

GESTÃO DE  
QUALIDADE

ANO 16 / Nº77  
JUN/JUL 2009

DESEMPENHO

# SBN Informa

AGILIDADE NOS  
PROCESSOS

ÓRGÃO OFICIAL DA  
SOCIEDADE BRASILEIRA  
DE NEFROLOGIA

## SBN ADOTA ACREDITAÇÃO INTERNA

CONHEÇA QUAIS SÃO os novos procedimentos que a sociedade desenvolve para se tornar ainda mais eficiente e profissional. A ação é fruto do 1º Encontro de Atibaia que definiu metas para os dois anos de gestão da atual diretoria.

PÁGINAS 8, 9, 10, E 11

JULIO TOPOROVSKI fala sobre o início da nefrologia pediátrica.

PÁGINAS 4 E 5

A NOVA DIRETORIA da SONERJ e seus projetos.

PÁGINA 12

JOVEM NEFROLOGISTA: A experiência de Eduardo dos Anjos na região Amazônica.

PÁGINA 15



Inovando em saúde

Tratar a anemia renal

# ESTABILIDADE da Hb

pode ser um desafio.

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

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

\* Agentes Estimuladores de Eritropoiese

serviço de informações  
0800-7720-292  
www.roche.com.br

Referência: 1. Ebben JP, Gilbertson DE, Foley RN, Collins AJ. Hemoglobin level variability: associations with comorbidity, intercurrent events, and hospitalizations. Clin J Am Soc Nephrol. 2006;1:1205-1210.

Publicação em veículos destinados a profissionais de saúde

JUN/JUL



**PREZADOS COLEGAS.** Estamos na metade do primeiro ano de nossa gestão como diretoria da SBN.

A pauta destes meses foi planejamento e organização, e várias atividades importantes foram iniciadas ou completadas.

A realização do “I Encontro de Planejamento Estratégico da SBN para o Biênio 2009-2010” em Atibaia, no mês de março, foi muito gratificante. Os membros dos departamentos e comitês compareceram maciçamente. Durante dois dias de trabalho árduo e sério, discutiram-se as prioridades e dificuldades de nossa especialidade. Os trabalhos foram finalizados com a confecção de um plano mestre para o biênio, referendado em reunião oficial da Diretoria com os coordenadores de departamentos. Este plano, denominado Carta de Atibaia, está disponibilizado para os sócios interessados e encontra-se em plena evolução.

A estrutura de funcionamento administrativa da sede foi analisada e re-estruturada, facilitando e otimizando o fluxo de trabalho para todos.

A página da WEB foi reformulada e a nova versão, muito mais organizada e amigável, deverá entrar no ar nos próximos dias. Esta reforma, coordenada pela Diretoria e pela Comissão de Informática, continuará nos próximos meses, buscando aprimorar ainda mais este importante recurso.

A Diretoria contratou um escritório de advocacia com experiência em sociedades científicas para assessoria permanente na análise de contratos e nas demandas específicas do Departamento de Defesa Profissional.

Continuamos participando, em conjunto com a ABCDT, de reuniões em Brasília juntamente a ANVISA e ao MS, para discussão de modificações nas Resoluções RDC 154/2006, RDC 50/2002 e RDC 08/2001.

Contratamos, depois de muita negociação, os serviços da prestigiada Editora Elsevier para editoração do JBN. O plano é ambicioso, e em médio prazo, o alvo é a indexação do nosso Jornal no PubMed. Para tanto, o apoio de todos os nossos associados, enviando artigos e servindo como revisores, é absolutamente essencial.

Tivemos a oportunidade de constatar a pujança científica de nossa sociedade em dois excelentes eventos, o XIII Congresso Mineiro de Nefrologia, realizado em Ouro Preto, e presidido pelo Dr. Sérgio Wyton L. Pinto; e o XIV Congresso Brasileiro de Nefrologia Pediátrica, realizado em Porto Alegre, e presidido pela Dra. Clotilde Druck Garcia. Ambos primaram pela excelência científica e pela organização, tendo sido muito elogiados pelos participantes.

A Educação Médica Continuada já foi ativada no nosso “site” da internet, coordenada pelos colegas Pedro Gordan e Maria Almerinda Alves. Esta atividade será fortemente apoiada e estimulada e deverá crescer bastante nos próximos meses.

O planejamento do nosso próximo Congresso Brasileiro encontra-se em plena atividade, com grande interação entre a Comissão Local e a Diretoria. O entusiasmo é grande, e Vitória é uma capital com um nome muito apropriado para a comemoração dos 50 anos de nossa Sociedade.

Um grande abraço a todos,  
*Emmanuel Burdmann*

## ATIVIDADES da Diretoria

03 DE JUNHO • SBN • 10:00 - Diretoria recebe Sra. Marisa Saphir.

• SBN • 11:00 - Diretoria da SBN recebe o Dr. José Luis Bevilacqua para firmarem apoio da SBN para III Congresso de Acesso Vascular.

• SBN • 13:00 - Advogado Dr. Machado do Escritório CONAF Contador da AMB

08 DE JUNHO • SBN • 13:00 - Diretoria da SBN recebe as Dras. Clotilde e Vandréa para encerramento contábil do Congresso de Nefrologia Pediátrica.

19 DE JUNHO • SABESP • 14:00 - Drs: Daniel e Rodrigo reúnem-se na SABESP para discutir sobre a Microcistina.

22 DE JUNHO • SBN • 12:00 - Diretoria Executiva recebe a editora Elsevier para firmar contrato com a SBN para execução dos serviços de editoração do JBN.

• SBN • 13:00 - Diretoria recebe o Dr. Eduardo Rocha (Presidente da Regional do Rio de Janeiro) para tratarem do Programa Donor Action.

• SBN • 14:00 - Diretoria recebe Dra. Gianna (Coordenadora do Comitê de Prevenção de DRC) e a Genzyme para tratarem sobre a Campanha Previna-se.

• AMB • 15 as 18h - Dr. Daniel Rinaldi se reúne com o Conselho Científico da AMB.

25 DE JUNHO • SBN • 11:00 - Dr. Rodrigo Bueno e Dr. Daniel Rinaldi concedem entrevista à jornalista do SBN Informa.

26 DE JUNHO • SBN • 14:00 - Drs. Pedro Gordan e Almerinda Alves (Coordenadores da Educação Médica Continuada) reúnem-se na SBN com os Drs. Daniel e Rodrigo, Sra. Silvia Abensur e Marcos Inocenti para tratarem de assunto referente ao projeto de EMC.

29 DE JUNHO • SBN • 15:00 - Diretoria recebe Dra. Denise Diniz do Comitê de Equipe Multiprofissional em Nefrologia.

## 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.sbn.org.br

**Secretaria:** Adriana Paladini, Jailson Ramos e Rosalina Soares

## DIRETORIA NACIONAL

**Presidente:** Emmanuel de Almeida Burdmann

**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, RECICLAGEM 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*

## Consulta Prima

Notícias que afetam a prática médica

### Dipiridamol mantém enxerto arteriovenoso pérvio

O tratamento com dipiridamol e aspirina mantém enxertos arteriovenosos de pacientes em hemodiálise pérvios por mais tempo, de acordo com um ensaio randomizado e controlado por placebo publicado na última edição do New England Journal of Medicine.

De acordo com o primeiro autor do artigo, Bradley Dixon, da Universidade de Iowa, nos EUA, não existem tratamentos que previnam a disfunção do enxerto. “O dipiridamol pode ser uma terapia promissora, em função de seu efeito vascular antiproliferativo”, escreve.

No ensaio, 649 pacientes em hemodiálise foram recrutados em 13 centros dos EUA. Após receber o enxerto, os pacientes foram randomizados para receber placebo ou dipiridamol (200 mg duas vezes ao dia) e aspirina (25 mg duas vezes ao dia).

Os pacientes foram tratados durante 4,5 anos e acompanhados por um total de cinco anos. No período, os pacientes do grupo experimental apresentaram um risco 18% me-

nor de ter um enxerto impérvio do que os pacientes no grupo-controle (redução do risco absoluto de 5%, de 28% para 23%). O ocorrência de enxerto impérvio foi definida como trombose ou procedimento (radiológico ou cirúrgico) para melhorar a função do enxerto.

Não houve diferenças significantes na mortalidade ou nas taxas de hemorragias ou de outros efeitos adversos.

“O ensaio traz várias implicações importantes”, escreve em editorial Charmaine Lok, da Universidade de Toronto, no Canadá. De acordo com ela, trata-se de um de um benefício clínico claro, embora modesto.

“O tratamento parece ser uma intervenção amplamente aplicável e de baixo risco que pode manter os enxertos pérvios por um período maior”, conclui.

Dixon BS, Beck GJ, Vazquez MA et al. Effect of Dipyridamole plus Aspirin on Hemodialysis Graft Patency. N Engl J Med 2009;360:2191-201.

A telmisartana não previne a disfunção renal de pacientes com doença cardiovascular ou diabetes mas que ainda

não apresentam proteinúria, segundo artigo com co-autoria brasileira publicado nos Annals of Internal Medicine.

É errado concluir que um aumento na pressão arterial de pacientes em tratamento com anti-hipertensivos deve-se a dosagens insuficientes e que a terapia deve portanto ser intensificada. Segundo artigo do British Medical Journal, para cada aumento real na pressão arterial, há 39 aumentos falso-positivos.

O implante de stent em artéria renal estenosada não traz nenhum benefício clínico claro e está associado a efeitos adversos graves, conclui um ensaio prospectivo, randomizado dos Annals of Internal Medicine.

▶ Leia os resumos completos, em português, em [www.consultaprima.com.br](http://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 - 2009 / 2010

### AGOSTO

**5 a 8** • Inter-American Society of Hypertension XVIII Scientific Sessions  
XVII Congresso da Sociedade Brasileira de Hipertensão  
XVIIIth Scientific Sessions American Society of Hypertension  
Centro de Convenções Expominas  
Belo Horizonte – MG  
Informações: Congress eventos (31) 3273.1121  
e-mail: [patricia.horta@congresseventos.tur.br](mailto:patricia.horta@congresseventos.tur.br)  
Site: [sbh.itarget.com.br](http://sbh.itarget.com.br)

**18 a 21** • NEFROUSP 2009  
Grande Auditório do Centro de Convenções Rebouças XVII  
São Paulo  
telefones: (11) 5548- 3372 ou 5687-2358  
Inscrições pelo site: [www.nefrousp.org.br](http://www.nefrousp.org.br)

### SETEMBRO

**16 A 19** • XVI Congresso Argentino de Nefrologia  
IX Congresso para Enfermeiros en Nefrologia  
Mar del Plata - Buenos Aires - Argentina  
Site: [www.san.org.ar/congreso09](http://www.san.org.ar/congreso09)

**23 a 26** • XV Congresso Paulista de Nefrologia  
XII Congresso Paulista de Enfermagem em Nefrologia  
Convention Center  
Campos do Jordão - SP  
Inf. e Insc.: Ascon Congressos  
Site: [www.asconcongressos.com.br](http://www.asconcongressos.com.br)  
e-mail: [ascon@asconcongressos.com.br](mailto:ascon@asconcongressos.com.br)

### OUTUBRO

**13 a 17** • XI Congresso Brasileiro de Transplantes  
VIII Congresso Luso-Brasileiro de Transplantes  
X Encontro de Enfermagem em Transplantes  
Fórum de Histocompatibilidade da ABH  
Centro de Convenções de Pernambuco  
Recife - PE  
Inf.: [congresso@eventussystem.com.br](mailto:congresso@eventussystem.com.br)

**22 a 24** • II Congresso Sul Brasileiro de Nefrologia  
Teatro Carlos Gomes  
Blumenau - SC  
Site: [www.ccmeventos.com.br/nefro](http://www.ccmeventos.com.br/nefro)

**27 de outubro a 1 de novembro** • I Renal Week 2009 -  
San Diego, CA  
42nd Annual Meeting & Scientific Exposition  
San Diego Convention Center, San Diego, CA  
American Society of Nephrology  
1725 I Street, NW  
Suite 510  
Washington, DC 20006  
tel: 202-659-0599  
fax: 202-659-0709  
email: [asn-online.org](mailto:asn-online.org)

### JUNHO DE 2010

**25 a 28** • XLVII ERA-EDTA Congress  
Munich – Germany  
Site: [www.era-edta.org](http://www.era-edta.org)

## DR. JÚLIO TOPOROVSKI: um pioneiro da nefrologia pediátrica.



*Júlio Toporovski foi convidado para proferir a palestra inaugural do último XIV Congresso de Nefrologia Pediátrica, o que significou uma homenagem em reconhecimento a sua carreira dedicada a esta especialidade. Hoje, aos 79 anos, o médico é um dos pioneiros desta área ainda em atividade.*

*Formado em 1955 na Escola Paulista de Medicina, Toporovsky iniciou a carreira médica na pediatria, mas já no início da década de 60 – quando a nefrologia dava seus primeiros passos no Brasil – ingressou na área de tratamento renal. De lá para cá, testemunhou o desenvolvimento da especialidade e conseguiu formar uma centena de médicos que hoje trabalham em grupos de nefrologia pediátrica em diversas capitais do país.*

*O desafio, agora, é fazer com que a especialidade chegue até as médias cidades brasileiras. Nesta entrevista, Toporovski fala sobre as dificuldades do início da carreira e afirma que depois destes 40 anos em atividade ainda sente a falta de atenção do SUS às especificidades do atendimento a crianças renais.*

**Professor, como o senhor se interessou pela nefrologia?** A nefrologia infantil surgiu como uma especialidade quando o hospital geral em que eu trabalho, a Santa Casa, na sua área de pediatria, começou a promover subdivisões do setor, em meados da década de 60 – na medicina a criação de subespecialidades era algo que já vinha acontecendo há quase uma década no exterior. E eu, como pediatra que já cuidava de crianças portadoras de doenças renais, fui convidado para constituir um grupo que ficaria responsável apenas por esta atividade, no hospital.

Esse grupo floresceu pouco tempo depois com o surgimento da faculdade.

**Como foi o início do trabalho?** Como o movimento na Santa Casa era muito amplo, pois não havia outras unidades – em São Paulo apenas três locais atendiam crianças pobres: Santa Casa, Hospital das Clínicas e Hospital São Paulo – esse grupo num primeiro momento prestava um atendimento ambulatorial e hospitalar. Mas depois com o desenvolvimento da nefrologia no resto do País, a partir da década de 60, esse grupo começa a mergulhar na subespecialidade a partir do V Congresso Brasileiro de Nefrologia, realizado em São Paulo, presidido por Oswaldo Ramos.

Dois serviços apresentaram trabalhos na ocasião: nós,

da Santa Casa e o grupo do Hospital das Clínicas, cujo o titular era Andrenik Manasejan.

**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 nefrite purpúrea em criança. Foi o primeiro no Brasil que apresentou isso. Mostrávamos os trabalhos de casuísticas. Então tínhamos muitos doentes com nefrose e avaliamos 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.

**Quais foram os maiores desafios para instalação do serviço?** Isso variou de acordo com a filosofia de cada hospital. Em outras palavras: precisa ver se tal hospital esteve com vontade de investir nessa área. Exemplo: todo mundo sabe que a Beneficência [Beneficência Portuguesa] investiu demais na área de cirurgia cardíaca. A Santa Casa nos deu muito apoio na parte clínica, mas quando chegou a fase de investir nos casos renais crônicos finais, até hoje temos dificuldades. Nós não conseguimos desenvolver uma unidade. Nosso número de transplantes é de um a dois por mês, o que é pequeno. E temos, somente em nosso ambulatório de renais crônicos, 70 ou 80 doentes que matematicamente vão, talvez, necessitar de transplante ou tratamento dialítico. E mesmo no tratamento dialítico, onde conseguimos fazer alguma coisa, é através da diálise peritoneal.

Na hemodiálise não temos uma unidade porque não foi prioridade da Santa Casa desenvolver esta unidade. Eles sempre nos apoiaram bastante na parte clínica, para atender o doente, quando possível fornecem todos os remédios, mas quando chegou na fase final, que é muito importante na nefrologia, não foi filosofia do hospital desenvolver isso.

**E como o senhor avalia essa dificuldade?** Podíamos ter conseguido atender um volume maior de crianças. Hoje ficamos sem ter

*“O SUS não diferencia, do ponto de vista do repasse de verbas, crianças e adultos no tratamento renal. Mas, as crianças requerem mais cuidados, por isso, o atendimento é mais caro”.*

possibilidade de acomodar todos os menores doentes. E torna-se muito difícil transferi-los, o que é um problema sério na nefrologia.

A questão é que as unidades de hemodiálise não têm boa vontade de atender as crianças. É que o SUS não diferencia, do ponto de vista do repasse de verbas, crianças e adultos no tratamento renal e elas requerem mais cuidados por isso o atendimento é mais caro.

**Que tipo de cuidados?** A via de acesso é mais delicada e precisa de enfermagem especializada em crianças. Não é só o aparelho, é a assistência, a criança tem mais intercorrências. Tanto que uma das minhas reivindicações no último Congresso [XIV Congresso de Nefrologia Pediátrica] é que toda a unidade que atende criança em programa de diálise deve ter um nefrologista pediatra acoplado e não pode recusar o atendimento de criança.

**Como o senhor avalia a questão do repasse da tabela do SUS?** Dizem as autoridades que o cobertor é curto para cobrir toda a demanda. Se pagarem mais para um doente, que é mais caro naturalmente, esse problema seria resolvido, sim.

**E demanda era muito grande na Santa Casa?** O nosso serviço sempre se caracterizou por três pilares. Primeiro o atendimento a população. Para que isso ocorresse precisaríamos criar ambulatorios especializados, o que fomos desenvolvendo. O último grupo que constituímos, por exemplo, foi o atendimento de crianças com bexiga neurogênica. Esse grupo criado há dez anos começou a atender 100 crianças, mas hoje estamos com 700. É um grupo completamente desassistido, importante porque esses doentes quando não são bem atendidos na parte nefrológica, vão constituir um percentual de 6% de transplantados, que tiveram que se submeter a operação por conta dessa doença. Poderia ser de 0% como é no exterior se eles estivessem assistidos em uma unidade especializada.

**Quais seriam os outros pilares?** Além da parte de atendimento, na qual procuramos atender o máximo de crianças possível, temos uma segunda atividade que é a de formação de novos especialistas. Formei mais do que uma centena nestes 40 anos de atividade.

Sempre procuramos formar pessoas que fazem treinamento e que depois levam a especialidade para todos os estados do Brasil. Temos profissionais que fizeram o aperfeiçoamento com a gente e que estão no Pará, no Amazonas, em todos os estados do nordeste. Eram colegas que se aperfeiçoaram e que no seu habitat desenvolveram grupos de nefrologia naquela região.

Uma das metas da nefrologia infantil no momento é que não seja mais localizado apenas nas grandes capitais. Por exemplo: temos um grupo importante no Recife, mas que não é suficiente para dar conta de todo o estado de Pernambuco. Temos

que desenvolver serviços em médias cidades para que o doente não tenha que se deslocar em grandes distâncias. O meu sonho é que haja estruturas para atender a criança nefropata próximo do seu habitat. Muitas famílias chegaram a se mudar para São Paulo para poder contar com o atendimento.

**E o terceiro?** O terceiro é a parte de ensino, propriamente dita por conta da Faculdade de Medicina da Santa Casa de São Paulo, na qual ainda leciono, e acoplado a isso tudo uma parte de pesquisa.

O nosso grupo está fazendo mais pesquisa com enfoque clínico. O forte do nosso serviço sempre foi a anatomia patológica, mas agora já começamos a desenvolver a parte de biologia molecular.

**Quais são os tipos de doenças renais que a criança pode apresentar e como a nefrologia pediátrica pode impedir o avanço das mesmas?** Hoje, metade do atendimento do nosso serviço é voltado para a parte de infecção urinária, o que é perfeitamente controlável e o prognóstico é bom. Neste aspecto calcula-se que talvez menos de 5% dessas crianças vão ter doenças graves do rim. Mas, dentro deste capítulo também há crianças com problemas de infecção acompanhado por processo de má formação.

No Brasil, a primeira causa de insuficiência renal grave, que leva a diálise, até pouco tempo atrás, era um processo mal formativo do rim, chamado, às vezes, de nefropatias de refluxo, rim hipoplásicos, displásicos e etc... Tudo isso do ponto de vista estatístico é considerado uma coisa só. E as glomerulopatias e essas no momento, me parecem estar em primeiro lugar. Pois, as mesmas não podem ser evitadas, infelizmente.

O que pode ser evitado é a fase de pré-insuficiência mais prolongada. Hoje, do ponto de vista genético, conhece-se os genes que determinam a má formação do rim do indivíduo, mas evitar isso é muito difícil, mudar o patrimônio genético é complicado.

**Como o senhor vê a nefrologia pediátrica no futuro?** A nefrologia é uma especialidade muito importante e no futuro vamos ter novos horizontes como tratamentos mais adequados para os renais crônicos e a possibilidade de detectar a doença mais precocemente. Também, contaremos com esquemas terapêuticos que preservem a reserva de rim, evitando as doenças mal formativas – o que passa a ser a medicina do futuro.

Hoje sabemos que, por exemplo, dentro do manancial de crianças com síndrome nefrótica existem algumas que são geneticamente pré-determinadas. Já há nove variantes de nefroses geneticamente determinadas. Então, se alguém fizer um estudo genético nos pais, poderá saber a possibilidade estatística de o filho ter as chamadas nefroses congênitas. Então, o futuro vai por aí. Vai pela genética e evidentemente a biologia molecular em que você vai ver o gen que está determinando uma certa doença. ●

# DOENÇA RENAL E GESTAÇÃO

## COM DR. CLÁUDIO LUDERS



**P**ara algumas mulheres a maternidade é um desejo tão importante que mesmo consciente dos possíveis riscos maternos e fetais, inerentes a uma gestação em paciente com nefropatia, muitas optam por engravidar. Felizmente, para o nefrologista, a fertilidade da paciente com disfunção renal reduz-se de forma acentuada e progressiva à medida que se deteriora a função renal. É fundamental para a paciente com insuficiência renal crônica, nos diferentes estágios, conhecer os riscos envolvidos com uma possível gestação a fim de poder decidir, de forma consciente, seu planejamento familiar.

Existem dois momentos na história natural da paciente com nefropatia onde os riscos de uma gestação são muito menores para a mãe e o feto. O primeiro, ocorre na fase de tratamento conservador com creatinina sérica até 1,2 mg/dl; o segundo após 1 a 2 anos de transplante renal. Na literatura médica encontramos evidências suficientes para afirmar que gestantes com creatinina de até 1,2 mg/dl, independentemente da doença renal de base, apresentam baixo risco de perda de função renal pela gestação. (1) A presença de HAS, antecedendo a gestação, não implica em maior risco de progressão da nefropatia ao longo da gestação, no entanto, as pacientes com hipertensão arterial têm maior risco de evoluir com preeclâmpsia e, desta forma, têm pior prognóstico fetal.

Recentemente, demonstrou-se que a presença de proteinúria de 24 horas, inferior a 1,0 grama, constituía-se em outro marcador prognóstico importante. Mulheres com depuração de creatinina maior que 40 ml/min e proteinúria de 24 horas inferior a 1,0 g por dia ante-

cedendo a gestação não apresentaram piora da função renal com a gravidez. Diferentes guidelines e trabalhos de revisão, sobre o tema nefropatia e gestação sugerem o valor de creatinina de até 1,5 mg/dl, como limite máximo, para uma gestação com baixo risco de progressão da disfunção renal. A gestação em paciente com nefropatia deve ser sempre considerada como de alto risco. Apesar da gestação poder evoluir sem perda acelerada da filtração glomerular, a mãe continua exposta a um risco de até 50% de apresentar preeclâmpsia. Na população geral a incidência de preeclâmpsia é de 6 a 8%, na gestante com nefropatia, além do risco até 8 vezes superior, geralmente, esta patologia é mais grave e precoce, implicando em grande risco de prematuridade. Quanto mais grave a disfunção renal maior o risco de um parto prematuro, chegando ao extremo de 80% de prematuridade para pacientes gestantes em diálise. A partir de 1,2-1,5 mg/dl de creatinina o risco de perda de função renal com a gestação não está estabelecido. Para pacientes com creatinina >2,0 mg/dL este risco é de pelo menos 40%, sendo provavelmente maior ainda para pacientes com nefropatia diabética e lúpus.

Na orientação do planejamento familiar é fundamental sempre abordar o casal. Tanto o pai quanto a mãe devem estar cientes dos riscos envolvidos. Para a segurança do médico, que muitas vezes é cobrado pelo resultado da gestação, e para a segurança da paciente com nefropatia sugiro utilizar, como limite superior de uma gestação com baixo risco de progressão, o valor de creatinina de 1,2 mg/dl. Algumas ex-

ceções podem ser feitas para pacientes aderentes, normotensas e que tenham proteinúria menor de 1,0 g/24 hs, onde o limite superior de creatinina poderia ser 1,5 mg/dl.

O outro momento propício para a gestação ocorre após o primeiro ano do transplante renal. A fertilidade da paciente transplantada, habitualmente, retorna ao normal. Nesta fase é muito importante orientação sobre planejamento familiar, sob o risco de inúmeras gestações não desejadas e que não apresentem condições propícias para uma evolução favorável. Como linha geral podemos definir que pacientes com mais de 1 ano de transplante renal, sem episódios de rejeição recente, com dose de imunossupressores estabilizada, sem evidência de infecções com potencial teratogênico, com creatinina até 1,5 mg/dl (preferencialmente <1,3 mg/dl), proteinúria inferior a 0,5 gramas em 24 horas e sem sinais de obstrução de via urinária ao ultrassom, tem baixo risco de perda de função induzida pela gestação. Pode-se usar com segurança os seguintes imunossupressores: corticóide, azatioprina, ciclosporina e tacrolimus.


Nos últimos anos, observamos aumento importante da frequência de gestações em diálise. A utilização de eritropoetina tem, provavelmente, papel acentuado na melhora da fertilidade nesta população. Desde 1988, acompanhamos mais de 60 gestações em paciente em diálise no Hospital das Clínicas da FMUSP. Utilizamos, nos últimos 9 anos, protocolo constituído de hemodiálise diária de alto fluxo e alta eficiência com duração entre 1,5 e 3,0 horas, 6 vezes por semana.

Obtivemos sucesso em 90% das gestações, apesar de ainda observarmos grande número de fetos prematuros. Alguns fatores prognósticos foram identificados por análise multivariada. Assim, devemos manter a uréia pré-hemodiálise inferior a 75 mg/dl, a dose mínima de diálise de ser suficiente para atingirmos um standard (std)Kt/V de 2,5. Este valor corresponde a um Kt/V de single-pool de 0,7 por sessão, com duração de 120 minutos e com 6 sessões por semana. O hematócrito deve ser mantido acima de 28% no terceiro trimestre e devemos tratar o aparecimento de polihidrânio com o aumento da dose de diálise. Geralmente, aumentar o tempo de diálise em 30 minutos é suficiente para normalizar o volume de líquido amniótico. Demonstrou-se, também, que a presença de preeclâmpsia constituía-se no principal fator prognóstico. As pacientes que evoluíram com preeclâmpsia tiveram sucesso de apenas 60%, com 80% dos fetos prematuros extremos (idade gestacional inferior a 30 semanas). Atualmente, apenas duas medidas demonstraram eficácia discreta na redução da incidência de preeclâmpsia: o uso precoce de dose baixa de aspirina e a suplementação de cálcio para populações com alto risco de preeclâmpsia e baixa ingestão de cálcio, respectivamente. Desta forma, sugerimos a utilização tanto da aspirina, quanto da suplementação com cálcio na pacientes gestantes com insuficiência renal crônica, uma vez que, ambas as medidas apresentam baixo risco de complicações. Não existe diferença de resultado fetal utilizando-se hemodiálise ou diálise peritoneal, sugere-se, desta forma, que as pacientes mantenham o método dialítico que vinham utilizando. Habitualmente, deve-se elevar a dose

de eritropoetina em 50-100%, para manter os níveis de hemoglobina adequado. Para a maioria das pacientes ocorre ganho de peso de 1,0-1,5 Kg no primeiro trimestre e de 400-500 g por semana no segundo e terceiro trimestres. Adequação do banho é individual com atenção especial para Na, K, Ca, PO<sub>4</sub> e bicarbonato.

Com o aumento observado da frequência de gestações em pacientes em tratamento dialítico devemos incorporar a orientação sobre planejamento familiar a todas as pacientes em idade fértil. A literatura não nos fornece dados conclusivos sobre qual a melhor opção de contracepção para pacientes com nefropatia. Desta forma, todas as recomendações descritas são baseadas, basicamente, em opiniões pessoais. A utilização de métodos de barreira (preservativo) é, sem dúvida, a que apresenta menores efeitos colaterais e fornece, ainda, proteção contra doenças sexualmente transmissíveis (dupla proteção). Para as pacientes em diálise, onde a fertilidade é muito baixa, o uso de preservativo é, provavelmente, o método ideal. Os contraceptivos combinados (estrógeno e progesterona) têm pouca utilização na prática clínica por suas inúmeras contra-indicações para



pacientes com disfunção renal. Habitualmente, a contracepção hormonal é feita com medicações que apresentam, exclusivamente, progestógenos em sua composição. Praticamente, não se indica a utilização de dispositivos intra-uterinos de cobre (DIU), são ineficazes para as pacientes transplantadas e implicam em aumento do fluxo menstrual para mulheres em diálise. Uma opção teórica seria a utilização de DIU com progesterona, infelizmente, inexistem dados na literatura da segurança deste método para pacientes com nefropatia. 

## REFERÊNCIAS

### 1. Influence of pregnancy on the course of primary chronic glomerulonephritis.

Jungers P, Houillier P, Forget D, Labrunie M, Skhiri H, Giatras I, Descamps-Latscha B. *Lancet*. 1995 Oct 28;346(8983):1122-4.

### 2. Pregnancy in CKD stages 3 to 5: fetal and maternal outcomes.

Imbasciati E, Gregorini G, Cabiddu G, Gammara L, Ambroso G, Del Giudice A, Ravani P. *Am J Kidney Dis*. 2007 Jun;49(6):753-62.

### 3. Pregnancy after kidney transplantation.

McKay DB, Josephson MA. *Clin J Am Soc Nephrol*. 2008 Mar;3 Suppl 2:S117-25.

### 4. "Diálise: Tratamento dialítico de mulheres grávidas."

João Egidio Romão Junior. *JBN* 2001;23(1): 49-54

# SOCIEDADE COM UMA VISÃO MAIS EMPRESARIAL

*SBN inaugura um Processo de “Acreditação Interna”, similar ao de muitas empresas no mercado; a idéia é tornar a entidade pronta para os novos desafios do século 21.*

**P**restes a completar 50 anos de existência, que será comemorado em 2010, a Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN) adota um modelo organizacional típico das empresas mais sérias do mercado com o objetivo de estar pronta para novos desafios e demandas deste início de século 21. A nova diretoria da entidade, presidida pelo Prof<sup>o</sup>. Dr. Emmanuel Burdman, está em pleno processo de “Acreditação Interna”, visando qualificar e profissionalizar as atividades da Sociedade.

Tal filosofia é comum no mercado empresarial e é utilizada em algumas Sociedades médicas entre elas a Associação Brasileira de Alergia e Imunopatologia (ASBAI) que tem em seu quadro executivo uma Diretoria de Acreditação. De maneira similar, a SBN também criou seu Comitê de Acreditação, liderado pelos Secretário-geral, Dr. Daniel Rinaldi dos Santos e pelo Primeiro-secretário, Dr. Rodrigo Bueno de Oliveira. Eles são os responsáveis por garantir que todo este processo seja implantado.

## ENTENDENDO ESSA TENDÊNCIA

A Acreditação é a gestão de um conjunto de processos que visa garantir a qualidade da assistência prestada a clientes e parceiros, o que passa pela elaboração de padrões previamente definidos e adequados à realidade de qualquer empresa. De acordo com Rodrigo Bueno de Oliveira, entre outras coisas, a acreditação constitui-se de programa de educação e de melhorias contínuas. “Temos que dar transparência e segurança aos nossos clientes internos e externos na busca pela melhor eficiência de nossos processos, o que significa acreditar, dar credibilidade e reconhecer a eficiência

dos serviços de uma Instituição”, explica Bueno.

## COMO ESTA SENDO APLICADO

A Sociedade passa a trabalhar seguindo um o ciclo do PDCA, sigla de “Plan, Do, Check e ACT” (veja cada um dos passos no Box). E o que isto significa? O PDCA é um ciclo de desenvolvimento que tem foco na melhoria contínua. A tradução destas quatro palavras são: Planejamento, Execução, Verificação e Ação.

Na prática isso significa que o trabalho está sendo otimizado e aprimorado, sendo eliminadas as situações em que uma atividade precisar ser refeita. “Ao evitar situações de retrabalho, permitimos aos colaboradores mais tempo para poder criar e colocar suas idéias em prática, produzindo com mais qualidade e eficiência”, afirma Bueno. “O ciclo começa pelo planejamento, em seguida a ação ou conjunto de ações planejadas são executadas, checa-se o que foi feito e se estava de acordo com o planejamento (ciclicamente)”.

## CONHECENDO OS PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS PADRÃO (POP'S) DA SBN

O POP é uma descrição detalhada de todas as operações necessárias para a realização de uma atividade, ou seja, é um roteiro padronizado de cada um dos processos internos. A iniciativa resulta na sistematização das rotinas e dos fluxos de processos da entidade. A somatória disso gera um Manual de Procedimentos que deve ser periodicamente revisado e atualizado. “Registrando todos os processos também criamos uma Memória Institucional da SBN que faci-



BUENO E RINALDI: TRANSPARÊNCIA E EFICIÊNCIA NOS PROCESSOS

litará o trabalho das gestões futuras”, explica Bueno. Dr. Daniel Rinaldi ressaltou que toda a Diretoria Executiva também está desenvolvendo os seus POPs. “Isto visa padronizar e dar mais transparência aos processos”, diz.

## FILOSOFIA DE TRABALHO

Esta mudança na filosofia de trabalho desencadeia uma série de ações para um diagnóstico dos procedimentos e dos processos internos, o que permite organizar os trabalhos e definir metas a cumprir. Depois de algum tempo cada tarefa é reavaliada pela monitorização de indicadores. “Os resultados serão notados pela melhora do atendimento aos nossos sócios. Pois, tenho a certeza que será um atendimento mais direcionado, com muito mais eficácia”, diz Dr. Daniel.

Segundo o Dr. Rodrigo tudo isso faz parte de um processo contínuo que tem data para começar, mas não tem data para acabar. “Eu considero que o nosso pontapé inicial foi o 1º Encontro de Planejamento Estratégico realizado em Atibaia, que elaborou um plano inicial para uma gestão de qualidade.”, explica. Veja mais sobre o encontro na página 10.



**MATURIDADE**

A acreditação interna é evidência de uma fase de maturidade da Sociedade Brasileira de Nefrologia, segundo o secretário geral Dr. Daniel Rinaldi dos Santos. Segundo ele, é importante registrar que a Sociedade cresceu ao longo destes anos e adquiriu robustez suficiente para dar este passo adiante. “Inclusive, até os funcionários já perceberam a necessidade de se aprimorar para dar um salto de qualidade”, conta Rinaldi.

Em sua totalidade, a SBN demonstrou um histórico de evolução muito importante para chegar neste momento de transformação.

É importante ressaltar, que na opinião do primeiro-secretário, Dr. Rodrigo Bueno de Oliveira, a Acreditação Interna só está sendo possível devido ao trabalho realizado pelos seus antecessores. “O fato de a Sociedade já apresentar uma estrutura consolidada, com muitas rotinas já estabelecidas e com uma boa saúde financeira, nos possibilita avançar mais um passo a caminho de uma gestão mais voltada para o lado empresarial da Sociedade”, enfatiza Bueno.

**TRABALHO EM EQUIPE**

A Acreditação da SBN visa aproximar os funcionários da Diretoria. Tem como meta fazer o funcionário entender

a importância dele em todos os processos, o que agrega em crescimento profissional de todos os envolvidos. “Não se faz uma gestão de qualidade sem a participação dos funcionários. Esta cooperação em relação a este desafio é muito importante. Não adianta termos boas intenções sem ter um objetivo comum”, enfatiza Dr. Daniel.

Para concluir o Dr. Rodrigo assegura que “a gestão de qualidade envolve desde o profissional da área da limpeza até o presidente da SBN. Todos trabalham empenhados na mesma intensidade, cada um na sua área específica, realizando um trabalho em conjunto, um trabalho coletivo”.

**VEJA CADA PASSO DO PDCA**

- **Plan (planejamento):** estabelecer missão, visão, objetivos (metas), procedimentos e processos (metodologias) necessários para o atingimento dos resultados.
  - **Do (execução):** realizar, executar as atividades.
  - **Check (verificação):** monitorar e avaliar periodicamente os resultados, avaliar processos e resultados, confrontando-os com o planejado, objetivos, especificações e estado desejado, consolidando as informações, eventualmente confeccionando relatórios.
  - **Act (ação):** Agir de acordo com o avaliado e de acordo com os relatórios, eventualmente determinar e confeccionar novos planos de ação, de forma a melhorar a qualidade, eficiência e eficácia, aprimorando a execução e corrigindo eventuais falhas.
- O PDCA é utilizado na construção de uma gestão de qualidade, de uma gestão de processos.

**O QUE ESPERAR DA GESTÃO POR PROCESSOS?**

- Gerenciamento dos Pontos de Riscos;
- Clarificação das Operações e das Responsabilidades;
- Monitoramento de Indicadores de desempenho;
- Eliminação de Situações de Retrabalho;
- Construção da Memória Organizacional;
- Eliminar Gargalos e Entraves do Processo;
- Maior Agilidade nos Processos;
- Redução de Custos.

**QUAIS SÃO OS GANHOS PRÁTICOS?****3.1 - PARA A EQUIPE OPERACIONAL**

- Possibilidade de refletir sobre as próprias atividades e responsabilidades;
- Troca de informações entre a equipe;
- Comprovação do Próprio Trabalho de Rendimento;
- Possibilidade de uma melhor distribuição e re-ordenação das atividades;
- Melhor apoio em momentos de férias e ausência.

**3.2 - PARA A DIRETORIA**

- Possibilidade de reavaliar as responsabilidades e atividades demandadas;
- Reavaliação da força de trabalho, assim como do plano e horas despendidas;
- Maior conhecimento da realidade dos funcionários e sua rotina;
- Maior controle dos processos para que eles tenham os resultados desejados.

# SBN MAIS INTEGRADA

*1º Encontro de Planejamento Estratégico serviu para a definição de metas e projetos, mas o grande benefício foi a integração*



EVENTO EM ATIBAIA: ONDE NASCEU A ACREDITAÇÃO INTERNA, FRUTO DA DISCUSSÃO DOS MEMBROS DA SBN EM TORNO DE PROJETOS E METAS A SEREM ATINGIDAS.

FOTO: JAILSON RAMOS

**N**a história de quase 50 anos da SBN, o 1º Encontro de Planejamento Estratégico pode ser considerado um marco. Pela primeira vez mais de 80% dos membros dos departamentos e comitês reuniram-se em torno de um evento único com o propósito de discutir o futuro da entidade. O encontro, realizado em dois dias, em Atibaia, serviu para planejar as metas da nova gestão (2009/2010).

Cada departamento e cada comitê tiveram uma participação muito importante, colaborando com indicação de projetos, estabelecendo um programa de atividades e metas definidas, que começam com a implementação da acreditação interna, iniciativa inédita na história da SBN.

Para o Dr. Daniel Rinaldi, um dos be-

nefícios foi justamente a integração entre os membros, pois até então o trabalho era realizado de uma forma muito isolada. “O que se pretende daqui pra frente é o trabalho em conjunto. Teremos uma série de atividades que acontecerão a partir deste mês reforçando o trabalho coletivo e o compromisso de todos os participantes do evento que assumiram metas e objetivos contínuos”, afirma Rinaldi.

O Dr. Rodrigo Bueno ressalta que neste encontro surgiu o planejamento de ações fundamentais, como por exemplo a Educação Médica Continuada, que representa o anseio de muitos associados. “Até o momento tivemos ações ótimas, mas pontuais. Temos uma parcela grande de sócios que querem contribuir para a Sociedade e o evento de Atibaia

foi muito importante justamente por propiciar esta interação”, comenta Bueno, que acredita que o papel da diretoria é, exatamente, mediar este processo.

## CARTA DE ATIBAIA

O evento culminou na publicação da Carta de Atibaia, um documento onde todos contribuíram para a elaboração de um Projeto para os próximos 2 anos (veja o conteúdo na íntegra na página [www.sbn.org.br](http://www.sbn.org.br)). A Carta de Atibaia é um marco importante para a Sociedade que entra em uma nova etapa com outro grau de organização. “Os participantes, em sua grande maioria, acharam o encontro ótimo e excelente e acreditam que o evento deve ser realizado anualmente”, conclui Bueno. ●

## CARTA DE ATIBAIA

A Carta de Atibaia pontuou metas com prazos e responsabilidades específicas dos membros, departamentos e comitês da SBN. Veja a seguir o resumo deste documento, que se encontra, na íntegra, no Site: [www.sbn.org.br](http://www.sbn.org.br).

### DIRETORIA EXECUTIVA

1. Acreditação interna SBN.
2. Agenda permanente de discussão em Brasília (anvisa e ministério da saúde).
3. Atividade contínua de prevenção à DRC.
4. Comitê de educação médica continuada.
5. Programa permanente bolsas para alunos e residentes.
6. Reestruturação da home page da SBN.
7. Contratação de profissional com formação em tecnologia da informação.
8. Campanha de marketing para divulgação na sociedade civil do conceito “nefrologia”.
9. Jornal brasileiro de nefrologia (JBN).
10. Aproximação da sbn com sociedades afins: sociedade brasileira de cardiologia, sociedade brasileira de endocrinologia, sociedade brasileira de clínica médica e sociedade brasileira de terapia intensiva.
11. Aproximação da SBN com as regionais da sociedade.
12. Aproximação da SBN com associações de pacientes.

### DEPARTAMENTO DE ENSINO RECICLAGEM E TITULAÇÃO

1. Avaliação do ensino nefrológico no país.
2. Prova do título.

### DEPARTAMENTO DE DIÁLISE

1. Revisão da portaria RDC 154.
2. Divulgação das diretrizes em diálise e atualização das informações da home page.
3. Definição de critérios mínimos de qualidade em TRS.

### DEPARTAMENTO DE TRANSPLANTE

1. Educação do médico nefrologista.
2. Criação de câmara técnica para atuar junto à ANVISA / MS, e aproximação da ABTO.
3. Acompanhamento do doador.

### DEPARTAMENTO DE NEFROLOGIA PEDIÁTRICA

1. Revisão dos critérios para credenciamento dos centros de formação de nefrologistas pediátricos.
2. Mapeamento dos nefrologistas pediátricos titulados no Brasil.
3. Registro de crianças e adolescentes em tratamento dialítico no Brasil - RECRIAD - Brasil.

### DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA EM SAÚDE

2. Criação de ferramentas em informática para cálculos em nefrologia.
3. Trabalho em conjunto com o comitê do registro brasileiro de diálise.

### DEPARTAMENTO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL

1. Resgatar o espaço da hipertensão como área de atuação do nefrologista.
2. Parcerias com a sociedade brasileira de hipertensão e (SBH) / sociedade brasileira de cardiologia (SBC).
3. Participação da elaboração da diretriz nacional de HAS (6ª edição) e diretriz nacional de MAPA.
4. Criação do livro sobre hipertensão arterial secundária.

### DEPARTAMENTO DE FISIOLÓGIA E FISIOPATOLOGIA RENAL

1. Definição do cronograma para cursos de fisiologia renal com a formação de agentes multiplicadores (curso semestral):
2. Calendário de cursos nas regionais da SBN.
3. Material do curso disponível na home page da SBN (com acesso Restrito)

### DEPARTAMENTO DE NEFROLOGIA CLÍNICA

1. Manutenção do livro “atualidades em nefrologia” e seleção dos melhores trabalhos para divulgação online (acesso restrito).
2. Revisão das principais diretrizes em nefrologia clínica.
3. Registro das doenças renais hereditárias no país:
4. Criação de portal multidepartamental: avanços em nefrologia clínica.

### DEPARTAMENTO DE DEFESA PROFISSIONAL

1. Participação em Fóruns e Congressos.
2. Revisão de procedimentos relacionados à especialidade nefrológica juntos a AMB.
3. Assessoria aos sócios para consultas: jurídica / administrativa / ética.
4. Criar jurisprudência às consultas; questões frequentes: publicar no sbn informa.

### COMITÊ DE INSUFICIÊNCIA RENAL AGUDA

1. Propor a criação do departamento de IRA/nefrologia intensiva na SBN.
2. Estabelecimento das normas e regulamentação do atendimento de pacientes com IRA.
3. Educação e treinamento em nefrologia.

### COMITÊ DE PREVENÇÃO DE DOENÇA RENAL CRÔNICA

1. Atividade contínua de prevenção à DRC.

### COMITÊ DE REGISTRO BRASILEIRO DE DIÁLISE

1. Contratação de técnico em tecnologia da informação.
2. Piloto do registro.
3. Funcionamento pleno.

# SOB NOVA DIREÇÃO

*Conheça os projetos em andamento da nova gestão da SONERJ para o biênio 2009-2010*

Com nova diretoria desde janeiro deste ano (ver quadro), a Sociedade de Nefrologia do Estado do Rio de Janeiro (SONERJ) quer resolver problemas crônicos da especialidade com alguns projetos já em andamento. Uma das novidades será a criação do “Registro Carioca de Glomerulopatias”, uma espécie de banco de dados que fará a documentação adequada dos casos desta importante causa de doença renal crônica (DRC) no Brasil e que contará com a participação ativa dos colegas patologistas.

No âmbito político, a SONERJ também vem trabalhando em conjunto com a Secretaria de Saúde e Defesa Civil do Estado, dirigida pelo Dr. Sérgio Cortes, na reestruturação da assistência ao portador de doença renal no Estado do RJ, trabalho que já está sendo realizado pela entidade, mas que ganhou o reforço da Secretaria. A parceria com a administração pública vem sendo exercida através de participação na Câmara Técnica de Nefrologia, fórum principal de discussão dos problemas técnicos da especialidade. A ação também tem como foco a criação de um programa de capacitação de médicos do Estado para a detecção, prevenção e encaminhamento especializado dos casos de DRC no Rio. Segundo o presidente da SONERJ, Dr. Eduardo Rocha, com isso, a Sociedade resgata, aos poucos, seu papel na formação profissional. “Isso só pode ser exercido adequadamente com a participação ativa de seus sócios, muitos deles com vocação educacional, atuando em instituições não-acadêmicas”, afirma Rocha.

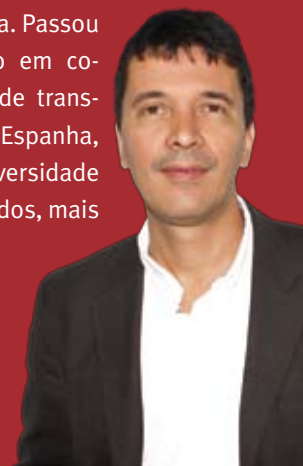
## TRANSPLANTES

Outro “gargalo” antigo da nefrologia carioca está na área de transplantes, foco de mais uma das ações da SONERJ nesta nova gestão. Preocupados com o pequeno número de transplantes renais realizados no Rio, a entidade está em processo de instalação de um programa de gestão intitulado “Donor Action” nos hospitais públicos e privados do Rio de Janeiro. O programa, importado da Europa, é voltado para a detecção das falhas no procedimento de doação de órgãos e tecidos. Por enquanto, a iniciativa está sendo adotada em fase piloto, mas a expectativa é conseguir estendê-lo por alguns estados brasileiros já em 2010. “Os resultados iniciais deste trabalho, realizado em parceria entre a SBN [Sociedade Brasileira de Nefrologia], ABTO [Associação Brasileira de Transplante de Órgãos] e AMIB [Associação de Medicina Intensiva Brasileira], serão apresentados no Congresso Brasileiro de Transplantes, que será realizado em outubro deste ano em Recife”, afirma Eduardo Rocha.

## Prof. Dr. Eduardo Rocha:

### • PERFIL

Composta essencialmente por médicos com grande experiência na prática clínica e forte ligação universitária, a SONERJ passou a ser dirigida pelo Prof. Dr. Eduardo Rocha, de 47 anos. Rocha é um nefrologista carioca graduado pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) e com residência e mestrado em nefrologia na Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UNERJ). Como complemento, Rocha também trilhou um longo percurso internacional ao realizar residência em transplantes e terapia intensiva no Hospital Necker, na França. Passou também por especialização em coordenação intra-hospitalar de transplantes em Barcelona, na Espanha, e iniciou doutorado na Universidade de Harvard, nos Estados Unidos, mais tarde concluído na Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Atualmente o Dr. Eduardo Rocha é professor adjunto de nefrologia da UFRJ.



## DIRETORIA DA SONERJ (2009-2010)

- **Presidente:**  
Dr. Eduardo Rocha
- **Vice-Presidente:**  
Dra. Marfiza Vieira Meirelles
- **Secretário:**  
Dr. Pedro Tulio Rocha
- **Diretor Científico:**  
Dr. Miguel Luis Graciano
- **Tesoureira:**  
Dra. Ana Claudia T. J. Machado

## CAMINHADA DA CAMPANHA NACIONAL DE COMBATE À HIPERTENSÃO 2009 REPETE O SUCESSO DO ANO PASSADO

As Sociedades Brasileiras de Hipertensão, Cardiologia e Nefrologia, e a Federação Nacional das Associações de Portadores de Hipertensão Arterial se reúnem novamente em campanha inter-religiosa.

Com o mesmo lema do ano passado, "Tratar a pressão alta é um ato de fé na vida", a Campanha Nacional de Combate à Hipertensão 2009, que ocorreu no dia 26 de abril, entre o percurso da Praça da Sé até o Teatro Municipal, repetiu o mesmo sucesso do ano passado onde mais de 4 mil pessoas participaram da caminhada que começou na Praça da Sé e foi até o Teatro Municipal, no centro de São Paulo.

Com objetivo de alertar a sociedade para o cuidado com a pressão alta, as Sociedades Brasileiras de Hipertensão, Cardiologia e Nefrologia, e a Federação Nacional das Associações de Portadores de Hipertensão Arterial destacam a importância de seguir os "10 mandamentos para prevenção e controle da hipertensão". Assim, realizam ações em todo país - incluindo a caminhada -, e em hospitais da capital paulista como: Hospital do Coração, Samaritano, Hospital do Rim, HC, entre outros.

A doença que atinge 30% da população brasileira, chegando a mais de 50% na terceira idade e está presente em 5% das crianças e adolescentes no Brasil, é responsável por 40% dos infartos, 80% dos acidentes vascular cerebral (AVC) e 25% dos casos de insuficiência renal terminal. As graves consequências da pressão alta podem ser evitadas, desde que os hipertensos conheçam sua condição e mantenham-se em tratamento.

Para o Dr. Fernando Nobre, presidente da Sociedade Brasileira de Hipertensão, a pressão alta é um dos mais graves fatores de risco para as doenças cardiovasculares. A campanha alerta que o tratamento é extremamente necessário, pois se trata de uma doença silenciosa, que não apresenta sintomas perceptíveis, a não ser quando acontecem complicações como o AVC ou infarto, duas das maiores causas de morte da população brasileira.

Independente da religião, Dr. Chagas, presidente da

Sociedade Brasileira de Cardiologia, ressalta que a fé é importante no cuidado diário de doenças crônicas. "A religião na vida das pessoas faz com que elas tenham procedimentos e normas em sua rotina. O tratamento da pressão alta exige uma dedicação extrema dos indivíduos em manter o medicamento e muita força de vontade na nova disciplina do cotidiano de vida, pois envolve mudanças de comportamento e novos hábitos alimentares", comenta.

Segundo o Dr. Emmanuel de Almeida Burdman, presidente da Sociedade Brasileira de Nefrologia o tema traz ao paciente hipertenso o quanto é necessário valorizar a si mesmo, atentar para a rotina do tratamento e, como isso acarreta em uma melhora da qualidade de vida do indivíduo.

Dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), adverte que as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), inclusive a hipertensão, são responsáveis por 59% dos óbitos no mundo, chegando a 75% das mortes nos países das Américas e Caribe. No caso do Brasil, 62,8% do total de mortes por causas conhecidas, em 2004, estavam relacionadas à DNT.

### "10 mandamentos para prevenção e controle da hipertensão"

1. Meça a pressão pelo menos uma vez por ano.
2. Pratique atividades físicas todos os dias.
3. Mantenha o peso ideal, evite a obesidade.
4. Adote alimentação saudável: pouco sal, sem frituras e mais frutas, verduras e legumes.
5. Reduza o consumo de álcool. Se possível, não beba.
6. Abandone o cigarro.
7. Nunca pare o tratamento, é para a vida toda.
8. Siga as orientações do seu médico ou profissional da saúde.
9. Evite o estresse. Tenha tempo para a família, os amigos e o lazer.
10. Ame e seja amado.

Fonte: Advice Comunicação Corporativa

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.<sup>1,2</sup>



Referências Bibliográficas: 1. BakkenV, et al. Association of parathyroid hormone (PTH), phosphate (P), and calcium (Ca) KDOQI target achievement mortality in patients on dialysis. J Am Soc Nephrol. 2008; 17:311A. 2. Barman Babbar JA, Scott L.L. Chances of hydrochloride. Drugs. 2005;65(2):271-81.



## VOCÊ SABIA ?

Dr. Edison Souza

Edição nº 7



**1** Que a palavra glomérulo se originou da palavra latina *glomerulus*, que significa pequena bola de fios?

**2** Que, trabalhando em Harvard, o sul-africano Morris J. Karnowsky e Richard Rodewald, com base na ME, foram os primeiros a propor, há 35 anos, um modelo estrutural do diafragma de fenda do glomérulo?

*J Cell Biology 60,423-33;1974*

**3** Que, na síndrome nefrótica congênita, todas as crianças que antigamente morriam antes do 6º mês, passaram a sobreviver com base em nefrectomia bilateral, suporte nutricional, diálise peritoneal e tx renal, após atingirem peso adequado?

**4** Que Kestila et al, em 1994, identificaram o gene responsável pela síndrome nefrótica do tipo finlandês? Ele recebeu a denominação de NPHS1, está localizado no cromossomo 19q13, e é o responsável pela produção de Nefrina.

**5** Que o gene expresso exclusivamente no podócito, tanto no rim fetal como no adulto, foi denominado NPHS2? Ele é responsável pela codificação da podocina.

**6** Que Albert Ludwig Neisser. (Schweidnitz, 1855 - Breslau, 1916) foi um médico e bacteriólogo alemão que identificou o bacilo da gonorréia?

**7** Que Alex Carrel nasceu em Lyon, recebendo o nome de Marie Joseph August Carrel? Foi para os EEUU em 1905,

tendo recebido o Nobel de Medicina em 1916 por seus trabalhos com suturas vasculares em transplantes experimentais. Em 1929, com a colaboração do aviador Charles Lindbergh, desenvolveu um aparelho destinado à preservação de órgãos.

**8** Que Oswaldo Cruz (1872- 1917) ingressou na Faculdade de Medicina aos 15 anos? Antes de concluir o curso, publicou 2 artigos científicos na revista Brasil Médico. Morreu de insuficiência renal, aos 44 anos, em Petrópolis.

**9** Que, na década de 1950, cirurgias cardíacas em crianças utilizaram a circulação sanguínea cruzada com o pai dos pequenos pacientes?

**10** Que George E. Schreiner e Leonard B. Berman foram os pais do número mágico de 3,5 g de proteinúria para a síndrome nefrótica? No artigo *Clinical and histologic spectrum of the nephrotic syndrome. Am J Med. 1958 Feb;24(2):249-67* consideraram que o diagnóstico de síndrome nefrótica só seria possível se houvesse uma proteinúria de 3,5g/24h/1,73m<sup>2</sup>.

**11** Que 2 jogadores de basquete da NBA desenvolveram insuficiência renal avançada e foram submetidos a tx renal? Sam Elliot do San Antonio Spurs voltou a jogar em abril de 2000, apenas 6 meses após a cirurgia. Alonzo Mourning do Miami Heat, que participou do *dream team*, aos 30 anos, em exame de rotina, descobriu ser portador de doença renal. Em dezembro de 2003 recebeu um rim, retornou à NBA e conquistou o título em 2006. Hoje trabalha na NKF dando palestras.



### 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.

**Abbott**  
A Promise for Life

## JOVEM NEFROLOGISTA

### DR. EDUARDO DOS ANJOS RELATA O INÍCIO DA SUA CARREIRA E OS DESAFIOS DE EXERCER A PROFISSÃO NA REGIÃO AMAZÔNICA



**Dr. Eduardo dos Anjos:**  
insumos médicos demoram a chegar na Amazônia

**M**inha história começou dia 09 de junho de 1977 às 19h30 no Hospital São José em Presidente Prudente, cidade do interior de São Paulo, à 530 km à oeste da capital paulista. Meus pais, Alvércio e Terezinha (Eza), que eu prezo muito pelo esforço que fizeram para ajudar na minha formação moral, ética e acadêmica, considero-os meus primeiros professores.

Estudei em um colégio de freiras até o 2º colegial, depois fui fazer o 3º colegial em Dallas, Texas, Estados Unidos, em 1994, através do intercâmbio promovido pelo Rotary Exchange Student Program. Em fevereiro de 1995 fiz medicina em minha cidade natal e me formei em novembro de 2000.

Durante a faculdade no 5º ano decidi fazer neurocirurgia, sempre auxiliando meu professor (Dr. Ferrari) em longas cirurgias (que podiam durar até 8 horas) por 2 anos. Após, percebi que não era exatamente isto que eu queria para mim, então fui fazer clínica médica para poder melhor escolher uma subespecialidade. Em fevereiro de 2001 iniciei Clínica Médica na Santa Casa de São Paulo, um hospital-escola onde aprendi muito, com ótimos professores (como o Dr. Waldir Golin) e bons amigos. E para minha surpresa, ao passar pelo estágio obrigatório da nefrologia, o Dr. Miorin começou a abrir meus olhos para esta especialidade, com suas noções sobre casos, postura médica, ética e moral. Então, ao final do 2º ano de clínica optei pela nefrologia e diante deste valioso aprendizado lutei para me tornar não somente um bom nefrologista, mas um clínico que pudesse tentar ver a medicina como um todo e não apenas a parte renal dos pacientes.

Optei por iniciar a minha especialização no Hospital Beneficência Portuguesa de São Paulo, na equipe do Dr. João Egídio Romão Junior. Tive aulas também com: Dr. Hugo Abensur, Dra. Irene Noronha, Dr. Américo e Dra. Irina. Todos excelentes professores e que tiveram muita paciência para passar seus conhecimentos e experiências pessoais.

Em 2005, me mantive em São Paulo trabalhando em algumas clínicas de hemodiálise e hospitais (Beneficência Portuguesa de Santos, Santa Casa de Santo Amaro, Cruz Azul, Santa Marcelina, dentre outros) onde pude adquirir um pouco mais de experiência.

#### ALTAMIRA - PA

Em junho de 2007 decidi dar um novo rumo em minha vida, pois minha prima e médica psiquiatra, Rafaela, que mora em Altamira – PA, disse-me que havia sido inaugurado, em maio, um hospital estadual em sua cidade e que estava com um centro de diálise pronto para ser aberto, com estrutura e equipe formada, necessitando de uma equipe médica para poder iniciar seus trabalhos.

Inicialmente não cogitei a idéia de me mudar de São Paulo, para o interior do Pará, mas quando conheci a estrutura do hospital e o desafio de iniciar um centro de diálise podendo fazer uma diferença na região da Transamazônica, em setembro de 2007 decidi me mudar para lá. Em outubro me mudei para Altamira, comecei a trabalhar no Hospital Regional Público da Transamazônica (HRT), e com muito otimismo comecei a enfrentar novos desafios. Sabemos que é difícil o início de um novo centro de diálise, mas a nossa equipe está indo no caminho certo para manter um bom atendimento às pessoas desta região. Realizamos campanhas, palestras e distribuição de material informativo, com todo o material de apoio fornecido pela SBN.

Além do HRT, trabalho também no Hospital Municipal e em consultório particular. É importante ressaltar que as dificuldades são muitas, pois trabalhamos numa cidade no meio da maior floresta tropical do mundo, contendo algumas estradas em péssimas condições e sem asfalto, haja vista, que os insumos médicos vindos de caminhão demoram muito (quatro dias de Belém até aqui).

Enfim, diante de vários compromissos, também faço parte do Sindicato dos Médicos do Pará. Fui um dos três escolhidos para ser delegado titular do Sindicato (SINDMEPA) na cidade de Altamira, o que me deu grande orgulho, porém grande responsabilidade.

Obrigado pelo espaço e um abraço a todos de um jovem médico sonhador,

**Dr. Eduardo Bezerra dos Anjos**



Para ser um  
laboratório diferente,  
não existem fórmulas.  
Precisamos começar  
diferente.

Para a Germed, um laboratório se faz nas pequenas coisas. Por exemplo, queremos ouvir o que todos têm a nos dizer. Médicos, farmacêuticos, parceiros, colaboradores. Também acreditamos que um bom laboratório começa em valores básicos, como idoneidade, transparência e respeito por quem atendemos. Foi assim que surgiu a Germed, de uma divisão da EMS para um laboratório independente. E para atender às suas expectativas, decidimos ampliar nossa atuação para além dos genéricos. Queremos mais. Queremos ser aquilo que você espera de nós.

**Germed. Além das fórmulas.**