

# SBN Informa

ANO 19 / Nº 92 | Outubro / Novembro / Dezembro 2012

Uma publicação da



Sociedade Brasileira  
de Nefrologia

## Encontro nacional em Brasília debate prevenção da doença renal crônica

Acordo entre SBN e Ministério da Saúde  
permite a criação da linha de cuidado da  
DRC; creatinina e exame de urina farão  
parte da Pesquisa Nacional de Saúde



### Eleições na SBN

Em processo eletrônico, diretoria é  
reeleita para o biênio 2013/2014 com  
93% dos votos válidos

### História da nefrologia

José Medina Pestana conquista prêmio  
internacional por sua atuação na área de  
transplante renal

### Entrevista

José Eduardo Fogolin fala sobre a missão  
de adequar as demandas de alta e média  
complexidade no SUS

## Prontos para novos desafios

A edição de dezembro do *SBN Informa* encerra a gestão 2011/2012 da diretoria da Sociedade Brasileira de Nefrologia, que foi marcada por grandes mudanças, entre elas o novo processo eleitoral eletrônico. Com a reeleição, aceitamos o desafio de dar continuidade ao nosso trabalho, agora com uma diretoria nacional ampliada – que contribuirá para consolidar a nossa missão, com novas propostas de atuação e efetiva integração da nefrologia brasileira.

Recebemos o apoio de 93% dos votantes, o que reforça nosso compromisso de uma gestão que atenda os anseios dos sócios e fortaleça a especialidade, além de estabelecer como meta uma política de atenção integral ao paciente com doença renal. Agradecemos a todos os que nos apoiaram pela confiança em nosso trabalho, especialmente aos colegas que continuam na diretoria dispostos a superar desafios. Desejamos boas-vindas àqueles que passam a integrar a diretoria executiva na próxima gestão. A entrada de novos colegas será essencial para incentivar a participação ativa dos jovens nefrologistas na SBN e readequá-la à atual realidade do mercado de trabalho e da educação continuada.

Para marcar o encerramento desta gestão, organizamos em Brasília o VIII Encontro de Prevenção de Doença Renal Crônica, que contou com a participação maciça de colegas de todo o país, gestores e representantes do Ministério da Saúde. O resultado foi a elaboração de um documento com sugestões da SBN para o atendimento integral ao portador de doença renal. Esperamos sensibilizar nossos gestores, informar a popula-

ção e modificar a dura realidade atual, em que 80% dos pacientes em terapia renal substitutiva não passam por avaliação médica prévia. As informações sobre o encontro nacional estão na matéria de capa.

Esta edição traz ainda entrevista com o Coordenador Geral de Alta e Média Complexidade do Ministério da Saúde, José Eduardo Fogolin Passos. Ele é o responsável pela construção da Rede de Doenças Crônicas, que inclui a renocardiovascular, e atua em parceria com a Anvisa na elaboração da portaria para regulação da TRS. A seção História da nefrologia conta com o depoimento do colega José Osmar Medina Pestana, motivo de orgulho de nossa Sociedade pela conquista de mais um prêmio internacional por sua excelente atuação na área do transplante renal.

Para finalizar, nosso agradecimento aos parceiros pela colaboração, sempre dentro de princípios éticos, e aos incansáveis funcionários, que contribuem para que a SBN ocupe um papel de destaque na medicina brasileira. Desejamos a todos um ano de paz, saúde e grandes realizações em 2013. Boa leitura!

*Daniel Rinaldi dos Santos*

Presidente da SBN

## Expediente

**SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA (SBN)**  
Departamento de Nefrologia da Associação Médica Brasileira (AMB)

**Sede:** Rua Machado Bittencourt, 205, 5º andar – Conjuntos 53/54 Vila Clementino – CEP 04044-000 São Paulo – SP  
Tel.: (11) 5579-1242  
Fax: (11) 5573-6000  
E-mail: [secret@sbn.org.br](mailto:secret@sbn.org.br)  
Site: [www.sbn.org.br](http://www.sbn.org.br)  
**Secretaria:** Adriana Paladini, Jailson Ramos e Rosalina Soares

### DIRETORIA NACIONAL (Biênio 2011/2012)

**Presidente:** Daniel Rinaldi dos Santos  
**Vice-Presidente:** Roberto Flávio Silva Pecoits-Filho  
**Secretário Geral:** Rodrigo Bueno de Oliveira  
**1º Secretário:** Lúcio Roberto Requião Moura  
**Tesoureira:** Maria Almerinda Vieira Fernandes Ribeiro Alves

### SBN Informa

Uma publicação da Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN)  
**Editores:** Rodrigo Bueno de Oliveira e Lúcio Roberto Requião Moura  
**Produção Editorial:** Studio Graphico  
**Jornalista Responsável:** Lúcia Scotero (MTB 15.224)  
**Fotógrafo:** Jailson Ramos  
Página 4 - Congresso SBN: Antonio Carlos Bertagnoli - AC Produções Fotográficas/Cristo Redentor: Guilherme Silva  
**Colaboradores:** Ana Paula Alencar (redação) e Soraia Cury (revisão)  
**Projeto Gráfico e Diagramação:** Guatá Estúdio | [guataestudio.com.br](http://guataestudio.com.br)

Os textos assinados não refletem necessariamente a opinião do *SBN Informa*.



Desejamos ser a melhor empresa terapêutica humana usando a ciência e inovação para melhorar a vida das pessoas.

A inovação é o caminho para a descoberta de novos tratamentos e melhoria na qualidade de vida de nossos pacientes.

Informações sobre os produtos:  
[medinfobrazilhub@amgen.com](mailto:medinfobrazilhub@amgen.com)  
ABR/2012

**AMGEN**

## Qualidade de vida do paciente em primeiro lugar

Dedicando-se especialmente ao transplante renal, a cearense Vanessa Gurgel Adeodato planeja investir no campo da pesquisa para contribuir ainda mais com o desenvolvimento da área

Foto: Divulgação

Formada em Medicina pela Universidade Federal do Ceará, em 2006, Vanessa Gurgel Adeodato optou pela nefrologia por considerá-la uma das especialidades mais abrangentes da medicina interna. “Atendemos pacientes nas áreas ambulatorial e hospitalar, com problemas agudos e crônicos e com diferentes graus de complexidade”, diz a jovem nefrologista, que decidiu se dedicar ao transplante renal, atuando em ambulatório e enfermaria no atendimento aos pacientes no pré e no pós-transplante. Para ela, o procedimento melhora a sobrevida e a qualidade de vida de pacientes que estavam em programa de diálise já debilitados pela enfermidade. “É o que mais me encanta na medicina”, revela.

Cearense, nascida em Fortaleza, Vanessa viveu em São Paulo durante quatro anos, período em que fez residência em Clínica Médica e em Nefrologia na Universidade Federal de São Paulo (Unifesp). Em janeiro de 2011, voltou à capital cearense. Hoje, trabalha em uma clínica de diálise, com pacientes crônicos, e em dois serviços de transplante de rim: Hospital Geral de Fortaleza (HGF) e Hospital Universitário Walter Cantúdeo (HUWC), considerados referência em transplantes, com mais de mil procedimentos renais realizados em cada serviço.

Sétimo estado do país em número de transplantes de rins, com 126 procedimentos no primeiro semestre deste ano, o Ceará registrou também o maior crescimento em número de doações de órgãos nos últimos dez anos. “Fizemos várias campanhas de incentivo nos meios de comunicação”, afirma a médica, lembrando que a campanha “Doe de Coração” completou dez anos em setembro com resultados positivos, colocando o estado em segundo lugar em doações por milhão de habitantes.

Nesse panorama, pouco mais de 200 pacientes aguardam na fila de espera para transplante de rim – número inferior ao da maioria dos estados brasileiros. Em São Paulo, por exemplo, existem cerca de nove mil pessoas esperando por um transplante de rim.

### Foco em transplantes

Os investimentos em terapias e equipamentos de última geração também impulsionam o desenvolvimento do Ceará na realização de transplantes. “Nosso serviço dispõe dos mais diversos arsenais terapêuticos necessários tanto para o transplante quanto para tratar eventuais complicações no período pós-transplante. É também um dos poucos estados que possuem a máquina



Vanessa Adeodato: opção pelo transplante renal

de perfusão renal, diminuindo consideravelmente a taxa de DGF (*delayed graft function*)”, revela a nefrologista.

O Ceará, no entanto, ainda precisa vencer desafios. Segundo Vanessa, é pequeno o número de pacientes que são encaminhados das clínicas de diálise para o transplante. “Não sei se por desmotivação dos médicos ou medo por parte dos pacientes. Além disso, esbarramos em muitos problemas sociais para a realização de exames e consultas no preparo para o transplante. Em muitas situações, demora meses para que o paciente seja listado”, diz.

Atualmente, de acordo com ela, são os centros transplantadores que arcam com todo o ônus no pré-transplante. “Precisamos também de um número maior de leitos para atender a crescente demanda”, complementa a jovem nefrologista.

Empenhada em continuar trabalhando para melhorar o atendimento aos pacientes com doença renal crônica, Vanessa está se programando para atuar também no campo da pesquisa, contribuindo, assim, para o aumento do número de transplantes e, principalmente, para ampliar a sobrevida do enxerto e do paciente.

### Solidariedade em alta

Criada em setembro de 2003 pela Fundação Edson Queiroz para incentivar a doação de órgãos no Ceará, a campanha “Doe de Coração” completou dez anos, com resultados considerados satisfatórios. Nesse período, segundo dados da Central de Transplantes do Ceará, houve um aumento de 319% no número de doadores. Para a Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos (ABTO), a mudança de comportamento da população colaborou para classificar o estado, no primeiro semestre de 2012, como o segundo do país em número de doadores efetivos: 20,8 por milhão de habitantes, bem acima da média nacional, que é de 12 doadores por milhão de pessoas.

# Modernização e crescimento

No biênio 2011/2012, a gestão coordenada pelo presidente Daniel Rinaldi dos Santos impulsionou a expansão e o fortalecimento da Sociedade



*Mudanças e parcerias na prova de título*

Com o objetivo de promover o crescimento da especialidade, a diretoria da Sociedade Brasileira de Nefrologia, coordenada pelo presidente Daniel Rinaldi dos Santos, garantiu a modernização dos processos e a expansão das fronteiras da entidade. A gestão dos últimos dois anos promoveu mudanças na diretoria e nos departamentos, incentivou o desenvolvimento de projetos científicos e educacionais e mobilizou as regionais para a realização de campanhas de prevenção, além de envolvê-las de forma ampla e democrática nas principais discussões da SBN. Também ampliou parcerias com órgãos governamentais, associações médicas e sociedades internacionais.

Ao assumir a administração da SBN em 2011, a primeira ação dos diretores foi formar a comissão de reforma do estatuto, que resultou na expansão da diretoria executiva e na criação da diretoria nacional ampliada, com representantes de todas as regiões do país.

O novo estatuto modificou ainda a estrutura dos futuros congressos de nefrologia, inserindo nas comissões organizadoras os presidentes de eventos anteriores, valorizando a experiência adquirida, e os membros da diretoria nacional. Por decisão da última Assembleia Geral Ordinária, em São Paulo, o novo modelo será aplicado já no próximo congresso brasileiro.



*O Congresso é o grande evento da SBN*

Outra iniciativa que marcou a gestão foi a reestruturação da Prova de Título de Especialista, com a criação de um comitê, o exame em três etapas e o uso de recursos de última geração disponíveis em simulação realística, por meio da parceria com o Hospital Israelita Albert Einstein.

Entre as opções disponibilizadas para os mais de três mil associados estão o portal da SBN, com atualizações constantes e mais de 50 mil acessos mensais; boletins eletrônicos semanais e mensais; casos clínicos de glomerulonefrites e distúrbios hidroeletrólíticos; além do Censo Brasileiro de Diálise e do Registro Brasileiro de Diálise.

O programa de Educação Médica Continuada foi aperfeiçoado por meio do SBN *Transmeeting*. Foram ampliados os canais científicos e de defesa profissional e as informações para o público geral, fortalecendo a especialidade em todos os níveis e facilitando o acesso da população à saúde renal.

## Participação ampliada

A diretoria investiu ainda no aprimoramento contínuo do *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, com mais de 1.400 artigos publicados e indexados nas bases Lilacs, Scielo e PubMed. Os associados também receberam a 12ª edição do livro *Atualidades em nefrologia*.

No Dia Mundial do Rim, comemorado em 8 de março, a diretoria da SBN



*Megacampanha iluminou o Cristo Redentor*

coordenou a megacampanha Rins em Defesa da Vida com o evento de iluminação do Cristo Redentor, no Rio de Janeiro, e de outros monumentos em várias regiões, além de ações como mutirões de atendimento gratuito à população em todo o país. A iniciativa teve grande repercussão na mídia nacional.

Com o intuito de fortalecer a credibilidade da SBN nas discussões sobre os diversos aspectos da especialidade, a diretoria estreitou parceria com o Ministério da Saúde e outros órgãos governamentais. Dessa forma, reativou a Câmara Técnica de Nefrologia, participou da elaboração do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis, incluindo o módulo cardiorenal, e marcou presença no Grupo Técnico de Diálise, revisando a RDC 154 e adequando-a à nova realidade de mercado.

A Sociedade representa a nefrologia também na Câmara Técnica de Transplante e na Conitec, visando incorporar novos medicamentos para o tratamento de patologias específicas.

A diretoria reforçou a parceria com os países de língua portuguesa e estreitou o relacionamento com nefrologistas latino-americanos e com outras sociedades internacionais. Passou a ter participação ativa na condução do CKDOPPS, sendo a única sociedade latino-americana a fazer parte desse trabalho.

# Um expoente da medicina brasileira

Reconhecido por sua trajetória de sucesso, o professor José Osmar Medina Pestana recebeu de Harvard um prêmio por seu trabalho na área de transplantes

Foto: Divulgação

Professor titular e chefe do transplante renal da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), o nefrologista José Osmar Medina Pestana recebeu o Prêmio Joseph Murray, o reconhecimento da Universidade de Harvard concedido a expoentes da medicina moderna. O prêmio leva o nome do cirurgião que, em 1954, fez o primeiro transplante de rim com sucesso, em Boston, nos Estados Unidos, e foi Prêmio Nobel de Medicina em 1990.

No início de novembro, aos 93 anos, Murray entregou o prêmio ao nefrologista brasileiro. Lamentavelmente, no fim do mês, ele sofreu um derrame cerebral e faleceu. Medina foi premiado por ter desenvolvido no Hospital do Rim, em São Paulo, um programa, que nos últimos 12 anos transplantou cerca de dez mil pacientes. O Hospital do Rim realiza atualmente mais de mil procedimentos por ano e é considerado o maior centro em número de transplante no mundo. “No jantar privado que antecedeu o evento, Murray me contou parte de sua história como cirurgião na guerra e quanto foi contestada, na época, sua proposta de transplante”, revela Medina.

“É a maior honraria e o maior desafio internacional que recebi”, afirma o nefrologista, explicando que não se trata da entrega de uma medalha, mas de uma missão que consiste em discutir, durante três dias, com 23 pessoas, profissionais e alunos, propostas relativas à assistência, à administração, ao financiamento e ao ensino em saúde e transplante. Para executar essa tarefa, Medina ministrou duas conferências: “Desafios e oportunidades em saúde e transplante no Brasil” e “Como organizar o maior centro de transplantes do mundo”. Nos encontros e nas apresentações, ele exercitou o conhecimento que acumulou em toda a sua carreira.

Natural de Ipaussu, interior de São



José Medina (à esq.) com o professor Joseph Murray em jantar que antecedeu o evento; semanas depois, Murray faleceu no mesmo hospital onde realizou o primeiro transplante

Paulo, Medina sempre sonhou em ser médico. Iniciou sua atividade profissional como torneiro mecânico, dedicou-se integralmente ao cursinho pré-vestibular e se formou em medicina em 1979 pela Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), onde fez também residência médica, doutorado e livre-docência. Em 1987, concluiu o pós-doutorado na Cleveland Clinic, nos Estados Unidos, onde trabalhou como nefrologista no transplante clínico. Em 1989, realizou outro pós-doutorado, dessa vez na Universidade de Oxford, no Reino Unido, onde trabalhou com pesquisa experimental de transplante.

## Dedicação e entusiasmo

Durante o curso médico, exerceu funções de laboratório que lhe permitiram frequentar a disciplina de nefrologia. Ao final da pós-graduação, aceitou o convite do professor Oswaldo Luiz Ramos para liderar o programa de transplante renal da disciplina. “Nesse instante começou, efetivamente, minha carreira profissional em nefrologia clínica e no transplante de órgãos, que exerço com

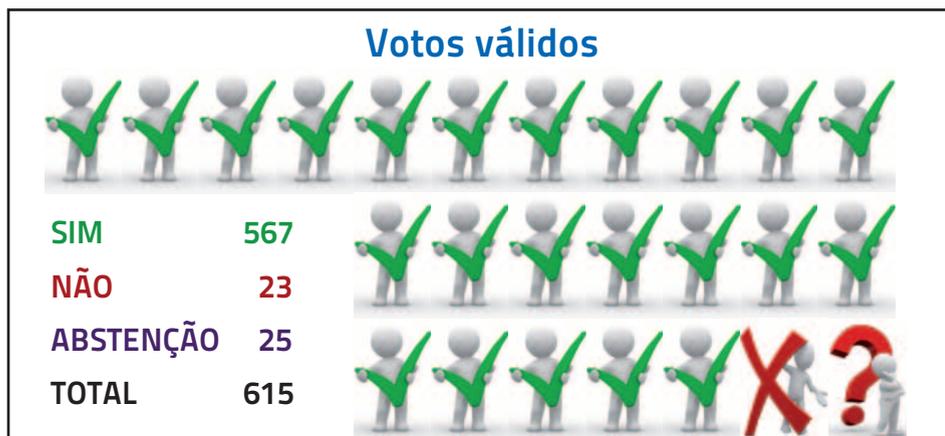
entusiasmo há quase 30 anos”, afirma.

De 1995 a 2000, Medina participou da construção e da organização do Hospital do Rim, inaugurado em 1998. Nesse período, coordenou a comissão médica de pesquisa que, até hoje, define normas para a organização de transplantes. Ao longo da carreira, assumiu a diretoria clínica do Hospital São Paulo e do Hospital Geral de Vila Maria, que foi a primeira instituição pública a ser administrada em regime público-privado com a Escola Paulista de Medicina.

Medina é presidente da Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos (ABTO) e coordenador do Departamento de Transplante da Sociedade Brasileira de Nefrologia. Em abril deste ano, foi empossado como membro titular da Academia Nacional de Medicina. Há mais de 20 anos, atua como voluntário de assistência médica geral em sua cidade natal. Dedicou ainda parte do seu tempo à orientação de estudantes de medicina de baixa renda e também ao desenvolvimento de programas para incentivar a doação de órgãos.

# Diretoria reeleita promove mudanças na SBN

Em processo eletrônico, os associados elegeram 88 nefrologistas que vão compor a diretoria nacional ampliada e os departamentos para o biênio 2013/2014



Com 93% de aprovação (567 votos válidos), a atual diretoria da Sociedade Brasileira de Nefrologia foi reeleita para o biênio 2013/2014. Pela primeira vez na história da SBN, 615 associados votaram por sistema eletrônico via internet e elegeram 88 nefrologistas que vão compor a nova diretoria nacional ampliada e os departamentos da Sociedade. “Na próxima gestão, contaremos com a participação efetiva de todas as regiões do país, representadas pelos vice-presidentes regionais eleitos”, afirma o presidente Daniel Rinaldi dos Santos. Segundo ele, nos próximos dois anos, a diretoria pretende consolidar as propostas de educação continuada, promover mudanças na Prova de Título de Especialista, aumentar a aproximação com os jovens nefrologistas e estreitar o relacionamento com o Ministério da Saúde, trabalhando na estruturação de uma rede de atendimento integral para o paciente com doença renal. “Teremos muitos desafios e novas propostas para a nefrologia brasileira”, complementa.

Com o novo processo eleitoral, o período de votação dos candidatos aconteceu de forma segura, ética e transparente. “Mesmo com chapa única

incluímos as opções sim, não e abstenção, garantindo o direito de expressão e a vontade democrática dos associados”, diz a professora Cibele Isaac Saad Rodrigues, presidente da Comissão Eleitoral, lembrando que a modernização do sistema trouxe benefícios para a Sociedade. Segundo ela, a eleição eletrônica possibilitou agilidade e facilidade na votação e na apuração e a diminuição de custos com postagens, além da garantia de sigilo do voto por processos digitais.

E as novidades não param por aí. O novo estatuto da SBN, aprovado em

2011, trouxe mudanças na composição da diretoria. Dessa forma, a diretoria nacional foi ampliada e subdividida, para fins operacionais, em plena e executiva. A plena é composta por presidente, vice-presidente nacional, secretário geral, primeiro secretário, tesoureiro e vice-presidentes regionais (Norte, Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul), além dos diretores de departamentos. Também foram criados dois novos cargos: diretor científico e diretor de políticas associativas.

Já a executiva não inclui os vice-presidentes regionais e os diretores de departamentos – anteriormente denominados coordenadores. Atualmente são dez diretores escolhidos pelos membros eleitos e não mais por indicação do presidente. “Os objetivos são a descentralização do poder, maior participação e representatividade das regionais, a modernização dos processos internos e o atendimento das necessidades vivenciadas pelas gestões anteriores”, afirma a professora Cibele.

Confira, a seguir, os nefrologistas que comporão a diretoria nacional ampliada e os departamentos no biênio 2013/2014.

## Diretoria plena

- **Daniel Rinaldi dos Santos**  
Presidente
- **Elizabeth de Francesco Daher**  
Vice-Presidente Nacional
- **Lúcio Roberto Requião Moura**  
Secretário Geral
- **Maria Tatiana Novaes Rezende**  
Primeira Secretária
- **Maria Almerinda V. F. Ribeiro Alves**  
Tesoureira
- **Roberto Flávio Silva Pecoits Filho**  
Diretor Científico
- **Rogério Baumgratz de Paula**  
Diretor de Políticas Associativas
- **Luis Cláudio Santos Pinto**  
Vice-Presidente Norte
- **Maria Ermecilia Almeida Melo**  
Vice-Presidente Nordeste
- **Fábio Humberto Ribeiro Paes Ferraz**  
Vice-Presidente Centro-Oeste
- **Maurício Younes Ibrahim**  
Vice-Presidente Sudeste
- **Francisco José Verissimo Veronese**  
Vice-Presidente Sul

# Membros de departamentos

## Dialise

Arthur Ferreira Tavares Neto  
Carmen Tzanno Branco Martins  
Hugo Abensur  
Jorge Paulo Strogoff de Matos  
Mauro Barros André  
Roberto Eduardo Salum  
Sônia Maria Holanda Almeida Araújo

## Transplante

Abrahão Salomão Filho  
Alvaro Pacheco e Silva Filho  
Euler Pace Lasmar  
José Medina Pestana  
Maria Cristina Ribeiro de Castro  
Miguel Moysés Neto  
Roberto Ceratti Manfro

## Fisiologia e Fisiopatologia Renal

Antonio Carlos Seguro  
Claudia Maria de Barros Helou  
Elisa Mieko Suemitsu Higa  
Maurilo Leite Júnior  
Roberto Zatz  
Terezila Machado Coimbra  
Waldemar Silva Almeida

## Ensino e Titulação

Elvino José Guardão Barros  
Jacqueline Costa Teixeira Caramori  
João Egidio Romão Junior  
Jocemir Ronaldo Lugon  
Marilda Mazzali  
Melani Ribeiro Custódio  
Sergio Henrique Prezzi

## Nefrologia Pediátrica

Maria Aparecida de Paula Cançado  
Maria Cristina de Andrade  
Maria Goretti M. G. Penido  
Olberes Vitor Braga de Andrade  
Rejane de Paula Bernardes  
Vera Hermina Kalika Koch  
Vera Maria Santoro Belangero

## Epidemiologia e Prevenção

Edison Souza  
Fernando Saldanha Thomé  
Gianna Mastroianni Kirsztajn  
Marcus Gomes Bastos  
Marcus Vinicius de Pádua Netto  
Natalino Salgado Filho  
Sérgio Antonio Draibe

## Insuficiência Renal Aguda

André Luis Balbi  
Alan Castro e Silva  
Bento Fortunato Cardoso Santos  
Eduardo Rocha  
José Hermogenes Rocco  
Suassuna  
Luis Yu  
Marcelino de Souza Durão Junior

## Defesa Profissional

Adriana Ribeiro de Jesus A. Lima  
Carlos Antonio do Nascimento  
José Marcelo Morelli  
Luiza Karla R. Pereira de Araújo  
Ricardo Furtado de Carvalho  
Roxana de F. C. de Albuquerque  
Ruy Antonio Barata

## Titulares

Carmen Tzanno Branco Martins  
Patrícia Ferreira Abreu  
Valter Duro Garcia

## Conselho Fiscal

Suplentes  
Antonio Américo Alves  
Cibele Isaac Saad Rodrigues  
João Cezar Mendes Moreira

## Hipertensão Arterial

Carlos Eduardo Poli Figueiredo  
Cibele Isaac Saad Rodrigues  
Fernando Antonio de Almeida  
Giovania Vieira da Silva  
Pedro Jabur  
Roberto Jorge da Silva Franco  
Sebastião Rodrigues Ferreira Filho

## Nefrologia Clínica

Irene de Lourdes Noronha  
Ita Pfeferman Heilberg  
Jenner Cruz  
Kleyton de Andrade Bastos  
Lucila Maria Valente  
Maria Eliete Pinheiro  
Yvoty Alves Santos Sens

**micofenolato de mofetila** "Medicamento genérico Lei nº 9.787, de 1999" Forma Farmacêutica e Apresentações: comprimidos revestidos de 500 mg - caixas com 50 comprimidos. **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. **Contraindicações:** foram observadas reações alérgicas ao micofenolato de mofetila. Portanto, micofenolato de mofetila está contraindicado em pacientes com hipersensibilidade ao micofenolato de mofetila ou ácido micofenólico. **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. 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 que foram submetidos a transplante cardíaco. Dosagem padrão para profilaxia da rejeição hepática: a dose de 1,5 g administrada duas vezes ao dia (dose diária de 3 g) é recomendada em pacientes submetidos a transplante hepático. 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 combinações de drogas, os pacientes que recebem micofenolato de mofetila como parte de um regime imunossupressor tem maior risco de desenvolver linfomas e outros tumores malignos, particularmente de pele. 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. **Interações Medicamentosas:** Aciclovir: concentrações plasmáticas maiores de aciclovir e MPAG foram observadas quando o micofenolato de mofetila foi administrado com aciclovir em comparação com a administração de cada droga isoladamente. **Antiácidos e hidróxido de alumínio ou magnésio:** absorção de micofenolato de mofetila foi diminuída quando administrado com antiácidos. **Colestiramina:** após administração de 1,5 g do micofenolato de mofetila em indivíduos saudáveis pré-tratados com colestiramina 4 g três vezes ao dia durante 4 dias, houve uma redução de 40% na AUC do MPA. **Ganciclovir:** baseado nos resultados de um estudo com administração de dose única, nas doses recomendadas, do micofenolato de mofetila oral e ganciclovir endovenoso e nos efeitos conhecidos da deterioração renal sobre a farmacocinética do micofenolato de mofetila (vide *Farmacocinética e Advertências*) e do ganciclovir, prevê-se que a coadministração desses agentes (que competem pelos mecanismos de secreção tubular renal) resultará em aumento na concentração do MPAG e do ganciclovir. Nenhuma alteração substancial na farmacocinética do MPA é prevista, não sendo necessário o ajuste da dose do micofenolato de mofetila. Pacientes com deterioração renal nos quais o micofenolato de mofetila e o ganciclovir ou suas pró-drogas como o valganciclovir são coadministrados devem ser monitorados cuidadosamente. **Contraceptivos orais:** a farmacocinética dos contraceptivos orais não foi afetada pela coadministração do micofenolato de mofetila. Um estudo de coadministração do micofenolato de mofetila (1 g duas vezes ao dia) e contraceptivo oral combinado contendo etinilestradiol (0,02-0,04 mg) e levonorgestrel (0,05-0,20 mg), desogestrel (0,15 mg) ou gestodene (0,05-0,10 mg) envolvendo 18 mulheres com psoríase e conduzido por mais de 3 ciclos menstruais não mostrou influência clínica relevante do micofenolato de mofetila nos níveis séricos da progesterona, do LH e do FSH, não indicando, portanto, influência do micofenolato de mofetila no efeito supressor da ovulação dos contraceptivos orais (vide *Gravidez e Lactação*). **Trimetoprima/sulfametoxazol:** não se observou efeito na biodisponibilidade do MPA. **Outras interações:** coadministração de probenecida com micofenolato de mofetila em macacos aumenta a AUC plasmática do MPAG em 3 vezes. Portanto, outras drogas que sofrem secreção tubular renal podem competir com o MPAG e aumentar a concentração plasmática de ambas. **Vacinas de vírus vivos:** vacinas de vírus vivos não devem ser administradas a pacientes com alteração da resposta imune. A resposta de anticorpos a outras vacinas pode estar diminuída (vide *Precauções*). **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. **Superdose:** a experiência com superdose de micofenolato de mofetila em humanos é muito limitada. Os eventos recebidos como relato de superdose estão de acordo com o perfil de segurança já conhecido da droga. Registro MS nº 1.0235.0865. EMS S/A. VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA.

**Referência bibliográfica:** 1. Dario Cattaneo, Monica Cortinovic, Sara Baldelli, Alessandra Bitto, Eliana Gotti, Giuseppe Remuzzi, and Norberto Perico. Pharmacokinetics of Mycophenolate Sodium and Comparison with the Mofetil Formula in Stable Kidney Transplant Recipients. Clin. J. Am. Soc. Nephrol., Nov 2007; 2: 1147 - 1155.

# Doença renal crônica é tema de debate em Brasília

Organizado pela SBN com a participação do Ministério da Saúde, evento aborda linha de cuidado para paciente com DRC. Pesquisa Nacional de Saúde terá exame de urina e creatinina

A capital federal recebeu nefrologistas de todo o país para o VIII Encontro Nacional de Prevenção da Doença Renal Crônica, nos dias 6 e 7 de dezembro, com a missão de discutir o cuidado integral à pessoa com doença renal crônica. Organizado pela Sociedade Brasileira de Nefrologia, o encontro reuniu, no Centro de Convenções Ulysses Guimarães, cerca de 200 profissionais, incluindo também representantes do Ministério da Saúde, de secretarias de saúde e de universidades, além de equipes multiprofissionais.

O objetivo do encontro foi discutir a necessidade de estruturação de uma rede de atendimento integral ao paciente com doença renal crônica, com maior ênfase na atenção básica e secundária. “Atualmente, esse paciente é diagnosticado tardiamente na rede de atenção básica de saúde, que não está preparada para o acompanhamento adequado”, afirmou o presidente da SBN,



*Déborah Malta fez um panorama da DCNT*



*O evento incluiu a apresentação de experiências bem-sucedidas no país*

Daniel Rinaldi dos Santos. Segundo ele, o portador de DRC precisa de um atendimento correto, impedindo a evolução da doença para um estágio mais grave.

A partir de um importante acordo firmado entre a diretoria da SBN e o dr. José Eduardo Fogolin Passos, Coordenador Geral de Média e Alta Complexidade do Ministério da Saúde, em reunião no dia 5 de dezembro, para definir a linha de cuidado da doença renal crônica (veja quadro), o encontro ganhou mais força para debater questões relacionadas ao tema. Na abertura do evento, a dra. Déborah Carvalho Malta, Coordenadora Geral de Vigilância de Agravos e Doenças Não Transmissíveis do Ministério da Saúde, apresentou um panorama epidemiológico das doenças crônicas não transmissíveis, com ênfase em hipertensão e diabetes, reforçando a importância dessas patologias como fatores de risco para a DCNT.

“De acordo com estudo do Ministé-

rio, que será publicado em breve, existem no país cerca de 100 mil pacientes em diálise ambulatorial sob cobertura do Sistema Único de Saúde (SUS), com uma taxa de mortalidade de 3 para cada 100 mil habitantes – situação que não se alterou na última década”, revelou a dra. Malta. Ela informou também que o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) fará a Pesquisa Nacional de Saúde em 2013, para atualizar informações sobre a epidemiologia dos fatores de risco para a DCNT. “A última pesquisa desse porte foi realizada na década de 1980 e avaliou poucas variáveis”, disse a médica.

Programada para avaliar uma amostra de 80 mil pessoas no território nacional, a pesquisa incluirá como variáveis a antropometria, aferição de pressão arterial e coleta de material biológico. “Graças à argumentação e à insistência da SBN, serão incluídos nesse estudo dosagem de creatinina e exame de

## SBN e Ministério da Saúde firmam parceria

Em reunião no Ministério da Saúde, em Brasília, no dia 5 de dezembro, a diretoria da SBN e o dr. José Eduardo Fogolin Passos, Coordenador Geral de Média e Alta Complexidade do Ministério, firmaram parceria para definir a linha de cuidado da doença renal crônica. “Graças aos esforços da SBN, conseguimos agregar o módulo da doença renal ao plano de enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis”, afirmou o diretor da Sociedade, Lúcio Roberto Requião Moura.

Segundo ele, nas redes temáti-

cas das doenças crônicas estavam incluídas as políticas para oncologia, obesidade, doenças respiratórias e doenças cardiovasculares. “Após uma extensa argumentação, o Ministério concordou em colocar a doença renal como um dos pontos centrais desse programa, modificando, inclusive, o nome para Renocardiovascular”, contou Moura. De acordo com Fogolin, essa parceria será ancorada na coparticipação, na corresponsabilidade e na definição de um calendário de atividades para 2013.

urina, além de avaliação de hemograma, hemoglobina glicada e colesterol”, informou a dra. Malta. A notícia sobre a inclusão dos marcadores de doença renal crônica nessa pesquisa inédita no país animou a plateia, que se manifestou com grande salva de palmas.

### Cobertura nacional

As discussões sobre a implantação de um modelo com maior abrangência, que contemple toda a população brasileira – especialmente os usuários do SUS – foram o ponto alto do encontro. “A interação de setores distintos tem o potencial de gerar debates interessantes, que vão além do campo científico”, complementou o vice-presidente da SBN, Roberto Pecoits-Filho, que integrou a comissão científica do encontro.

Experiências nacionais de programas bem-sucedidos na abordagem de hipertensão e diabetes na rede de atenção primária foram apresentadas pelo Secretário Estadual de Saúde do Mato Grosso, Vander Fernandes, e pelas médicas Ana Maria Cavalcanti e Patrícia Dias Gomes Braz, representantes das secretarias municipais de Curitiba (PR) e São Bernardo do Campo (SP), respectivamente.

Outro destaque do evento foi a conferência proferida pelo professor Eugênio Vilaça, de Minas Gerais. Um dos mais importantes sanitaristas do país, idealizador da reforma sanitária

brasileira e consultor da Organização Panamericana de Saúde e do Banco Mundial, Vilaça discorreu sobre a transição demográfica e epidemiológica que vem ocorrendo no país desde a década de 1920.

“Vivemos uma situação de saúde no século XXI sendo respondida socialmente por um sistema de atenção à saúde de meados do século XX”, afirmou Vilaça. Hoje, segundo o sanitarista, o maior problema epidemiológico do país é a “tripla carga de doença”, com a persistência das enfermidades infecciosas, o aumento da mortalidade por causas externas e o predomínio das doenças crônicas. “Não há como enfrentar o panorama das doenças crônicas, inclusive a DRC, sem organização das redes de atenção à saúde”, reforçou o professor.

### Ação estratégica

Durante o encontro, foram debatidas também questões como estratégias para rastreamento de DRC, com a definição de grupos de pessoas que necessitam de estratificação de risco, e os marcadores de escolha para o diagnóstico da doença. Os profissionais de saúde destacaram a importância da atenção básica e secundária na linha de cuidado da pessoa com DRC para reduzir a progressão da doença, evitando assim a diálise e o transplante.

A preocupação dos nefrologistas

com a DRC como multiplicador de problemas cardiovasculares também ficou evidente nas discussões. “Quando avaliamos os pacientes com DRC no estágio 3, apenas 1,2% vão para a diálise, enquanto 24% morrem de doenças cardiovasculares”, informou Pecoits, que ministrou palestra sobre o tema. “Esses dados são ainda mais alarmantes quando avaliamos os pacientes no estágio 4. Entre eles, apenas 19% vão para a diálise; os outros 46% morrem de enfermidades cardiovasculares”, disse o nefrologista.

No encerramento, o presidente da SBN apresentou as propostas discutidas para a criação do Plano de Atendimento Integral ao Paciente com Doença Renal Crônica. Batizado de Carta de Brasília, o documento será apresentado ao Ministério da Saúde na primeira quinzena de janeiro de 2013, para que sejam traçadas, com base nessas informações, as estratégias para a linha de cuidado da DRC.

“Creio que o governo está seriamente disposto a implantar esse plano e a nefrologia brasileira está pronta para o desafio”, afirmou Pecoits. Segundo ele, o apoio para garantir a prevenção, o diagnóstico e o cuidado do paciente com DRC é fundamental para a nefrologia, pois amplia a atuação da especialidade para milhões de brasileiros. “Isso representa a oportunidade de atuação para o nefrologista e possibilita o tratamento integral dos pacientes, um dos maiores objetivos da nossa especialidade”, complementou.



Eugênio Vilaça: “O maior problema do país é a tripla carga de doença”

## Doença renal na pauta do Ministério da Saúde

Coordenador do Ministério fala sobre a missão de organizar políticas públicas de saúde para aumentar o acesso do paciente à média e alta complexidade no SUS

Paulista, natural de Bauru, o ortopedista e traumatologista José Eduardo Fogolin Passos assumiu, em 2011, a Coordenação Geral de Média e Alta Complexidade do Ministério da Saúde (MS), em Brasília (DF), com a missão de organizar as políticas públicas voltadas para os atendimentos dessa área no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Fogolin vem trabalhando para adequar as atuais demandas existentes para procedimentos de alta e média complexidade, como cirurgias cardíacas e ortopédicas, atendimentos em nefrologia, oftalmologia, oncologia e hemodiálise, entre outros. "O objetivo é facilitar a vida de pacientes que procuram atendimento na rede básica de saúde e são encaminhados para tratamentos especializados

ou daqueles que precisam ser submetidos a cirurgias de alta complexidade, tanto de urgência quanto eletivas, ou dependem de medicamentos de alto custo", afirma o médico.

**Quais são os principais pontos do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT)?**

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) respondem por 72% das causas de morte no país. Em resposta a esse cenário, o MS desenvolveu o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT, 2011-2022, que prevê a implantação de uma série de ações e de metas para os próximos dez anos, visando reduzir em 2% ao ano as mortes prematuras por enfermidades como doenças cardiovasculares (isquêmicas, cerebrovasculares, hipertensão), câncer, doenças respiratórias e diabetes. O plano prevê a melhoria da qualidade de vida dos pacientes, a prevenção de doenças e a redução dos altos custos de atendimento. As ações previstas contemplam a expansão da atenção básica de saúde, a

Foto: Rondon Vellozo/ASCOM - MS



*Fogolin: adequar as demandas e facilitar a vida dos pacientes*

distribuição de medicamentos gratuitos, o estímulo à adoção de hábitos saudáveis na população, o combate ao tabagismo e a formação de parcerias no setor público e o apoio do setor produtivo.

**Já é possível apontar números e pontos positivos desse programa? Quais?**

Alguns programas já apresentam resultados, como o Saúde Não tem Preço, que distribui medicamentos gratuitos para asma, diabetes e hipertensão arterial - 12,8

# Acerte no princípio.

Comece agora a construir o futuro.

**genzyme**  
A SANOFI COMPANY

milhões de pessoas acometidas por essas doenças já foram beneficiadas. Um dos reflexos positivos foi uma leve queda no número de internações de diabéticos depois do início da distribuição dos medicamentos. Antes, as internações vinham em números crescentes. Na perspectiva da atenção à saúde, temos a Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas, com ações de promoção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento e reabilitação. Além da rede, o MS desenvolve estratégias relacionadas à qualidade do atendimento (por meio do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica - PMAQ) e à Qualificação da Infraestrutura das Unidades Básicas de Saúde (UBS). Já está garantido o financiamento para 5.247 reformas de UBS, 5.458 ampliações e 3.966 construções. Destaca-se também a articulação da rede com outros programas do MS, como o Melhor em Casa (atenção domiciliar) e os programas Saúde na Escola e Academia da Saúde.

#### Como a doença renal crônica (DRC) está inserida nesse programa?

A hipertensão arterial não controlada é um dos principais fatores de risco para a DRC. Cerca de 20% da população adulta brasileira tem hipertensão arterial. A doença e o consumo excessivo de sal são fortes fatores de risco para o desenvolvimento da doença renal crônica. O melhor controle da hipertensão arterial, com a distribuição gratuita de medicamentos e o acordo com o setor produtivo para reduzir o teor de sódio nos alimentos, contribui para enfrentar esse problema. O acordo

firmado é voluntário e pretende alcançar até 2020 reduções graduais e sustentáveis nos teores máximos de sódio nas categorias de alimentos processados que mais contribuem para a ingestão do nutriente pela população. Para a redução do sódio já foram realizados três termos dos quatro previstos. Somados os três termos já assinados, a estimativa é de que, até 2020, estejam fora das prateleiras mais de 20 mil toneladas de sódio. Além disso, iniciativas como a Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas possibilitarão melhorias na atenção à saúde das pessoas com doença renal crônica. Em 2013, também está previsto o início da discussão de categorias prioritárias e metas para a redução de gordura nos produtos industrializados, baseando-se na metodologia adotada para a redução do sódio.

#### Este ano, no Dia Mundial do Rim, o Ministério da Saúde anunciou a intenção de criar um Plano de Atendimento Integral para o Paciente com Doença Renal. Quais são as principais diretrizes desse plano?

O MS garante assistência gratuita a toda a população e governa com interfaces federal, estadual e municipal, sob os princípios de universalidade, equidade e integralidade, hierarquização e participação da comunidade. Em junho de 2004, instituiu a Política Nacional de Atenção aos Portadores de Doenças Renais, que tem como objetivo a assistência integral aos portadores de IRC por meio da Terapia Renal Substitutiva, que pode ocorrer em duas modalidades – a hemodiálise e a diálise peritoneal. Esse ano, o MS implementou importantes políticas de enfren-

tamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT). Nesse contexto, foi criado um grupo técnico de trabalho para a construção da Rede de Doenças Crônicas coordenado pelo Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS). Neste momento, serão priorizados na organização da rede os seguintes eixos temáticos, nos quais serão desenvolvidas as linhas de cuidado para as doenças mais prevalentes: doenças renocardiovasculares, obesidade, doenças respiratórias crônicas e câncer. Recentemente foi colocada em consulta pública a Portaria que institui a Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS, a Portaria da Linha de Cuidado do Sobrepeso e Obesidade, a Portaria da Linha de Cuidado da Pessoa com Diabetes Mellitus e a Portaria sobre a Avaliação do Risco Cardiovascular, que visam ampliar a assistência e qualificar o atendimento.

#### Qual é o papel das sociedades médicas na elaboração de políticas públicas?

As sociedades médicas têm o papel fundamental de colaborar e contribuir na elaboração das políticas públicas de saúde, bem como de ser atores para corresponsabilização. Gestores e usuários do sistema refletem juntos sobre as dificuldades e as propostas de melhoria do cuidado. Cabe ao MS e a gestores do SUS finalizar e pactuar a política, bem como mecanismos de financiamento, monitoramento, controle e responsabilidades de esfera de gestão, mas quem aplica essas medidas são os gestores em conjunto com as sociedades médicas.

Anticoagulante | Antimicrobiano | Antibiofilme | Não possui antibiótico

## Citra-Lock™ 30%



### Lançamento!

O Citra-Lock™ 30% é a solução mais completa para o fechamento de cateter de curta e longa permanência em terapias de hemodiálise crônica e aguda. Consulte o seu Representante.

## Balço

SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA (SBN) CNPJ 43.197.615/0001-62			
BALANÇO PATRIMONIAL LEVANTADO EM JUNHO/2012 SEM EVENTOS			
ATIVO		PASSIVO	
<b>CIRCULANTE</b>	<b>659.584,26</b>	<b>CIRCULANTE</b>	<b>40.585,55</b>
<b>Disponibilidades Efetivas</b>	<b>277.660,68</b>	<b>Obrigações Diversas</b>	<b>40.585,55</b>
Bancos	144.689,62	Impostos e Obrigações	980,15
Aplicações	132.971,06	Obrigações Sociais	11.953,03
		Contas à Pagar	2.911,54
		Provisões de Férias/13º Salário/Encargos	24.740,83
<b>Créditos e Valores</b>	<b>381.923,58</b>		
Adiantamento de Despesas	15.231,10		
IRRF à Compensar	130,81		
Valores à Receber	1.467,70		
XXVI Congr. Brasileiro de Nefrologia/2012	181.985,38		
XXVII Congr. Brasileiro de Nefrologia/2014	24.290,00		
12º International Symposium on Urolithiasis	145.626,59		
Empréstimo-Congresso Brasileiro de Pediatria	13.192,00		
<b>ATIVO NÃO CIRCULANTE</b>	<b>1.438.297,09</b>	<b>PATRIMÔNIO SOCIAL</b>	<b>2.057.295,80</b>
<b>Realizável à Longo Prazo</b>	<b>1.161.375,24</b>	Patrimônio Social	1.498.632,36
Aplicações Financeiras	1.161.375,24	Superávit Apurado no Período	558.663,44
<b>Imobilizado</b>	<b>276.921,85</b>		
Tangível	573.128,97		
Depreciação	(301.323,86)		
Intangível	5.116,74		
<b>TOTAL DO ATIVO</b>	<b>2.097.881,35</b>	<b>TOTAL DO PASSIVO</b>	<b>2.097.881,35</b>

## DEMONSTRAÇÃO DO SUPERÁVIT REFERENTE AO PERÍODO DE JANEIRO À JUNHO/2012

SEM EVENTOS			
RECEITAS		DESPESAS	
<b>RECEITAS GERAIS</b>	<b>1.612.572,23</b>	<b>DESPESAS GERAIS</b>	<b>1.053.908,79</b>
Anuidades/Mensalidades	932.804,77	Pessoal	257.102,89
Publicações	489.141,51	Administrativas	467.587,50
Financeiras	45.475,95	Serviços Profissionais-PJ	92.505,06
Diversas	35.500,00	Depreciação e Amortização	16.373,50
Título de Especialista	91.650,00	Impostos e Taxas	10.484,63
Reembolso Sonesp	18.000,00	Financeiras	10.162,97
		Publicações	199.692,24
		<b>Superávit Apurado no Período</b>	<b>558.663,44</b>
<b>TOTAL</b>	<b>1.612.572,23</b>	<b>TOTAL</b>	<b>1.612.572,23</b>

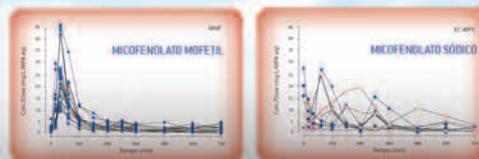
# micofenolato de mofetila

Medicamento genérico lei nº 9.787, de 1999.

**MAIOR ADEQUAÇÃO AO TRATAMENTO COM MENOR VARIAÇÃO FARMACOCINÉTICA<sup>(1)</sup>**

➤ No transplante de órgãos a manutenção adequada da imunossupressão é essencial.<sup>(1)</sup>

➤ A farmacocinética do MMF é menos variável do que a do micofenolato sódico no transplante renal.<sup>(1)</sup>



Distribuição da concentração de ácido micofenólico em transplantados renais.<sup>(1)</sup>

ABRIL DE 2011

SE PERSISTIREM OS SINTOMAS, O MÉDICO DEVERÁ SER CONSULTADO.

**Contraindicação:** em pacientes com hipersensibilidade ao micofenolato de mofetila ou ácido micofenólico. **Interação Medicamentosa:** não se recomenda administração concomitante com azatioprina uma vez que ambos possuem o potencial de causar supressão da medula óssea.

A bula resumida e referências encontram-se no interior desta publicação.





Dr. Edison Souza

# Você sabia?

nº 20

Que a esplenectomia continua sendo usada como parte do tratamento da rejeição aguda em transplantes renais, com anticorpos previamente formados? (*Transplantation*. 2012 Aug 15;94(3):255-62. *Cell population in spleens during antibody-mediated rejection: pathologic and clinical findings*. Tzvetanov I e *Division of Transplantation, Department of Surgery, University of Illinois at Chicago, IL 60612, USA*).

Que o professor Jayme Landmann, ex-presidente da Sociedade Brasileira de Nefrologia, utilizou o rim artificial chamado de Kolff-Brigham, em 1959, no Hospital dos Servidores do Estado do Rio de Janeiro, para tratar intoxicação por barbitúricos? (*Med Cir Farm*. 1959 Apr; 21(276):121-32. *Treatment of acute barbiturate poisoning: dialysis by artificial kidney*. Landmann J, Ribeiro RM, Bedran Y, Vianna T, Gentile A).

Que a espondilodiscite e o abscesso paravertebral têm sido relatados como complicação infecciosa tardia, depois do uso de cateter para hemodiálise? O diagnóstico é dificultado

por desconhecimento e retardo na avaliação tomográfica. As lesões passam a dar sintomas locais semanas depois da bacteriemia aguda. Há dezenas de relatos inseridos no Pub-Med. (*Discitis ou spondylodiscitis and Hemodialysis. Spondylo-discitis in hemodialysis patients: a case series*. Faria B e cols. *Clin Nephrol*. 2011 Nov;76(5):380-7).

Que a nefropatia obstrutiva e a lesão renal têm sido descritas depois do uso humano inadequado da quetamina – potente anestésico para animais? (*Obstructive nephropathy and kidney injury associated with ketamine abuse*. Nicholas M. Selby1, *Oxford Journals Medicine Clinical Kidney Journal Volume 1, Issue 5, Pp. 310-312 Department of Renal Medicine, Department of Interventional Radiology, Derby City Hospital, Derby, UK, nick.selby@nhs.net*)

Que existem relatos isolados de sucesso de reversão parcial da proteinúria nefrótica, em casos de GESF com o uso de galactose por via oral? A explicação para sua ação benéfica é a afinidade da galactose pelo fator de permeabilidade e a consequente diminuição da sua atividade. (*Nephrol Dial Transplant*. 2009 Sep;24(9):2938-40. *FSGS permeability factor-associated nephrotic syndrome: remission after oral galactose therapy*. De Smet E, Rioux JP, Ammann H, Déziel C, Quézin S. *Hôpital du Sacré-Coeur and Université de Montréal, QC, Canada*).



SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA  
Fundada em 1960



## ATA DA TERCEIRA REUNIÃO DO CONSELHO FISCAL DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA – BIÊNIO 2011/2012

Aos seis dias do mês de setembro de 2012, no stand da secretaria da SBN no Centro de Convenções Anhembi, em São Paulo, durante a realização do XXVI Congresso Brasileiro de Nefrologia, reuniram-se os seguintes membros titulares do Conselho Fiscal da SBN: Dr. Nestor Schor, Dr. Valtér Duro Garcia e o Dr. João Cezar Mendes Moreira, presentes também o Dr. Daniel Rinaldi dos Santos, Presidente da SBN, a Dra. Maria Almerinda Vieira Fernandes Ribeiro Alves, Tesoureira da SBN e o Sr. Edeno Teodoro Tostes, contador da SBN. Iniciando a reunião o Senhor Presidente agradeceu a presença de todos e confirmou já ter enviado a todos os presentes os relatórios que serão analisados e passou a palavra para o Senhor Contador. Este esclareceu que na última reunião do Conselho Fiscal, reunido em junho de 2012, aprovou as contas até 31 de março de 2012 e então apresentou o balanço patrimonial levantado em 30 de junho de 2012 com os respectivos relatórios e demonstrações, bem como a Certidão Negativa Conjunta da Receita Federal do Brasil, referente a Tributos Federais e Dívida Ativa da União, a Certidão Previdenciária, o Certificado de Regularidade do FGTS, a Certidão da Secretaria da Fazenda do Estado de São Paulo e da Prefeitura da Cidade de São Paulo. Feita a análise das demonstrações e contando com um superávit neste evento que venha cobrir eventuais déficits da SBN em 2012 e 2013, o Conselho Fiscal aprovou por unanimidade os demonstrativos contábeis apresentados, pois representam a real situação econômico-financeira da Entidade e recomenda sua aprovação pela Assembleia Geral dos Associados. Nada mais havendo a tratar foi encerrada a reunião e lavrada a presente ata que lida e achada conforme segue assinada pelos presentes.

Dr. Nestor Schor

Dr. Valtér Duro Garcia

Dr. João Cezar Mendes Moreira

Dr. Daniel Rinaldi dos Santos

Dra. Maria Almerinda Vieira Fernandes Ribeiro Alves

Sr. Edeno Teodoro Tostes



O sucesso é a soma de pequenos esforços repetidos dia após dia e assim desenvolvemos produtos de alta qualidade e soluções inovadoras que sejam importantes para os cuidados com a saúde.

Informações sobre os produtos:  
medinfobrazilhub@amgen.com

**AMGEN**

ABR/2012

# Lesão renal aguda: os caminhos para combater a doença

Especialista em Nefrologia e Terapia Intensiva, Marcelino de Souza Durão Junior é professor afiliado e responsável pela enfermagem e pela unidade de terapia intensiva (UTI) da Disciplina de Nefrologia da Unifesp, além de membro da unidade de transplante renal do Hospital Israelita Albert Einstein. Nesta entrevista, ele fala sobre a sua experiência no tratamento da LRA, destacando o desenvolvimento de novas terapias e ferramentas para conter o avanço da enfermidade

## **SBN Informa – Quais são as vantagens e as desvantagens dos critérios de classificação da lesão renal aguda (LRA) existentes atualmente?**

*Dr. Marcelino Durão Junior* – Até recentemente, não havia definição consensual nem classificação. Em 2002, um grupo de especialistas (Acute Dialysis Quality Initiative – ADQI) propôs uma definição e uma classificação para a lesão renal aguda (LRA) baseadas na alteração da creatinina plasmática (e da taxa de filtração glomerular correspondente) e/ou do volume urinário, que ficaram conhecidas pelo acrônimo de RIFLE (*Risk, Injury, Failure, Loss, Endstage*). Posteriormente, esse sistema sofreu pequenas modificações, sendo agora denominado de Akin (*Acute Kidney Injury Network*). Os sistemas já foram empregados e validados em diversos cenários em mais de meio milhão de indivíduos. As principais vantagens dessa iniciativa são: permitir

a uniformização dos dados dos estudos epidemiológicos e naqueles intervencionais, facilitar a prática clínica cotidiana e prover uma nova ferramenta para as agências de saúde pública. A maior dificuldade reside no desconhecimento do valor exato da creatinina basal. Durante a instalação do quadro de LRA, há fraca correlação entre o valor da creatinina, o volume urinário e a taxa de filtração glomerular. Dependendo da situação, o indivíduo pode ser categorizado em classes diferentes quando comparamos os dois sistemas. Independentemente dessas dificuldades, os novos critérios de classificação guardam relação direta com o desfecho (principalmente mortalidade) e, talvez, sofram novas modificações e sejam aperfeiçoados ao longo do tempo.

## **SBN Informa – Existem dados novos sobre a epidemiologia da LRA no mundo e no Brasil?**

*Dr. Marcelino Durão Junior* – No Brasil, como em toda América Latina, em especial nas regiões mais carentes, as doenças transmissíveis como diarreia, leptospirose, malária e dengue são ainda causas preponderantes de LRA. Nos grandes centros urbanos, o padrão é muito semelhante ao observado nos países desenvolvidos. A LRA se instala nos indivíduos idosos internados geralmente nas unidades de terapia intensiva (UTI), tendo como principal causa (em aproximadamente 50% dos casos) a sepse. Dependendo da definição utilizada, estima-se que entre 5% e 10% dos indivíduos internados no hospital apresentam LRA. Esses valores atingem de 30% a 60% quando esses pacientes são admitidos nas UTIs. Uma parcela razoável deles necessita de tratamento dialítico. Nas últimas décadas, a incidência da LRA vem aumentando

Foto: Divulgação



*Marcelino de Souza Durão Junior é professor afiliado de Nefrologia da Unifesp*

principalmente no ambiente hospitalar, mas também nas pessoas procedentes da comunidade. No primeiro caso, em virtude dos tratamentos mais agressivos a que os idosos são submetidos e ao aumento expressivo no número de transplantes realizados. No segundo grupo, o uso de novos fármacos e suplementos, drogas ilícitas e andrógenos associados à vitamina D têm se tornado um problema frequente nas unidades de emergência. Até recentemente, predominava o conceito de que a LRA era apenas um indicador de doença grave. Hoje ela é reconhecida

como um dos fatores de risco independentes mais importantes de desfecho adverso. Sua ocorrência aumenta o tempo de internação, os custos, a morbidade e a mortalidade. Estudos atuais indicam que a LRA é também fator de risco para doença renal crônica (DRC) terminal e mortalidade cardiovascular em longo prazo.

### **SBN Informa – Quais são os principais biomarcadores na LRA? Qual é a sua visão crítica sobre seu uso na prática clínica?**

*Dr. Marcelino Durão Junior* – Apesar de descoberta na década de 1960, o interesse pela cistatina C como marcador de filtração glomerular na LRA é bem atual. Alguns estudos mostraram que o aumento dos níveis plasmáticos de cistatina C precede o da creatinina, sendo possível assim detectar mais precocemente a LRA. Vários biomarcadores de lesão tubular foram identificados na urina e também apresentaram o mesmo padrão de precocidade em relação ao aumento da creatinina. Os três mais estudados são o NGAL (*Neutrophil Gelatinase-Associated Lipocalin*), o IL-18 (*Interleucin 18*) e o KIM-1 (*Kidney Injury Molecule 1*). Em algumas situações, a utilização desses elementos permitiu a diferenciação entre LRA pré-renal e LRA renal (necrose tubular aguda), além de prever a necessidade de diálise, mortalidade hospitalar e progressão para DRC. Esses biomarcadores foram estudados inicialmente em populações homogêneas e situações nas quais o tempo de lesão era conhecido, tais como cirurgia cardíaca (especialmente em crianças), transplante renal e nefrotoxicidade por contraste. Nos estudos mais recentes, quando populações mais heterogêneas (UTI) com comorbidades associadas (DM, DRC) foram avaliadas, o desempenho dos novos biomarcadores não mostrou a mesma *performance*. É necessário ainda padronizar o tempo de coleta, o número de medidas e os valores de corte. Talvez, no futuro, o emprego de um painel de biomarcadores, associado a elementos clínicos (volume urinário, número de falências orgânicas etc.), possa melhorar o diagnóstico precoce da LRA, bem como a capacidade de ante-

ver a necessidade de diálise, permitindo assim intervenções mais pontuais.

### **SBN Informa – Quando teremos uma definição sobre qual é a melhor terapia dialítica na LRA: diálise convencional versus diálise contínua?**

*Dr. Marcelino Durão Junior* – Nos últimos anos, os estudos que compararam as duas modalidades não conseguiram mostrar benefício evidente dos métodos contínuos, principalmente se a mortalidade foi o desfecho avaliado. Nos grandes *trials* recentes (estudos ATN e Renal) que avaliaram a dose de diálise convencional versus dose intensiva, os indivíduos com instabilidade hemodinâmica foram direcionados para os métodos contínuos ou semicontínuos (EDD e SLED), o que parece ser uma prática universal. Na minha opinião, indivíduos com choque e disfunção orgânica (especialmente a respiratória – SDRA) devem ser submetidos à diálise contínua e, na sua indisponibilidade, a algum método semicontínuo. Essa tem sido a nossa orientação no Hospital Israelita Albert Einstein. A indicação essencial da terapia contínua é no tratamento de indivíduos com edema cerebral e/ou hipertensão intracraniana. A diálise peritoneal, praticamente negligenciada no tratamento da LRA, ressurgiu recentemente como opção terapêutica. Na prática clínica, não é incomum que o paciente seja submetido inicialmente à diálise contínua na UTI, posteriormente, depois da melhora, realize hemodiálise convencional e receba alta em diálise peritoneal, especialmente aqueles com limitações de locomoção. Portanto, a indicação da modalidade dialítica na LRA dependerá das condições clínicas momentâneas dos indivíduos, dos recursos disponíveis e da expertise e da preferência da equipe que o assiste.

### **SBN Informa – O prognóstico de pacientes com LRA tem-se modificado na última década?**

*Dr. Marcelino Durão Junior* – Vale ressaltar que os sujeitos que cursam com aumentos discretos da creatinina ( $\geq 0,3$  mg/dl) durante a internação apresentam maior taxa de mortalidade quando

comparados àqueles sem alteração da função renal. Ao analisarmos apenas os números, constatamos que a mortalidade hospitalar dos pacientes com LRA e necessidade de diálise permaneceu constante ao redor dos 50%, apesar dos avanços tecnológicos no manuseio desses pacientes. Também é fato que a incidência de LRA isolada vem diminuindo em detrimento daquela associada à sepse e disfunção de múltiplos órgãos. Os pacientes são idosos, estão na UTI, apresentam patologias mais complexas e possuem várias comorbidades. Outro aspecto que chama atenção é o número crescente de indivíduos que sobrevivem e permanecem dependentes de diálise na alta hospitalar (de 10% a 40%).

### **SBN Informa – Quais são as perspectivas futuras?**

*Dr. Marcelino Durão Junior* – O tratamento da LRA é atual e desafiador. Devemos melhorar a qualidade da água para a produção de soluções de diálise e de reposição em tempo real, possibilitando assim o emprego de modalidades híbridas a baixo custo. Novos cateteres (alto fluxo), novas membranas, filtros e automatização de métodos de anticoagulação mais eficientes (citrate) estão em pleno desenvolvimento. O nefrologista necessita adquirir habilidades em relação aos tratamentos extracorpóreos empregados nas diversas situações como sepse, insuficiência cardíaca, doença hepática e hipoxemia da síndrome do desconforto respiratório agudo. Essa interface com a terapia intensiva é fundamental e, cada vez mais, está presente em nossas atividades diárias. Novos sistemas baseados em terapias celulares já se encontram em testes e parecem promissores. Dificilmente uma única intervenção trará impacto tão significativo na redução da mortalidade. Portanto, o julgamento clínico e a individualização do tratamento dialítico são premissas no manuseio da LRA. Essa população de doentes necessita não somente de suporte agudo intensivo e complexo como também de atenção e vigilância constantes em médio e longo prazo. Eles merecem a nossa dedicação.



## 4º Congresso Brasileiro *Multidisciplinar* de Acesso Vascular para Hemodiálise

Sociedade Brasileira de Nefrologia

Sociedade Brasileira de Angiologia e Cirurgia Vascular - SP

Associação Brasileira de Enfermagem em Nefrologia

*Em maio de 2005 plantamos a semente pioneira de reunir num só evento todas as especialidades envolvidas na difícil tarefa de realizar e cuidar dos acessos vasculares para hemodiálise.*

*Após o importante impacto das três primeiras edições, apresentamos o 4º Congresso Brasileiro.*

*Mantendo a mesma filosofia, haverá apresentações numa única sala, enfocando todas as facetas de interesse desse tema de tanta importância.*

APRESENTAÇÃO EM SESSÕES DE PÔSTERES DOS TRABALHOS CIENTÍFICOS E PREMIAÇÃO PARA OS 3 MELHORES COLOCADOS.

**Reserve  
esta data**

**São Paulo** 7/8 JUNHO  
**FECOMERCIO** 2013  
sexta-feira e sábado

**INFORMAÇÕES**

[www.ellubrasil.com.br/eventos](http://www.ellubrasil.com.br/eventos)

Realização



Organização



(11) 3721-9333  
(31) 3231-4155  
(21) 3020-6171

[www.ellubrasil.com.br](http://www.ellubrasil.com.br)

