

boletim



Sociedade Brasileira de Hepatologia

Hepatologia e **Identidade**

SBH é uma boa marca?



Editor-responsável:
Mário Reis Álvares-da-Silva

Tratamento da
Hepatite C
no Brasil

Inveja e orgulho:
O modelo
do **Acre**

EASL
2012

Hepatologistas
em **festas**
pelo **Brasil**



Índice

- 2 Expediente da diretoria
- 2 Editorial
- 2 Créditos Boletim SBH
- 3 Seção Espaço Porta – Congresso Brasileiro 2013
- 4 Seção Placa Ductal – Onde fazer o Congresso Brasileiro?
- 6 Seção Células Endoteliais – O Que Faz o Editor?
- 8 Seção Células Estreladas – O Modelo do Acre
- 12 Seção Transporte Biliar – Tratamento da Hepatite C no Brasil
- 16 Seção Espaço de Disse – Barcelona – Caótica e Bela
- 18 Seção Células de Kupffer – Porto Alegre Inverno e Verão
- 20 Seção Artéria Hepática – Hepatologia e Identidade
- 24 Seção Veia Porta – Festas no Brasil
- 26 Seção Zona 3 – Notícias SBH

Editorial

Henrique Sérgio Moraes Coelho (RJ)

Na presidência da SBH, quatro principais preocupações têm tomado meu tempo: 1) a residência médica e o modelo de médico hepatologista que devemos formar; 2) a educação médica continuada; 3) o novo protocolo de tratamento das hepatites virais; e 4) o congresso de Hepatologia da SBH, 2013. Vamos a elas:

1) Edna Strauss coordena, com participação de Raymundo Paraná e Cristiane Villela, a equipe encarregada do detalhamento de um programa de 2 anos de residência. A SBH vai validar os serviços com condições para desenvolver o programa. No Norte e no Nordeste, as visitas que tenho feito mostram que o melhor para estas regiões seria um médico com conhecimento amplo em Clínica Médica, Hepatologia e Infectologia. É simplista apenas formar mais hepatologistas em uma determinada região. A SBH, o Ministério da Saúde (MS) e as Secretarias Estaduais e Municipais devem capacitar os médicos que já atuam na área e a residência médica deve levar em conta a realidade epidemiológica de cada região.

2) Apenas entre março e abril fui a 8 eventos em diferentes Estados no Brasil e 2 no exterior. A força da Hepatologia brasileira se revela na quantidade e qualidade dos eventos de 2012 e 2013. Falta aumentar o acesso dos médicos do interior a estes programas. Em setembro, em Aracaju, a SBH promove o Simpósio de Hepatologia do Nordeste. Em 2013, será a vez do Norte e do Centro-Oeste, com duas Jornadas de Hepatologia nas regiões.

3) O novo protocolo de hepatite crônica C com os inibidores de protease (IPs) esteve recentemente em consulta pública. Agra-

decemos a prontidão do MS para a incorporação dos novos medicamentos. Apesar do avanço, mais dúvidas que certezas. O protocolo proposto gerou diversas manifestações de desagrado. Ele foi bastante restritivo para um dos IPs. Estudos recentes, embora não comparativos, têm mostrado boa eficácia de ambos os IPs em cirróticos. A experiência de diversos países (Reino Unido, Espanha, França) mostra que melhor é preocupar-se com o uso correto dos IPs que indicar um ou outro como preferencial. Meses de uso (vários de nós já os utiliza na prática) nos habilitarão a sermos melhores consultores do MS do que provavelmente o fomos. Não é sabido quantos e quais centros disporão de IPs. É importante que os demais possam treinar seu pessoal nos centros selecionados para estarem aptos em um segundo momento. No 2º semestre, a SBH irá promover um consenso sobre o tratamento da hepatite C crônica no Brasil.

4) Embora trabalhoso, o Congresso Brasileiro de Hepatologia de 2013 gera menos conflito. Data, local, rede hoteleira, convidados internacionais e bom percentual do financiamento total já obtido antecipam um bom Congresso.

Ao final deste Editorial, percebo que o que fiz foi pensar especialmente sobre educação – e me socorro novamente de Rubem Alves: “Pensar é voar sobre o que não se sabe. Não temos as respostas, mas temos perguntas. As respostas nos fazem andar em terra firme, mas somente as perguntas nos fazem entrar pelo mar desconhecido” Pois bem, ao mar !



Henrique Sérgio Moraes Coelho (RJ)

A Sociedade Brasileira de Hepatologia tem como missão primordial promover a educação médica.



Estamos preparando para o nosso Congresso - SBH 2013, um extenso programa dando ênfase às doenças mais prevalentes em nosso meio, como as hepatites virais B, C e Delta, a cirrose, a esteato-hepatite não alcoólica e os tumores do fígado, que serão discutidas com experts nacionais e internacionais. Não só isto: as doenças menos frequentes, mas de grande interesse para os hepatologistas, como as doenças vasculares do fígado, a hipertensão portal de difícil diagnóstico, as colestases na infância e nos adultos e as hepatopatias autoimunes, também serão tratadas de maneira especial neste evento.

Teremos cursos avançados explorando a interação da Hepatologia com a Clínica Médica, a Infectologia, a Radiologia Diagnóstica e Intervencionista, a Cirurgia Hepática e dos Transplantes, que serão importante opção no programa.

Junte-se a nós na busca do conhecimento mais profundo no diagnóstico e tratamento das doenças hepáticas.

**Venha para o Rio de Janeiro.
Venha para o SBH 2013 !**

Onde fazer o congresso brasileiro?

Seria interessante para a SBH dissociar a sede de seu Congresso do estado de seu Presidente?

João Galizzi Filho (MG)

O Congresso Brasileiro de Hepatologia tem se consolidado ao longo dos anos como evento de elevado nível científico, em direção ao grau de excelência dos maiores congressos científicos internacionais. Seu crescimento tem acompanhado a própria evolução da Hepatologia no Brasil e no mundo e atraído o interesse crescente dos especialistas e dos habituais e novos patrocinadores.

Qualquer mudança radical nas estratégias de organização de um evento científico tão bem-sucedido acarreta riscos maiores de comprometimento de sua qualidade atual.

Vale a pena analisar a experiência da Comunidade Europeia e da América do Norte, com reconhecidas tradição e competência em promover grandes eventos científicos, adaptando-as, naturalmente, à nossa realidade: a tendência em centralizar os congressos em sedes bem definidas, atendendo a crescente demanda de especialistas e priorizando aspectos, como viabilidade econômico-financeira, facilidade de acesso, rede hoteleira, centros de convenções adequados e representatividade no panorama acadêmico-científico nacional.

Por outro lado, é justa e compreensível a aspiração de ilustres hepatologistas brasileiros de sediar o Congresso em seus estados e/ou cidades, principalmente considerando-se as dimensões continentais e a pluralidade sociocultural de nosso país.

Assim sendo, penso que as sedes de realização dos Congressos da SBH NÃO precisam necessariamente ser nos estados dos presidentes da SBH em exercício. Tampouco podem

ser escolhidas segundo critérios essencialmente turísticos, regionalistas ou românticos. Assim como ocorre em nações mais experientes em tais realizações, é preciso que as sedes sejam adequadas à realização do evento com as maiores probabilidades de êxito e os menores riscos de comprometimento de sua qualidade final. Para tal, o assunto deve ser analisado e refletido em profundidade por comissão especialmente capacitada a fazê-lo, com subsequente submissão à aprovação dos sócios da SBH.

Quando os fundadores da SBH, em 1968, decidiram congregar a cada dois anos interessados em hepatologia, não imaginaram que o crescimento da sociedade e de sua abrangência chegasse ao estágio atual. A cidade de Caxambu, local do nosso primeiro evento, ficaria certamente pequena se decidíssemos por um retorno às origens.

Posteriormente, muitas cidades tornaram-se “capitais da Hepatologia” por alguns dias, em eventos memoráveis. Algumas, porém, apenas por critérios técnicos e não gerenciais, enfrentaram dificuldades. Qualquer Congresso necessita de suporte extremamente variado e a inexistência ou dificuldade para alcançá-lo pode tornar as ações muito mais trabalhosas e caras. A organização de um evento envolve não só palestras, mas também deslocamentos de participantes e de palestrantes, locais para atividades paralelas, hospedagem e circulação na cidade sede. É fato indubitável que as cidades menores, justamente aquelas que podem criar problemas de organização, são as mais simpáticas ao permitirem um nível de convivência inigualável pelos grandes centros, os quais favorecem a dispersão.

O tradicional rodízio tem permitido a disseminação dos conhecimentos hepatológicos através de contato direto, forma ideal em um país continental como o Brasil. Além de tornar a SBH mais presente, o rodízio é uma maneira de o presidente receber “em sua casa”. Tal modelo sempre atendeu a seus objetivos, mas o momento da mudança se aproxima. Por ora, o rodízio ainda é possível, pois o Congresso da SBH não reúne um número demasiado elevado de participantes, entretanto, faz-se necessário, tendo em vista o crescente interesse pela especialidade, reavaliar esta formatação utilizando critérios técnicos.

Repensar para melhorar mais ainda, essa deve ser a proposta dos próximos anos. Talvez o rodízio seja vencido pelo sucesso do Congresso e nos vejamos obrigados a ceder aos números e fixar algumas cidades como “casas da SBH”, não definitivamente, mas pelo tempo suficiente para que outros centros se qualifiquem e possam receber, após se candidatarem, o principal evento de Hepatologia do Brasil.

Cláudio G. de Figueiredo-Mendes (RJ)

O que faz o editor?

Mário Reis Álvares-da-Silva (RS)

Nem um, nem dois, vários colegas já me perguntaram o que faz o editor do Boletim. Editar o Boletim foi um presente que ganhei do Paraná, e que Henrique Sérgio resolveu repetir. Editar o Boletim SBH é uma delícia. Mas, e aí? O que faz o editor?

Paraná me entregou o Boletim, e eu disse a ele que queria mudar, fazer dele uma revista, a nossa Caras, a nossa Veja, mesclar amenidades e nem tanto, polêmicas e consensos, artigos menores e fotografias maiores, muita cor, linguagem coloquial, objetiva e direta, e nada de referências e que tais – para isto temos a GED e os Fascículos. Mesclar pessoas, lugares diferentes, Brasis diversos. Carta branca, tudo certo, mãos à obra. O mais difícil foi o primeiro, meses definindo o estilo, testando fórmulas e detalhes visuais. Nasceu! De lá pra cá mais fácil, mas nem tanto. Mas, e aí? O que faz mesmo o editor?

Um Boletim começa com a definição de temas – “amenidades e nem tanto, polêmicas e consensos”, ouvindo o presidente e suas sugestões, identificando reportagens passíveis de capa, fisingando assuntos onde não existem (antenas ligadas!) e pensando nos nomes que se casam com cada matéria. Loteados os espaços, hora dos convites. Complexo – somos tantos e tantos tão bons. Ótimo que raramente alguém nega a chamada, diz que não pode ou não quer; não responder, entretanto, é comum. No convite, o prazo e o tamanho do texto – embutida, a expectativa: o que virá? Tempo para escolher algumas fotografias, editá-las, deixar de lado, aguardando. Preparar um que outro texto – é bom ter algum para uma emergência. Reservar.

Hora do trabalho pesado: começam a chegar os escritos. Por outro lado, um grande momento: o Boletim começa a nascer, sempre desigual, opiniões distintas, estilos diferentes. Corrigir o português é o de menos – barbada!, o pior vem depois. Há colegas que se atêm ao espaço, mas muitos não. Há quem fique no tema, outros não. Há quem escreva com facilidade, outros não. Há textos que vêm excelentes, outros com grande potencial, outros, sem jeito. Para cada um, várias faces de um mesmo editor; o que diz “perfeito”, e publica, vírgula por vírgula, o que diz “teu texto não cabe no espaço, tente reduzir”, o que sugere “comente tal coisa, aumente tal trecho”, o que diz “vou reescrever e te mando, depois me diz”, o que edita entrevistas (não é que é complicado?) e (muito raras) vezes o que corta mesmo – já reduzi texto de mais de 10.000 caracteres para 3.000, e sem mexer no sentido. Portanto, cada texto vai e volta, e-mails seriais, pois nada é publicado sem a anuência do autor.

Com os textos semiprontos, o Boletim torna-se um ser vivo: as matérias vão se formando e criando vida própria. “Tratando hepatites na selva brasileira”, entrevista com Cirley Lobato, ficou tão boa que atropelou “O que esperamos dos inibidores de protease?”, programada para a capa. “Hepatologia Especialidade”, o belo texto de Henrique Sérgio, deslocou os “Encontros Brasileiros de Hepatologia”, e por aí vai. O Boletim borbulha, letras que seguem seu caminho próprio saem do controle, ficam independentes, até que se assentam. E tem matéria que não ganhou capa, mas cresceu depois: destaque no site da EASL, “Um ônibus na Europa” – lembram do vulcão?

Começa a última etapa. Para a gráfica seguem os arquivos e muitas fotografias. Estas são um capítulo à parte. Nosso Boletim é indiscreto. Dra. Edna vestida de alemãzinha com um caneco na mão não se publica “assim no mais”. Ex-presidentes sem camisa em Noronha, também não. Fotografias polêmicas significam autorização – e mais mensagens. As páginas, por sua vez, dançam até o fim – uma fotografia pode funcionar muito bem, outra não, um artigo programado para uma página ganha duas – “Dominique Saramago – correspondente em Berlim” foi um exemplo – o texto saboroso e a fotografia teatral pediram mais espaço – e ganharam. “Themis e Ronnie Von”, nosso mais puro momento Caras, também era para uma página só – virou duas. Ah! – e o patrocinador, quem nos permite uma edição com tal requinte? Este, com elegância exemplar, a partir desta fase (só a partir daqui) acompanha, mas não censura.

As fotografias escolhidas para a capa entram e saem, as manchetes também. O layout final do Boletim é uma intensa troca de mensagens com a equipe VRA+. Chris Taranto não aparece nos créditos, mas é com ela que me comunico várias vezes (muitas no mesmo dia) definindo detalhes – “aquela letra não funcionou, troca, Chris”, “Faltou um ponto, uma vírgula, esta fotografia não dá, tenta esta outra” e do outro lado “Mário, olha esta sugestão, que tal? Vai ficar ótimo!”, “Vou fazer, depois você me diz” e assim vamos até que chegamos ao consenso – o Boletim que o leitor tem agora em mãos, nem queira imaginar o trabalho que deu! Não nos conhecemos, Chris e eu, mas somos como íntimos, e partilhamos do mesmo entusiasmo pelo Boletim. Quando ele fica pronto, que alegria! O arquivo digital vai direto para a Ana Paula pôr no site, é compartilhado no Facebook, e ficamos esperando a versão impressa, distribuída em todo o país. Está aí o que faz o editor (não só ele, uma grande equipe), neste trabalho que não é paper, não sai no PubMed, não aumenta o índice h, não conta na progressão na universidade, não vale na Livre-Docência, não educa um aluno sequer, nem tampouco rende um tostão, mas ... é uma delícia! Ah, isto é!

O modelo do ACRE

Inveja e orgulho

Mário Reis Álvares-da-Silva (RS)

Na porta, o letreiro: *Unidade do Fígado e Hepatologia Tropical*. O calor absurdo e o sol escaldante de uma quinta-feira de outono equatorial, na cidade de Rio Branco, capital do Acre, impede que se fique mais tempo do lado de fora. Através do vidro, a sala de espera, SAE, SUS, Amazônia, Norte do Brasil – lotada! Pode-se esperar o pior.

Pura fantasia. Aberta a porta, o ar gelado, ar-condicionado perfeito. Não há gritos ou sinal de reclamação, o silêncio domina. Os pacientes, os brasileiros de sempre nos serviços dos SUS, humildes

e marcados pelo tempo e pela doença, porém, sentados confortavelmente em modernas cadeiras de um verde energético e vibrante. A sala não é ampla, mas limpa e clara, pastilhas em tons de verde enfeitam o balcão da recepção, onde não há grades ou anteparos, o povo acolhido. Uma grande cortina de água envolta em folhas de vidro chama a atenção no meio do ambiente. Nenhuma utilidade aparente, apenas bem-receber. Isso não é pouco e sinaliza a diferença. As instalações são simples, porém, confortáveis, os funcionários atenciosos e sorridentes, os uniformes em bom estado e uma infraestrutura de dar inveja, mais do que inveja, orgulho.

No SAE, os pacientes são tratados em um serviço

exemplar. Médicos-contratados, professores, residentes e estagiários da Universidade Federal do Acre revezam-se nos seis consultórios médicos, abertos de segunda a sexta-feira. Há também consultórios para atendimento psicológico, de enfermagem, assistência social e nutrição. Salas de pré-consulta e para coleta de exames e processamento de material, brinquedoteca, auditório e sala de pesquisa. Há farmácia para dispensação de antivirais, tuberculostáticos e imunossupressores e um bem montado polo de aplicação de interferon peguilado. Impressiona o hospital-dia – os cirróticos com ascite refratária não penam como no resto do Brasil. Ao lado, o Hospital das Clínicas, com seus amplos corredores abertos, seus espaços de convívio à beira dos jardins e suas enfermarias climatizadas, mais

de 35 pacientes internados. No SAE, há uma benfazeja atitude de respeito ao paciente e às suas necessidades. O atendimento é integral. Vindo de longe ou não, tudo será feito ali. O paciente não é uma bola de pingue-pongue como nas grandes cidades do Brasil rico do Sul. Pacientes e profissionais da saúde respeitados. Na parede, uma placa marca a inauguração em 2011 pela Presidente da República. Custaria muito termos unidades similares nas 44 faculdades de Medicina das universidades públicas brasileiras ou, ao menos, nas 29 faculdades das capitais? Não teríamos um atendimento às hepatites mais qualificado e humano? Mirem-se no exemplo!

Foi o senador Tião Viana, hoje governador do Estado, quem convidou-me em 1999 a visitar o Acre, para onde fui com o Prof. José Tavares-Neto, da UFBA, que já planejava ali a primeira Escola Médica e o primeiro programa de vacinação universal contra a hepatite B. Absoluto sucesso, mais de 90% da população atingida.

Algo ali me disse: tudo que se plantasse no Acre daria frutos.

Logo seria implantado, com o apoio do MEC, um projeto de Mestrado Interinstitucional entre a UFBA e a Secretaria de Estado de Saúde, a fim de preparar professores para a futura Escola Médica. Para marcar o início das atividades, plantamos uma castanheira. Até hoje podemos vê-la crescendo ao lado do estacionamento da antiga FUNDHACRE. Mais de 25 colegas foram pós-graduados, com publicações em revistas internacionais, algo até então inexistente

no estado.

Ao mesmo tempo, Tião Viana criou o belo projeto Saúde Itinerante e vimos nascer hospitais em Rio Branco e Cruzeiro do Sul. O precursor de tudo isso foi o SAE – Serviço de Assistência Especializada.

O Brasil é carente de hepatologistas por uma política errada e mantida ao longo de muito tempo à revelia das necessidades da população usuária do SUS. Só recentemente, foram ensaiadas mudanças através da SBH. Fizemos no Acre diversos cursos de capacitação para clínicos e infectologistas em hepatites virais e outras doenças hepáticas, e contamos com o apoio dos gastroenterologistas, especialmente, nas hemorragias digestivas. Foram consolidados apoios para o diagnóstico biomolecular, autoanticorpos e estudo histopatológico do fígado. Foram feitos treinamentos em biópsia hepática, com a leitura no laboratório de Patologia do Fígado da FIOCRUZ da Bahia. Isso abriu

a perspectiva de acompanhar com dignidade os hepatopatas no estado do Acre.

Mais ainda. Através de um projeto aprovado junto ao MEC, o Acre contará em breve com um Centro de Telemedicina, com interação em tempo real com diversos centros no país, e com a Fundação Mérieux será montado um laboratório de Biologia Molecular aplicada às Hepatites Virais.

É um prazer trabalhar com os colegas médicos da região. Eles são verdadeiros heróis, um exemplo para o resto do Brasil, pois souberam lidar com todas as adversidades e dificuldades estruturais e, ainda, estabelecer parcerias para minorar os graves problemas de acesso à saúde na Região Amazônica. São eles que mantêm até hoje meu entusiasmo para trabalhar no Acre, assim como oxigenam o exercício da minha cidadania baseada nos preceitos sociais que sempre defendi.

Raymundo Paraná (BA)

Entrevista com Cirley Lobato (AC)

Boletim SBH: Cirley, o tratamento da hepatite C na maior parte do Brasil é uma corrida de obstáculos. O acesso ao tratamento costuma ser em alguns lugares mais dificultado que facilitado. Parece que a estrutura foi criada para barrar o tratamento. Por quê?

Cirley: Temos vários Brasis dentro do nosso imenso Brasil. Mesmo que se tenha um bom grupo de profissionais, preocupados em oferecer o melhor para os pacientes, depende-se da vontade política do governo.

Boletim SBH: Quando foi criada a Unidade do Fígado e Hepatologia Tropical?

Cirley: Desde maio de 2011, o serviço



funciona no Hospital de Clínicas, mas ele vem desde 1993, no HEMOACRE, quando Dr. Tião, Dra. Leomaci, Dr. Eduardo Farias e eu tratamos os primeiros pacientes com hepatites e foi criada a primeira associação dos portadores de hepatites do Brasil.

Boletim SBH: A estrutura de funcionamento facilitada, com “tudo-no-mesmo-lugar”, já existia?

Cirley: Não, pois o paciente além de demorar em conseguir a consulta, tinha que realizar os exames em vários locais, buscar a medicação e fazer a aplicação em lugares diferentes. Hoje, ele não sai do serviço: ele consulta, coleta os exames, recebe o resultado e aplica a medicação no mesmo local.

Boletim SBH: O hospital-dia é um grande diferencial da unidade. Como conseguiram? Quando os pacientes são encaminhados a ele?

Cirley: Este é um serviço criado pelo Governo Federal para atendimento dos pacientes com HIV/AIDS, e que no nosso caso foi expandido para as hepatopatias, que acabam sendo nosso carro-chefe. Lá, fazemos paracenteses de alívio em cirróticos, recebemos pacientes que vieram à consulta e que necessitam internar, completamos o tratamento com antibióticos após alta da enfermagem e muito mais.

Enquanto isso, em Porto Alegre...

Matheus Michalczuk (RS)

A rotina de um paciente com HCV em Porto Alegre é trabalhosa. Caso consulte no Hospital de Clínicas de Porto Alegre, hospital universitário modelo do Ministério da Educação, após a consulta, genótipo e carga viral devem ser autorizados no Centro de Vigilância Sanitária, distante 6,5 km. É preciso mais de um ônibus para chegar ao local. Exame autorizado, coleta em laboratório específico a 5 km dali, novamente mais de um ônibus. Resultado em 30 dias. Dois meses ou três depois da primeira consulta, retorno ao HCPA. Exames vistos, quem sabe biópsia hepática e mais 3 meses de espera. Retorno, tratamento indicado, protocolo pronto, hora de dar início ao processo na Secretaria de Saúde do Estado, a 4 km do hospital, desta vez com ônibus que deixa perto. Eventualmente, é preciso voltar ao HCPA, por “falta de exames”, por exemplo: “sem transaminases”, porém, com resultados de AST e ALT anexados ou “a carga viral está velha”, ou “o genótipo é antigo, tem que repetir”, ou “falta biópsia” – mesmo com cirrose evidente e justificada. Após idas e vindas e muitos quilômetros percorridos, medicação liberada, hora de esperar vaga no polo de aplicação – cerca de mais 4 meses. O tratamento finalmente começa, mais de ano depois da primeira consulta, em um polo de aplicação a 6 ou 8 km do HCPA – para um deles, um só ônibus deixa perto, para o outro, mais de um. Distância média percorrida – se tudo der certo, uns 25 km. Multiplicados por 12 meses, é só fazer a conta. É fácil?



Tratamento da Hepatite C no Brasil

Tratar hepatites não é fácil. O Boletim SBH resolveu ver como está a situação nas 5 regiões do país e no Distrito Federal. Para tal, foram convidados 6 colegas que responderam atentamente às muitas questões enviadas sobre: infraestrutura, acesso ao tratamento, dificuldades. Veja abaixo as opiniões dos especialistas e pense no tratamento com os inibidores de protease, logo, logo.

Entrevistados: Antonio Sparvoli (RS), Celina Lacet e Leila Tojal (AL), Cirley Lobato (AC), Cristiane Villela (RJ), Liliana Mendes (DF), Rodrigo Aires (GO)

Comentários sobre o questionário aplicado aos especialistas

Fernando Lopes Gonçalves Jr. (SP)

Há diferenças e semelhanças no Brasil. Quanto à infraestrutura e tipo de instituição, a maioria atende em ambulatorios gerais. Não seria melhor em ambulatorios específicos? Profissionais não médicos são raros, e é preciso incorporá-los, ainda mais na era dos IPs. Na investigação clinicolaboratorial, em 3 ambulatorios os testes de RNA-HCV são feitos nas próprias instituições, mas em apenas 1 é feita também a genotipagem. Em Goiás, há mais de 1 ano não há exames de biologia molecular para HCV na rede pública! A pesquisa do polimorfismo do IL-28B ainda não está acessível. Seu papel deve ser discutido, pois talvez deva ser adicionado ao algoritmo de tratamento. O acesso à biópsia hepática é fácil, com tempo de espera inferior a 3 meses, o que não é a regra em todo o Brasil. Fibroscan indisponível. Nas interconsultas, problemas - não há rotina para avaliação dermatológica e oftalmológica. Nem todos os serviços abordam ou tratam a resistência à insulina, e isto também se aplica à obesidade. O rastreamento do carcinoma hepatocelular é realizado por todos - em um dos serviços com ultrassom a cada 12 meses, por dificuldades na realização semestral. E ainda usam alfafetoproteína! Os colegas não têm problemas na prescrição do tratamento para hepatite C junto aos órgãos de saúde. Quando isto ocorre, à exceção de Goiás, todos têm direito à revisão, embora as câmaras técnicas ainda não estejam funcionando em alguns locais. Fora o Rio Grande do Sul, a repetição do teste de genotipagem (!) não tem sido solicitada em outros locais. As medidas judiciais para conseguir a liberação das drogas, frequentes no passado, agora são mais raras, exceto em Goiás; com os IPs deve mudar este panorama. O acesso aos polos de aplicação ainda não é universal, mesmo nas capitais. Falta de medicação é rara, e impressiona que em Goiás o tratamento seja suspenso caso não seja aferido o PCR da semana 12, o mesmo que o estado não fornece! O intervalo das consultas não foi uniforme nos centros - variou de 30 a 90 dias, quando o ideal seria 30 ou até menos com os IPs. O acesso à eritropoetina (EPO) e filgrastima é fácil. Com os IPs a prescrição de EPO deve aumentar e, certamente, virão questões sobre as baixas doses liberadas. Em relação ao programa de transplantes, a maioria das instituições abordadas não o possui, e isto é uma limitação ao atendimento integral das hepatites virais. Quanto ao uso de IPs, poucos indivíduos ou mesmo nenhum em tratamento. Isto é compreensível, pois ainda estamos em processo de incorporação pelo SUS. Quanto à futura indicação de IPs, os colegas creem que os experimentados devem ter preferência. A adoção do lead-in para todos os pacientes foi considerada positiva. Finalmente, quando perguntados sobre qual paciente deveria ser tratado com a terapia tríplice (mulher jovem, 28 anos, F1, IL28B CC *vs.* homem, 55 anos, null-responder, F3) todos responderam acertadamente que seria o homem, pois ele tem fatores preditivos de má-resposta a PEG + RBV. Infelizmente, sua resposta também será muito pequena com a terapia tríplice. Vendo as respostas, belo painel das disponibilidades, necessidades e dificuldades futuras no tratamento da hepatite C.

Inibidores de protease: melhor investir no tratamento de pacientes muito favoráveis ou naqueles com perfil totalmente oposto?

Rosângela Teixeira (MG)

Poderíamos prontamente responder que pacientes com as características citadas não precisariam, ou deveriam, ser tratados com o esquema tríplice. A despeito da maior eficácia, há limitações ao uso indiscriminado de boceprevir (BOC) ou telaprevir (TVR) associado a PR em razão do alto custo, eventos adversos, resistência e baixa eficácia, especialmente, em não respondedores nulos prévios. Contudo, imaginando que tenhamos que escolher entre os dois perfis, qual dos pacientes deveria ser tratado com o esquema tríplice?

Com base em dados clínicos, genéticos e virológicos favoráveis, especialmente, o genótipo CC da IL28B, a chance de RVS com PegIFN mais RBV (PR) é próxima de 90%, se houver baixa viremia pré-tratamento e resposta virológica rápida. Nessas condições, o tratamento poderia ser até mais curto. Assim, a primeira paciente poderia ser tratada com PR e, desse modo, o esquema tríplice ficaria disponível para o paciente. Todavia, deveríamos retratá-lo a despeito de fatores preditivos desfavoráveis de RVS? Os estudos que avaliam RVS em pacientes não respondedores nulos e cirróticos são, ainda, escassos, o que nos dificulta decidir com base em evidências. No estudo PROVIDE, a taxa de RVS global foi 38% no retratamento com BOC/PR, com 50% de RVS se houvesse queda do HCVRNA no lead-in ≥ 1 log e 34% se < 1 log. Contudo, somente 2/48 (4,2%) eram cirróticos. Cerca de 30% de respondedores nulos alcançaram RVS com TVR *versus* 5% no grupo PR no estudo REALIZE que incluiu 27% de cirróticos. Na subanálise, pacientes sem resposta no lead-in tiveram chances de RVS próxima de 50%. Contudo, alguns autores sugerem que a estratégia do lead-in poderá auxiliar na decisão do retratamento de pacientes não respondedores nulos. Assim, a despeito da complexa decisão sobre o retratamento desses pacientes “difíceis” com o arsenal terapêutico atual, vale tentar. De outro modo, é esperar. Até quando? Ninguém saberia responder.



Não é fácil tratar no Brasil

“**Há 1 ano, não temos exames de biologia molecular para HCV no estado.**”

Rodrigo Aires (GO)

“A ultrassonografia para screening de carcinoma hepatocelular é solicitada a cada 6 meses, mas pelo grande volume de exames saem em média a cada 12.”

Cristiane Villela (RJ)

“A Associação dos Portadores de Hepatite do Acre exerce um importante papel.”

Cirley Lobato (AC)

“Temos uma especial dificuldade de acesso a dermatologistas em nosso estado.”

Cirley Lobato (AC)

“O acesso aos exames de biologia molecular é fácil, ... mas às vezes faltam kits!”

Liliana Mendes (DF)

“Usamos alfafetoproteína para tentar equilibrar a demora da ultrassonografia em nosso hospital.”

Cristiane Villela (RJ)

“Fibroscan ainda está totalmente fora de nosso alcance.”

Antonio Sparvoli (RS)

“Nossos pacientes em breve terão acesso a Fibroscan, já adquirido.”

Cristiane Villela (RJ)

“Não há lista de espera – a Secretaria de Saúde absorve todos os pacientes que chegam com a prescrição. Um paciente não espera que outro termine o tratamento para iniciar o seu.”

Cirley Lobato (AC)

“**Exigir que se repita o genótipo por estar velho parece-me uma especial perda de recursos.**”

Antonio Sparvoli (RS)

“Em Goiás, não há diálogo ou revisão de processos indeferidos. Resta-nos recorrer à Justiça.”

Rodrigo Aires (GO)

“A Câmara Técnica em nosso estado só existe na portaria, porém, nunca se reúne.”

Celina Lacet e Leila Tojal (AL)

“Há pacientes que receberam indiscriminadamente Peg-alfa2a e Peg-alfa2b durante seu tratamento.”

Antonio Sparvoli (RS)

“O acesso à eritropoietina era muito difícil. Agora, nosso problema é outro: às vezes, a dose liberada é muito baixa.”

Antonio Sparvoli (RS)

“**Não existe polo de aplicação em Alagoas.**”

Celina Lacet e Leila Tojal (AL)

“O polo foi uma luta de 6 anos e representou melhora significativa no atendimento.”

Antonio Sparvoli (RS)

“Nossos pacientes têm acesso ao polo caso o desejem, mas em geral não o utilizam.”

Cristiane Villela (RJ)

“Tivemos momentos dramáticos de interrupção ou falta de medicamentos.”

Antonio Sparvoli (RS)

“É raro, mas ainda existe falta de medicamentos durante o tratamento.”

Liliana Mendes (DF)

“O problema é sério. A SES suspende o fornecimento da medicação caso o paciente não tenha o resultado do PCR da semana 12. Detalhe: o estado não disponibiliza exames de biologia molecular há 1 ano!”

Rodrigo Aires (GO)

“**Não nos faltam medicamentos!**”

Cirley Lobato (AC)

Pergunta	Celina Lacet/ Leila Tojal (AL)	Liliana Mendes (DF)	Cristiane Villela (RJ)	Antonio Sparvoli (RS)	Cirley Lobato (AC)	Rodrigo Aires (GO)
No seu hospital existe ambulatório específico de hepatites virais, ou os pacientes são atendidos em um ambulatório geral de hepatologia?	Amb. de Hepatites	Amb. de Hepatologia Geral	Amb. de Hepatologia Geral. No entanto, temos salas específicas para tratamento de hepatite C.	Amb. de Hepatologia Geral.	Outro. Nosso serviço é de Doenças Infecciosas e hepatologia tropical. Fazemos atendimento das hepatites dentro desse contexto.	Amb. de Hepatites
O atendimento dos pacientes portadores de hepatite C crônica é multidisciplinar?	Sim.	Sim. Atendemos os pac. da hemat e nefrologia renal e tb temos cirurgia de fígado no ambulatório	Sim.	Sim.	Sim.	Não.
Quais os profissionais não-médicos estão ligados ao atendimento dos pacientes com hepatite C no seu ambulatório?	Enfermeiro.	Não há profissionais não-médicos rotineiramente no ambulatório.	Enfermeiro.	Nutricionista e enfermeiro.	Enfermeiro. O nutricionista não faz parte diretamente da equipe, ele é do hospital geral.	Não há profissionais não-médicos rotineiramente no ambulatório.
Existe programa educacional para hepatite C em seu ambulatório?	Sim.	Sim.	Não, vinculado a Fmedica	Sim.	Sim. Além das ligas com aulas, acompanhamento dos pacientes, temos os alunos do curso de medicina e residentes.	Não.
No seu ambulatório existe atuação formal de alguma organização não-governamental de pacientes portadores de hepatite C?	Não.	Não.	Não.	Sim. Temos uma estreita e profunda relação com o NAPHO (Núcleo de Apoio ao Portador de Hepatite C) que já existe há 10 anos.	Sim. A Associação dos Portadores de Hepatite do Acre, que exerce um importante papel no Controle Social.	Não. Atualmente não existe nenhuma ONG em atividade no estado
Há médicos residentes ligados ao atendimento dos pacientes com hepatite C crônica em seu ambulatório?	Sim.	Sim.	Sim.	Sim.	Sim.	Sim.

Confira a tabela com todas as respostas compiladas no site da SBH - www.sbhhepatologia.org.br



caótica e bela

Barcelona

Ecos do Congresso Europeu de Fígado

[Mário Reis Álvares-da-Silva (RS)]

Os cachimbos de crack iluminam as ruelas escuras do Raval, hard core tarde da noite, madrugada depois da chuva, pouco adiante do Palau Güell. Lâmpioes de outrora e sua luz mortíça refletidos no piso, poucas putas nas paredes, o olhar atravessado da velha senhora, duro e enigmático, le vrai bas-fond. Decifra-me... Portas semicerradas, muros pichados, cartazes rotos, escuras escadas, convite aos céus - follow me and climb the stairs..., a voz rouca de Julie London na vitrola da memória, dancing, drinking, never thinking on tomorrow, non-chalant. El deseo y la decadencia. Pequenos rios de urina correm no meio dos becos, o cheiro de peixe dos fundos do restaurante, cargas de lixo, alguns gatos, a Vichy Catalan salgada de Barcelona. Mulheres e drogas, pinxos e tapas, Carrer Nou de la Rambla - só nos falta Nero cantar!

Colombo ainda aponta o caminho: ao novo mundo, que este como tal conhecemos vai acabar. O vírus C dá passagem, poucos anos da resposta sustentada para todos, pangenotípica e ecumênica, logo logo 1 comprimido ao dia, cargas e seus logaritmos ladeira abaixo ... e a vacina. Nem a resposta sustentada é mais a mesma: trendy agora é a RVS12.



Benvinguts à velha cidade supernova da Avinguda Diagonal: cavas y vinos y binge - ao álcool voltaremos! Pa i vi para os novos tempos. Surgirão os alcoolologistas? Emersos de onde? Na espreita, o intestino, fonte do mal, gut-liver axis discutido como nunca na mais espetacular sessão do congresso, densa e estimulante. In Gut we trust! Ou melhor teria sido a palestra da Nobel de química, o encontro de vírus B com Heiner, o encerramento de Jean-Michel, as discussões de acute on chronic liver failure? O congresso da EASL, mais de 9.000 participantes, foi um sucesso. Organização perfeita, horários cumpridos à risca, speakers profissionais e eficientes. A delegação brasileira foi enorme, o país entre os Top 10. Oh, psit!, caiu aqui: como tem hepatologista no Brasil, as residências devem estar cheias, superdisputadas - a SBH se queixa do quê?

Boquerones e butifarras, cafés com carajillos, licor para adoçar - os brasileiros coloriram os parques, shoppings, igrejas, ramblas (Parise de chapéu, fashion!), os restaurantes, as noites e as sessões ("Clódia Olivreiruah" nos orais!). Na Barceloneta, pés na água, espantando o mau-olhado,

xô, ziquizira, gato preto, vodu, W Hotel lá no fundo, soberrano. Temperatura perfeita, a luz enviesada da primavera no Mediterrâneo em cada fotograma, os frutos da Boqueria, a vista de 180 graus do balcão de Dominique no Grand Marina - imbatível: da janela vê-se o mar e o Montjuic - que lindo! Xoriços, manxegos e cavas, Can Paixano lotado, gente jovem e bonita se espremendo, imobilizada na frente do pequeno balcão, espaço exíguo para os brindes na happy hour, verdadeiro pé-sujo catalão - Lineu Silva interditaría, sin duda.

Marina no Mandarin Oriental, furiosa meio de mentirinha, moços de libré, povo atrasado, Tiffany's fechada - que lástima. Passeig de Gràcia de madrugada, upscale. Calle de la Concepción, Marios ao cubo, Norah - com o marido, Daniel, Claudia e o araquá-boi. Plínio na balada da Boca Chica. Boca Grande em cima, bar classudo, jazzy. Banheiros nos subsolo, mistos, abertos e convidativos, Estrellas na entrada, azulejos brancos nas paredes e teto, espelhos de vários formatos, a grande fonte com torneiras no centro, o vaivém buliçoso dos corpos, fachos de neon, música alta,



DJ. Original. Gente bonita. Como são bonitas as catalãs! Como as gaúchas, separatistas e fortes e frágeis e leves e (pouco) doces - ou seriam no ponto?

Esther Koplowitz, esta sem dúvida no ponto. Visita guiada, walking tour, Flair e seu (grande) grupo, Arroyo de hostess, Research Center, de babar, chorar no cantinho, aplaudir, Suzane no registro, ávida e animada. Ela, mas não só ela, percorreu os passos do guia pelas ruas do

Barri Gotic de madrugada. Compartilhado, multiusuário, apaixonado - não me conformo por ter perdido. Do you know iLiver? - Bataller mais magro e Negro perguntaram ao Hall A lotado. A EASL trabalhou por 18 meses e lançou um sistema espetacular para iPhone 4. Corra para o Apple Premium Reseller mais próximo. Imperdível. Tudo ao alcance dos olhos, na palma da mão. Cuidado! A mão é perigosa em Barcelona. Watch your bags avisa o Trip Advisor. Ângelo no metrô, pernas imobilizadas, desvio na atenção, pronto!

Percebes no almoço, delícias dentro das rocas - percebes? Ah, os prazeres da cozinha catalana. Quanto bacalhau em Barcelona, frescos e carnudos, amb judías blancas, Isaac para presidente, seu vice conquistando as multidões - eleições no Rio, preparem os títulos. Gala de flamenco no Palau de la Música Catalana, prédio estupendo. Algo tem de errado em um espetáculo em que o mais aplaudido é o bailarino nanico. Dominique vibrou - Bravo! Uhuu! A linda espanhola de pele muito clara e cabelos muito negros, olhar tanguero e ameaçador, um furacão!, apareceu, revirou as mãozinhas... mas não arrasou. Com a batida ainda forte dos tacões dos sapatos, Segadas, Mathilde e Renata, bacallao no Els Cuatre Gats, ecos de Picasso e Woody Allen.



No salão dos fundos, Javier Bardem disse "vamos" pela primeira vez - convite duplo - amoral e tentador, a Scarlet Johansson e sua amiga, mesmo lugar onde a curitibana acabou com a lua de mel dos japoneses, a mocinha correndo para o lavabo, olhos vermelhos na volta. Assim é Barcelona, Vicky Cristina, traços de Penélope, o furacão! Lábios grossos e cabelos soltos, apaixonada e impulsiva, salve Penélope Cruz! Viva, caótica e bela, intensa e descontrolada, farta, colorida e deliciosa como Barcelona, anfitriã perfeita para a Hepatologia, que assim como ela se renova, estimula, arrebatada e embeleza cada um dos nossos dias. Nos vemos nos canais, Amsterdam, 2013.



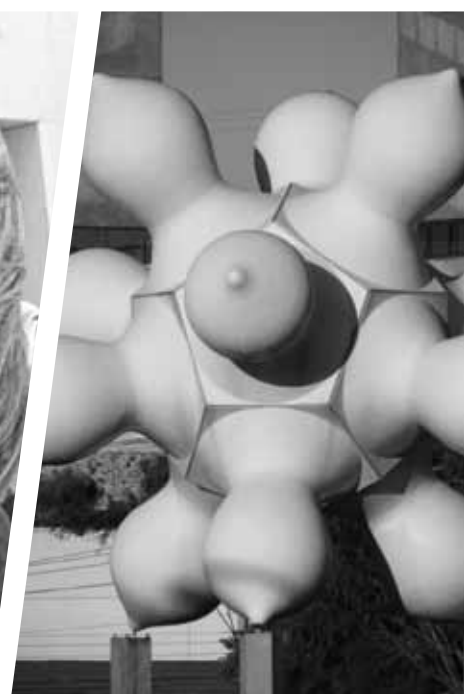
Porto Alegre



no Verão



no Inverno



Janeiro em Porto Alegre

[Luciana Rocha (RO)]

Nunca imaginei que Porto Alegre fosse tão quente, esta é a frase que resume minha estadia de 31 dias naquela cidade para a realização de um estágio em Gastroenterologia. Parece até brincadeira: uma mato-grossense que mora há 6 anos em Porto Velho, um dos lugares mais quentes do Brasil, plena Amazônia, sentir assim tanto calor no Sul do país. Nossa, como Porto Alegre estava quente em janeiro - e como eu suava!

Quando eu cheguei a Porto Alegre,

início do mês, o calor ainda não estava tão forte. Achei ótimo, dormir com ventilador era algo suportável. Depois de alguns dias o ar-condicionado se tornou imprescindível; passei a sonhar com o ar-condicionado do meu quarto em Porto Velho. O mais engraçado era que quando eu reclamava, as pessoas diziam "Ah, mas Rondônia é muito quente, não é?". Não que elas estivessem erradas, mas o problema consistia na diferença do tipo e da intensidade do calor.

O Norte é muito quente durante praticamente todo o ano, mas não é igual - é úmido e chove quase todos os dias, o que alivia o calor. Já em Porto Alegre (Forno Alegre?) o calor era bastante intenso e intercalado com pouquíssimas chuvas, o que realçava ainda mais a temperatura local.

Agora eu entendo o motivo pelo qual muitas pessoas, nos fins de sema-

na, viajavam para as praias do estado. Devo confessar que mesmo diante de tanto calor e suor adorei o meu estágio, não só pela qualidade do serviço como a atenção e qualidade dos profissionais que fazem parte dele.

Foi uma vivência única e de grande valor para a minha formação profissional. O Hospital de Clínicas de Porto Alegre é um hospital excelente que foge da realidade da qual eu, como doutoranda de Medicina da Universidade Federal de Rondônia, estava acostumada. Em Porto Velho, infelizmente, não temos hospitais dessa qualidade e temos que lidar com problemas que não existem no HCPA. Durante o estágio, de tanto ouvir, voltei para o Norte até querendo dizer um "bah" ou um "tché".

Espero voltar várias vezes: agora falta eu conhecer o inverno de Porto Alegre!

A Real Winter

[Lotte Wedemeyer (Alemanha)]

When I came to Brazil in July last year, it was summer in Germany. Summer, for us, means 25 degrees and sun - only if we are lucky... My first reaction when I recognized that my trip would be in Brazil's winter was a disappointment. I dreamt of sun, palms and a lot of sun lotion! I associated winter with snow and gloves.

But soon my worries were calmed. I was told it would be around 20 degrees in São Paulo and even more in Rio - summer for me, perfect!

However, life always changes un-

expectedly. Professor Mário Reis is a friend of the doctor who I lived with in São Paulo, and who enabled me a practical experience as my plan was to study medicine in Germany.

Mário offered me to visit him and his family in Porto Alegre for some days.

Unimpressed by his warnings about the really cold weather in the South of Brazil, my shock was determined to be huge. After picking me up at the airport, we directly went to Gramado. What a crazy feeling! Wrapped into a poncho of his wife, I tried to realize that I was standing in the middle of a German looking village with German trees, German houses and: German winter! No, not German winter, but windy winter, stormy winter, rainy winter. I was freezing and wondering about the thermometer telling me ten degrees... Didn't it feel like minus five and shouldn't the rain be snow?

In Porto Alegre the weather didn't change. We did sightseeing out of the car and the only photos made outside resulted in red nosed faces and tousled hair.

In the morning the newspaper titled: "Snow today!" and Mário was happy: "We don't often have snow here." Thus the days in Porto Alegre were definitely not what I expected from my time in Brazil. However, I was enjoying them a lot with laughing, good Brazilian food, 'Mate tea' and a fireplace in the evenings. But people who told me: 'You are German, you should be used to this weather!' were wrong though. 'Winter is not winter' was what I thought freezing in Porto Alegre and 'summer is not summer' were my thoughts lying at the Copacabana Beach in Rio some weeks later.

Hepatologia & Identidade

Hepato não é Hemato

[Mário Reis Álvares-da-Silva (RS)]

Hepato não é Hemato! Escrevendo eu um texto em inglês, eis que o programa sublinhou a palavra Hepatology. A correção sugerida? Hematology! Até tu, Mac? Havia opção pior, Herpetology. Assim fica difícil!

O leitor poderia aproveitar seu tempo vago e dar um google em SBH. Sociedade Brasileira de Hepatologia, é claro - óbvio, não é? Não! Somos apenas o quarto nome. Antes, SBH de Sociedade Brasileira de Herpetologia (ela de novo e já aviso, antes que se dissemine a confusão: não é para o estudo do herpes) - depois, Sociedade Brasileira de Hipertensão (dona do endereço www.sbh.org.br), e ainda a Sociedade Brasileira de Hanseníase. E tem mais! SBH de Sindicato Brasiliense de Hospitais, Sociedade Brasileira de Hérnia e Parede Abdominal, e a Sociedade Brasileira de Histotecnologia. Tem ainda a Sociedade Brasileira de Hipnose, e até a SBH Auto-Veículos e Peças, lá em Ipatinga, Minas.

Isso explica porque pode-se ler que a “SBH recomenda a avaliação da pressão fora do consultório” ou que “a SBH tem como missão fortalecer o estudo da herpetologia no Brasil” e pode

algum dos nossos associados ficar tentado a aceitar o convite: “preencha este formulário para enviar sua proposta de nome da Revista Eletrônica da SBH” - por favor, não mandem sugestões, não é para a nossa SBH. Tem ainda o blog SBHinfoco (um bom nome!). Mas ele também não é nosso: é da Escola Sérgio Buarque de Holanda, na Barra da Tijuca, Rio.

Cadê nossa identidade? A SBH (aquela do fígado, lembra?) tentou resgatar para si a sigla cobiçada. Mas o nome é tão disseminado que é considerado de domínio público. Nada a fazer. Somente o Boletim SBH, este que o colega lê agora, é marca SBH (a do fígado!). Foi a única coisa que nos restou.

Qualquer aluno de publicidade sabe que quando uma marca não identifica um produto, melhor ficar atento: há problemas à vista. Branding issues: “para que serve uma marca se não para identificar?”

O Boletim SBH, atento, foi conversar com alguns associados da “SBH do fígado” para ver o que acham da nossa identidade, da nossa cara, e o que podemos fazer para, afinal, termos um rótulo só nosso.

[Entrevistados: Jorge André Segadas (RJ), Marcelo Costa (DF), Maria Lúcia Ferraz (SP), Waldir Pedrosa (PB)]

Boletim SBH: A Hepatologia cresce em todo o mundo e no Brasil. Os pacientes já sabem o que é um hepatologista?

SEGADAS: Os portadores de doença do fígado geralmente sabem.

MARIA LÚCIA: Não, Segadas, eles não sabem o que é o hepatologista em si, mas identificam que existe um “especialista em doenças do fígado”.

MARCELO: Acho que na clínica privada, Lúcia, sim, mas não no serviço público, ainda mais que aí muitos encaminhamentos são para o gastroenterologista.

SEGADAS: Isso é natural, Marcelo. Fora dos grandes centros, poucos são os municípios que oferecem atendimento especializado em Hepatologia. Nesses locais, o gastroenterologista, o infectologista ou clínico geral é quem cuida das doenças do fígado.

WALDIR: A identificação crescerá à medida que a especialidade fosse disponibilizada nas relações de referência, contrarreferência e interconsultas no SUS.

SEGADAS: A população em geral também desconhece o que é a Hepatologia e de que o hepatologista cuida.

“Fora dos grandes centros, poucos são os municípios que oferecem atendimento especializado em Hepatologia. Nesses locais, o gastroenterologista, o infectologista ou clínico geral é quem cuida das doenças do fígado.”

JORGE SEGADAS

MARIA LÚCIA: Mudar o vocábulo “hepatologia” para “doenças do fígado” não seria uma alternativa? Talvez melhorasse a compreensão de todos os setores, sobretudo dos leigos.

Boletim SBH: E os gestores de saúde? Já sabem da Hepatologia e dos hepatologistas?

WALDIR: Posso até ser injusto, mas minha convicção é que a ótica do gestor de saúde no Brasil é primordialmente orçamentária, e gestores públicos e privados sabem e temem a existência desse especialista, que aparentemente só gera mais custo.

SEGADAS: Não, para os gestores as doenças do fígado são do gastroenterologista.

WALDIR: Sim, mas onde a formalização da especialidade? Onde a alocação de hepatologistas na rede de saúde através de concurso público?

Boletim SBH: As agências de fomento à pesquisa reconhecem a Hepatologia?

MARCELO: Tenho pouca interação com a pesquisa clínica fomentada pelo poder público. A pesquisa clínica da indústria farmacêutica já reconhece.

MARIA LÚCIA: As agências de fomento também reconhecem.

WALDIR: Creio que há um reconhecimento maior que d’antes.

SEGADAS: Eu discordo! Elas ainda não nos consideram uma área específica do conhecimento, e nem poderia ser de outra maneira. Estamos nascendo agora, os últimos anos foram de gestação. A Hepatologia, como área específica do conhecimento médico, vem se firmando nas últimas três décadas.

Boletim SBH: Falando em nascimento, a residência em Hepatologia mudou. Vamos receber não somente gastroenterologistas, mas também clínicos e infectologistas. Isso vai nos ajudar a ter uma identidade ou deve trazer ainda mais confusão?

WALDIR: A definição de identidade já existe com colegas advindos das três áreas. Isto não deverá ser diferente com a residência médica.

“Estamos saindo de um modelo baseado no eixo digestivo. Nem meio gastroenterologista, meio infectologista, meio clínico e apenas arranhando Hepatologia. Hepatologista é o que mais deseja ser, por quê não?”

WALDIR PEDROSA

MARCELO: Sem o pré-requisito exclusivo em Gastroenterologia nossa identidade será fortalecida.

MARIA LÚCIA: De acordo. A residência trará maior identidade. As vozes dos residentes farão o conceito se consolidar.

SEGADAS: Os 2 anos de treinamento em Hepatologia na residência formarão uma nova geração de especialistas em doenças do fígado com sólido conhecimento. Vai acabar com a improvisação. Ótimo para os pacientes e para a Hepatologia brasileira.

MARIA LÚCIA: Há brilhantes hepatologistas no Brasil que nunca fizeram Gastroenterologia e, nem por isso, deixam de ter completa identificação com a especialidade.

SEGADAS: Dada à grande prevalência de doenças do fígado no Brasil, tanto os clínicos gerais como os infectologistas sempre tiveram muito contato com as doenças do fígado durante sua formação. A residência em Hepatologia irá igualar os conhecimentos, não importando o treinamento anterior.

WALDIR: Sim, estamos saindo de um modelo baseado no eixo digestivo. Nem meio gastroenterologista, meio infectologista, meio clínico e apenas arranhando Hepatologia. Hepatologista e o que mais deseje ser, por quê não?

Boletim SBH: Ouvi dizer que não há motivo para sermos uma especialidade, pois as hepatites virais estão acabando.

MARIA LÚCIA: Felizmente a incidência de hepatites virais vai diminuir muito, senão acabar. Mas aí teremos a real dimensão do que outros problemas de fato representam; hoje eles estão mascarados e ofuscados pelo “brilho” das hepatites virais, nas quais médicos, indústria farmacêutica, ONGs e outros têm jogado a maior intensidade de luz.

SEGADAS: As principais razões para a Hepatologia se tornar uma especialidade são o grande aumento do conhecimento específico na área da hepatologia e a grande prevalência de doenças do fígado no Brasil.

“ Demoramos a perceber o espaço da especialidade. Éramos gastroenterologistas que, quando precisávamos de um ultrassom ou uma biópsia, preferíamos “terceirizar” para o radiologista...
...Recuperar terreno perdido é mais difícil.

MARIA LÚCIA FERRAZ

MARCELO: A atuação da Hepatologia não está restrita à assistência das hepatites virais. Como especialidade, poderemos oficializar a rede de atendimento a hepatopatas, e aos serviços será permitido exigirem formação mínima e avaliação seria da do profissional formado.

SEGADAS: Atualmente, vivemos uma “epidemia de novos diagnósticos de hepatite C”, decorrente de casos de hepatite diagnosticados na coorte de pacientes que receberam transfusões até 1992. Pacientes com cirrose hepática estão apresentando maior sobrevida e um grande aumento na incidência de CHC é esperado nas próximas décadas. Novas doenças hepáticas assumem importância e a principal é a doença hepática gordurosa não alcoólica. O número de transplantes de fígado cresce a cada ano. Há trabalho para algumas décadas. A carência de hepatologistas no Brasil é enorme. Não temos como fugir a esta responsabilidade.

WALDIR: Sim, lembremos da cirrose e suas complicações, como os distúrbios de coagulação e o comprometimento do sensorio, do carcinoma hepatocelular, da relação entre fígado e medicamentos, entre fígado e nutrição, da esquistossomose, das vacinas etc – há muito o que fazer.

SEGADAS: Nos últimos 20 anos, testemunhamos uma revolução do conhecimento na área da Hepatologia – sua epidemiologia, mecanismos fisiopatológicos, métodos de diagnóstico e tratamento. Surgiram vários livros-texto tratando apenas de Hepatologia, assim como inúmeras revistas especializadas. Sociedades de Hepatologia se formaram e têm identidade própria no Brasil, Europa, América do Norte e Ásia. Milhares de colegas no mundo se dedicam exclusivamente a estudar e atender doenças do fígado. Estarão todos errados?

Boletim SBH: Outro problema são os procedimentos sobre o fígado. Até quando vamos perdê-los para outras especialidades? Isso também não tem a ver com identidade?

MARIA LÚCIA: Sim, tem a ver com identidade, mas também com o processo histórico. Nós mesmos demoramos a perceber o espaço da especialidade. Éramos gastroenterologistas que, quando precisávamos de um ultrassom ou uma biópsia, preferíamos “terceirizar” para o radiologista. Os cardiologistas nunca fizeram isso com o ecocardiograma, por exemplo. Recuperar terreno perdido é mais difícil.

WALDIR: Problema difícil. O caminho a ser trilhado é que o armamentário propedêutico e terapêutico da especialidade seja posto à disposição dos hepatologistas para treinamento e certificação.

MARCELO: Como especialidade, poderemos formatar diretrizes científicas sobre a execução de procedimentos e criar tabela própria de honorários que levem em conta não apenas o custo do procedimento, mas a investidura do conhecimento necessário para realização do mesmo.

“ Como especialidade, poderemos formatar diretrizes científicas sobre a execução de procedimentos e criar tabela própria de honorários que levem em conta não apenas o custo do procedimento, mas a investidura do conhecimento necessário para realização do mesmo.

MARCELO COSTA

SEGADAS: Não vejo este ponto como um problema. Faz quem sabe. Não há reserva de mercado, mas a residência em Hepatologia irá contribuir para uma formação mais abrangente do hepatologista.

Boletim SBH: Já que o assunto é identidade: SBH é uma boa marca?

SEGADAS: Nós estamos acostumados com a sigla SBH, porém, ela ainda não foi registrada. Várias outras sociedades (hipertensão, hansenologia, herpetologia, histotecnologia) usam a mesma sigla. Ela é uma boa sigla, porém, não é explícita.

MARCELO: Até agora a SBH nos representou com maestria, mas para se adequar às novas realidades sociais e de mercado, é provável que o devido ajuste administrativo de mudança da marca seja mais realista.

Boletim SBH: Que alternativas ao nome SBH?

MARIA LÚCIA: Sociedade Brasileira de Estudos do Fígado? Bem americano, quanta imitação...

SEGADAS: Talvez “SBHepatologia” fosse mais clara. É questão de nos acostumarmos com a sonoridade da sigla.

MARCELO: Associação Brasileira para o Estudo do Fígado ou algo semelhante parece ser a tendência mais aceita. A SBH poderia criar dentro da comissão científica uma subcomissão com assistência jurídica própria para avaliar a transição e qual o melhor caminho seguir.

Boletim SBH: Identidade é nosso problema em vários segmentos. O que seria mais importante para tornar a Hepatologia e os hepatologistas mais presentes na lembrança dos pacientes?

MARIA LÚCIA: Aqui não há milagre: é mídia, campanha, “procure seu hepatologista” e por aí vai.

SEGADAS: O problema atual é que o número de hepatologistas nas cidades brasileiras é escasso. Acresce o fato de ainda não sermos reconhecidos como especialidade. Nossa especialidade não é tão conhecida como gostaríamos. A SBH e os seus associados podem ajudar fazendo campanhas e divulgando a especialidade em entrevistas, palestras e artigos na mídia. Campanhas de vacinação para hepatites A e B, programas de screening de carcinoma hepatocelular em cirróticos, alertar sobre obesidade e NASH são algumas das sugestões que podem ser trabalhadas. O dia mundial da hepatite C também é uma ótima oportunidade para por o assunto em evidência.



Hepatologistas em festas no Brasil

Acampamento Farroupilha

[Mário Reis Álvares-da-Silva (RS)]

Chilenas e chinocas

Em que cidade do mundo se vende frozen yogurt sabor chimarrão? Em que se pode comer farofa de erva-mate? (alô, amantes da farofa!) – ou tomar uma cerveja levemente esverdeada, de alto teor alcoólico e um gostinho de mate? Ou ainda ter a experiência de ser defumado vivo? Porto Alegre, não poderia ser outra. E é na provinciana e cosmopolita capital dos gaúchos, durante o Acampamento Farroupilha, ali, entre a Ponta da Cadeia e o Arroio Dilúvio, que o gauchismo atinge seu auge. É a reprodução da vida campeira, provas de laço e gineteadas, chaleiras nos tripés, cuias e bombas e bailantas, o cheiro gostoso da carne assando desde cedo em espetos cravados no chão na frente dos piquetes, misturado à muita fumaça - impossível não sair defumado! Setembro - é quando festejamos com orgulho a guerra que perdemos para o Brasil (mais um mistério gaúcho) e é justo na leal e valerosa (ao Império) cidade de Porto Alegre que comemoramos, com desfile, pompa e feriado nacional (ops!, não é bem nacional, mas isso é um detalhe geográfico). É quando a cidade se enche de cavalos e pilchas e bandeiras do Rio Grande, e vai a gauchada desfilando feliz o sentimento mais lindo que existe – ser gaúcho! O Acampamento reúne gente de todo o estado que para tudo e fica por lá, entre a noite de 7 de Setembro, quando chega a Chama Crioula, até a noite do dia 20, quando a chama é extinta. Ficar por lá não é uma figura de linguagem, muitos ficam mesmo, acampados em um parque que se chama Harmonia, mas em que sempre há uma facada ou outra, pois já que é pra lembrar a vida campeira, que seja de acordo com a história e a tradição: nos velhos bolichos da fronteira, nos causos e entreveros, e muitas canhas depois, adagas, chilenas e chinocas sempre estavam por perto, mote pra confusão. O Acampamento é um parque temático autêntico. Vale a visita pra ver o Rio Grande dos velhos tempos. Há o frio de setembro, a neblina, a chuva, e o vento forte da beira do Guaíba – companhia para mais de 1 milhão de visitantes em 2011. E tem o barro, muito barro. Falaram em calçar o Acampamento. Gritaria na Província de São Pedro: desde quando o campo é calçado? No último ano a Saúde implicou com os cavalos no Acampamento, que isto não é coisa que se deixe, cavalos dormindo com gente. O berreiro foi geral – se o Acampamento é pra celebrar as raízes, nada mais roots que cavalo no Pampa! Não adiantou, os cavalos ficaram de fora, pertinho, mas fora (e não amarrados nas árvores, que isto também foi proibido) mas a gauchada se divertiu, discutiu (que isto é o Rio Grande), bebeu, dançou, comeu e levou consigo na barra das bombachas e dos vestidos de prenda um pouco da terra e da alma da querência sulina. Em 2012 tem mais!



Campina Grande

[Gesira Florentino (PB)]

O maior São João do mundo

A cultura nordestina é extremamente rica e um dos maiores destaques é a Festa de São João, não uma qualquer, mas a de Campina Grande, o maior São João do mundo! Uma festa para ser vivida! Para o Parque do Povo, um lugar mágico, onde pobres e ricos se misturam, durante os 30 dias de festa os tradicionais restaurantes da cidade migram e a boa comida deliciosa os habitantes da região e conquista facilmente os turistas. Nas barracas montadas, os melhores cardápios juninos: o bode guisado, a linguiça sertaneja, a carne de sol, a pamonha, a canjica, o milho cozido e assado, a galinha de capoeira ... corte a galinha em pedaços, dê uma fervura, escorra a água, tempere, não esqueça das 3 folhas de louro, deixe descansar por uma hora, depois junte o óleo, o azeite e refogue por 15 minutos, junte tempero verde, água fervendo e deixe cozinhar... E tem as tapiocas, as caipirosas, caipifrutas, caipirinhas e, por que não, a cervejinha bem gelada? Ótimo para um jantar em família ou para uma happy hour com os amigos. Tudo que se descreve dessa festa, no entanto, não é suficiente para exprimir seu tamanho, sua forma, seu calor, sua cor. O estandarte de São João hasteado na capela cenográfica, o povo vindo da missa na Catedral, no dia 24 de junho, quadrilhas, bandas de pífanos, bandinhas de forró, o xote, o xaxado, o baião e muito mais. Há alguns anos, para marcar minha presença e de alguns casais amigos, tive a ideia de criar um livro-ponto e deixar na Barraca da Codorna para ser assinado pela turma. À medida que fossem chegando, assinavam o livro para informar que já estavam no arraial e para ver qual o casal com maior frequência na festa. Nosso São João é para todos, inclusive para você, sócio da SBH. Venha a Campina Grande conhecer o maior arraial do mundo, gastar a sola do sapato, envolver-se com nossa alegria contagiante e o espírito junino que toma conta do nosso povo. Henrique Sérgio já veio, anos atrás.

Oktoberfest

[Daniel Silva (SC)]

Zicke Zacke Zicke Zacke Hoi Hoi Hoi!!

Desde 1984, quando foi realizada pela primeira vez para levantar o astral da população blumenauense (combalido por duas grandes enchentes), a Oktoberfest já alegrou mais de 18.500.000 pessoas que maltrataram seus fígados bebendo mais de 10.000.000 de litros de chopp. Inspirada na Oktoberfest de Munique, festival essencialmente etílico-gastronômico que ocorre há 200 anos, a festa reafirma as tradições alemãs da cidade, fundada em 1850 por imigrantes liderados por Hermann Bruno Otto Blumenau. “Dezessete dias de folia, música, cerveja e alegria”! Hallo Blumenau, hino da festa composto pelo inesquecível maestro Helmut Högl, não poderia ser mais feliz em retratar o clima que paira sobre Blumenau no sempre esperado mês de outubro. Durante o dia, a festa está nas ruas: bandas nas praças, Choppmotorrad circulando, bares lotados, concentração no castelinho da Moelmann, desfiles, chopp - e mais chopp. Já à noite a festa acontece nos pavilhões da Vila Germânica, onde todos se reúnem para se divertir dançando ao som das bandas típicas, degustar pratos da culinária alemã (o que não é para qualquer um!) e, lógico, beber chopp - muito chopp. Dia e noite, rua e pavilhão... mais do que isto, durante os dezessete dias a festa está no ar. Nos corações e na alegria dos blumenauenses e dos visitantes. Estes são os ingredientes que fazem a Oktober ser tão especial. Tradição e cultura alemãs, mas com espírito brasileiro. Ein Prosit!!!

Carnaval de Olinda

[Fátima Barreto (PE)]

Frevo, suor e cerveja

O Carnaval de Olinda é um palco para um espetáculo de alegria coletiva. Sem restrições e sem preconceitos, onde a Fantasia é fruto da imaginação individual. Seus Bonecos Gigantes, criados em homenagem a celebridades locais ou até mesmo do exterior, suas tradicionais troças tocando frevo, caboclinhos, maracatus e papangus dão o tom da folia. Estar nesse palco é uma experiência maravilhosa e emocionante. Sempre me vêm lágrimas aos olhos quando vejo o primeiro bloco subir ou descer a ladeira em frente a casa de minha família. Neste ano, a brincadeira foi, na maioria das vezes, debaixo de chuva – mas andar pelas ladeiras atrás dos blocos e ver a alegria do povo é ver a liberação do ego, enquanto o superego vai curtir o feriado! É frevo, é suor, é cerveja que gruda no corpo da gente e não quer mais sair! As ladeiras desta velha cidade se enchem de um colorido ímpar e cativante que emoldura esta alegria dando uma identidade peculiar a esta festa que se repete a cada ano e me encanta desde criança. E eu vejo que ela continua vivamente em meu filho, Murilo, 3 anos de idade, folião de Olinda. Olinda, Patrimônio Cultural da Humanidade, está de braços abertos para receber a todos que queiram sentir de perto esta magia!





Erramos! A fotografia do “Pãozinho da American” publicada no último Boletim SBH é de Claudio Figueiredo-Mendes. A modelo, clicada em pleno voo, antes do café da manhã, Ana Carolina Cardoso.

Cabelos soltos, olhar desafiador, sorridente, Themis Reverbel da Silveira estrelou campanha nacional da Natura. Para quem não viu, vale conferir: <http://s.ytimg.com/yt/img/pixel-vfl3z5WfW.gif>. Uma homenagem a uma geração de mulheres que viveu as principais mudanças dos últimos anos e que transformou o papel das mulheres na sociedade brasileira.

A anuidade da SBH já pode ser paga. Sua contribuição é extremamente importante. Garanta assim o seu acesso ao conteúdo do site, webcasts, aos descontos ou isenções em alguns eventos. O sócio adimplente também recebe em casa as revistas oficiais da SBH (Fascículos de Hepatologia, GED e Boletim SBH), e ainda tem desconto na taxa de associação à IASL. Para pagar, acesse o site www.sbhepatologia.org.br, entre na área restrita aos sócios com seu login e senha e siga os passos para imprimir seu boleto.

Repercute o conteúdo do material publicado na Consulta Pública para inibidores de protease no tratamento da hepatite C crônica. A íntegra pode ser acessada através do link http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Rel_IP_HepatiteC.pdf. A liberação apenas para pacientes experimentados com fibrose avançada e o lead-in prolongado em naïves são alguns dos pontos polêmicos. A expectativa é de que até o fim deste ano boceprevir e telaprevir estejam disponíveis aos usuários do SUS.

A Câmara Técnica Nacional de Transplante Hepático do Ministério da Saúde está concluindo as modificações nos critérios de atribuição de pontos para os pacientes em lista de espera. Em breve, novas situações especiais, além do carcinoma hepatocelular. Veja no próximo Boletim.

A tradicional Semana do Fígado do Rio de Janeiro inaugura os Monotemáticos da SBH em 2012 - “Doença hepática gordurosa não alcoólica” é coordenado por Helma Cotrim e Edison Parise. Helena Cortez-Pinto, Claudia Oliveira, Angelo Mattos e João Galizzi Filho são alguns

dos palestrantes convidados. TAFLD, elastografia tecidual, risco cardiovascular e carcinoma hepatocelular na DHGNA/NASH, alguns dos temas. Em breve, no site.

No Hospital Albert Einstein, em São Paulo, a equipe coordenada por Ben-Hur Ferraz recentemente fez o primeiro transplante multivisceral no Brasil. Esperança para pacientes gravemente doentes. O Einstein e o Hospital

das Clínicas da FMUSP são os centros de referência habilitados ao procedimento inovador no país.

Boletim SBH repercute bem no Facebook. “Estes boletins estão espetaculares” - Raquel Scherer de Fraga. “O Boletim nunca foi tão bom” - Ana Paula Firmino. Agradecimentos do Editor ao pessoal da VRA+, sempre criativo.





**SUPERIORIDADE
CURA** EVIDENCIADA¹,
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 virological 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.

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

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

Pegasis® (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 polietilenoglicol 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 Pegasis® / 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 < 10 g/dl. A segurança e eficácia do tratamento de Pegasis® 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 Pegasis®, sozinho ou em combinação com ribavirina. O tratamento com Pegasis® 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 Pegasis® 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 (< 75 kg) ou 1.200mg/dia (> 75 kg) e genótipos 2 e 3 devem receber ribavirina 800mg/dia. Hepatite crônica C, pacientes virgens de tratamento: para combinação Pegasis® 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 Pegasis® 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 (< 75 kg) ou 1.200mg/dia (> 75 kg), independentemente do genótipo. Hepatite crônica B: 1 seringa preenchida, pronta para o uso, de Pegasis® 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. Pegasis® 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