

boletim



Sociedade Brasileira de Hepatologia



Editor-responsável:
Mário Reis Álvares-da-Silva

Março/2013

A large, circular, microscopic view of a liver tissue section, showing a central vein and surrounding hepatocytes, set against a blue background.

UM RETRATO DO TRANSPLANTE HEPÁTICO NO BRASIL

Perfectovir:
IPs no Brasil

O Ministro
e o Fígado em
Pernambuco

O **superespecialista**
e o ensino médico

Baccarat:
Hepatites
em Paris



Índice

- 2 Expediente da diretoria
- 2 Editorial
- 2 Créditos Boletim SBH
- 3 Seção Espaço Porta – Hepatologia do Milênio 2013
- 4 Seção Artéria Hepática – Um retrato do Transplante Hepático no Brasil
- 8 Seção Células Endoteliais – Ensino Médico
- 10 Seção Placa Ductal – Pesquisa em Hepatologia no Brasil
- 12 Seção Células Estreladas – Perfectovir: os inibidores de protease no Brasil
- 16 Seção Células de Kupffer – O Fígado em Pernambuco
- 18 Seção Espaço de Disse – Cristal Room Baccarat
- 20 Seção Transporte Biliar – Eventos Médicos no Brasil
- 22 Seção Zona 3 – Notícias SBH

Editorial *Henrique Sérgio Moraes Coelho (RJ)*

Poderíamos estar vivendo um momento de alegria e júbilo pela saúde pública de nosso país. Afinal de contas deveremos ter no SUS até o final de abril o tratamento mais moderno e eficiente para hepatite C, os inibidores de protease.

Este fato permitirá que tratemos 2000 ou 3000 pacientes com doença hepática mais grave com chance de curar até 60% dos casos quando com a terapia anterior curávamos apenas a metade. Muitos países desenvolvidos não oferecem a oportunidade de tratamento gratuito para toda a população como o Brasil está fazendo.

Poderíamos estar muito felizes se não trabalhássemos nos locais para os quais estes pacientes serão referidos e não convivéssemos com a realidade dos postos de saúde e hospitais públicos o que dificultará sobremaneira nossa missão.

Assistimos com tristeza o descaso das autoridades com assuntos que nos são muito caros e que dizem respeito ao futuro da Hepatologia nacional; a decadência consentida e administrada pelos Governos federais (um após outro) dos hospitais universitários do Ministério da Educação e Cultura e a redução progressiva dos programas públicos de transplante hepático privilegiando de alguma maneira os hospitais privados.

Dou como exemplo o Hospital Universitário Clementino Fraga Filho da UFRJ, referência estadual em hepatites virais, câncer de fígado e transplante que vive hoje seu pior momento desde a inauguração em 1978 com emergência fechada, proibição de abertura de novos prontuários, suspensão de exames por aparelho quebrados e sua capacidade de internação hospitalar reduzida para a metade. Salários medíocres acompanham este cenário que provavelmente se repete em outros hospitais do MEC. Na verdade os HUs federais são órfãos, excetuando talvez o de Porto Alegre. Não é de estranhar já que trata-se de uma rede de hospitais do MEC, quando o dinheiro da Saúde está com o Ministério da Saúde,

que por sinal no Rio de Janeiro também não anda bem, com o fechamento sucessivo do Programa de transplante do Hospital dos Servidores do Estado e agora também do Hospital de Bonsucesso, referência única no RJ para transplante em crianças.

Nem uma palavra do MS nem sequer dos profissionais de saúde que a compunham, que segundo se anuncia por aqui irão para mais uma Organização Social com salários melhores (não é difícil), mas com futuro duvidoso.

Sem hospitais preparados para o tratamento das hepatites, poucos leitos para tratamento das cirroses, programas públicos de transplante terminados, prédios implodidos e proliferação de OSs que não tem nenhum compromisso com o ensino, preocupame o futuro da Hepatologia e, muito mais importante, no presente, a sobrevida de nossos pacientes do SUS.

Às vezes não consigo compreender estes contrastes: medicação de primeiro mundo num sistema absolutamente desigual.

A preocupação com os necessitados e carentes que por vezes se revela em programas sociais perde sua força quando estas mesmas pessoas perambulam pelas portas de hospitais que não o absorvem, que não lhe oferecem um tratamento digno a que todo ser humano merece, que o colocam em filas para tratamento de doença oncológica, em macas ou cadeiras ou até mesmo em colchões colocados no chão das emergências.

Não quero acreditar no que diz Eduardo Galeano no final do seu poema “Os filhos dos dias”:

“Somente nos falta saber porque os pobres são pobres... Será porque sua nudez nos veste e sua fome nos dá de comer?”.
Começando de novo o editorial: Poderíamos estar felizes...



HEPATOLOGIA DO MILÊNIO

2013

Raymundo Paraná (BA)

Pelo 16º ano consecutivo, Salvador promoverá o Hepatologia do Milênio. Trata-se de um evento consolidado do calendário das sociedades Brasileiras de Hepatologia e de Infectologia para educação médica em hepatologia com ênfase nas hepatites virais. O modelo pedagógico do evento será o mesmo dos últimos anos, fiel à problematização com discussão de casos clínicos com foco na terapêutica das hepatites virais na vida real.

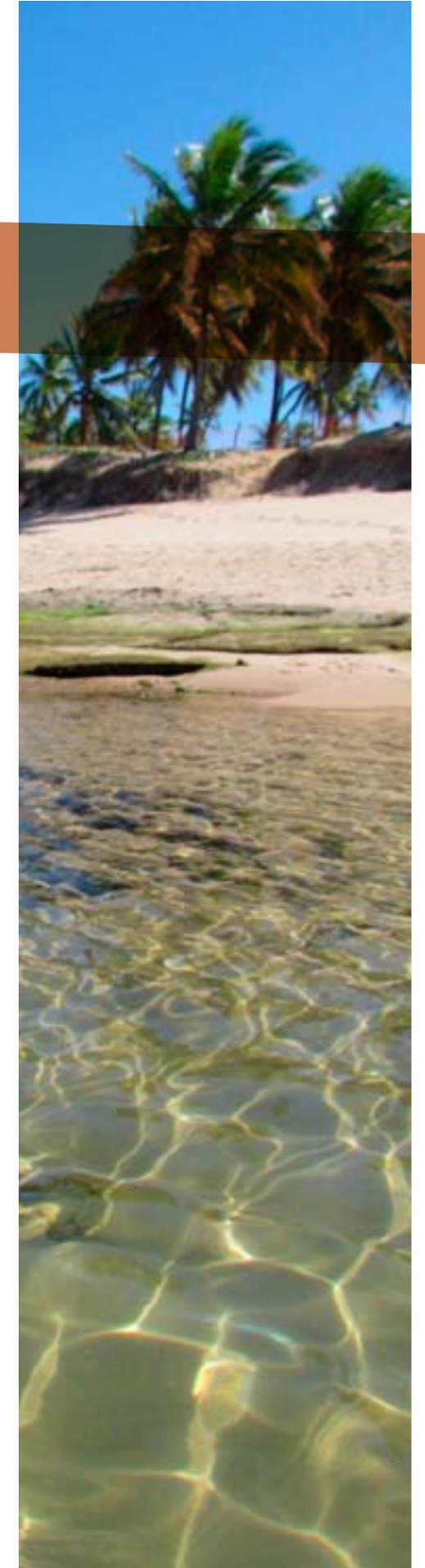
No primeiro dia do evento, promoveremos o Encontro Monotemático em Hepatotoxicidade da Sociedade Brasileira de Hepatologia. O encontro monotemático em hepatotoxicidade versará sobre temas interdisciplinares acerca dos medicamentos habitualmente utilizados pelos pacientes portadores de doença no fígado, tais como: drogas insulinosensibilizantes, agentes anti-hipertensivos, hipolipemiantes, fitoterápicos e insumos vegetais.

Nas atividades do Monotemático, serão convidados os colegas de outras sociedades e especialidades, os quais participarão das mesas redondas em complementariedade com os colegas hepatologistas e infectologistas.

No Hepatologia do Milênio 2013, os dois dias que se seguem ao Monotemático serão dedicados às hepatites virais com forte ênfase no uso dos DAAs na vida real.

Para esta finalidade, estarão presentes no evento 40 convidados nacionais e diversos convidados internacionais quais sejam: Nora Terrault (USA), Christophe Hezode, Vlad Ratziu e Christian Trepo (França), Maribel Rodrigues-Torres (Porto Rico), Raul Andrade (Espanha), Michael Manns (Alemanha), Fernando Bessone, Hugo Famboim e Marcelo Silva (Argentina).

Esperamos todos em Salvador entre 10 e 12 de julho de 2013 para a nossa imersão anual na hepatologia. Até breve.





Transplantar não é fácil, todos os que trabalham com transplante de fígado sabemos disto. Além da complexidade clínico-cirúrgica, há muito trabalho por ser feito e há ainda que se conciliar um grande número de profissionais em torno de um objetivo comum: transplantar mais e com melhores resultados.

Um retrato do Transplante Hepático no Brasil

Mário Reis
Álvares-da-Silva (RS)

Como funcionam as equipes?



O **Boletim SBH** foi ver como algumas das principais equipes de transplante do país se organizam, perscrutar seus problemas atuais e os desafios futuros.

Boletim SBH entrevista

Agnaldo Soares Lima (MG)
José Huygens Garcia (CE)
Ilka Boin (SP)
Luiz Augusto Carneiro D'Albuquerque (SP)
e Renato Ferreira da Silva (SP)

Boletim SBH: Quais foram os passos até a fundação do programa? Como a equipe se organizou até o primeiro transplante? Houve algum tipo de incentivo público ou a iniciativa foi privada?

Carneiro: Em 1985 foi organizada a equipe de transplantes no HC da Faculdade de Medicina da USP sob a chefia do Prof. Silvano Raia. Houve incentivo econômico por parte da Fundação Faculdade de Medicina, bem como da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo.

Ilka: Na UNICAMP incentivo foi público, com uma verba pré-definida de 800.000,00 reais, ou seu equivalente hoje, mas a ideia foi do Prof. Leonardi, que em 1988 enviou alguns jovens a participar de grupos no HC-FMUSP e no exterior, formando intensivistas, anestesistas, cirurgiões, enfermeiras e muitos outros.

Agnaldo: Os tempos eram outros... Tratava-se de empreendimento ousado, especialmente para uma instituição pública. Para tal, recebemos alguns incentivos da Secretaria de Estado da Saúde e mesmo de doadores particulares, mas as dificuldades eram muitas. O número de pessoas capacitadas era pequeno já que, à época, poucas eram as equipes de transplante hepático no Brasil.

Huygens: Em Fortaleza começamos com o transplante experimental em suínos em 2000. No ano seguinte, fomos para o HC-FMUSP e em seguida para o Hospital Clínic, da Universidade de Barcelona. Em seguida, 2 anestesistas, com formação no HC-FMUSP, e mais 2 cirurgiões formados em outros centros, foram incluídos no programa. Tudo por iniciativa própria.

Renato: Começamos na UNICAMP, com o Prof. Leonardi e seu transplante experimental. Depois, Rita (N.E.: Rita Silva, hepatologista) e eu fomos para a Universidade de Birmingham - fellowship em transplante, 2 anos e meio. No retorno, fui a Rio Preto retirar um fígado, conheci a cidade e nos desligamos da UNICAMP. A partir daí a Faculdade de Medicina de Rio Preto e o Hospital de Base nos deram todo o apoio. Foi construído um centro cirúrgico e a instituição mandou para a Inglaterra 2 anestesistas, 2 cirurgiões e uma intensivista.

Boletim SBH: Em que ano foi feito o primeiro transplante? Alguma história para contar deste transplante específico?

Carneiro: O primeiro, mesmo, foi em 1968, liderado pelo Prof. Marcel C.C. Machado. Era um paciente com carcinoma hepatocelular, que teve óbito precoce. O programa atual começou em 1985, e em 1988 o Prof. Silvano fez o primeiro TxH interativos do mundo, aqui no HC. Foi montado um serviço de

referência, com grande volume, fundamental para o desenvolvimento do transplante no Brasil. Hoje, atendemos pacientes com mais de 20 anos pós-transplante, com o mesmo entusiasmo e alegria, que creio ser a marca dos transplantadores!

Huygens: O primeiro transplante de fígado (TxH) do Ceará foi no dia 18 de maio de 2002. Sendo o primeiro, convidamos o Prof. Cláudio Lacerda, pioneiro no nordeste, para ajudar. No entanto, quando estávamos realizando a captação do enxerto do doador falecido, recebemos a ligação do Recife: ele não poderia embarcar, transplante na sua cidade! Fomos em frente! Deu tudo certo!

Renato: Foi em 14 março de 1998. O paciente morreu na mesa ao final do transplante: infarto agudo do miocárdio. Pouco antes o diretor da faculdade entrou no centro cirúrgico. "Tudo bem?" Respondi que sim, uma maravilha, o diretor deu as costas e o paciente parou. Na necropsia, infarto. No dia seguinte o segundo paciente da fila nos procurou e nos disse: "Pode me operar, que eu não vou morrer". Ele está vivo até hoje, e agradecemos a ele todos os dias!

Agnaldo: No HC-UFGM, foi em 1994, em um paciente com cirrose por HCV e álcool. Durante o preparo ele contava que, motorista de ônibus urbano em BH, bebia uma dose a cada viagem... Foi um valente. Sabia que era nosso primeiro TxH. No pós-operatório, permaneceu na UTI por longo período - nossa insegurança. Consciente e acordado, suportou o tubo orotraqueal, que não ousamos retirar, mas posava para fotos e dava entrevistas por escrito. Veio a falecer 17 anos depois - recidiva do vírus C.

Ilka: Em 1991, dia 12 de setembro, o primeiro. Foi muito bonito. O doente sabia que era o primeiro e confiou plenamente em todos!

Boletim SBH: Como foi recebido o transplante hepático no seu meio? Um avanço? Um problema?

Huygens: Ninguém acreditava que seria possível o TXH, em um hospital público com recursos escassos. Lembro de uma história: minha filha, estudante de medicina, assistia a uma aula sobre cirrose na nossa faculdade, 08 de maio de 2002, e um aluno perguntou ao professor sobre a possibilidade de TxH no hospital, ao que o professor respondeu: "nos próximos 10 anos, impossível!" - 10 dias depois, fizemos o primeiro! A Universidade Federal do Ceará sempre nos apoiou e se orgulha de ter o maior serviço de TxH do norte-nordeste e um dos principais do país. Mas, a partir de 2011, quando passamos a realizar mais de 120 transplantes por ano, fazendo com que cirurgias eletivas de outros serviços sejam frequentemente suspensas, temos gerado insatisfação entre os colegas.

Ilka: Pois é, as dificuldades são as mesmas em todos

os lugares. Alguns colegas acham que você atrapalha a UTI, o bloco, a enfermaria, que rouba os residentes, e ainda ficam com inveja porque acham que conseguimos mais coisas.

Agnaldo: Em Minas não foi diferente. O transplante foi recebido como um problema. Muitos criticavam a iniciativa: "o hospital não tem dinheiro nem pra vermífugo, vai transplantar fígado?" "Vão quebrar o Hospital!" Durante o primeiro transplante, um colega mais perverso ligava para o bloco e indagava, "já morreu?", e completava: "Essa operação vai durar 24h!" Naquele momento não podíamos evitar a raiva, o sentimento de ódio contra os que achávamos mesquinhos e enciumados. Nós mostramos que o TxH é uma grande máquina para puxar uma instituição para frente e que suas exigências trazem benefício para todos.

Renato: Em Rio Preto foi diferente. O transplante foi recebido com alegria. O Departamento de Cirurgia estava do nosso lado. O Prof. Aldenis Borim foi fundamental na implantação do programa.

Carneiro: O transplante, desde o início, foi considerado um grande avanço, e não um problema. Os problemas é que teriam que ser resolvidos para viabilizar o transplante!

Boletim SBH: Como é composta a equipe atualmente? Quantos cirurgiões? Quantos hepatologistas?

Huygens: Somos 8 cirurgiões e 4 hepatologistas, mais 1 infectologista e 1 patologista.

Agnaldo: São 6 cirurgiões, sendo que 4 se revezam com outros 3 para a retirada de órgãos dos doadores. A Profa. Luciana Faria, hepatologista, tem auxílio de outros 5 no atendimento ambulatorial e hospitalar dos pacientes.

Ilka: Nossa equipe é mais enxuta: 2 cirurgiões, 2 hepatologistas e 2 gastroenterologistas. Estamos contratando mais um cirurgião.

Carneiro: Somos 7 cirurgiões seniores e 2 juniores, além de 4 hepatologistas, em média, designados pela Gastroclínica. Além disto, 4 patologistas e 2 infectologistas fixos no programa.

Renato: São 3 cirurgiões e 2 hepatologistas.

Boletim SBH: Há intensivistas e anestesistas específicos para o grupo?

Ilka: Sim. São 3 intensivistas e 8 anestesistas, que estão se renovando com um grupo mais jovem.

Huygens: Este é um diferencial. Temos 2 intensivistas que passam visita pela manhã e à tarde e 5 anestesistas treinados.

Renato: Temos 3 anestesistas, sendo que o chefe,

Dr. Lobo, está conosco desde o primeiro transplante. Temos também intensivistas ligados ao grupo.

Agnaldo: Nós temos anestesiologistas específicos, mas a terapia intensiva é comum a outros pacientes operados.

Boletim SBH: Quantos transplantes de fígado a equipe já realizou?

Huygens: Foram até agora 788 transplantes, 127 em 2012.

Agnaldo: Realizamos 850 transplantes desde 1994.

Ilka: Foram 610 até o momento.

Renato: 364.

Carneiro: No total, 1282 transplantes, sendo que 489 nos últimos 5 anos.

Boletim SBH: O grupo dispõe de enfermeira(s) coordenadoras(s) em tempo integral?

Ilka: Sim. São 2 enfermeiras e 1 técnica de enfermagem no ambulatório.

Huygens: Sim, e ela é de extrema importância para o serviço. Conhece todos os pacientes, controla a lista de espera e organiza os ambulatórios, e também coordena a equipe multiprofissional, promovendo reuniões com os pacientes e familiares. E ainda participa das captações de órgãos e organiza os horários das cirurgias!

Renato: Enfa. Helen está desde o início do programa.

Agnaldo: Sim, elas se revezam na assistência ao pré e pós-transplante, nas retiradas, e nas visitas aos pacientes internados.

Carneiro: Temos 2 enfermeiras coordenadoras e estamos contratando mais 4, não só para o TxH, mas também para o transplante de pâncreas, intestino e multivisceral.

Boletim SBH: Como é feita a divisão de tarefas entre clínicos e cirurgiões? As competências variam de acordo com a fase do transplante (imediate ou tardio)?

Agnaldo: No início éramos apenas cirurgiões. Com os hepatologistas se agregando ao grupo, progressivamente os cirurgiões ficaram mais restritos aos procedimentos cirúrgicos. Não há distinção entre as fases imediata ou tardia no atendimento dos pacientes.

Huygens: Na UTI, os pacientes são acompanhados por intensivistas da nossa equipe. Na enfermaria, por cirurgiões e hepatologistas: no primeiro mês, mais pelos cirurgiões e, em seguida, pelos hepatologistas.

Ilka: os hepatologistas cuidam do pré e os cirurgiões do pós-operatório, mas discutimos os casos em con-

junto.

Carneiro: Os cirurgiões acompanham do pós-operatório imediato até o 3º mês. Após, o transplantado passa a ser acompanhado pelo hepatologista clínico.

Renato: Todos fazem tudo do pré ao pós, claro que as decisões específicas com cada área do conhecimento.

Boletim SBH: Como são organizados os ambulatórios? Quem os atende?

Agnaldo: Temos atendimento ambulatorial em 5 turnos por semana, 2 manhãs e 3 tardes, 60% deles atendidos pelos clínicos. Pacientes de pré e pós-TxH são atendidos nos mesmos períodos. Acharmos isso importante porque há uma grande troca de informações na sala de espera.

Carneiro: A triagem está aberta diariamente, feita por clínicos e cirurgiões em seus ambulatórios. Os clínicos atendem os pacientes em lista de espera e há um ambulatório de cirurgia que vê os pacientes mais próximos do transplante, com MELD mais elevado.

Ilka: São 2 ambulatórios de hepatologia para o pré-TxH, a partir dos quais os pacientes vão para ambulatórios de lesões focais, carcinoma hepatocelular, MELD até 11, de 11 a 18 e acima de 18.

Renato: Cirurgiões e hepatologistas participam dos ambulatórios.

Huygens: Há 1 ambulatório de triagem pré-TxH, realizado por cirurgiões, 1 ambulatório de carcinoma hepatocelular, também com um cirurgião, e 1 ambulatório de preparo e seguimento dos pacientes em lista, a cargo dos hepatologistas. O ambulatório de pós-TxH é feito em 3 turnos pelos hepatologistas.

Boletim SBH: Na avaliação pré-TxH, quais consultorias são obrigatórias? Quais são as opcionais? Existem ambulatórios específicos?

Agnaldo: As rotineiras, com otorrinolaringologista, oftalmologista e odontólogo. Nas mulheres, ginecologista e nos homens acima de 50 anos, urologista. Avaliações com cardiologistas ou pneumologistas somente em casos específicos.

Renato: De rotina: cardiologia, pneumologia, anestesia, odontologia, serviço social, psicologia e nutrição.

Huygens: Nenhuma avaliação é rotineira, exceto avaliação ginecológica. Existe um protocolo em que exames específicos como espirometria e cintilografia miocárdica, são realizados. Por exemplo, pacientes diabéticos com mais de 55 anos, são submetidos à cintilografia miocárdica. Caso haja anormalidades, o cardiologista é consultado. Não há ambulatórios específicos.

Ilka: Avaliação cardiológica era rotina – agora,

apenas se houver alteração no ecocárdio. De rotina, avaliação psicossocial.

Carneiro: Para nós a avaliação cardiológica é obrigatória – temos um cardiologista fixo no grupo. Quando há tempo hábil o paciente passa por avaliações na Urologia ou Ginecologia, Odontologia, Oftalmologia, Psicologia e Nutrição.

Boletim SBH: Como são as reuniões de seleção de pacientes? A decisão de listar é compartilhada ou há prerrogativa de um ou outro grupo de profissionais?

Ilka: A reunião ocorre toda 6ª feira pela manhã.

Agnaldo: Os casos são listados após apresentação em que todos opinam, exceto nos casos de urgência. Não raras vezes o psicólogo, o enfermeiro ou o assistente social contraindicam o TxH.

Huygens: A equipe multidisciplinar decide quem listar na reunião semanal. Somente pacientes com falência hepática aguda não passam por esta reunião, mas são discutidos com o chefe do serviço e os hepatologistas.

Renato: É similar: uma reunião por semana, todos opinam e todos têm autoridade para contraindicar. As exceções são as emergências.

Carneiro: A colocação em lista dos pacientes é realizada pelos médicos que o atenderam, desde que preenchidos os critérios definidos em nossos protocolos. Os casos duvidosos vão para uma reunião semanal multidisciplinar.

Boletim SBH: Quem é “too sick to transplant” em seu grupo?

Agnaldo: não temos uma regra – não estabelecemos limites por valor de MELD.

Carneiro: Cada caso é avaliado individualmente, e são discutidos nas reuniões multidisciplinares para tomar uma decisão de grupo.

Huygens: Pacientes com altas doses de vasopressores, sépticos, ou portadores de cardiopatias e pneumopatias descompensadas.

Renato: Fazemos de tudo para evitar transplante fútil. Pacientes sépticos e com importante instabilidade hemodinâmica e os casos de hepatite fulminante que chegam tarde demais entram na categoria.

Ilka: “Too sick to transplant” são os médicos! É cada caso complicado que aceitamos! Nos casos fulminantes, não transplantamos com noradrenalina acima de 1,0/kg, infectados, com lesão cerebral grave ou acima de 75 anos.

Boletim SBH: Quando há um doador, quem

é comunicado? Como é tomada a decisão de prosseguir ou não com o transplante?

Carneiro: Um dos cirurgiões seniores sempre está com o telefone que recebe as ligações da Central. Ele checa o receptor com a Enfermeira Coordenadora. Em casos duvidosos outros membros do grupo são consultados.

Agnaldo: O contato é feito com o coordenador da equipe ou, eventualmente, com o plantonista presencial. A decisão é do coordenador, com base nas características do par doador-receptor.

Huygens: Depois de quase 800 transplantes, eu continuava a tomar esta decisão, mas cansa, pois são inúmeras ligações durante a madrugada. Agora esta tarefa é dividida com os outros cirurgiões.

Renato: A decisão é tomada por quem está com o telefone da unidade. Se o doador é subótimo, há necessidade de conferência.

Ilka: O cirurgião resolve, e o clínico dá a palavra final, após exame minucioso.

Boletim SBH: E quando um doador é considerado tão ruim pelo seu grupo que o fígado não deve ser aceito?

Renato: A princípio, se o paciente não morreu do fígado, o fígado é bom! Basicamente 2 fatores nos faz recusar um fígado: seps e esteatose > 60%. O MELD, que foi um avanço, talvez tenha nos trazido um complicador: a “certeza” de que vai chegar um fígado melhor. Assim, muitos órgãos são desperdiçados e tantos pacientes morrem em lista.

Ilka: Somente aqueles obesos, com IMC > 35, esteatose > 60%, isquemia a frio > 15 horas ou parada cardiorrespiratória > 10 minutos.

Agnaldo: Aqueles com características extremas, como idade ou fibrose avançadas, esteatose muito intensa, uso de altas doses de amins. O estado do receptor é o fiel da balança nesses casos.

Carneiro: É sempre feito um “Score do doador” com o receptor e analisado dentro de todo o contexto. Em São Paulo temos receptores com MELD muito elevado, a maioria maior ou igual a 30, e nesses casos um fígado muito ruim pode ser desastroso. Filosoficamente o princípio é sempre avaliar o fígado, descartando extremos tais como esteatose > 60% ou fígados duros ou com má perfusão.

Huygens: Por princípio, aceitamos todos os doadores. Durante a cirurgia de captação de múltiplos órgãos, o cirurgião tem autonomia para avaliar o enxerto. Somente descartamos enxertos com mais de 60% de esteatose, endurecidos ou com perfusão insatisfatória!

Boletim SBH: Obesos graves são candidatos a

transplante em seu grupo? Costumam indicar cirurgia bariátrica pré-transplante?

Ilka: Se o IMC for maior que 35 encaminhamos primeiro para a bariátrica.

Carneiro: Aceitamos. Temos discutido a cirurgia bariátrica como uma alternativa, mas ainda não a indicamos.

Agnaldo: Sim, aceitamos. Jamais indicamos bariátrica pré-TxH!

Huygens: Evitamos transplantar com IMC > 35, mas nunca indicamos bariátrica.

Renato: não contraindicamos o transplante – e nunca indicamos bariátrica.

Boletim SBH: Álcool e transplante: a regra dos 6 meses resolve tudo?

Agnaldo e Renato: Não resolve, mas é necessária.

Ilka: O que resolve é a estrutura familiar adequada!

Huygens: Não resolve, mas seguimos a regra.

Carneiro: Sem opção melhor no momento, seguimos.

Boletim SBH: Assunto sério: como o grupo é remunerado? Por transplante, ou a equipe é empregada do hospital? Como tem sido o interesse dos mais jovens? O transplante é um mercado promissor ou não?

Agnaldo: No momento temos médicos concursados do hospital e médicos que recebem como autônomos, por atividade. Não percebo grande interesse nos jovens em participar de uma equipe de transplante. É um trabalho específico e pesado, com remuneração inferior a que poderiam obter em uma atividade mais comum.

Ilka: Aí está um grande problema! Recebemos o salário da universidade e um sobreaviso/dia de R\$ 414,00. Se houver um transplante, mais R\$ 414,00!

Carneiro: O grupo possui remuneração fixa e também por produtividade. O programa de transplante deve remunerar bem seus médicos, por exigir grande dedicação.

Huygens: O grupo é remunerado por transplante realizado fora do horário de trabalho. Por este motivo temos dificuldade de envolver novos médicos.

Renato: Este é o principal problema do transplante no Brasil. Por isso não atraímos médicos jovens para a equipe. Na nossa instituição, mais de 15 anos depois, estamos chegando a um acordo bom: temos o salário de docente mais um salário para realizarmos um número mínimo de transplantes ao mês. Se passarmos da meta há remuneração extra.

Boletim SBH: Quais são, hoje, os principais problemas na sua equipe?

Ilka: A falta de pessoal. Não consigo mais cirurgiões para aumentar a equipe.

Agnaldo: O problema central é a remuneração tal como é praticada no hospital universitário.

Carneiro: O principal problema é o de recursos humanos na área de enfermagem, fisioterapia e afins, muito carentes se comparadas aos países do primeiro mundo. A estrutura física está em fase de reforma e em breve esperamos estar melhores.

Huygens: Posso dividir em 2 tipos. Primeiro, pessoal. Não temos como contratar profissionais qualificados. A remuneração não é compatível com o árduo trabalho. Segundo, estrutural: aumentar leitos na UTI e na enfermaria e ampliar os ambulatórios.

Renato: São problemas interligados: financeiro e pessoal. O trabalho por favor ou caridade tem prazo de validade curto.

Boletim SBH: Quais são os principais desafios futuros no seu meio? E no Brasil?

Agnaldo: O tamanho de Minas dificulta a identificação de doadores e a confirmação de morte encefálica, motivo para os tímidos índices de captação de fígado no estado. O Brasil, como um todo, precisa aumentar a captação: temos estados captando em taxas europeias e outros, praticamente sem atividade.

Huygens: O Ceará tem destaque pelos índices crescentes de doação. No momento, o desafio maior é implantar uma Unidade de Transplantes de Órgãos no hospital. No Brasil, o desafio é aumentar a doação, principalmente nos estados que não transplantam. Por fim, o SNT precisa acompanhar os resultados do transplante no país. Aumentar a remuneração é também essencial.

Renato: Em Rio Preto, aumentar a captação. É urgente remunerar as CIHDOTs e exigir delas resultados. No Brasil, estimular o transplante onde ele não existe, e o estímulo passa pelo aspecto financeiro.

Carneiro: O grande desafio atual é aumentar as doações, pois passaríamos a transplantar pacientes com MELD mais baixo, com melhores resultados e menor custo.

Ilka: Para mim a questão é aumentar a doação e formar jovens interessados em transplante. Vejo sempre as mesmas pessoas nos congressos!

N.E: Ben-Hur Ferraz Neto (SP), Maria Lucia Zanotelli (RS) e Paulo Massarollo (SP) também foram convidados, por e-mail, mas até o fechamento da edição não haviam retornado o convite.



Ensino Médico

o superespecialista e o sistema de saúde brasileiro.

Onde estão os candidatos às residências em Hepatologia? Como uma especialidade (área de atuação?) tão linda é tão pouco atraente? O Boletim SBH, interessado por todos os motivos no “superespecialista”, foi atrás de um superespecialista em Educação Médica.

Maria Helena Itaqi Lopes, gastroenterologista, professora titular, ex-coordenadora do Núcleo de Educação Médica e ex-vice-diretora e coordenadora da graduação da Faculdade de Medicina da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, nos fala sobre esta figura, o superespecialista, aquilo que todo o hepatologista é (pensa ser?).



Maria Helena Itaqi Lopes (RS)

O tema em questão merece reflexão ampla e deve primeiramente contemplar a compreensão de como funciona o sistema de saúde brasileiro. Trata-se de um sistema alicerçado na lógica do SUS (Sistema Único de Saúde) desde 1988, ano em que foi criado. No SUS devem ser seguidos princípios doutrinários: a universalidade, a integralidade e a equidade devem ser garantidas a todos os usuários. Ainda em sua concepção existe uma hierarquia na prestação do atendimento baseada na complexidade do caso. Para o primeiro nível, buscando atender os problemas mais prevalentes na população geral, cerca de 90%-95% dos casos existe a Atenção Básica, com sua Estratégia de Saúde da Família, amplamente distribuída no país e em processo de expansão. Para as situações que necessitem a consulta de um especialista, exames complementares ou ainda internação hospitalar, os pacientes são encaminhados para a Atenção Secundária. E, por último, em situações graves ou não solucionadas nos níveis anteriores existe a Atenção Terciária, buscando um atendimento com especialista e/ou “superespecialista” e recursos de alta complexidade.

Não é de hoje que se sabe que muitos dos problemas de saúde poderiam ser minorados desde que houvesse um processo de promoção e prevenção consistentes. Como exemplo, podem-se citar as doenças ditas silenciosas, como a hipertensão arterial, cujo controle é suscetível a programas de educação em saúde; e os programas de prevenção das hepatites virais e suas vacinas, que por não serem desenvolvidos de maneira eficaz deixam pessoas vulneráveis às infecções.

As faculdades de Medicina do país devem atender as Diretrizes Curri-

culares do MEC de 2001, graduando médicos com formação integral capazes de trabalhar efetivamente no nível de atenção primária de saúde. Ainda para este nível existem oportunidades de especialização em programas de Residência em Saúde da Família. E para os demais níveis há necessidade da formação em programas de Residência, Especializações e Áreas de Atuação (conforme terminologia da Associação Médica Brasileira) diversas.

O número de médicos em atividade no Brasil chegou a 388.015 em outubro de 2012, segundo registros do Conselho Federal de Medicina (CFM). Sabe-se do importante problema relativo à distribuição desses médicos no território nacional, bem como da falta de uma política estabelecida para este fim. O mesmo ocorre na escolha das especialidades, diferentemente de alguns países em que existe regulação estabelecida pelo mercado de trabalho, onde todo o sistema é estruturado buscando torná-lo mais eficiente.

Talvez a pergunta que deva ser feita é se existe espaço e interesse na formação de “superespecialistas”? Se a pergunta é complexa, a resposta também o é. O Brasil é um país que comporta diferentes “brasis” em necessidades de atendimento de saúde e oportunidades de trabalho. Os grandes centros tendem a concentrar mais médicos e também o maior número de especialistas. São esses locais - muitas vezes ligados às Instituições de Ensino - onde também serão encontrados os “superespecialistas”, capazes de atender essa demanda com o nível mais sofisticado e aprofundado do problema que se apresenta.

Cabe ressaltar, no entanto, que nem sempre a oferta de vaga de especialidade ou “superespecialidade” corresponde à procura pela mesma.

Corroborar-se esse dado com o levantamento nacional, realizado em 2012, pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) para o preenchimento de vagas de Gastroenterologia no país, onde somente 73% das mesmas foram ocupadas. Na área de Hepatologia das 25 vagas oferecidas nos diversos centros, somente 4 foram preenchidas, significando 16% de sua ocupação. Certamente esses números devem ter um significado que merecem adequadas reflexão e interpretação.

Considera-se entre o rol de variáveis, entre tantas, que podem ser ventiladas, para a formação de um “superespecialista” o tempo dispensado para esse empreendimento. Se o curso de Medicina já é o mais longo na graduação, com 6 anos de duração, soma-se a pós-graduação um período por vezes de igual duração. Por outro lado, as “superespecialidades” encantam e não só atendem o status almejado pelo profissional, como possivelmente o ganho econômico.

Há que se considerar, portanto, que devam existir, guardadas as proporções, médicos que atendam todas as possíveis necessidades de saúde do ser humano e que eles detenham um conhecimento, avançado na sua área do saber, que possa proporcionar uma melhor qualidade de vida a todos que deles venham necessitar.

Cabe, no entanto, aos órgãos governamentais, em parceria com as entidades de representação médica, avançar no estudo e diálogo buscando dimensionar as reais necessidades de saúde da população brasileira e formação de seus médicos, quer sejam especialistas ou “superespecialistas”.

Lembrando a mitologia grega, poder-se-ia agregar este desafio como o 13º trabalho de Hércules!

Pesquisa em Hepatologia no Brasil



Pesquisa Experimental em Hepatologia no Brasil

Renata Leke (RS) e Themis Reverbel da Silveira (RS)



A pesquisa experimental em Hepatologia no Brasil tem uma longa, crescente e exitosa história. Como exemplo, os trabalhos de Zilton Andrade, da Universidade Federal da Bahia, que na década de 50 publicava suas pesquisas em modelos experimentais para estudo da esquistossomose; de Silvano Raia, da Universidade de São Paulo, que utilizou porcos para estudos relacionados com transplante hepático, resultando, em 1985, no primeiro transplante de fígado bem sucedido no Brasil; de Heitor Rosa, em Goiânia, que montou laboratório para pesquisar, em modelos murinos, as alterações hepáticas induzidas por tetracloreto de carbono; de Edison Parise, em São Paulo, que desde a década de 1980 desenvolve pesquisas relacionadas com as proteínas da matriz extracelular e fibrogênese hepática. Na Hepatologia Pediátrica merecem destaque os estudos de Claudio Coelho, em Botucatu, promovendo obstrução biliar em modelos murinos.

Hoje a pesquisa experimental em Hepatologia está tão difundida que na Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, e na Universidade Federal do Rio

de Janeiro já há Programas de Pós-Graduação em Hepatologia (Especialização, Mestrado e Doutorado). Muito importante, nestes programas há pesquisadores cujas linhas de pesquisa são dedicadas a estudos experimentais. Em Porto Alegre, Norma Marroni, bióloga, tem larga experiência no desenvolvimento de modelos em ratos e camundongos para diferentes doenças hepáticas. Neste sentido, a participação de não médicos na área da hepatologia demonstra uma tendência de mercado recente, onde profissionais da área da saúde estão se envolvendo em uma área que era quase restrita aos médicos. Essa interação de profissionais como nutricionistas, biomédicos, farmacêuticos, biólogos, veterinários, fisioterapeutas, entre outros, com os hepatologistas é importante para o desenvolvimento da pesquisa básica e aplicada. Cada profissional traz um olhar, um ponto de vista e de conhecimento diferente, muitas vezes complementares.

O crescimento da pesquisa básica em Hepatologia se deu, como em outras áreas de pesquisa em saúde, devido ao enorme progresso científico e tecnológico que ocorreu no Brasil nos últimos anos. Com o aumento da disponibilidade de fomento público e da iniciativa privada, esta principalmente proveniente da indústria farmacêutica, foi possível desenvolver experimentos de maior qualidade e de relevância mundial. Há dez anos não se imaginaria estudar painéis de variações genéticas, como se realiza atualmente através de Genome-Wide Association Study (GWAS) para genes envolvidos em hepatite C, doença hepática

gordurosa não-alcoólica e cirrose biliar primária, por exemplo. Desta forma, o crescimento da pesquisa está, evidentemente, atrelado ao acesso que os brasileiros têm às novas tecnologias. A internacionalização, fundamental para o desenvolvimento de pesquisa está presente em iniciativas como, por exemplo, as da USP com Espanha, Japão e Coreia. Claudia Oliveira é um exemplo de pesquisadora que desenvolve projetos na linha da esteatose hepática com expressiva colaboração internacional.

Com respeito aos modelos animais na pesquisa em Hepatologia, houve nítida preferência, até recentemente, pela utilização de ratos e camundongos. Entretanto, o emprego de outros modelos vem crescendo de maneira significativa. A utilização do peixe Zebra (*Danio rerio*), tem demonstrado grande aplicação. Algumas características do peixe, tais como a grande homologia imunogenética com o homem, embriões transparentes, prole numerosa e desenvolvimento rápido são atributos que podem ser aproveitados para a investigação de doenças humanas.

O surgimento do novo paradigma que é a Medicina Translacional, permitindo acelerar a transferência do conhecimento que é gerado na bancada para a prática médica, tem um forte vínculo com a experimentação animal. A prática médica se beneficia da utilização da pesquisa experimental na busca do entendimento dos mecanismos fisiopatológicos e estratégias terapêuticas para as mais diversas condições patológicas hepáticas.

Pesquisa em Hepatologia no Brasil – Onde estamos?

Mônica Viviana Alvarado-Mora (SP)

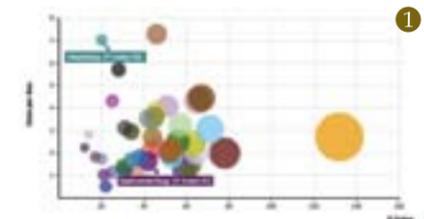


O Brasil é o 15º país com maior volume de produção científica do mundo. O número de estudantes de mestrado e doutorado, responsáveis pelo maior número de produções científicas é dez vezes maior do que há 20 anos. No Brasil, existem 370 universidades que realizam pesquisa, caracterizando-se como um dos países que vêm aumentando o número de instituições de pesquisa de forma significativa. A Universidade de São Paulo ocupa o primeiro lugar na Ibero-américa, o décimo primeiro lugar no mundo em produção científica e a 50ª posição no ranking das *Life Sciences Universities in the World (The World University Rankings)*.

Diversos órgãos ligados ao Ministério de Ciência e Tecnologia e secretarias estaduais têm fornecido apoio financeiro para pesquisadores e cientistas brasileiros e estrangeiros para fomentar a pesquisa científica nas diferentes áreas do conhecimento em universidades e instituições no Brasil. O CNPq é dedicado ao fomento da pesquisa científica e tecnológica e formação de recursos humanos para pesquisa em todo o país. Outra instituição de fomento é a Capes, que trabalha para a expansão e consolidação da pós-graduação strictu sensu (mestrado e doutorado) em todos os estados. Finalmente o incentivo à ciência também acontece através das Fundações de Amparo à

Pesquisa, que estão presentes em 21 das 27 unidades federativas do país.

Atualmente, de acordo ao *SCImago Journal & Country Rank*, o Brasil encontra-se com H-index de 20 na área de Hepatologia e com H-index de 42 na área de Gastroenterologia (Figura 1). Na área de Hepatologia, o Brasil ocupa o segundo lugar em colaboração científica internacional na América



Latina, com uma média de 15,34 citações por publicação. Desde 1996, a produção científica na área de Hepatologia e Gastroenterologia vem aumentando de forma significativa (Figura 2). O Departamento de Gastroenterologia da Faculdade de Medi-



cina da USP vem realizando colaborações científicas nacionais e internacionais nas diversas linhas de pesquisa. Até o presente momento, publicou 357 artigos científicos na área de Hepatologia, realizados em colaboração com outras instituições (Figura 3), produzindo nos últimos 5 anos mais de 2 artigos científicos indexados por semana e



apresentando um H-index de 38.

A internacionalização da pesquisa em Hepatologia no país vem sendo abordada de forma prioritária através das diferentes colaborações com outras instituições, proporcionando um crescimento e aprendizado indispensável para fortalecermos cientificamente mundialmente. Do meu ponto de vista como uma pesquisadora não-médica, atuando em um Departamento de Gastroenterologia, posso dizer que a colaboração com clínicos hepatologistas e gastroenterologistas é fundamental para poder realizar trabalhos mais complexos, permitindo análises da biologia molecular com dados clínicos, com abordagem dos problemas científicos de forma mais completa. Muito estimulante têm sido os resultados científicos destas colaborações em termos de número de publicações do Departamento, assim como, aumentando e fortalecendo a nossa relação com diferentes grupos líderes nesta área de conhecimento no mundo. O desenvolvimento de ferramentas próprias de investigação, a busca de redes de colaboração com pesquisadores das diferentes linhas de pesquisa da Hepatologia e a constante publicação dos resultados obtidos nos diferentes projetos realizados, deve continuar sendo nossa prioridade como pesquisadores, já que produz a melhora constante da visibilidade em investigação e aumento do impacto no meio científico.

Perfectovir

Os Inibidores de protease no Brasil

Mario Reis Alvares-da-Silva (RS)



Os inibidores de protease (IPs) já são uma realidade no país. Já há algum tempo têm sido usados – podemos dizer que há experiência no país para ser compartilhada. O **Boletim SBH** foi conferir a opinião de alguns experts em hepatite C.

Boletim SBH entrevista

André Lyra (BA) • Carlos Eduardo Brandão-Mello (RJ)
Christiane Kobal (GO) • Cirley Lobato (AC)
Guilherme Leite (SP) • Hamilton Bonilha (SP)
Maria Cássia Mendes-Correa (SP) • Paulo Abrão Ferreira (SP)
Rosamar Rezende (SP) • Rosângela Teixeira (MG)

Boletim SBH: Qual o perfil mais comum de paciente que tem sido tratado com IPs em seu serviço?

Cirley: Pacientes F3/F4 não respondedores a tratamento prévio.

Rosângela: E recidivantes, também, nesse primeiro momento.

P. Abrão: A minha experiência é similar. A maioria dos pacientes que tratei, em protocolos de pesquisa, eram experimentados com fibrose F3/F4.

André, Cássia e Brandão: Prioritariamente pacientes com fibrose avançada F3/F4, mas não apenas os experimentados. Indico também o tratamento aos nativos com estas características.

Rosamar: Eu concordo! Pacientes F3/F4, mes-

mo nativos, devem receber tratamento tríplice.

Christiane: Pois é, a maioria dos pacientes que tratamos foram F3/F4, e metade deles nativos.

Hamilton: Dos 106 pacientes que eu tratei, 105 deles com boceprevir, 2/3 eram experimentados, e destes, metade F3/F4. Mas acho, Mario, que pacientes virgens de tratamento, mesmo com F2, devem receber as drogas - 1/3 dos meus pacientes eram nativos, e destes 80% eram F2.

Guilherme: Genótipo 1 – todos os pacientes

Boletim SBH: Quais têm sido as maiores dificuldades no tratamento? Problemas com acesso, adesão, efeitos adversos?

Guilherme: Sem maiores problemas.

Rosângela: Também não tive dificuldades.

Rosamar: Nossa, para mim o complicado foi o

acesso! A aquisição dos IPs foi o maior problema. Todos meus pacientes, com exceção de 1 caso, só conseguiram por mandados judiciais.

Christiane: Os meus também!

Brandão: O acesso até o atual momento tem sido via planos de saúde, estatais e medidas judiciais. A adesão é trabalhosa, mais detalhada, devido ao maior número de comprimidos e eventos adversos, mas é o manejo dos eventos adversos que me parece o maior óbice, com a anemia.

André: O acesso tem sido difícil para a maioria dos pacientes. Os eventos adversos, significativos, principalmente nos pacientes com hipertensão porta. Eles demandam mais tempo e atenção.

Cirley: Sabe, 10% dos nossos pacientes sus-

penderam a medicação por conta própria! É a adesão, difícil.

Hamilton: Acho a adesão difícil principalmente em cirróticos ou respondedores nulos, que necessitam tratar por 48 semanas.

Cássia: Para mim, o pior foi o controle da anemia e a necessidade de retornos quase semanais.

P. Abrão: Verdade, a maior dificuldade foi o manejo dos eventos adversos, sempre um aprendizado contínuo.

Boletim SBH: Houve alguma adaptação do seu ambulatório para o tratamento triplíce? - horários, especialistas envolvidos, atendimento de emergência, estratégias de adesão, etc?

Guilherme: Não.

Brandão: Com certeza! Tivemos que criar um horário específico para o atendimento desses pacientes, com mais salas e maior número de profissionais tarimbados no seu atendimento e manejo. Convidamos dermatologistas e outros profissionais para nos auxiliar, como psiquiatra e nutricionista.

Cirley: E isto não é fácil, pois há aumento de ônus para o Estado. Nosso Hospital-dia vai funcionar até as 22 h, de segunda a sexta, sábado e domingo até às 13h, e outros especialistas, como dermatologistas, terão disponibilidade de horas no serviço.

Hamilton: Tivemos que adaptar, sim. Prioridade no atendimento com facilidade de acesso para os pacientes, tanto em relação aos resultados dos exames como aos eventos adversos.

André e Cássia: Para nós, tivemos que disponibilizar um maior número de consultas, devido à necessidade de retornos mais frequentes.

P. Abrão: Não tive que fazer nada a mais, afora o treinamento da equipe e o atendimento em um horário exclusivo para este grupo de pacientes.

Rosângela: Também instituímos um dia específico. Além disso, criamos protocolos e articulamos especialistas para interconsultas.

Rosamar: Não precisei mudar, pois já temos um serviço bem estruturado, com polo de aplicação.

Christiane: Nós fizemos várias mudanças no serviço, e até fora dele, como treinar os médicos da unidade de terapia intensiva quanto ao manejo mais atual da descompensação hepática.

Boletim SBH: Há algo que tenha ocorrido em algum caso já tratado que seja curioso o suficiente para ser relatado?

Guilherme: Ótimos resultados.

Brandão: Não sei se isso pode ser considerado uma curiosidade, mas me chamou a atenção a rapidez com que esses pacientes negativaram o HCV-RNA nas primeiras 4 semanas de tratamento triplo em primeiro lugar.

Cirley: De curioso o caso de um paciente que apresentou lesões ulceradas nos membros e cavidade oral com uso de boceprevir.

Hamilton: Pois eu tive um coinfectado HIV/HCV, F4, com carga HCV alta, respondedor nulo, com plaquetopenia acentuada, e que respondeu muito bem, com resposta virológica rápida (semana 8). Ao final de 48 semanas, segue negativo. E tive 2 pacientes recidivantes a PEG+RBV, que interromperam o tratamento triplíce com boceprevir na semana 12 e atingiram RVS₁₂!

Cássia: Eu tive 2 casos de carga viral detectável, mas não quantificável, com telaprevir, na semana 24, em pacientes que tiveram carga indetectável nas semanas 4 e 12. Ambos recidivaram.

P. Abrão: Um paciente, muito motivado, criou um diário de tratamento com itens de adesão, eventos adversos e comentários. Acabou fazendo sucesso e vários pacientes copiaram a ideia.

Rosângela: Infelizmente, 1 paciente teve cistite hemorrágica, e suspendi o tratamento.

Rosamar: Tive 1 caso de “terapia tripla ultracurta”: recebeu telaprevir por apenas 4 semanas (terapia tripla suspensa por efeito colateral). Agora, 08 semanas após suspensão de todo tratamento, apresenta carga viral indetectável!

André: Rosamar, eu tive um paciente que suspendeu telaprevir na semana 10, também por evento adverso, e atingiu RVS!

Boletim SBH: as taxas de resposta sustentada estão sendo compatíveis com aquelas relatadas nos estudos de registro?

Guilherme: Melhores.

Brandão: Não tenho dados suficientes para lhe responder, pois a maioria dos pacientes ainda não tem 6 meses pós-tratamento. Mas a resposta em 12 semanas tem sido ótima!

Cássia: na pequena experiência acumulada, Mario, as respostas são, sim, similares.

P. Abrão: Na minha experiência também, mas não tratei pacientes com perfil pior que os dos estudos de registro.

Rosângela: Olha, a experiência é insuficiente para concluir a este respeito, mas já sinaliza que não!

Hamilton: Apesar de 105 pacientes com terapia tripla com boceprevir, o serviço não tem nenhum paciente na semana 24 após o tratamento. Mas a resposta virológica rápida (semana 8) foi excelente.

André: Os resultados são muito bons em F2, quase todos atingem RVS. Cirróticos experimentados, de fato, têm pior resposta.

Boletim SBH: Como tem sido orientar os pacientes que não obtiveram resposta ao tratamento triplíce? Como eles têm se comportado?

Brandão: A decepção dos pacientes e a nossa como médico é marcante. Esperamos tanto tempo pela chegada das novas drogas, acreditávamos e prometíamos uma nova era de tratamento, mas para aqueles que não alcançaram a RVS ou que pararam nas primeiras semanas é uma imensa decepção.

Cirley: É muito, muito difícil. Apostamos alto e não temos alternativa para oferecer a eles.

Hamilton: É difícil dar a notícia, principalmente para os respondedores nulos, cirróticos.

P. Abrão: A frustração dos pacientes e da equipe é proporcional. Às vezes, difícil de ocultar.

Cássia: Eles ficam muito ansiosos...Na verdade, nossa função nesse momento, é não deixar a esperança ir embora. Por menos que acreditemos em tratamentos adequados para esse perfil de pacientes a curto prazo, temos que passar a ideia de que esses tratamentos são viáveis.

Rosamar: Está é uma situação complexa, frustrante tanto para o médico como para o paciente. Não é fácil confortar o paciente mostrando possibilidades de novos tratamentos futuros.

André: Eles ficam decepcionados. Temos que informá-los e motivá-los.

Rosângela: Difícil para todos. Só resta aguardar novas opções futuras.

Christiane: Sim, novas drogas virão!

Guilherme: Bem, aguardarão novas opções.

Boletim SBH: Bate-pronto: tratar F2 – sim ou não?

Guilherme e Rosângela: Sim.

Brandão: Acho que para aqueles pacientes com fatores preditivos de má resposta (idade, genótipo 1a, carga viral elevada, experimentados, recidivantes) a resposta deve ser sim.

Rosamar: Para mim, a resposta é sim. Trataria todos os naves com fatores preditivos ruins para RVS (carga viral alta, IL28B CT/TT, dentre outros) e todos os casos de tratamentos anteriores adequados sem RVS.

Cirley: É, depende do perfil do paciente.

Hamilton: Eu também acho. O paciente F2 merece ser tratado.

Christiane: De acordo!

André: Sim! Se eles se tornarem F3 passam a ter uma “outra doença”, com chances de ter tumor e hipertensão portal. O HALT-C já mostrou isto!

P. Abrão: Não sei, não. Em saúde pública, não ainda. Se o paciente puder comprar a medicação, for um não-respondedor prévio ou virgem com baixa chance de resposta ao esquema duplo e estiver motivado, pode ser considerado. Sou contra a judicialização.

Cássia: Devemos tratar sempre que possível. O futuro é agora. Mas, com resposta na semana 4, pós-lead-in, IPs podem ser desnecessários nesses pacientes. Também sou contra a judicialização.

Boletim SBH: Jogo rápido: boceprevir ou telaprevir?

André, Hamilton e Rosângela: Os dois. Conforme as características do paciente, a indicação.

Rosamar: Concordo com vocês! Não tem receita de bolo. Esta resposta depende do caso clínico, temos sempre que individualizar o tratamento.

P. Abrão: Telaprevir!

Guilherme: Os dois.

Brandão e Cássia: Preferencialmente o telaprevir, pela comodidade posológica e pelo menor tempo de tratamento.

Christiane: Eu concordo. Boceprevir para exce-

ções.

Cirley: Ah, Mario, acho que ainda não dá pra decidir!

Boletim SBH: Algum paciente já separado para tratamento PEG-free?

Cirley, Christiane e Hamilton: sim!

P. Abrão: Sim, particularmente, os intolerantes ou os que têm contraíndicação ao uso de interferon.

André: Sim. Aguardamos pesquisas no Brasil.

Rosângela: Muitos já são candidatos, por intolerância ou contraíndicação ao PEG.

Brandão, Guilherme e Rosamar: não.

Cássia: Não. Não acredito nisso a curto prazo!

Boletim SBH: Uma aposta para o futuro: já temos alguma droga candidata a “perfectovir”?

Brandão: Das que se encontram no pipeline as que mais me impressionaram foram o sofosbuvir, por ser pangemotípica, e o simeprevir.

Rosângela: Estudos de fase II e II estão prometendo a cura no futuro!

Guilherme: Eu ainda aguardo resultados sólidos.

Cirley, Christiane e Hamilton: Ainda não! Falta muito para o perfectovir!

André: Há esquemas animadores, altíssimas taxas de RVS. Mas, certamente nenhum é perfeito.

P. Abrão e Rosamar: É muito cedo para isto.

Cássia: Eu não acredito em droga única para hepatite C!

Boletim SBH: Até 2025, acaba mesmo a hepatite C?

Christiane: Sim! Sou otimista.

P. Abrão: Não!, longe disto! Temos muito trabalho pela frente!

Cirley: Bom seria, Christiane, mas teremos que conviver e trabalhar com vírus resistentes que surgirão com os novos medicamentos.

Rosângela: Não acaba, não! Ainda não chegamos sequer no pico de prevalência.

Rosamar: Eu também não acredito. Ha muitos fatores limitantes: a prevalência elevada, as condições socioeconômicas precárias que diminuem o acesso às medidas preventivas e terapêuticas, e, além de tudo, um vírus com potencial elevado de mutações, o que dificulta a produção de vacina e medicamentos com eficácia duradoura, devido ao surgimento de resistência viral.

Brandão: É precoce falar nessa hipótese. Em 2025, a hepatite C ainda vai estar por aqui, embora a incidência de casos novos pareça declinar, e que a nova safra de medicamentos, muito mais potente, aponte para a possibilidade de cura de todos os pacientes infectados. Devemos nos lembrar que muitos dos pacientes cirróticos e respondedores nulos ainda respondem mal às novas drogas, inclusive àquelas em fase de estudo clínico II ou III.

Hamilton: E tem mais: o Governo e os Estados não estão sensibilizados com a necessidade de diagnosticar novos casos e fornecer o melhor tratamento.

Cássia: Se tivermos dinheiro para custear esses novos medicamentos, ou se tivermos políticas para acesso universal, sim. Caso contrário, será como a infecção pelo HIV. Atingindo a população mais vulnerável e sem recursos.

André: Não diria que vai acabar, mas, sem dúvida, a prevalência deverá cair muito, tanto pelas maiores taxas de cura quanto pelo fato de que muitos pacientes, infelizmente, vão morrer, pela falta de acesso às drogas e ao transplante.

Guilherme: Não, absolutamente não!

Mario: Também acho. Não acaba, mesmo!

O fígado em Pernambuco

Instituto do Fígado e Transplantes de Pernambuco

Alexandre Padilha, Ministro da Saúde

Nosso esforço de ampliar e melhorar o acesso no serviço público de saúde e reduzir o tempo de espera por um atendimento é contínuo. Nós do Ministério da Saúde temos feito um esforço diário para perseguir isso como obsessão e precisamos que todos os agentes do setor da saúde, incluindo gestores, trabalhadores, usuários e instituições parceiras participem disso. Por isso a importância do Instituto do Fígado e Transplantes de Pernambuco (IFP), primeiro instituto do Brasil destinado exclusivamente ao atendimento de pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS), oferecendo assim uma medicina de ponta ao cidadão comum.

O Instituto do Fígado e Transplan-

tes de Pernambuco é uma marca em todo o país, não só pela quantidade de transplantes, procedimentos realizados ou pacientes acompanhados, mas, sobretudo, pela humanização do atendimento. Também contribui para essa situação o envolvimento com o conjunto da sociedade do estado de Pernambuco, empresários e membros da sociedade civil no Conselho de Gestão e Governança deste projeto.

É importante destacar que o Brasil avançou muito nos últimos anos em relação aos transplantes. Somos o recordista mundial em transplantes totalmente públicos e gratuitos. No ano passado, foram realizados 23.999 transplantes no País. O estado de Pernambuco também vem acompanhando esse crescimento. O estado

passou de 1.084 transplantes em 2011 para 1.678 em 2012, um aumento de 55%. E o IFP tem parte nisso, pela grande quantidade de procedimentos que realiza.

Agora, estamos certos que o novo projeto de construção do Hospital Luiz Felipe Brennand, que realizará não só transplantes de fígado, mas também de rim, coração, intestino, pulmão, medula óssea e córnea, contribuirá decisivamente para que o estado de Pernambuco e toda a região nordeste avancem ainda mais em relação às cirurgias de transplantes. Certamente isso vai ao encontro com o grande compromisso do Ministério da Saúde que é melhorar a vida de brasileiras e brasileiros.



IFP: O SONHO QUE SE TORNOU REALIDADE

Leila Beltrão Pereira (PE)

Na realização de um sonho, uma estrada precisa ser percorrida e obstáculos necessitam ser vencidos. O sonho de elaborar um Instituto de Fígado nasceu durante os meus anos de formação acadêmica em Londres, quando presenciei a Unidade do Fígado do King's College Hospital, da Universidade de Londres tornar-se o "Institute of Liver Studies". Uma medicina britânica, eminentemente socialista, fazer parceria com empresários britânicos, europeus e árabes, parecia para mim uma utopia. Acompanhei o sucesso e o reconhecimento internacional deste Instituto e guardei dentro de mim que um sonho quando alimentado, poderá se tornar realidade. Há quase dez anos, numa simples conversa com empresários pernambucanos, liderados por Ricardo Brennand, dava-se início à construção de um sonho denominado Instituto do Fígado de Pernambuco - IFP, virando assim, a primeira página de um infindável calendário dos sonhos.

Inicialmente foi firmado um convênio com a Universidade de Pernambuco, fortalecendo os pilares básicos da medicina: assistência, ensino e pesquisa. E, a cada página virada deste calendário trouxe para o IFP não apenas o pioneirismo de ter sido o primeiro Instituto do Fígado do Brasil destinado exclusivamente ao SUS, como a honra de oferecer ao ci-

dadão comum acesso à medicina de ponta.

Várias etapas da estrada já foram concluídas. O IFP abriu sua unidade diagnóstica com a meta de atender 1500 pacientes por mês, portadores de doenças hepáticas, desde o primeiro atendimento de triagem clínica aos mais diversos procedimentos diagnóstico e terapêutico. Já com a meta de atendimento à população adulta atendida, o IFP vira mais uma página do seu calendário dos sonhos. Inaugura, então, a unidade de pediatria, contemplando o que há de mais sublime, de mais puro: a criança. Oferece além do diagnóstico e tratamento, apoio psicológico, de assistência social e, principalmente, lazer, através da brinquedoteca, contação de histórias e de uma escola de arte. Uma criança reflete vida, desafia a esperança e vislumbra um horizonte sem fim. Nesta mesma ocasião, instala uma casa de apoio para receber pacientes e acompanhantes de diversas localidades do país durante a investigação clínica. E, para sedimentar o terceiro pilar, o IFP através de projetos de pesquisa financiados por órgãos de fomento e empresas privadas dos membros que compõem o seu conselho deliberativo, instala o laboratório de biologia molecular e de patologia cirúrgica.

Hoje, a unidade de diagnóstico do IFP possui sete salas de ambulatório de adulto, três de pediatria, duas de psicologia e assistência social e nutrição, polo de tratamento, coleta de exames de laboratório, sala de bióp-

sia hepática, laboratório de patologia cirúrgica e de biologia molecular, endoscopia digestiva, pHmetria, manometria, unidade de imagem - ultrassom, tomografia computadorizada, ressonância magnética, hemodinâmica e radioablação, exclusivamente para os pacientes do SUS.

Inspirado na frase de Fernando Pessoa o sonho do IFP se tornou realidade - "Deus quer, o Homem sonha, a Obra nasce" e alimentado pela certeza de um dever ainda não alcançado, o IFP vislumbrou um novo desafio iniciando a construção da unidade hospitalar intitulada Hospital Luiz Felipe Brennand. Em um terreno de quatro hectares doado pelo governo de Estado de Pernambuco, à beira do rio Capibaribe, esta sendo erguido um hospital de 250 leitos, o primeiro Hospital de Fígado e Transplantes do Brasil exclusivamente para o SUS.

Agradecendo o apoio do Governo do Estado de Pernambuco, Ministério da Saúde e empresas público-privadas, nos próximos três anos o IFP almeja fechar o seu infindável calendário dos sonhos entregando a unidade hospitalar concluída e afirmando que: **"Ontem foi um Sonho, Hoje é uma realidade e Amanhã será uma grande História"**.



Cristal Room, Baccarat, L'hiver, 2013

Mario Reis Alvares-da-Silva (RS)

Caviar, Taittinger, grosselhas frescas, roquefort, um bom Bordeaux. Que mais se pode querer? Paris, inverno, frio, muito frio, neve lá fora, arrepios de prazer. As mãos agora estão quentes, já não doem mais como há pouco sob as luvas grossas. Depois do banho de imersão, tecidos em paz. "O melhor lugar do mundo é aqui, e agora".

Paris Hepatitis Course, janeiro de 2013, "it's not my birthday!", retrucou sorridente Jenny Heathcote, recebendo na sequência o terceiro presente das mãos de Marcellin. "Este é meu, pessoal", disse ele, galante, antes de ganhar, no palco, um caloroso beijo na bochecha. Le Palais des Congrès, L'Amphitéâtre Bleu lotado. Belo curso, excelente revisão. Vale a pena colocar no calendário: Paris no inverno e sua imersão em hepatites. Boas formas de começar o ano.

Tudo funcionou bem: de aulas a discussões de caso. Formato interessante. Nem muita nem pouca gente, tempo integral, todos os grandes nomes, intervalo de almoço aproveitado para discussões em pequenos grupos. Os luncheons foram excelentes - pré-agendados e sem custo, oportunidades para discutir tópicos mais específicos e para aprender como se faz um "lunch box" à parisiense. Sentados e bem servidos à mesa, pequenas porções - sopa ou salada, les entrées, la pièce de résistance, sobremesa e queijos - compostas com cuidado gourmet sobre pratos de vidro artesanal.



Musée Baccarat, Place des États-Unis, 16ème, uma mansão belíssima. Paris sempre reserva surpresas, sempre há mais um museu para quem já se cansou de Louvre-D'Orsay-Rodin. Na terra de Yves Montand (certo, ele não era mesmo francês de nascença, mas quem liga?), Ives Takemoto se deu bem: diz-se que foi dele a escolha. A loira arfante e entusiasmada nos deu boa noite na escadaria forrada de cristais, em um inglês saboroso, afrancesado e sensual, a écharpe esvoaçando por entre as peças do museu. "Look!", dizia, apaixonada, e levava o pequeno grupo para observar uma peça, contava histórias, sorria, fazia pausas teatrais. Tempos depois nos apresentou ao chef e as portas do Cristal Room Baccarat abriram-se. O salão de pé direito alto acolhia poucas mesas e muitos lustres à meia-luz. Magique. Tijolos à vista, mármore, muita madeira, cristais e espelhos, as bebidas sorvidas em cálices Baccarat. Os pratos sucederam-se harmonizados em delícias, a conversa fluiu amena entre elogios e brindes. O toailete, encarnado e misto, pouco alumado, repleto de espelhos e luminárias de cristais, uma atração. As ânforas falantes nos deram adeus ao descermos as escadas, alegres e felizes ao final da noite. Vale mesmo a pena colocar no calendário: Paris no inverno e sua imersão em hepatites. "O melhor lugar do mundo é aqui, e agora".

Vinho tinto, Eviane San Pellegrino. Vive la différence! Cadê o sanduíche natural, a maçã mole e a barrinha de cereais? Cadê a fila para pegar Coca-Cola quente? Melhor ainda, tempo para comer - alunos e professores. À hora do café, ciência. Parfait!

Marcellin, à vontade, fez pose de chansonnier no jantar do congresso. Le Pré Catelan Lenôtre, Bois de Boulogne, debaixo de neve. Foie gras, muito champagne, chocolates com folhas de ouro, boa companhia, risadas, jardins iluminados e hepatites. Magnifique!

O público brasileiro era restrito, mas estava lá, proporcionalmente numeroso. Ana Carolina, ainda antes do casamento, deu aula. Dominique não foi. Mandou encomenda para Castera - recibo e tudo. Muita gente no George Pompidou para ver Dalí. Outros no D'Orsay. Teve quem aproveitou para comprar vinhos, excesso de bagagem garantido. Paris é sempre uma festa.

Ana Guanabara, com seu sotaque delicioso, nos recebeu para o jantar.

CONGRESSOS MÉDICOS NO BRASIL

Mario Reis Alvares-da-Silva (RS)

Organizar um encontro médico, seja ele um grande congresso ou um pequeno encontro fechado, traz sempre alguma cefaleia e muitos desafios. “O que não me mata, me fortalece!”, já disse Nietzsche, e se ele organizasse encontros talvez repetisse essa frase como a um mantra. Organizar significa administrar conflitos: a sociedade quer consistência científica, mas também lucros, os congressistas, bom programa, salas confortáveis e inscrição acessível, muitos dos convidados internacionais só viajam de executiva, alguns não dispensam o fee, a grade científica precisa acomodar os muitos egos, e a indústria quer participar, mas segurar o patrocínio, fingindo desinteresse. Os hotéis, cada vez mais caros e sem muitas concessões, e os centros de eventos, então... Sim, os desafios são muitos. Mas o Brasil está na moda, é o que se ouve no exterior. O que isto tem feito com nosso “mercado de eventos médicos”?

O Boletim SBH foi atrás, conferir o que vem acontecendo neste meio com uma das principais empresas do setor, a CCM Worldwide, responsável por vários grandes congressos em Gastro-Hepatologia e Endoscopia Digestiva, como a SBAD – e que vai organizar o próximo Pan-Americano de Gastroenterologia, em Buenos Aires. Seus diretores, Eduardo Corrêa da Silva e Alessandro “Alex” Irigoyen da Costa matam a curiosidade do Boletim.

Boletim SBH entrevista

Eduardo Corrêa da Silva (RS) e Alessandro Irigoyen da Costa (RS)



Boletim SBH: Eduardo e Alex, como está o Brasil, hoje, em termos de congressos médicos?

Alex: Estamos em um grande momento. Vencendo o preconceito, cada vez mais brasileiros têm publicado no exterior ou têm sido palestrantes em congressos internacionais. É impressionante o número de congressistas brasileiros, e esta interação vai potencializar os eventos realizados no nosso país.

Eduardo: Em muitos congressos europeus e americanos o público brasileiro só é menor que o local. Isto é reflexo da nossa economia estabilizada, e, na mesma medida em que os nossos pesquisadores conquistam credibilidade, aumenta o interesse das instituições e entidades promotoras em aprovar trabalhos científicos brasileiros para atrair ainda mais congressistas.

Boletim SBH: Isto é ótimo! Vocês conseguem imaginar alguma consequência prática deste momento?

Eduardo: É possível negociar uma parceria maior entre sociedades médicas brasileiras e internacionais. Palestrantes convidados poderão vir custeados por suas instituições, podemos e devemos estabelecer parcerias. Os congressos médicos brasileiros têm potencial para serem divulgados em outros países e atraírem um público estrangeiro significativo.

Boletim SBH: Muito diferente de quando vocês começaram?

Eduardo: Nossa empresa tem 11 anos de mercado, e é incrível como nesse tempo os eventos mudaram. Antes, eram muitas vezes ex-secretárias de médicos, que sem estrutura nenhuma, os levavam praticamente sozinhas. Naquela época o número de participantes, mesmo em eventos nacionais, era muito inferior ao que vemos hoje, quando a maioria dos congressos de sociedades médicas brasileiras têm pelo menos mil congressistas, e movimentam mais de cinco milhões e meio de reais, entre inscrições e patrocínios!

Boletim SBH: Dinheiro é sempre uma dificuldade. A fonte é mesmo só a indústria farmacêutica? Ou temos outras possibilidades?

Alex: Na verdade o problema é planejamento, e é essencial definir o objetivo do congresso. As decisões devem ser claras desde o início, caso contrário obter recursos pode não só ser muito difícil como até insuficiente. Assim, partindo desse conceito, o primeiro passo é entender a realidade da especialidade, se há novos lançamentos na área, se o volume de produtos é adequado, etc, pois, sim, a indústria farmacêutica é a principal financiadora.

Eduardo: Há que se considerar outros fatores: se há interesse em grandes atividades culturais, artistas de renome, por exemplo. Aí, o custo aumenta e entram em jogo outras questões, como o compliance dos laboratórios. Além da indústria farmacêutica, outros apoiadores possíveis são as instituições de fomento à pesquisa e governamentais, indústrias de suprimentos e equipamentos médicos e, eventualmente, algumas empresas interessadas em divulgar produtos para o público médico, como bancos, corretoras de imóveis e de investimento. Certamente, um desafio obrigatório será criar estratégias para ampliar os recursos provenientes das inscrições. Em outras áreas, como direito e publicidade, os valores da inscrição são bastante superiores aos praticados nos congressos médicos.

Boletim SBH: Vamos trocar de assunto: internacionalização. Como nossos congressos podem atrair o público de fora? Pagantes do exterior, melhor ainda!

Alex: Primeiro, precisamos entender que, por maior que sejam os interesses políticos de uma sociedade, grandes eventos exigem condições mínimas. Há eventos que só ocorrem em quatro ou cinco cidades nos EUA – e podemos imaginar quantas cidades americanas possuem centros de convenções melhores que os nossos... Mas lá a decisão é profissional e isto não se discute. No Brasil há regiões com excelentes centros de eventos, mas péssima estrutura hoteleira, por exemplo, ou locais com ótimos hotéis, mas sem centro de eventos adequado. Muitas

vezes encontramos a estrutura necessária, mas não a mão-de-obra... Segundo, é preciso que as sociedades organizem um calendário de eventos da especialidade, enxugando eventos repetitivos. Terceiro, é preciso ouvir, criando novas interfaces e novos modelos – um exemplo é o Joint Meeting Liver & IBD, neste ano em Gramado, que é um fórum de experiências entre os principais especialistas, com participação ativa da audiência. Mas mais que isto, precisamos expandir fronteiras, buscar novos horizontes! O Brasil tem aparecido em pesquisas recentes como o país mais desejado do momento para a realização de congressos, e parcerias com associações internacionais são possíveis, podendo render bons frutos.

Boletim SBH: Novos horizontes, exterior no Brasil e Brasil no exterior. Ótima ideia, mas e na prática, algum movimento?

Eduardo: Sim! Recentemente, um grupo de líderes de associações médicas, junto com a CCM Worldwide, esteve em Dubai a convite do governo local, explorando as potencialidades da educação médica e da troca de experiências. Resultado: em 2013, vamos ter um evento internacional, chancelado por uma associação brasileira e outra dos Emirados Árabes Unidos, chamado International Cardiology Congress 2013. Mas o exemplo mais notável é o Congresso Brasileiro de Cérebro, Comportamento e Emoções, evento que se tornou mundial, e que em 2014 ocorrerá em Montreal, Canadá. Este congresso representa um marco na disseminação e exportação da ciência brasileira com um protagonismo há muito almejado.

Boletim SBH: Fantástico, seria como o Congresso Brasileiro de Hepatologia nos Estados Unidos! Talvez um pouco desvirtuado – a maior parte dos médicos brasileiros não poderia ir até lá, mas não deixa de ser interessante. A Bossa Nova começou com um show em New York!



NOTÍCIAS SBH

A **Análise Editorial** lançou a edição de 2013 com os médicos “mais admirados” do Brasil. A SBH, em peso, na publicação. Henrique Sergio Moraes Coelho, André Lyra, Claudia Oliveira, Leila Pereira, Mario Reis Alvares-da-Silva, Mario Pessoa, Eduardo Cançado, João Luiz Pereira, Luiz Augusto Carneiro D’Albuquerque, Luiz Guilherme Lyra, Dominique Muzzillo, Gilda Porta, Renato Ferreira da Silva, Edison Parise, Angelo Mattos, Heitor Rosa, Maria Lucia Ferraz, Marcelo Simão Ferreira e Raymundo Paraná, entre outros, foram citados pela revista. Raro modelo de lista espontânea e não paga, a revista Anuário Análise Saúde 2013 tem tiragem auditada de 35.000 exemplares. Veja a lista completa em www.analise.com.

Calendário de eventos 2013

Data	Evento	Local
22 e 23/03	Luso-brasileiro de Hepatologia	Porto Alegre, RS
03 a 05/05	Workshop Brasil-Inglatera	Fernando de Noronha, PE
21 e 22/06	Hepatoaids	São Paulo, SP
27 a 29/06	Simpósio de Hepatologia do Centro-Oeste	Goiânia, GO
10 a 12/07	Hepatologia do Milênio	Salvador, BA
04 a 07/08	Joint Meeting Liver & IBD	Gramado, RS
29 a 31/08	FITx	São Paulo, SP
02 a 05/10	Congresso Brasileiro de Hepatologia	Rio de Janeiro, RJ

O **Simpósio de Hepatologia do Centro-Oeste**, entre 27 e 29 de Junho, em Goiânia, está pronto. Uma bela programação aguarda os participantes. Edison Parise, Andrea Lindenberg, Cristiane Villela e Francisco Souto são alguns dos palestrantes. A conferência de abertura está a cargo do Prof. Heitor Rosa. Informações no site da SBH.

Heiner Wedemeyer está confirmado no V Joint Meeting Liver & IBD, em Gramado, entre 04 e 07 de Agosto próximos. Em breve, a programação completa. Informações: cmew.com.

O **Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais** do Ministério da Saúde divulgou a lista dos eventos apro-

vados em 2013 com foco na prevenção e promoção de saúde e dos direitos humanos de pessoas que vivem com hepatites. Quatro propostas regionais envolvendo as hepatites foram selecionadas. A lista completa pode ser vista em www.aids.gov.br.

“A hepatite é silenciosa, mas essas mulheres não”. Sob este lema, no mês de março, o mês das mulheres, o Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais do Ministério da Saúde publicou 5 histórias de mulheres que

são ou foram portadoras de hepatites virais crônicas. Leia mais em www.aids.gov.br.

Luiz Guilherme Lyra, ex-presidente da SBH e também da Federação Brasileira de Gastroenterologia, foi eleito membro honorário da Academia Nacional de Medicina, no dia 14 de Março de 2013. Motivo de orgulho para a Hepatologia brasileira, receba o Prof. Lyra os cumprimentos efusivos do Boletim SBH.



**SUPERIORIDADE EVIDENCIADA¹,
CURA COMPROVADA².**

PREPARE-SE PARA A EVOLUÇÃO



REFERÊNCIAS: 1 - Awad T, Thorlund K, Hauser G, Stimac D, Mabrouk M, Gluud C. Peginterferon alpha-2a is associated with higher sustained virologic response than peginterferon alpha-2b in chronic hepatitis C: systematic review of randomized trials. Hepatology 2010;51(4):1176-84. 2 - Swain MG, Lai MY, Shiffman ML. A sustained virologic response is durable in patients with chronic hepatitis C treated with peginterferon alpha-2a and ribavirin. Gastroenterology 2010;139:1593-1601. 3 - Zeuzem S. Interferon-based therapy for chronic hepatitis C: current and future perspectives. Nature Clinical Practice Gastroenterology & Hepatology 2008;5(11):610-22.

Pegasys® (alfapeginterferona 2a) é contraindicado em pacientes com hipersensibilidade conhecida às alfainterferonas.

Pegasys® (alfapeginterferona 2a) - o uso concomitante de teofilina deve ser monitorado e ajustado.

Pegasys® (alfapeginterferona 2a) – Caixa com 1 seringa preenchida de 180mcg em 0,5 ml. – USO ADULTO – Composição: alfapeginterferona 2a – Indicações: tratamento das hepatites crônicas B e C em pacientes não cirróticos e cirróticos com doença hepática compensada; tratamento da hepatite crônica C em pacientes co-infectados com o vírus HIV e retratamento da hepatite crônica C em pacientes que falharam em obter resposta virológica sustentada, após tratamento prévio com alfainterferona ou alfapeginterferona, combinada ou não à ribavirina. – Contra- indicações: hipersensibilidade conhecida ao interferon alfa, a produtos derivados de Escherichia coli, ao polietilenglicol ou a qualquer componente do produto. Hepatite autoimune, cirrose descompensada ou escore de Child-Pough ≥ 6 (exceto se devido somente a hiperbilirrubinemia indireta causada por medicamentos), neonatos e crianças até 3 anos de idade. A combinação Pegasys® / ribavirina não deve ser usada em mulheres grávidas ou durante a lactação. Consulte também a bula da ribavirina. – Precauções e Advertências: interação medicamentosa com a teofilina é observada; desta forma, deve-se monitorar a teofilina sérica e ajustar suas doses nos pacientes que receberam teofilina e alfapeginterferona 2a concomitante. Pancitopenia e supressão da medula óssea reversíveis foram relatados entre 3 e 7 semanas após a administração concomitante de ribavirina e azatioprina com resolução após a suspensão dos tratamentos. Mulheres em idade fértil devem usar contracepção eficaz e segura durante a terapia. Uso na lactação não recomendado. Realizar exames oftalmológicos se alterações visuais ocorrerem. Descontinuar no caso de hipersensibilidade, alterações pulmonares ou disfunção hepática. Precaução em pacientes com doenças autoimunes e monitorização de sintomas de depressão, de doença cardíaca e dos hormônios da tireóide. Usar com precaução quando associado a agentes mielossupressores e em pacientes com neutrófilos na linha basal < 1500 células/mm³, plaquetas < 75.000 células/mm³ ou hemoglobina $< 10g/dl$. A segurança e eficácia do tratamento de Pegasys® e ribavirina não foram estabelecidas em pacientes que receberam transplante do fígado e outros órgãos e rejeições de transplante de fígado e rim têm sido reportados com o uso de Pegasys®, sozinho ou em combinação com ribavirina. O tratamento com Pegasys® em pacientes co- infectados com HCV-HIV deve ser descontinuado imediatamente em pacientes com descompensação hepática. Os pacientes que desenvolvem vertigem, confusão, sonolência ou fadiga não devem dirigir veículos ou operar máquinas. – Reações Adversas: mais frequentes: leucopenia, neutropenia, plaquetopenia, depressão, dispneia, fadiga, cefaleia, febre, mialgia, calafrios e alopecia. Menos frequentes: anormalidades da tireoide, arritmia cardíaca, suicídio, ideação homicida, sangramento gastrointestinal, aplasia pura de células vermelhas, Sd. de Steven Johnson, necrólise epidérmica tóxica, úlcera de córnea, hemorragia retiniana, descolamento de retina, endocardite, pneumonite intersticial com resultado fatal, embolia pulmonar, coma e hemorragia cerebral. – Posologia: Hepatite crônica C - 1 seringa preenchida, pronta para o uso, de Pegasys® 180 mcg/semana, individualmente ou em combinação com a ribavirina. Recomenda-se que a ribavirina seja administrada com alimentação nas seguintes dosagens: para genótipos 1 e 4 – 1.000mg/dia ($<75kg$) ou 1.200mg/dia ($>75kg$) e genótipos 2 e 3 devem receber ribavirina 800mg/dia. Hepatite crônica C, pacientes virgens de tratamento: para combinação Pegasys® e ribavirina em pacientes virgens de tratamento recomenda-se: 48 semanas de tratamento para genótipos 1 e 4 e 24 semanas para genótipos 2 e 3. Pacientes genótipo 1, 2 e 3 com HCV RNA indetectável na 4ª semana de terapia e com carga viral pré-tratamento < 800.000 UI/ml poderão encurtar o tempo de tratamento, ou seja, 24 semanas no caso de pacientes infectados pelo genótipo 1 e 16 semanas para pacientes genótipos 2 ou 3. Pacientes genótipo 4 com HCV RNA indetectável na 4ª semana de tratamento poderão também encurtar o tempo da terapia para 24 semanas. Entretanto, um tratamento de duração menor pode estar associado a um risco maior de recidiva. Hepatite crônica C, pacientes em retratamento: O retratamento de pacientes genótipos 2 e 3 deverá ser feito com a combinação Pegasys® e ribavirina por 48 semanas e os pacientes genótipo 1 deverão receber 72 semanas de terapia. A dose de ribavirina deve ser de 1.000mg/dia ($<75kg$) ou 1.200mg/dia ($>75kg$), independentemente do genótipo. Hepatite crônica B: 1 seringa preenchida, pronta para o uso, de Pegasys® 180mcg/semana, por 48 semanas. – Via de administração: subcutânea no abdômen ou coxas. – Venda sob prescrição médica. USO RESTRITO A HOSPITAIS – Registro MS – 1.0100.0565 – A PERSISTIREM OS SINTOMAS, O MÉDICO DEVE SER CONSULTADO. Pegasys® É UM MEDICAMENTO. DURANTE SEU USO, NÃO DIRIJA VEÍCULOS OU OPERE MÁQUINAS, POIS SUA AGILIDADE E ATENÇÃO PODEM ESTAR PREJUDICADAS. – Informações disponíveis à classe médica mediante solicitação a Produtos Roche Químicos e Farmacêuticos S.A. Av. Engenheiro Billings, 1.729 – Jaguaré – CEP 05321-900 – São Paulo – SP – Brasil. VIR.25.11.

Direitos Reservados - é proibida a reprodução total ou parcial sem prévia autorização de Produtos Roche Químicos e Farmacêuticos S.A. Esta é uma publicação técnico-científica para distribuição exclusiva a profissionais habilitados a prescrever ou dispensar medicamentos.

serviço de informações
 0800.7720.292
www.roche.com.br