

SBN Informa

ÓRGÃO OFICIAL DA
SOCIEDADE BRASILEIRA
DE NEFROLOGIA

- 12 DRC no Programa de Saúde da Família
- 9 Jovem nefrologista aponta a remuneração como causa para a falta de médicos na rede pública
- 3 Dr. Istênio Pascoal: "a Nefrologia brasileira não é a mesma depois da era da GER na Internet"

TRANSPLANTE RENAL | Artigo da Dra. Irene L. Noronha afirma que "embora seja das melhores alternativas para pacientes da DRC, o país só consegue transplantar 5,6% dos pacientes em listas de espera para rim de doador falecido." PÁGINA 14

DR. EMMANUEL BURDMANN | "Uma diretoria de Sociedade Médica deve buscar a melhoria de condições de diagnóstico, prevenção e tratamento para os pacientes e lutar pela melhoria das condições de trabalho e de vida dos seus associados." PÁGINA 10

CONGRESSO VALORIZA INSERÇÃO DA DOENÇA RENAL CRÔNICA NA AGENDA PÚBLICA DE SAÚDE | Este o destaque do encontro, em Curitiba, que dedicou atenção à prevenção das doenças renais entre os hipertensos e diabéticos ao reunir mais de 2.300 profissionais, entre médicos e enfermeiras. PÁGINA 5



Inovando em saúde

Tratar a anemia renal

ESTABILIDADE da Hb

pode ser um desafio.

Em uma revisão de dados de saúde de 152.846 pacientes com Doença Renal Crônica (DRC), apenas 6,5% dos pacientes que recebem tratamento com ESA* mantiveram estáveis os níveis de Hb entre 11-12,5 g/dl por um período superior a 6 meses.¹ A variabilidade da Hb foi observada em 89,7% de todos os pacientes.¹

Pacientes que permaneceram com os níveis de Hb estáveis entre 11-12,5 g/dl apresentaram menor índice de hospitalização para ajuste da dose e menor mortalidade no seguimento.¹

* Agentes Estimuladores de Eritropoiese

PREZADOS COLEGAS. Escrevo ao final do maior evento científico da nossa especialidade em nosso país: o XXIV Congresso Brasileiro de Nefrologia, em Curitiba, já considerado um grande sucesso. O número extra-oficial é de que teria havido cerca de 2.300 inscrições e 1.320 trabalhos científicos inscritos. Espero que todos os participantes tenham aproveitado no sentido mais amplo da palavra.



FOTO: JAILSON RAMOS

Aproveito esta nossa conversa para lembrar que, em conjunto com a ABCDT, estivemos em reuniões sucessivas com o ministério da Saúde e, após muita luta, conseguimos um reajuste de cerca de 5% para a diálise. O percentual é claramente insuficiente para cobrir as dificuldades do setor, mas pelas mensagens de apoio dos colegas, pode-se perceber que, praticamente, todos entendem que, nesse momento de “desfinanciamento” da Saúde, o número tem que ser considerado uma vitória. Uma nova rodada de negociação em curto prazo, está programada para novembro deste ano.

Ressalto, além disso, que o financiamento da Caixa Econômica Federal para aquisição de novas máquinas está nos seus preparativos finais para entrar em atividade. Para maiores detalhes, visite o site da SBN.

A luta para indexação do nosso Jornal Brasileiro de Nefrologia (JBN), que apresenta melhorias inquestionáveis, continua. Após uma notícia oficial recente de que teríamos sido recusados, recebemos do SciELO, em um segundo tempo, uma informação retificadora de que o mérito científico do JBN ainda não havia sido avaliado. A expectativa é de que isso venha a ocorrer em novembro/2008, data que ainda pode mudar. Continuem contribuindo para concretizarmos essa conquista.

Dr. Jocemir R. Lugon
Presidente da SBN

ATIVIDADES da Diretoria

26 DE JUNHO ▶ Reunião com os Drs. Marcus Bastos e Sílvia Abensur (webmaster da SBN) para tratar da execução do Programa para as Ligas de Apoio à Nefrologia.

03 DE JULHO ▶ Reunião na sede da SBN entre seu presidente Jocemir Lugon e o Dr. Ricardo Sesso sobre Registro de Diálise.

03 DE JULHO ▶ Reunião sobre o patrocínio do Guia Nefrológico 2008, entre os Drs. Daniel Rinaldi e a representante da ABBOTT (Sra. Cristina).

03 DE JULHO ▶ Os Drs. Jocemir Lugon e Daniel Rinaldi participam da reunião do Conselho Científico da AMB.

04 DE JULHO ▶ Reunião da Diretoria com a Comissão de Reforma Estatutária (SBN).

16 DE JULHO ▶ Os Drs. Jocemir Lugon e Ricardo Sesso entrevistam candidatos para a vaga do Registro de Diálise.

17 DE JULHO ▶ Reunião do Conselho Fiscal da SBN.

06 DE AGOSTO ▶ Os Drs. Jocemir Lugon e Patrícia Abreu participam de reunião com o Dr. Alberto Beltrame (Ministério da Saúde – Brasília).

11 DE AGOSTO ▶ Reunião entre o Dr. Daniel Rinaldi e o arquiteto Luiz Bloch para parceria e divulgação da legislação direcionada para a abertura de clínicas de diálise.

13 A 17 DE SETEMBRO ▶ A Diretoria, tendo a frente o presidente Jocemir Lugon, participa do XXIV Congresso Brasileiro de Nefrologia XIV e XV Congresso Brasileiro de Enfermagem em Nefrologia, em Curitiba (PR).

SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA (SBN)

Departamento de Nefrologia da Associação Médica Brasileira (AMB)

SEDE: Rua Machado Bittencourt, 205 – 5º andar – Conjunto 53 – Vila Clementino
CEP 04044-000 – SÃO PAULO – SP
Fone (11) 5579-1242 – Fax (11) 5573-6000

E-mail: secret@sbn.org.br
Site: w.w.w.sbn.org.br
Secretaria: Adriana Paladini, Jailson Ramos e Rosalina Soares

DIRETORIA NACIONAL

Presidente: Jocemir Ronaldo Lugon
Vice-Presidente: Natalino Salgado Filho
Secretária-Geral: Patrícia Ferreira Abreu
1º Secretário: Sergio Fernando Ferreira dos Santos
Tesoureiro: Daniel Rinaldi dos Santos
Conselho Fiscal: Carmen Tzanno Branco Martins

DEPARTAMENTOS

DEFESA PROFISSIONAL:
Maria Ermecília Almeida Melo

TRANSPLANTE: Irene de Lourdes Noronha
HIPERTENSÃO ARTERIAL: José Nery Praxedes
FISIOLOGIA E FISIOPATOLOGIA RENAL:
Elvino Barros
NEFROLOGIA PEDIÁTRICA: Clotilde Druck Garcia
ENSINO, RECICLAGEM E TITULAÇÃO:
Nestor Schor
NEFROLOGIA CLÍNICA: Gianna Mastroianni Kirsztajn
DIÁLISE: José Luis Bevilacqua
INFORMÁTICA EM SAÚDE: David J.B. Machado

SBN INFORMA

Órgão oficial da Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN)
EDITORES: Dr. Daniel Rinaldi dos Santos
Dr. Sergio Ferreira dos Santos
JORNALISTA RESPONSÁVEL:
Sergio Fleury (11.941 MT/RJ)
E-mail: sergio.fleury@yahoo.com.br
PROJETO GRÁFICO E DIAGRAMAÇÃO:
Ampersand Comunicação Gráfica
ampersand@ampersanddesign.com.br
Os textos assinados não refletem necessariamente a opinião da SBN Informa

A Nefrologia brasileira não é a mesma depois da GER na Internet



Dr. Istênio José Fernandes Pascoal

Nascido na cidade de Luís Gomes-RN de uma família de vários médicos e com bom desempenho escolar, a opção pela Medicina foi natural. Formado em julho de 1983 pela Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Paraíba decidiu-se pela Nefrologia por um fato clínico ocorrido com a irmã. “Estava ainda na Faculdade quando ela desenvolveu LES com nefropatia membranosa. Seu rim recuperou-se integralmente, mas eu não. Fiz o Internato e Residência de Clínica Médica em Brasília e, em seguida, Residência de Nefrologia no Hospital das Clínicas da USP, onde depois fui Preceptor da própria Residência e fiz o Doutorado.”

Casado com Valéria, ainda durante o Doutorado o Dr. Istênio procurou na Universidade de Chicago, de surpresa, o Dr. Marshall Lindheimer, então (e ainda) um grande expert na área de nefropatia/hipertensão na gravidez. “A minha mulher, na época finalizando a Residência de Endocrinologia, procurou o Dr. Leslie Degroot, igualmente renomado endocrinologista na mesma universidade. Eles ficaram algo impactados com a informalidade desse primeiro-contato, mas ao final admitiram a hipótese de nos receber como fellows. No ano seguinte, agora preenchidas as formalidades do pós-doutorado, lá estávamos e ficamos de 1992 a 1996 para uma proveitosa convivência”.- lembra.

— Nosso tempo em Chicago foi uma grande experiência. Na volta trouxemos publicações, diplomas, prêmios, um filho nos braços e dois na barriga (hoje o primogênito com 13 anos e os gêmeos com 12 anos) e, claro, um caminhão de esperanças... que estamos resgatando uma a uma.

Nefrologia Pública

Ao analisar a situação do atendimento nefrológico público em Brasília, o Dr. Istênio José Fernandes Pascoal, 47 anos, lembra que há 20 anos Brasília, onde mora, tinha um sistema público de saúde hierarquizado, de complexidade crescente a partir

dos postos de saúde, passando por hospitais regionais e finalizando em um grande hospital central. Alguns hospitais regionais faziam atendimento nefrológico ambulatorial e diálise peritoneal. Hemodiálise e transplante renal eram restritos ao hospital central.

— Com o tempo esse modelo foi parcialmente desestruturado e algumas unidades regionais ganharam autonomia ou se tornaram núcleos “especializados”. Paralelamente, clínicas privadas de diálise foram surgindo e absorvendo grande parte da diálise SUS, hoje contemplando cerca de 80% destes pacientes. Agora esta rede está bem capilarizada, oferecendo conveniente acesso à diálise no Plano Piloto (área central) e nas principais cidades-satélites. — analisa.

A descoberta da Internet

Pelos idos de 1993/94, ainda na Universidade de Chicago, teve seu primeiro acesso à internet. Rapidamente se inscreveu na lista de brasileiros no exterior (a maioria bolsistas do CNPq), chamada BRASNET. “Aquilo era um fenômeno: comunicação instantânea, interativa e gratuita ao toque do dedo. Tempos depois, descobri a NEPHROL, uma lista internacional de Nefrologia baseada no Canadá e, na rasteira dela, veio a experiência mais extraordinária: o anúncio da criação de uma lista brasileira de Nefrologia, idealizada e implementada por dois nefrologistas cariocas, Sérgio Santos e Ricardo Faria em 1996: a Ger-Nefrologia. Suspeito que a Nefrologia brasileira não seja a mesma depois da Ger. Eu certamente não sou o mesmo.” — afirma o Dr. Istênio.

Segundo o nefrologista, “ao se inscrever na Ger ganha-se uma tribuna livre e acesso imediato e compulsório à caixa postal de 40% dos nefrologistas brasileiros. A Ger é um forte instrumento democrático. As lideranças científicas e políticas da nefrobrás passaram a ser examinadas criticamente e, por isso também, se legitimaram mais. Refregas e informações

“Innovation is the creation of the new or the re-arranging of the old in a new way.”

MICHAEL VANCE

culturais, políticas e clínicas criaram uma saudável cultura do contraditório. A Medonline, uma revista virtual de Medicina criada e editada por um eminente “geriano”, Sebastião Ferreira, foi uma feliz experiência derivada da empolgação dos primeiros tempos da Ger.

Politicamente correto

Definindo-se como um progressista, acrescenta; “o embrião do meu viés ideológico foi o cenário doméstico: a honestidade absoluta do meu pai e a generosidade poética da minha mãe não me poderiam influenciar diferentemente: desde sempre me sinto tocado pelo discurso progressista. Mas sempre me fascinou mais a teoria do que a prática, a política do que o político, a idéia do que o homem.”

Depois de passar pela vida universitária e por atividades exclusivas de consultório, nos últimos anos o Dr. Istênio ingressou no domínio da diálise. Ele e outros colegas

brasilienses idealizaram, construíram e estão administrando um novo modelo de tratamento hemodialítico em nosso meio. Em uma estrutura física arrojada (receberam o prêmio de “melhor interior de saúde” em 2007 da ArquiShow), com equipamentos diferenciados (osmose térmica com produção de água verdadeiramente ultrapura, máquinas equipadas com ultrafiltros e não reuso de dialisadores) e assistência médica, de enfermagem, psicologia, nutrição, fisioterapia e staff administrativo acima das exigências internacionais, atingiram, no Centro Brasiliense de Nefrologia, um padrão de atendimento cujo resultado global se revela expressivamente na taxa de sobrevida dos pacientes: 95,8 % em um ano, 79% em cinco anos.

Para sintetizar a experiência que tornou Brasília uma referência mundial em tratamento hemodialítico, cita Michael Vance: “Innovation is the creation of the new or the re-arranging of the old in a new way.”

PRÊMIO JOHN MAHER

Dr. Roberto Pecoits Filho (PUC-PR)

O nefrologista e professor de Medicina da PUC-PR Roberto Pecoits Filho, recebeu no último dia 28 de junho, na Turquia, o John Maher Award, prêmio concedido pela Sociedade Internacional de Diálise Peritoneal a jovens médicos que contribuem significativamente para o avanço da técnica de reposição da função renal. Pecoits Filho foi o primeiro latino-americano a conquistar o prêmio, que está em sua 7ª edição. É o prêmio de maior prestígio internacional concedido pela Sociedade.

A premiação levou em consideração o impacto das atividades clínicas, educacionais e científicas de nefrologistas com menos de 40 anos no progresso da diálise no mundo. Pecoits Filho atua há dez anos na área. Atualmente é o representante latino-americano no comitê de jovens nefrologistas da Sociedade Internacional de Nefrologia. É coordenador das Atividades do Capítulo Latino-Americano da Sociedade Internacional de Diálise Peritoneal e possui forte atuação em missões da Sociedade Internacional de Nefrologia que

levam treinamento nefrológico a países pobres.

O prêmio levou em consideração também as mais de 70 publicações em revistas internacionais indexadas, mais de 300 trabalhos apresentados em congressos e palestras realizadas em todo o mundo, incluindo missões de treinamento de nefrologistas na China, Sudão, Quênia, América Andina e Central.



CONGRESSO DE NEFROLOGIA valoriza a inserção da doença renal crônica na agenda pública de saúde



O **XXIV Congresso Brasileiro de Nefrologia** e o **XIV Congresso Brasileiro de Enfermagem em Nefrologia**, realizados no Estação Convention Center, em Curitiba, Paraná, reuniram entre os dias 13 e 17 de setembro, renomadas autoridades médicas de todo o país. Presidido pelo Dr. Miguel Carlos Riella, o encontro teve a presença do presidente da Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN), Dr. Joemir Lugon; do Dr. Roberto Pecoits, membro da comissão científica do Congresso; do Dr. Gerson Zafalon Martins, presidente do Conselho Regional de Medicina do Paraná; do Dr. José Fernandes Macedo, presidente da Associação Médica do Paraná; do Dr. Gilson Nascimento da Silva, representante da regional paranaense da SBN; do Dr. Johan Park, da Sociedade Internacional de Nefrologia; além da presidente do Congresso de Enfermagem, Deise Pascual e da presidente da Sociedade Brasileira de Enfermagem em Nefrologia (SOBEN) Dulce Barbosa, entre outras autoridades.

Na cerimônia de abertura, foi dado destaque aos 50 anos da Sociedade Brasileira de Nefrologia a serem comemorados em 2010 e realizada uma homenagem póstuma ao ex-presidente da SBN, Dr. José Roberto Coelho da Rocha, idealizador e divulgador do Programa de Check-Up Renal em diversas regiões do país, contribuindo para os avanços da Nefrologia brasileira. Para homenageá-lo, foi inaugurado em pleno espaço do congresso o "Bar do Zé", um ponto de encontro para a confraternização dos participantes do evento que ali lembraram entre amigos, com o filho Dr. Rodrigo e com a própria viúva Dra. Cristina, diversas passagens da sua vida profissional.

Na seqüência, foi entregue o prêmio Osvaldo Ramos para o professor Israel Nussenzweig, na ocasião, recebido pelo professor Rui Toledo da USP. Em seu discurso de saudação, o presidente do Congresso, Dr.

Miguel Carlos Riella discorreu a respeito do enorme sucesso de evento, com mais de 2.300 inscritos, o que demonstra que valeu a pena os dois anos de trabalho para organizá-lo.

Destaques das atividades científicas

O XXIV Congresso Brasileiro de Nefrologia, perfeitamente integrado ao XIV Congresso Brasileiro de Enfermagem em Nefrologia, teve número recorde de trabalhos inscritos (1.058 de médicos e 262 da enfermagem), além da presença de 20 convidados internacionais e 97 nacionais.

A programação científica, organizada pelo Dr. Roberto Pecoits Filho foi muito bem distribuída em assuntos. Nos cursos pré-congresso houve a opção de se escolher entre Relacionamento Interprofissional e Ferramentas de Gestão, Nefrologia Intervencionista, Gastronomia Renal e Educação em Nefrologia. Nos dias subsequentes quatro novas opções de cursos de revisão (Glomerulopatias, DRC, DHE e Nutrição) e um destaque para o *Meet the Professor*, que agradou a todos.

Na área farmacêutica houve o lançamento de vários medicamentos: um inibidor de renina, um calciomimético, uma nova opção no tratamento da anemia, um imunossupressor do grupo dos inibidores da TOR e uma nova solução de diálise peritoneal. No campo da doença renal policística do adulto, pesquisas recentes apontaram para tratamentos promissores. As glomerulopatias receberam grande atenção e o lúpus se mantém como importante no diagnóstico diferencial das nefropatias.

A insuficiência renal aguda está pouco a pouco sendo mais bem entendida e atitudes profiláticas minimizam sua ocorrência. A melhor forma de diálise permanece como dúvida. As células tronco também foram temas tanto na IRA como na DRC.

Os auditórios lotados para assistir às aulas de litíase, hipertensão arterial e a discussão de uma importante sessão anátomo-clínica mais uma vez ratificaram a tese defendida pelo saudoso Dr. José Roberto Coelho da Rocha que sempre dizia que "a Nefrologia é a filha dileta da Medicina Interna."

A hemodiálise, a diálise peritoneal e o transplante renal continuam a ser realizados com grande competência e responsabilidade pelos Nefrologistas brasileiros que mostraram resultados equivalentes aos melhores centros do mundo. Infelizmente constatou-se que o Censo da SBN foi respondido por apenas 50 % das clínicas de diálise brasileiras o que prejudica em muito a real avaliação de vários pontos importantes epidemiológicos e do funcionamento da diálise no país. Mas, como boa notícia, a informação de que, finalmente, em futuro próximo, teremos a legalização da distribuição preferencial de órgãos para crianças, quando o doador também for uma criança.

Mas o grande foco do Congresso se concentrou na prevenção da doença renal crônica. Os trabalhos da SBN que tiveram início com o programa PREVINA-SE, lançada em 20/11/2003, começaram a dar frutos e um número enorme de apresentações orais e pôsteres oriundos de todo o país. Ainda nesta linha, as Ligas de Nefrologia de vários estados confirmaram uma opção crescente dos jovens pela especialidade.

Definitivamente os nefrologistas não são uma "especialidade de procedimento" e a sessão de encerramento também mostrou que o Ministério da Saúde, graças aos esforços da Dra. Patrícia Abreu, Secretária-geral da atual Diretoria da SBN, inseriu definitivamente a doença renal em sua agenda, dedicando grande atenção à prevenção das doenças renais entre os hipertensos e diabéticos. 📌



Consulta Prima

Notícias que afetam a prática médica

Intensificação da diálise não reduz mortalidade na insuficiência renal aguda | A intensificação da terapia de substituição renal em pacientes com insuficiência renal aguda e quadro clínico grave não reduz a mortalidade em relação à terapia menos intensiva, conclui um artigo publicado no *New England Journal of Medicine*.

Pesquisadores do VA/NIH Acute Renal Failure Trial Network recrutaram 1.124 pacientes com insuficiência renal aguda e presença de sepse ou de falência orgânica não renal. Os pacientes foram recrutados em 27 centros de tratamento nos EUA.

Metade dos pacientes foi randomizada para ser dialisada seis vezes por semana (diálise intermitente ou diálise estendida) ou ser submetida à hemofiltração venovenosa contínua (35 ml/kg/h), dependendo da estabilidade hemodinâmica. A outra metade foi dialisada três vezes por semana ou foi submetida a uma hemofiltração venovenosa contínua menos intensiva (20 ml/kg/h).

Aos 60 dias, a mortalidade era a mesma nos dois grupos (54% no

grupo da substituição renal intensiva vs. 52%, $p = 0,47$). Também não houve diferenças nas taxas de remissão da função renal ou de outros órgãos.

“Esses resultados contrastam com os de estudos realizados em um único centro”, escreve em um editorial Joseph Bonventre, da Universidade Harvard, em Boston, nos EUA. Para ele, o ensaio foi desenhado para ser o estudo multicêntrico definitivo sobre o assunto. “Agora é preciso mudar o foco para outras estratégias [...] Ainda faltam métodos que possam minimizar a resposta inflamatória, que tem um papel importante na patofisiologia da insuficiência renal aguda.”

The VA/NIH Acute Renal Failure Trial Network. Intensity of Renal Support in Critically Ill Patients with Acute Kidney Injury. N Engl J Med 2008;359:7-20.

Fluconazol empírico na UTI não resolve febre | Não vale a pena tratar empiricamente com fluconazol pacientes febris internados em unidade de terapia intensiva, conclui um ensaio clínico randomizado

e controlado por placebo publicado na última edição dos *Annals of Internal Medicine*. “A era dos estudos sobre o tratamento empírico e profilático com fluconazol de pacientes em UTI chegou ao fim”, escreve um editorialista.

Novo esquema terapêutico dessensibiliza candidatos a transplante renal | O tratamento com rituximabe combinado com imunoglobulina endovenosa é eficaz para dessensibilizar candidatos a transplante renal – ou seja, reduz a quantidade de anticorpos que podem causar a rejeição do rim transplantado. Essa é principal conclusão de um artigo publicado no *New England Journal of Medicine*.

- ▶ Leia os resumos completos, em português, em www.consultaprima.com.br.
 - ▶ Faça parte da elite médica mundial – receba um resumo pela manhã com as pesquisas de maior impacto clínico das principais publicações do mundo, praticamente ao mesmo tempo em que os artigos integrais são divulgados. Consulta Prima-Dia - rápido, confiável, essencial.
- © Copyright Consulta Prima. As informações fornecidas pela Consulta Prima têm função meramente informativa.

LINHA HEMODIÁLISE



AVF
AGULHA PARA
FÍSTULA ARTÉRIO-VENOSA

PES
DIALISADOR
POLIETERSULFONA



**MÁQUINA DE
HEMODIÁLISE**

Vendas:
(11) 5566-5900

NIPRO
POR UMA VIDA SAUDAVEL



VOCÊ SABIA ?

Dr. Edison Souza

Que o primeiro transplante renal do Brasil foi realizado em 16/4/64, no Hospital dos Servidores do Estado do Rio de Janeiro. Um rapaz de 16 anos portador de pielonefrite crônica recebeu um rim de uma criança de 9 meses portadora de hidrocefalia- o chamado free kidney.

Que a Portaria GM/MS nº 1752, de 23 de setembro de 2005, determinou a constituição de Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante em todos os hospitais públicos, privados e filantrópicos com mais de 80 leitos.

Que os estudos de Framingham identificaram, desde 1984, a importância da proteinúria como marcador de dano vascular generalizado. Veja abaixo a frase final do artigo publicado pelo Am Heart J. 1984 Nov;108(5):1347-52.:The prognostic significance of proteinuria: the Framingham study "Proteinuria in the ambulatory general population is not a benign condition and carries a serious prognosis. It appears to reflect widespread vascular damage".

Que a primeira biópsia renal de aspiração realizada em posição sentada foi feita pelos dinamarqueses, Claus Brun and Poul Iversen em 1951. Kark e Muerhrcke em 1954 conseguiram tecido renal mais adequado usando a agulha de Vim-Silverman.

Que até o final da década de 1970, quando os inibidores da enzima de conversão começaram a ser utilizados, não era incomum a realização de nefrectomia bilateral para o tratamento de hipertensão arterial de difícil controle (maligna).

Que muitos pacientes submetidos a transplante de outros órgãos diferentes dos rim, como coração e fígado, após anos do uso de imunossupressores nefrotóxicos, têm desenvolvido doença renal crônica e estão entrando em terapia renal substitutiva.

Que Carl Friedrich Wilhelm Ludwig (1816 -1895), Médico e Fisiologista - descreveu pela primeira vez o mecanismo de filtração glomerular.

Que o número absoluto de hemácias na urina eliminadas normalmente em 24 horas pode variar de 1 milhão até 10 milhões em 1 litro de urina.

Que o cranberry tem sido usado com sucesso no tratamento de infecções urinárias resistentes aos antibióticos usuais.

Que no último dia 2 de agosto de 2008 nossa SBN comemorou 48 anos de existência. A festa do cinquentenário será no próximo Congresso Brasileiro de Nefrologia em Vitória 2010.

Que em estudo que analisou biópsias ósseas realizadas em diversas regiões do Brasil, de 1985 a 2001, pesquisadores brasileiros demonstraram que, embora a prevalência de intoxicação alumínica venha diminuindo (1985-1990: 61,3%; 1991-1996: 38,7%; 1997-2001: 42,5%), ela ainda permanece elevada e de origem ainda incompletamente conhecida.



SBN REFORMA SUA SEDE EM SÃO PAULO

Com a aquisição de um novo conjunto de salas, a Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN) expandiu sua sede paulista, obrigando a uma reforma de modernização de suas antigas dependências. Entre as novas salas foi escolhida uma para abrigar o serviço de Registro Brasileiro de Diálise. Custeada com a doação de um grant de US\$ 150 mil (R\$ 264.164,77) da indústria farmacêutica AMGEN, a reforma durou cinco meses com a conclusão em agosto. Na foto de Jailson Ramos, uma das dependências reformadas.

Visite o site do Jornal Brasileiro de Nefrologia (JBN)

O JBN atendendo uma exigência dos indexadores atualizou suas normas para publicação (inglês e português) e as submissões de artigos para publicação no periódico. Desde maio, as submissões estão sendo efetuadas apenas através do novo sistema, que tem por objetivo facilitar os procedimentos para os autores, editores e revisores, bem como disponibilizar o acompanhamento do processo de avaliação que se encontra online para todo o usuário cadastrado. Visite o site www.jbn.org.br e faça seu cadastro. Informações: SBN (fone 11-5579-1242) ou e-mail jbn@sbn.org.br.

CALENDÁRIO DE EVENTOS

2008

NOVEMBRO

25 a 28 • 3º Simpósio Multidisciplinar sobre Células-Tronco
Universidade Federal de São Paulo - SP
Site do evento: <http://proex.epm.br/eventos/08/celulatronco/index.html>

2009

MARÇO

11 a 14 • IV Encontro Nacional de Prevenção da Doença Renal Crônica
Hotel Vila Galé - Fortaleza - CE
Informações: 85-4011.1572
nefro@arxweb.com.br

ABRIL

30 a 02 de maio • XIV Congresso Brasileiro de Nefrologia Pediátrica
Hotel Sheraton - Porto Alegre - RS
inf.: www.cbnp2009.com.br

SETEMBRO

23 a 26 • XV Congresso Paulista de Nefrologia e XII Congresso Paulista de Enfermagem em Nefrologia
Convention Center - Campos do Jordão - SP
Inf. e Ins.: asconcongressos.com.br
www.asconcongressos.com.br

OUTUBRO

22 a 24 • III Congresso Sul Brasileiro de Nefrologia
Teatro Carlos Gomes - Blumenau - SC
Info: www.ccmeventos.com.br/nefro

ESPAÇO **AMB**
Associação Médica Brasileira

CBHPM: referencial para a Medicina brasileira

Em agosto de 2008, a Associação Médica Brasileira (AMB) lançou a 5ª edição da Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos (CBHPM). Esta atualização é o resultado de mais de um ano de trabalho da entidade no sentido de compor o rol de procedimentos médicos que integrará a Terminologia Unificada em Saúde Suplementar (TUSS), a partir de 2009, será o novo referencial da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).



A CBHPM é uma referência básica dos procedimentos médicos e a origem de um eixo de ações da AMB na área técnico-científica. Sua aplicação é essencial para que haja transparência no sistema de saúde.

A 1ª edição foi publicada em 2003 e, anualmente, é revista. O principal escopo do documento é listar os procedimentos apropriados para uso clínico e, dessa forma, definir a integralidade da saúde. Existe uma Câmara Técnica que se debruça permanentemente sobre o assunto, analisando sugestões e revisando a lista existente.

A ciência oferece aos médicos novas possibilidades de diagnóstico e tratamento que devem ser, quando demonstrados eficazes, incorporados à prática clínica, substituindo procedimentos que se tornaram obsoletos. Nessa complexa dinâmica está o grande valor da CBHPM.

Ao lado da avaliação da efetividade dos procedimentos que compõem a CBHPM, existe um processo de hierarquização. Nesse processo são utilizados critérios como: tempo de execução, grau de responsabilidade e complexidade refletindo o esforço necessário para sua realização.

Para elaborar uma edição da CBHPM, é preciso reunir as 53 Sociedades de Especialidade reconhecidas no Brasil e solicitar que analisem quais são os procedimentos em suas áreas respectivas. Todos os procedimentos são colocados em rol único, em que a consulta é o fator de normatização e eventuais desvios são objeto de revisão individualizada.

Quando surge uma proposta para incluir ou retirar algum procedimento médico, esta é encaminhada à equipe de medicina baseada em evidências, que analisa as justificativas. O projeto também é enviado à Câmara Técnica da CBHPM, composta por representantes da AMB, CFM, Fenam, Unidas, Unimed e Fenasaúde.

A AMB propôs que a CBHPM fosse adotada como referencial para a remuneração médica dentro de um conjunto de regras fixado por lei. O deputado Inocêncio Oliveira (PR-PE) apresentou o projeto de lei 3466/2004, aprovado na Câmara dos Deputados e, desde junho de 2007, tramita no Senado Federal como PLC no. 39/2007.

Dr. José Luiz Gomes do Amaral
Presidente da AMB



Jovem nefrologista mineiro considera a baixa remuneração como causa para a falta de médicos na rede pública de Saúde

O **Dr. Pablo Mendonça** formou-se em Medicina pela Faculdade de Itajubá, cidade onde nasceu e cursou os ensinos fundamental e médio. Mas antes, ingressou no curso de Medicina Veterinária, na Universidade Federal de Lavras, a 80km de sua cidade natal, um "primeiro período de muita reflexão." Depois, no intuito de ajudar as pessoas, associado à sua facilidade de relacionamento, deixou a Veterinária e ingressou no curso de Medicina.

Em relação à Nefrologia, optou pela especialidade por ser "a maior filha" da Clínica Médica e por estar ligada a todos os seus ramos, requerendo muito conhecimento e dedicação.

Na verdade, ele não fez uma Residência Médica, mas um ótimo estágio no Hospital Beneficência Portuguesa de São Paulo, com os professores Dr. João Egídio, Dra. Irene Noronha, Dr. Hugo Abensur, Dra. Maria Regina e seus assistentes: Cristiane Alexandre, Luiz Beker, Giovanio Vieira, Miguel Gustavo, Adriana Nazaré e Pércia.

Estágio sem "day-off"

O estágio na Beneficência Portuguesa de SP lhe deu condições para, em abril deste ano, ser aprovado na avaliação da Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN) recebendo o título de especialista..

Atualmente o Dr. Pablo faz parte da equipe de Nefrologia do Hospital das Clínicas Samuel Libânio, da Faculdade de Medicina de Pouso Alegre, (ambos em Minas Gerais) e atende em seu consultório, em Três Pontas.

Analisando os problemas enfrentados na sua formação clínica, ele destaca a questão da falta de uma remuneração por ser um estágio em que não se tinha um "day off".

"Optei pela Nefrologia por ser a maior filha da Clínica Médica"



Diagnóstico correto

Durante esse aprendizado, chamou sua atenção o episódio ocorrido logo no início do primeiro ano, quando ele e os chefes discutiam um caso de paciente transplantado de rim-pâncreas, com diarreia crônica. A suspeita era de uma doença inflamatória intestinal. Então ele sugeriu que fosse solicitado anticorpo anti *saccharomyces* (ASCA) que, dias após, se revelou positivo. Associado ao quadro clínico e colonoscopia, diagnosticaram esse paciente como portador da doença de Crohn. "Fiquei gratificado" – orgulha-se.

Analisando a questão da Saúde Pública na sua região, disse que "faltam maiores investimentos em equipamentos para diagnóstico, melhor remuneração dos profissionais de Saúde para que permaneçam na rede pública. Não entendo por quê um perito do INSS chega a ganhar cerca de R\$ 10 mil e um médico do posto R\$ 1.300,00." – critica.

Encaminhamento tardio ao Nefrologista

Em relação à Nefrologia, ele considera que "muitas vezes pacientes de alto risco para doenças renais crônicas não são tratados como deveriam, não por falta de exames, mas por desconhecimento do profissional que o acompanha clinicamente."

Outra coisa que chama sua atenção é que "os pacientes diagnosticados são encaminhados tardiamente ao Nefrologista e todos sabemos que isto está diretamente associado a maior mortalidade. Quando cheguei à minha cidade, logo nos primeiros três meses de trabalho, recebi várias chamadas para examinar doentes.

Em relação aos transplantes, o jovem nefrologista acha que "todos os hospitais com serviço de UTI deveriam ter recursos para dar o diagnóstico de morte encefálica visando o aumento do número de prováveis doadores. Ao mesmo tempo deveriam ser estimuladas em todas as cidades sérias campanhas de doações." - conclui o Dr. Pablo Mendonça. 📌

Em breve, você poderá beneficiar ainda mais os pacientes renais crônicos com **Hiperparatireoidismo Secundário.**

Uma inovação terapêutica está chegando.

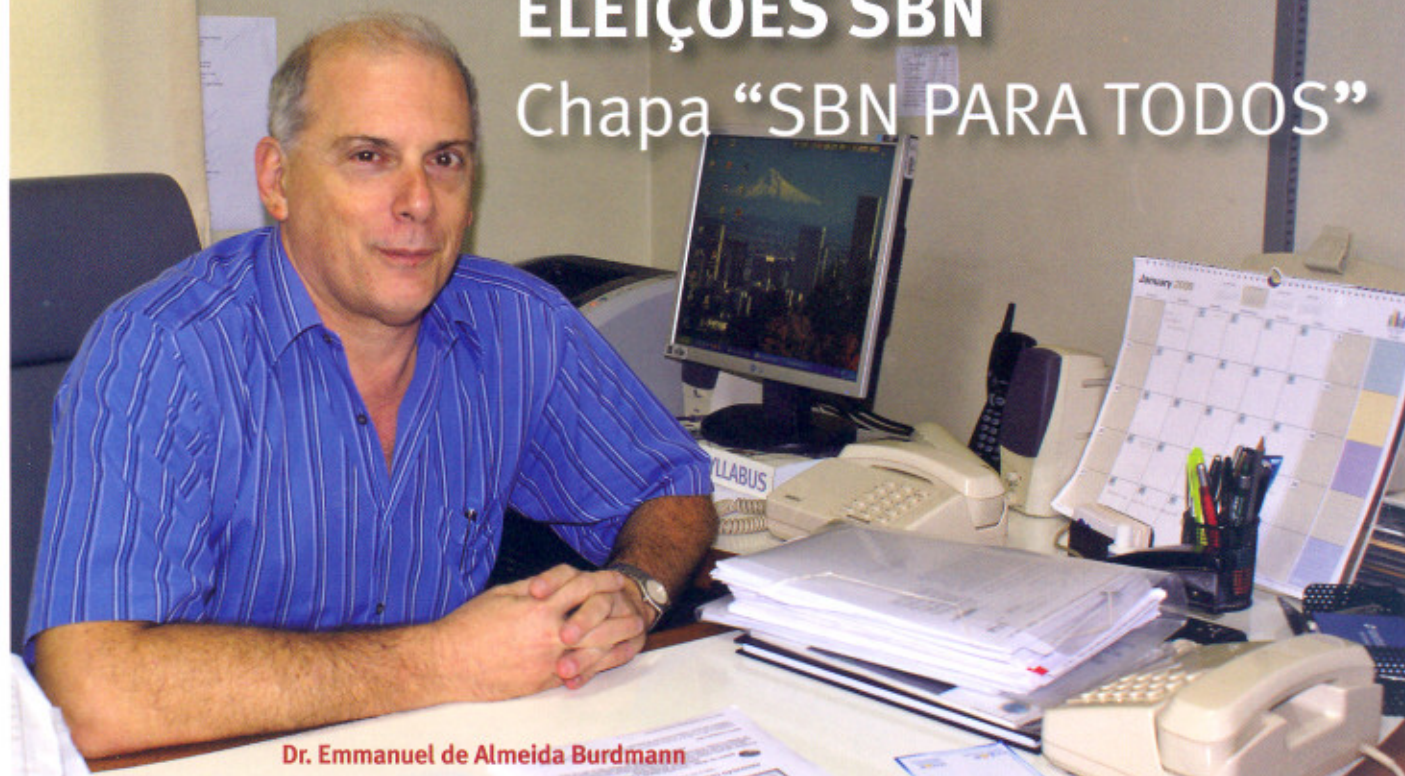
Um maior número de pacientes conseguirá reduzir os níveis de PTH enquanto simultaneamente controla os níveis de Cálcio e Fósforo séricos. Porque quanto antes alcançar os **4 parâmetros do K/DOQI**, melhor.^{1,2}

Referências Bibliográficas: 1. Böszörményi, et al. Association of parathyroid hormone (PTH), phosphorus (P), and calcium (Ca) K/DOQI target achievement and mortality in patients on dialysis. J Am Soc Nephrol. 2006; 17:311A. 2. Sarnan Balasar, JA, Scott LJ. Cinacalcet hydrochloride. Drugs. 2006;66(2):271-81.



ELEIÇÕES SBN

Chapa "SBN PARA TODOS"



Dr. Emmanuel de Almeida Burdmann

“**M**eu pai era médico e, desde criança, o acompanhava em visitas domiciliares e plantões na cidade de São Paulo, onde nasci. Sempre gostei de conversar e tentar ajudar as pessoas. A escolha da carreira médica foi um passo natural.

Entrei na Faculdade de Medicina da USP em 1973. No quarto ano da Faculdade os nossos tutores de Clínica Médica eram na maioria docentes da Disciplina de Nefrologia, coordenados pelo professor Marcello Marcondes (que dava aulas magistrais). Era um grupo extremamente motivado, muito bem preparado e que nos deixou excelente impressão da Nefrologia. Os meus tutores foram os Professores José Praxedes e Viktória Woronic, de quem tenho a honra de ser amigo até hoje. No quinto ano da faculdade comecei a participar de um Grupo de Estudos em Terapia Intensiva, coordenado pela Dra Mariza D'Agostino Dias. Realizávamos plantões voluntários na UTI do PS do Hospital das Clínicas. Lá tive o primeiro contato com a diálise de pacientes com insuficiência renal aguda e fiquei fascinado com a possibilidade de ser possível manter vivo um paciente em que os rins haviam parado de funcionar. Percebi também o enorme potencial de aplicabilidade dos conhecimentos de fisiologia renal na prática do cuidado de doentes graves e a grande interface entre doenças sistêmicas e os rins.

Formei-me em 1978 e, após um ano de residência de Clínica Médica, optei pela residência em Nefrologia. Ao término dos dois anos de residência de Nefrologia, em 1982, fui contratado como médico assistente do Serviço de Nefrologia do HC. Lá, me filiei ao Grupo de IRA, coordenado pelo inesquecível amigo Patrício Malheiros. Fiz a minha tese de doutorado em insuficiência renal aguda experimental, no Laboratório de Pesquisa do Professor Marcello Marcondes, orientado pela Dra Viktória Woronic, titulando-me em 1989. Neste ano criei a UTI do Serviço de Nefrologia

do HC, que chefei até 1997. Durante estes anos, como muitos de nossa geração, fui sócio de um Serviço de Diálise para pacientes renais crônicos, em hospital ligado ao SUS e atendia como clínico e nefrologista, pacientes graves no Hospital Sírio Libanês.

Fui fortemente estimulado pelo professor Marcello a fazer um pós-doc no exterior. Este se concretizou em excelente estágio, de 1991 a 1993, no laboratório do professor William Bennett, em Portland, Oregon (EUA). Na volta, titulei-me como Livre-Docente em Nefrologia pela FMUSP em 1996. Decidi então focar a minha atuação na carreira acadêmica, trabalhando no laboratório de pesquisa e na prática clínica no HC da FMUSP, com insuficiência renal aguda e nefrotoxicidade.

Em 1997, motivos familiares e um convite por parte da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto motivaram a minha mudança para esta Faculdade. Hoje, trabalho no Hospital de Base da FAMERP e na própria Faculdade em regime de 40 horas, participando de atividades clínicas, aulas de graduação, orientação de pós-graduação e pesquisa clínica e experimental. Na FAMERP me envolvi profundamente com a organização e administração da pós-graduação *stricto sensu* e servi por dois mandatos consecutivos como Representante da Área de Medicina I da CAPES.

Sinto-me feliz e realizado com o meu trabalho. Tenho o privilégio de poder conviver com alunos, residentes e pós-graduandos e de colaborar no diagnóstico e tratamento de pacientes, em um hospital terciário de excelente nível. A possibilidade de exercer simultaneamente atividades assistenciais, de pesquisa e de ensino é extremamente motivante e gratificante.

Meu engajamento nas atividades da SBN iniciou-se em 1987, quando fui eleito para o Departamento de Fisiologia e Fisiopatologia. Já participei também do Departamento de Nefrologia Clínica e nos últimos anos tenho participado do DERT. Fui secretá-

rio-geral da SBN durante a gestão do querido Dr. José Roberto Coelho da Rocha (1991). Na regional de São Paulo fui Vice-Presidente, Presidente e Diretor Científico. Ao nível internacional, representei recentemente a nossa Sociedade como presidente da SLANH (entreguei o cargo no Congresso Mundial no Rio de Janeiro), "co-chair" do Comitê Científico do Congresso Mundial de Nefrologia (Rio) e participei do Conselho da Sociedade Internacional de Nefrologia.

Creio que a SBN atravessa um momento particularmente favorável. Gestões sucessivas de boas diretorias consolidaram um sólido patrimônio constituído pela sede e por reserva financeira expressiva. A Sociedade conseguiu estabelecer um canal de comunicação saudável com o Governo Federal. Mesmo não tendo as nossas reivindicações atendidas como gostaríamos e consideramos adequado, temos conseguido expor os nossos pontos e manter o diálogo. A Sociedade tem trabalhado ativamente no estímulo e apoio a campanhas de prevenção e reconhecimento da importância da doença renal crônica. A despeito das circunstâncias adversas em que os nossos colegas responsáveis pela diálise de pacientes crônicos trabalham, a mortalidade dos pacientes sob nossos cuidados é menor do que a de muitos países considerados "desenvolvidos". O Congresso Brasileiro de Nefrologia tem sido um sucesso, particularmente, esta última edição em Curitiba.

Os Congressos regionais também têm sido de excelente nível e muito concorridos. Resgatamos a oportunidade de sediar o Congresso Mundial de Nefrologia, que foi realizado no Rio de Janeiro e brilhantemente presidido pelo Prof. Nestor Schor, permitindo a exposição de nossa cultura e qualidade médico-científica aos colegas de todo o mundo. A procura pelas vagas de residência em Nefrologia aumentou de forma importante em praticamente todos os Serviços, indicando interesse dos médicos recém formados pela nossa especialidade.

Apesar de tantas circunstâncias favoráveis, os desafios para a próxima diretoria da SBN, para a qual tenho a honra de ser candidato, são inúmeros. Considero que neste momento é importante estabelecer um plano de metas e prioridades associativas, sindicais e científicas por parte da Diretoria, consolidado com ajuda profissional para verificação de sua exequibilidade e formas de execução. A gestão da SBN deve ser cada vez mais profissionalizada com recursos de acreditação interna, registro de rotinas e criação de procedimentos operacionais padrão para que haja uma memória Institucional e que o sistema funcione de maneira pessoa-independente.

Os Departamentos são essenciais para a concretização de qualquer plano da Sociedade e devem ser fortemente apoiados, a nível operacional e financeiro.

Necessitamos progredir em nossas negociações com o Governo Federal, buscando remuneração adequada para os procedimentos dialíticos e para o tratamento conservador da doença renal. Necessitamos estimular a abertura de novos serviços de diálise para atender a demanda crescente dos pacientes. A SBN pode fornecer cursos e modelos de gestão, ajudando a viabilizar estas novas unidades e apoiando as já existentes. É urgente colaborar com o Governo e com os planos de saúde na regulamentação e classificação dos tratamentos disponíveis para insuficiência renal aguda.


Temos que estimular o ingresso de novos associados e manter os existentes, oferecendo serviços de educação médica continuada, assessoria e vantagens expressivas nas atividades patrocinadas pela Sociedade. Poderíamos criar condições para levar uma síntese do Congresso Brasileiro às diferentes regiões do país, nos moldes dos "Highlights da ASN".

A campanha pela indexação do JBN junto ao SciELO e a PUBMED deve ser mantida, estimulada e ampliada.

A organização do Congresso da SBN deve ser profissionalizada e aperfeiçoada, para otimizar a sua realização e obtenção de recursos financeiros. Estes devem ser buscados também em negociações permanentes, saudáveis e éticas junto às Indústrias Farmacêuticas.

A SBN deve buscar maior exposição a nível internacional interagindo com outras Sociedades Nacionais de Nefrologia, como a SLANH, a ISN e o EDTA. Devemos também buscar maior relacionamento com as sociedades brasileiras afins, como Cardiologia, Endocrinologia, Terapia Intensiva, Clínica Médica e Urologia.

Gostaria de finalizar minha apresentação agradecendo a oportunidade concedida para expor um pouco de minha vida e das minhas idéias. Antes de aceitar este desafio, da candidatura a esta posição de tanto prestígio e responsabilidade, refleti longamente. Espero não desapontar as pessoas que estimularam a minha candidatura, assim como aos sócios que votarem em mim, caso seja eleito.

O grupo que compõe a nossa chapa "SBN PARA TODOS" foi cuidadosamente escolhido. Tem experiência associativa e administrativa, tem representabilidade e está muito motivado. O objetivo maior de uma diretoria de Sociedade Médica é buscar a melhoria de condições de diagnóstico, prevenção e tratamento para os doentes sob sua responsabilidade e ao mesmo tempo lutar pela melhoria de condições de trabalho e de vida dos seus associados. Para tanto, aonde muitos vêem obstáculos devemos ver oportunidades. Um grande abraço a todos." 

Dr. Emmanuel de Almeida Burdmann

Candidato a presidente da chapa

"SBN PARA TODOS"

VICE-PRESIDENTE : Alvimar Gonçalves Delgado

SECRETÁRIO GERAL : Daniel Rinaldi dos Santos

1º SECRETÁRIO : Rodrigo Bueno de Oliveira

TESOUREIRO : Luis Yu

Dr. Emmanuel de Almeida Burdmann

III MOSTRA NACIONAL DE PRODUÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

Doença Renal Crônica é inserida no Programa de Saúde da Família



Saúde da Família

O Ministério da Saúde promoveu, de 5 a 8 de agosto, a **III Mostra Nacional de Produção em Saúde da Família**, em comemoração aos 15 anos do programa. O evento foi realizado no Centro de Convenções Ulysses Guimarães, em Brasília (DF), com a participação de seis mil pessoas. No encontro, foram exibidos trabalhos acadêmicos e das equipes do programa. Foram inscritos 4.490 estudos e 3.665 foram selecionados para a apresentação.

Na abertura da mostra, estavam presentes o ministro da Saúde, José Gomes Temporão, além de representantes da Organização Mundial da Saúde, Organização Pan-Americana de Saúde, Unesco e PNUD, autoridades sanitárias, pesquisadores das instituições de

ensino e pesquisa em Saúde, equipes técnicas do CONASS, CONASEMS, agentes comunitários, dentistas, médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, técnicos de higiene dental.

Nesse mesmo dia, o ex-ministro da Saúde, Adib Jatene, fez conferência magna com o título 30 anos de Alma Ata/ 20 anos do Sistema Único de Saúde – SUS/ 15 anos de Saúde da Família/ “Mudando a Saúde do Brasileiro”. O ex-ministro da Saúde lembrou que em Camaragibe, na grande Recife, a mortalidade infantil era ao redor de 100 por mil nascidos vivos e, quando se alcançou 90% de cobertura do Saúde da Família, essa taxa caiu para 19 por mil nascidos vivos.

“Esse trabalho é o verdadeiro pro-

grama de promoção da saúde e prevenção das doenças”, reforçou. Um agente comunitário de saúde, membro da própria comunidade, cuida de cerca de 200 famílias, que ele visita todo mês. Ele cadastra a população e verifica as doenças existentes, sabe quem está grávida, se faz pré-natal, quem é hipertenso, quem é diabético, verifica a caderneta de vacinação das crianças. O agente comunitário é o intermediário entre a população que ele está cuidando e o médico, a enfermeira e o auxiliar do posto de saúde. “Na medida em que estabelece o vínculo entre quem presta e recebe o atendimento, ele atende no início dos sintomas, ao mesmo tempo que estimula as caminhadas, o controle de peso”, explicou Jatene.

O programa Saúde da Família é uma estratégia criada em 1993 pelo Ministério da Saúde e mudou o modelo de atenção à Saúde no país. Uma equipe multidisciplinar, responsável por até 4.000 habitantes, realiza ações de promoção da saúde, prevenção e assistência, atuando na recuperação e reabilitação nos casos de doenças. As equipes são compostas por um médico de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de seis a dez agentes comunitários de saúde. Quando ampliada, conta ainda com: um dentista, um auxiliar de consultório dentário e um técnico em higiene dental.

Os temas foram bastante diversificados: Assistência na Atenção Básica, Avaliação e Monitoramento, Controle Social e Cidadania, Gestão da Saúde, Integralidade da Atenção, Intersetorialidade na Atenção à Saúde, Processos de Educação e Formação em Saúde, Promoção da Saúde, Tecnologias de Cuidado em Saúde e Vigilância em Saúde.

Além da mostra, o IV Seminário Internacional de Atenção Primária/ Saúde da Família contou com a presença de autoridades da Inglaterra, Canadá, Bélgica, Colômbia, Chile e México.

Os objetivos principais da Mostra foram o de incentivar, divulgar e valorizar o trabalho das equipes de Saúde da Família (ESF), hoje representando mais de 25 mil equipes com 220 mil agentes comunitários atendendo cerca de 88 milhões de brasileiros.

Foram 4.490 trabalhos inscritos, 3.665 selecionados para apresentação. Uma comissão formada por representantes dos gestores do SUS, da UNICEF e entidades científicas, escolheu os melhores trabalhos que foram premiados durante o evento.

A realização do IV Seminário Internacional de Atenção Primária permitiu o intercâmbio das experiências de sucesso dos modelos de outros países e como novas idéias possam ser incorporadas no modelo brasileiro.



AVALIAÇÃO DO EVENTO SAÚDE DA FAMÍLIA

A Dra. Patrícia Ferreira Abreu participou do evento e destaca a presença da SBN

COMO FOI A PARTICIPAÇÃO DA SBN

Fizemos parte do Encontro Temático “A prevenção e o cuidado da Hipertensão Arterial e Diabetes Melitus pela ESF”. Durante três horas tivemos a oportunidade de falar e discutir sobre conceito, classificação, grupos de risco, diagnóstico laboratorial e clínico da Doença Renal Crônica(DRC) com repercussão extremamente positiva. A SBN foi convidada oficialmente, pela Dra Rosa Sampaio, a ser parte integrante do Modelo de Capacitação do PSF, o que inclui atualização dos cadernos de HAS e DM, incorporação de aula específica de DRC e presença permanente no programa de educação continuada do PSF.

COMO A SBN INSERIU A DRC NO PSF

Para entendermos a dimensão deste projeto algumas informações se fazem necessárias. Com uma população de mais de 186 milhões de habitantes, estamos vivenciando uma epidemia de hipertensão arterial e de diabetes mellitus. Cerca de 35 milhões de brasileiros são portadores de hipertensão arterial e 7 milhões de diabetes. O que é ainda mais grave, metade dos indivíduos desconhecem que são portadores dessas patologias. O diabetes é a principal causa de cegueira, de amputações e juntamente com a hipertensão constituem as duas principais causas de doença renal crônica (DRC).

Atualmente, cerca de 80.000 pacientes estão sob tratamento dialítico no Brasil, entretanto, desconhecemos o número de indivíduos que possam ser portadores de DRC; este número pode estar entre 10 e 20 milhões de brasileiros. Como é de conhecimento geral, tanto a hipertensão arterial quanto o diabetes se detectados precocemente, tratados corretamente e acompanhados por uma equipe multidisciplinar dificilmente evoluirão com complicações tão sérias. E onde a SBN poderia atuar nesses níveis de prevenção, já que não existe uma política de Governo para a Saúde Renal?

Desde 2005 temos trabalhado insistentemente junto ao Ministério da Saúde através da Secretaria de Atenção

à Saúde no intuito de inserir o tema DOENÇA RENAL CRÔNICA nos Programas de Saúde do Governo Federal. Nossos objetivos principais são os de estimular e apoiar a adoção de medidas efetivas de vigilância, de prevenção, de tratamento e de controle desta moléstia, tendo como estratégia-chave a sensibilização, a conscientização e a disseminação do conhecimento sobre a doença renal crônica.

Discutimos a necessidade de um modelo exequível para isso no SUS. O caminho escolhido foi a inserção do tema DRC nos cadernos de HAS, DM e Prevenção Clínica de Doença Cardio-cerebrovascular e Renal direcionados para o PSF. Em 2008 esses cadernos estão sendo atualizados, também com a nossa participação, para ser re-iniciado o programa de capacitação e de educação continuada. A consequência de todo este trabalho foi o convite de participar como palestrante única no Encontro temático de HAS e DM.

VIRÃO OUTRAS CONQUISTAS?

Sim. O Departamento de Atenção Básica através da Coordenação de HAS e DM e o Departamento de Atenção Especializada através da Coordenação de Média e Alta Complexidade, todos da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) têm em mãos o Caderno de DRC que escrevemos, e em setembro deverá ser enviado para as gráficas para em breve ser lançado no Programa de Saúde da Família. Assim, acreditamos que o tema DRC finalmente foi inserido na Política de Prevenção do Governo Federal.

Saúde a todos!



Uma História de Cuidados com a Saúde

Transformar ciência em cuidado, de forma apaixonada e dedicada. Esta é a essência do trabalho que a Abbott realiza há mais de um século. Seus produtos acompanham as pessoas desde o nascimento até a maturidade, com a missão de renovar a esperança na vida.





Dra. Irene L. Noronha

O CENÁRIO BRASILEIRO

O transplante renal é considerado uma das melhores alternativas para pacientes portadores de doença renal crônica em fase avançada, com evidente recuperação clínica e melhora da qualidade de vida. Desde o início dos transplantes na década de 60, o transplante renal tornou-se um procedimento de rotina na prática médica, com estabelecida técnica cirúrgica, marcantes avanços na imunologia de transplante, além do aprimoramento clínico e laboratorial e desenvolvimento de novas drogas imunossupressoras. No entanto, há ainda muito trabalho a ser feito.

O Brasil realiza quase 15 mil transplantes por ano, sendo que destes, mais de 3.000 são de transplante renal. Segundo dados do registro da ABTO, no ano de 2007 foram feitos 3.397 transplantes renais (1.667 com doador vivo e 1.730 com doador falecido) realizados por 178 equipes cadastradas ativas, além de 122 transplantes de rim-pâncreas. Devido a este expressivo número de procedimentos, o Brasil ocupa um dos primeiros lugares do mundo em números absolutos de transplantes renais realizados, com destaque ao Hospital do Rim e Hipertensão da UNIFESP, que é o maior centro de transplantes renais do mundo.

Em termos relativos, a situação é menos animadora. Quando analisado por milhão de habitantes, o número de transplantes renais realizados no Brasil é de 18,1 pmp – por milhão de pessoas - (com destaque para Rio Grande do Sul, São Paulo e Santa Catarina). Para efeito de comparação, nos EUA esta taxa

é de 54,5 pmp e na Europa de 39,6 pmp, segundo dados do OPTN-UNOS e do registro do EDTA, respectivamente.

As filas de espera para transplante, que já são grandes, não param de crescer. No Brasil, há cerca de 75.000 pacientes em diálise, distribuídos em 621 centros de diálise. Em 2007, segundo dados do Ministério da Saúde, havia 32.151 brasileiros na lista de espera por um rim (além de 497 pacientes diabéticos aguardando um transplante conjugado de rim-pâncreas). Estes dados demonstram que o Brasil consegue transplantar apenas 5,6% dos pacientes em listas de espera para rim de doador falecido. Para evitar o crescimento da lista de espera, o Brasil teria que alcançar a cifra de 60 transplantes renais pmp.

“O Brasil consegue transplantar apenas 5,6% dos pacientes em listas de espera para rim de doador falecido.”

No Brasil, temos mais do que 1 milhão de óbitos por ano, sendo que aproximadamente 14.000 em decorrência de morte encefálica, considerados como possíveis doadores. Destes, apenas 40% são potenciais doadores, isto é, identificados e notificados às centrais estaduais de transplante, e destes somente 20% são efetivamente utilizados para transplante – o que caracteriza um enorme desperdício.

O Brasil tem uma taxa de 6,2 doadores pmp, abaixo até mesmo de países vizinhos como o Uruguai com uma taxa superior a 20 doadores pmp e Argentina e Chile, que têm uma taxa de 10 pmp. Nos EUA a taxa é de 24 pmp e na Espanha, considerada modelo nesta área, chega a 34 doadores pmp, demonstrando que políticas efetivas no processo doação - transplante podem melhorar o desempenho de forma significativa.

No Brasil, desde 1997, o Sistema Nacional de Transplantes (SNT) é o setor do Ministério da Saúde que controla e regulamenta a atividade de transplante no território nacional, particularmente a doação, a captação e a alocação de órgãos. Nos Estados, o Sistema é representado pelas Centrais de notificação, captação e distribuição de Órgãos (CNCDO) e pelas Organizações de Procura de Órgãos (OPOs). Abaixo das Centrais Estaduais, o Sistema Nacional está organizado em comissões intra-hospitalares. Um dos pontos-chaves para melhorar a estrutura para captação de órgãos é a profissionalização das

“Poderia se melhorar a estrutura para captação de órgãos com a profissionalização das comissões intra-hospitalares.”

portante é a necessidade de notificação e análise dos resultados do procedimento, além do já existente registro do número de transplantes realizados. Mantendo a saudável transparência do sistema, é importante a discussão e implementação de formas de gerenciamento das filas de espera, para evitar irregularidades na lista, pois a difusão destas dúvidas na mídia resulta principalmente no descrédito do sistema, com prejuízo direto para o transplante.

DO TRANSPLANTE RENAL

comissões intra-hospitalares, que se receberem as condições necessárias para seu adequado funcionamento, tais como recursos, remuneração e programas educacionais, são capazes de promover a busca ativa de órgãos e aumentar de forma significativa a notificação e a efetivação de potenciais doadores. Os ótimos resultados obtidos na Espanha são resultados principalmente da profissionalização deste sistema.

O principal problema para o baixo índice de doadores falecidos não reside na recusa familiar: quando a solicitação é feita, cerca de 70% a 80% dos familiares autorizam a doação de órgãos. Apesar da importância de campanhas de esclarecimento para doação de órgãos voltadas para a população, esta conscientização também deve ser dirigida para os profissionais médicos, principalmente intensivistas. Apesar da notificação de morte encefálica ser compulsória, na prática, a sub-notificação ainda é uma realidade. Outra limitação reside na dificuldade de diagnóstico de morte encefálica por falta de infraestrutura nos hospitais, falta de especialistas para o diagnóstico específico, além de dificuldades logísticas para a manutenção do potencial doador.

Para o aprimoramento do sistema, existem vários outros pontos que merecem constante discussão e medidas objetivas. Por exemplo, o apoio às famílias após a doação, no sentido de agilizar e desburocratizar o processo de liberação do corpo para os trâmites do sepultamento. Outro aspecto im-

Para que as necessárias deficiências no sistema sejam aprimoradas, é fundamental a alocação de recursos financeiros nesta área. O Brasil dispõe de um programa com cerca de R\$ 500 milhões de investimento por ano para o transplante e medicamentos, enquanto que para diálise é da ordem de R\$ 1,2 bilhões/ano. No entanto, vários procedimentos relativos ao transplante estão defasados ou ainda nem dispõe de cobertura pelo SUS (como investigação pré-transplante do doador e receptor, hospital dia para intercorrências, exames específicos para diagnósticos de infecção viral, entre outros).

Para tanto, as Sociedades Científicas diretamente envolvidas no tema como a Associação Brasileira de Transplante de Órgãos (ABTO) e a Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN) poderão auxiliar de forma efetiva ajudando não apenas no diagnóstico dos problemas como também apresentando alternativas viáveis para o aumento e aprimoramento dos transplantes no nosso país. A elaboração e implementação de uma sólida política de transplantes para o nosso país certamente resultará na melhora do quadro geral. ♣

Dra. Irene L. Noronha

Coordenadora do Departamento de Transplante Renal da Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN)

micofenolato de mofetila

Medicamento genérico lei nº 9.787, de 1999.

LANÇAMENTO

Qualidade de vida acessível a todos

GENÉRICO EMS, OPÇÃO DE TRATAMENTO PARA SEU PACIENTE



Referência: Cellcept® - Roche

MS: nº 1.0235.0865

G Após 1 ano de tratamento MMF diminuiu o risco de perda do enxerto.¹

G A eficácia de MMF foi claramente demonstrada em três grandes estudos envolvendo 1500 receptores adultos de transplante renal.^{2,3,4}

Apresentações:

500 mg caixa com 5 blisters
com 10 comprimidos revestidos

Bula resumida: micofenolato de mofetila.

Uso adulto. Uso oral. Indicações: O micofenolato de mofetila está indicado para a profilaxia da rejeição aguda de órgãos e para o tratamento da rejeição refratária de órgãos em pacientes adultos recebendo transplantes renais alogênicos. O micofenolato de mofetila está indicado na profilaxia da rejeição aguda de órgãos, em pacientes adultos recebendo transplante cardíaco alogênico. Na população tratada, o micofenolato de mofetila aumentou a sobrevivência no primeiro ano após o transplante. O micofenolato de mofetila comprimido está indicado na profilaxia da rejeição aguda de órgãos em pacientes adultos recebendo transplante hepático alogênico. O micofenolato de mofetila deve ser usado em associação com a ciclosporina e corticosteróides. Composição: Cada comprimido revestido contém: micofenolato de mofetila 500 mg. Contra-indicações: Foram observadas reações alérgicas ao micofenolato de mofetila. Portanto, micofenolato de mofetila está contra-indicado em pacientes com hipersensibilidade ao micofenolato de mofetila ou ácido micofenólico. Modo de usar: Este medicamento deve ser administrado por via oral. Posologia: Dosagem padrão para profilaxia da rejeição renal. A dose de 1 g administrada duas vezes ao dia (dose diária de 2 g) é recomendada em pacientes submetidos ao transplante renal. Apesar da dose de 1,5 g, duas vezes ao dia (dose diária de 3 g) ter sido usada em estudos clínicos e ter se mostrado efetiva e segura, não se pode estabelecer vantagem em termos de eficácia para pacientes de transplante renal. Pacientes recebendo 2 g/dia de micofenolato de mofetila demonstraram um perfil de segurança geral melhor quando comparados aos pacientes que receberam 3 g/dia de micofenolato de mofetila. Dosagem padrão para profilaxia de rejeição cardíaca. A dose de 1,5 g administrada duas vezes ao dia (dose diária de 3 g) é recomendada em pacientes submetidos a transplante cardíaco. Dosagem para o tratamento da primeira rejeição e da rejeição refratária renal. A dose de 1,5 g administrada 2 vezes ao dia (dose diária de 3 g) é recomendada para o tratamento da primeira rejeição e da rejeição refratária. A dose inicial de micofenolato de mofetila deve ser administrada o mais breve possível após o transplante renal, cardíaco ou hepático. Advertências: De forma similar aos pacientes recebendo regimes imunossupressores abrangendo combinação de drogas, os pacientes que recebem micofenolato de mofetila como parte de um regime imunossupressor tem maior risco de desenvolver infecções e outros tumores malignos, particularmente do pulmão. O risco parece estar mais relacionado à intensidade e duração da imunossupressão do que ao uso de um agente específico. Pacientes recebendo micofenolato de mofetila devem ser instruídos a relatar imediatamente qualquer evidência de infecção, confusão respiratória, sangramento ou qualquer outra manifestação de depressão da medula óssea. A supressão em acesso do sistema imunológico também pode aumentar a susceptibilidade às infecções, incluindo infecções oportunistas, infecções fúngicas e sepsis. Não se recomenda a administração concomitante de micofenolato de mofetila com azatioprina, uma vez que ambos possuem o potencial de causar supressão da medula óssea e a referida administração concomitante não foi estudada. Reações adversas: O perfil de eventos adversos associados ao uso de drogas imunossupressoras é normalmente difícil de ser estabelecido, devido à presença da doença de base e à utilização concomitante de várias medicações. Superdoses: A experiência com superdoses de micofenolato de mofetila em humanos é muito limitada. Os eventos recebidos como relato de superdoses estão de acordo com o perfil de segurança já conhecido da droga. Reg. MS: nº 1.0235.0865 VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA. Material destinado à classe médica.

Referências Bibliográficas. 1. Wiesel M, Carl S, on behalf of The European Mycophenolate Mofetil Cooperative Study Group. A placebo-controlled study of mycophenolate mofetil used in combination with cyclosporine and corticosteroids for the prevention of acute rejection in renal allograft recipients: 1-year results. *J Urol* 1996 Jan; 158: 28-33. 2. European Mycophenolate Mofetil Cooperative Study Group. Placebo-controlled study of mycophenolate mofetil used in combination with cyclosporine and corticosteroids for the prevention of acute rejection. *Lancet* May 1995; 27: 345: 1321-1325. 3. The Tricentric Mycophenolate Mofetil Renal Transplantation Study Group. A blinded, randomized clinical trial of mycophenolate mofetil for the prevention of acute rejection in cadaveric renal transplantation. *Transplantation* 1996 Apr 15; 61(7): 1029-1037. 4. US Renal Transplant Mycophenolate Mofetil Study Group. Mycophenolate mofetil in cadaveric renal transplantation. *Am J Kidney Dis* 1999 Aug; 34(2): 296-303.

A PERSISTIREM OS SINTOMAS, O MÉDICO DEVERÁ SER CONSULTADO.

telepesquisa
0800 194 194



Trabalhando sério para você sorrir.