de julho de 1997, criou o Sistema Nacional de Transplantes (SNT).

De todos os estados que agora dispunham de um instrumento legal para a regulamentação, só São Paulo implantou o projeto na totalidade.

Qual foi a importância da experiência do senhor no Spit (São Paulo Interior Transplante)?

O Spit foi uma experiência pioneira no país em distribuir rins de cadáver com base na compatibilidade HLA.

O objetivo da criação do Spit foi melhorar os resultados a médio e a longo prazo dos transplantes renais com rins de cadáver e não visar, *a priori*, justiça na alocação desses rins, como pareceu para a maioria das pessoas que nos assistiam de fora. No decorrer do processo percebemos que com a adoção de critérios técnico-científicos para selecionar os receptores estávamos fazendo justiça.

Com o Spit aprendemos a trabalhar com a “fila única”, em conjunto com diferentes serviços, com um protocolo mínimo comum a todos, e também que os nefrologistas não transplantadores eram capazes de indicar e preparar seus doentes para o transplante.

Como está a situação na Central de Captação e Doação de Órgãos de São Paulo? E no resto do país?

Podemos dizer que, passados três anos do início tormentoso, a situação está calma e a maioria dos participantes colabora com o sistema. Apesar disso, as forças contrárias

estão vivas, latentes, à espera de um vacilo para retornarem ao que era antes.

No resto do país, com exceção de Per-

nambuco, as novas regras nunca foram totalmente implementadas. Recentemente, o Ministério da Saúde começou uma investida séria para mudar este quadro.

Como o senhor avalia as pressões pelo fim da lista única?

Como já afirmei, as forças contrárias que se sentiram prejudicadas com as novas regras ou que simplesmente não entenderam como elas funcionam na prática, estão sempre prontas para fazer refluir o rio da história. Antes do seminário “Transplantes – ações para incremento da captação de órgão”, realizado pelo Ministério da Saúde em agosto, foram identificados movimentos de transplantadores de rim e de fígado que queriam influenciar o ministro da Saúde para mudar as regras e afrouxar os critérios. Felizmente não tiveram sucesso e o

ministro ratificou sua posição favorável à “lista única”.

É claro que em sistemas como o dos transplantes as políticas devem ser periodicamente revistas em função dos avanços dos conhecimentos científicos ou mesmo de acertos para corrigir erros de rota. Isso pode e deve ser feito, mas usando os canais oficiais que atualmente estão abertos. Golpes políticos devem ser proscritos da prática diária, por serem anacrônicos e superados.

Renilson Rehem de Souza, Secretário Nacional de Assistência à Saúde, afirmou em entrevista ao **SBN Informa** que o maior problema em relação aos transplantes no Brasil é a deficiência na captação de órgãos. **O senhor concorda?**

Faltam doadores, mas falta também infra-estrutura em vários hospitais e equipes interessadas em muitos estados, apesar das últimas medidas do ministério, que foi fundo na criação e na modificação de tabelas para cobrir praticamente todo o processo de captação, transplante e seguimento tardio. Os valores atualmente pagos podem não ser muito competitivos em relação aos preços pagos pelos pacientes privados, mas são tão bons que assustam os convênios e planos de saúde que já deveriam estar oferecendo essa alternativa de tratamento aos seus clientes.

Uma coisa que não está bem é o índice de aproveitamento dos potenciais doadores: aproximadamente 30%. Esse número pode aumentar a curto prazo se melhorarmos a qualidade de atendimento ao paciente em morte encefálica que vira doador.

Todos sabemos que aí reside um paradoxo inquietante, uma vez que as graves deficiências estruturais presentes no atendimento do cidadão enquanto vivo nos pronto-socorros desaparecem quando ele morre e vira

doador. Isso provoca revolta nos familiares, nos médicos e nas enfermeiras desses estabelecimentos, que se esforçaram para salvar uma vida e se frustraram. As eventuais vidas que poderão ser salvas não estarão sob responsabilidade daqueles profissionais que, na maioria das vezes, nem são mais lembrados pelo sistema.

Uma das falhas apontadas na lista única é a combinação

entre falta de vagas nos hospitais públicos e a obrigatoriedade do transplante ser realizado onde o paciente se cadastrou. Como esse problema pode ser contornado?

A obrigatoriedade de fazer o transplante no hospital da equipe que cadastrou o paciente não é do sistema nem da lei; era um “hábito” vigente na cidade de São Paulo que foi mantido pelo Sistema Estadual de Transplante. A solução veio recentemente através de um mandato judicial que obrigou a Secretaria da Saúde a fazer respeitar a seqüência da lista. Se o hospital de origem não tiver vagas ou equipes disponíveis, o Estado deverá achar um serviço que atenda o paciente pelo SUS ou cobrir as despesas em uma instituição privada. Ou seja, a lei acha que o órgão pertence ao paciente e não à equipe.

“A lei acha que o órgão pertence ao paciente e não à equipe”

“Faltam doadores, mas falta também infra-estrutura em vários hospitais e faltam equipes interessadas em transplante em muitos estados”

Como avaliar a qualidade dos transplantes?

Neste ano, São Paulo implantou o seguimento para todos os transplantes com órgãos de cadáver. Os primeiros resultados mostram que a sobrevivência está um pouco menor do que em países do primeiro mundo. Após a implantação do HLA, prevista para o próximo ano, vamos poder comparar nossos resultados em igualdade de condições.

“Uma coisa no processo que não está bem é o índice de aproveitamento dos potenciais doadores”

“Maior problema é a proliferação d

Thomas Maack, brasileiro radicado nos Estados Unidos há mais de 30 anos, é professor do Departamento de Fisiologia da Weill Cornell Medical College, de Nova York. Devido à experiência acumulada com a participação ativa no processo de reestruturação curricular da Cornell, foi convidado a participar como consultor na reforma empreendida pela Unicamp neste ano. Nesta entrevista, Maack faz uma crítica do ensino médico no Brasil e sinaliza possíveis caminhos a serem seguidos.

Como o senhor avalia o ensino médico no Brasil?

Thomas Maack – O ensino médico brasileiro tem algumas das mesmas contradições que o país. É um reflexo do estágio de desenvolvimento do Brasil.

Em algumas escolas e sob alguns aspectos, é equivalente ao que se tem de melhor no mundo; em outras escolas, e infelizmente não são poucas, o ensino é comparável ao que há de mais atrasado.

O maior problema, indubitavelmente, é a proliferação desenfreada de escolas médicas de baixíssimo padrão profissional e científico. Permitiram essa proliferação uma racionalização primária e a crença – incabível, neste caso – de que o mercado se encarregaria de eliminar as escolas mais incompetentes.

O governo decidiu abandonar o processo de somente permitir a abertura e funcionamento de escolas que demonstrem um mínimo de condições humanas e materiais para a formação de médicos competentes e escolheu julgar a qualidade do ensino *a posteriori*, usando um instrumento totalmente inadequado para esse propósito: o “Provão”, um exame individual de competência.

Qual é, para o senhor, o modelo ideal de avaliação?

Sou a favor de um exame nacional de competência para todos os estudantes de medicina do país, pois esse exame permitiria eliminar os estudantes incompetentes da profissão médica. O “Provão” poderia desempenhar esta função, mas obviamente não o faz. Para o estudante, o resultado do “Provão” é inconseqüente. Dessa forma, o Brasil usa um exame de competência individual não para avaliar a capacitação de um indivíduo para o exercício da profissão médica, mas sim para avaliar *a posteriori* se uma determinada instituição prepara adequadamente os seus estudantes para esta prova.

Exames de competência individual, mesmo quando executados com o propósito de averiguar competência individual, raramente refletem a qualidade de ensino de uma escola. Nos Estados Unidos, por exemplo, os alunos de escolas de altíssimo padrão, como Harvard, Stanford, John Hopkins, Yale, Columbia ou Cornell, alcançam em média notas inferiores aos alunos de muitas escolas de padrão bem mais baixo. A razão é simples: estudantes de escolas que são reconhecidas de ponta se preparam menos para a prova porque esse exame tem menos valor para a sua

carreira profissional.

Mesmo adotando a lógica kafkiana que presentemente permite o funcionamento, por assim dizer, temporário, de escolas médicas no Brasil, é altamente duvidoso que o “Provão”, como instrumento para uma intervenção direta ou indireta do mercado, venha a eliminar as escolas médicas incompetentes no futuro. Em primeiro lugar, eu tenho minhas dúvidas de que mesmo escolas cujos alunos sistematicamente tenham péssimo desempenho no “Provão” sejam facilmente fechadas pelo mercado ou pelo governo. Mas, mesmo se esse for o caso, o sacrifício humano e as perdas de recursos materiais que essa análise *a posteriori* acarreta são astronômicas, particularmente em um país como o Brasil. Finalmente, isso levaria mais cedo ou mais tarde ao abandono do sistema vigente e o retorno ao licenciamento *a priori*, exigindo a presença de recursos humanos e de materiais.

Todas as escolas que estão funcionando, sem exceção, também devem ser reavaliadas a cada sete anos por um grupo de reconhecida competência. Não tenho ilusões de que este processo vá assegurar imediatamente a eliminação das escolas médicas incompetentes, mas seria certamente bem melhor e menos oneroso do ponto de vista humano e material do que o sistema atual.

Ao mesmo tempo, eu estimularia o uso do “Provão” como um exame nacional de competência, no qual o indivíduo teria que obter uma nota mínima para prosseguir no treinamento médico e no exercício da profissão.

Como é feito o controle nos EUA?

Nos Estados Unidos, nenhuma faculdade de medicina pode funcionar sem ser acreditada por

um organismo que é parte da Academia Nacional de Medicina e sem o aval governamental. Aliás, sem apoio financeiro governamental é impossível manter uma faculdade de medicina. Por meio do apoio financeiro o governo também exerce diversos controles sociais, inclusive cláusulas contra discriminação por sexo, raça, país de origem e religião, entre outros, incentivos à aceitação de estudantes de minorias raciais (principalmente negros e latinos), obrigações de não contaminar o meio ambiente, licenciamento para uso de substâncias radioativas, segurança contra incêndio, etc. As escolas médicas são acreditadas por no máximo sete anos, ao fim dos quais devem ser reacreditadas. O processo de acreditação não é simplesmente para averiguar a existência de condições mínimas. É uma revisão e crítica geral de todos os aspectos de ensino daquela faculdade. Portanto, mesmo faculdades de ponta encaram o processo extremamente a sério e se preparam até um ano antes da visita da equipe de acreditação.

Avaliação externa e auto-avaliação são complementares ou excludentes?

A avaliação externa é absolutamente necessária. Sem ela não há incentivo para a auto-avaliação. No entanto, em geral a auto-avaliação detecta problemas fundamentais que seriam difíceis de serem percebidos pela avaliação externa e, ainda mais importante, permite medidas corretivas mais rapidamente que a avaliação externa.

Qual é o currículo ideal para a formação de bons médicos?

A dificuldade de definir o que ensinar é um problema universal e não só do ensino médico no Brasil. Em diversas palestras que fiz, no Brasil e nos Estados Unidos, sempre ressaltéi que em matéria do que ensinar em medicina eu só tenho duas certezas – ou quase certezas. A primeira é que os fatos que nós ensinamos hoje ao estudante de medicina não



Foto Divulgação

“O Brasil usa um exame de competência individual não para avaliar a capacitação de um indivíduo para o exercício da profissão médica, mas sim para avaliar *a posteriori* se uma determinada instituição prepara adequadamente os seus estudantes para esta prova”

ção desenfreada de escolas médicas”

são os fatos que ele utilizará no futuro como médico. Um colega cirurgião, especialista em urologia, me confessava outro dia que nenhuma cirurgia que ele faz hoje lhe foi ensinada na residência cirúrgica feita dez anos atrás. Cursos de atualização não corrigem esse problema, porque os avanços são tão rápidos que o médico simplesmente perde a noção de onde e de como aprender. E isso me leva à minha segunda certeza. Devemos ensinar o estudante de medicina a auto-aprender por toda a sua vida e a obter novas informações de forma rápida e eficiente. Qualquer que seja o método utilizado, um currículo médico que não é centrado nessas duas premissas está fadado a formar um médico que se desatualizará rapidamente.

Por isso, reformas curriculares

temor de que o estudante utilizaria o tempo livre para jogar futebol ou fazer qualquer outra coisa menos estudar até o temor de docentes perderem salário se não cumprirem um número requerido de horas formais de aula.

A minha resposta ao primeiro temor é simplesmente fazer cobrança semanal através de testes, argüições, etc. Quanto ao problema da possível perda salarial, pode-se argumentar que, em um currículo novo, mesmo sem muitas aulas formais os docentes tem que estar à disposição como consultores, tutores ou mentores por um tempo equivalente ao que hoje usam para dar aulas.

Se me perguntassem qual o currículo que considero melhor, eu diria que isso depende dos objetivos de cada escola e da qualidade de seu corpo docente ou

clássicas como aulas e laboratórios.

Como as escolas brasileiras reagem às mudanças no ensino que acontecem no mundo?

As mudanças que acontecem no exterior geralmente só chegam ao Brasil muitos anos depois. Por exemplo, algumas das melhores escolas médicas do país resistem tremendamente a uma reforma real do ensino. A consequência óbvia é que o país tende a sempre estar um passo atrás. A consequência mais sutil é que quando a pressão por mudança é tal que não pode ser mais ignorada, a tendência é simplesmente copiar o que tem no exterior sem considerar a realidade própria do local em que a reforma vai ser implantada.

Qual é a importância do hospital universitário para a formação do bom médico?

Uma faculdade de medicina sem um hospital de ensino não é uma escola de medicina. Não deveria ser permitido a criação e o funcionamento de nenhuma escola médica sem um hospital de ensino. Nos Estados Unidos, muitos dos hospitais de ensino não pertencem à universidade, mas o acordo entre a escola médica (ou a universidade) e o hospital no que se refere ao ensino é absolutamente estrito e definido em contrato. Por exemplo, todos os médicos que internam no New York Presbyterian (hospital de Nova York) têm que ser docentes ou da Cornell ou da Columbia e têm obrigação de ensinar estudantes de medicina e residentes. Eu ainda acho que o ideal seria que o hospital de ensino pertencesse à universidade, mas muitas vezes isso não é factível.

E quanto à residência médica?

Nos Estados Unidos, a residência médica não é orientada ou dirigida diretamente por escolas médicas, mas sim pelos hospitais de ensino. Acho que esse não é um bom modelo para o Brasil, porque são pouquíssimos os hospitais não-universitários com recursos próprios para organizar sua residência. Todavia, hospitais não-universitários de alta qualidade como o Einstein, o Sírio-libanês ou a

Beneficência Portuguesa em São Paulo, para citar exemplos que conheço, poderiam perfeitamente participar ou mesmo ter o seu próprio programa de residência, desde que os critérios de licenciamento para tanto sejam rigorosos e os hospitais sejam reavaliados a cada sete anos, como as escolas.

O ensino médico muitas vezes é acusado de ter, ao longo do tempo, deixado de lado a formação humanística do aluno, o que teria comprometido a relação médico-paciente. Como o senhor avalia esta situação?

Eu sou pragmático a esse respeito. Humanismo em escolas médicas se aprende por modelos, não por cursos. É o exemplo de atividade profissional de professores e mentores que dá o tom humanista a uma escola médica. Obviamente, aspectos técnicos da relação médico-paciente devem ser uma parte integral do ensino. Também acho que o estudante deve obrigatoriamente ser exposto a todas as camadas da sociedade em que vai atuar como profissional durante o seu treinamento, para adquirir o conhecimento da cultura e dos hábitos dos seres humanos que compõem essa sociedade. Isso deve ser feito não somente no contexto do hospital, mas sim nas próprias comunidades.

Qual é a relação entre a qualidade do ensino médico e a situação da saúde de um país?

Não tenho estatísticas em mãos ou conhecimento suficiente para responder objetivamente esta pergunta. O senso comum diria que quanto melhor os médicos e, portanto, o ensino médico, melhor a situação da saúde do país. Aparentemente, a relação não é tão simples. Por exemplo, acredito que os Estados Unidos têm o melhor ensino médico e os médicos mais bem treinados do mundo. Todavia, estão longe – bem longe – de ser o país cujo povo desfruta de melhor saúde. Sem um programa nacional de assistência médica adequada e universal, o melhor ensino médico do mundo não vai prover a melhor saúde da população.

“Reformas curriculares que proponham nada mais do que um rearranjo da grade horária, ou mesmo que permitam somente uma integração melhor entre as disciplinas, estão fadadas a não corrigir os problemas principais do currículo clássico”



que proponham nada mais do que um rearranjo da grade horária, ou mesmo que permitam somente uma integração melhor entre as disciplinas, estão fadadas a não corrigir os problemas principais do currículo clássico.

Como então deve ser feita uma reforma curricular?

Existem diversas maneiras de alcançar os objetivos de uma reforma curricular efetiva. Educadores médicos divergem tremendamente sobre qual seria a melhor. Todavia, todos concordam que a premissa fundamental da reforma é abrir espaços de tempo livre para o auto-aprendizado. Na minha experiência, essa é a maior resistência no Brasil a uma reforma curricular efetiva do ensino médico. Os argumentos que tenho ouvido variam desde o

discente. Se o objetivo é formar clínicos gerais para uma determinada região do país e se os corpos docente e discente são de razoável qualidade eu recomendaria um currículo baseado na “aprendizagem baseada em problemas” (PBL) durante o curso básico e intenso treinamento clínico no hospital de ensino, no consultório e no centro de saúde comunitário, durante os anos clínicos. Se os objetivos também incorporam a formação de especialistas de ponta e líderes da medicina, então a situação é mais complexa. Nesse caso, a minha preferência durante o curso básico seria por um modelo híbrido multidisciplinar com integração horizontal de disciplinas básicas e vertical entre disciplinas básicas e clínicas, no qual a PBL seja feita conjuntamente com atividades

Unicamp implanta novo currículo médico em 2001

Os alunos que ingressarem na Faculdade de Ciências Médicas (FCM) da Unicamp em 2001 estrearão o novo currículo do curso, baseado em módulos de conhecimento. Sigisfredo Luís Brenelli, coordenador de ensino de graduação da FCM, comenta nesta entrevista o processo de reformulação do ensino médico na Unicamp e no resto do país.

Em qual contexto se insere o novo currículo da Unicamp?

Sigisfredo Brenelli – Os Estados Unidos têm mudado os *curricula* de suas escolas médicas, pois não conseguem mais manter seus profissionais atualizados após dez anos da formatura. Isso num país onde o médico é re-creditado periodicamente, de maneira séria e competente. O que dizer da nossa realidade, na qual renovamos até nossa carteira de motorista porém nosso CRM é “eterno”? São tempos de aprender a aprender, pois os conceitos modificam-se rapidamente, e isso só será possível com uma formação diferenciada dos nossos alunos.

Quais são as principais deficiências da formação atual do médico?

O país criou, de forma democrática, um sistema justo de serviço médico, que é o SUS; nossos alunos saem pouco adaptados a ele. Também o pensamento científico, base de toda a boa prática médica, é bastante deficiente em nossas escolas. Ainda não incorporamos a medicina baseada em evidências, nosso modelo é hospitalocêntrico quando a nova ordem é a exploração dos diferentes cenários da atuação médica para o ensino; a especialização é precoce, a relação humana é desvalorizada e o compromisso com o paciente e seus familiares ainda está longe de ser uma prática constante.

Acredito que o desafio imposto às universidades pela pós-modernidade é a formação global e humanística de seus profissionais. Retornar aos princípios da universalidade dos conhecimentos, respeitando a especificidade, talvez seja o grande desafio impostos à nossa geração de cientistas e professores.

Como a Unicamp pretende se adaptar a esses novos tempos?

Buscamos a construção de um novo currículo viável dentro da nossa cultura institucional e respeitador das nossas tradições. Com uma construção coletiva, escutando a maior parte de nosso corpo docente e do nosso alunado, procuramos, dentro das várias tendências e possibilidades, uma metodologia capaz de continuar formando o profissional que atuará no próximo século.

A longo prazo, a escola médica deverá estar formando um profissional que possa interferir na promoção da saúde e ajudar assim a criar uma sociedade mais justa e igualitária.

Como foi o processo de construção deste novo currículo?

Para o embasamento teórico utilizamos a assessoria de vários especialistas em ensino, pessoas que tivessem experiência em transformações curriculares. Uma dessas colaborações, pela sua vivência em uma das melhores escolas médicas do mundo, que é a Cornwell University, foi a de Thomas Maack. No início do processo, quando realizamos um seminário para definir os princípios que norteariam a nossa transformação, Maack foi de grande valia. Suas orientações, bem como de outros profissionais, foram muito importantes para nossa mudança educacional, que entrará em vigor em 2001.

Qual será o sistema de avaliação dos alunos nesse novo modelo?

Pensamos na avaliação como parte importante, desde que formativa. Ainda não temos fórmulas prontas, pois nosso pensamento avaliativo é extremamente contaminado pelas idéias de poder e punição que a determinam. Acredito que mudar a tradição avaliativa também é mais um urgente e necessário papel, não só das nossas escolas, mas também para as sociedades de especialidade, para os ministérios públicos, etc.

As mudanças atingem os hospitais universitários e os programas de residência médica?

A transformação do ensino médico deve abranger todos os setores

da saúde. Nesse sentido, são necessários os postos de saúde, os hospitais secundários e os hospitais universitários. Todo o sistema deverá ser bom para a formação do bom médico. Ampliam-se os cenários da formação profissional, porém o preceito fundamental da boa qualidade dos serviços para a boa formação continua o mesmo.

Toda essa mudança necessita de uma rápida estruturação da resi-

dência médica. Nada será efetivo se continuarmos com um sistema de especialização mal avaliado e pouco supervisionado. Além disso, se abrimos escolas médicas sem critérios bem definidos, sem estudo de sua real necessidade, a maioria sem recursos mínimos para um bom funcionamento, perpetuamos o erro abrindo e credenciando residências médicas sem qualquer projeto pedagógico definido.

Residentes lutam pela valorização

As escolas médicas não estão sozinhas na busca por uma melhor formação dos futuros responsáveis pela saúde do Brasil. A Associação Nacional dos Médicos Residentes (ANMR) lançou em julho deste ano a campanha “Residência médica: sem ela a saúde não funciona”, com o objetivo de revalorizar a residência. Segundo Roberto Terranova, presidente da ANMR, a campanha foi motivada pela falta de reajuste das bolsas e pelo desrespeito com relação à legislação. “O fato principal é que a qualidade da residência médica vem diminuindo há dez anos”, diz ele.

Os principais problemas apontados pelos residentes são a carga horária cumprida (muito acima do determinado pela lei), os plantões de 48 horas, o valor reduzido das bolsas e o fato de a maioria dos hospitais não dar moradia, alimentação e supervisão. Outra falha apontada é a concentração dos programas de residência na região Sudeste. Segundo Terranova, a formação do médico acontece nas regiões Sul e Sudeste e depois ele é enviado compulsoriamente para o interior do país. A ANMR defende que seja desenvolvida uma estrutura que possibilite a formação local.

Além da campanha, outras ações estão sendo planejadas. A ANMR pretende utilizar panfletos, cartazes e outdoors para levar a discussão para a sociedade. Outro projeto é a reedição do guia de residência médica, com informações sobre a legislação e as especialidades. A primeira edição foi lançada este ano, pelo ex-presidente da ANMR, Luís Magno, que, segundo Terranova, viajou o Brasil todo para conhecer a realidade das universidades e hospitais do país.



Campanha foi elaborada durante o 24º Congresso Nacional de Médicos Residentes, que aconteceu de 8 a 11 de junho

Pesquisa propõe ações para incentivar procura da nefrologia

Com o objetivo de identificar as causas da baixa procura da residência na área de nefrologia nos últimos anos, a Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN), em parceria com a Fundação do Desenvolvimento Administrativo (Fundap), realizou uma pesquisa com sextanistas de todo o país. Foram coletados dados referentes a diversos temas: dados pessoais do aluno, o aluno e a escola médica, o aluno e a residência médica, o aluno e a nefrologia e o aluno e o mercado de trabalho. “Para que pudéssemos alcançar nossos objetivos, era necessário detectar as aspirações e as necessidades que conduzem à escolha de uma especialização na residência médica”, afirma Sílvia Sampaio, socióloga e coordenadora do Programa de Bolsas de Residência Médica do Governo do Estado de São Paulo, que dirigiu a equipe do estudo.

O questionário utilizado pela pesquisa, composto por questões abertas, deveria ser aplicado em 10% (690 alunos) dos formandos em medicina do país. A amostra foi sorteada de forma aleatória de modo que todas as escolas tivessem um determinado número de médicos sorteados, que variou em função da participação de cada região do país para o total de médicos formados.

Os questionários foram enviados pela SBN para seus representantes em cada uma das escolas. “Na verdade, o tempo dado para o preenchimento dos questionários foi muito curto. Foram distribuídos no dia 10 de agosto e deveriam ser preenchidos até o dia 25, em função do compromisso de apresentarmos os resultados durante o XX Congresso Brasileiro de Nefrologia, que aconteceu de 24 a 27 de setembro. Por isso, o relatório preliminar apresentado no evento contabilizou um total de 336 questionários respondidos, o que significa 48,7% do total. Posteriormente recebemos mais 37 questionários, que estão sendo acrescentados ao estudo. Acredito que até o final do ano estaremos com o novo relatório pronto”, diz Sílvia.

Resultados

O relatório preliminar da pesquisa mostrou que, entre os médicos entrevistados, 23% já haviam escolhido a sua especialidade ao ingressar no curso médico. Desses, 65% mantiveram a escolha na residência. A maioria (47%) optou pelas áreas básicas. As especialidades clínicas foram a opção de 18% dos entrevistados para a especialização. A nefrologia foi a segunda especialidade mais procurada, perdendo apenas para a cardiologia.

Com relação ao mercado de trabalho médico, 38% considera o profissional de formação geral como mais adequado e 26% acha o contrário (que o profissional superespecializado é mais adequado). Para 13%, ambos os perfis são adequados, sendo que o médico de formação geral seria indicado para o interior dos Estados e o superespecializado para as capitais.

No campo da opção profissional, 24% dos alunos pensaram em ser nefrologistas; desses, 52% optaram pelas áreas básicas na residência e 22% foram para as especialidades clínicas. Apenas 10% dos que pensaram em ser nefrologistas em algum momento do curso ainda mantêm a escolha.

A opinião de 74% da amostra é de que a nefrologia é uma especialidade em expansão; 48% acha que o mercado de trabalho é amplo, mas 46% não sabe o porquê. Dos 32% que acharam que o mercado é restrito, 44% alega que isso acontece em função do trabalho depender de equipamentos e de grandes centros urbanos.

Baseadas nesses resultados, algumas conclusões puderam ser alcançadas. Como estratégia para incentivar a procura pela residência em nefrologia, ações foram definidas: atuar mais precocemente na escola médica; especificar para o aluno a abrangência do mercado

de trabalho (possibilidade de atuar no interior dos Estados e em clínica médica e nefrologia); trabalhar com os que optam pela escolha clínica; destacar que a

nefrologia está bem colocada entre as especialidades clínicas; e, finalmente, dissociar a imagem do nefrologista dos centros de diálise nas capitais.

RESULTADOS

Dos entrevistados:

47% optou pelas áreas básicas na residência
18% pelas especialidades clínicas

38% considera o profissional de formação geral como mais adequado para o mercado de trabalho
26% acha que o profissional superespecializado é mais adequado
13% acha que ambos os perfis são adequados

24% dos alunos pensaram em ser nefrologistas em algum momento do curso
Desses, 52% optaram pelas áreas básicas
22% foram para as especialidades clínicas
10% ainda mantém a escolha

74% acha que a nefrologia é uma especialidade em expansão

48% acha que o mercado de trabalho é amplo
32% que acharam que o mercado é restrito
Desses, 44% alega que isso acontece em função do trabalho depender de equipamentos e de grandes centros urbanos

Universo da pesquisa

	Regiões do país*				
	CO	NE	N	SE	S
Nº de médicos formados em 1996	3%	17%	5%	58%	17%
Nº de escolas médicas em 1996	5%	16%	5%	54%	20%
Questionários respondidos (% em relação aos enviados)	50	39,3	36,1	48,4	63,4

*CO – Centro-oeste; NE – Nordeste; N – Norte; SE – Sudeste; S – Sul.

AGENDA

FEVEREIRO 2001

2 a 4
The First World Congress on the Fetal
Origins of Adult Disease
Mumbai, Índia
E-mail: mrcssc@vsnl.com

19 a 21
21st Annual Conference on Peritoneal
Dialysis
7th International Symposium on
Hemodialysis
12th Annual Symposium on Pediatric
Dialysis
New Orleans, Louisiana, EUA
E-mail: dialysis@health.missouri.edu
Website: www.muhealth.org/~dialysis/
info.shtml

MARÇO 2001

11 a 14
Meditech: Feira e Congresso
Internacionais de Atualização
Tecnológica da Medicina
Associação Médica Brasileira e Fensoft
São Paulo, SP
Tel.: (0xx48) 334-8000
Website: www.meditech.com.br

24 a 28
IX Congresso Paulista de Pediatria da
Sociedade de Pediatria de São Paulo
São Paulo, SP
Tel.: (0xx11) 3849-0379/8263
E-mail: info@meetingeventos.com.br

28 a 31
VII Congresso da Associação Brasileira de
Transplante de Órgãos
Vitória, ES
Tel./Fax: (0xx27) 324-1333
Website: www.congressoabto.org.br

ABRIL 2001

19 a 21
VIII Jornada Gaúcha de Nefrologia
Caxias do Sul
Tel.: (0xx51) 336-7720

Nefrologia e enfermagem 8º Encontro Paulista

A oitava edição do Encontro Paulista de Nefrologia, que acontece de 9 a 12 de maio, em Águas de Lindóia, SP, traz, além de temas relevantes para o nefrologista, uma nova modalidade de atividade que busca abordar temas importantes para várias especialidades médicas. São as "Refresher Meetings", que oferecerão ao profissional médico e de enfermagem uma revisão do que é importante, do que mudou e de quais são as tendências atuais na especialidade.

Paralelamente, acontece o Encontro Paulista de Enfermagem em Nefrologia. A organização de ambos os eventos está a cargo da Sociedade de Nefrologia do Estado de São Paulo e conta com o apoio da Sociedade Brasileira de Nefrologia e da Sociedade Brasileira de Enfermagem em Nefrologia.

Maiores informações podem ser obtidas na Internet, no endereço www.nefro2001.com.br. O telefone da secretaria do congresso é (0xx11) 7292-2281.



NephroAsia 2001

De 13 a 16 de junho, a National Kidney Foundation Singapore e a American Society of Nephrology promovem em Cingapura o evento NephroAsia 2001. O tema desta edição do evento é "Conquering Current Challenges in Nephrology".

O endereço do evento na Internet é www.nephroasia.com. Informações podem ser obtidas pelo e-mail nephroasia@nkfs.org.

17 a 22

Clinical Nephrology Meetings 2001
National Kidney Foundation
Orlando, Flórida, EUA
Website: www.kidney.org/meetings/
clinical01

28 a 30

XI Congresso Brasileiro de Nefrologia
Pediátrica
Belo Horizonte, MG
Tel.: (0xx31) 222-7288

MAIO 2001

9 a 12

8º Encontro Paulista de Nefrologia
Encontro Paulista de Enfermagem em
Nefrologia
Águas de Lindóia, SP
Tel./Fax: (0xx11) 7292-2281
E-mail: secretaria@nefro2001.com.br

JUNHO 2001

13 a 16

NephroAsia 2001
National Kidney Foundation Singapore
American Society of Nephrology
Cingapura, Cingapura
Fax: (00xx65) 333-9266
Website: www.nephroasia.com

AGOSTO 2001

26 a 31

XXXIV International Congress of
Physiological Sciences
Cristchurch, Nova Zelândia
Website: www.iups2001.org.nz

OUTUBRO 2001

14 a 17

World Congress of Nephrology
American Society of Nephrology
International Society of Nephrology
São Francisco, Califórnia, EUA
Fax: (00xx1) (202) 367-2190
Website: www.asn-online.com

NOVARTIS

SANDIMMUN
NEORAL
ciclosporina para microemulsão

TRANSPLANTES

SIMULECT®
basiliximab

denúncia

Associação de pacientes aponta obstáculos no atendimento

A Associação dos Renais Crônicos de Piracicaba e Região encaminhou à SBN em novembro uma carta listando os obstáculos no atendimento encontrados pelos pacientes da região. Alguns pontos abordados são o controle das unidades de diálise por alguns grupos e a dificuldade de encaminhamento de pacientes para transplante.

Transplantes

Com relação aos transplantes, a Associação, de acordo com Fabiano Augusto Amorim, tesoureiro, considera que o processo de credenciamento para transplante do Hospital dos Fornecedoros de Cana de Piracicaba não foi conduzido da forma ideal pela DIR XV Piracicaba (Direção Regional da Saúde).

“A consequência da demora no credenciamento foi que o hospital deixou de fazer nesse período (desde fevereiro de 1999, momento do protocolo inicial do processo) pelo menos 20 transplantes. Toda essa demora nos causou e ainda está

causando uma grande ansiedade e um desânimo. Por outro lado, o processo da Santa Casa de Piracicaba foi protocolado pelo menos seis meses depois e já foi aprovado”, afirma Fabiano.

Diálise

Quanto ao controle das unidades de diálise, a carta de denúncia identifica o suposto grupo controlador como “Grupo Barão Geraldo”. “Não conseguimos entender como um grupo de ex-médicos residentes da Unicamp pode, em seis ou sete anos, ter sob sua responsabilidade mais de seis centros de diálise, enquanto uma universidade como a Unicamp tem uma sala com apenas nove máquinas”, questiona o tesoureiro.

A principal solicitação da Associação, em sua carta à SBN, é que a Sociedade os oriente com relação a como proceder para elaborar um retrato da situação e para tomar medidas que facilitem e otimizem o atendimento aos pacientes renais da região.



Centro de diálise em Piracicaba: segundo Fabiano Augusto Amorim, tesoureiro da Associação de Renais Crônicos de Piracicaba e Região, pacientes encontram dificuldades para serem encaminhados para centros “não-Barão Geraldo”

Título de Especialista

AMB reajusta taxa de expedição

A Associação Médica Brasileira (AMB) alterou as taxas para a expedição do Título de Especialista, da 2ª via do Título e do Certificado de Área de Atuação. Para os sócios da AMB, a taxa para a 1ª via passa a ser de 60 reais e, para a 2ª, 120

reais. Para os não-sócios, a 1ª via custa 60 reais e a 2ª 360 reais. As novas taxas entram em vigor a partir de 1º de janeiro de 2001. Também a partir desta data, as trocas ou substituições dos títulos serão consideradas como 2ª via.

SBN

Novos telefones

A sede da SBN em São Paulo está com novos telefones. Anote os números:

- (0xx11) 5579-1242
- (0xx11) 5084-3047
- (0xx11) 5579-7838
- (0xx11) 5579-6937
- (0xx11) 5573-6000 (fax)

Agenda

Eventos de hipertensão têm novas datas

O Departamento de Hipertensão Arterial da SBN comunica que o Simpósio “Rim e Hipertensão”, programado para o final de novembro, foi adiado, devendo a nova data ser comunicada oportunamente. O Encontro “Hipertensão Arterial na Residência Nefrológica” também foi adiado para os dias 19, 20 e 21 de janeiro de 2001, na cidade de Pouso Alegre (MG), devendo os centros de residência participantes receberem correspondência a respeito em breve.



Transplantes



Farmacêutica

Livro busca aproximar estudo da fisiologia e da clínica

Sistema Renal, livro do nefrologista Roberto Zatz, lançado oficialmente durante o XX Congresso Brasileiro de Nefrologia (realizado em Natal, RN, de 24 a 27 de setembro), aborda os mecanismos básicos de funcionamento dos rins e as razões por que eles deixam de funcionar corretamente em condições patológicas. A publicação, que é parte da Série Fisiopatologia Clínica, da Editora Atheneu, vem acompanhada de um CD-Rom que adiciona aos conceitos discutidos no livro simulações e exercícios baseados em recursos visuais. Nesta entrevista ao **SBN Informa** o autor comenta os objetivos da sua obra e discute a situação da pesquisa médica no Brasil.

Como surgiu a idéia de escrever o livro?

Roberto Zatz – Este livro nasceu da necessidade de documentar adequadamente o Curso de Bases Fisiológicas da Prática Médica, capítulo Nefrologia, administrado aos alunos do 2º ano da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo desde 1993. Tanto o curso quanto o livro têm o propósito explícito de ocupar o vácuo existente entre o estudo da fisiologia (mecânica do funcionamento de órgãos e sistemas) e o da clínica (propedêutica clínico-laboratorial e patologia clínica).

Os estudantes e os próprios cursos médicos têm uma certa tendência a tratar esses dois conjuntos como universos estanques. No livro e no curso procuramos mostrar que eles são muito mais estreitamente relacionados do que comumente se imagina.

Quais são os temas que baseiam o livro?

O livro aborda os mecanismos básicos de funcionamento dos rins enquanto responsáveis pela manutenção da homeostase do meio interno e as razões por que esses mecanismos podem deixar de funcionar corretamente em condições patológicas.

Qual é o público alvo?

De início, o texto destinava-se aos alunos do segundo ano do curso médico, tendo inclusive nascido sob a forma de apostilas. Durante a elaboração do livro, no entanto, percebemos que o vazio entre fisiologia e clínica era também sentido pelos alunos dos outros anos do curso médico, além de residentes e até mesmo de pós-graduandos e médicos profissionais. Acreditamos, portanto, que o público alvo seja bem mais amplo do que o imaginado inicialmente.

Quais são os benefícios do livro vir junto com um CD-Rom?

O CD-Rom não contém uma simples reprodução das informações contidas no texto do livro. Trata-se de simulações e exercícios fortemente baseados em recursos visuais, tais como gráficos, figuras e esquemas didáticos, muitos deles animados. Algumas publicações recentes têm também utilizado esse tipo de recurso. No entanto, nosso CD-Rom inova nesse campo devido ao seu caráter interativo: o usuário pode fazer variar uma série de parâmetros (por exemplo, a taxa de ingestão de água) e verificar, instantaneamente e de forma gráfica, o efeito dessa variação sobre outros parâmetros (por exemplo, volume e osmolaridade urinários, concentração plasmática de hormônio antidiurético e aparecimento de sede). Desse modo, o usuário é forçado a rever os conhecimentos contidos no texto, que podem então ser melhor compreendidos e assimilados.

Como o senhor avalia a pesquisa médica no Brasil? Quais seriam as limitações e a importância dela para o país?

Esta questão requer muito mais do que o espaço aqui disponível para ser adequadamente respondida. Resumidamente, eu diria que a pesquisa médica é importante para qualquer país. Uma óbvia utilidade da pesquisa médica é o fato de que ela permite a busca de soluções para problemas específicos de cada nação (estudos de epidemiologia clínica, busca de tratamentos para endemias, etc.). No entanto, é equivocado considerar que a importância da investigação médica se esgota aí. Se não tivermos pesquisadores capazes de desenvolver projetos de caráter universal (câncer, doenças cardiovasculares, doenças renais, etc.),

tampouco seremos capazes de conduzir pesquisas relevantes de interesse local.

Um exemplo claro dessa interdependência é a recente elucidação do genoma da *Xylela fastidiosa*. Realizada por pesquisadores brasileiros, essa pesquisa, de evidente utilidade para a nação, teria sido impossível se seus executores, formados no exterior, não tivessem desenvolvido anteriormente outras pesquisas de caráter universal, posteriormente publicadas em periódicos internacionais.

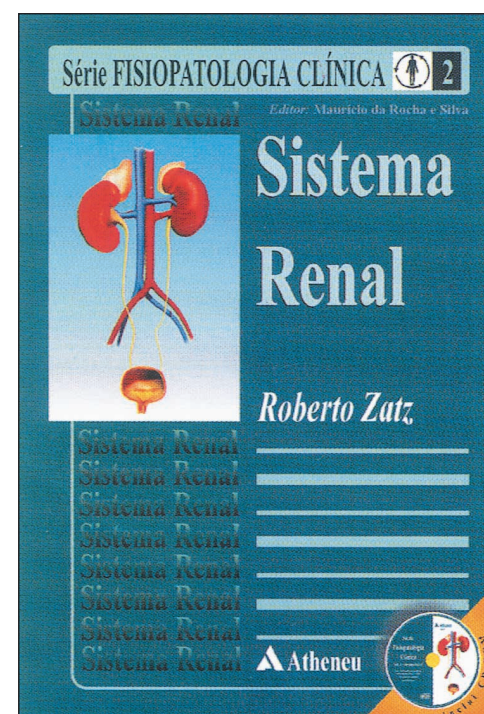
A pesquisa médica brasileira tem evidentemente progredido nos últimos tempos, mas ainda está aquém do seu verdadeiro potencial.

Quais são as razões desta situação? Como melhorá-la?

As razões para isso são múltiplas. Em primeiro lugar, o número de centros de pesquisa médica e biomédica é ainda muito pequeno e concentrado na região Sudeste, especialmente no Estado de São Paulo. Apenas as universidades públicas desenvolvem trabalho de pesquisa de modo significativo, o que torna a investigação médica refém de fatores tais como o corporativismo e a disponibilidade de verbas públicas. Como se não bastasse, o bom andamento dos projetos de pesquisa esbarra em um emaranhado de obstáculos burocráticos, dentro

das próprias universidades (departamentos de compras emperrados, processos de compra que se perdem, etc.) e junto a órgãos públicos (retenção alfandegária de material importado, exigência de papelada inexistente em outros países, etc.).

Para aprimorar o nível da pesquisa médica brasileira, julgo serem necessários: maior apoio financeiro aos centros de excelência existentes; multiplicação dos núcleos de excelência, principalmente com o apoio aos centros existentes fora da região Sudeste e o estímulo ao surgimento de novos centros. Isso inclui não só apoio financeiro como também formação de pessoal (pós-doutorado no país e no exterior, etc.); participação das universidades privadas no esforço de pesquisa, como ocorre em países desenvolvidos; apoio às entidades de fomento, como o CNPq, a Finep e as FAP estaduais (Fapesp, Faperj, Faperg, etc.); e desburocratização dos procedimentos ligados à pesquisa (é claro que o ideal seria que todo o país fosse desburocratizado).



Zatz: “O usuário pode fazer variar uma série de parâmetros, como, por exemplo, a taxa de ingestão de água, e verificar o efeito dessa variação sobre o volume e a osmolaridade urinários, entre outros”