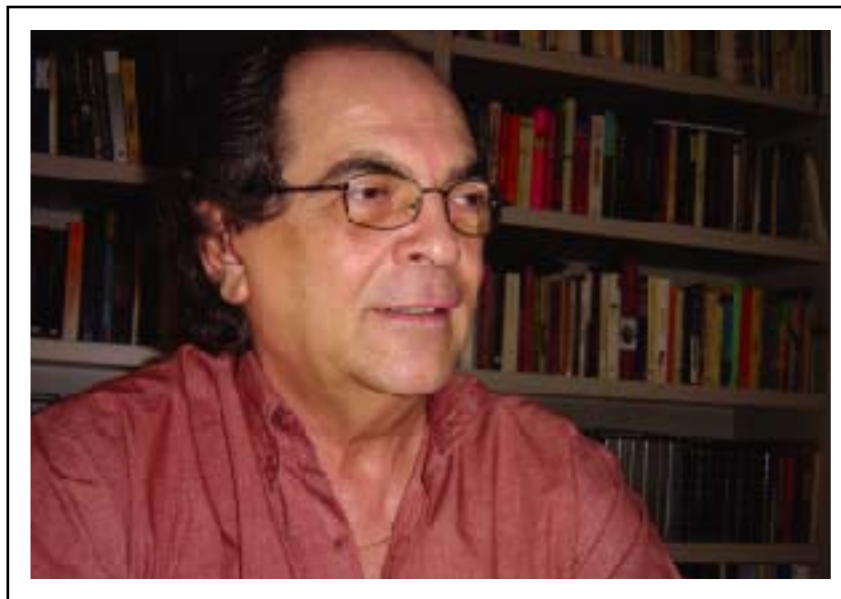


Novas normas, dinheiro velho

O governo aumentou as obrigações das unidades de Terapia Renal Substitutiva (TRS), mas não há dinheiro novo para este conjunto de deveres. O mais novo edital do Ministério da Saúde, embora não apresente grandes alterações técnicas, impõe ainda maiores dificuldades financeiras e gerenciais a uma das áreas mais sacrificadas e importantes da saúde pública. O diretor de Defesa Profissional da SBN, Dr. Ruy Barata, aborda o assunto em entrevista nesta edição. **Páginas 4 e 5 >>>**



Dr. Ruy: Edital apresenta novas normas, mas não prevê aumento de recursos para o setor

SBN firma convênio com a ONA

A Sociedade Brasileira de Nefrologia e a Organização Nacional de Acreditação (ONA) acabam de firmar um convênio de capacitação de recursos humanos. Graças a esse acordo, a SBN passa a ficar habilitada a ministrar cursos de formação de multiplicadores. O primeiro aconteceu nos dias 25 e 26 de agosto, na sede da SBN.

Página 7 >>>

DIVULGAÇÃO

Edital regulamenta criação de Centros de nefrologia

Um dos projetos do novo edital do Ministério da Saúde regulamenta a criação de centros de diálise. A medida, se levada à cabo, pode aumentar a possibilidade de identificação de pacientes renais ainda em fase inicial. Mas a norma, entretanto, ainda esbarra na falta de dinheiro novo para financiar o projeto.

A Secretária Geral da SBN, Dra. Gianna Mastroianni Kirsztajn, analisa nesta reportagem a operacionalização dos centros. Segundo ela, caso instaladas, as unidades poderão servir de retaguarda para os casos detectados em atividades de rotina ou em campanhas públicas. **Página 3 >>>**



Dra Gianna: Centros podem aumentar identificação de doentes renais em fase inicial

DIVULGAÇÃO

SBN Informa

Editor
Ruy A. Barata

Jornalista Responsável
Valerya Borges - MTB 39583

Redação
Valerya Borges
Flávio Falcão Neto
Ruy Guilherme Neto
redacaosbn@yahoo.com.br

Secretárias
Adriana Paladini
Rosalina Soares
Jailson Ramos

Sociedade Brasileira de Nefrologia

Departamento de Nefrologia da Associação Médica Brasileira

Rua Machado Bittencourt, 205 - 5º Andar, conjunto 53 - Vila Clementino CEP 04044-000 - São Paulo - SP
Fone: (11) 5579-1242
Fax: (11) 5573-6000
E-mail: secret@sbn.org.br
Website: www.sbn.org.br

Diretoria

Presidente
João Egidio Romão Junior

Vice-Presidente
Maria Ermecilia Almeida Melo

Secretária Geral
Gianna Mastroianni Kirsztajn

1º Secretário
José Nery Praxedes

Tesoureiro
José Luiz Santello

Departamentos

Defesa Profissional
Ruy A. Barata

Diálise
Hugo Abensur

Transplante
Valter Duro Garcia

Ensino, Reciclagem e Titulação
Nestor Schor

Fisiologia e Fisiopatologia Renal
Roberto Zats

Hipertensão Arterial
Celso Amodeo

Informática em Saúde
Ricardo de Castro Cintra Sesso

Nefrologia Clínica
Jenner Cruz

Nefrologia Pediátrica
Clotilde Druck Garcia

Projeto Gráfico
Gláucia Costa Neves / Marcelo Corazza

Publicidade
Carlos Genga
Tel.: (11) 3214-2681 / Fax: (11) 5159-0620

Os artigos assinados não refletem necessariamente a opinião do Jornal.

EDITORIAL

Em prol dos direitos dos médicos

Atualmente duas grandes lutas têm movimentado a classe médica brasileira. Essas lutas decorrem da falta de regulamentação legal do “Ato Médico” e da remuneração aviltante que vem sendo imposta aos profissionais, tanto no setor privado quanto no estatal. Com a participação conjunta de várias entidades médicas, entre elas o Conselho Federal de Medicina (CFM), a Associação Médica Brasileira (AMB) e Federação Nacional dos Médicos (Fenam), foram criadas comissões para o desenvolvimento do trabalho de valorização da nossa atividade.

No que diz respeito à regulamentação, foi muito importante a elaboração pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), da Resolução CFM nº 1.627/2001. No artigo primeiro deste documento, o “Ato Médico” é definido como “*tudo procedimento técnico-profissional praticado por médico legalmente habilitado e dirigido para a promoção da saúde e prevenção da ocorrência de enfermidades ou profilaxia (prevenção primária); a prevenção da evolução das enfermidades ou execução de procedimentos diagnósticos ou terapêuticos (prevenção secundária); a prevenção da invalidez ou reabilitação dos enfermos (prevenção terciária)*”. O texto tramita no senado pelo projeto de lei (PLS no 25/2002), de autoria do senador Geraldo Althoff e que tem como objetivo tão-somente regulamentar os atos médicos, fortalecendo o conceito de equipe de saúde e respeitando as esferas de competência de cada profissional.

Recentemente foi apresentado no senado o substitutivo deste projeto de lei. Escrito pelo senador Tião Viana (PT-AC), o relatório restringe a prescrição da terapêutica apenas para os profissionais médicos e também torna privativas as funções de coordenação, chefia, direção técnica, perícia, auditoria e supervisão de ensino vinculadas à profissão. Este substitutivo foi aprovado na reunião do último dia

30 de junho, pela Comissão de Constituição, Justiça e Cidadania (CCJ) do Senado. O relatório foi favorável ao projeto de lei que agora tramitará na Comissão de Assuntos Sociais (CAS), em caráter terminativo.

Tanto a publicação da Resolução CFM nº 1.627/2001 como a tramitação do PLS 25/02, vem causando reações contrárias de profissionais de outras áreas da saúde.

Mas nas palavras do presidente do CFM, Dr. Edson de Oliveira Andrade, a reivindicação é fundamental para os médicos. “*No momento atual, é esta Medicina competente, e compromissada com sua história de cientificidade e solidariedade humana que vem à Casa do Povo Brasileiro solicitar seu pleno reconhecimento e valorização. Este pedido, entretanto, jamais exigirá privilégios em relação às demais profissões da área da saúde, mas tão apenas respeito às prerrogativas e características profissionais que os tempos imemoriais consagraram e que, por seu reconhecimento social, configuram o SER MÉDICO*”.

A segunda luta diz respeito à criação e implantação da Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos (CBHPM). Graças ao trabalho conjunto entre AMB, CFM e Sociedades de Especialidade com assessoria da Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas (Fipe), foi criada uma lista referencial dos procedimentos médicos. A CBHPM é um parâmetro de honorários médicos que visa garantir uma remuneração digna e equilibrada dos serviços prestados. O CFM elaborou, então, a Resolução CFM Nº 1.673/03 que no seu artigo primeiro resolve: “*Art.1 - Adotar como padrão mínimo e ético de remuneração dos procedimentos médicos, para o Sistema de Saúde Suplementar, a Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos, incluindo suas instruções gerais e valores*”.

No País começa a ser desen-

volvido um trabalho conjunto das entidades médicas para implantação da CBHPM. As operadoras de planos de saúde oferecem propostas ou acordos com os médicos para boicotar esta implantação, e na justiça, buscam suspender ou cassar os efeitos das liminares requeridas para a instauração da lista de procedimentos. Precisamos resgatar a valorização do trabalho médico lutando pela implantação da CBHPM. Perder para os planos de saúde significa nos mantermos escravos desta situação, permitindo a desmoralização das nossas entidades representativas e a fragilização da nossa relação médico-paciente com perda importante na autonomia do “Ato Médico”.

Devemos acompanhar, participar e lutar pela regulamentação em lei do “Ato Médico”, e pela CBHPM. Estamos no caminho certo, precisamos manter a união porque juntos somos fortes. Este é um trabalho contínuo, seja qual for a nossa especialidade médica.

Como nefrologista, devemos participar, dessas lutas, por duas razões:

1. Somos médicos e
2. Recebemos remunerações aviltantes, tanto no setor privado e público.

Finalizo com o trecho de um texto assinado pelo nobre conselheiro Luiz Salvador de Miranda Sá Júnior, 1º Secretário do CFM. Serve como reflexão. “*(...) Um médico é um técnico, mas jamais apenas um técnico; o que se verifica não por cabotismo ou onipotência, mas essencialmente por causa de sua dimensão ética e das responsabilidades nela implícitas e da dignidade essencial da pessoa enferma sobre a qual ela desempenha sua atividade. E esta dimensão humana e ética da relação médico-paciente é e deve ser muito mais ampla na Medicina do que em qualquer outra profissão. A dimensão humana presente no encontro intersubjetivo é o elemento mais importante da atividade médica*”.

Maria Ermecilia Almeida Melo
Vice-Presidente da SBN

ENTREVISTA

Dr. Ruy Barata

Um documento dúbio e arbitrário

Com mais de trinta anos de atuação na área da nefrologia, o hoje diretor do Departamento de Defesa Profissional da Sociedade Brasileira de Nefrologia, Dr. Ruy Barata, ainda não visualiza possibilidades reais de implantação das determinações estabelecidas pela nova portaria do Ministério da Saúde que normatiza a Terapia Renal Substitutiva (TRS). Segundo o médico, o documento apresenta "cacoetes populistas" na medida em que faz agrados não financiados aos atuais usuários do sistema de diálise. Ao mesmo tempo, não cria mínimas condições para melhorar a oferta de serviços prestados aos pacientes renais que se encontram fora do sistema de diagnóstico e tratamento. Em sua opinião, as normas ministeriais seguem também a tradição historicamente impositiva do Estado brasileiro.

A entrevista dissecou outros aspectos negativos da medida, que foi adotada na contra-mão da racionalidade e das propostas encaminhadas pelo segmento especializado na questão. O entrevistado explica porque alguns novos procedimentos exigidos comprometem o trabalho das unidades de diálise e podem bloquear a abertura de novos centros.

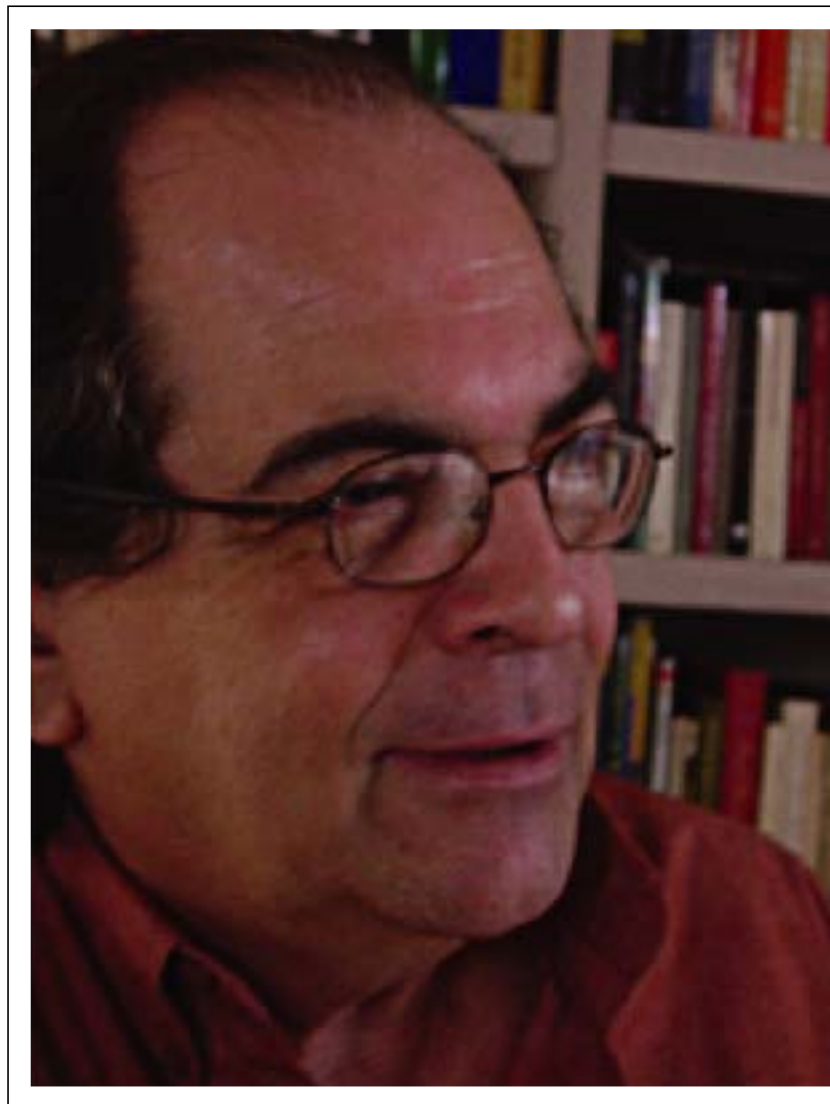
SBN Informa- Nos últimos dias foi publicado o novo edital do governo para os procedimentos de Terapia Renal Substitutiva (TRS), qual a sua avaliação?

Dr. Ruy Barata - Há mais de um ano nós estamos trabalhando junto ao Ministério da Saúde para mudar não apenas o atual modelo de atendimento a nefropatias no Brasil como também para reverter o inequívoco estado de bancarrota das unidades de diálise. Do ponto de vista técnico não houve nenhum avanço em relação a portaria que foi substituída. No ano passado, depois de "encarnizada batalha", o governo concedeu o insuficiente reajuste de 10% visando "recompor" os valores defasados dos procedimentos dialíticos. Mas trouxe agora na contra mão, novos e caros "penduricalhos" com-

pulsórios sem paralelamente gerar dinheiro novo para financiá-los

SBNI - Por que as novas normas contidas no edital podem comprometer o atendimento de novos pacientes pelo sistema atual?

RB - Uma das novidades introduzidas pela nova portaria é a limitação do número de pacientes em 200 por unidade. Como não existem medidas objetivas no que diz respeito a financiamento de novas unidades e valores aceitáveis para os procedimentos nas tabelas SUS, não haverá atrativos para a abertura de novos centros de diálise, pelo segmento prestador de serviços. Também não há nenhum sinal de que o Estado pretenda investir pesado em seus hospitais de maneira a construir unidades estatais para suprir demanda. No Brasil, 80% dos Centros de Diálise são conveniados. A consequência natural será o aumento do excedente de pacientes em relação a disponibilidade de equipamentos. Isto tem nome e significa aumento das mortes de pacientes por falta de recursos técnicos e financeiros. Esta já é uma realidade observável nos hospitais que mantêm portas abertas a população e que acolhem, diariamente, número crescente de pacientes vitimados por graves complicações de uremia. Os outros ficam retidos nas filas das chamadas "Centrais de Regulação" de estados e municípios a espera de uma vaga. Assim a regulação, na prática, acaba funcionando como aparelho de represamento de demanda e perpetuação do ciclo vicioso. Nós não podemos compreender que se considere o argumento de que a redução dos pacientes melhora a qualidade do atendimento. Isto seria incontestável se não houvessem normas estabelecidas de tratamento cada caso de paciente. Mas, há. Há também lições consagradas no ramo da administração de recursos para setores que envolvem alta tecnologia e procedimentos de alto custo que são inviáveis do ponto de vista econômico-financeiro e inefetivas em técnica de serviços pequenos. Este é o motivo por que pequenos hospitais são quase inviáveis para administração. A nefrologia trata uma patologia complexa e desenvolvida, em grande escala, no mundo inteiro. Isto explica a existência de megaunidades em países de densa população como o Japão, Índia e China.



DIVULGAÇÃO

SBNI - Qual é o capital de investimento necessário para montagem de uma Unidade de Diálise para atender 200 pacientes atualmente?

RB - O montante destes recursos depende de vários fatores. Entre eles os preços e salários de regiões extremamente díspares. Para sua aferição considera-se área física, equipamentos específicos e inspecíficos, recursos humanos etc. Trata-se portanto de uma pergunta que eu não tenho valores exatos. Mas para sua consideração observe que uma máquina de hemodiálise que serve para tratar até 6 pacientes em tres turnos diários custa no mercado brasileiro por volta de 50 mil reais financiados pelas empresas via de regra em 24 meses. Para 200 pacientes precisaremos de cerca de 35 máquinas com apenas uma de reserva para emergências. Portanto o capital de investimento apenas em máquinas será de 1 milhão e 750 mil reais Parcelados em 24 meses teremos prestações de 70 mil reais mensais.

Se somarmos a outros itens necessários como cadeiras-leito, tratamento de água, gerador de eletricidade, equipamentos de emergência etc, os valores atingirão cifras consideráveis, certamente fora do alcance e do interesse de investidores a considerar os atuais valores de reembolso. Paradoxalmente uma máquina de diálise custa no mercado externo não mais que 10 mil dólares, de onde se conclui que o gargalo dos juros brasileiros sem alternativas de financiamento privilegiado para o setor ou a dependência nacional de equipamentos importados estão na raiz do desaparecimento do sistema de atendimento a renais. Com esses dados, mais estranhas ficam as determinações da nova portaria, cujo resultado final será a desarticulação de Unidades de Diálise que sobreviviam as custas da atividade em escala e por sua tradição na área. Por outro lado com a exigência de novas despesas sem o custeio necessário, tenho pouco a acrescentar ao que já disse - o sistema de

diálise está a beira de ser destruído.

SBNI - A curto prazo que conseqüências operativas imediatas o senhor observa para a implementação das novas medidas?

RB - Apenas na cidade de São Paulo temos, hoje, em torno de sete unidades com mais 200 pacientes sob tratamento de hemodiálise. As outras estão muito próximas dos 200. A única alternativa que sobrar para esses pacientes será a transferência de uma unidade que tem mais para uma unidade que tem menos. As unidades que têm menos (por exemplo, 150 pacientes) em geral não dispõem de equipamentos e recursos humanos necessários para atender os novos pacientes. Criou-se portanto um problemático impasse para atender descabidas exigências. Do ponto de vista da ética e do bom atendimento aos pacientes, caso assim se proceda, será perpetrada inaceitável violência contra a relação médico-paciente - elemento de fundamental importância para o tratamento. Como é de amplo conhecimento, a relação entre pacientes de diálise e a equipe médica que o atende, é muito delicada. Com inúmeros componentes psico-sociais, sem contar com a complexidade dos problemas orgânicos, é uma relação que só se desfaz pelo desentendimento entre ambas as partes por motivos não mensuráveis. A imposição de transferência de uma unidade para outra é uma operação difícil. Quais os critérios que o norteiam? O que fazer com os pacientes que não quiserem ser transferidos? Obrigá-los? Duvido muito que isto seja possível numa sociedade democrática.

SBNI - Há outros meios de reduzir os pacientes de Unidades regulamentadas que possuam mais de 200 pacientes que não a violência a que o senhor se referiu. ?

RB - De imediato, não. Há entretanto fórmulas cuja crueldade pode ser diluída a curto prazo mas se revelará tão ou mais danosa a médio prazo. Por exemplo: impedir que as unidades em questão atendam novos pacientes. Isto é, na medida que o excedente de pacientes encerre seu tratamento por transplante ou por óbito se impeça que entrem novos pacientes para tratamento naquela unidade. Isto significará a desestabilização econômico-financeira e, administrativa de Unidades muitas das vezes historicamente vocacionadas para este trabalho. Terão que desativar ou vender equipamentos excedentes; despedir funcionários: médicos, enfermagem, serviços gerais etc.

SBNI - Que avanços podem ser observados na nova portaria ?

RB - O Ministério da Saúde brasileiro, pelo menos ao nível da letra, incorporou contribuições que a Sociedade Brasileira de Nefrologia há anos vem martelando, como a da montagem de um Sistema Integrado, ao nível de municípios e estados, de promoção da atenção ao paciente renal. Sinto, por outro lado, que a irrefutabilidade dos dados recolhidos pela SBN, ao longo do tempo, fez com que as autoridades de saúde passassem a usá-los em todas as oportunidades em que são chamadas para, sobre eles, manifestar-se. A nova portaria cria a perspectiva de criação de Centros de Nefrologia integrados a Centros de Referência na direção de produzir eficiência e capilaridade as ações de saúde neste segmento de atenção. O documento, resultante das várias discussões promovidas em Brasília, gerou uma certa consistência na abordagem do problema epi-

demiológico pelo governo. " Estão ganhando demais". "Querem enriquecer as custas dos cofres da nação ". Aliás estes batidos chavões usados de longa data para perpetuar a recusa de recursos racionais para este setor - não tem o poder mágico de ocultar a triste realidade brasileira.

SBNI - Existe algum outro ponto de conflito nesse novo edital?

RB - Veja por exemplo o caso do CAPD ou Diálise Peritoneal Ambulatorial Contínua. É um tipo de tratamento com indicações precisas mas restritas embora de grande valia para os nefrologistas e para pacientes. É um tratamento mais caro que a hemodiálise. Sem entrar no conturbado mérito da questão, mas o novo regimento técnico não coloca nenhum limite para pacientes em CAPD. Por que? Quais os motivos? Se de um lado o tratamento mais barato e mais usado no mundo inteiro a

nas entrelinhas. É objetivo. Para coar de êxito a operação, a portaria, ainda determina que os centros de diálise cedam caros antibióticos para os pacientes que apresentarem a mais freqüente complicação do CAPD, a peritonite. O tratamento de peritonites, além de uma diversidade grande de antibióticos, determinados pela boa prática da realização de exames de antibiogramas, impõe outros cuidados incluindo-se internação hospitalar, cirurgias e etc. Os recursos para esta demanda de antibióticos e procedimentos não foram alocados, mas a responsabilidade penal aos responsáveis técnicos das unidades de diálise ficou balizada.

SBNI - Quer dizer que o Sistema de Diálise está encalacrado ?

RB - Sim. Este é o tipo da portaria desconjuntada. O Dr. Jorge Solla, coordenador da Secretaria de Atenção a Saúde do MS, ainda não deve ter percebido a armadilha contida na portaria gerada por sua assessoria técnica. Veja outro exemplo: se uma unidade de TRS atinge o limite estabelecido de 200 pacientes em hemodiálise, mas possui 50 pacientes em CAPD - a caminho de muito mais, em função da demanda e, do estímulo, nenhum dos pacientes que perder a viabilidade dialítica do peritônio poderá ser transferido para hemodiálise na mesma unidade pelo simples fato de que esta ter atingido o teto permitido. Estará criado um impasse de difícil resolução pois estes pacientes estão em más condições clínicas, obrigados a retirada de cateter peritoneal e necessitando implantação de acesso para hemodiálise agudamente. O caos se instala a começar da violência contra a medicina e o paciente, até a dificuldade de aceitação do mesmo por outras instancias de atendimento que não a Unidade de origem que - embora disponibilize equipamentos para hemodiálise - por legislação estará impedida de atendê-lo.

SBNI - E o senhor acha que estas coisa podem acontecer?

RB - Elas só não acontecem em maior escala porque a sociedade brasileira é mais importante que decretos e leis inúteis e arbitrarias. E é claro confia na sensibilidade do legislador, na maioria das vezes alheio ao dia a dia da população. Quando este insiste na insensatez a História tem demonstrado que o legislador ou o ditador por mais força que concentrem duram pouco no poder.

O segmento, penalizado pela baixa remuneração dos procedimentos, está agora em verdadeiro pânico

demiológico pelo governo.

SBNI - Como o senhor acha que as direções destas unidades observam o problema?

RB - O segmento, já penalizado pela baixa remuneração dos procedimentos, está em verdadeiro pânico. Alguns já começaram a demitir para não serem surpreendidos por medidas draconianas. Outros, esperam que o governo se sensibilize e retroaja nestas medidas como é da nossa expectativa. O diálogo com o Ministério da Saúde, embora cortês, é difícil não apenas pela crônica falta de experiência de alguns dos seus quadros técnicos. Mas, sobretudo, por ser a TRS um segmento da medicina que se constitui o calcanhar de Aquiles no sistema. Qualquer reajuste demanda a necessidade de mobilizar consideráveis recursos, os quais o governo não parece disposto a conceder salvo com o advento de catástrofes como foi o episódio de Caruaru em 1996. Por outro lado, a cada vez que a demanda de recursos é encaminhada pelas entidades representativas de médicos e prestadores de serviço vem a cantilena nivelando por baixo a todos, com a qual já nos habituamos mas não aceitamos e remetemo-la de volta para os acusa-

hemodiálise foi limitado, por quais motivos um tratamento mais caro e mais restrito, foi liberado. Sempre haverá justificativas para incompetência ou má fé. Haverá até quem diga que é possível fazer CAPD a bordo das barcaças do Amazonas ou no lombo de jumentos no agreste nordestino. O finado Doutor Ulisses Guimarães dizia com propriedade: "quando vocês encontrarem um jabuti em cima de uma árvore tenham, certeza de que alguém o colocou lá; por que jabuti não sobe em árvore". Seguindo o sábio conselho, nós estamos procurando e acho que já achamos quem se aproveitando da confusão colocou o jabuti na árvore. Não haverá ninguém de estóica boa fé que não desconfie de má fé, nestas medidas

Todos sabemos e, como sabemos do interesse financeiro prioritário das empresas internacionais, produtoras de insumos de diálise, que atuam no Brasil sobre o CAPD. Isto por si não é uma insinuação. É uma constatação, cujos resultados vem influenciando todas as portarias sobre diálise publicadas no Brasil, desde 1983. A atual lamentavelmente não é nenhuma exceção.

O incentivo ao tratamento dos pacientes por CAPD não se encontra

Continua na Página 6 >>>

SBNI - A falta de novos recursos é a única dificuldade?

RB - Não. Além da ausência de dinheiro novo necessário para o segmento de TRS, temos a questão relacionada a organização do SUS como um todo - leitos hospitalares equipamentos, referência, contra-referência, distritalização, hierarquização e redistribuição de recursos. Como é do conhecimento de todos, o segmento de TRS é desaguadouro de uma infinidade de problemas que interagem como numa reação química: diabetes mellitus, hipertensão arterial, nefropatias primárias, uropatias, doenças crônico-degenerativas etc. Outra novidade introduzida pelo novo regimento sem a devida cobertura de recursos, é a exigência de novos profissionais nas Unidades de Diálise: assistente social, psicólogo, nutricionista. Não há como negar a importância destes profissionais no seguimento destes pacientes. Porém, a portaria condiciona a abertura de unidades de tratamento vital a existência do município aos profissionais. Mas como obrigar Unidades de Saúde subvencionadas por tabelas ir-

risórias a contratar novos profissionais, sem reajuste no custeio, sem correr o risco de desarticular um sistema construído a duras penas em 30 anos? É a mesma coisa da obrigação de fornecimento pelas Unidades de antibióticos para os pacientes com peritonite. Um cheque sem fundos.

SBNI - A que o senhor atribui esta imensa confusão gerada por um documento ministerial?

RB - São vários os fatores que influenciaram esta portaria. Ela é o retrato do jogo de pressões - de vários segmentos - que se estabeleceu em função da luta por reajuste de tabelas, no ano passado. Uma verdadeira assembléia de "grupos de trabalho" dirigida por técnicos inexperientes do setor de alta complexidade da SAS primou pelo escapismo, e pelas soluções "consensuais" desde que mantida a cota de recursos previamente acertada. Optaram por assimilar culposa ou dolosamente as pressões dos representantes da indústria. Interessantemente, nenhum destes com assento garantido nas comissões. Aliás não precisavam disto

pois seus interesses sempre estiveram bem representados na burocracia estatal e manejados por insuspeitos postos. Preferiram penalizar prestadores de serviços aqui incluídos todos os segmentos de profissionais da saúde envolvidos e a grande maioria de pacientes ainda fora do sistema de tratamento.

SBNI - Em que período houve maiores obstáculos no diálogo entre a classe e o governo?

RB - O relacionamento com o Ministério da Saúde sempre foi muito complexo. Há vinte anos o Brasil saiu do regime autoritário. Em 1964, se instalou no país uma ditadura militar. A ditadura não discutia com a sociedade, mandava, definia, arbitrava de acordo com os seus interesses e suas idiossincrasias. Foram vinte anos de fechamento mas foi aí que se criou o sistema de atendimento a renais diálise-dependente antes inexoravelmente predestinados a morte. No final dessa ditadura começou a ocorrer uma mais objetiva inter-relação sociedade/governantes, decorrente do ressurgimento gradual do modelo de-

mocrático. Mas, tradicionalmente, somos um País com estrutura autoritária, no qual os governos ainda não se habituaram a manter uma relação com os prestadores de serviço, os cidadãos, os eleitores, os contribuintes, os usuários e principalmente com os desvalidos. O governo secularmente tem uma prática impositiva e para preservá-la tem usado estranhas e bizarras formas de dominação. Entre ele e o cidadão ainda não existem anteparos capazes de reduzir o seu papel opressivo. Os partidos políticos são frágeis, as mediações entre o Estado e o cidadão são ineficientes. O Estado a seu bel prazer trata a todos como se fossem meliantes ou parasitas, mas não toma as providências para designa-los verdadeiramente e evitar a sua ilegítima apropriação. Mas isto tudo nos remete aquela máxima de que "Entre o céu e a Terra há muito mais do que a nossa vã filosofia". Voltando portanto ao chão enfatizo a necessidade de unidade no setor e a humildade necessária aos gestores para reconhecer o erro e reverter os efeitos deletérios introduzidos por alguns itens da nova portaria de diálise. ■■■

8º volume do livro "Atualidades em Nefrologia" será lançado

Será lançado durante o XXII Congresso Brasileiro de Nefrologia o livro "Atualidades em Nefrologia - volume 8". A obra idealizada pelo professor Jenner Cruz, coordenador do Departamento de Nefrologia Clínica da SBN, traz uma compilação de 43 artigos que tratam sobre temas atuais da Nefrologia no Brasil. Mais uma vez, o livro será publicado pela Sarvier Editora, que acompanha o projeto desde seu início, em 1988. O prefácio desta edição será assinado pelo presidente da SBN, Dr. João Egídio Romão Junior, já a apresentação ficará a cargo do próprio professor Jenner Cruz. "A idéia nasceu porque percebemos que faltava uma publicação que trouxesse dissertações sobre as novidades em nossa área. Essa sempre foi a missão do livro", diz Cruz.

AGENDA

Durante os dias 17 e 18 do mês de setembro, o Hotel Maksoud Plaza, na capital paulista, vai abrigar dois eventos simultâneos. Trata-se do **II Congresso Internacional de Incontinência Urinária e Distúrbios da Micção** e o **III Congresso Internacional de Reconstrução do Assoalho Pélvico**. Informações pelo e-mail denise@rventos.com.br ou pelo telefone **(11) 3887-9496**.

O Hotel InterContinental, localizado na cidade do Rio de Janeiro, vai receber **entre os dias 8 e 11 de outubro**, os participantes do **XXV Congresso Brasileiro de Reumatologia**. Os interessados poderão obter maiores detalhes pelo telefone **(21) 3974-2001**, pelo fax **(21) 2509-1492** ou pelo e-mail: reumario2004@congreg.com.br.

Entre os dias 21 e 27 de novembro acontece a **IV Semana de Nefrologia**. Os interessados poderão obter maiores informações pelo telefone **(11) 5579-1242** ou pelo site www.sbn.org.br.

Está programado para os dias **3 e 6 de março de 2005**, o **28th Annual Meeting**, organizado pela American Society of Neuroimaging (ASN). O evento será no Walt Disney Hilton Resort, localizado na cidade de Orlando, na Flórida. Maiores informações no endereço www.asnweb.org/meeting/meeting2005.

SBN e ONA firmam parceria

Acordo prevê a criação de cursos de multiplicadores

A Sociedade Brasileira de Nefrologia acaba de firmar um convênio de capacitação de recursos humanos com a Organização Nacional de Acreditação (ONA). A partir de agora, a SBN passa a treinar as organizações médicas especializadas em nefrologia interessadas em obter o certificado de acreditação da ONA. Esse documento só é concedido para as organizações que estiverem em conformidade com um conjunto de padrões previamente estabelecidos. Esses padrões constam no "Manual das Organizações Prestadoras de Serviços de Nefrologia e Terapia Renal Substitutiva", desenvolvido pela ONA em parceria com a SBN e com participação da Anvisa. A publicação foi lançada

durante a 11ª Feira Internacional de Produtos, Equipamentos, Serviços e Tecnologia para Hospitais, Laboratórios, Clínicas e Consultórios - Hospitalar 2004, realizada entre os dias 1 e 4 de junho na cidade de São Paulo.

"Trabalhamos cerca de um ano nesta publicação, que vai servir como um orientador para os serviços de Nefrologia que queiram obter o certificado de acreditação da ONA", esclarece a Dra. Maria Eugênia Fernandes Canziani. Ela conta que foi montado dentro da SBN, um grupo responsável pelos cursos oferecidos aos multiplicadores. A realização deste curso é fundamental para conseguir a acreditação da ONA.

O primeiro passo para a formação de um grupo de entidades acreditadas na área de Nefrologia

foi o 1º Curso de Multiplicadores, que aconteceu durante os dias 25 e 26 de agosto, na sede da SBN. Foram fornecidos o material didático, o Manual de Acreditação e certificado. Também está previsto um outro curso no Estado de Minas Gerais, ainda sem data definida.

"Para nós, esse acordo com a SBN é de suma importância para o trabalho que temos desenvolvido ao longo desses anos", afirma o superintendente da ONA, Fábio Gastal. Ele revela que esse acordo com a entidade faz parte de uma estratégia adotada pela ONA no ano passado e que tem como principal objetivo disseminar os conceitos de acreditação. "A parceria com a SBN começou no ano passado. Firmamos um

convênio de cooperação técnica para desenvolvimento de metodologia e para a elaboração do Manual. A partir de agora inicia-se uma nova etapa, em que a SBN torna-se capacitada para treinar os multiplicadores", esclarece Gastal.

Ele diz que a partir de agora, já teve início o processo de revisão da próxima edição do Manual, que deve ser lançada em janeiro de 2006. "Vamos aguardar o retorno e a avaliação dos médicos. Estamos abertos a sugestões, sempre com o objetivo de aprimorar a publicação. Também estamos discutindo com a Anvisa a possibilidade de abrir uma consulta pública para angariar novas sugestões para a segunda edição", diz o superintendente da ONA.

Fundação norte-americana demonstra como observar grupos em risco de desenvolver doenças renais

Da Redação com portal SBN

Embora seja potência mundial, os Estados Unidos se equipara ao Brasil quando os assuntos são incidência de doenças renais e baixa conscientização entre aqueles que pertencem a grupos com risco de desenvolver a enfermidade. Levantamentos de entidades médicas mostram que cerca de 50% das pessoas que apresentam pelo menos um fator de risco, tem a doença. Porém, poucos que fazem parte deste grupo sabem dessa informação, e com isso, não buscam tratamento cedo.

Dados, como o de 2002, quando o número de novos casos de doença renal chegou a 100.000, o que engrossou o atendimento aos já 400.000 que convivem com a enfermidade, mostram que mais do que nunca a identificação dos pacientes renais ainda em fase inicial da doença, é fundamental.

Para tentar aumentar a possibilidade de tratamento destes doentes sem intervenção de diálise ou transplante, a fundação

norte-americana National Kidney Foundations (NKF), desde 1997, trabalha com o programa Kidney Early Evaluation Programe (KEEP). O projeto tem a estrutura de uma grande pesquisa de campo voltada para descoberta dos novos doentes a partir de exames físicos que se relacionam à tendência para o desenvolvimento da disfunção renal. A análise é feita em universos de pessoas diferentes.

Um dos estudos abrange principalmente mulheres e minorias de nível educacional elevado, com seguro saúde e atenção médica primária. Até agora já foi apurado que mais da metade dos participantes apresentavam histórico de hipertensão com pressão arterial mais elevada ou igual a 140/90 mmHg. Cerca de um quarto se revelaram portadores de diabetes e 68% relataram antecedentes familiares da doença.

Um informe da National Kidney Foundation, divulgado pela Pittsburg Post-Gazette, apontou maior probabilidade de que os

participantes apresentassem sobrepeso ou obesidade do que a população geral. Mais de metade dos participantes tinham pressão arterial normal, conforme a definição da Joint National Committee of Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure (JNC VI). Vinte e nove por cento tinham hipertensão em estágio 1, 12% em estágio 2 e 4% em estágio 3.

O universo pesquisado com idade igual ou superior a 60 anos evidenciou apresentaram uma prevalência três vezes maior de ter níveis elevados de creatinina sérica do que aqueles mais jovens. Para a maior parte dos grupos demográficos, a fórmula do Modification of Diet in Renal Disease (MDRD) para medir o clearance de creatinina resultou em uma estimativa mais elevada do número de pessoas com DRC do que a fórmula de Cockcroft-Gault.

As estimativas de DRC entre os participantes do KEEP variaram de 40% na faixa de 18-30 anos a 65% entre pessoas com idade

igual ou superior a 75 anos. A pressão arterial sistólica aumentou em estágios mais avançados de DRC, e a prevalência da pressão arterial elevada foi maior em participantes com DRC anêmicos do que naqueles sem anemia.

Ainda de acordo com o relatório da National Kidney Foundation os participantes do KEEP, especialmente aqueles com uma TFGe <60 ml/min/1,73 m², apresentaram maior probabilidade de ter anemia, como definido pela Organização Mundial da Saúde (OMS), do que as pessoas da população geral. Os diabéticos com DRC e estágio 3 (TFGe 30-<60) apresentavam uma probabilidade três vezes maior de ter hemoglobina inferior a 11 g/dl.

Até agosto de 2003, o programa KEEP chegou à significativa participação de 22.000 indivíduos. Este ano é também crescente o número de afiliados da NKF o que amplia mais ainda a sua área geográfica de atuação nos Estados Unidos.

GRUPO
EMS
SIGMA PHARMA

moderna infraestrutura



rigorosos critérios de qualidade

linha de produtos voltada para hospitais



distribuição em todo território nacional



marca de qualidade aliada a preços acessíveis

A **QUALIDADE** dos produtos EMS-Sigma Pharma que você conhece e encontra nas farmácias, agora também disponível nos **HOSPITAIS**.

Para mais informações visite nosso site: www.ems-sigmapharma.com.br

