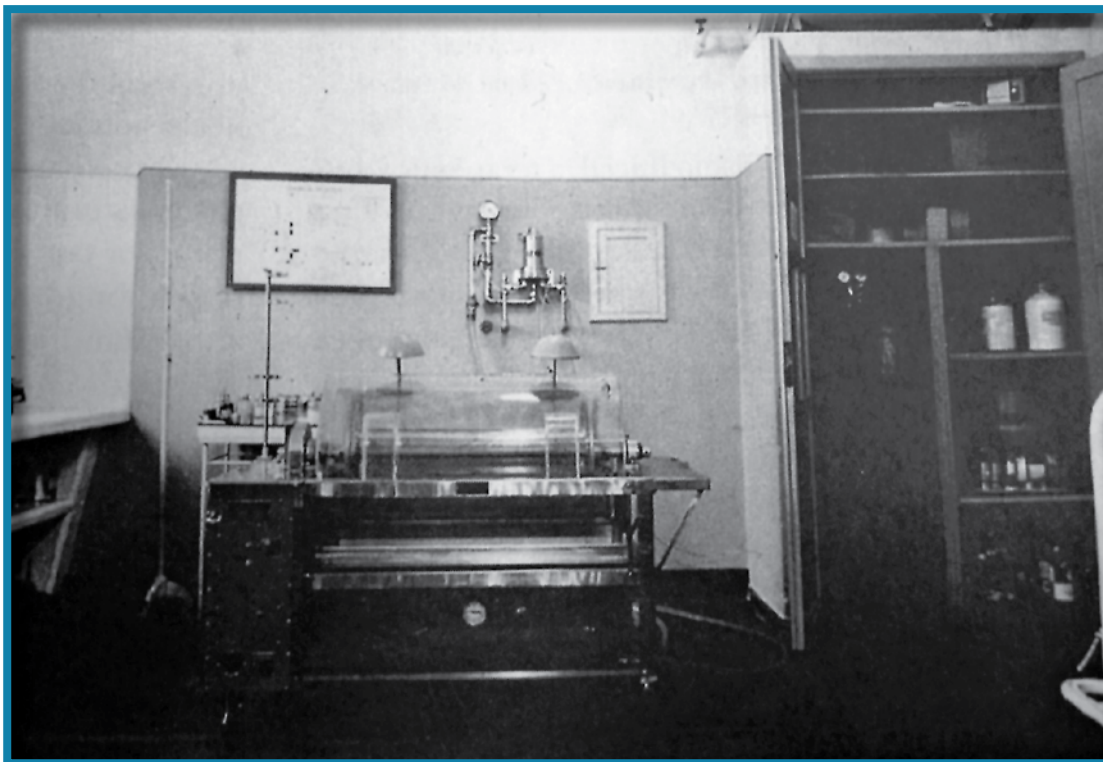


nefro SP

ÓRGÃO DA SOCIEDADE
DE NEFROLOGIA DO ESTADO
DE SÃO PAULO
WWW.SONESP.ORG.BR

ESPECIAL: HEMODIÁLISE NO BRASIL CHEGA AOS 60



Desde 1949, ano em que Tito Ribeiro de Almeida, no Hospital das Clínicas de São Paulo, utilizou pela primeira vez no Brasil o “rim artificial” para tratar uma paciente de 27 anos de idade portadora de insuficiência renal, a nefrologia nunca mais foi a mesma. Ao longo das últimas seis décadas, o tratamento dialítico apresentou uma expansão notável no Brasil. O número de pacientes tratados passou de 500, em 1976, para 9 mil, em 1986, cresceu para 32 mil, em 1996, chegando aos 95 mil, em 2008.

Páginas 6 e 7

MEMÓRIA VIVA



Aos 80 anos de idade - e 56 de carreira - Jenner Cruz é hoje um dos mais velhos médicos da especialidade ainda em atividade. Presta consultoria científica, duas vezes na semana, no Instituto de Nefrologia de Mogi das Cruzes e continua na coordenação da série ATUALIDADES EM NEFROLOGIA, que ele mesmo criou em 1988. Na entrevista, Jenner conta curiosidades da fundação da Sociedade Brasileira da Nefrologia e comenta sobre a evolução da especialidade.

Páginas 4 e 5

CRISE PERMANENTE NA DIÁLISE

Veja o artigo de João Carlos Biernat sobre os problemas enfrentados pelos prestadores de serviço de diálise. Setor solicita constantes empréstimos bancários para cobrir rombo operacional causado pelo constante atraso no repasse de verba da administração pública para as unidades.

Páginas 8 e 9

SONESP realiza reunião e apresenta propostas para contornar a situação.

Página 10

ESCOLHER E VIVER

Livro do fotógrafo André François que retrata a vida de pacientes renais crônicos submetidos a diálise peritoneal. François,



por meio de imagens e depoimentos, conclui que é possível ter boa qualidade de vida mesmo com a limitação de um tratamento artificial.

Página 12

Editorial

DIÁLISE VOLANTE: NEM RIMA, NEM SOLUÇÃO



Dr. Ruy Barata*

É de nossa compreensão que a Sociedade Brasileira de Nefrologia tem responsabilidades com o desenho e a montagem do sistema de atenção pública à saúde de nefropatas. Por isso, cabe à sociedade da especialidade o papel relevante de compartilhar com as secretarias de saúde sua visão de atendimento nefrológico nos municípios brasileiros.

Eis porque, hoje, consideramos um erro grave o distanciamento entre a autoridade de saúde constituída e a sociedade de nefrologia, no que concerne à concepção do modelo de assistência e suas condições de exercício e remuneração.

Atribuímos à ausência de debate a equivocada decisão da Secretaria Estadual de Saúde de comprar serviços de diálise volante, ou seja, àquela feita fora da Unidade de Diálise ancorada no procedimento dialítico. Isto significa a compra – pelo Estado – de serviços de empresas terceirizadas para realizar – quando chamadas – hemodiálise e diálise peritoneal nos pacientes internados nos hospitais mantidos pela Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo (veja os quantitativos estimados

para os hospitais no box abaixo).

O edital expõe em seus tópicos a dinâmica de funcionamento do sistema a ser adquirido, assim como estabelece “que, quando a chamada para realizar o procedimento não indicar a terapia renal substitutiva, a remuneração será de 5% do valor do procedimento”. É uma clara atitude que não cremos intencional, mas que disparada açodadamente atinge diretamente o exercício ético e integral da medicina, em específico a nefrologia.

Sabe-se que cerca de 80% dos casos de internação nos hospitais públicos referem-se a pacientes portadores de doenças renais crônicas com complexos distúrbios metabólicos e plenos de co-morbidades. Eles exigem, no mínimo, o acompanhamento diário de especialistas em nefrologia. Entre os hospitais citados no edital, estão o Hospital Ipiranga e o Pérola Byington (Centro de Referência da Saúde da Mulher). Tratam-se de locais com residência médica, portanto considerados hospitais de ensino, cujas responsabilidades são duplicadas nestas tomadas de decisão.

Não há como aceitar, sem reclamar, projetos como este que desfiguram princípios básicos do exercício ético da medicina. Não concordamos que a cidade de São Paulo, a mais rica do país, necessite de práticas desta natureza, que incentivam a fragmentação da atenção médica. É sabido que a cidade conta com recursos humanos, técnicos e materiais necessários para montar serviços integrais de nefrologia a serem fixados nos hospitais de referência, incorporando os novos profissionais nefrologistas, alargando o mercado de trabalho e propiciando atenção médica correta e integral no sistema público de saúde. Oxalá possamos comemorar, em breve, a revogação de tal decisão e consigamos um fórum legítimo de debate das políticas nefrológicas para o Estado. Quem sabe discutindo, consigamos evitar projetos simplistas, isolados, às vezes bem-intencionados, mas que, elaborados no silêncio dos gabinetes, acabam tornando-se problemáticos.

* *diretor de defesa profissional da SONESP e editor do Nefro-SP*

Hospital Geral de Vila Penteados: 20 sessões por mês*	Hospital Maternidade Interlagos: 6 sessões por mês	Hospital Maternidade Leonor Mendes de Barros: 1 sessão por mês
Centro de Referência da Saúde da Mulher: 35 sessões por mês	Hospital Infantil Cândido Fontoura: 1 sessão por mês	Hospital Ipiranga: 120 sessões por mês
Total estimado: Hemodiálise - 143 sessões / Diálise Peritoneal - 40 sessões		

* Valores Estimados

Expediente

SONESP - SOCIEDADE DE NEFROLOGIA DO ESTADO DE SÃO PAULO

DIRETORIA BIÊNIO 2009/2010:
Presidente: Dra. Altair Oliveira de Lima
Vice-presidente: Dr. Márcio Dantas
Secretária: Dra. Andréa Olivares Magalhães
Tesoureiro: Dr. Hugo Abensur

Diretor Científico: Dr. João Egídio Romão Júnior
Diretor de Defesa Profissional: Dr. Ruy Antônio Barata
Conselho Fiscal: Drs. Antônio Américo Alves, Jenner Cruz e Yrady Alves Santos Sens

DIRETORIAS REGIONAIS:
Região 1 - Capital do Estado (Região Metropolitana):
Dr. Aderbal Angelo Nastro, **Região 2** - Taubaté, Santos, Sorocaba, Registro e São José dos Campos: Dr. Jerônimo Ruiz Centeno, **Região 3** - Ribeirão Preto, Franca e Araraquara: Dr. Miguel Moyses Neto, **Região 4** - São José

do Rio Preto e Barretos: Dr. Leandro Júnior Lucca, **Região 5** - Bauru, Araçatuba, Marília, Botucatu, Assis e Presidente Prudente: Dra. Jacqueline Costa Teixeira Caramori, **Região 6** - Campinas, Piracicaba e São João da Boa Vista: Dr. Cyro Nogueira Fraga Moreira Filho

JORNAL NEFRO -SP
Coordenação: Dr. Ruy Barata
Jornalista Responsável: Ruy G. B. Neto - MTb 48.202
Editoração e Impressão: NSA Gráfica e Editora
Tiragem: 3.000 exemplares

Eventos

CURSO DE RECICLAGEM ACONTECE EM NOVEMBRO

O curso de reciclagem, realizado pela SONESP desde 1983, será realizado, este ano, entre os dias 23 e 27 de novembro. O objetivo é oferecer atualização a médicos que atuam na área da Nefrologia. Este evento tem como características: 1) ter grande enfoque clínico, com discussão de casos e troca de opiniões sobre condutas; 2) contar com demonstrações práticas (por exemplo, a realização de biópsia renal) em algumas atividades; 3) ser ministrado a grupos com pequeno número de participantes para que ocorra maior diálogo e interatividade com os coordenadores; e 4) poder participar de algumas atividades da rotina do serviço como, por exemplo, visitas de enfermagem, reuniões clínicas, etc. A participação neste evento deverá conceder 10 pontos aos participantes (pontuação solicitada à Comissão Nacional de Acreditação). As inscrições estão abertas e podem ser feitas na Secretaria da SONESP, pelo telefone: (11) 5579-1242 ou pelo e-mail: carla@sonesp.com.br. A taxa de inscrição é de R\$ 300,00 para sócios da Sociedade Brasileira de Nefrologia, e R\$ 450,00 para não sócios.

CONFIRA AS INSTITUIÇÕES ENVOLVIDAS NO PROJETO ESTE ANO

Instituto da Criança do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (10 vagas)

Coordenadora: Dra. Vera Koch
Tema: Nefrologia pediátrica

Santa Casa de Misericórdia de São Paulo (20 vagas)

Coordenadoras: Dra. Yvoty Sens e Dra. Vanda Benini
Temas: Nefrologia pediátrica, nefrologia clínica (IRA, glomerulopatias, HA, IRC e outros), tratamento dialítico e transplante renal

Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (20 vagas)

Coordenador: Dr. Rui Toledo Barros
Temas: Nefrologia clínica (IRA, glomerulopatias, HA, IRC e outros), tratamento dialítico e transplante renal

Escola Paulista de Medicina – UNIFESP (20 vagas)

Coordenadores: Dr. José Osmar Medina Pestana e Dra. Gianna M Kirstajn
Temas: Nefrologia clínica (IRA, glomerulopatias, HA, IRC e outros), tratamento dialítico e transplante renal

Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - USP (20 vagas)

Coordenadores: Dr. Márcio Dantas e Dr. Miguel Moyses Neto
Temas: Nefrologia clínica (IRA, IRC, glomerulopatias, HA, e outros), tratamento dialítico e transplante renal.

O SUCESSO DO XIV NEFRÉTICO

É com prazer que comunicamos o sucesso do XIV Simpósio sobre Transporte de Eletrólitos e Função Renal – NEFRÉTICO, realizado em Ribeirão Preto no fim de junho. O evento foi organizado pelos Profs. Drs. Terezila Machado Coimbra e Wamberto Varanda, ambos do Departamento de Fisiologia da FMRP-USP, e contou com a assessoria científica dos Profs. Drs. Gerhard Malnic, Roberto Zatz, Antonio C. Seguro, Miriam Boim, Antonio Cassola, Cláudia Helou e Frida Z. Gil. O evento é parte das atividades do Departamento de Fisiologia e Fisiopatologia da Sociedade Brasileira de Nefrologia e recebeu apoio da Direção da FMRP-USP, FAPESP e CAPES.

Como curiosidade, o Dr. Roberto

Zatz (disciplina de Nefrologia, da Faculdade de Medicina-USP) esclareceu que a denominação “NEFRÉTICO”, usada desde as primeiras edições deste simpósio, foi adotada graças à sugestão feita pelo Dr. Mozart Régis Fortes Furtado, professor aposentado da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (USP), que criou o nome a partir da montagem: Núcleo de Estudos da Função Renal, Transporte Iônico e Co-transporte.

O evento teve cerca 90 pessoas inscritas, entre pesquisadores, pós-graduandos, alunos de graduação, médicos e residentes. Participaram também três convidados estrangeiros: Dr. Lawrence G. Palmer, do Departamento de Fisiologia e Biofísica, da Weill Medical College of Cornell University, de Nova York (USA), que tem contribuído

para o maior conhecimento dos canais de sódio em epitélios; Dr. Hans Oberleithner, do Instituto de Fisiologia II, da University of Münster, na Alemanha, que tem trabalhado com microscopia de força atômica e mantém intercâmbio com o Prof. Malnic, do ICBSP-USP; e Dr. René J. Bindels, do Departamento de Fisiologia, do Nijmegen Centre for Molecular Life Sciences, da Radboud University Nijmegen Medical Centre, com atuação nos mecanismos envolvidos com canais de cálcio em epitélios. Dr. Bindels também ministrou conferências nos Departamentos de Fisiologia e Biofísica do ICB-USP, em São Paulo, e da UFRJ, no Rio de Janeiro. Além disso, estiveram presentes também 25 palestrantes de destaque do país.

Entrevista



Nascido em 29 de maio de 1929, Jenner Cruz acaba de completar 80 anos de idade, sendo que 56 deles integralmente dedicados à nefrologia. O médico foi um dos presentes na primeira reunião para a assinatura da ata de fundação da Sociedade Brasileira de Nefrologia, em 1959 e um dos primeiros professores da nascente especialidade, ainda na década de 1950. Ele fez parte do grupo do professor Antônio Barros de Ulhôa Cintra, responsável pela criação da primeira clínica médica em nefrologia. Cruz é um dos mais antigos nefrologistas vivos e em atividade. É consultor científico do Instituto de Nefrologia de Mogi das Cruzes e levará, para o XV Congresso da SONESP em Campos do Jordão, neste mês, três trabalhos feitos lá. Nesta entrevista, ele lembra os primeiros passos da SBN, os pontos altos da carreira e fala sobre o que espera para o futuro da medicina e nefrologia.

A SBN faz 50 anos em 2010. Conte um pouco de como a entidade foi criada já que o senhor esteve presente na fundação? Naquele tempo, éramos muito jovens. Eu era do grupo do professor Antonio Barros de Ulhôa Cintra, mas quem organizou a fundação da sociedade foi o professor Israel Nussenzveig, que era do grupo de Luiz Décourt, da segunda clínica médica. Nussenzveig era chefiado pelo professor Magaldi [José de Barros Magaldi]. Todos os nefrologistas das clínicas foram convidados – além de profissionais que não eram da área, pois havia pediatras interessados – para constituir a entidade médica. Chegou-se aos 42 membros que se reuniram para assinar a ata de fundação da SBN. Feita a ata, assinamos a homenagem. Em seguida, o professor Magaldi e Décourt, que não estavam

presentes na primeira ocasião, também assinaram. Ao todo, são 107 assinaturas que constam da fundação da SBN, mas a ata original era de 42 membros, contando também com a assinatura de três médicos franceses, entre eles Dr. Jean Hamburger, primeiro presidente da sociedade internacional de nefrologia.

Como o senhor estava inserido na especialidade naquela época? No começo, a disciplina era clínica médica, então os doentes eram meio misturados. Porém, pouco a pouco, foram ficando só os nefrológicos. Fazíamos ambulatório uma vez por semana, tínhamos três leitos e internávamos quem achávamos que devia ser internado. Aprendi bastante dando aulas também. A especialidade na faculdade de medicina começou em 1951. Então, o professor Cintra

ficou com uma série de especialidades, e o Décourt com outras. Posteriormente, algumas que haviam ficado com o Cintra, foram fundadas também na clínica do professor Décourt, inclusive a nefrologia. O grupo de Décourt tornou-se muito importante porque começou a fazer diálise muito antes de nós. O primeiro homem a fazer diálise no Brasil foi o professor Tito Ribeiro de Almeida que não era do grupo - era terapeuta, se não me engano -, mas foi convidado por Décourt para sua clínica médica. Ele inventou um aparelho para fazer diálise. E foi o primeiro. Mas, como era algo muito rudimentar, ele fazia apenas diálise aguda quando o rim parava de funcionar completamente. O primeiro aparelho inclusive de hemodiálise foi comprado por eles mais tarde (veja a história da hemodiálise nas páginas 6 e

Entrevista

“QUANDO ERA ESTUDANTE, NÓS NÃO TÍNHAMOS DIÁLISE, NÃO TÍNHAMOS TRANSPLANTES, NENHUM REMÉDIO PARA PRESSÃO... QUER DIZER O TRATAMENTO ERA MUITO EMPÍRICO. HOJE ESTAMOS SABENDO DIREITINHO COMO FUNCIONA NOSSO ORGANISMO”

7). Mas o primeiro curso Moléstias renais e hipertensivas foi dado em 1952 pelos Drs. Silvio Soares de Almeida e Emílio Mata, que eram assistentes do Dr. Cintra – naquele tempo, era aluno ainda e tive aulas com ele. Inclusive, um colega de um ano anterior fez inclusive um livro com o resumo dessas aulas. As aulas eram no Hospital das Clínicas.

O senhor chegou a cursar doutorado na Escola Paulista de Medicina. Sendo do HC, por que resolveu ingressar na instituição considerada rival entre os médicos? Naquela ocasião, não havia ainda doutorado no Hospital das Clínicas, e o professor Oswaldo Ramos havia criado esse curso na Escola Paulista de Medicina. Achei que seria interessante produzir uma tese de doutorado. Alguns anos depois, foi criado o mesmo curso no HC. Eu fui direto para o doutorado porque já tinha algum nome na nefrologia paulista e, por conta disso, o Dr. Oswaldo me colocou direto lá. Ele só não me dispensou de fazer diálise porque ainda não havia feito.

Mas o senhor não chegou a terminar o curso. Por quê? É que quando já estava com a tese de doutorado quase pronta, a faculdade de Mogi das Cruzes abriu vagas para docência direta, e resolvi logo prestar concurso para dar aulas na universidade. Eu me inscrevi e passei, abandonando o doutorado, o que acho que foi uma burrada. Na época fazíamos uma prova escrita, oral, de dar aula, de defesa de tese e

de títulos; tudo isso durou dois dias, o que era uma maratona.

O senhor também chegou a publicar livros. Como ingressou no mercado editorial? Quando eu era membro da Sociedade de Nefrologia, fui indicado para a chefia do departamento de Hipertensão e achava que deveria fazer alguma coisa. Então, resolvi fazer o livro ATUALIDADES EM NEFROLOGIA, o que me deu muita vivência; até agora continuo coordenando a elaboração do título. Com isso, aprendi muito mais, pois tive que ler todos os trabalhos, o que me torna bem atualizado em relação ao que acontece de novo na área. A partir do último, passamos a convidar toda a nefrologia para participar, então o projeto ficou ainda mais robusto. Dessa vez, fizemos 124 convites. Mas não queremos 124 trabalhos, então limitamos o prazo para entrega, que deve ser feita até novembro. É interessante que, nesse tempo todo, nós abordamos todos os pedaços da nefrologia, assim, apesar de muitos textos estarem desatualizados, temos no livro abordagens de todas as áreas, o que permite acompanhar um estudo da evolução do tema.

E quanto a nefrologia evoluiu neste tempo na sua opinião? Ela evoluiu bastante. Quando era estudante, nós não tínhamos diálise, não tínhamos transplantes, nenhum remédio para pressão, para tratar colesterol, ácido úrico. Quer dizer o tratamento era muito empírico. E a mudança farmacológica

que houve, de 1950 pra cá, foi fantástica. Hoje, estamos sabendo direitinho como funciona nosso organismo. Em breve, vamos começar a tratar doenças hereditárias. Essas doenças vão sumir com os tratamentos que temos hoje. Sabemos dosar todas as citosinas que fazem mal pra gente. Estão todos sendo elucidados e aparecendo remédios para destruí-los. A vida vai melhorar cada vez mais. Não só na nefrologia, como nas doenças em geral. As doenças do rim mexem com todos os órgãos. Então, o nefrologista que estuda bastante sabe um pouco de pulmão, de coração, sabe muito de diabetes. A mudança que houve na nefrologia foi fantástica.

O que o senhor destaca na sua produção acadêmica além do ensino? Tive um bom desempenho no estudo de remédios. Recebíamos muitos remédios para estudar naquela época. Um deles foi o Xipamida, que era um diurético. Estudamos isso em um certo número de pacientes e publicamos o estudo na revista do Hospital das Clínicas que, desde o começo, é indexada. Graças a isso, nosso trabalho ficou citado na farmacologia americana porque o laboratório nos pediu para estudar colesterol e descobrimos que o remédio o aumentava. Assim, quando mais de um livro de farmacologia americana publica que os diuréticos podem aumentar o colesterol, faz isso baseado em quatro trabalhos que saíram quase ao mesmo tempo: um sobre Hidrocloroiazida, outro Furosemida, outro sobre a Clortalidona e o outro, que foi o nosso, sobre a Xipamida.

Os 60 ANOS DA HEMODIÁLISE NO BRASIL

Da criação do rim artificial à consolidação do tratamento em solo nacional



João Egídio Romão Júnior*

Foi há 60 anos! Mais precisamente em 19 de maio de 1949 que o Dr. Tito Ribeiro de Almeida, no Hospital das Clínicas de São Paulo, utilizou pela primeira vez no Brasil o “rim artificial” para tratar uma paciente de 27 anos de idade portadora de insuficiência renal. Usou seu aparelho, construído de maneira artesanal, apenas quatro anos após William Kolff realizar seus ensaios pioneiros na Holanda.

O rim artificial foi criado por Kolff, na Holanda, por volta de 1944, e era do tipo de tambor rotatório; pouco depois, o canadense Murray desenvolveu um rim em que a membrana ficava parada e o líquido de diálise era agitado. Segundo as palavras do Dr. Tito, esta “foi a primeira literatura sobre o assunto que chegou as minhas mãos e da qual eu copiei e procurei fazer o rim artificial, porque sempre mexi com rim, gostava de

rim. Tinha mania de rim”.

A descrição de seu aparelho foi feita de maneira bem simples pelo Dr. Tito: “Meu rim era feito com cerca de 30 metros de tubo fino de celofane, enrolado feito serpentina em uma tela de aço inoxidável cilíndrica. Esta tela ficava fixa e mergulhada no líquido dialisador, um líquido o mais fisiológico possível que se podia ter na época. Este líquido tinha sua temperatura mantida por meio de uma resistência. Um motorzinho elétrico movia uma hélice agitadora que mantinha o líquido em movimento e proporcionava condições para manter a uniformidade de difusão através da membrana dialisadora”. Ele prosseguiu: “Esta tela era feita artesanalmente em uma estampa-ria que trabalhava com aço inoxidável. A gente ia até lá para orientá-los na confecção da tela e na colocação de ganchinhos que seguravam o tubo de celofane enrolado”. Como membrana, “nós usávamos um tubo de celofane estreito e longo. O mesmo que era utilizado na fabricação de salsichas!”. Finalmente, informava que “tudo era feito artesanalmente. Os sais eram pesados e diluídos na água na hora de se fazer a hemodiálise. No tanque, cabiam 40 litros de líquido de diálise, e este tinha

que ser trocado a cada duas horas”.

Ainda em 1949, foram realizadas diversas sessões de hemodiálise em pacientes com insuficiência renal crônica, tendo como indicação do tratamento dialítico a presença de coma. “Só dialisávamos pacientes que estavam em coma urêmico.” Todos estes doentes faleceram após algumas horas ou dias de tratamento. Em 1º de dezembro de 1949, uma mulher de 47 anos foi a primeira paciente que sobreviveu à hemodiálise.

Era um caso de insuficiência renal aguda devido à intoxicação por biclorreto de mercúrio. Submetida a três sessões de hemodiálise, saiu do coma após a terceira hora de tratamento (“nesta diálise inicial, a ureia subiu de 228 para 252mg/dl”) e teve alta curada. De 1949 a 1954, foram tratados cerca de cem pacientes, quase todos portadores de insuficiência renal aguda (somente os dois primeiros casos foram pacientes crônicos).

* João Egídio Romão Júnior é professor livre-docente de Nefrologia – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Chefe da Unidade de Diálise do Hospital das Clínicas FMUSP e da Clínica de Nefrologia do Hospital Beneficência Portuguesa de São Paulo.

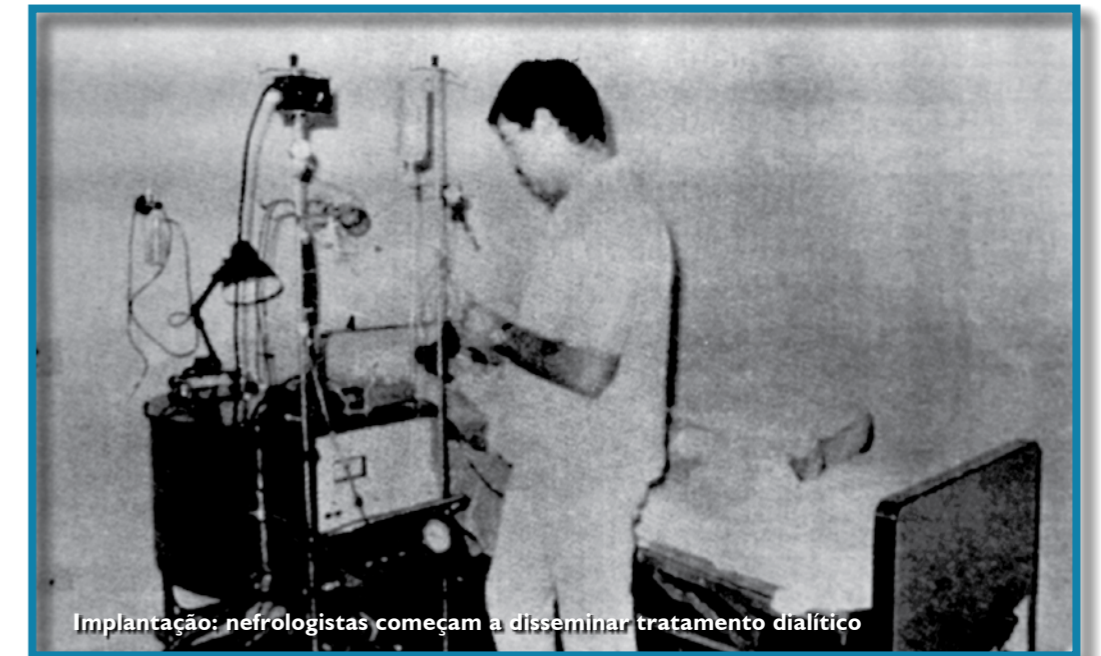


Primórdios: paciente em diálise produzida de forma quase artesanal

• A IMPLANTAÇÃO DA HEMODIÁLISE NO BRASIL

Após esta fase pioneira, já se constata a presença de diversos Serviços de Doenças Renais no país e a natural incorporação tecnológica. Em 1956, são introduzidos os rins artificiais Kolff-Brigham, importados dos Estados Unidos (“tanque de aço”), os primeiros no Rio de Janeiro - Hospital Pedro Ernesto em 04/01/1956 e Hospital dos Servidores do Estado em 05/03/1956 - e em São Paulo - Hospital das Clínicas em 01/11/1956. Em 1968, começaram a ser comercializados no Brasil os rins artificiais Travenol RSP.

Até esta época, somente pacientes portadores de insuficiência renal aguda podiam usufruir da terapêutica dialítica. Somente em meados dos anos 1960 é que a hemodiálise passou a ser utilizada para o tratamento de substituição renal de portadores de insuficiência renal crônica (IRC). No Brasil, os trabalhos iniciais foram realizados no



Implantação: nefrologistas começam a disseminar tratamento dialítico

Paraná pelo Prof. Adyr Mulinari após treinamento em Seattle-EUA com o Prof. Scribner, pioneiro do shunt arteriovenoso. Segue-se o uso de diálise peritoneal e hemodiálise para tratar portadores de IRC em São Paulo (Prof. Emil Sabbaga, em 1962) e no Rio de Janeiro (Prof. Francisco Santino Filho,

em 1963). Posteriormente, são descritas experiências em outros Estados brasileiros. Estes centros localizavam-se principalmente em hospitais universitários e em raros núcleos privados do país. Estava implantada a hemodiálise como modalidade de tratamento de portadores de IRC no Brasil. (JERJ)

A CONSOLIDAÇÃO DA HEMODIÁLISE NO BRASIL

A terapêutica hemodialítica da insuficiência renal crônica de longa duração foi implantada no país no início dos anos 1970 e passou a se consolidar após 1976, quando os serviços prestados passaram a ser reembolsados pelo governo federal (antigo INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social). Nesse período, a diálise cresceu, integrando-se, assim, ao padrão de prestação de serviços à população previden-

ciária. Com a criação do Serviço Único de Saúde (SUS), por meio da Constituição Brasileira de 1988, o acesso foi democratizado.

Nos anos que se seguiram ao credenciamento dos primeiros centros de diálise, a atividade apresentou uma expansão notável no Brasil, não só no número de pacientes tratados (que passou de 500 em 1976, para 9 mil em 1986, 32 mil em 1996, chegando a 95 mil pacientes em 2008), como também na ex-

tensão da oportunidade de acesso a estes tratamentos em todos os Estados brasileiros, chegando a números expressivos, como mais de 650 unidades de diálise. Tais números colocam o programa brasileiro entre os três maiores do mundo, sendo, certamente, o maior programa mundial público de diálise. Ao lado destes números, diversos indicadores mostram a excelência dos serviços e a qualidade do tratamento proporcionado. (JERJ)

CRISE NA DIÁLISE? QUE CRISE É ESSA?

Um panorama da situação de calamidade no setor e as possíveis soluções há muito aguardadas



João Carlos Biernat*

Entende-se por crise uma situação emergencial, passageira, um momento crítico, perigoso, aflitivo. Vem com início determinado, dura um certo tempo e vai embora. Indica um estado de alternância: não há como retornar ao antigo padrão. Pode ser uma boa oportunidade de crescimento, se bem resolvida. A recente crise financeira mundial é um exemplo: está passando, deixou seu rastro de destruição, é claro, mas também muitas lições.



• DEFINHAMENTO

OK, não há crise! Mas então o que há? Há sim um crônico desfinanciamento do setor, provocado por sucessivas subcorreções de tabelas. Cada plano econômico, com ou sem inflação, e mesmo após a URV, corroeu

E na hemodiálise, há crise? Parece que não. Pode ser surpreendente, mas, para haver crise, deve haver um período anterior bem-definido, de prosperidade, de bonança, de estabilidade prolongada com bons resultados financeiros e bom desempenho técnico, e sempre acompanhados de ética. Como esta situação paradisíaca não existe há mais de 25 anos, ou nunca existiu de fato, não há como falar em crise. Há sim, um moto-contínuo de dificuldades de toda ordem, permanente, duradouro. Tão ruim e constante que até acostuma a gente... Os envolvidos se adaptam a esta conjuntura como se adapta o organismo humano à medida que se instala, gradual e progressiva, uma insuficiência renal crônica. Um lenta e sofrida agonia.

É inacreditável como muitas famílias no Brasil se mantêm com ren-

cumulativamente a remuneração das Unidades. Em paralelo, houve aumento de custos operacionais, a partir dos anos 1990, na busca correta por qualidade e segurança, por pressão social. Basta lembrar de Caruaru, do papel da

da mensal de 1, ou mesmo 2, salários mínimos. Assim como é incrível conseguir tocar programas de hemodiálise recebendo US\$ 70 por sessão – às vezes, nem isso, - e tendo que devolver 35% ao governo na forma de leis sociais, impostos e tributos. Sobram US\$ 50. Só com muita superação. Mas só superação não basta. A espoliação continuada deteriora relações, desanima e até humilha a ponto de gerar inércia, falta de reação e discernimento com relação ao que acontece. Surgem sonegação de qualidade, manutenção precária, baixos salários, não recolhimento de tributos, endividamento bancário – este, primeiro da empresa e, depois, da pessoa física do nefrologista-sócio. Essa é a adaptação “natural” face à longa privação de recursos. Adaptação a contragosto, pois nenhum nefrologista quer conviver com isso.

Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).

Só que a conta não fecha, a equação é imperfeita. Há flagrante desequilíbrio entre as contas a pagar e a receber. Aparecem então as dívidas,

de início toleráveis, depois impagáveis. E dá-lhe REFIS, empréstimos consignados e outras formas de explícita agiotagem. E também aparecem as dúvidas: vale a pena continuar trabalhando assim? Isso um dia melhora? Mas os pacientes como ficam? Mas, e os pacientes, são meus ou são do SUS? Qual meu papel diante de toda essa coisa velha, constante, repetitiva?

Fazer alguma coisa possível e não

“ficar sentado esperando a morte chegar”, como um dia cantou Raul Seixas e como, infelizmente, vivem muitos pacientes renais crônicos – infelizmente. Pressionar quem tem poder de decisão: os senhores congressistas, o senhor Ministro da Saúde e por que não o senhor Presidente desta República? A gente pede tabela, eles alegam falta de verba. É o mesmo surrado diálogo de surdos se repetindo há 30 anos.

• CÁLCULOS

E qual o objetivo primeiro: prover, de imediato, recursos para a saúde por meio da aprovação da Emenda Constitucional 29, que acrescentaria R\$ 4 bilhões por ano ao orçamento do Ministério da Saúde (MS) e daria garantia efetiva de correção automática anual desse orçamento por força de lei. Todo santo ano, deve haver acréscimo da variação nominal do PIB mais a variação da inflação. Se, em 2010, o PIB for de 4% e a inflação anual for de 6%, para 2011, o orçamento do MS deveria ser corrigido em 10%, e, assim, sucessivamente. Parece pouco, mas foi a ausência continuada deste pouco que nos levou para a situação atual: as correções hoje dependem de favores, benesses, pedidos de joelhos e, mesmo assim, quase nunca acontecem.

Outro objetivo vital: mobilização plena para aprovar a Contribuição Social para a Saúde (a CSS), que pode alocar mais R\$ 11 bilhões ao atual orçamento de R\$ 54 bilhões do MS. Mas a CSS é uma nova CPMF, só que com alíquota menor (0,1%) sobre toda mo-

vimentação financeira. E dá ao Executivo um bom instrumento para combater a sonegação fiscal, outra praga que, de certo modo, dilapida o orçamento da União e acaba nos afetando. Com estes dois objetivos atingidos, seriam agregados mais de R\$ 15 bilhões ao orçamento do MS, o que permitiria melhor recomposição de tabelas.

E há ainda a mobilização para que Estados e municípios cumpram sua obrigação de aplicar, respectivamente, 12% e 15% de seus orçamentos em saúde. Aplicação de fato, sem os simulacros da inclusão de despesas paralelas como se fossem gastos com saúde a exemplo das despesas com esgoto, saneamento básico, merenda escolar, aposentados, hospitais de funcionários públicos e sua assistência, e por aí vai. Em 2008, seriam obtidos R\$ 26,8 bilhões dos Estados e R\$ 27,8 bilhões dos municípios, além do orçado pelo MS (R\$ 48,7 bilhões). Se fosse realmente realizado este orçamento, a saúde melhoraria muito.

Havendo capacidade criativa e pegada, humildade e maturidade,

O momento exige mobilização não só dos nefrologistas – poucos, pequenos e solenes desconhecidos –, mas sim de todas as áreas envolvidas com doença renal. Pacientes, unidades, associações, indústria e uma parceria frequentemente esquecida, mas com muito peso, os hospitais. Sim, os hospitais com seu prestígio e representatividade deveriam ser participantes desta força-tarefa, pois também têm lá seus interesses com a recuperação do segmento diálise.

faz-se a parceria com os outros atores deste processo, único modo de reverter o desfinanciamento da saúde. Depois sim, vem a hora de lutar pela nefrologia, por uma política séria para tratamento da insuficiência renal, para corrigir suas tabelas. E esta luta fica facilitada com a existência assegurada de fontes perenes de recursos. Mesmo porque está chegando a hora de exigir inclusão definitiva de novos procedimentos dialíticos pelo SUS, como diálise diária, longa de 8 horas, 3 a 5 vezes por semana, diálise adequada para insuficiência renal aguda, com óbvio aumento de custos para o MS. Mas esta é uma imposição ética e moral em função dos ótimos resultados alcançados mundo afora, em termos de qualidade de vida e sobrevivência de pacientes. Uma nova diálise, um novo tempo. E lógico, sem crise.

*João Carlos Biernat é nefrologista em Porto Alegre (RS) e ex-presidente da Associação Brasileira dos Centros de Diálise e Transplantes (ABCDDT).

Institucional

I ENCONTRO DE UNIDADES DE TRS DE SÃO PAULO



Dr. Ruy Barata, diretor de defesa profissional SONESP; Dra. Altair Lima, presidente da SONESP; e Dr. Gilberto Natalini, vereador PSDB-SP: debate trouxe novas propostas

Diante do panorama de inadimplência das Unidades de Diálise do Estado de São Paulo, a diretoria da SONESP, após ampla divulgação de convites, realizou em sua sede, no último dia 17 de agosto, um encontro que reuniu representantes de Unidades de Diálise, associações de pacientes, além de profissionais da área administrativa e contábil. O objetivo: elaborar propostas e discutir alternativas para o setor em crise constante (ver box abaixo e artigo na página...).

O debate foi aberto pela Dra. Altair Lima, presidente da SONESP, que introduziu a difícil situação das unidades de diálise de São Paulo. “Além de insuficientes, as tabelas de remuneração ainda sofrem os constantes e inaceitáveis atrasos por parte das prefeituras”, explicou.

O Dr. Fernando Frattini, diretor da UNICOM de Jundiaí, fez apresentação objetiva e bem-documentada de todos os segmentos de custos envolvidos no tratamento dialítico dos pacientes de São Paulo e sua defasagem diante do exíguo reembolso. Tal questão ficou ainda mais evidente com a exposição de Gilberto Rodrigues da Silva, admi-

nistrador, executivo da Master Quality, cujo trabalho no setor é reconhecido.

O encontro ganhou corpo com a intervenção simples e substancial de Gilberto Natalini (PSDB/SP), médico e vereador na Câmara de São Paulo. Segundo ele, a crise do SUS é marcada pela desmobilização de setores tradicionalmente ativos na luta pela implantação do sistema em todas as suas dimensões como sindicatos, associações filantrópicas, frente parlamentar de saúde e lideranças combativas. Em função disso, Natalini exortou a mobilização do segmento médico dando como exemplo o ativismo da SONESP. “Não haverá outro modo de reverter a atual situação sem ampla participação da sociedade”, disse Natalini.

O vereador ainda trouxe o exemplo do atraso de votação da Emenda 29 e sua desfiguração no Senado Federal. Reconhecendo alguns avanços no diálogo entre prefeitura e prestadores de serviço, considera incabível os atrasos de pagamentos que vêm ocorrendo no setor de terapia renal substitutiva, o que certamente explica a inadimplência fiscal de várias unidades de diálise que se submeteram ao processo de renovação

de contratos abertos pela prefeitura de São Paulo este ano.

Natalini também prometeu esforços junto ao prefeito Gilberto Kasab e ao secretário de saúde para a superação do problema, sob pena de graves consequências para o sistema de atenção aos pacientes renais no município de São Paulo.

PROPOSTAS APRESENTADAS

O I Encontro de Terapia Renal também serviu para que os participantes levantassem propostas que devem funcionar como bandeira de luta das entidades médicas e devem ser encaminhadas para a administração pública em curto prazo. Entre os projetos apresentados, destacaram-se:

- 1) Luta pela redução da carga fiscal para aqueles que atendem mais de 60% ao SUS.
- 2) Criação de uma linha de crédito de juros baixos para socorro das unidades penalizadas por atrasos de pagamentos devidos pelo poder público.

Geral

TERCEIRIZAÇÃO DOS HOSPITAIS PAULISTAS GERA POLÊMICA

Entidades médicas não aparecem e ficam a margem das discussões

As associações médicas, incluindo as de Saúde Pública, estão à margem das discussões em torno da lei encaminhada pelo governador José Serra que permite a terceirização de todos os hospitais estaduais as OSs (Organizações Sociais). Estas instituições, de extrema relevância para opinar sobre os impactos desta medida, não foram integradas a um fórum de discussão adequado no que diz respeito a questão.

O projeto encaminhado por Serra permite que os hospitais estaduais – administrados pela Secretaria de Saúde – utilizem até 25% da sua capacidade de atendimento a pacientes particulares ou de planos privados de saúde, dando a entender que na esfera da saúde pública vagas sobrando para a população. De um lado, críticos da proposta são unânimes ao avaliar o claro prejuízo que haverá para a população. Na prática, duas entradas ou filas devem surgir nos

hospitais: a do SUS (abarrota e lenta) e a dos particulares (privilegiada). De outro, a avaliação do governo de que tal iniciativa permitirá cobrar dos ricos (convênios) para melhorar o atendimento aos pobres (SUS). Tal argumento é, no mínimo, duvidoso uma vez que o Governo até hoje não conseguiu organizar uma maneira eficiente de destinar recursos financeiros e técnicos adequados para garantir a dignidade do sistema público de saúde.

Ao ser sancionada, já que a proposta foi enviada para a Assembleia Legislativa pelo próprio José Serra, o Ministério Público promete tomar providências. Deve entrar com ações civis públicas contra os contratos de terceirização que vierem a ser firmados entre o Estado e as OSs (organizações sociais). Ainda assim, as organizações médicas ficam devendo posicionamento mais incisivo sobre tal polêmica.

• DOENÇA RENAL ATINGE 12 MILHÕES DE BRASILEIROS

Cerca de 12 milhões de pessoas no Brasil sofrem de algum tipo de insuficiência renal, segundo dados recentes projetados pela Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN) e a SONESP. O número pode ainda ser maior uma vez que idosos, obesos, diabéticos, hipertensos ou pessoas com históricos familiar somam um total de 52 milhões de pessoas no País. Eles fazem parte de grupos com risco elevado de desenvolver a doença.

Segundo a presidente da SONESP, Dra Altair Lima, as pessoas demoram a descobrir que possuem a doença pela falta de informação e exames. Estes indivíduos quando começam a sentir os sintomas é porque já possuem cerca de 50% da atividade normal do rim comprometida, o que os levará inevitavelmente à diálise ou ao transplante renal. “A situação poderia ser evitada se a doença fosse detectada em fase inicial, com uma simples dosagem de creatinina no sangue e análise de urina”, afirma a presidente da SONESP, Altair Lima. Daí a importância das dezenas de campanhas de prevenção realizadas pela entidade médica.

Atualmente algo em torno de 95 mil renais crônicos dependam da diálise para sobreviver. Estima-se que, em 2010, o número de pessoas dependentes dos serviços de diálise ultrapasse a casa dos 105 mil casos.

Baxter DP

Com a HomeChoice, seus pacientes **nunca** estão sozinhos.

Na Baxter, acreditamos que ser atendido por uma pessoa de verdade ou por uma mensagem gravada faz toda a diferença do mundo.

Para mais informações sobre DPA e a HomeChoice, visite o site www.baxter.com.br

Suporte 24 horas
0800 12 55 22
opção 1

Baxter
Baxter é uma marca Baxter International Inc.
Baxter Hospitalar Ltda.
Av. Alfredo Egídio de Souza Aranha, 100 - bloco C, 6º (parcial), 7º e 8º andares
São Paulo, SP - Cep: 04726-170 - SAC: 0800 12 55 22 - www.baxter.com.br
HomeChoice é marca registrada em nome de Baxter International Inc.

ANDRÉ FRANÇOIS RETRATA A VIDA DE DOENTES RENAIIS

O fotógrafo reúne imagens e histórias de pacientes nas mais diferentes regiões do país; objetivo é mostrar que o tratamento pode ser feito sem interferir tanto na vida cotidiana

Escolher e Viver – tratamento e qualidade de vida dos pacientes renais crônicos é o título do recém-lançado livro do fotógrafo André François. A obra reúne histórias reais de pacientes renais crônicos em cidades remotas do Brasil mostrando a relação deles com a doença. Todos os casos demonstrados no livro tratam de pessoas que usam a diálise peritoneal como método de tratamento da insuficiência dos rins. Com isso, afirmam, conseguem levar uma rotina bem mais próxima do que se considera como padrão de vida “normal” do ser humano moderno.

François diz, na apresentação de sua obra, que a necessidade de documentar a história de vida de pacientes renais crônicos nasceu durante a produção do seu último livro *A Curva e o caminho – acesso à saúde no Brasil*. Ao realizar este trabalho, o fotógrafo conheceu a história de uma paciente que precisa viajar por três vezes na

semana da cidade de Barreirinha, no interior do Maranhão, até a capital São Luis, apenas para fazer o tratamento de hemodiálise em uma clínica. “A vida dessa jovem mãe, chamada Maria, estava atrelada a uma clínica distante da sua casa, o que a privava do seu trabalho diário, e muitas vezes, da convivência com a família”, diz François.

Foi por conta da problemática de Maria, que não apenas a doença renal precisava ser abordada na obra, mas o tratamento de diálise peritoneal. Este método de “limpeza” do sangue pode ser aplicado em casa e, com isso, trazer benefícios para a qualidade de vida do paciente. A difusão desse método é feita através dos exemplos narrados, entre eles o de Elza Roca Vargas, de Guayaramerin (Guajará-Mirim), cidade na fronteira do Brasil com a Bolívia. Por conta da atividade do marido, barqueiro transportador de frutas, Elza está sempre indo de um lugar para o outro e não conseguiria



Elza Roca Vargas: diálise peritoneal feita durante viagens de barco

ficar em clínica para fazer a hemodiálise. Ao adotar o tratamento com a diálise peritoneal chega a realizar os procedimentos médicos com a ajuda dos filhos no próprio barco durante uma viagem.



Produzidos sob os mais rígidos padrões de qualidade, os produtos Farmarin oferecem as mais variadas formulações, resultado de investimentos em pesquisas e desenvolvimento de novas tecnologias visando sempre a melhoria da qualidade de vida dos pacientes renais.

FARMARIN

Há 20 anos em constante evolução







- FARMAVEIN - Equipos de infusão.
- FARMAPRESS - Isolador condutor de pressão.
- FARMACATH 2 - Cateter duplo lúmen para hemodiálise e aferese.
- FARMACATH 3 - Cateter triplo lúmen para hemodiálise e aferese.
- FARMAPLIC - Agulha de fistula.
- FARMASET AR - Linha de sangue arterial.
- FARMASET VE - Linha de sangue venoso.
- FARMABAG A - Bolsa para nutrição parenteral automática.
- FARMABAG G - Bolsa para nutrição parenteral gravitacional.



FARMARIN
INDÚSTRIA E COMÉRCIO LTDA.

Rua Pedro de Toledo, 600
Cep 07140-000 - Guarulhos - SP
SAC: 0800 101 106
vendas@farmarin.com.br
farmarin@farmarin.com.br
www.farmarin.com.br

