

ANO 16 / Nº79
DEZEMBRO 2009

SBN Informa

ÓRGÃO OFICIAL DA
SOCIEDADE BRASILEIRA
DE NEFROLOGIA

2

“...os Departamentos de Diálise e de Defesa Profissional e as Diretorias da SBN e da ABCDT decidiram declarar-se em Assembleia Permanente em prol dos pacientes que necessitam de tratamento renal substitutivo e dos colegas que a provêm”, declara o Presidente Burdmann. Veja em Palavra do Presidente.

4

Confira a entrevista com a **Dra. Maria Inêz Pordeus Gadelha**, coordenadora Geral de Alta Complexidade do Ministério da Saúde, que relata os desafios enfrentados na área nefrológica e o trabalho em conjunto com a Sociedade Brasileira de Nefrologia.

6

Dra. Carmen Tzanno descreve sua experiência a frente do Departamento de Defesa Profissional da SBN

10

O JBN foi, finalmente, indexado no SciELO

Após um ano de grandes realizações, a SBN deseja a todos um 2010 repleto de novas conquistas.

ACREDITAÇÃO INTERNA

INDEXAÇÃO DO JBN NO SciELO
E CONTRATAÇÃO DA ELSEVIER PARA
O JBN – RECONHECIDA MUNDIALMENTE

IMPLANTAÇÃO DO EMC COM AULAS AO
VIVO NO SITE DO SBN TRANSMEEETING

PARCERIAS COM EMPRESAS ATRAVÉS
DOS PLANOS DE MARKETING PLATINUM,
GOLDEN E SILVER

AGENDA DO NEFROLOGISTA

3 ANOS DO ACONTECE CIENTÍFICO

CLUBE DE VANTAGENS PARA OS ASSOCIADOS

CENSO DA SBN 2009

IMPLANTAÇÃO DO RBD - REGISTRO BRASILEIRO
DE DIÁLISE DA SBN

REFORMULAÇÃO DO PORTAL DA SBN

REATIVAÇÃO DOS COMITÊS DA SBN

CONTRATAÇÃO DE ASSESSORIA JURÍDICA DA SBN

DVD COLETÂNEA DO JBN - 30 ANOS

Comece agora a construir o futuro.

Ao iniciar o programa de diálise do paciente renal crônico, você começa a construir o seu futuro.

Inicie com Renagel® e planeje um futuro sem acúmulo de cálcio ou metais^{5,6}, aumentando a sobrevida com mais qualidade^{5,7}. Renagel® controla o fósforo sérico de acordo com as recomendações do K/DOQI e é considerado a primeira opção de tratamento¹.

Acerte no princípio.

www.genzyme.com.br
sac 0800 77 123 73

RENAGEL (cloridrato de sevelamer) **Indicações:** redução das concentrações séricas de fósforo em pacientes com insuficiência renal em hemodiálise. **Precauções e Advertências:** 1) Renagel não contém cálcio ou suplementação alcalina; os níveis séricos de cálcio, bicarbonato e cloreto devem ser monitorados. 2) Nos estudos clínicos não houve evidência da redução dos níveis séricos de vitaminas, mas 75% dos pacientes recebeu suplementação vitamínica. **Idosos:** Não há precauções especiais. **Gravidez e lactação:** evitar uso em mulheres grávidas ou lactantes pela falta de experiência clínica nessas condições. **Efeitos Gastrointestinais:** Deve-se administrar Renagel com cautela em pacientes com distúrbios GI ou cirurgias no trato GI. **Reações Adversas:** náusea, constipação, diarreia, flatulência e dispnéia. **Posologia:** Pacientes que não estão sob tratamento com Queltrato de Fósforo: A dose inicial: 800 a 1600 mg, dependendo dos níveis séricos de fósforo. Pacientes que substituíram o tratamento com sais de cálcio por Renagel: 1, 2 ou 3 comprimidos revestidos de 800 mg ou 2, 3 ou 5 comprimidos revestidos de 400 mg substituindo 1, 2 ou 3 comprimidos de acetato de cálcio de 667 mg, respectivamente. **Superdosagem:** Em doses de até 14 gramas por dia, por oito dias, não houve relatos de efeitos adversos. Renagel não é absorvido pelo tubo intestinal, portanto o risco de toxicidade sistêmica é praticamente nulo. **VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA** Reg. MS: 1.2543.0011.003-8

CONTRA-INDICAÇÕES: Renagel é contra-indicado em: 1) pacientes com hipofosfemia ou obstrução intestinal; 2) em pacientes com hipersensibilidade conhecida ao cloridrato de sevelamer ou qualquer um dos componentes da fórmula. **INTERAÇÃO MEDICAMENTOSA E ALIMENTAR:** Avaliado concomitantemente com digoxina, warfarina, enalapril e metoprolol, não houve diferença na biodisponibilidade dessas drogas. Porém, deve-se considerar a administração de qualquer medicamento clinicamente relevante uma hora antes ou três horas após administrar Renagel. Recomenda-se cautela na administração concomitante de Renagel a pacientes em uso com antarrítmicos e anticonvulsivantes.

1. National Kidney Foundation. K/DOQI clinical practice guidelines for cardiovascular disease in dialysis patients. Am J Kidney Dis. 2005;45(supl 3):S16-S163. - patients. Am J Kidney Dis. 2005;45(supl 3):S16-S163. 2. Malluche H, Monier-Faugere M. Clinical Nephrology 2000;54(4):309-317 3. Malluche H, Mawad H. Nephrol Dial Transplant 2002; 17: 1170-1175 4. Pal A, Smeeding J, Brook R. Curr Med Res Opin 2004; 20(7):991-999 5. Block GA, et al. Mortality effect of coronary calcification and phosphate binder choice in incident hemodialysis patients. Kidney Int. 2007; 71: 438-441 6. Suki W, et al. Effects of sevelamer and calcium-based phosphate binders on mortality in hemodialysis patients. KL 72(9): 1130-1137 (2007). 7. Borzecki AM, Et al. Survival in end-stage renal disease: calcium carbonate vs. Sevelamer. J Clin, Pharm Ther. 32: 617-624 (2007)

Renagel®
cloridrato de sevelamer
Acerte no princípio

genzyme
inovando o tratamento renal

PREZADOS COLEGAS. Estamos no último mês de 2009. Muitos objetivos foram alcançados, ideias se transformaram em ação e novas ideias surgiram.

A Diretoria Executiva, secundada pelos coordenadores de Departamentos e Comitês, tem atuado como grupo extremamente coeso e comprometido com a Sociedade. O resultado, como não poderia deixar de ser considerando-se a qualidade dos nossos quadros, é consistente.

O funcionamento administrativo de nossa sede foi totalmente re-equacionado pelos nossos secretários, Daniel e Rodrigo, permitindo economia, melhor atendimento aos sócios e maior eficiência. Contratou-se assessoria jurídica especializada que tem sido de extrema valia na gestão da SBN. Estabeleceu-se relação transparente e profissional com as indústrias farmacêuticas, através de planos, detalhando e definindo o suporte financeiro disponibilizado pelas mesmas para o próximo ano.

Agradecemos à EMS e Fresenius (planos platina), Abbott e Genzyme (planos ouro) e Baxter, Covidien e Nycomed (planos prata) pelo ético e importante suporte. O planejamento financeiro da Sociedade para o próximo ano foi minuciosamente planejado pelo nosso tesoureiro, Luis Yu, e a sua prestação de contas foi aprovada neste mês pelo nosso Conselho Fiscal.

A Educação Médica Continuada "on line", coordenada de forma brilhante pelos colegas Pedro Gordan e Almerinda, e generosamente patrocinada pela Abbott, está finalizando o Módulo I com 90% de aprovação. O primeiro módulo de 2010 será sobre Fisiopatologia Renal e mais dois módulos já estão em fase de planejamento para o próximo ano.

O JBN, conduzido pelo nosso obstinado Editor Chefe Marcus Bastos, foi finalmente indexado no SciELO. Este maravilhoso resultado é fruto de gestões de várias diretorias e editorias passadas. A elas, nossos parabéns e agradecimentos. No entanto, queremos e podemos mais. Estamos aumentando o número de editores internacionais e, como já relatado, contratamos a Editora Elsevier com o objetivo de melhorar ainda mais o nosso Jornal e conseguir a sua inclusão no PubMED. Relatamos com alegria que o primeiro número (de 2010) já conta com onze artigos originais aprovados!

Agradecemos a enorme contribuição do colega Edison "Creatinina" Souza pela organização ininterrupta do "Você Sabia" e do "Acontece Científico", sucessos absolutos de audiência entre os sócios e leitores de nossas publicações.

A Diretoria tem trabalhado ombro a ombro com o presidente do Congresso de 2010. O colega Nilson tem se mostrado incansável para que o evento de Vitória seja um marco para a Sociedade. A grade científica deve ser divulgada em janeiro de 2010.

Os nossos esforçados funcionários, liderados pela Rosalina, conseguiram obter aproximadamente 80% de resposta ao Censo. Este expressivo número permitirá visão bastante real da situação da TRS (Terapia Renal Substitutiva) no Brasil.

Finalmente, no início deste mês os Departamentos de Diálise e de Defesa Profissional e as Diretorias da SBN e da ABCDT reuniram-se na nossa sede para discutir as ações a tomar frente à insensibilidade do Ministério da Saúde em relação ao custeio dos procedimentos dialíticos no nosso País.

Durante o ano de 2009 foram realizados vários encontros em Brasília, com o MS e a ANVISA, ressaltando da necessidade de re-equacionar o valor pago por sessão de TRS. Argumentou-se o óbvio, isto é, que o valor dos insumos dos recursos humanos e dos impostos aumentam e que há inflação. Demonstrou-se que apesar do número de pacientes em TRS estar aumentando, não há aumento proporcional no número de Unidades de Diálise. Apontamos várias modificações que poderiam ser feitas na RDC 154 para torná-la mais adequada sem perda da qualidade dos serviços prestados. Em novembro reunimo-nos mais uma vez com o MS e alertamos de forma enfática de que a maioria das Unidades de Diálise encontra-se em situação econômica crítica, que várias estão encerrando as atividades de atendimento e que os serviços de emergência de hospitais públicos e/ou universitários encontram-se repletos de pacientes renais crônicos que não podem ser encaminhados por falta de vagas em Unidades de Diálise. Fomos claros e veementes em esclarecer de que se não houver uma adequação emergencial do valor da diálise e a realização de um plano de médio e longo alcance para o setor, este entrará inevitavelmente em colapso. Infelizmente, até o momento não tivemos resposta aos nossos apelos. Assim, os Departamentos de Diálise e de Defesa Profissional e as Diretorias da SBN e da ABCDT decidiram declarar-se em Assembleia Permanente em prol dos pacientes que necessitam de tratamento renal substitutivo e dos colegas que a provêm. Buscaremos os melhores recursos junto ao MP, às Associações de Pacientes, aos órgãos de classe, aos nossos representantes políticos e à imprensa para que esta longa e desgastante luta pela defesa do paciente com doença renal crônica e do que é correto tenham êxito.

Votos de um Natal com Paz e de um Ano Novo que encontre os nossos melhores anseios!

Emmanuel Burdmann



Consulta Prima

Notícias que afetam a prática médica

Novas funções de busca mostram as notícias mais lidas pelos nefrologistas

Em 2009, uma série de ferramentas de busca foi implementada no site da Consulta Prima – que fornece conteúdo científico para a SBN, divulgado no "Acontece na Nefrologia" e no "SBN Informa".

Com os novos recursos, o usuário pode visualizar o ranking geral das notícias mais acessadas no site da Consulta Prima, rankings por especialidades e o ranking por publicação.

EM NEFROLOGIA, AS NOTÍCIAS MAIS ACESSADAS EM 2009 FORAM:

1. Bloqueador de canal de cálcio reduz perda de enxerto renal;
2. Monitoramento da terapia anti-hipertensiva é impreciso demais;
3. Equipe identifica anticorpo que desencadeia a nefropatia membranosa idiopática;
4. Telmisartana não protege rim de pacientes sem proteinúria;

5. Estatina reduz proteinúria em pacientes com insuficiência renal;
6. Implante de stent na artéria renal não tem benefício clínico claro;
7. Darbepoetina alfa aumenta risco de AVC em diabéticos e renais crônicos;
8. Controle agressivo da pressão arterial preserva função renal em crianças;
9. Terapia anti-hipertensiva reduz mortalidade em idosos.

AS NOTÍCIAS MAIS ACESSADAS NAS OUTRAS ESPECIALIDADES FORAM:

1. Abordagem multimodal eleva especificidade do screening do câncer de ovário;
2. Início recente de uso e novas formulações de anticoncepção hormonal têm maior risco de trombose;
3. Estudo indica o melhor momento da profilaxia antimicrobiana pré-operatória;
4. Agora com evidências: indução do parto reduz morbidade da gestante hipertensa;
5. Benzodiazepínicos, psicoterapia ou ambos são eficientes no transtorno do pânico;

6. Quinolona de quarta geração melhora tratamento da tuberculose;
7. Sequenciamento genético demonstra: leucemia materna passa para feto;
8. Três critérios identificam grávidas com risco elevado de trombose venosa profunda;
9. Combinação de nortriptilina e gabapentina tem maior resposta na dor neuropática;
10. Algoritmo elimina radiografias desnecessárias de coluna cervical.

► O serviço noticioso da Consulta Prima oferece aos médicos brasileiros um resumo pela manhã, três vezes por semana, dos artigos com maior relevância clínica publicados pelas principais revistas médicas do mundo e na Biblioteca Cochrane. Leia mais em www.consultaprima.com.br.
► Faça parte da elite médica mundial – receba gratuitamente e em tempo real informações sobre as pesquisas de maior impacto clínico das principais publicações do mundo. Consulta Prima – notícias que afetam a prática médica.
© Copyright Consulta Prima. As informações fornecidas pela Consulta Prima têm função meramente informativa.

CALENDÁRIO DE EVENTOS - 2010

JANEIRO

20 a 23 • International Cardiology Metabolism and Thrombosis Congress (ICMTC)
Local: WTC Convention Center
Av. das Nações Unidas, 12.559 - São Paulo - SP - Brazil
Presidente: Dr. Ari Timerman
Informações: www.soces.org.br/

MARÇO

4 a 6 • Simpósio Internacional de Nefro-Urologia Pediátrica - 2ª. Edição
Local: Auditório do Conselho Regional de Química São Paulo - SP

11 a 13 • V Encontro Nacional de Prevenção da Doença Renal Crônica
Local: Salvador - BA
Informações: (0xx71) 2107.9683 ou 2017.9684
Fax: (0xx71) 2107.9685
www.st-eventos.com.br
e-mails: stands@st-eventos.com.br
secretaria2@st-eventos.com.br

18 a 20 • Enuresis, daytime incontinence and other bladder disturbances in childhood - ICCS - International Continence Children Society na America Latina
Local: Rio de Janeiro - RJ
Informações: www.iccs-latam.com.br
e-mail: iccs2010@hf-ce.com.br

11

ABRIL

1 a 5 • 2º Congresso ABCDT
Informações: (61) 3321-0663 / 3322-0078 / 3223-0672
www.abcdt.org.br
E-mail: abcdt@abcdt.org.br

9 a 10 • 1º Conferencia sobre Salud Renal en Poblaciones en Desventaja en el Cono Sur Latinoamericano
Local: Resistencia City - Chaco - Argentina

MAIO

25 a 28 • International Society of Renal Nutrition and Metabolism in Renal Disease
Local: Lausanne - Suíça
Informações: www.isrnm-lausanne2010.org/general-information.php

JUNHO

25 a 28 • XLVII ERA-EDTA Congress
Local: Munich - Germany
Informações: www.era-edta.org

AGOSTO

15 a 19 • XXIII International Congress of The Transplantation Society
Local: Vancouver - Canadá
Vancouver Convention Centre - Congress Secretariat: International Conference Services Ltd.
Suite 2101 - 1177 West Hastings Street - Vancouver, BC, Canada V6E 2K3
Phone +1 604 681 2153 - Fax +1 604 681 1049
e-mail: tts2010@meet-ics.com - Privacy Policy

SETEMBRO

11 a 15 • XXV Congresso Brasileiro de Nefrologia XV Congresso Brasileiro de Enfermagem em Nefrologia III Congresso Luso-Brasileiro de Nefrologia
Local: Vitória - ES
Informações: (0xx31) 3291.9899 / (0xx27) 3035.0880
www.nefrologia2010.com.br

SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA (SBN)

Departamento de Nefrologia da Associação Médica Brasileira (AMB)

Sede: Rua Machado Bittencourt, 205 - 5º andar - Conjunto 53/54 - Vila Clementino
CEP 04044-000 - SÃO PAULO - SP
Fone (11) 5579-1242
Fax (11) 5573-6000
E-mail: secret@sbn.org.br
Site: www.w.sbn.org.br

Secretaria: Adriana Paladini, Jailson Ramos e Rosalina Soares

DIRETORIA NACIONAL

Presidente: Emmanuel de Almeida Burdman

Vice-Presidente: Alvimar Gonçalves Delgado

Secretário Geral: Daniel Rinaldi dos Santos

1º Secretário: Rodrigo Bueno de Oliveira
Tesoureiro: Luis Yu

CONSELHO FISCAL

Carmen Tzanno Branco Martins (Presidente)

DEPARTAMENTOS

DEPARTAMENTO DE DEFESA PROFISSIONAL
Carmen Tzanno Branco Martins (Coordenadora)

DEPARTAMENTO DE DIÁLISE
João Egidio Romão Jr (Coordenador)

DEPARTAMENTO DE TRANSPLANTE
José Osmar Medina Pestana (Coordenador)

DEPARTAMENTO DE ENSINO, RECLAGEM E TITULAÇÃO

Nestor Schor (Coordenador)

DEPARTAMENTO DE FISIOLÓGIA E FISIOPATOLOGIA RENAL

Terezila Machado Coimbra (Coordenadora)

DEPARTAMENTO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL

Cibele Isaac Saad Rodrigues (Coordenadora)

DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA EM SAÚDE

Yoshimi José Ávila Watanabe (Coordenador)

DEPARTAMENTO DE NEFROLOGIA CLÍNICA
Rui Toledo Barros (Coordenador)

DEPARTAMENTO DE NEFROLOGIA PEDIÁTRICA

Maria Goretti Moreira Guimarães Penido (Coordenadora)

SBN INFORMA

Órgão oficial da Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN)

EDITORES: Dr. Daniel Rinaldi dos Santos e Dr. Rodrigo Bueno de Oliveira

PRODUÇÃO EDITORIAL: Ideia Livre Comunicação

FOTÓGRAFO: Jailson Ramos

JORNALISTAS RESPONSÁVEIS: Ruy Guilherme Barata Neto (MTB - 48.202) e Soraya P. Gomes (MTB - 52.759)

PROJETO GRÁFICO E DIAGRAMAÇÃO: NSA Gráfica | nsacom@uol.com.br
www.nsacomunicacao.com.br

Os textos assinados não refletem necessariamente a opinião do SBN Informa

ESFORÇO, TRABALHO E MUITA DEDICAÇÃO RESUMEM O DIA-A-DIA DE MARIA INÊZ PORDEUS GADELHA



A **Dra. Maria Inêz Pordeus Gadelha**, coordenadora Geral de Alta Complexidade do Ministério da Saúde relata, em entrevista concedida ao SBN Informa, os desafios enfrentados na área nefrológica, o trabalho em conjunto com a Sociedade Brasileira de Nefrologia e a importância da Política Nacional de Assistência aos Portadores de Doença Renal no País.

Dra Maria Inêz, descreva um breve relato sobre a alta complexidade. Entende-se por alta complexidade o conjunto de procedimentos que, no contexto do SUS envolve alta tecnologia e alto custo, objetivando propiciar à população acesso a serviços qualificados, integrando-os aos demais níveis de atenção à saúde (atenção básica e de média complexidade).

O Ministério da Saúde, com a colaboração de vários setores, dentre eles a Sociedade Brasileira de Nefrologia/SBN, elaborou e publicou a Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal, por meio da Portaria GM/MS nº 1168, em 15/06/2004, e Portaria SAS/MS nº 432/2006, que estabelece critérios para o credenciamento das unidades de diálise.

A Portaria GM/MS nº 1.168 de 2004 propõe diretrizes para a atenção integral ao Portador de Doença Renal, compreendendo ações de promoção, prevenção, tratamento e recuperação, organizadas em linhas de cuidado que passam pela atenção básica e especializada de média e alta complexidade. Nesta proposta estão descritos os papéis da rede básica, média e alta complexidade, os papéis dos Serviços e Centros de Nefrologia, as normas de credenciamento

e habilitação destes serviços especializados, assim como orientações aos gestores de saúde para a Organização e Implementação das Redes Estaduais de Assistência em Nefrologia na alta complexidade.

Comente sobre o trabalho realizado em conjunto com a Sociedade Brasileira de Nefrologia. Pode-se destacar vários trabalhos realizados entre o Ministério da Saúde e a Sociedade Brasileira de Nefrologia. Dentre eles, a criação da Câmara Técnica de Nefrologia, em que a SBN tem assento para discussão de assuntos técnicos e científicos, relacionados à Nefrologia. A SBN também tem participado na elaboração das legislações que definem a política nacional do atendimento ao paciente renal crônico, na elaboração do caderno de hipertensão arterial sistêmica e, em conjunto com o Departamento de Atenção Básica da SAS, no caderno de *diabetes mellitus*.

O trabalho mais recente realizado com o apoio da SBN foi o Acordo de Cooperação nº 04, assinado entre Ministério da Saúde e a Caixa Econômica Federal, em 28 de maio de 2008, visando ao fortalecimento do SUS. O referido acordo objetiva o financiamento para compra de máquinas para hemodiálise, pelos serviços de diálise que estão habilitados no SUS na área de alta complexidade em Nefrologia.

Quais foram as suas primeiras atividades como nefrologista pediatra? Montar o grupo, começar a catalogar bem os doentes e apresentar as experiências do dia-a-dia. Por exemplo, em um congresso que ocorreu em Recife, fomos um grupo que apresentamos dez casos de

“No Brasil atualmente há 610 serviços de nefrologia habilitados no SUS, que atendem mais de 70.000 pacientes”.

nefrite purpúrea em criança. Foi o primeiro no Brasil que apresentou isso. Mostrávamos os trabalhos de casuísticas. Então tínhamos muitos doentes com nefrose e avaliávamos como andavam evoluindo esses casos no Brasil. Cheguei a representar o Brasil no estudo colaborativo internacional composto por 32 clínicas no mundo para padronizar o tratamento da síndrome nefrótica que não estava padronizado.

O primeiro *meeting* foi na cidade de Albany nos EUA, onde vários especialistas padronizaram o tratamento e estabeleceram normas na conduta destes doentes. E o que foi padronizado nesta época está se mantendo, não se modificou muito.

Comente sobre as clínicas de Diálise no país. No Brasil atualmente há 610 serviços de nefrologia habilitados no SUS, que atendem mais de 70.000 pacientes.

A qualidade do atendimento ao paciente renal é um ponto de preocupação, tanto que vários projetos de avaliação têm sido propostos e desenvolvidos.

Como se encontram as estruturas das cidades brasileiras na área da saúde? De maneira geral, a saúde em nosso País apresenta vários pontos de estrangulamento

e necessita ser melhorada. Em especial nos municípios mais pobres, em regiões mais distantes, onde o acesso é dificultado.

Sabemos que o País é heterogêneo e com certeza a avaliação se faz necessária, considerando-se as diversidades econômicas e sociais instaladas.

A cada dia, os

fatos confirmam o papel importante do gestor, na estruturação e redefinição da rede de atendimento do SUS, para que haja melhor qualidade da atenção.

O que é RCD? RDC é uma Resolução de Diretoria Colegiada, publicada pela ANVISA/MS. Para se publicar uma RDC, consolida-se o texto após uma Consulta Pública e encaminha-se para a reunião da Diretoria Colegiada, onde é apresentado para todos os diretores que podem solicitar alterações se acharem pertinente e só depois de aprovada pelos cinco diretores é que pode ser encaminhada para publicação.

A RDC/ANVISA nº 154/2004 foi à primeira Resolução publicada pela ANVISA na área de Nefrologia. Ela foi escrita com base na Portaria/GM nº 82 e contou com a participação de técnicos do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, Técnicos da Coordenação Geral de Média e Alta Complexidade, sociedade de especialistas – a SBN e a ABCDT - e a Associação dos Pacientes Renais Crônicos e Transplantados.

Quais são os desafios da coordenação geral do Ministério da Saúde? As doenças renais envolvem uma série de fatores, tais como os aspectos específicos da doença renal, aspectos demográficos, faixa etária dos pacientes em diálise, alta prevalência de *diabetes mellitus* e hipertensão na população em geral, que repercutem no perfil epidemiológico das nefropatias.

Trabalhos recentes vêm demonstrando a situação da “saúde renal no País” e todos os resultados corroboram com a realidade dos nossos dados.

Temos grandes desafios nesta área, no que diz respeito à qualidade da assistência prestada, as condições de funcionamento do serviço de diálise, a capacidade técnica dos profissionais que atuam nos serviços e a precariedade na disseminação de conhecimento técnico-científico em larga escala.

Essa diversidade e a necessidade de se dispor de dados consistentes, têm nos levado a indicadores que melhor avaliem a Política Nacional de Assistência aos Portadores de Doença Renal e orientem a sua atualização. ●



DEPARTAMENTO DE DEFESA PROFISSIONAL

Em entrevista ao SBN Informa a Dra. Carmen Tzanno Branco Martins, coordenadora do Depto de Defesa Profissional da SBN – biênio 2009/2010, acredita que o grande desafio é promover a integração dos membros da Sociedade focalizando objetivos comuns. Confira!



“O escritor e poeta, João Cabral de Melo Neto escreveu um poema chamado ‘catar feijão’. Esse poema faz analogia entre ‘catar feijão’ e ‘escolher palavras’. A partir do momento que aprendemos a fala, precisamos escolher as palavras para nos comunicar. São tantas possibilidades, um sem número de letras, sílabas e palavras, que fazem a ponte entre o que fala e o que ouve, ou entre o que escreve e o que lê, mas nem sempre o que se quer dizer ou o que se escreve tem o mesmo significado para quem ouve ou para quem lê.

Está aí o segredo do sucesso de um trabalho. A comunicação deve ser clara e objetiva para permitir a compreensão. Entretanto, uma frase inadequada, uma palavra errada, uma simples interjeição podem pôr por terra todo um processo. Como a pedra no meio do feijão que pode quebrar seu dente, ou aqueles grãos que flutuam, mas não servem pra comer.

Espero escolher as palavras corretas e com elas ser clara. Espero também que estas palavras gerem muitas outras, que se traduzam em maior participação e motivação.”

Carmen Tzanno

O que é o Departamento de Defesa Profissional da SBN?

De acordo com o Estatuto da SBN, compete ao Departamento de Defesa Profissional: avaliar, discutir e responder questões enviadas pelos sócios ao Departamento no que diz respeito ao exercício profissional, sem com isso representar papel julgador sobre questões onde envolvam atitudes antiéticas, mas sim orientar os caminhos legais que devam ser seguidos nestes casos; procurar manter-se informado sobre as mudanças na legislação, quanto ao atendimento ao paciente nefrológico e prestar assessoria aos sócios da SBN, quando solicitado; divulgar, sempre que possível, através do Boletim da SBN, mudanças importantes em tabelas (AMB, SUS, etc.), decretos e portarias que possam alterar a forma do exercí-

cio profissional e defender sempre o exercício profissional do nefrologista com rendimentos justos e condições éticas como objetivo máximo de seus trabalhos.

Para que serve o Departamento de Defesa Profissional da SBN?

Para apoiar, orientar e defender o nefrologista em suas atividades profissionais. Lembrar que não basta o médico agir com competência, é preciso documentá-la por escrito. Para tal, mantenha o prontuário médico com todas as informações e garanta sua atividade com contratos bem redigidos.

Para conscientizar o Nefrologista de que ele é um dos protagonistas do setor de TRS, e que para desempenhar bem o seu papel necessita conhecimento da legis-

lação que regulamenta o setor, saber seus direitos e obrigações, em conformidade com padrões éticos, técnicos e científicos.

Quais os desafios do Departamento? Em primeiro lugar, a vivência de mudanças e transformações em alta velocidade, em função dos avanços tecnológicos, o que demanda mudanças das formas de abordagem.

Segundo, a SBN, depende de uma gestão eficiente que administre os poucos recursos humanos e financeiros disponíveis.

Terceiro, devemos implementar mecanismos que facilitem a participação ativa dos sócios, criando vias de intervenção. Dessa forma, devemos nos manter, simultaneamente, abertos às inovações, às demandas dos sócios da SBN e da sociedade como um todo e ao processo político.

E por último, a busca sistemática de resultados que atendam às demandas ou exigências da Sociedade e ao mesmo tempo sensibilizem seus membros para a discussão e participação.

O que faz o Departamento de Defesa Profissional? Participa da Revisão de procedimentos relacionados à especialidade nefrológica junto à AMB;

Responde dúvidas de sócios sobre a CBHPM (Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos);

Representa a SBN na área específica. No dia 02 de outubro, o Dr. Alan Castro, membro do Depto de defesa Profissional, representou a SBN no I FORUM DE DEFESA PROFISSIONAL DA AMB (Associação Médica Brasileira), em Brasília;

O Dr. Alan Castro, membro do Depto de defesa Profissional, vem participando como convidado da Câmara Técnica de Nefrologia da Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro, onde tem sido discutidos temas relevantes como a demanda reprimida para TRS, o teto congelado, a prevalência elevada e a mortalidade de 17,8%.

Vale ressaltar também que o Dr. Ruy Barata e Dra. Altair Lima, membros do Depto de Defesa Profissional da SBN, e, simultaneamente, à frente da Sociedade de Nefrologia do Estado de São Paulo (SONESP), respectivamente como Coordenador do Depto de Defesa Profissional da SONESP e Presidente da SONESP, têm desenvolvido um trabalho paralelo e participativo. Podemos mencionar a

realização do “Encontro das Unidades de Terapia Renal Substitutiva (TRS)” em agosto/2009.

O que pode ser melhorado? Agilizar as respostas aos sócios e motivar as regionais à participação mais ativa instituindo visitas aos locais com demanda.

Criar jurisprudência às consultas e questões frequentes criando um canal na home-page e/ou SBN Informa. Entretanto, muitos questionamentos dizem respeito a Portarias, Recomendações, etc e podem ser consultados no site da SBN, no item “Portarias”.

Quais são os próximos passos? Ampliar a participação em Congressos. Dessa forma, no próximo Congresso Brasileiro em Vitória, com o entusiasmo do Presidente do Congresso, Dr. Nilson Mesquita, e o apoio do Presidente da SBN, Dr. Emmanuel Burdmann, realizaremos uma mesa sobre Mercado de Trabalho. Nosso espaço ainda é pequeno nos eventos científicos, entretanto, como a concepção de saúde foi definida desde 1986, como a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse de terra e acesso a serviços de saúde, acreditamos que a nossa temática é relevante e de suma importância para nossa organização, como entidade médica preocupada para que seus sócios, os pacientes atendidos por seus sócios, e os demais profissionais que trabalham em equipe com seus sócios, atinjam desenvolvimento pleno em sua individualidade como seres humanos e sociais.

Enfim, conhecimento e organização garantem unidade e força. Nosso maior desafio é promover a integração dos membros da Sociedade focalizando objetivos comuns. Entretanto, como somos médicos, especialistas, diferenciados quanto às atitudes, estilos de vida, estilos de trabalho, inteligentes, críticos e esparsos num país continental, maior é a possibilidade de conflitos e, conseqüentemente, maior a necessidade de integração. Quando alcançarmos a visão de que os interesses conjuntos se sobrepõem aos interesses individuais estaremos próximos de atingir os resultados pretendidos: Trabalhar com dignidade, ou seja, com remuneração adequada num ambiente que permita o desenvolvimento e a potencialização de suas habilidades, em consonância com seus pares e o Poder público, visando o melhor para seu paciente e para a comunidade. ●

GLOMERULONEFRITE RAPIDAMENTE PROGRESSIVA (GNRP) - UMA EMERGÊNCIA TERAPÊUTICA?

Viktoria Woronik

Prof^o Ass. Doutora da Disciplina de Nefrologia - FMUSP – São Paulo

A perda rápida, entre duas a seis semanas, da função renal em paciente sem prévia doença renal obriga a um amplo diagnóstico diferencial e, muito frequentemente, a uma decisão urgente de conduta terapêutica, antes mesmo dos resultados de exames laboratoriais (imunológicos, anátomo patológicos, etc) que definem diagnósticos. Assim sendo, a anamnese e os exames de rotina, poderão ser os instrumentos disponíveis para a elaboração diagnóstica. Onde, o exame de urina em paciente com alguma diurese, torna-se peça chave para a elaboração do raciocínio “diagnóstico”.

Doenças não glomerulares são as causas mais frequentes de perda rápida de função renal e devem ser lembradas no diagnóstico diferencial:

- Necrose tubular aguda. Secundária a alterações volêmicas (desidratação, choque) nefrotoxicidade por drogas e uso de contraste particularmente em pacientes com fatores de risco. Os achados urinários são pobres com ausência de proteinúria e sem alterações de sedimento urinário;

- Nefrite intersticial aguda. Frequentemente associada a drogas e

infecções. O exame de urina é pouco alterado com presença de poucos leucócitos e hemácias e proteinúria muito discreta;

- Obstrução de trato urinário. Secundária a cálculos, neoplasias, apresenta-se com achados característicos ao exame de ultrassom;

- Necrose de papila renal. Forte associação com diabetes e uso abusivo de anti-inflamatórios não hormonais. Exame de urina com hematuria variável a depender da extensão da necrose;

- Doença ateroembólica. Ocorre mais comumente em paciente com doença vascular ateromatosa grave, complicada com aneurisma de aorta, ou em uso de anticoagulação. A urina pode apresentar proteinúria discreta (< 1 g/l) e hematuria leve. O achado de hipocomplementemia faz parte do quadro;

- Nefropatia do cilindro. Deve ser suspeitada em pacientes com diagnóstico de mieloma múltiplo e que apresentem intercorrências de hipovolemia ou hipercalcemia. O exame de urina mostra a presença de paraproteí-

na, sem hematuria nem leucocitúria;

- Doença hemolítica microangiopática. Apesar de existir um envolvimento glomerular de trombose intracapilar, não há um envolvimento nefrítico. É importante a associação da doença com infecções (E. coli 0157: H7, Shigela, HIV) medicamentos (ciclosporina, mitomicina C, clopidogrel) assim como com doenças sistêmicas (LES, hipertensão maligna, esclerodermia, síndrome antifosfolípide). Os achados urinários podem ser desde praticamente normais até os de hematuria importante e proteinúria não nefrótica.

Seguindo no diagnóstico diferencial de doenças com perda rápida de função renal, chegamos às doenças glomerulares:

- Glomerulonefrite difusa aguda (GNDA). Caracteriza-se por processo inflamatório endo e exocapilar nos glomérulos com deposição de imunocomplexos circulantes. Frequentemente associada a infecções bacterianas e virais. Os achados urinários são de proteinúria, geralmente não nefrótica e hematuria de intensidade variável. O exemplo mais clássico que

OPINIÃO DO ESPECIALISTA

é a GNDA pós-estreptocócica, acomete o rim em uma a três semanas após o diagnóstico da infecção de vias aéreas ou pele;

- Glomerulonefrite rapidamente progressiva (GNRP). Processo inflamatório glomerular endo e exocapilar com presença de “crescente” que é o achado histológico mais característico e que pela sua quantidade correlaciona-se com diferentes graus de gravidade da doença. Pode haver ou não deposição de imunocomplexos, a depender da etiologia da doença. Alguns marcadores, sistêmicos são importantes no diagnóstico e os achados urinários habituais são de hematuria franca e proteinúria geralmente não nefrótica. Seus aspectos clínico-laboratoriais estão descritos abaixo.

GNRP Aspectos Clínicos

Idade: 50 a 70 anos

Sexo: (M:F) 2:1

Prodomo: infecção de vias aéreas

Sintomas inespecíficos: >90% (febre/perda de peso)

Insuficiência renal: 60%

Oligúria: >60%

Edema: 60-70%

Síndrome nefrótica: 10-30%

HAS: 10-20%

GNRP Aspectos Laboratoriais

Hematúria micro 100%

Proteinúria 100% (>3 g apenas 10 a 30%)

C1 Creat diminuído 100%

C1 Creat < 20 ml/min em 30%

US Normal

Anemia normocítica normocrônica

A GNRP é uma Síndrome que admite várias doenças didaticamente agrupadas em função do achado ou não de imunodépósitos no glomérulo assim como de suas características, como descreveremos a seguir.

1. Glomerulonefrite com crescentes e anticorpos circulantes antimembrana basal glomerular depositados sob a forma linear (IgG).

1.1 com hemorragia pulmonar: Síndrome de Goodpasture (80%).

1.2 sem hemorragia pulmonar: forma renal (20%).

Ocorre em 15% dos pacientes de GNRP, considerada qualquer faixa etária. A hemorragia pulmonar é comum e a perda de função para níveis dialíticos é a regra, sendo o número de crescentes geralmente maior que 80%. A dosagem do anticorpo antimembrana basal glomerular é o exa-

me ideal, porém não é disponível na nossa prática clínica diária. Alguns laboratórios de S.Paulo fazem a dosagem no exterior, com demora para a obtenção do resultado. O tratamento deve ser agressivo, tanto pelo risco pulmonar quanto pela possível cronificação das crescentes que pode ocorrer em uma a três semanas.

2. Glomerulonefrite com crescentes e anticorpos circulantes anticitoplasma de neutrófilo (ANCA) e sem imunodépósitos em rim (Pauci-imune).

2.1 Poliangeite microscópica.

2.2 Granulomatose de Wegener.

2.3 Síndrome de Churg-Strauss.

2.4 Glomerulonefrite ANCA relacionada.

As três primeiras são vasculites com acometimentos sistêmicos variados expressos por: anemia, febre, púrpura, mononeurite multiplex, sinusites, nódulos pulmonares com hemorragia alveolar, asma e eosinofilia, e acometimento renal de graus variados. A última acomete exclusivamente o rim.

As GN pauci-ímmunes representam 60% das GN crescentes e são mais incidentes (79%) em idosos (acima de 60 anos).

O achado de ANCA circulante por exame de Imunofluorescência

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. Belzeroff, et al. Association of parathyroid hormone (PTH), phosphorus (P), and calcium (Ca) KDOQI target achievement mortality in patients on dialysis. J Am Soc Nephrol. 2006; 17:311A. 2. Barman Balfour JA, Scott LJ. Cinacalcet hydrochloride. Drugs. 2005;65(2):271-81.

ou Elisa confirma o diagnóstico dessas patologias, porém pode estar ausente em 10 a 30% dos ca-

sos. São descritos dois anticorpos ANCA: o antiproteinase 3 (ANCA c) e o anti-mieloperoxidase (ANCA p)

com diferentes distribuições dentro das três doenças. Veja abaixo.

	Poliangeite microscópica	Wegener	Churg Strauss
ANCA c	40%	75%	10%
ANCA p	50%	20%	60%
ANCA neg	10%	5%	30%

O tratamento imunossupressor deve ser agressivo, tanto pela alta morbimortalidade na fase aguda como pelas seqüelas na sua evolução.

3. Glomerulonefrite com crescentes e imunodépósitos granulares localizados em glomérulos.

3.1 Nefrite Lúpica.

3.2 Endocardite Bacteriana.

3.3 Nefropatia por IgA / Púrpura de Henoch-Schoenlein.

3.4 GN membranoproliferativa (I e II).

3.5 GN fibrilar.

Este grupo de doenças participa em 24% das GN crescentes e seu diagnóstico se faz, geralmente, anteriormente à perda de função renal, portanto antes do aparecimento de crescentes. A investigação de cada doença se faz pelo seu histórico e seus marcadores característicos.

Decisão de tratamento. Frente à rápida perda de função com seqüências volêmicas e metabólicas graves, somado à potencial cronificação

histológica, geralmente a decisão do tratamento imunossupressor antecede os resultados de exames imunológicos e de Bx renal.

Uma vez afastadas causas não glomerulares de Insuficiência Renal (NTA, NIA, MAT) assim como causas glomerulares infecciosas de doença glomerular (Endocardite Bacteriana) e, por outro lado, cobertas com antibioticoterapia as infecções associadas, se houver, o paciente deve ser agressivamente tratado com imunossupressores. Na fase de indução, geralmente de três meses, são indicados:

- pulsos de metil-prednisolona 1 g por 3 dias repetindo-se a dose em intervalos de 1 mês a 15 dias, seguidos de prednisona oral 1 mg/kg/dia;
- ciclofosfamida EV em pulsos mensais de 750 mg/m² ou metade da dose a cada 15 dias;
- plasmaferese especialmente nos casos de hemorragia pulmonar.

Outras terapêuticas como micofenolato ou anti-CD20 são ainda de uso restrito frente a seu preço e pouco tempo de seguimento, para avaliação

de resposta.

A Bx renal está indicada sempre que os marcadores clínicos sejam insuficientes para fechar o diagnóstico ou quando houver dúvidas quanto à cronicidade da lesão renal e a necessidade ou não de continuidade da imunossupressão.

Na fase de manutenção o arsenal terapêutico mais usado é:

- prednisona em dose baixa;
- azatioprina ou micofenolato mofetil ou sódico.

Alguns fatores estão bem estabelecidos para pior prognóstico da função renal:

- oligúria;
- Bx renal com necrose fibrinóide, deposição linear de imunocomplexos (anti MBG) fibrose intersticial e atrofia;
- percentual de crescentes: apenas 15% dos pacientes com 100% de crescentes se recuperam enquanto pacientes com 60% de crescentes mostram uma recuperação de 55%.



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.

O SciELO APROVA A INCLUSÃO DO JORNAL BRASILEIRO DE NEFROLOGIA EM SUA COLEÇÃO!

É com grande alegria que anunciamos a indexação do JBN no SciELO. A indexação foi o reconhecimento do esforço realizado nos últimos anos pelas seguidas diretorias da SBN (mencionadas no quadro abaixo) em publicar um veículo científico de qualidade, atualizado e que oferece educação médica continuada às comunidades nefrológica brasileira e internacional.

IMPORTÂNCIA DE INDEXAR O JBN NO SCIELO:

- *Scielo - scientific electronic library online* é um programa consolidado de publicação *online* de periódicos

científicos de qualidade seguindo o modelo de *open access*, que disponibiliza de modo gratuito, na *internet*, os textos completos dos artigos de mais de 600 títulos de periódicos científicos dos países da América Latina, Caribe, Península Ibérica e África do Sul. Além da publicação *online* dos artigos, *SciELO* provê enlaces de saída e chegada por meio de nomes de autores e de referências bibliográficas. Também publica relatórios e indicadores de uso e impacto dos periódicos.

Como pode ser observado no quadro abaixo, o processo de indexação do JBN no *SciELO* foi iniciado há cerca



de 10 anos, durante a presidência do colega João Cezar M. Moreira e com o Prof. Décio Mion Jr como editor. Desde de então, o JBN foi avaliado em 9 reuniões do comitê consultivo, tendo recebido recomendações relativamente ao seu formato e conteúdo científico, as quais foram importantes na melhoria da qualidade do nosso periódico. Finalmente, em setembro de 2009, o JBN recebeu parecer favorável para integrar a coleção *scielo*.

NA REUNIÃO DE SETEMBRO DE 2009, FORAM CONSIDERADOS OS SEGUINTE FASCÍCULOS DO JBN: 2008 30(3); 2008 30(4); 2009 31(1).

Período de avaliação	Presidente da SBN	Editor do JBN
1996 / 1998	João Cezar Mendes Moreira	Dr. Décio Mion Jr.
1ª submissão (1999/2000)	João Cezar Mendes Moreira	Dr. Décio Mion Jr.
2001 / 2002	João Egidio Romão Junior	Dr. Décio Mion Jr em 2001 e Dr. João Egidio Romão Jr. em 2002
2003 / 2004	João Egidio Romão Junior	João Egidio Romão Junior
2005 / 2006	Pedro Alejandro Gordan	Dr. Jocemir Ronaldo Lugon
2007 / 2008	Jocemir Ronaldo Lugon	Dr. Marcus Gomes Bastos
2009 / 2010	Emmanuel de Almeida Burdman	Dr. Marcus Gomes Bastos

Contudo, ainda temos muito para estabelecer o JBN como o principal veículo de divulgação científica da nefrologia brasileira. O nosso parecer “favorável” veio acompanhado de algumas “recomendações”, sendo as mais importantes as listadas abaixo:

1. Publicação de no mínimo 60 artigos originais por ano;
2. Aumentar a publicação de artigos realizados em todas as regiões brasileiras, notadamente do norte, nordeste e centro-oeste;
3. Só manter no corpo editorial do JBN os colegas que apresentem publica-

4. Convidar para compor o corpo editorial do JBN colegas de outras sociedades da america latina e, particularmente, de Portugal;
5. Finalmente, agilidade no processo de *peer review*.

Ao longo da sua existência o JBN tem melhorado continuamente a sua qualidade e neste sentido, é importante destacar a medida arrojada da atual diretoria da SBN contratando a editora *Elsevier*, considerada uma das maiores e melhores do mundo. A parceria com a

Elsevier visa melhorar a qualidade editorial do JBN, tanto na sua forma impressa quanto na eletrônica. Ao publicar os artigos do JBN em português e inglês, pretende-se ampliar a visibilidade dos trabalhos científicos desenvolvido pela nefrologia brasileira.

Por último, porém, não menos importante, gostaríamos de anunciar o DVD da coletânea do JBN – edição comemorativa de 30 anos, um verdadeiro presente de natal para todos os sócios da SBN e que seguirá nesta última mala direta da SBN.

PARABÉNS PARA O NOSSO JBN.



ATIVIDADES da Diretoria

Caros leitores, vejam a seguir as Atividades da Diretoria realizadas no período de outubro à dezembro de 2009.

MÊS	DIA	LOCAL	PARTICIPANTES/REUNIÕES/EVENTOS
Outubro	23	SBN	Drs. Daniel e Rodrigo se reúnem com o Gerente do Banco do Brasil, Sr. Felipe para discutirem parceria nas iniciativas da SBN.
Novembro	9	SBN	Diretoria e Editor do JBN, Prof. Marcus Bastos se reúnem com Elsevier e Genesis (operadora do sistema do JBN) para discutirem Dinâmica operacional do site e próximos números do Jornal Brasileiro de Nefrologia.
Novembro	9	SBN	Dr. Daniel Rinaldi e Sras: Luzia e Magali da BSR. (Instituição de Pesquisa)
Novembro	12	SBN	Dra. Carmen Tzanno e Membros do Comitê de Nutrição em Nefrologia se reúnem na sede da SBN para tratar das atividades e ações do Comitê.
Novembro	16	SBN	Diretoria da SBN e Marina Jancso da Elsevier.
Novembro	16	SBN	Drs: Daniel e Rodrigo com a Gráfica Premier - Análise da 1ª "prova" da Agenda do Nefrologista.
Novembro	17	SBN	A SBN representada pelos Drs. Emmanuel Burdmann e Daniel Rinaldi e a ABCDT (Associação Brasileira de Centros de Diálise e Transplante) se reúnem em Brasília com o Ministério da Saúde para discutir sobre os graves problemas enfrentados pelos nefrologistas provendo hemodepuração a pacientes com Doença Renal.
Novembro	23	SBN	Diretoria da SBN e Drs: Nilson Mesquita e Nestor Schor. Reúnem-se para acertar detalhes e planejamento da comissão científica do Congresso Brasileiro de Nefrologia de 2010 em Vitória/ES.
Novembro	30	SBN	Diretoria da SBN e Marina Jancso da Elsevier.
Dezembro	1	SBN	Dr. Daniel Rinaldi participa da reunião na AMB (Associação Médica Brasileira) com o conselho de Especialidades da Reformulação do Programa de Residência Médica.
Dezembro	7	AUDITÓRIO	Diretoria da SBN, Departamentos de Diálise e Defesa Profissional e Associação Brasileira Centros de Diálise e Transplante. Pauta: Situação Financeira das Unidades de Diálise.
Dezembro	14	SBN	Reunião do Conselho Fiscal.
Dezembro	15	SKYPE	Web conferência pelo Skype com os representantes do comitê do registro brasileiro de diálise.
Dezembro	21	SBN	Dra. Almerinda e Dr. Pedro Gordan – próximo módulo do SBN <i>transmeeting</i> .
Dezembro	21	SBN	Diretoria da SBN e coordenadores do comitê de EMC (Drs. Pedro Gordan e Dra. Almerinda).
Dezembro	22	SBN	Recesso da SBN.

BALANÇO DO MÊS DE NOVEMBRO E DEZEMBRO

A SBN realiza, mensalmente, um registro de atendimentos e visitas sempre visando um melhor atendimento aos seus associados. Veja, abaixo, o balanço dos meses de Novembro e Dezembro.

Atendimentos de telefone Sócio = 119

Atendimentos de telefone outros = 113

Atendimentos de telefone total = 314

Visitas Sócio = 31

Visitas outros = 51

Visitas total = 82

Correspondências recebidas registradas = 10

Consultas Técnicas *

Respostas à Consultas Técnicas via Correios = 03

Respostas à Consultas Técnicas via e-mails = 64

*** Comunicado Importante:** Informamos que desde 1º de maio de 2009 as Consultas Técnicas à Diretoria da SBN e aos seus Departamentos são restritas aos sócios – Semelhante ao Formato de Consultas do CREMESP – e devem ser feitas por escrito, contendo dados para contato com o nome legível e assinatura do interessado e encaminhadas via Correios à: Secretária da SBN, Rua Machado Bittencourt, 205 - 5º andar - conj. 53, Vila Clementino, São Paulo - SP, CEP 04044-000. Maiores informações: rosalina@sbn.org.br

A REGIONAL DA SBN DE ALAGOAS REVIVE!



Após um período de latência de cerca de seis anos, a Regional de Alagoas da Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN-AL) está de volta e, agora, com todo o vigor, garra e a vontade de fazer alguma coisa pela especialidade neste estado.

Formou-se uma nova diretoria, através de eleição (nos moldes do estatuto da SBN) e foram eleitos:

Presidência:

Maria Eliete Pinheiro

Vice-Presidência:

João Antônio Maia Cubas

Tesouraria:

Karlene de Aquino Fortaleza

Secretaria:

Maria do Carmo Borges Teixeira

Conselho Fiscal (titulares)

Cláudia Maria Pereira Alves

Patrícia Cecília Prutchansky

Indalécio Magalhães

Conselho Fiscal (suplentes)

Francine Simone Mendonça S. Almeida

Rose Mary da Cruz Vasconcelos.

Esta diretoria tem, acima de qualquer coisa, o objetivo maior de reintegrar e reunir a classe de nefrologistas em torno de um bem comum, qual seja a especialidade e, lutar por ela, para o seu crescimento e desenvolvimento dentro do Estado e do País.

E este talvez seja o nosso maior desafio, a UNIÃO dos nefrologistas do Estado em prol de um mesmo objetivo.

No estado existem profissionais de excelente qualidade que, com certeza, nos ajudarão a reerguer a especialidade em nosso meio. Como exemplo, pode-se citar a recente comemoração dos 10 anos de transplante pela

equipe de Arapiraca, sob a direção do Dr. Indalécio Magalhães. O nosso respeito e a nossa admiração pelo trabalho desenvolvido por este grupo.

ALGUMAS METAS JÁ FORAM TRAÇADAS E ESTÃO EM ANDAMENTO:

1. Elaborar o Estatuto da SBN-AL;
2. Formalização da Entidade como Pessoa Jurídica;
3. Reunião bimestral científica com os nefrologistas do Estado;
4. Para abril/2010 vamos realizar a V Jornada Alagoana de Nefrologia;
5. A discutir – CONGRESSO NORTE / NORDESTE DE NEFROLOGIA;
6. A discutir – CONGRESSO BRASILEIRO DE NEFROLOGIA em Maceió – preparativos.

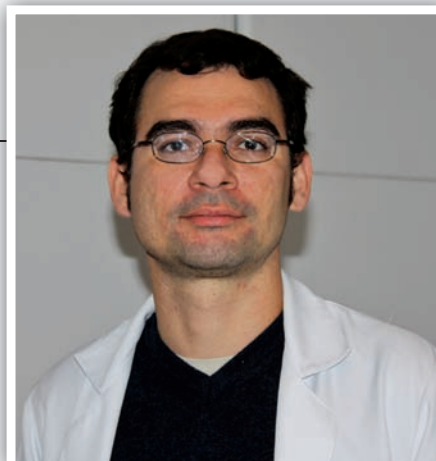
Vale ressaltar que as reuniões científicas estão ocorrendo como o planejado, sendo que a última ocorreu no dia 20/11, com a presença do Prof. Dr. Emmanuel de Almeida Burdman, que muito nos honrou com sua presença. Como de hábito, falou de temas abrangentes e atuais e também da situação da especialidade em nosso país. Estiveram presentes, além de nefrologistas, as Ligas de Nefrologia da UFAL e UNCISAL.

Para finalizar, podemos dizer da nossa vontade de lutar, da nossa garra de vencer e da nossa maior torcida em conseguirmos a participação de todos. Afinal, a SBN existe para que os nefrologistas possam usufruir da mesma como facilitadora no exercício desta profissão, onde a necessidade de atualização se faz constante. Nosso foco é poder auxiliar aos colegas, que nem sempre podem se ausentar de seus locais de origem, para partilhar dos conhecimentos mais atuais, assim como do intercâmbio de informações que os encontros científicos propiciam.

JOVEM NEFROLOGISTA

DR. FELLYPE DE CARVALHO BARRETO

"A diferença crucial entre Brasil e França não está no conhecimento ou na prática médica em si, que é sem dúvida de boa qualidade no Brasil, mas sim nas condições de trabalho, muitas vezes adversas, na sobrecarga de horas de trabalho, que compromete a qualidade do atendimento... Uma realidade adversa, sem dúvida, mas passível de ser melhorada, objetivo este que devemos sempre visar e para o qual podemos sempre contribuir."



Tenho 35 anos. Nasci em Fortaleza, Ceará. Meus pais sempre foram meus maiores incentivadores de minha profissão. Todavia, é extremamente difícil apontar o momento em que decidi ser médico. Eu diria que, na minha vida, a medicina (ou o ser médico) faz parte de um longo processo que se iniciou no período escolar, através do interesse pela biologia e pelas matérias humanas, que se aprofundou durante a faculdade e que se estende aos dias de hoje.

Cursei a Faculdade de Medicina na Universidade Federal do Ceará de 1992 a 1997. E desde meu primeiro contato com a Nefrologia, no terceiro ano da faculdade, o estudo da fisiologia renal e as implicações de sua disfunção nos diversos órgãos e sistemas do nosso corpo despertaram meu interesse. Um pouco depois, durante o internato, o contato com os pacientes portadores de doença renal, e em particular, com uma criança portadora de síndrome nefrótica, transpôs do livro para o mundo real a importância fundamental dos rins para o funcionamento adequado do nosso organismo e consolidou minha escolha por essa área da medicina.

Fiz, então, a residência médica em nefrologia no Hospital das Clínicas da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) de 1998 a 2001. Foram três anos de muito aprendizado em um serviço de excelência nas diversas áreas da nefrologia. Tive o privilégio de dar os primeiros passos na especialidade sob a orientação de nefrologista de reconhecida capacidade, como, para citar alguns, o Prof. Dr. Gentil, o Prof. Dr. Figueiredo e Prof^a. Dra. Almerinda.

Optei, então, por prosseguir um pouco mais dentro do caminho científico e fiz a pós-graduação na Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) na área de Osteodistrofia Renal orientado pelo Prof. Dr. Aluizio Barbosa de Carvalho, por quem tenho um grande respeito e admiração. A pós-graduação foi um período muito produtivo, durante o qual o trabalho conjunto com a Prof. Dra. Maria Eugênia Fernandes Canziani e com a Dra. Daniela Veit Barreto, e com o grupo de osteodistrofia renal da USP, liderado pelas Profs. Dras. Vanda Jorgetti e Rosa Moysés, nos rendeu um ótimo trabalho e, por consequência, publicações em revistas científicas como *Kidney International*, *American Journal of Kidney Disease* e

Nephron Clinical Practice.

Atualmente, sou bolsista de pós-doutorado no exterior do CNPq. Trabalho no laboratório de pesquisa INSERM – ERI 12, sob a supervisão do Prof. Dr. Ziad Massy, na Université de Picardie Jules Verne em Amiens, França. Estou na França há pouco mais de um ano com minha esposa, Daniela, também pós-doutoranda do CNPq da mesma unidade INSERM, e meus filhos, Gabriela e Vinícius. Sem dúvida um grande desafio. A adaptação a um novo país, a uma cultura e língua diferentes, é um exercício de paciência e perseverança. A adaptação ocorreu de uma forma tranqüila e gradual, sempre com o apoio dos colegas de trabalho e, inclusive, dos pais dos colegas de escola de nossos filhos.

Estou trabalhando com modelo animal (camundongo) de insuficiência renal crônica para estudar os mecanismos de calcificação vascular e de lesão endotelial. É muito interessante a troca de experiência com os colegas de laboratório, conhecer as rotinas e participar do desenvolvimento de projetos de pesquisa em um outro país. O trabalho científico é a base do conhecimento médico e precisa estar em contínuo desenvolvimento e atualização. Dentro desse contexto, o pós-doutorado é extremamente importante por possibilitar a troca de conhecimentos e o estabelecimento de pontes para futuros estudos de colaboração.

Como no momento trabalho apenas com pesquisa e não exerço a profissão de médico, não tenho um contato muito próximo com o cotidiano médico-hospitalar. Porém, sempre converso com colegas médicos para conhecer um pouco dessa realidade na França. Na minha opinião, a diferença crucial não está no conhecimento ou na prática médica em si, que é sem dúvida de boa qualidade no Brasil, mas sim nas condições de trabalho, muitas vezes adversas, na sobrecarga de horas de trabalho, que compromete a qualidade do atendimento, e no fato de que o acesso a um serviço de saúde de qualidade, bem estruturado, ainda é restrito a um percentual pequeno da população brasileira. Uma realidade adversa, sem dúvida, mas passível de ser melhorada, objetivo este que devemos sempre visar e para o qual podemos sempre contribuir. ●

Bula resumida: Hemosev (cloridrato de sevelâmer)

INDICAÇÕES: indicado para reduzir as concentrações séricas de fósforo em pacientes com doença renal em estágio final (ESRD) em hemodiálise.

CONTRAINDICAÇÕES: Paciente com: hipofosfatemia ou obstrução intestinal; hipersensibilidade conhecida ao cloridrato de sevelâmer ou qualquer um dos componentes da fórmula. **POSOLOGIA:** Deve ser administrado por via oral com as refeições, os comprimidos devem ser consumidos intactos. Pacientes que estão sob tratamento com quelante de fósforo: dose inicial recomendada é de 800 a 1600 mg, que pode ser alcançada através da administração de um ou dois comprimidos, dependendo dos níveis séricos de fósforo. Esquema posológico de doses iniciais de Hemosev recomendado para pacientes que não estão usando quelate de fósforo. **Dose inicial para pacientes que não utilizam quelante de fósforo:** Concentração de fósforo no sangue $> 6,0$ e $< 7,5$ mg/dL tomar 1 comprimido três vezes ao dia com as refeições. Concentração de fósforo no sangue $\geq 7,5$ e $< 9,0$ mg/dL tomar 2 comprimidos três vezes ao dia com as refeições. Concentração de fósforo de sangue $\geq 9,0$ mg/dL tomar 2 comprimidos três vezes ao dia com as refeições. **Pacientes que substituíram o tratamento com sais de cálcio por Hemosev:** Substituir a quantidade de comprimidos de acetato de cálcio 667mg administrado por refeição, por comprimidos de Hemosev 800 mg. **Titulação de dose para todos os pacientes utilizando Hemosev:** A dose deve ser ajustada baseada na concentração sérica de fósforo, objetivando diminuir o fósforo sérico para 6,0 mg/dL ou menos. A dose pode ser aumentada ou diminuída em um comprimido por refeição, em intervalos de duas semanas, se necessário. A dose média nos estudos clínicos Fase III foi de 4 cápsulas de 403 mg por refeição. A dose máxima estudada foi de 10 cápsulas de 403 mg por refeição (o equivalente a 5 comprimidos de Hemosev 800 mg por refeição). **Esquema posológico para titulação de dose:** Concentração de fósforo no sangue $> 6,0$ mg/dL, aumento de 1 comprimido por refeição em intervalos de 2 semanas. Concentração de fósforo no sangue de 3,5 a 6,0 mg/dL, manutenção da dose. Concentração de fósforo no sangue $< 3,5$ mg/dL, diminuição de 1 comprimido por refeição em intervalos de 2 semanas **ADVERTÊNCIAS:** Hemosev não contém cálcio ou suplementação alcalina; os níveis séricos de cálcio, bicarbonato e cloreto devem ser monitorados. Hemosev não deve ser utilizado durante a gravidez ou lactação. Efeitos gastrointestinais: Não foram estabelecidas a segurança e eficácia de cloridrato de sevelâmer em pacientes com disfagia, distúrbios de deglutição, distúrbios de motilidade gastrointestinal severos, ou cirurgia maior no trato GI, deve-se administrar Hemosev com cautela nos pacientes com estas alterações GI. A segurança e eficácia não foram estabelecidas em pacientes pediátricos. **INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS:** cloridrato de sevelâmer não afeta a biodisponibilidade da digoxina, warfarina, enalapril e metoprolol. Um estudo de dose única demonstrou haver diminuição de 50% da biodisponibilidade de ciprofloxacino na administração simultânea com cloridrato de sevelâmer ou acetato de cálcio. Outros medicamentos também podem ter sua biodisponibilidade diminuída quando administrados simultaneamente com cloridrato de sevelâmer. Portanto, quando estiverem sendo administrados ciprofloxacino ou qualquer outro medicamento por via oral para qual uma redução na biodisponibilidade deste medicamento trazer efeitos clinicamente significantes em termos de segurança e eficácia, o médico deve considerar o monitoramento dos níveis sanguíneos da droga ou a administração da medicação pelo menos uma hora antes ou três horas após a administração de Hemosev. Os pacientes que fazem uso de antiarrítmicos e anticonvulsivantes foram excluídos deste estudo. Cuidados especiais devem ser tomados quando da administração concomitante de Hemosev e outras medicações. **REAÇÕES ADVERSAS A MEDICAMENTOS:** Durante o tratamento com cloridrato de sevelâmer os efeitos indesejáveis mais comuns são: dispepsia, flatulência, constipação, diarreia e náusea. **SUPERDOSE:** O sevelâmer não é absorvido pelo tubo intestinal, portanto o risco de toxicidade sistêmica é praticamente nulo. **VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA** - Reg. MS 1.0235.0960. Farm. Resp.: Dr^a Erika Santos Martins - CRF-SP nº 37.386 - EMS S/A. Rua Com. Carlo M. Gardano, 450 - S. B. do Campo/SP – CEP 09720-470 - CNPJ: 57.507.378/0001-01 - INDÚSTRIA BRASILEIRA. Fabricado por: EMS S/A. - Rod. Jornalista F. A. Proença, km 08 - Bairro Chácara Assay - CEP 13186-901 - Hortolândia/SP - SAC: 0800-191914.
Material destinado exclusivamente a classe médica.

SE PERSISTIREM OS SINTOMAS, O MÉDICO DEVERÁ SER CONSULTADO

telepesquisa
0800 194 194



Trabalhando sério para você sorrir.



Hemosev

cloridrato de sevelâmer

O Hemosev chegou ao mercado farmacêutico como uma nova opção para o tratamento da hiperfosfatemia dos pacientes portadores de Doença Renal Crônica. Seu princípio ativo é o cloridrato de sevelâmer, um quelante de fósforo, que não causa acúmulo de cálcio e alumínio².

- 🍊 Níveis séricos elevados de fósforo estão associados com maior mortalidade em diálise.¹
- 🍊 Cloridrato de sevelâmer tem poder quelante de fósforo semelhante ao carbonato de cálcio, porém não causa hipercalcemia.²
- 🍊 Cloridrato de sevelâmer além de reduzir os níveis séricos de fósforo, contribui para redução dos níveis séricos de colesterol total e LDL colesterol sem afetar os níveis de HDL colesterol.³
- 🍊 Sevelâmer diminui níveis séricos de ácido úrico em pacientes com hiperuricemia em hemodiálise.⁴

Contra-indicação: pacientes com hipofosfatemia

Interação medicamentosa: ciprofloxacino

Referências Bibliográficas:

1. Block GA, Hulbert-Shearon TE, Levin NW, Port FK. Association of serum phosphorus and calcium x phosphate product with mortality risk in chronic hemodialysis patients: a national study. Am J Kidney Dis. 1998; 31(4):607-17. 2. Goldberg DI, Dillon MA, Slatopolsky EA, Garret B, Gray JR, Marbury T, Weinberg M, Wombolt D, Burke SK. Effect of RenaGel, a non-absorbed, calcium - and aluminium-free phosphate binder, on serum phosphorus, calcium, and intact parathyroid hormone in end-stage renal disease patients. Nephrol Dial Transplant. 1998 Sep;13(9):2303-10. 3. Wilkes BM, Reiner D, Kern M, Burke S. Simultaneous lowering of serum phosphate and LDL-cholesterol by sevelâmer hydrochloride in dialysis patients. Clin Nephrol. 1998 Dec;50(6):381-6. 4. Ohno I, Yamaguchi Y, Saikawa H, Uetake D, Hikita M, Okabe H, Ichida K, Hooya T. Sevelâmer decreases serum uric acid concentration through adsorption of uric acid in maintenance hemodialysis patients. Intern Med. 2009;48(6):415-20.

Bula resumida encontra-se no interior desta edição.

SE PERSISTIREM OS SINTOMAS, O MÉDICO DEVERÁ SER CONSULTADO

telepesquisa
0800 194 194



Trabalhando sério para você sorrir.