

SBN

informa

Publicação Oficial da
Sociedade Brasileira
de Nefrologia

Ano 23 | Nº 108
Outubro Novembro Dezembro | 2016

*Boas
Festas*
FELIZ
2017



Com a palavra, a presidente.



Sabor de missão cumprida e vontade de ir além... Vem com a gente !

Não seria difícil fazer uma lista com todas as qualidades de meus colegas das Chapas Renovação e Integração.

Conheço alguns faz muitos anos, desde o internato em Medicina, ou desde a residência médica em Nefrologia: são amizades verdadeiras, cultivadas com muito respeito mútuo e inabaláveis. Outros conheci ao longo do percurso e aprendi a admirar, outros me cativaram, mas tenham certeza de que o que não falta nesta Diretoria é senso de humor, criatividade, bom senso, crítica, ética e, principalmente, humildade para reconhecer erros e refazer o caminho quantas vezes for necessário para evoluir e aperfeiçoar.

Durante os primeiros meses de gestão, ouvimos muito a frase : "... mas sempre foi assim..."; agora a frase mais ouvida é: "Podemos fazer diferente e melhorar".

A SBN resulta de um delicado trabalho de equipe que, prazerosamente, realizamos ao longo da gestão: renovar, continuar renovando e integrar cada vez mais.

Para todos nós que fazemos parte, este ano foi um ano de renovação.

Com a nossa reeleição, fortalecemos o compromisso de ter uma atuação relevante para a visibilidade de nossa entidade. Já oferecemos novos meios eletrônicos, com melhor conectividade e queremos que muito mais gente possa participar.

Sem dúvida, a nossa sociedade tem muito potencial de crescimento, sendo que, na última gestão, a SBN reduziu seus custos em serviços terceirizados e viagens e aumentou sua receita em eventos.

Estamos convencidos de que até 2018 seremos capazes de aumentar ainda mais o número de sócios e o acesso à educação em saúde, as parcerias nacionais e internacionais e a representatividade junto aos poderes público e privado.

Há algumas semanas, a SBN anunciou os sócios eleitos que, a partir do primeiro semestre de 2017, renovarão seus quadros. Muito obrigada a todos que participaram e muito obrigada por fazerem parte!

Os coordenadores/diretores de cada departamento serão escolhidos, democraticamente, entre todos os membros eleitos para o respectivo departamento.

Carmen Tzanno Branco Martins
Presidente da Sociedade Brasileira de Nefrologia

Pedimos aos colegas que priorizem os mais jovens para diretor e suplente, principalmente, naqueles departamentos em que alguns colegas já ocuparam e exerceram o cargo de diretor há várias gestões.

Entendemos que os colegas com mais experiência devem dar apoio, suporte e consultoria aos mais novos. Até no Senado Federal existe o projeto Jovem Senador. Quem sabe essa não é a grande saída para o país e, também, para as sociedades de especialidades que observam impassíveis o desinteresse dos mais jovens.

Este modelo segue tendências mundiais de organizações e permite o nascimento de novas ideias, personalização, transparência e dinamismo, sem esquecer a história.

Estamos convencidos de que com esse modelo de percurso teremos cada vez mais nefrologistas integrados e seguindo nossos passos.

Escolha a maneira que você quer fazer a sua viagem na Nefrologia e perceba que juntos a viagem será mais divertida, com nossos seniores será mais segura e as melhores ocasiões serão nossos encontros de educação e saber.

Que tal começar fazendo o curso HDU agora em março e ficar frente a frente com os papas mundiais da diálise? Você pode discutir a fórmula de adequação em diálise com quem fez a fórmula... você pode fazer a diferença.

Reserve 1 hora da sua semana para conhecer o nosso site, o Blog Científico, a revista e os nossos projetos. Venha fazer parte de um deles!

Você sabia que acadêmicos de Medicina tem 100% de desconto para serem sócios da SBN e 50% de desconto para os residentes e estagiários e os não médicos ligados à área de Nefrologia?

Boas-festas para todos!



Sociedade
Brasileira de
Nefrologia

ASSOCIE-SE: sbn.org.br/associe-se

Vamos fortalecer a Nefrologia!

Ser sócio da SBN é contribuir para o fortalecimento da Sociedade, para a luta pelo mercado de trabalho e pela visibilidade científica e social.

Mais que um sócio, seja instrumento de mudança!

São muitos benefícios exclusivos para os associados:

Conhecimento

-
-
- Descontos em Eventos e Congressos Nacionais e Internacionais, inclusive os oferecidos pela SLANH e WCN (ISN)
- Desconto no UpToDate®
- Acesso gratuito às revistas científicas da Karger Publishers:
 - American Journal of Nephrology
 - Transfusion Medicine and Hemotherapy
 - Cardiorenal Medicine
 - Blood Purification
 - Nephron
 - Kidney Diseases
- Acesso gratuito aos artigos do NDT

Interação

-
-
- Acesso ao SBN On-line
- Acesso ao Blog Científico
- Acesso aos dados do Censo realizado pelo Comitê de Registros e Projetos da SBN
- Recebimento da revista SBN Informa

Divulgação

-
-
- Listagem do endereço do consultório na página da SBN
- Anúncios de livros em Nefrologia editados pelo Sócio

Brazilian Journal of Nephrology

-
- Indexado no Lilacs, SciELO e Medline
- 30% de editores estrangeiros no Corpo Editorial
- Remodelação de layout do site e do impresso
- 100% do conteúdo impresso em inglês
- Arquivo PDF em português no site
- Maior visibilidade internacional e melhor Fator de Impacto na Thomson Reuters





SBN Informa – Ano 23 – nº108
Outubro Novembro Dezembro – 2016

Uma publicação da
SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA (SBN)
Departamento de Nefrologia da
Associação Médica Brasileira (AMB)

Rua Machado Bittencourt, 205
Conjuntos 53-54
Vila Clementino – CEP 04044-000
São Paulo-SP – Brasil
Tel.: (11) 5579-1242
Fax: (11) 5573-6000
secret@sbn.org.br
imprensasbn@sbn.org.br
www.sbn.org.br

Secretaria:

Rosalina Soares, Adriana Paladini,
Vanessa Mesquita e Jailson Ramos

Editor científico:

Dr. Alexandre Silvestre Cabral

Fotografia: Divulgação

Jornalista Responsável:

Bruna Innamorato (MtB 81.567/SP)

Redação: Bruna Innamorato
e Marcus Cacais

Revisão:

Marcela de Baumont

Produção Editorial:

Time Comunicação Ltda.

Projeto Gráfico e Diagramação:

Alexandre Mello

www.alemello.com.br

Os textos assinados não refletem
necessariamente a opinião do SBN Informa.



Chapa Integração vence Eleições 2016 da SBN

Os resultados das Eleições 2016 da SBN foram apurados em 26 de novembro de 2016 e apontaram a Chapa Integração como vencedora. Dos 2.558 sócios aptos a votar, 972 participaram, o que corresponde a 39% deles. Em 2014, foram 460 votos, mostrando um aumento de 90% na participação.

Com a realização da votação pela internet, o processo transcorre de forma segura e sigilosa. Os dados mostram que mais nefrologistas estão interessados e participando da SBN.

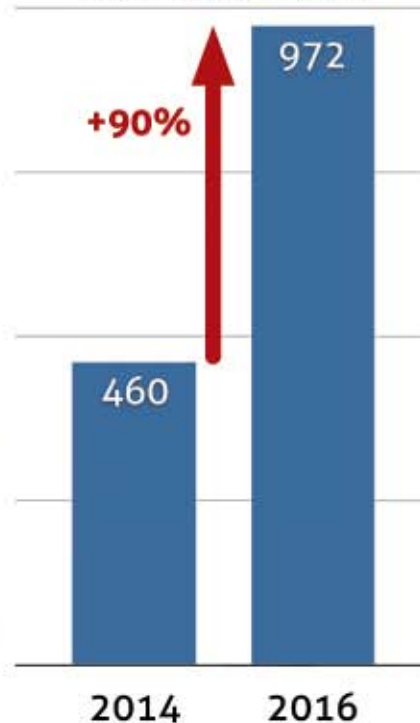
"Desde 2015, é este o nosso compromisso: devolver à SBN a representatividade e o respeito como sociedade de classe.

Entendemos nossa reeleição como uma aprovação dos esforços e conquistas que tivemos nos últimos dois anos. Ganhamos um voto de confiança para que continuemos lutando, juntos, pelo futuro da Nefrologia no Brasil", comemora a Dra. Carmen, presidente reeleita da SBN.

Nos próximos dois anos, virão dificuldades decorrentes da situação política, econômica e social, mas a luta pela representação do interesse de todos os nefrologistas do Brasil continuará.

Críticas, sugestões e contribuições de todos continuarão sempre bem-vindas.

Número de votos



A Chapa Integração teve 563 votos, enquanto a Chapa Desafios, 392. Foram 13 abstenções e 4 anulações.

Nefrologia Intervencionista em ascensão

Foto: Sarah G.
www.flickr.com/photos/dm-set/

O tema foi o mais pedido em enquete realizada entre os sócios da SBN para elaborar a grade científica do Congresso Brasileiro de Nefrologia

A Nefrologia Intervencionista é uma área em que o especialista realiza procedimentos intervencionistas, como o próprio nome diz. Dentre eles estão biópsia renal, implante de catéteres de curta permanência, catéteres tunelizados e de diálise peritoneal, biópsia óssea, entre outros. "Mais recentemente, o nefrologista passou a fazer angioplastia dos acessos vasculares, que são as fístulas arteriovenosas e as próteses vasculares", explica o Dr. Rodrigo Peixoto Campos, nefrologista que atuou no Centro de Nefrologia Intervencionista da Fundação Pró-Renal e atualmente trabalha na Santa Casa de Misericórdia de Maceió.

Em meados de 2000, para tentar desenvolver essa área da Nefrologia, os americanos criaram a American Society of Diagnostic and Interventional Nephrology (ASDIN) – Sociedade Americana de Nefrologia Diagnóstica e Intervencionista, em tradução livre. "Em 2004, o Prof. Dr. Miguel Carlos Riella, que hoje é o chairman do Comitê de Nefrologia Intervencionista da Sociedade Internacional de Nefrologia, me convidou juntamente com o Dr. Domingos Candiota Chula e o Dr. Daniel Emygdio do Nascimento, a tentar trabalhar nessa área. Passamos um ano estudando, fazendo cursos e treinando sobre o assunto e, em 2006, realizamos o primeiro curso no Brasil e talvez na América Latina sobre isso", conta o especialista.

Para difundir o conhecimento na área, em 2009, o Dr. Miguel Riella inaugurou o Centro de Nefrologia Intervencionista na Fundação Pró-Renal, além de participar de diversos cursos em congressos mundiais, brasileiros e latino-americanos.

A Fundação, que é localizada em Curitiba-PR, tem a intenção de abrir vaga para R3 em Nefrologia Intervencionista. "Eles estão batalhando bastante para que essa especialidade seja uma sólida área de atuação dentro da Nefrologia. Principalmente, visando a abertura de uma residência no tema e, para isso, estão em diálogo com o Conselho Federal de Medicina", declara o Dr. Campos.

Em relação aos Estados Unidos, a Nefrologia Intervencionista no Brasil ainda é pouco desenvolvida, assim como no restante da América Latina. Na Europa, existem alguns centros realizando esses tipos de procedimentos.

A Nefrologia, em termos gerais, vem apresentando uma procura menor nos últimos anos, seja pelo excesso da jornada de trabalho ou pelo relativo baixo salário dos profissionais. Recentemente, uma pesquisa realizada com jovens nefrologistas dos Estados Unidos questionou se eles cursariam novamente a especialidade. Apenas 9% apresentou resposta positiva. Entretanto, o Dr. Rodrigo afirma que há um contrapeso a essa falta de entusiasmo: "No Congresso Brasileiro de Nefrologia, foi realizada uma enquete virtual em que a pergunta era 'qual área os médicos gostariam que o congresso abordasse'. Eles disseram, em sua maioria, que desejariam ver no evento a Nefrologia Intervencionista. Portanto, há ainda muita busca por essa ramificação. Foi interessante a criação, por parte da Sociedade Brasileira de Nefrologia, de um comitê acerca dessa especialidade para que sejam propostos cursos pelo Brasil, a fim de incentivar e de despertar interesse nos profissionais de saúde. Isso seria mais um atrativo para os nefrologistas".

Nesse contexto, é importante e vital que os doutores se capacitem, pois nos dias atuais muitos procedimentos que poderiam ser feitos pelos nefrologistas ficam realocados em outras especialidades. "Hoje, um paciente que tenha um problema na fístula arteriovenosa, por exemplo, é encaminhado para o cirurgião vascular. Caso algo esteja errado, ele pode ser indicado para o radiologista intervencionista; se ele não resolver, o paciente pode voltar para o cirurgião, ou seja, se o nefrologista for capacitado para tudo isso, não há razão para 'fragmentação' do paciente entre diversos profissionais. O médico desenvolvimento na área pode se dedicar e se empenhar muito mais quando é ele que faz todo o diagnóstico, e ele tem capacidade para isso", comenta o Dr. Campos.

A falta de técnica nessa área é um grande problema, pois na hora de avaliar e realizar procedimentos, se os profissionais fossem mais capacitados, o diagnóstico seria muito mais rápido em casos mais complexos. Essa ramificação da Nefrologia sempre ficou responsável por vários tratamentos: o próprio nefrologista implantava catéter de diálise peritoneal, mas após um tempo ele parou de

SBN ATUALIDADES

realizar esse tipo de procedimento. Os motivos são: acúmulo de trabalho em outra área, baixo reembolso na realização dos métodos e muitas dificuldades a serem encaradas. De acordo com o especialista, o que o nefrologista intervencionista precisa fazer é trazer isso de volta. Ele deve estar habilitado para fazer processos mais complexos sem o auxílio de outro técnico. “Um exemplo claro disso é a ultrassonografia, que está sendo realizada por nefrologistas – é ele quem está realizando o diagnóstico. O ultrassom é mais um método que ajuda o profissional em vários processos, como a biópsia renal, as punções de veias no implante do catéter e o diagnóstico de doenças renais”, declara o Dr. Rodrigo. Para que essa desenvoltura e capacitação tenha retorno, é importante que haja um reembolso justo e diretamente para os especialistas. “Quando o médico passa o catéter no paciente, seja para hemodiálise ou diálise peritoneal, o reembolso é realizado para a clínica ou o hospital, sem reembolso ao profissional. Além disso, o médico nefrologista não está cadastrado pelo SUS para realizar angioplastia em fístula arteriovenosa. Por incrível que pareça, o cardiologista é cadastrado, e o nefrologista, não”.

Essa é uma tarefa que exige atenção do Ministério da Saúde, pois o profissional nefrologista fica desmotivado a realizar procedimentos como angioplastias de fístulas, se não for reembolsado adequadamente pelo SUS. Esses procedimentos podem ajudar muitos pacientes no Sistema Único de Saúde, por isso, é fundamental que o tema receba uma maior dedicação das autoridades.

O treinamento em Nefrologia Intervencionista permite que o nefrologista participe mais integralmente do cuidado do paciente com patologias renais, o que diminui a dependência de outras especialidades e os tempos de espera por procedimentos. Outra característica dessa área é que muitos centros atuam em regime ambulatorial, modelo utilizado nos Estados Unidos, que reduz os custos e a necessidade de internamento. “O intervencionista atua principalmente com os pacientes em Terapia Renal Substitutiva, pois a hemodiálise e a diálise peritoneal exigem diversos procedimentos para seu início e manutenção. A ultrassonografia é uma ferramenta bastante presente do dia a dia do intervencionista, seja para diagnóstico de patologias do trato urinário, avaliação pré-operatória de implante peritoneal, diagnóstico de disfunção de acessos vasculares ou à beira do leito na avaliação de volemia e função cardíaca de paciente com Insuficiência Renal Aguda”, explica o Dr. Ricardo Portioli Franco, nefrologista intervencionista da Fundação Pró-Renal Brasil e coordenador do recém-criado Comitê de Nefrologia Intervencionista da SBN.

Para o especialista, o interesse pela Nefrologia Intervencionista é crescente, e a SBN tem aberto caminhos para divulgação e treinamento. “Cada nefrologista, dependendo da área de atuação, precisa realizar determinados procedimentos e, portanto, atua em algum momento como intervencionista. Muitos aprendem a implantar catéteres



peritoneais por dificuldade de acesso a serviços de cirurgia geral, outros confeccionam as fístulas arteriovenosas de seus pacientes, inicialmente por falta de cirurgiões vasculares e o continuam fazendo, pois percebem o benefício que estão proporcionando. Existem poucos centros dedicados somente à Nefrologia Intervencionista, como na Fundação Pró-Renal em Curitiba. A vantagem é a permissão de centros de excelência para atendermos diversas clínicas de hemodiálise e diálise peritoneal na região. A centralização da demanda permite exercer a Nefrologia Intervencionista em tempo integral, incluindo mais procedimentos no nosso rol de conhecimento e refinando as técnicas pelo uso. No entanto, essa não é a realidade na maioria dos centros de Nefrologia, onde o nefrologista fica limitado ao implante dos catéteres de hemodiálise, seja por falta de acesso a treinamento ou à estrutura para realização de procedimentos mais complexos. Poucas residências de Nefrologia incluem treinamento em intervenção e ultrassonografia, além de ainda não serem reconhecidos pelas entidades responsáveis para realização e reembolso de diversos procedimentos. Por outro lado, temos recebido muitos pedidos de treinamento e o interesse dos nefrologistas em realizar procedimentos mais complexos, como os endovasculares, é crescente”, revela o Dr. Ricardo.

A Nefrologia Intervencionista tem um grande potencial para melhorar o cuidado dos pacientes em diálise, agilizando o tratamento de disfunções de acessos vasculares, o que reduz o número de catéteres e consequentemente morbidade e custos associados. “O implante de catéteres peritoneais pelo nefrologista aumenta significativamente a penetração da diálise peritoneal, método eficaz e menos custoso que a hemodiálise. A literatura já comprovou esses benefícios relacionados aos programas de Nefrologia Intervencionista. Existem barreiras legais a serem vencidas para a disseminação da Nefrologia Intervencionista como área de atuação, mas vistos os benefícios que podemos levar aos pacientes e a potencial melhoria na qualidade, esta realidade precisa mudar. A SBN tomou uma grande



iniciativa ao criar o Comitê de Nefrologia Intervencionista, recentemente, para disseminar essa área de atuação e promover ensino e pesquisa. Hoje o nefrologista é considerado apto a receber pelos procedimentos relacionados a catéteres de hemodiálise e peritoneais. Acredito que em um futuro breve, por meio do trabalho da SBN junto à AMB e ao SUS, teremos reconhecimento para realizar diversas outras intervenções e receber adequadamente por esse trabalho”, afirma.

A grande mudança que possibilitou a disseminação da hemodiálise crônica foi a criação de um acesso vascular duradouro, partindo do shunt de Scribner em 1960. O Dr. Belding Scribner foi nefrologista em Seattle e, a partir dessa invenção, o interesse dos nefrologistas pelos acessos vasculares cresceu e muitos receberam treinamento para implantar e confeccionar os shunts e realizar as trombectomias quando necessárias. Em 1966, Brescia e Cimino, também nefrologistas, desenvolveram a técnica para realização da fístula arteriovenosa como hoje a conhecemos. A primeira angiografia de fístula foi publicada em 1968 por Hurwic, nefrologista e coautor da publicação original de Brescia e Cimino. “Notemos que na década de 1960 a Nefrologia ainda não era uma especialidade reconhecida, e os médicos atuantes nas ‘Renal Units’, precursores da Nefrologia moderna, já se consideravam integralmente responsáveis pelos cuidados dos pacientes, incluindo criação e manutenção de seus acessos vasculares. Na década de 1980, o Dr. Beathard, nefrologista em Austin-Texas, e com grande experiência nas intervenções em acessos vasculares, disseminou a sua realização por nefrologistas e moldou o que viria a se tornar a American Society of Diagnostic and Interventional Nephrology (ASDIN). Essas etapas ocorreram em boa parte pela necessidade de tratamento da crescente população em diálise, que já não conseguia ser absorvida por outras especialidades, como Radiologia e Cirurgia Vascular. Na diálise peritoneal, Tenckhoff, nefrologista em Seattle-Washington, modificou o catéter peritoneal com a adição de cuffs de dacron em 1968, dando origem ao catéter

peritoneal como conhecemos hoje. A história da Nefrologia Intervencionista contou com muitos nefrologistas e não nefrologistas, inovadores focados no paciente e na melhoria das técnicas disponíveis na época para aprimorar os cuidados e a qualidade dos tratamentos”, conta o especialista.

Existem procedimentos realizados por nefrologistas que acabaram caindo em desuso e que agora, com a nefrointervenção, estão sendo retomados, como explica o Dr. Ricardo: “A confecção e a manutenção de acessos vasculares, hoje, é quase que exclusividade dos cirurgiões vasculares. No entanto, a demanda é alta e em muitos lugares essa especialidade não consegue absorvê-la, pois ainda atendem diversas outras patologias próprias da sua área de atuação. As biópsias renais, implantes de catéteres peritoneais e ultrassonografia de vias urinárias são outros exemplos. A chave para podermos oferecer tais tratamentos como nefrologistas, com qualidade e segurança, é o treinamento”.

No Brasil, as residências não oferecem capacitação nesta área, portanto, os nefrologistas que confeccionam os acessos vasculares de seus pacientes buscaram treinamento de alguma maneira. “Cito aqui o Dr. Flavio Menezes (BA), o Dr. Anderson Tavares (MG) e o Dr. Wagner Moura (PE) que receberam treinamento e são responsáveis pela confecção de suas fístulas. No campo endovascular, recebemos treinamento rápido do Dr. Schon (Phoenix-Arizona) por meio da ISN e hoje já temos mais de 200 angioplastias de acessos vasculares realizadas, com baixas taxas de complicação, além de um programa de manutenção de acessos vasculares bem estabelecido. Portanto, atualmente o nefrologista que sai da residência, em geral, não tem treinamento adequado, mas o nefrologista treinado tem condição plena de realizar as intervenções com segurança e bons resultados. Por isso, a importância da criação de centros de capacitação e excelência”, explica.

O SUS já inclui em seus códigos o nefrologista como profissional apto a realizar confecção e intervenções em acessos para hemodiálise, além de catéteres peritoneais e para hemodiálise, mas há um porém: “No caso dos procedimentos endovasculares e ultrassonografia, ainda não somos cadastrados. A realização de procedimentos endovasculares em caráter ambulatorial é outro problema, pois os materiais utilizados só podem ser cobrados com códigos de procedimentos hospitalares, que não incluem o nefrologista como especialista. Em nosso centro, recebemos do SUS pelos catéteres peritoneais e de hemodiálise, mas os procedimentos endovasculares e ultrassonografia são mantidos graças à Fundação Pró-Renal, entidade filantrópica que arca com boa parte dos custos e trabalhos científicos, nos quais a indústria fornece os materiais”.

Para outras informações, acesse:
www.nefrologiaintervencionista.com.br/

Obesidade é o tema do Dia Mundial do Rim 2017

A data será comemorada em 9 de março com o mote **Estilo de vida saudável para rins saudáveis.**

Criado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 2006, o Dia Mundial do Rim promove diversas ações em todo o mundo com o objetivo de divulgar informações relacionadas à prevenção das doenças renais. A SBN coordena a campanha no Brasil. Já somos o terceiro país em número de atividades e embaixadores do World Kidney Day.

Neste ano, foi distribuído e divulgado em todas as regiões do país material informativo, tendo em média 500 a 700 eventos relacionados, que priorizaram informações sobre os fatores de risco para a DRC e estimularam o cuidado com a saúde dos rins.

Diversos pontos turísticos foram iluminados em todo o território nacional com as cores azul e vermelha. Artistas, personalidades e esportistas aderiram à campanha e vestiram a camisa. Foram realizadas ações de conscientização na Câmara dos Deputados, e o cenário da hemodiálise no Brasil foi apresentado no Senado Federal.

Em 2017, o Dia Mundial do Rim abordará as consequências da obesidade e sua associação com a doença renal, defendendo medidas de política de saúde e estímulo ao estilo de vida saudável.

A obesidade é considerada um dos principais fatores de risco da DRC, assim como diabetes e hipertensão.

Educação e sensibilização para um estilo de vida saudável, incluindo alimentação adequada e exercícios físicos, podem ajudar muito na prevenção dessas doenças.

Metade da população brasileira está com sobrepeso e 17,5% estão obesos, segundo dados do Vigitel de 2014.

“A obesidade, em 2025, irá afetar em todo o mundo 18% dos homens, sendo 6% de casos graves, e mais de 21% das mulheres, sendo 9% com gravidade. Em algumas nações, a obesidade já está presente em mais de um terço da população adulta e contribui significativamente para a má saúde geral e custos médicos anuais elevados”, revela a Dr^a Carmen Tzanno, presidente da Sociedade Brasileira de Nefrologia e médica do Centro de Obesidade e Diabetes do Hospital Alemão Oswaldo Cruz.

Na população em geral, a obesidade aumenta o risco de morte e contribui para várias outras doenças e piora na qualidade de vida.

As pessoas que estão com sobrepeso ou obesas têm duas a sete vezes mais chances de desenvolver DRC em comparação com as de peso normal. Reduzindo a obesidade, é possível reverter ou retardar a progressão da DRC.



Para a médica endocrinologista e presidente da Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica – Abeso, **Dr^a Cintia Cercato**, é superimportante que o Dia Mundial do Rim fale sobre obesidade, já que essa é a maior epidemia do século. “A obesidade está atingindo proporções muito grandes, trazendo uma série de consequências, inclusive a Doença Renal Crônica (DRC). Estudos epidemiológicos têm demonstrado que quanto maior o peso, maior o risco de desenvolver DRC. Acho extremamente relevante que estejam chamando a atenção para essa questão porque, uma vez que a gente consiga unir forças para prevenir a obesidade, também traremos benefícios cardiovasculares e para o rim”, revela.

“A obesidade, independentemente das doenças associadas como a hipertensão e o diabetes, é uma doença que, isoladamente, compromete a função renal e piora algumas condições renais preexistentes. Conscientizar a população e os médicos da necessidade de controlar a obesidade e suas comorbidades é fundamental. A orientação para a adoção de mudanças de estilo de vida é importante para a prevenção. Quando a obesidade é diagnosticada, atividade física e educação alimentar são importantes, além de tratamentos medicamentosos. Em determinadas circunstâncias, quando isso falha, as cirurgias bariátricas podem ser indicadas, uma vez que são seguras e têm bons resultados a longo prazo”, orienta o **Dr. Ricardo Cohen**, coordenador do Centro de Obesidade e Diabetes do Hospital Alemão Oswaldo Cruz.

ABTO – 30 ANOS

Associação Brasileira de Transplante de Órgãos (ABTO) comemora 30 anos



Associação Brasileira de Transplante de Órgãos

A Associação Brasileira de Transplante de Órgãos (ABTO) foi fundada no fim de 1986. Ao longo de sua existência, ela foi uma importante protagonista no desenvolvimento do programa brasileiro de transplantes. Atualmente, a ABTO é uma sociedade multiprofissional formada predominantemente por especialistas nos diferentes tipos de transplantes, somando mais de dois mil sócios.

“A Associação atua de forma incisiva em formação de recursos humanos, educação e divulgação nas diferentes áreas da doação de órgãos e dos transplantes”, ressalta o Dr. Roberto Manfro, presidente da ABTO. A instituição mantém o Registro Brasileiro de Transplantes, uma importante ferramenta de avaliação do programa brasileiro de transplantes, e presta assessoria aos órgãos governamentais nas políticas e avaliações das doenças e transplantes no Brasil.

“A ABTO exerceu a sua função de sociedade profissional de forma justa, generosa e ética. Assim sendo, nós acreditamos que temos bons motivos para comemorar esses 30 anos e estarmos determinados a continuar o nosso papel no desenvolvimento do Transplante de Órgãos no Brasil”, comemora.

Nas fotos ao lado, de cima para baixo:

Dr. Francisco de Assis Figueiredo (Secretário SAS-MS), Dra. Carmen Tzanno (Presidente da SBN) e Dr. Roberto Manfro (Presidente da ABTO).

Dra. Leda Lotaif (Diretora Tesoureira da SBN), Dra. Carmen Tzanno, Dr. Medina e Dr. Mário Abbud (ex-presidentes da ABTO).

Dr. Gustavo Ferreira (transplante renal – MG), Dr. Francisco de Assis Figueiredo, Dra. Viviane Figueiredo (médica dermatologista – MG, esposa do Dr. Francisco Figueiredo), Dra. Carmen Tzanno, Dr. Elcio Sato (transplante de córnea) e Dr. Medina.



SBN se reúne com Sociedade Brasileira de Pediatria

Durante a realização do 17º Congresso da International Pediatric Nephrology Association, ocorrido em Foz do Iguaçu, no dia 23 de setembro, estiveram reunidos membros dos Departamentos de Nefrologia Pediátrica da Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN) e da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), além de outros nefrologistas pediátricos convidados.

Representaram a SBN os médicos Maria Goretti Moreira Guimarães Penido, Vera Hermínia Kalika Koch, Vera Maria Santoro Belangero, Olberes Vitor Braga de Andrade, Marcelo de Sousa Tavares e Rejane de Paula Bernardes.

Na ocasião, foram discutidos vários temas. Entre eles, foi estabelecida a data de 30 de agosto a 2 de setembro de 2017 para o Congresso ALANEPE, que acontecerá no Chile. Outra definição foi que a próxima Prova de Título de Especialista está programada para 2017.

A Drª Vera Belangero sugeriu a reavaliação dos temas, discussão quanto à abrangência e profundidade das questões e realização de banco de questões. A viabilização de visitas aos Centros Formadores de Nefrologistas Pediátricos para credenciamento, conforme apoio da SBN, também foi discutida. Foi citada a importância da reavaliação e viabilidade da regulamentação sobre a presença de nefrologistas pediátricos nas salas de hemodiálise com a SBN e a SBP. As diretorias das duas instituições serão envolvidas.

A Drª Nilzete Bresolin comentou sobre a importância e o incentivo de atualização dos sites da SBN e da SBP pelos membros e participantes. Foi proposta a revisão dos temas antigos, e novos assuntos foram indicados, como enurese, obesidade, hipertensão arterial, entre outros. Além disso, ela sugeriu a inclusão de tabelas de normatização de pressão arterial para a faixa pediátrica.

Em relação a estudos multicêntricos – Urolitíase Pediátrica e LRA, os dados da primeira estão sediados na UFMG, com acesso ao site, conforme senha. Os dados atuais são de 512 pacientes. A programação é que eles sejam incluídos nos sites da SBN e da SBP, levantando o cuidado de evitar perdas. A Lesão Renal Aguda aguarda elaboração de protocolo de registro.

Sobre educação continuada, a Drª Katia Zuntini realçou a necessidade da definição de temas e sugeriu levantamento e capacitação das Unidades de Terapia Intensiva Pediátricas do Norte e do Nordeste para avaliação de condições e realização de Terapias de Substituição Renal. Foi fornecido um protocolo anterior de programação de curso itinerante de diálise em centros distantes. Outros temas importantes, como medidas preventivas de desidratação, nefrotoxicidade, prescrição dialítica em pós-operatório de cirurgia cardíaca com interação entre intensivista e nefrologista, também foram comentados.

Para o Congresso Brasileiro de Pediatria, que acontecerá em outubro de 2017, em Fortaleza, temas adicionais foram sugeridos para mesas redondas, curso pré-congresso e conferências. Dentre eles, estão prevenção da Lesão Renal Aguda, risco de Doença Renal Crônica após Lesão Renal Aguda e risco de nefrotoxicidade na UTI neonatal.

Finalizando o encontro, os presentes comentaram sobre a eleição da Diretoria da SBN com informações gerais.

ASN 50 years

Congresso Americano de Nefrologia marca 50 anos de liderança da ASN na luta contra doenças renais

O Congresso Americano de Nefrologia 2016 aconteceu entre os dias 17 e 20 de novembro, em Chicago. Neste ano, a Sociedade Americana de Nefrologia (ASN) marca 50 anos de liderança na luta contra doenças renais. Nos próximos meses, a instituição irá reconhecer os avanços da saúde renal no último meio século, enquanto especialistas aguardam com expectativa novas inovações no cuidado renal.

Nos dias 15 e 16, houve uma programação pré-Congresso para abordar assuntos específicos em Nefrologia que requisitaram um registro separado. Ao se inscreverem para o evento, todos os participantes tiveram pleno acesso à exposição científica, sessões plenárias, educacionais e de pôsteres e simpósios educacionais patrocinados pela indústria. Especialistas de todo o mundo palestraram sobre diversos temas. Para auxiliar no deslocamento dos visitantes, foi disponibilizado um aplicativo para mapas e navegação.

Em 2017, o Congresso Americano de Nefrologia será em Nova Orleans, entre os dias 31 de outubro e 5 de novembro.

ISN WCN '17 APRIL 21-25 - MEXICO

Congresso Mundial de Nefrologia 2017 terá diabetes e doença renal como foco

O Congresso Mundial de Nefrologia 2017 (WCN) da Sociedade Internacional de Nefrologia (ISN), promovido pela Sociedade Latino-Americana de Nefrologia e Hipertensão (SLANH), acontecerá na Cidade do México (MEX), entre os dias 21 e 25 de abril, com foco no diabetes e na doença renal.

Pela primeira vez, um encontro internacional de Nefrologia concentra-se nesse assunto, que é um problema mundial.

A programação do Congresso foi desenvolvida para explorar extensivamente uma variedade de aspectos científicos e clínicos desse tema ao longo da vida e em todo o espectro da doença renal.

Dentre os destaques do evento, estão: programação inovadora com convidados mundialmente renomados, palestras centrais com autoridades reconhecidas, áreas temáticas científicas, debates pró e contra, discussões interativas de caso, estudos clínicos e científicos atuais e de ponta, cursos de Patologia Renal e Nefrologia Intervencionista, apresentações de pôster moderadas, simpósios-satélite, simpósios da indústria na hora do almoço, oportunidade de networking com milhares de colegas provenientes do mundo todo e programação social exclusiva.

Confira mais alguns detalhes do programa.

Palestras plenárias de especialidades mundiais:

- Sam Dagogo-Jack (EUA)
A Pandemia de Diabetes: a prevenção é primária
- Richard Flavell (EUA)
Disbiose: imunorregulação pelo intestino
- Susan Gasser (Suíça)
Epigenética
- Mark Pepys (Reino Unido)
Amiloidose
- John Stamatoyannopoulos (EUA)
Genética
- Phillip Scherer (EUA)
Metabolismo e Obesidade
- Melissa Little (Austrália)
Da Embriogênese à Engenharia Renal

Da Ciência à Clínica Simpósios em cinco percursos temáticos:

- **Diabetes e Doença Diabética do Rim**
- **Nefrologia Translacional e Clínica**
- **Insuficiência Renal Aguda**
- **Doença Renal Crônica**
- **Diálise e Transplante**

Educação Inovativa de Alto Nível – Dez Cursos, entremeados com o Programa Principal

Para mais informações, acesse

www.wcn2017.org



Primeiro Fórum Global de Política Pública na DRC acontecerá no México em 2017

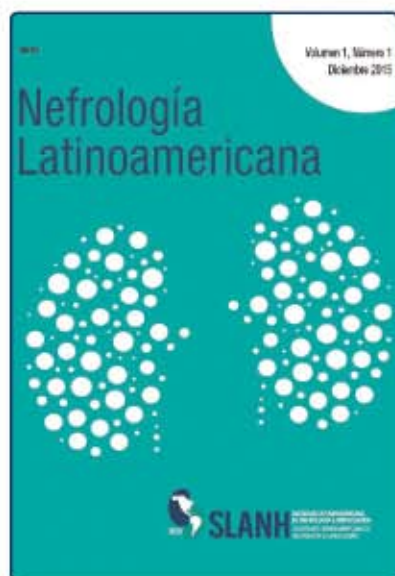
Organizado em colaboração com a Sociedade Latino-Americana de Nefrologia (SLANH) e com o aval da Secretaria de Saúde do México, o Fórum Global de Política Pública na Doença Renal Crônica será lançado pela Sociedade Internacional de Nefrologia (ISN) no dia 21 de abril de 2017, durante o Congresso Mundial de Nefrologia (WCN), que acontecerá na Cidade do México (MEX).

O objetivo do Fórum será analisar o fardo da doença renal na região das Américas e compartilhar estratégias de prevenção e melhor manejo da doença, tanto regionalmente quanto global. A iniciativa reunirá decisores de alto nível e partes interessadas, incluindo funcionários do Ministério da Saúde, representantes da OMS/OPAS, principais líderes de opinião e representantes da comunidade de saúde em geral, como enfermeiros, pacientes e outras ONGs internacionais de saúde.

A fim de uma contribuição valiosa para a discussão, a Prof. Dr^a Adeera Levin, presidente da ISN e do WCN, convidou a presidente da Sociedade Brasileira de Nefrologia, Dr^a Carmen Tzanno, para participar do debate.

Esse será o primeiro de uma série de reuniões do Fórum que, pelo menos a cada dois anos, irá proporcionar uma oportunidade de trazer um ponto de vista chave sobre as principais questões de saúde relacionadas à prevenção e aos cuidados com o rim.

Comitê Editorial da Nefrología Latinoamericana convida especialistas a integrarem a revista



A revista Nefrología Latinoamericana é o órgão de difusão oficial da Sociedade Latino-Americana de Nefrologia (SLANH), integrada pelas sociedades nacionais de Nefrologia e médicos nefrologistas de mais de 20 países.

Seus objetivos fundamentais são trabalhar pela saúde renal da população latino-americana por meio da melhoria da formação dos nefrologistas da região e da promoção e difusão dos avanços científicos destinados a tal fim.

A revista, que publica quatro edições anuais e algumas extraordinárias, aceita trabalhos redigidos em espanhol, inglês e português sobre aspectos relacionados à investigação básica e clínica de diversos temas da Nefrologia, como glomerulopatias, imunopatologia, diabetes, hipertensão arterial, metabolismo ósseo e mineral, diálise e transplante renal, tanto em adultos como em crianças.

O Comitê Editorial da revista está convidando especialistas a fazerem parte da nova etapa da Nefrología Latinoamericana como autores reconhecidos das matérias, que podem enviar seus manuscritos para qualquer uma das seções pelo sistema de envio on-line <http://ees.elsevier.com/nefrol/>.

É uma grande responsabilidade receber e avaliar os manuscritos que, sem dúvida, contribuirão para a maior qualidade e excelência da revista.

A DOSE FAZ A DIFERENÇA¹

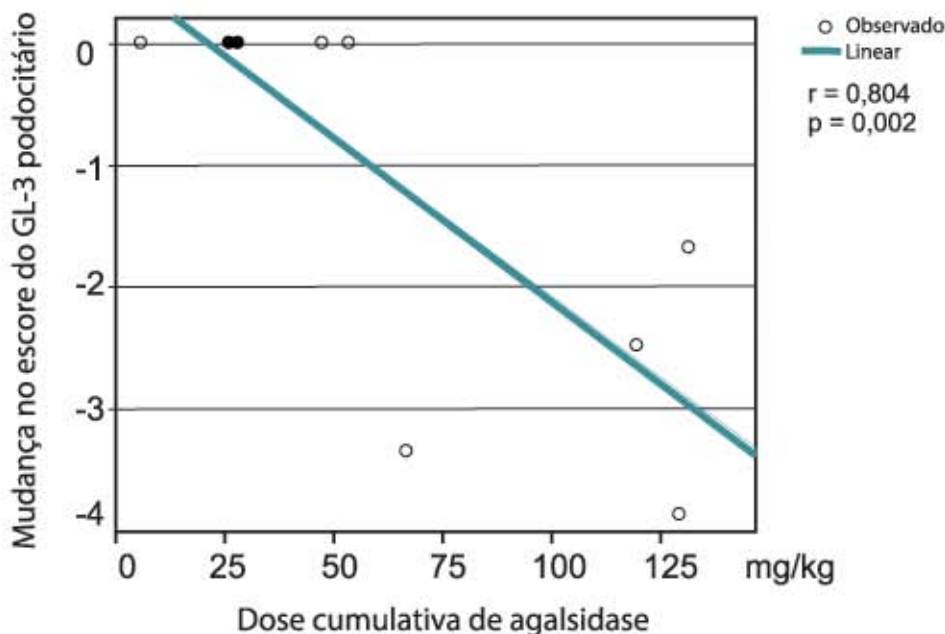
TERAPIA DE REPOSIÇÃO ENZIMÁTICA¹

A limpeza de GL-3 dos podócitos é dose dependente


Fabrazyme®
beta-agalsidase

1 mg/kg

Mudança no escore do GL-3 podocitário em relação a dose cumulativa da TRE depois de 5 anos (análise de regressão linear)



Adaptado de Tøndel C et al. J Am Soc Nephrol. 2013;24(1):137-148.

A DOSE FAZ A DIFERENÇA – A TRE a longo prazo em pacientes jovens demonstrou que a limpeza de GL-3 dos podócitos é dose dependente¹.

Fabrazyme® (beta-agalsidase) – 35 mg – Pó liofilizado para solução injetável - **USO ADULTO ACIMA DE 16 ANOS** - **Indicações:** Fabrazyme é indicado para o uso no tratamento de longo prazo da reposição enzimática em pacientes com diagnóstico confirmado de doença de Fabry. **Contraindicações:** Fabrazyme é contraindicado se houver evidência de hipersensibilidade à beta-agalsidase ou a qualquer outro componente da fórmula. **Advertências e Precauções:** como acontece com qualquer produto proteico administrado por via intravenosa, os pacientes podem desenvolver anticorpos contra a proteína e reações imunomediadas são possíveis. A maioria dos pacientes desenvolvem anticorpos IgG contra Fabrazyme. No caso de reações associadas à infusão, a diminuição da velocidade da infusão, a interrupção temporária e/ou a administração de antipiréticos, anti-histamínicos e/ou corticosteroides pode melhorar os sintomas. Se reações alérgicas graves ou anafilactóides ocorrerem, a interrupção imediata da administração de Fabrazyme e os padrões médicos atuais para o tratamento de emergência devem ser considerados. **Este medicamento não deve ser utilizado por mulheres grávidas sem orientação médica ou do cirurgião-dentista. Não é conhecido se Fabrazyme é secretado no leite humano.** **Reações Adversas: Reações Muito Comuns:** náusea, vômito, calafrios, piroxia, sensação de frio, cefaleia e parestesia. **Reações comuns:** taquicardia, palpitações, lacrimejamento aumentado, dor abdominal, dor abdominal superior, desconforto gástrico e abdominal, hipostesia oral, fadiga, desconforto torácico, sensação de calor, edema periférico, dor no local de administração, astenia, dor torácica, mal-estar, edema facial, hipertemia, hipertensão, aumento da temperatura corporal, hipotensão, taquicardia, dor nas extremidades, mialgia, dor nas costas, espasmos musculares, artralgia, tensão muscular, rigidez musculoesquelética, tontura, sonolência, hipostesia, sensação de queimação, letargia, dispnéia, congestão nasal, aperto na garganta, sibilância, tosse, dispnéia exacerbada, prurido, urticária, rash cutâneo, eritema, prurido generalizado, edema angioneurótico, edema facial, rubor, palidez e onda de calor. **Interações Medicamentosas:** não há estudos de interação medicamentosa e alimentar com Fabrazyme. Na ausência de estudos de compatibilidade, Fabrazyme não deve ser misturado com outros medicamentos na mesma infusão. **Posologia:** a dose recomendada é de 1 mg/kg de peso corporal, administrada a cada 2 semanas sob a forma de infusão intravenosa. Uma vez estabelecida a tolerância do paciente a velocidade de infusão pode ser aumentada gradualmente nas infusões subsequentes, conforme tolerado. **Uso em idosos, crianças e outros grupos de risco:** A segurança e a eficácia de Fabrazyme não foram estabelecidas em pacientes com menos de 16 anos e com mais de 65 anos e sendo assim, não se pode recomendar um regime posológico para esses pacientes. Não são necessárias alterações na dose para pacientes com insuficiência renal. Não foram realizados estudos em pacientes com insuficiência hepática. **VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA - Registro MS nº 1.2543.0016.001-9. V005**

Contraindicações: Fabrazyme é contraindicado se houver evidência de hipersensibilidade à betagalsidase ou a qualquer outro componente da fórmula. **Interações Medicamentosas:** não há estudos de interação medicamentosa e alimentar com Fabrazyme. Na ausência de estudos de compatibilidade, Fabrazyme não deve ser misturado com outros medicamentos na mesma infusão.

1. Tøndel C, Bostad L, Larsen KK, et al. Agalsidase benefits renal histology in young patients with Fabry disease. J Am Soc Nephrol. 2013;24(1):137-148.

SBN

Os desafios da Nefrologia na 3ª idade Um breve panorama do envelhecimento de nossa população

Por Dr. Sergio Antonio Dias da Silveira Júnior
Nefrologista / Mestre em Gestão de Sistemas de Saúde –
Universidade de Madri (ES)
Coordenador Médico de Nefrogeriatria – Prevent Senior SP

O envelhecimento da população é um fenômeno de amplitude mundial, posto que organizações internacionais preveem que, em 2025, existirão 1,2 bilhão de pessoas com mais de 60 anos, sendo que os idosos mais velhos (com 80 anos ou mais) constituirão um grupo etário de expressiva importância numérica (Goulart, 2011). No Brasil, a conjuntura não será discrepante. A transição demográfica e epidemiológica pela qual passou o país modificou a pirâmide etária da população, elevou a expectativa de vida e aumentou em 45,9% a população idosa acima de 65 anos, no período de 1980 a 2000 (Kanso, Romero, Leite, & Moraes, 2011). O prolongamento da vida, de fato, é uma aspiração de qualquer sociedade e deve ser comemorado amplamente. No entanto, só pode ser considerado como uma real conquista à medida que se agregue qualidade aos anos adicionais de vida.

Em 2005, cerca de 35 milhões de pessoas morreram por doenças crônicas não transmissíveis no mundo (WHO, 2005). No Brasil, 72,4% das mortes ocorridas em 2009 foram por essas doenças, demonstrando que as políticas públicas de saúde vigentes não conseguem diminuir os agravos e óbitos decorrentes das doenças crônicas mais comuns nos idosos.

O Brasil hoje é um “jovem país de cabelos brancos”. A proporção de pessoas com 65 anos ou mais dobrou em um período de apenas duas décadas recentes; o percentual de pessoas idosas maiores de 65 anos, que era de 2,7% em 1960, passou para 5,4% em 2000 e alcançará 19% em 2050, superando o número de jovens (Goulart, 2011).

A cada ano, 650 mil novos idosos são incorporados à população brasileira, a maior parte com doenças crônicas e alguns com limitações funcionais. Em menos de 40 anos, o Brasil passou de um cenário de mortalidade próprio de uma população jovem para um quadro de enfermidades complexas e onerosas, típica dos países longevos.

Os desafios para os serviços de saúde estão interrelacionados às próprias características dessas doenças crônicas, pois elas apresentam: etiologia múltipla; longos períodos de latência; curso prolongado; e associação a deficiências e incapacidades funcionais, o que culmina com a impossibilidade da completa definição de sua causa e que dificultam o diagnóstico (Tavares, Paiva, Dias, Diniz, & Martins, 2013).

A Doença Renal Crônica (DRC) é um importante problema de saúde pública que se caracteriza por maus resultados de saúde e elevados gastos com ela. Sua prevalência aumenta paralelamente à idade. Sabe-se há décadas que a Taxa de Filtração Glomerular Estimada (TFGe) declina paralelamente à idade. Trata-se de um grande multiplicador de risco em pacientes com diabetes, hipertensão, doença cardíaca e Acidente Vascular Cerebral (principais causas de morte e incapacidade em pessoas mais idosas).

O paradigma do início da diálise

É comum no dia a dia da assistência nos depararmos com algumas perguntas: baseio a indicação de diálise somente no clearance de creatinina? Até que ponto devo valorizar os sintomas existentes? Quando devo considerar a existência de perda funcional renal somente pela senilidade, ou até que ponto devo considerá-la? Devo iniciar terapia substitutiva em paciente sintomático, cujo status funcional prévio é de extrema fragilidade e dependência? Até onde devemos prosseguir? Podemos suspender a diálise em pacientes de muita idade, que apresentam piora gradativa do seu status funcional? Como abordar cuidados paliativos e diálise?

São muitas as dúvidas e inúmeros são os guidelines, recomendações e protocolos que existem indicando um momento considerado adequado para iniciar a Terapia Renal Substitutiva no idoso. A cada período de tempo, os métodos são reavaliados, indicando ora uma modalidade, ora outra, como a principal a ser iniciada (levando-se em consideração diálise peritoneal e suas variantes, bem como hemodiálise).

Porém, a despeito desses, as dúvidas relatadas acima persistem. Isso ocorre, pois a mortalidade do paciente idoso em

diálise continua elevada, apresentando esse uma expectativa de vida muito curta quando comparada à população não portadora de Doença Renal Crônica Dialítica.

Estudos americanos e ingleses mostram que, em média, a expectativa de vida após o início da diálise é relativamente curta para os pacientes mais velhos: a sobrevida mediana entre os pacientes em diálise com idades compreendidas entre 80-84 anos é de 16 meses – e de apenas 12 meses entre aqueles com idade entre 85-89 anos.

Embora uma grande proporção evolua para óbito dentro de 6 meses após o início da diálise, uma minoria substancial pode viver por anos. Essa heterogeneidade da mortalidade parece ser causada por diferenças nas comorbidades basais existentes em cada paciente.

Temos situação exatamente igual ocorrendo no Brasil. Ao analisarmos a população de idosos que compõem a nossa carteira de usuários (somos a única operadora de saúde no Brasil que atua exclusivamente com pacientes da terceira idade – acima dos 50 anos –, tendo atualmente 320.000 associados) e que realizam Terapia Renal Substitutiva, observamos a mesma situação que ocorre na Europa e nos Estados Unidos.

Na realidade, observamos que a mortalidade não está diretamente relacionada ao período de início da terapia e sim ao status funcional do paciente. Quando o status funcional basal é pior, o início da diálise muitas vezes sinaliza o início de novas quedas (estudos demonstram claramente que a diálise não melhora os desfechos clínicos para todos os idosos com insuficiência renal) e que a boa avaliação clínica e a comunicação cuidadosa serão cada vez mais necessárias à medida que a população em geral continue a envelhecer.

Deixaremos então de utilizar os protocolos e guidelines? Doentes de muita idade não são elegíveis à Terapia Renal Substitutiva?

Da maneira que esses foram idealizados, não podemos simplesmente aplicá-los para uma população de alta idade (definidos como “pacientes de muita idade”). Devemos primeiramente avaliar o paciente de forma global, levando em consideração informações importantes de como esse paciente era antes de ser indicado à terapia, quais eram ou não as suas limitações funcionais, quais eram os outros órgãos e sistemas que apresentavam alterações e tentar avaliar principalmente qual impacto positivo o procedimento trará em sua qualidade de vida posteriormente a seu início. O balanço risco/benefício deve ser muito bem analisado.

Devemos aprofundar nossos conhecimentos e iniciar a confecção de novos protocolos e guidelines, que levem em consideração todas essas informações e não somente os níveis de escórias nitrogenadas e/ou volume urinário e/ou sintomas para definir o início da terapia em pacientes portadores de Doença Renal Crônica.

O tratamento conservador tem importância fundamental no manejo e na manutenção de uma adequada qualidade de vida nesse paciente que, em sua fase tardia da vida, habitualmente é portador de várias comorbidades.

Quais os desafios para o futuro?

O principal desafio para uma política de atenção ao paciente portador de Doença Renal Crônica com idade avançada está em definir uma estratégia que amplie a entrada do paciente em terapia substitutiva quando indicada, mas que principalmente o mantenha com adequada qualidade de vida em tratamento conservador.

O desenvolvimento e o uso de novos fármacos que retardem a progressão da Doença Renal Crônica, associado a fármacos que modifiquem as alterações fisiopatológicas da perda de função renal, são relevantes à manutenção do paciente em tratamento conservador.

Equalizar estratégias voltadas à promoção de saúde primária e secundariamente de atenção com profissionais bem instruídos, evitando condutas que levem o paciente a apresentar piora da função renal.

Capacitar o profissional generalista para que o mesmo identifique alterações laboratoriais e clínicas em avaliações de rotina para subgrupos específicos da população, encaminhando os mesmos prontamente para avaliação e seguimento com a especialidade quando da existência de alterações.

E, principalmente, manter um programa de educação continuada ao especialista na área de Nefrogeriatria, para que os mesmos tenham cada vez mais contato com um subgrupo de população que a cada dia torna-se maior em nosso país.

Referências:

- Barreto, M.da S., Carreira, L., & Marcon, S.S. (2015, janeiro-março). Envelhecimento populacional e doenças crônicas: Reflexões sobre os desafios para o Sistema de Saúde Pública. *Revista Kairós Gerontologia*, 18(1), pp. 325-339. ISSN 1516-2567. ISSNe 2176-901X. São Paulo (SP), Brasil.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2011). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022/Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância Epidemiológica. Brasília (DF).
- Bussche, H.V.D., Koller, D., Kolonko, T., Hansen, H., Wegscheider, K., & Glaeske, G. (2011). Which chronic diseases and disease combinations are specific to multimorbidity in the elderly? Results of a claims data-based cross-sectional study in Germany. *BMC Public Health*, 11(101), 19.
- Campolina, A.G., Adami, F., Santos, J.L.F., & Lebrão, M.L. (2013). A transição de saúde e as mudanças na expectativa de vida saudável da população idosa: possíveis impactos da prevenção de doenças crônicas. *Cad Saúde Pública*, 29(6), 1217-1229.
- World Health Organization. Good health adds life to years: Global brief for World Health Day 2012. Geneva, 2012.
- Wiener JM, Tilly J. Population ageing in the United States of America: implications for public programmes. *Int J Epidemiol* 2002;31:776-81. DOI: <http://dx.doi.org/10.1093/ije/31.4.776>.
- Couser WG, Remuzzi G, Mendis S, Tonelli M. The contribution of chronic kidney disease to the global burden of major noncommunicable diseases. *Kidney Int* 2011;80:1258-70. PMID: 21993585 DOI: <http://dx.doi.org/10.1038/ki.2011.368>.
- Chandna SM, Da Silva-Gane M, Marshall C, Warwicker P, Greenwood RN, Farrington K. Survival of elderly patients with stage 5 CKD: comparison of conservative management and renal replacement therapy. *Nephrol Dial Transplant* 2011;26:1608-14. DOI: <http://dx.doi.org/10.1093/ndt/gfq630>.
- Murtagh FE, Marsh JE, Donohoe P, Ekbal NJ, Sheerin NS, Harris FE. Dialysis or not? A comparative survival study of patients over 75 years with chronic kidney disease stage 5. *Nephrol Dial Transplant* 2007;22:1955-62. PMID: 17412702 DOI: <http://dx.doi.org/10.1093/ndt/gfm153>.
- Kurella Tamura M, Covinsky KE, Chertow GM, Yaffe K, Landefeld CS, McCulloch CE. Functional status of elderly adults before and after initiation of dialysis. *N Engl J Med* 2009;361:1539-47. PMID: 19828531 DOI: <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMoa0904655>.
- Lamping DL, Constantinovici N, Roderick P, Normand C, Henderson L, Harris S, et al. Clinical outcomes, quality of life, and costs in the North Thames Dialysis Study of elderly people on dialysis: a prospective cohort study. *Lancet* 2000;356:1543-50. PMID: 11075766 DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(00\)03123-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(00)03123-8).
- Unruh ML, Newman AB, Larive B, Dew MA, Miskulin DC, Greene T, et al.; Hemodialysis Study Group. The influence of age on changes in health-related quality of life over three years in a cohort undergoing hemodialysis. *J Am Geriatr Soc* 2008;56:1608-17. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1532-5415.2008.01849.x>.

- ATUALIZAÇÃO EM HEMODIÁLISE -



**Misra
Madhukar**

Fundador e Diretor
da Sociedade
Internacional
de Hemodiálise

// A Sociedade Internacional de Hemodiálise (ISHD) tem o prazer de anunciar que o próximo ISHD Hemodialysis University (HDU®) será realizado em São Paulo, nos dias 31 de março e 1º de abril de 2017.

O HDU® é um evento educacional promovido pela ISHD para avançar e difundir conhecimentos sobre a hemodiálise em todo o mundo. O primeiro HDU aconteceu em 2012, em Chicago, nos Estados Unidos. Em consequência do seu enorme sucesso, várias edições do evento já foram organizadas mundialmente. Essa é a primeira vez que o HDU irá acontecer em um país da América do Sul.

Esse curso tem como objetivo proporcionar conhecimento atualizado sobre vários aspectos da hemodiálise e, assim, assegurar que a sua prática seja segura para os nossos pacientes. Os dois dias de conferência abordarão temas-chave relacionados com hemodiálise (tanto técnica quanto clínica). Os palestrantes são referência na Nefrologia dos Estados Unidos e do Reino Unido, além dos eminentes especialistas locais. Todos os nefrologistas, bem como os que estão em treinamento e outros prestadores de cuidados médicos com pacientes em hemodiálise, estão convidados a participar.

Existem sérias deficiências na educação da hemodiálise ao redor do mundo. O nível de conhecimento necessário para administrá-la com segurança e alta qualidade entre os formandos de Nefrologia é variável. As práticas dos nefrologistas podem não estar adequadas aos recentes avanços neste campo. Um dos principais objetivos da ISHD é disseminar o conhecimento sobre princípios básicos, bem como avançados na hemodiálise. A sociedade tem como finalidade expandir essa educação, mantendo cursos como o HDU em várias regiões do mundo.

INSCRIÇÕES ABERTAS!



www.hdu2017.org.br

SBN NEFROFÓRUM

Nefrofórum: um filho que cresceu e já tem 5 anos.

O Nefrofórum é hoje o maior grupo de discussão na internet sobre Nefrologia da América Latina.

SBN Informa: **Como foi a criação do Nefrofórum e qual a motivação para seu surgimento?**

O NF foi criado por mim, como um googlegroup, em 26 de fevereiro de 2011.

Quando se faz um grupo de troca de e-mails, o criador tem a senha principal, estipula a missão do grupo, inicia as mensagens e convida e adiciona um por um de seus participantes. Em suma, abre o grupo para participação e congrega.

Hoje somos 610 membros e, desde 2011, já foram trocadas cerca de 9.000 mensagens. Aproveito esta oportunidade para agradecer a todos os participantes que transformaram o NF em um excelente espaço de convivência e mantém vivo seu objetivo de agregar a todos nós.

Como diz o dito popular: "Todo homem quer ser pai de filho bonito", mas este tem mãe com razões de sobra para sentir orgulho.

A minha motivação para criar o Nefrofórum resultou do que eu observava no Ger-Nefrologia, um grupo anterior de troca e-mails que congregava especialistas. Nele, não havia filtro algum, ou seja, participavam nefrologistas e não nefrologistas, médicos e não médicos. Os debates rapidamente perdiam o foco. No entanto, o pior eram os trolls de internet, aqueles usuários que provocam e enfurecem seus interlocutores em uma discussão com comentários injustos e grosseiros. A presença deles acabou causando a saída de muitos colegas. Como adoro escrever e travar diálogo, fui uma das muitas pessoas que se ressentiram do espaço pouco convidativo para debates de alto nível.

Alguns colegas, então, me sugeriram fazer um blog, mas prefiro interagir e julguei por bem propor um espaço novo e mais saudável dedicado especialmente aos nefrologistas.

De onde veio a ideia do nome Nefrofórum?

Batizei o grupo de Nefrofórum, pois, nos meus anos de faculdade no centro acadêmico e depois como representante discente de pós-graduandos, guardava boas lembranças dos fóruns de ensino e de políticas públicas e sociais, nos quais

se debatiam os mais diversos temas com paixão e veemência. "Bom nome", pensei, e o tempo tratou de comprovar que foi uma boa escolha.

Como teve início e como funciona o NF?

Nos 2 anos anteriores ao surgimento do Nefrofórum, eu havia sido diretora do Depto. de Defesa Profissional (DDP) da SBN e pude perceber as dificuldades de diálogo e comunicação entre os departamentos, a diretoria e os nefrologistas.

Em 2011, o diretor do DDP era meu amigo, o Dr. Alan Castro, que a maioria conhece pelo seu entusiasmo nas causas associativas. Partilhando do mesmo anseio por uma comunicação mais eficiente, ele pediu que eu, ainda integrante do departamento, atuasse como interlocutora entre as entidades de classe. Achei que se oferecesse o Nefrofórum, que acabara de criar, como ferramenta de comunicação para ser utilizada também pela SBN, isso resultaria em uma rapidez maior de comunicação.

Passsei uma semana inteira telefonando para as nossas regionais, a fim de convidar seus membros a participarem e trazerem sugestões (hoje, temos o whatsapp dos presidentes das regionais em comunicação "on-time", ainda mais eficiente).

Por divergir de mim, a então diretoria da SBN preferiu deixar o grupo de troca de e-mails e o Nefrofórum seguiu em frente, no seu rumo.

Não tardou muito para o debate de ideias gerar frutos. Por exemplo, em 2013, houve um movimento que partiu dos colegas do Nefrofórum em prol de um reajuste no valor da sessão de hemodiálise. Organizamos um abaixo-assinado com cerca de 700 assinaturas, que foi entregue por mim, em mãos, para o então Coordenador de Média e Alta Complexidade da SAS-MS, o Dr. José Eduardo Fogolin. Disso resultou o reajuste de 5% nos repasses do Governo à hemodiálise.

O que representa o NF para a presidente da SBN?


Quando fui eleita presidente da SBN pela primeira vez, eu tinha plena noção de que o NF era um berço de ideias e demandas dos nefrologistas.

Como presidente da SBN, acredito que ter um espaço de comunicação direta com nossos colegas de especialidade garante novas perspectivas para mim e aos demais membros da diretoria, correções de rumos e a divulgação de temas relevantes que impactam na nossa gestão.

Hoje, o Nefrofórum agrega nefrologistas – sócios da SBN ou não – dos mais diferentes cantos do Brasil e de todas as idades. É nossa sala de visitas ou aquela mesa de bar onde relembramos histórias, discutimos casos clínicos, oferecemos ajuda e pedimos apoio, expomos dúvidas de gestão e de legislação e, não raro, fazemos denúncias.

O Nefrofórum é mais do que um simples grupo de troca de mensagens. É a nossa casa.

<http://groups.google.com/group/nefroforum>



Como associado da SBN, economize até 20% na aquisição do **UpToDate®**

A SBN estabeleceu uma parceria com o UpToDate® — o recurso de apoio a decisões clínicas desenvolvido por médicos e baseado em evidências mais consultado quando se trata de buscar soluções confiáveis.

Sendo associado da SBN, você pode poupar até 20% do valor da assinatura anual do UpToDate®!

Para fazer a assinatura com o preço especial da SBN, entre no site da entidade (www.sbn.org.br) com suas credenciais de associado. Você consegue acessar o desconto do UpToDate® na aba **Publicações**. Assim que estiver na página do UpToDate®, vá até a parte de baixo e selecione **Clique aqui** para ser direcionado à loja UpToDate® e ao valor especial para associados da SBN.



-

Jovens Nefrologistas: o futuro da especialidade

-

Nos últimos dois anos, reforçamos nossa representação institucional promovendo o intercâmbio entre nefrologistas jovens e seniores. Criamos o "Comitê Jovem Nefrologista" para uma integração maior entre todos os especialistas. Nesta matéria, vocês poderão conhecer melhor os Comitês regionais "Jovem Nefrologista".



Dr. Igor Pietrobon

Comitê Jovem Nefrologista Nacional

O Comitê Jovem Nefrologista nasceu da concepção da presidente da SBN, Dr^a Carmen Tzanno, em 2015, em convidar os 10 jovens nefrologistas mais bem colocados na prova de título naquela ocasião a compor uma representatividade jovem que não existia antes. Desde então, nosso grupo aumentou mesmo face ao progressivo desinteresse na Nefrologia no Brasil e no mundo. Assim, o nosso objetivo tem sido inserir os jovens nefrologistas nas questões da Sociedade. A presença do jovem visa renovar alguns dogmas das gerações pgressas, de modo a tornar a Nefrologia e a SBN mais atrativas a novos jovens nefrologistas em potencial, internos e residentes de Clínica Médica.

A regionalização do nosso Comitê torna-se fundamental como próximo passo nessa caminhada de expansão. Sob a égide do Comitê Nacional, cinco de nossos componentes tornaram-se representantes regionais para que possamos ampliar a esfera de atuação e influência e minimizar as diferenças intrínsecas a cada região.

Uma outra necessidade do Comitê diz respeito à normatização de suas atividades e componentes junto à SBN, que está em fase de elaboração.

Aos jovens nefrologistas atuais e por vir deixo a mensagem da necessidade de maior integração aos setores da Sociedade que, prioritariamente, são conduzidos pelos mesmos nefrologistas há anos. É imperativa a nossa atuação.



**Dr. Thiago
Lacerda
Ataides**
Centro-Oeste

Sou nefrologista formado pelo Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás, em Goiânia-GO, e trabalho tanto na capital do Esta-

do quanto em Anápolis, terceira maior cidade de Goiás e minha terra natal.

Trabalho em diversas frentes, me envolvendo tanto com o ambiente ambulatorial quanto com o hospitalar e o acadêmico.

Em Goiânia, faço consultório médico de Nefrologia, plantões em turnos de clínica de hemodiálise, plantões em Unidade de Terapia Intensiva e acompanhamento de pacientes internados em dois hospitais da rede privada.

Em Anápolis, faço ambulatório de Nefrologia pelo Sistema Único de Saúde (SUS), também mantenho consultório privado, vinculado à Santa Casa de Anápolis, e acompanho pacientes em internação hospitalar e Unidades de Terapia Intensiva. Além disso, sou membro do corpo docente da UniEvangélica, na disciplina de Nefrologia para o curso de Medicina da instituição, tendo contato com alunos e internos.

Sou movido a desafios e estou aprimorando o acesso dos pacientes da rede pública de Anápolis ao acompanhamento nefrológico, com diagnóstico precoce de Doença Renal Crônica, manejo clínico de nefropatias e preparo para Terapia Renal Substitutiva.

Pretendo me aprofundar na dedicação ao ambiente acadêmico, tentando aflorar nos alunos e internos o interesse pela Clínica Médica de maneira geral e pela Nefrologia em especial.

Faço parte do Comitê de Jovens Nefrologistas da SBN desde 2015, uma excelente iniciativa da entidade que permite o contato com colegas com menos de cinco anos de formação de diversas áreas do Brasil, com troca de informações e experiências.



**Dr^a Mariana
Turano**
Sudeste

O Comitê Jovem Nefrologista foi criado em 2015 e é composto por médicos que são sócios da SBN e que prestaram a prova de título de especialista em Nefrologia com êxito naquele ano,

tendo a maioria terminado a residência médica recentemente.

A criação deste Comitê contribuiu como um combustível a nós, recém-chegados à especialidade, pela oportunidade de participar de fato da SBN. Acredito que a nossa participação e voz possam ser notadas não apenas pelos nefrologistas seniores, mas também e, principalmente, pela geração atual e as próximas que estão por vir.

Neste último ano, tivemos a oportunidade de discutir as pretensões, áreas de interesse e atuação, assim como os nossos receios. Participamos, também, do Blog Científico e de uma mesa no Congresso Brasileiro de Nefrologia. Isso tudo representa um largo passo em nosso envolvimento com a nossa sociedade e traz um sentimento de enorme gratidão por podermos fazer parte de todo esse processo.

Nosso Comitê se iniciou com representantes das regiões Sul, Sudeste e Nordeste. Ao longo deste um ano e meio, mais jovens foram demonstrando interesse em participar e contribuir com suas ideias. Hoje, essas regiões foram integradas ao grupo, sendo que as regiões Norte e Centro-Oeste também já estão inseridas. Pensando-se na dimensão continental de nosso país e em todas as suas peculiaridades regionais, ter essa representação integrada em nosso Comitê é fundamental para o entendimento dos anseios e expectativas gerais.

Recentemente, pensamos na regionalização de fato do Comitê para que se atraiam mais participantes e mais questões locais ganhem discussão e resolução. Além disso, pensando-se em elevar nossa voz dentro da Sociedade Brasileira de Nefrologia, alguns jovens nefrologistas estão participando como candidatos a uma das chapas e à composição de diversos departamentos, na eleição atual.

Percebe-se, então, que o Comitê Jovem Nefrologista não apenas tem participado do presente, mas também já almeja o futuro da nossa especialidade. Como é composto por pessoas de diferentes regiões e de diferentes realidades locais, mas que em comum têm a paixão pela Nefrologia e o desejo de evoluir, inúmeras ideias surgem guiadas

pelo espírito empreendedor de muitos.

Em um futuro próximo, devemos criar um estatuto do Comitê Jovem Nefrologista para que ele seja um departamento permanente na SBN e com seus membros renovados periodicamente. O Comitê deseja ser a fonte de inspiração para muitos outros jovens nefrologistas e atrair novos médicos para a especialidade. Além disso, ele se preocupa, também, com o futuro da educação médica e está disposto a continuar participando das atualizações do Blog Científico, de cursos de educação continuada e de congressos. Esperamos poder contribuir constantemente, também, para mudanças positivas em nossa especialidade e que tragam benefícios à sociedade como um todo.



Dr^a Ana Maria Emrich

Sul

Em julho de 2015, a Sociedade Brasileira de Nefrologia propôs a criação do Comitê de Jovens Nefrologistas. Desde então, formamos um grupo

para discutir o desinteresse dos jovens médicos pela especialidade e como poderíamos mudar esse quadro. Portanto, a partir do momento em que o grupo foi criado, pudemos ficar mais próximos da SBN e efetivamente participar de seus eventos, nos relacionarmos com nefrologistas e professores mais experientes e com muito a compartilhar.

Neste ano de atuação, participamos da aplicação e da correção da prova de título em Nefrologia realizada pela SBN, junto ao Departamento de Ensino e Titulação. Foi uma experiência enriquecedora enxergar a prova de titulação por outra perspectiva, a seriedade com que é realizada e o cuidado para que seja justa. A participação no CBN também foi importante para o Comitê, com a realização de mesa redonda e discussões interessantes de casos clínicos.

A tarefa de incentivar os mais jovens ao interesse pela especialidade está apenas começando, mas participando do fortalecimento da nossa sociedade e, tendo este assunto em mente, colheremos bons frutos.

Optamos pela regionalização do Comitê e, em 2017, esperamos que mais jovens nefrologistas de todo o país possam fazer parte e agregar-se ao Comitê e à nossa Sociedade.



Dr^a Tatiara Bueno

Norte

Olá, queridos colegas. Nesse breve depoimento sobre o nosso trabalho com a Nefrologia no Estado de Rondônia, vamos tentar explicar os desafios e as conquistas dessa caminhada. Confessamos

que foi um desafio iniciar uma carreira de nefrologista por aqui. Eu e a Dr^a Priscila Rosal Honorato encontramos alguns obstáculos para iniciarmos um novo projeto, desconhecíamos a cidade e a dinâmica de saúde local e possuíamos um escasso conteúdo sobre como estruturar um serviço de Nefrologia, seja para diálise de pacientes agudos ou crônicos. Mas a vontade de mudar o contexto foi maior do que todas as dificuldades.

Em 2014, iniciamos um serviço de transplante renal, com a parceria ímpar do idealizador desse projeto, o urologista Dr. Alessandro Prudente. Nesse mesmo ano, auxiliamos o governo local a colocar em funcionamento uma clínica de hemodiálise para pacientes crônicos no interior do Estado, na cidade de Ariquemes. Esses pacientes tinham que se deslocar por centenas de quilômetros, três vezes por semana, gerando grande sofrimento e com constantes intercorrências médicas graves no percurso.

Após esses dois passos iniciais, algo gratificante aconteceu: a melhoria significativa na qualidade de vida de muitos pacientes renais crônicos, embora o desafio de melhorar o tratamento do paciente com Lesão Renal Aguda continuasse. Para isso, agimos nas frentes pública e privada.

Na primeira, auxiliamos a instalação de aporte dialítico em todas as Unidades de Terapia Intensiva (UTI) públicas da capital. Também ajudamos a criar uma sala com seis máquinas para tratamento dialítico de pacientes agudos internados e que não estavam em cuidados intensivos.

Na segunda, criamos uma empresa de Nefrologia para tratamento dialítico de urgência em todas as UTIs de hospitais privados. Desde então, o trabalho tem sido árduo e diário, mas com considerável retorno profissional e social.

Neste ano de 2016, organizamos a I Jornada de Nefrologia da Amazônia Ocidental e contamos com as especiais participações do Dr. Nestor Schor (São Paulo), Dr. Emmanuel Burdman (São Paulo), Dr. Kleyton Bastos (Sergipe), Dr. Marcel Jaqueto (Paraná) e Dr^a Marimelia Porcionatto (São Paulo).

Em resumo, nesse período de três anos, aprendemos muitas coisas, não só sobre Nefrologia, mas principalmente sobre como nos tornar nefrologistas participativos no local onde optamos por residir e construir família. O foco sempre esteve em melhorar o atendimento aos pacientes nefropatas, em todos os seus estágios de gravidade. Uma das facetas do nosso próximo objetivo será ampliar o diagnóstico precoce da nefropatia. Para isso, é fundamental que os médicos de outras especialidades e clínicos gerais entendam a importância de ter creatinina e urinálise nos exames de rotina de seus pacientes.

Aos jovens nefrologistas quero deixar um recado: nossa especialidade está doente. Sofre do mau reconhecimento crônico estágio V. Não há apoio financeiro para se manter viável uma clínica de diálise para crônicos pelo SUS. Não há segurança, pelos convênios, de um futuro próximo promissor quanto aos preços de procedimentos em Nefrologia. A maioria dos nossos colegas nefrologistas trabalha em outras especialidades para complementar a renda. Ao explorar novos mercados, os colegas nefrologistas poderão se deparar com propostas de trabalho exclusivo como plantonistas em sala de diálise de pacientes crônicos. O mais importante é ter perseverança na busca de melhorias no reconhecimento da nossa especialidade e desfrutar das diversas opções de trabalho que ela nos oferece. Acreditem no potencial de vocês.



Dr. Marcelo Nonato

Nordeste

Sou nefrologista formado pela Escola Paulista de Medicina/Unifesp e fui um dos fundadores do Comitê de Jovens Nefrologistas em 2015. Formamos um grupo com o objetivo de aumentar a

participação dos jovens nefrologistas no cenário nacional. O Comitê cresceu e passamos a ter representantes em todas as regiões do país. Após ter voltado a residir em Recife, passei a ser o representante dos Jovens Nefrologistas no Nordeste.

Nosso trabalho tem sido voltado a uma maior divulgação dos cuidados para a prevenção e diagnóstico das doenças renais. Estou publicando agora, no início de 2017, o livro "A escolha certa na Doença Renal Crônica", que tem como objetivo um maior esclarecimento, por parte dos pacientes e familiares, sobre os cuidados necessários no manejo da Doença Renal Crônica.

O Comitê de Jovens Nefrologistas tem um potencial incrível para integrar os iniciantes na especialidade e trabalhar por uma maior divulgação da Nefrologia.

VII Congresso Sul Brasileiro de Nefrologia

CURITIBA, 11 a 13 DE MAIO • 2017

Unconferologia

Diálise Peritoneal

Nefrogenética

Nefrologia Intervencionista

Nefrologia Intensivista



O JOVEM NEFROLOGISTA:
NOVOS HORIZONTES

INSCRIÇÕES ABERTAS

www.sulbrasileironefrologia.com.br

JOVENS NEFROLOGISTAS

-

VII Congresso Sul Brasileiro de Nefrologia O Jovem Nefrologista: Novos Horizontes

-



O VII Congresso Sul Brasileiro de Nefrologia acontecerá em Curitiba, entre 11 e 13 de maio de 2017.

"O Congresso terá foco no jovem nefrologista, com temas não muito explorados habitualmente nos congressos e onde há bastante espaço para trabalho, como por exemplo genética, onconefrologia, nefrointensivismo e nefrointervencionismo", revela o Dr. Vinícius Daher A. Delfino, presidente do Congresso.

A Dr^a Ana Maria Emrich dos Santos, que é representante da região Sul do Comitê de Jovens Nefrologistas da SBN, está trabalhando na definição das palestras a serem incluídas no Congresso. "Espero que o evento, além de apresentar algumas novas áreas de atuação para o jovem nefrologista, sirva de local de debate sobre as perspectivas futuras da Nefrologia", comenta.

Embora o Congresso tenha ênfase no jovem nefrologista, não deixará de contemplar aspectos importantes e atuais da Nefrologia clínica, da diálise e do transplante renal, de forma que os nefrologistas mais experientes também poderão dividir e atualizar os seus conhecimentos. "Mais que tudo, espero que o Congresso seja uma oportunidade para bons amigos conversarem e para se fazer novas amizades. Gostaria muito de destacar, em especial, a participação da Dr^a Marta Boger, atual presidente da Sociedade Paranaense de Nefrologia, incansável no trabalho de articulação; do Dr. Miguel Riella, que mediu a vinda dos convidados internacionais e está empolgado e nos empolgando com o Congresso; e do Dr. Maurício de Carvalho e sua Comissão Científica, que estão preparando com muito carinho este Congresso", finaliza o Dr. Delfino.

Para mais informações, acesse:
www.sulbrasileironefrologia.com.br

O Congresso terá a presença de três palestrantes internacionais:

Dr^a Joanne Bargman

Professora de Medicina na Universidade de Toronto, no Canadá, e nefrologista da University Health Network;

Dr. Richard J. Glassock

Professor Emérito da Escola de Medicina David Geffen da Universidade da Califórnia em Los Angeles (UCLA);

Dr. Cristian Riella

Formado em Nefrologia pelo Beth Israel Deaconess Medical Center, ligado à Escola de Medicina de Harvard, onde se encontra desde 2013. Um jovem nefrologista como palestrante em um Congresso dedicado a todos os jovens nefrologistas.

Centros de Diálise: a análise do setor no Brasil

Por Dr. José A. Moura Neto

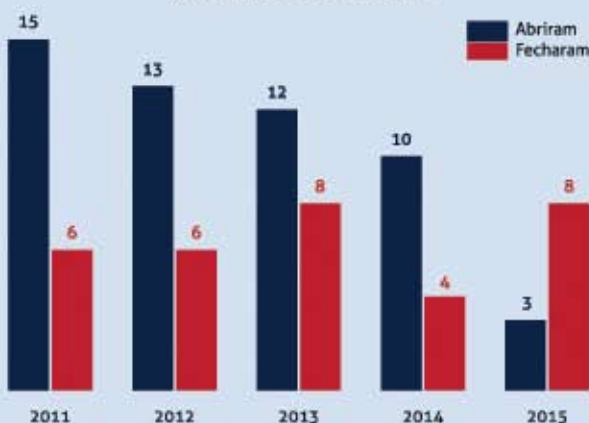
Nefrologista com MBA em Saúde pela FGV
Atualmente faz Residência em Transplante Renal na UERJ
e Mestrado em Administração na EBAPE/FGV



Muitas são as referências às “Clínicas de Diálise” como bons e lucrativos negócios. A história e início do setor, assim como a prosperidade aparente de alguns empresários, corroboraram essa percepção popular.

Entretanto, em anos recentes, o movimento de encerramento de atividades tem sido maior do que a abertura de novas unidades no Brasil (Figura 1)¹. Em um país de relativa demanda reprimida, esse dado é preocupante para a saúde pública. Inúmeras são as razões apontadas. A falta de reajuste pelo SUS, atrasos nos repasses, aumento de custos com mão de obra, a elevada regulamentação do setor e complexidade operacional talvez expliquem o fechamento sistemático e sucateamento dos centros de diálise no Brasil.

CLÍNICAS DE DIÁLISE HABILITADAS E FECHADAS ENTRE 2011 E 2015



NOS ÚLTIMOS 15 ANOS FECHARAM 77 CLÍNICAS DE DIÁLISE

Para análise mais profunda, faz-se necessária a utilização de instrumentos advindos da gestão. Michael Porter, em 1979, descreveu um modelo para avaliação da atratividade do setor e entendimento das forças atuantes². A deci-

são de “entrar”, “manter-se” e “sair”, além da compreensão de como “competir” no mercado, seria possível com o adequado conhecimento e uso dessa ferramenta. Cinco são as forças descritas:

- 1) ameaça de novos entrantes;
- 2) pressão dos produtos/serviços substitutos;
- 3) rivalidade existente entre as organizações estabelecidas;
- 4) poder de negociação dos fornecedores;
- 5) poder de negociação dos clientes.

Utilizando o instrumento proposto, denominado modelo das “cinco forças de Porter”, considera-se, como objeto da análise, o setor dos centros de diálise, referente às clínicas de hemodiálise e diálise peritoneal. O presente artigo se propõe, portanto, a discutir as bases da competição do setor sob essa ótica. A observação empírica, a atuação profissional do autor e entrevistas foram parte da metodologia da análise que segue.

“Novos entrantes”, a primeira das forças, constituem ameaça, já que são potenciais concorrentes aos competidores no setor. Tal ameaça depende, essencialmente, das barreiras à entrada e da retaliação prevista vinda de players já estabelecidos. A regulamentação existente, o investimento necessário, a mão de obra especializada, assim como a complexidade tecnológica e operacional necessária a um centro de diálise, justificam tais dificuldades. Por sua vez, a possibilidade de represália parece-nos ser relativamente baixa, pois, apesar da existência de concorrentes poderosos, não há histórico de vigorosas retaliações. Em resumo, elevadas barreiras de entrada versus a baixa retaliação prevista tornam a ameaça de novos entrantes moderada. Deve ser levada em conta, entretanto, a nova lei de 2015 que permite capital estrangeiro no setor, o que pode modificar o cenário³. Empresas multinacionais, prestadoras de serviços na área, por ora, movimentam-se nesse sentido⁴.

“Produtos ou serviços substitutos” são alternativas oferecidas a clientes, que suprem a demanda, porém, com desempenho superior. Diante disso, atualmente, apenas

o transplante renal poderia se enquadrar nessa definição. Entretanto, a magnitude dessa “ameaça” para o setor ainda é pequena, visto que é insuficiente a disponibilidade de órgãos frente à demanda. Soma-se a isso a preferência de alguns pacientes por terapias dialíticas e a falta de condição clínica de outros potenciais candidatos ao transplante. Aqui, faz-se necessário pontuar, entretanto, a importância das pesquisas com células-tronco, ainda em fase experimental, mas que podem, a longo prazo, ser fonte de pressão por substituição.

A terceira das forças, a “rivalidade entre as organizações estabelecidas”, é alta. O equilíbrio entre elas e o crescimento lento do setor contribuem e tornam acirrada a briga por posições. Grandes interesses estratégicos de alguns concorrentes também podem intensificar a competição por market share, mesmo em detrimento da lucratividade. Além disso, a ausência de diferenciação nos serviços ofertados, com a comoditização dos centros de diálise, favorece ainda mais a rivalidade. Por fim, são altas as barreiras de saída, como restrições governamentais, barreiras emocionais e os altos custos, em razão dos ativos especializados, com valores baixos de liquidação. Segundo Porter, quando as barreiras de saída são elevadas, “as organizações que perdem a batalha competitiva não entregam os pontos. Ao contrário, podem recorrer a táticas extremas e prejudicar a rentabilidade de todo o setor”⁵.

O “poder dos fornecedores”, quarta força descrita, é elevado, especialmente por existirem poucos fabricantes de máquinas e insumos. De fato, o mercado de fornecimento é mais concentrado do que o setor para o qual vende. Há ameaça de integração vertical para a frente, que, inclusive, já se concretizou há alguns anos. Por integração à jusante entende-se aquela que ocorre em direção ao aumento do controle sobre a cadeia de distribuição, seus clientes, o que, sob a perspectiva dos fornecedores, significaria controlar a gestão de centros de diálise.

Além disso, “custos de mudanças” elevados, alguns estabelecidos pelos próprios fornecedores, também interferem na relação assimétrica de poder que se estabelece com os centros de diálise. Custos de mudança são os gastos incorridos e esforços, financeiros ou não, quando há troca de fabricante, por exemplo. No setor, fica evidente o caso da diálise peritoneal: a mudança de fornecedor requer novo treinamento da equipe, paciente e familiares, além da troca do acesso peritoneal.

Ainda, o “poder de negociação dos clientes”, quinta e última força, é alto. O SUS e os planos de saúde privados assumem notável poder e ameaçam integração vertical para trás. A já citada comoditização dos serviços prestados também contribui para esse poder. Como consequência, observam-se empresas do setor com ciclo de caixa ruim, cerca de 30 a 90 dias após realizado o serviço. A defasagem nos preços praticados pelo SUS, principal cliente, responsável pelo financiamento de 86% das diálises, é outra

consequência⁶. Praticando preços extremamente baixos, menos de 60 dólares por sessão, e sem reajuste há quase quatro anos, a situação atual do setor é alarmante. Presões variadas, dos centros de diálise e das entidades de classe, parecem surtir pouco efeito.

Alguns autores consideram o governo como uma sexta força, além das cinco descritas por Porter. Sua atuação, entretanto, mais se assemelha a de um agente, que influencia as outras forças, com especial impacto nos subsídios a produtos/serviços substitutos, nas barreiras de entrada e saída, por meio das políticas adotadas e atos regulatórios⁷.

ANÁLISE DAS 5 FORÇAS DE PORTER



Finalmente, pelo exposto, pode-se considerar que o setor não é, ou não está, atrativo no Brasil (Figura 2). A crise econômica do país e as políticas de saúde praticadas não são a única causa da desvalorização dos centros de diálise, apesar de contribuírem. A configuração do setor, e suas forças atuantes, explicam, em parte, o momento vivido. A falaciosa reputação do “bom negócio” deve-se, provavelmente, a um passado distante e não encontra justificativa após análise criteriosa e atual.

Referências:

1. Associação Brasileira dos Centros de Diálise e Transplante. <http://www.abcdt.org.br/>. Gráfico. 2016.
2. Porter ME. How Competitive Forces Shape Strategy, *Harv Bus Rev*, 1979; 57(2): 137-45.
3. Brasil. Lei 13.097, 20 de janeiro de 2015.
4. Matéria da Revista Exame. <http://tinyurl.com/z2nxjfq>
5. Porter ME. *Competitive strategy: techniques for analysing industries and competitors*. New York: Free Press, 1980.
6. Sociedade Brasileira de Nefrologia. Censo de Diálise da Sociedade Brasileira de Nefrologia [Electronic]. Sociedade Brasileira de Nefrologia; 2014 <http://www.censo-sbn.org.br/censosAnteriores>
7. Porter ME. The five competitive forces that shape strategy. *Harv Bus Rev*, 2008 ; 86(1): 78-93.

HEMODIÁLISE PROLONGADA NA IRC

Dr. Frederico Ruzany – Nefrologista – fruzany@gmail.com

Classicamente o tempo de tratamento dialítico para Insuficiência Renal Crônica avançada é de 12 horas semanais, divididas em três sessões. Alguns inconvenientes podem ocorrer com essa prescrição, sendo os mais frequentes instabilidade hemodinâmica com hipotensão, atordoamento cardíaco, mal-estar, cefaleia, exaustão, câimbras e cansaço. A maioria desses efeitos colaterais tem a ver com a velocidade das trocas bioquímica e da taxa de ultrafiltração.

A diálise convencional também é pouco eficaz na remoção do fósforo e obriga o uso de quelantes orais para seu controle. Toxinas de comportamento semelhante ao fósforo também são pouco clareadas por causa da lenta passagem de onde se acumulam, como compartimentos intracelulares e de matrizes teciduais para a corrente sanguínea.

A diálise com fluxo mais lento e com tempo prolongado resolve vários desses obstáculos. Assim, uma diálise de 8 horas permite uma velocidade horária de ultrafiltração 50% menor, além de uma adaptação do organismo de modo mais fisiológico, reduzindo os eventos de hipotensão, associados a uma redução do atordoamento cardíaco e proteção do miocárdio.

Para um KT de ureia, a eliminação de fósforo aumenta cerca de 50% em relação à diálise convencional de 4 horas. Isso ocorre porque a concentração de fósforo cai rapidamente na primeira hora de diálise, reduzindo o gradiente e, portanto, a quantidade de fósforo que passa para o dialisado. Em geral, na diálise convencional ocorre um considerável rebote do fósforo que, após algumas horas, praticamente retorna ao valor próximo ao inicial. O fósforo na diálise prolongada, após a queda inicial, permanece estável e permite uma remoção constante - tempo dependente, aumentando a massa removida proporcionalmente à duração da diálise (Sampaio MS, et al. *Am J Nephrol.* 2012;36(2):121-6).

Na HDP, a alteração lenta na química e no volume extravascular permite uma adaptação mais fisiológica, de modo que os pacientes passam por uma redução considerável do mal-estar pós-diálise – chamada ressaca dialítica, melhorando a capacidade funcional desses pacientes.

Em um estudo comparando diálise convencional de 4 horas com diálise de 8 horas, três vezes na semana em unidade satélite, foram apontados vários benefícios, como melhor controle do fósforo, menor dose de eritropoietina para controle da anemia e benefícios cardíacos e nutricionais (E. Ok et al. *Nephrol Dial Transplant* (2010).

Outro estudo também observacional tem conclusões semelhantes e aponta uma melhor sobrevida no grupo HDP

em centro (Lacson, E. Jr. et al., *Clin J Am Soc Nephrol* 5: 220–226, 2010). No estudo, observaram melhor controle, sobrecarga de volume, melhor sobrevida e menor hospitalização.

Pacientes com má adaptação ao esquema convencional se beneficiam do tratamento prolongado, como ganho de peso excessivo, hiperfosfatemia de difícil controle, instabilidade hemodinâmica com hipotensão frequente, entre outros.

Prescrição

Um esquema clássico da HDP é semelhante àquele frequentemente utilizado em diálise domiciliar noturna:

Tempo 8 horas, Qb 200 - 300 ml/min; Qd 300- 500 ml/min, Ultrafiltração – qsp remover hiper-hidratação/hipervolemia ou 5-10 ml por kg/h.

Pacientes, em geral, são acomodados em uma poltrona que fica praticamente na horizontal, o ambiente fica na penumbra e a maioria deles dorme. Alarmes são mantidos ligados e uma enfermeira fica de supervisão durante o procedimento.

No Brasil, um médico permanece na unidade, mas no exterior fica alcançável.

Os custos são maiores por tratamento que na HD Convencional, mas em alguns centros europeus os benefícios com menos hospitalizações, melhor capacidade laboral dos pacientes e sua melhor adaptação têm demonstrado uma vantagem econômica a médio e longo prazos.

No nosso país, alguns centros tiveram uma experiência positiva que não foi adiante pela dificuldade econômica crescente, mas confirmou os benefícios do tratamento prolongado que, juntamente com centros satélites, devem fazer parte do armamentário terapêutico nefrológico, visando mais tempo de vida e menos mal-estar ao paciente renal.



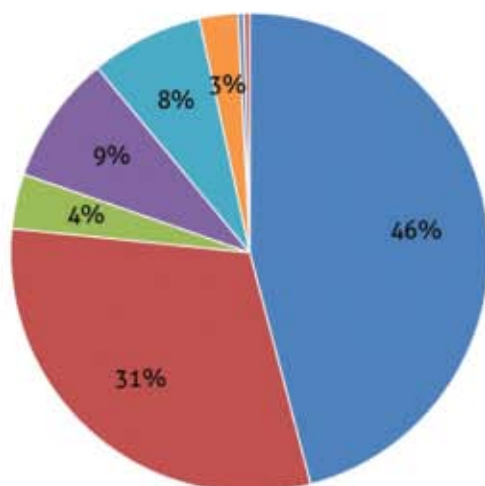
Números e Fatos

Que a edição de 2016 do Congresso Brasileiro de Neurologia foi um sucesso, todos sabem. A divulgação, organização e cada detalhe da realização do evento foram cuidadosamente estudados para que tudo superasse a expectativa.

A pesquisa de satisfação mostrou que 46% dos participantes ficaram sabendo do evento pelo site da SBN, 30% por colega ou amigo e o restante por folder, e-mail, site do evento, faculdade/universidade, Facebook, eventos correlatos ou estavam presentes em outras edições.

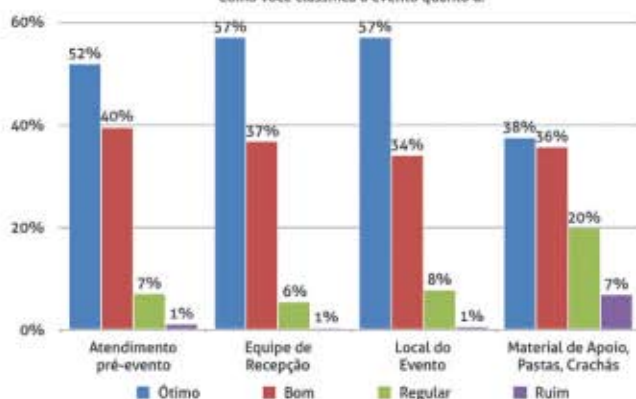
O material de divulgação foi considerado, pela maioria das pessoas, ótimo em termos de layout, informação/clareza e forma de disseminação.

Como você ficou sabendo do evento?



- Site da Sociedade
- Colega ou amigo
- Folder
- Site do evento
- E-mail
- Outros
- Cartaz
- Jornal ou Rádio

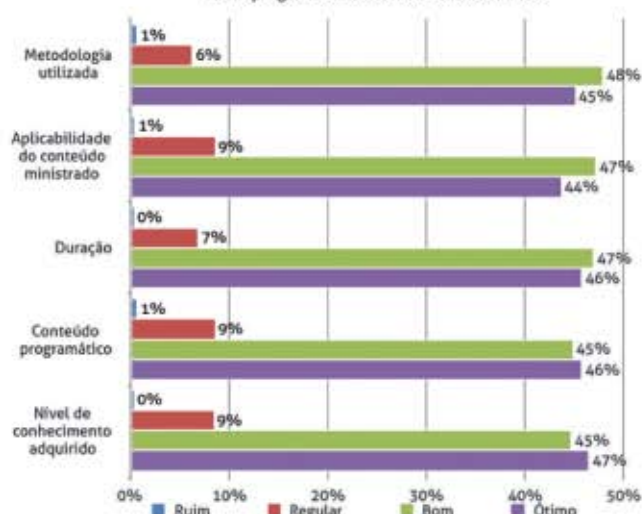
Como você classifica o evento quanto a:



O atendimento pré-evento, equipe de recepção, local do evento, material de apoio, pastas e crachás foram classificados, em geral, de ótimo a bom.

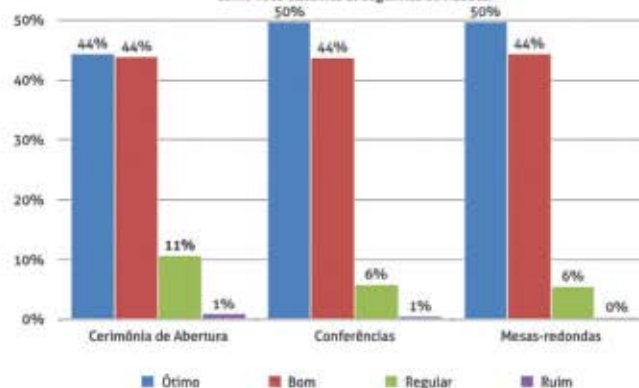
A divulgação, valor da inscrição e suporte técnico foram considerados bons e os horários, ótimos. Em relação à avaliação geral das atividades técnico-científicas, classificaram como boas a metodologia utilizada, a aplicabilidade do conteúdo ministrado e a duração. O conteúdo programático e o nível de conhecimento adquirido foram ótimos, segundo os participantes.

Avaliação geral das atividades técnico-científicas



Quanto à cerimônia de abertura, 88% achou ótima ou boa. As conferências e mesas-redondas também foram consideradas ótimas para a maioria.

Como você classifica as seguintes atividades:



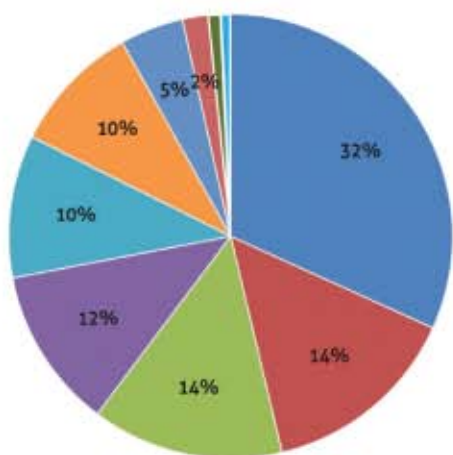
Dos congressistas que responderam à pesquisa, 70% achou ótima a cidade escolhida, que foi Maceió (AL), 87% achou boa ou ótima a agência de turismo e 52% acreditou serem ótimas as opções de hospedagem.

Nota média do evento
8,47

96,8%
indicariam o CBN para um amigo

A nota média do evento foi 8,47, sendo que 96,8% das pessoas o indicariam para um amigo. Dos 1.945 inscritos, 1.413 foram pagos pelos próprios congressistas, 255 inscritos por patrocinadores, 61 isentos (palestrantes internacionais e nacionais não nefrologistas, patrocinadores e staff), 24 somente realizaram um curso pré-Congresso e 192 se inscreveram, mas deixaram o pagamento aberto.

Os médicos associados representaram 32% dos congressistas, 5% residentes/pós-graduandos associados e 1% outros profissionais sócios, ou seja, pelo menos 38% dos participantes eram sócios da SBN.



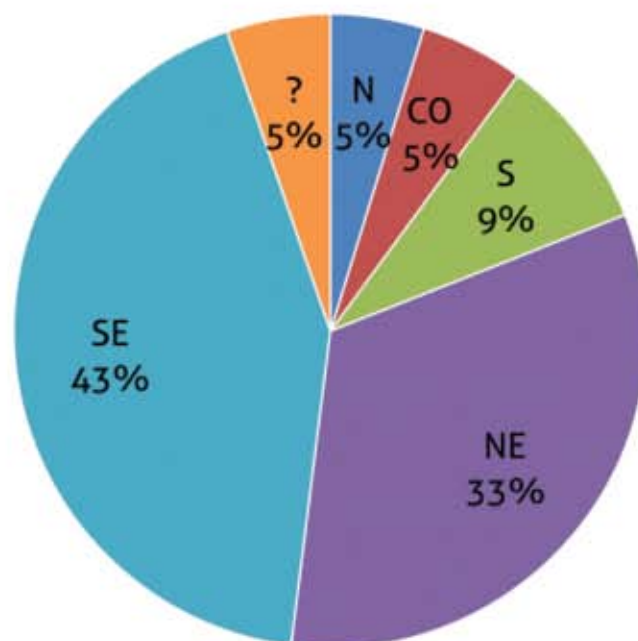
38%
dos participantes eram sócios da SBN

Residentes/pós-graduandos não sócios representam 14% e estudantes de graduação 12% não sócios, o que significa que devemos estimular o espírito associativo nos residentes e alunos, principalmente porque a adesão à SBN é gratuita para alunos de graduação e tem desconto de 50% para residentes. Poderíamos, assim, ter 26% a mais de participantes sócios da SBN.

Médicos não sócios foram 9%, outros profissionais não sócios 10%, somente curso pré-Congresso 2%, day pass 1% e 14% sem categoria.

Estavam presentes 1.600 participantes, sendo 43% do Sudeste, 33% do Nordeste, 9% do Sul, 5% do Centro-Oeste, 5% do Norte e 5% não informaram.

Na divisão por Estado, 21,9% dos participantes eram de São Paulo, 9,3% do Rio de Janeiro, 8,6% de Alagoas, 7,1% de Minas Gerais, 6,8% de Pernambuco, 5,2% da Bahia e 3,7% do Ceará, sendo que 15,3% não informaram.



Foram arrecadados R\$ 2.837.897,33, sendo 64% de patrocínio que viabilizaram o evento e contribuíram para a sustentabilidade financeira de entidade. Agradecemos a todos os nossos patrocinadores, em especial à Sanofi-Genzyme, que foi a maior patrocinadora, com 13,2% de participação, seguida da Baxter Hospitalar Ltda. com 9,9%, Alexion Farmacêutica com 9,6% e Fresenius Medical com 7,8%.

O curso prático de Ultrassonografia point of care em Nefrologia – estendendo os sentidos dos nefrologistas, no pré-Congresso, foi o com maior procura e um dos motivadores da criação do Comitê de Nefrologia Intervencionista da SBN. Ademais deste, todos os nossos cursos tiveram um número de participantes acima do esperado.

A SBN teve o maior superávit obtido em Congresso Brasileiro de Nefrologia com um valor histórico de R\$ 1.397.115,61. Agradecemos publicamente à Comissão Organizadora local, à Comissão Científica e os Comitês, à equipe de suporte local e nacional, à Diretoria da SBN Regional Alagoas e da SBN Nacional, às empresas organizadoras local (COMUNIC) e nacional (CCM), à empresa de contabilidade SOMED, enfim, a todos que, direta ou indiretamente, contribuíram para o sucesso do maior evento da Nefrologia nacional.

Curso Satélite de Patologia Renal no XVIII Congresso Brasileiro de Nefrologia

Por Ana Paula Fernandes Barbosa & Luiz A. Moura
Coordenadores do Curso

Uma experiência. Talvez seja a melhor definição para esta iniciativa. Diversamente dos assim denominados "cursos pré-congresso", que ocorrem nas mesmas instalações do encontro principal, a ideia foi levada a termo no centro de convenções do "Village Barra Hotel", em Barra de São Miguel - AL, precedendo o Congresso Brasileiro de Nefrologia. Pode parecer apenas semântica a diferença, já que ambos os termos, neste caso, referem-se a cursos realizados antes do congresso propriamente dito. Contudo, o conceito de "curso satélite" envolve o deslocamento físico dos participantes para um ponto específico afastado do corpo principal do congresso. Ademais, cursos satélites não necessariamente antecedem um evento. Não é incomum que estas atividades venham a ocorrer após o término daquele. O quanto distante é relativo. Podem ser realizados na mesma cidade, desde que respeitada a premissa de mudança de local, localidades próximas ou mesmo mais afastadas. Além disto, implica-se na logística que o lugar escolhido tenha também atrativos que estimulem a ida e permanência dos participantes, inclusive ao facilitar ficarem hospedados no mesmo local. Estes elementos permitem maior imersão, já que há um comprometimento de se ficar mais próximos e mais tempo juntos uns dos outros. Esta troca de informações e conhecimento torna-se bastante dinâmica, uma vez que ocorre tanto na parte mais acadêmica do curso, ou seja, na sala de aula, como também nos períodos de sociabilização, ou seja, intervalos para refeições, coffee breaks ou atividades extra sala. Viver e conviver.

Para este curso, o tema escolhido foi glomerulopatias. Mais genérico, atendendo à expectativa da maioria dos nefrologistas clínicos com ênfase no consultório e também a de anatomopatologistas gerais com interesse em patologia renal, quer por necessidade, quer por mais conhecimento acadêmico. Tivemos a participação de uma convidada internacional, Agnes B. Fogo, diretora da Divisão de Patologia Renal e Microscopia Eletrônica da Vanderbilt University Medical Center - Nashville, Tennessee - USA, presidente do Comitê de Patologia da ISN, notadamente conhecida por sua capacidade científica e didática em Patologia Renal.



Luiz Moura, Agnes Fogo,
Pulyana Barbosa e Ana Paula F. Barbosa

O objetivo desta mini-imersão de um dia e meio em Patologia Renal foi explorar aspectos morfológicos de diversas lesões glomerulares, com ênfase na análise estrutural e correlação clínico-patológica. De cunho teórico-prático, os temas abordados foram atrelados às principais síndromes clínicas associadas à glomerulopatias. Compreenderam uma parte expositiva inicial seguida de apresentação de "lâminas virtuais" com cortes histológicos digitalizados de biópsias renais, em tempo real, representativas do assunto tratado. Os participantes foram instados a descrever, opinar e comparar aspectos morfológicos nas várias sessões práticas.

Uma plateia de 46 animados participantes, presentes até os últimos minutos, garantiu a certeza de sucesso do curso. A sugestão de que pudesse ser mais longo foi constante nas aferições de opinião destes.

O apoio incondicional dos presidentes do Congresso, Eliete Pinheiro, e da Comissão Científica, Marcelo Mazza do Nascimento, bem como o suporte e entusiasmo da SBN, na pessoa da sua presidente Carmen Tzanno Branco Martins, também foram fundamentais. Os organizadores reconhecem, ainda, a grande colaboração do Prof. Dr. Gilles Landman, do departamento de Anatomia Patológica, EPM/UNIFESP, pela sua disponibilidade em permitir o uso do equipamento digitalizador das lâminas e o seu envolvimento direto na operação do mesmo.

Por se tratar de uma iniciativa que fugiu das características habituais da organização de um congresso, a logística foi desenvolvida, na sua maior parte, pelos organizadores, no próprio local. As despesas foram totalmente cobertas pelos recursos derivados dos valores das inscrições e da parceria com a Sanofi Genzyme®, gerando, inclusive, receita para o evento.

Fica a sugestão para as próximas gestões. O envolvimento da comissão organizadora dos futuros congressos pode, até mesmo, ser mais eficiente ao abranger este tipo de atividade. A terra é fértil.



VOCÊ SABIA? 36

Por Edison da Creatinina
edisonmd@centroin.com.br

1 Você sabia que a **experiência inicial no tratamento da uremia pela diálise peritoneal ocorreu em 1923**, por meio do alemão Georg Ganter, ao instilar na cavidade peritoneal 1,5L de uma solução salina para manejo de um paciente com Insuficiência Renal Aguda? Foi, no entanto, apenas em 1962 que Boen e cols., em Seattle, relataram a tentativa de uso da diálise peritoneal no manejo da Insuficiência Renal Crônica. Em 1976, Popovich e cols. submeteram à "American Society for Artificial and Internal Organs" um resumo da "diálise peritoneal equilibrada", denominação modificada em 1978 para "Diálise Peritoneal Contínua Ambulatorial" ou DPCA (CAPD do inglês "Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis"). Inicialmente aplicou-se a técnica nos Estados Unidos, utilizando-se frascos de vidro, mas foi Oreopoulos e cols., em 1978, que pela disponibilidade da solução de diálise em bolsas plásticas, no Canadá, tornou a técnica mais fácil e com menor incidência de peritonites.

2 Você sabia que, **no Brasil, a confecção de um protocolo para início de um programa de CAPD ocorreu em 1979** e o primeiro paciente foi colocado no programa em 1980 por Riella e colaboradores, sendo a experiência preliminar relatada em 1981, depois em 1982 e, em 1987, a experiência de 5 anos? Saiba mais:

- Riella MC, Loewen J, Emed LS. Diálise peritoneal ambulatorial contínua (CAPD): Experiência preliminar. (Resumo) IV Congresso Brasileiro de Diálise Peritoneal e I Congresso Latino Americano de Transplantes, São Paulo, 1981.
- Riella MC, Loewen J, Emed LS. Diálise peritoneal ambulatorial contínua (CAPD): Experiência preliminar. J Bras Nefrol. 1982; 4: 45-52.
- Riella MC, Marcos E, Cato J et al. Diálise peritoneal ambulatorial contínua (CAPD): Experiência de 5 anos. Rev Assoc Med Bras. 1987; 33: 15-20.

3 Você sabia que a **primeira hemodiálise humana na história da Medicina foi realizada por Georg Haas em 1924**, na cidade de Giessen, na Alemanha? O procedimento durou apenas 15 minutos, e a hirudina, oriunda da cabeça de sanguessugas, serviu como o anticoagulante. Haas foi capaz de desenvolver um dialisador que consistia de tubos de colódio em forma de U, imersos em um banho de dialisato, colocados em um cilindro de vidro. Ele realizou vários procedimentos de hemodiálise em pacientes urêmicos entre 1924 e 1928 e relatou, pela primeira vez, os resultados clínicos obtidos. Em 1928, Haas introduziu a heparina para o procedimento de diálise. Por falta de apoio da comunidade médica, Haas foi forçado a descontinuar seu trabalho promissor. Sua pesquisa é um verdadeiro clássico no campo da purificação do sangue.

4 Você sabia que os **pacientes transplantados de órgãos disputam olimpíadas especiais, só para pessoas transplantadas**? A Olimpíada dos Transplantados é organizada pelo "World Transplant Games Federation", uma federação internacional filiada ao COI (Comitê Olímpico Internacional) e equivale aos Jogos Olímpicos tradicionais. Acontece de dois em dois anos, desde 1978, quando o primeiro evento aconteceu no Reino Unido, em Portsmouth. O próximo será em 2017, em Málaga, na Espanha. Para participar, a pessoa tem de ser transplantada e só vale transplante de órgãos. Transplantes de córnea e medula ficam de fora por não terem a mesma perda de rendimento. As categorias esportivas são as mesmas da Olimpíada tradicional, com exceção de esportes de contato. "A ideia é difundir a prática esportiva, que é muito benéfica para o transplantado, e também a doação de órgãos, para tirar esse estigma que o transplantado é uma aberração. Nós só somos diferentes porque fomos premiados com uma segunda chance de vida", diz Paulo Amazonas, 55, nadador e transplantado de rim. A possibilidade de participar da competição ajudou a mudar a vida do maratonista Tetsuo Sesoko, 49: "Quando conheci o Paulo, eu mal andava, foi uma motivação. Ainda não voltei a correr, mas ando todos os dias e no ano que vem vou correr na França", avisa Sesoko. Desde 1994, na França, também ocorrem as Olimpíadas de Inverno.

DOSE SUA CREATININA e seja apenas um espectador das Olimpíadas de Transplantados.

5 Você sabia que **o primeiro escândalo a fazer barulho em uma Olimpíada pode ser atribuído ao maratonista americano Fred Lorz, que foi banido para sempre dos Jogos por pegar uma carona de automóvel para ganhar a prova**, em St. Louis-1904? De lá para cá, entre alguns casos de doping, veio à tona no ano passado a história de que médicos da antiga Alemanha Oriental dopavam secretamente suas atletas entre as décadas de 1970 e 1980. Era prática também dos médicos da ex-Alemanha Oriental estimular a gravidez das atletas como ajuda para melhorar o rendimento físico. A gravidez provoca um doping natural porque aumenta a taxa de hemoglobina, o que implica no aumento da capacidade aeróbica do atleta. O ideal era engravidar até dois meses antes das competições. Depois da prova, as atletas alemãs adeptas ao "doping da gravidez" faziam aborto. A campeã Olga Korbut, ginasta soviética que ganhou três medalhas de ouro em Munique-1972, revelou também no ano passado que ela e várias outras atletas soviéticas foram tratadas como "escravas sexuais" por seus treinadores, fato que deve estar em uma autobiografia que Olga pretende lançar em breve.



FEVEREIRO

15th Annual Mayo Clinic Update in Nephrology and Transplantation

- 📅 10 e 11 de fevereiro
- 📍 Scottsdale, Arizona (EUA)
- 🌐 <http://sbn.org.br/app/uploads/MC1489-11rev0716v6-11.pdf>

MARÇO

Cardionephrology

- 📅 15 a 17 de março
- 📍 Hotel NH Villa Carpegna – Roma (Itália)
- 📞 Tel.: +39 06.87756773
- Facebook: Fenicia Eventi
- Skype: FENICIAEVENTI

The 4th Latin America Congress On Controversies To Consensus In Diabetes, Obesity And Hypertension

- 📅 16 a 18 de março
- 📍 Buenos Aires (Argentina)
- 🌐 www.codhy.com/la

Atualização em Hemodiálise (HDU)

- 📅 31 de março e 1 de abril
- 📍 São Paulo (SP)
- 🌐 www.hdu2017.org.br/inscricoes.html

ABRIL

Congresso Mundial de Nefrologia – Diabetes e Doença Renal

- 📅 21 a 25 de abril
- 📍 Cidade do México (MEX)
- 🌐 www.wcn2017.org

MAIO

VII Congresso Sul Brasileiro de Nefrologia

- 📅 11 a 13 de maio
- 📍 Associação Médica do Paraná – Curitiba (PR)
- 🌐 www.nefropr.org/



TECNOLOGIA SÓ É
UM AVANÇO QUANDO
FAZ DIFERENÇA NA
VIDA DAS PESSOAS.



**FRESENIUS
MEDICAL CARE**

Líder mundial de produtos
e serviços de diálise.



A **Fresenius Medical Care** investe em inovações com tecnologia de ponta em seus produtos e serviços, visando facilitar o trabalho dos profissionais de saúde e melhorar a qualidade de vida dos pacientes com insuficiência renal.

A missão da Fresenius é utilizar todos os métodos possíveis para preservar o que há de mais precioso no mundo: **A VIDA.**



S ã O P A U L O

M A R Ç O 3 1 - A B R I L 1

ISHD & SBN convidam você para - ATUALIZAÇÃO EM HEMODIÁLISE - Programação

A experiência dos palestrantes internacionais e nacionais, abordando temas importantes para a Nefrologia.

Sexta-feira 31 Março 2017

Abertura

Módulo 1

- Essentials of a HD machine: what does a nephrologist need to know
O essencial de uma máquina de HD: o que todo nefrologista deve saber
- Dialysis in Brasil: current status and challenge
Diálise no Brasil: situação atual e desafios
- Dialysate sodium in HD: what is important to know
Sódio no dialisato na HD: o que é importante saber
- HDF and outcomes HDF e resultados
- Uremic toxins: overview and update
Toxinas urêmicas: visão geral e atualização

Manhã

Módulo 2

- Acute Kidney Injury: comparative overview of available therapies
IRA: visão comparativa das terapias disponíveis
- Timing and dose of RRT in AKI Tempo e dose de TRS em IR
- Blood pressure on dialysis complications on HD
Pressão sanguínea nas complicações dialíticas da HD
- Hepatitis in Hemodialysis patients Hepatite em pacientes de HD
- Infection control in HD Unit
Controle de infecções nas unidades de HD
- Water for dialysis Água para diálise

Tarde

Sábado 1º Abril 2017

Módulo 3

- When to initiate dialysis?
Quando iniciar a diálise?
- RRT in ICU. Does modality matter?
TRS na UTL. A modalidade importa?
- Hemodialysis adequacy: Kt/V and beyond
Adequação da HD: Kt/V e além
- SLED using a single-pass batch system in acute kidney injury
SLED na Insuficiência Renal Aguda

Fique em dia com
os temas mais relevantes
apresentados pelos
especialistas mais relevantes.

OPORTUNIDADE ÚNICA!

INSCRIÇÕES ABERTAS!



www.hdu2017.org.br