



Aceda à versão digital

ATUALIZAÇÃO E REENCONTRO



Oportunidade ímpar para atualização científica e formação, o Encontro Renal 2025 é organizado pelo Serviço de Nefrologia da Unidade Local de Saúde de São José/Hospital Curry Cabral e integra o XXXIX Congresso Português de Nefrologia, o XVI Congresso Luso-Brasileiro de Nefrologia e o XXXIX Congresso da Associação Portuguesa de Enfermeiros de Diálise e Transplantação (P.24-27). Depois de um dia dedicado aos cursos pré-congresso (P.4-7), o programa científico arrancou ontem, com destaque para a apresentação dos dados de 2024 dos registos da doença renal crónica (P.10) e das biópsias renais (P.12), assim como para as conferências sobre megatendências económicas (P.8) e inteligência artificial em Medicina (P.13). No programa de hoje, salienta-se o *update* em nefrolitíase (P.14 e 16), nefrogenética (P.16) e transplantação renal (P.20). No sábado, as atenções centram-se nos debates em torno da formação e da certificação em Nefrologia (P.22), bem como do percurso do doente renal crónico (P.23).

MEMBROS DA COMISSÃO ORGANIZADORA (CO), DA COMISSÃO CIENTÍFICA (CC) E DA DIREÇÃO DA SPN: Dr.ª Ana Farinha (vice-presidente da SPN), Dr. Marco Mendes (CO), Dr. Luís Resende (secretário da SPN), Dr.ª Manuela Almeida (vogal da direção da SPN), Dr.ª Ana Cortesão Costa (tesoureira da SPN), Prof.ª Helena Sá (CC), Dr.ª Inês Aires (CO), Prof.ª Luísa Lobato (presidente da CC), Prof. Aníbal Ferreira (presidente do Encontro Renal 2025), Prof. Edgar Almeida (presidente da SPN), Prof.ª Ana Carina Ferreira (vice-presidente do Encontro Renal 2025), Prof.ª Maria do Sameiro Faria (CC), Dr. Miguel Bigotte Vieira, Dr.ª Dulce Carvalho, Dr. Fernando Caeiro, Dr. João Sousa, Dr. David Navarro e Dr. Mário Góis (membros da CO).

PUB.

CSL

REFERÊNCIAS: 1. Di Palo KE, et al. JAMA Netw Open. 2022;5(1):e2145236.doi:10.1001/jamanetworkopen.2021.45236. 2. Butler J, et al. Eur Heart J 2022; 43(41): 4362–4373. 3. Bushinsky DA, et al. AJKD 2023; 82(1): 97–104. 4. Bakris GL, et al. JAMA 2015;314(2):151–61.

Medicamento sujeito a receita médica. Medicamento não compartilhado. Para mais informações contactar o Titular da AIM e/ou o distribuidor em Portugal: Vifor Pharma Portugal, S.A. Titular da Autorização de Introdução no Mercado: Vifor Fresenius Medical Care Renal Pharma France. 100–101 Terrasse Boieldieu. Tour Franklin La Défense 8. 92042 Paris La Défense Cedex França. PT-PAT-2500056 Outubro 2025



RCM DISPONÍVEL AQUI



Simplifique o controlo
da Hipercalemia

Veltassa
(patiromero) pó para
suspensão oral



EFICAZ
desde o início¹



Sem comprometer
a SEGURANÇA^{2,3}



Elevada ADESAO
do doente⁴

PARA UM MELHOR CONTROLO DAS VASCULITES ASSOCIADAS AOS ANCA (GPA/PAM)

Assuma o controlo da GPA/PAM com um tratamento inovador e dirigido, que proporciona uma melhoria da função renal com redução da toxicidade dos CC¹⁻³

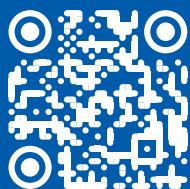
Regime de tratamento baseado em TAVNEOS®:

- remissão clínica não inferior à Semana 26 e remissão clínica sustentada superior à Semana 52 vs. um regime baseado em CC¹
- melhoria sustentada da função renal ao longo de 1 ano vs. um regime baseado em CC¹
- redução da utilização de CC, com uma redução significativa da toxicidade associada aos CC vs. um regime baseado em CC¹⁻⁴



TAVNEOS® demonstrou ter um perfil de segurança **favorável**¹

TAVNEOS® é o **primeiro tratamento dirigido** para a VAA já reconhecido nas recomendações EULAR 2022 e KDIGO 2024^{3,5,6}



Quer saber toda a informação primeiro?

Preencha este formulário para receber conteúdos exclusivos.

TAVNEOS®, em associação com um regime de rituximab ou ciclofosfamida, está indicado para o tratamento de doentes adultos com granulomatose com poliangite (GPA) ou poliangite microscópica (PAM) nas suas formas graves e ativas.² O tratamento com TAVNEOS® deve ser iniciado e monitorizado por profissionais de saúde com experiência no diagnóstico e tratamento da GPA ou PAM.²

ANCA, anticorpos anticitoplasma de neutrófilos; **EULAR**, *European Alliance of Associations for Rheumatology*/Aliança Europeia de Associações de Reumatologia; **CC**, corticosteroides; **GPA**, granulomatose com poliangite; **PAM**, poliangite microscópica; **VAA**, vasculite associada aos anca.

Referências: 1. Jayne D, et al. *N Engl J Med* 2021;384(7):599–609. 2. RCM do TAVNEOS® consultado em junho 2024. 3. European Medicine Agency (2021). First-in-class medicine recommended for treatment of rare blood vessel inflammation. Available at: <https://www.ema.europa.eu/en/news/first-class-medicine-recommended-treatment-rare-blood-vessel-inflammation>. Date accessed: February 2024. 4. Stone J, et al. *Semin Arthritis Rheum* 2022;55:152010. 5. Hellmich B, et al. *Ann Rheum Dis* 2023;0:1–18.2023;0:1–18. 6. *Kidney Int.* 2024;105 (3S): S71–S116.

▼ Este medicamento está sujeito a monitorização adicional. Isto irá permitir a rápida identificação de nova informação de segurança. Pede-se aos profissionais de saúde que notifiquem quaisquer suspeitas de reações adversas. Medicamento Sujeito a Receita Médica Restrita. Medicamento não compartilhado.



ACEDA AQUI
ao RCM do TAVNEOS®

OPORTUNIDADE ÚNICA DE ATUALIZAÇÃO E REENCONTRO

Cara(o)s Colegas e Amiga(o)s,

Com mais de 800 inscrições, podemos ter a expectativa de um enorme sucesso no Encontro Renal de 2025, que integra o XXXIX Congresso Português e o XVI Congresso Luso-Brasileiro de Nefrologia, bem como o XXXIX Congresso da Associação dos Enfermeiros de Diálise e Transplantação (APEDT).

Contamos com a participação, ativa e presencial, dos presidentes das Sociedades Europeia, Brasileira e Espanhola de Nefrologia, que comprova a internacionalização crescente da Nefrologia portuguesa, com óbvios benefícios (sobretudo para os mais jovens) nas áreas da formação e da investigação. Esta é a melhor resposta que podemos dar aos populismos, às barreiras, ao isolacionismo e aos ataques à investigação e aos centros universitários, que, de forma crescente e irracional, têm surgido em vários pontos do globo.

Obviamente, tivemos de fazer escolhas, mas um dos nossos principais objetivos foi comparar, de forma consequente, os resultados nacionais, nomeadamente dos nossos registos de doença renal crónica (DRC) e biópsias renais, com os internacionais.

Vivemos uma fase particularmente promissora e entusiasmante na Nefrologia, fruto de novas terapêuticas e tecnologias, que modificam o prognóstico da doença renal, nomeadamente: novos fármacos que integram os pilares da proteção e do tratamento da síndrome cardiorenal, outros que reduzem a inflamação e a esclerose renal, e muitos outros que já se encontram em ensaios clínicos avançados, aparentemente com bastante sucesso. Também os desenvolvimentos na otimização da (hemo)diálise domiciliária e personalizada e, um pouco mais distante, da xenotransplantação prometem um futuro entusiasmante para a nossa especialidade.

Podemos dizer, sem grande risco de falhar, que os doentes que trataremos dentro de dez anos serão completamente diferentes dos atuais! No entanto, para que tal aconteça, a Nefrologia portuguesa tem de integrar as novas ferramentas da inteligência artificial, os resultados de estudos epidemiológicos mais robustos, mediante a utilização de “mega dados”, bem como garantir o acesso aos progressos no diagnóstico e na terapêutica das doenças renais a toda a população portuguesa. Somos todos chamados para esse desafio

A CELEBRAÇÃO DA NEFROLOGIA

O Encontro Renal (ER) é já um marco no calendário da Nefrologia nacional e internacional. Em 2025, a Sociedade Portuguesa de Nefrologia (SPN) organiza o XXXIX Congresso Português e o XVI Congresso Luso-Brasileiro de Nefrologia. Palco de partilha de desafios e oportunidades, de atualização de conhecimentos e reencontro de colegas e amigos, o ER25 é uma celebração do nosso compromisso inabalável para com a Nefrologia.

Neste congresso, refletimos sobre desafios bem conhecidos, como a crescente prevalência da doença renal crónica (DRC) – muitas vezes subdiagnosticada em fases iniciais –, a complexidade inerente à gestão destes doentes ou a importância da sustentabilidade. Também amadurecemos as oportunidades emergentes, como o progresso notável na área da investigação translacional, desde os conhecimentos da genética no diagnóstico às terapêuticas farmacológicas inovadoras, que estão a redefinir o prognóstico da DRC.

É também objetivo deste ER inspirar os nossos internos em formação, contribuindo para a crescente curiosidade, o entusiasmo e a ampliação de conhecimentos e redes de contacto que apoiem uma carreira gratificante. Aproveitem intensamente este congresso: questionem, debatam, partilhem! O futuro da Nefrologia está nas vossas mãos.

É também de salientar a partilha do ER com a Associação Portuguesa dos Enfermeiros de Diálise e Transplantação (APEDT), que organiza o seu

e cada um de nós poderá ser responsabilizado por passar ao lado dessas intervenções modificadoras do prognóstico da DRC.

O Encontro Renal 2025 é uma oportunidade única de atualização para todos os profissionais envolvidos na prevenção (que terá de se transformar na componente mais relevante) e no tratamento das doenças renais. Estou certo de que é igualmente o palco ideal para celebrarmos, com alegria e amizade, o prazer de estarmos juntos. 🌟

Desejo-vos um excelente congresso!

Aníbal Ferreira

Presidente do Encontro Renal 2025



Prof. Aníbal Ferreira (presidente do Encontro Renal 2025), Dr.ª Ana Farinha e Prof. Edgar Almeida (respetivamente, vice-presidente e presidente da SPN).

XXXIX Congresso. O sucesso reside na colaboração, pelo que é uma honra partilhar este encontro com os enfermeiros que se dedicam à mesma causa, contribuindo também para a rápida e profunda transformação da Nefrologia.

Como “quem só sabe de Medicina, nem de Medicina sabe”, convidamos todos os congressistas para o Jantar do Congresso, um evento descontraído de convívio social. Troque os slides por histórias, os artigos científicos por um momento de dança, num ambiente descontraído e elegante.

Tudo isto só foi possível com o empenho inestimável dos elementos da Comissão Organizadora, da Comissão Científica, da Direção da SPN e, claro, ao patrocínio das empresas da indústria farmacêutica.

Em nome da Direção da SPN, desejo a todos um congresso de elevado nível científico, de rica partilha humana e de inspiração contínua. Que estes dias reforcem o espírito de união na nossa missão comum: cuidar dos rins, cuidar da vida! 🌟

Ana Farinha

Vice-presidente da Sociedade Portuguesa de Nefrologia

FORMAÇÃO CONSOLIDA BASES CLÍNICAS DOS TRÊS PRIMEIROS ANOS DE INTERNATO

Iniciada em 2023 para internos de Nefrologia do 1.º ano, dois anos depois, a Kidney Academy já proporciona formação até ao 3.º ano do internato, com módulos que aliam a teoria à prática. Em 2025, a formação destinada ao 1.º ano decorreu nos dias 7 e 8 de novembro, na sede da Boehringer Ingelheim, que organiza esta iniciativa em parceria com a Sociedade Portuguesa de Nefrologia (SPN). Os módulos para internos do 2.º e do 3.º anos realizaram-se na passada quarta-feira, integrados no programa pré-congresso deste Encontro Renal.

 Raquel Oliveira  Mário Pereira e Rui Santos Jorge



Organizadores e participantes do módulo dirigido aos internos do 1.º ano (7 e 8 de novembro, Lisboa). O Prof. Edgar Almeida, presidente da SPN (à frente), deu as boas-vindas aos formandos deste módulo, que teve os Drs. Luís Mendonça e Gonçalo Pimenta como formadores (fila de trás, respetivamente 5.º e 7.º a contar da esquerda).

Lesão renal aguda (LRA), doença renal crónica (DRC) e distúrbios hidroeletrólíticos e ácido-base foram os temas da formação dirigida aos internos do 1.º ano. O Dr. Gonçalo Pimenta, nefrologista na Unidade Local de Saúde (ULS) de Lisboa Ocidental/Hospital de Santa Cruz, apresentou a incidência e os contextos clínicos da LRA, “desde situações menos graves na urgência, por onde os internos de 1.º ano de Nefrologia passam, até aos casos complexos em unidades de cuidados intensivos”.

Um dos objetivos do formador foi “ajudar a identificar precocemente qual será a provável evolução da LRA e distinguir quando requer técnica de substituição da função renal ou apenas terapêutica médica”. Suportando-se em casos clínicos, Gonçalo Pimenta referiu o que dizem as *guidelines* mais atuais relativamente ao processo de diagnóstico até identificação da causa e à seleção do devido tratamento. Entre os principais desafios, o nefrologista destaca “a prevenção e a deteção precoce da LRA”, chamando a atenção para os fatores de risco e os novos biomarcadores.

Por sua vez, o Dr. Luís Mendonça abordou a DRC, enfatizando a importância do rastreio, sobretudo com base na taxa de filtração glomerular e nos níveis de albuminúria. “Há ainda um défice no recurso à albuminúria no rastreio da DRC nos doentes sem diabetes *mellitus*”, alerta o nefrologista na ULS de São João, no Porto, realçando que “a prevenção começa na identificação dos doentes de risco, nomeadamente aqueles que apresentem hipertensão arterial, obesidade, doença cardiovascular, idade avançada ou história familiar de DRC”. Para tal, “é necessário reforçar a articulação entre os cuidados de saúde primários e a Nefrologia”.

A fisiopatologia da DRC, o seu elevado peso epidemiológico em Portugal e o tratamento foram outros aspetos analisados por Luís Mendonça. Na vertente terapêutica, o formador destacou que os doentes com DRC “devem ser abordados tendo em conta o contínuo cardiorenal e metabólico”. Nesse sentido, assumem especial importância fármacos como os inibidores do cotransportador de sódio e glicose tipo 2 (iSGLT2) e os antagonistas dos recetores de mineralocorticoides, que, “além de reduzirem o risco de eventos cardiovasculares, também têm benefício demonstrado ao nível renal”.

A maior componente prática da formação dirigida aos internos do 1.º ano incidiu nos distúrbios hidroeletrólíticos e no equilíbrio ácido-base, com os dois formadores a apresentarem casos clínicos interativos. “O objetivo foi que os internos aplicassem rapidamente as ferramentas de diagnóstico diferencial e estabelecessem a estratégia terapêutica adequada”, explica Luís Mendonça. Embora reconheça que “os distúrbios hidroeletrólíticos são um pouco abstratos e difíceis de traduzir

na prática clínica”, Gonçalo Pimenta realça a “importância de os internos adquirirem essas bases logo no início da formação”.

GLOMERULOPATIAS, HISTOMORFOLOGIA RENAL E DOENÇA RENAL DIABÉTICA

Estes foram os temas desenvolvidos no módulo destinado aos internos do 2.º ano, na passada quarta-feira. Responsável por abordar a doença renal diabética (DRD), o Dr. Luís Rodrigues falou sobre a epidemiologia, a fisiopatologia, a histologia, o diagnóstico e as novas terapêuticas.

Segundo o nefrologista na ULS de Coimbra, o aumento da diabetes e da obesidade tem contribuído para o crescimento dos casos de DRD. Por isso, “é fundamental rastrear todos os doentes com diabetes tipo 2 e acompanhar de perto os que têm diabetes tipo 1, pois o diagnóstico precoce altera completamente o prognóstico”.

Ao nível do tratamento, Luís Rodrigues constata uma mudança de paradigma, com a associação de inibidores da enzima de conversão da angiotensina e antagonistas dos recetores da angiotensina II a surgir como “a terapêutica ideal”, estando os iSGLT2 no segundo pilar do tratamento da DRD. Acrescem os antagonistas dos recetores de mineralocorticoides, entre os quais a finerenona, que, “recentemente, estabeleceu-se como uma terapêutica bastante útil”, e os agonistas do recetor do peptídeo semelhante ao glucagon. “Estes são os quatro pilares do controlo da proteinúria, da progressão da DRD e do risco cardiovascular”, resume o formador.

O nefrologista na ULS de Coimbra antecipa que “a investigação poderá trazer novos fármacos, sobretudo de associação a outros já consolidados, como os iSGLT2”. Considerando que o caminho passa pela medicina de precisão, “é necessário compreender bem a fisiopatologia da DRD para saber que arma terapêutica aplicar em cada doente”. Num cenário em que “mais de metade dos doentes que os internos vão observar terão esta patologia”, Luís Rodrigues defende que, “quanto mais cedo a compreenderem, melhor a irão tratar”.

“DEVEMOS OLHAR PARA A BIÓPSIA RENAL COMO DETETIVES”

A afirmação é do Dr. Mário Góis, que se deteve sobre a histomorfologia renal, com foco nas doenças glomerulares, no módulo dirigido aos internos do 2.º ano. Segundo o nefrologista na ULS de São José/Hospital Curry Cabral, em Lisboa, “para um correto diagnóstico, não é possível dissociar a apresentação clínica da análise histológica da biópsia renal”. Assim, este tema “é estruturante nesta fase do internato de Nefrologia, pois só conhecendo a expressão morfológica da doença é que se consegue compreender a patologia glomerular na sua plenitude”.

Esta parte da formação centrou-se na interpretação da biópsia renal, com análise das principais técnicas – histoquímica, imunológicas (nomeadamente imunofluorescência e imuno-histoquímica) e microscopia eletrónica. O maior desafio, afirma Mário Góis, “é a correlação anatomoclínica, ou seja, perceber como os achados histológicos se relacionam com os achados clínicos e laboratoriais”.

Aos internos, o formador deixa os seguintes conselhos: “Devem ser metódicos, estar atentos ao detalhe e ter espírito crítico. Mais importante do que chegar rápido ao diagnóstico é identificar bem as alterações existentes para uma correta avaliação da biópsia. Para tal, é preciso questionar e usar todas as ferramentas disponíveis.” E conclui: “Devemos olhar para a biópsia renal como detetives, sempre com uma perspetiva crítica e curiosa, para retirarmos a informação que nos permitirá seguir os nossos doentes da melhor forma possível.”

Também formadora do 2.º módulo da Kidney Academy 2025, a Prof.ª Joana Gameiro desenvolveu o tema das doenças glomerulares, incidindo sobre a sua apresentação clínica, a fisiopatologia e novos avanços no tratamento. Apesar de individualmente raras, no seu conjunto, estas patologias “representam a terceira principal causa de DRC e afetam sobretudo os adultos jovens, com enorme impacto na sua vida. É, por isso, essencial despertar o interesse dos internos nesta área, não só pela relevância clínica, mas também pelo seu potencial de inovação diagnóstica e terapêutica”, defende a nefrologista na ULS de Santa Maria, em Lisboa.

Ao nível do diagnóstico, “os principais desafios residem na identificação de biomarcadores que possibilitem um diagnóstico por métodos não invasivos, uma vez que a biópsia renal continua a ser o único meio de confirmação da maioria destas patologias”, indica a formadora. Dado que as glomerulopatias “têm formas de apresentação muito heterogéneas, desde as mais silenciosas até quadros rapidamente progressivos para DRC, é importante conseguir um diagnóstico mais precoce, para intervir atempadamente e melhorar o prognóstico dos doentes”.

Já o tratamento tem evoluído significativamente. “Até há poucos anos, as opções terapêuticas eram escassas. Os avanços no conhecimento sobre a fisiopatologia destas doenças tem impulsionado o desenvolvimento de terapêuticas dirigidas, que começam agora a ser aprovadas. Por isso, as *guidelines* têm sofrido alterações significativas e, nos próximos anos, vamos assistir a uma verdadeira transformação na abordagem das glomerulopatias”, antecipa a também professora na Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

GENÉTICA, GRAVIDEZ E DOENÇAS TÚBULO-INTERSTICIAIS

Também na passada quarta-feira, decorreu a primeira formação da Kidney Academy dirigida a internos do 3.º ano. Os temas desenvolvidos foram as doenças renais congénitas e hereditárias, as nefrites túbulo-intersticiais e a doença renal na gravidez. O Dr. Rui Barata centrou-se nas doenças renais congénitas e hereditárias mais frequentes na prática clínica, nomeadamente a doença renal poliquística autossómica dominante e as nefropatias do colagénio tipo IV.

O nefrologista na ULS de São José/Hospital Curry Cabral realça a importância de os internos “terem noção das *red flags*” destas patologias raras, uma vez que, “se não estiverem alerta, não as vão conseguir diagnosticar”. Um exemplo clássico é a doença de Fabry, que “passa despercebida com frequência e tem uma longa odisséia diagnóstica, podendo apresentar, entre outras, alterações cardíacas (mais frequentemente hipertrofia ventricular esquerda) e neurológicas periféricas ou centrais”. Assim, “muitos doentes com patologias multissistémicas acabam por percorrer diversas especialidades, culminando, por vezes, na ausência de diagnóstico”.

Rui Barata também falou sobre o papel dos testes genéticos, que têm vindo a ganhar grande importância no diagnóstico das doenças renais, mas “exigem que se saiba quando os pedir e como os interpretar”. Incidindo, sobretudo, no diagnóstico e no tratamento, o formador recorreu a casos clínicos, de modo a facilitar a transposição da teoria para a prática.



Formandos do módulo dirigido aos internos do 2.º ano, com os formadores ao centro: Dr. Mário Góis, Prof.ª Joana Gameiro e o Dr. Luís Rodrigues.

Por seu turno, a Dr.ª Sofia Jorge explorou as nefrites túbulo-intersticiais agudas e crónicas. Nas primeiras, “o diagnóstico deve começar pelo mais simples e acessível – o sedimento urinário –, que pode apresentar leucócitos e eosinófilos”, sem esquecer a “relevância da biópsia renal, ainda que seja um exame mais invasivo”, indica a nefrologista na ULS de Santa Maria.

Já nas formas crónicas das nefrites túbulo-intersticiais, “a pobreza semiológica, nomeadamente ao nível do sedimento urinário, que pode manter-se inalterado ou apresentar alterações muito ténues, é uma dificuldade diagnóstica”. Por outro lado, os casos de doença avançada “limitam o recurso à biópsia”, além de que “os achados da biópsia nem sempre permitem chegar a um diagnóstico etiológico”. Assim, “nesta era da medicina personalizada, o diagnóstico molecular, nomeadamente o genético, pode ter um papel importante”, sublinha Sofia Jorge.

Também foram abordadas as nefrites intersticiais de causa não esclarecida, como a nefropatia mesoamericana descrita na América Central e, mais recentemente, em países como o Sri Lanka e o Nepal”. A formadora abordou ainda as nefrites intersticiais crónicas autossómicas dominantes, hereditárias e a nefrotoxicidade de substâncias como o lítio, que “pode conduzir a nefrite intersticial crónica irreversível”.

Segundo a **Dr.ª Sofia Jorge**, as nefrites túbulo-intersticiais agudas “têm maior potencialidade terapêutica, através da remoção do agente causal da nefrotoxicidade ou da prescrição de imunossupressão, geralmente corticoterapia”. Já nas formas crónicas, espera-se que “o avanço no conhecimento fisiopatológico possa trazer terapêuticas específicas”. “Mesmo que as nefrites túbulo-intersticiais não sejam exuberantes do ponto de vista semiológico, é essencial reconhecê-las, para tratar a fase aguda, atrasar a progressão para cronicidade e abrir caminho às terapêuticas modificadoras que se esperam para breve”, conclui a nefrologista.

Na parte dedicada à nefro-obstetria, a Dr.ª Andreia Borges realçou que “na gravidez, a doença renal é um grande desafio devido ao risco acrescido de complicações materno-fetais”. A nefrologista na ULS de Coimbra discutiu as alterações renais próprias da gestação, focando-se, depois, na lesão renal aguda na gravidez e suas etiologias, bem como na DRC pré-existente, incluindo a gestão da nefropatia diabética, do lúpus e da grávida com transplante de rim. A formadora abordou ainda as complicações hipertensivas, nomeadamente a pré-eclâmpsia, que “as grávidas com DRC têm maior probabilidade de desenvolver”.

Assim, Andreia Borges destaca a importância da consulta de pré-conceção para “prevenir e minimizar muitas complicações que podem ocorrer em gravidezes de mulheres com doença renal conhecida”. No caso das transplantadas, “é preciso alterar a medicação para garantir uma gravidez mais segura”. Já as mulheres em hemodiálise ou diálise peritoneal “não têm de suspender o tratamento, mas o programa dialítico deve ser adaptado”.

Uma vez que as consultas de nefro-obstetria só existem nos hospitais centrais, Andreia Borges considera “fundamental que os internos de Nefrologia conheçam as doenças associadas à gravidez que envolvem o rim, para as saberem gerir”. Por exemplo, “é importante saber que uma creatinina de 0,9 pode ser anormal na gravidez”, remata. 🧠



Participantes no módulo destinado aos internos do 3.º ano acompanhados por dois dos formadores, Dr. Rui Barata e Dr.ª Andreia Borges, e pelo presidente da Sociedade Portuguesa de Nefrologia, Prof. Edgar Almeida (ao centro).





DESAFIO DA SUSTENTABILIDADE AMBIENTAL NA DIÁLISE



O ponto de situação atual e as estratégias a seguir para reduzir o impacto ambiental da diálise estiveram em análise no curso pré-congresso realizado na tarde da passada quarta-feira. Com os contributos de quatro especialistas no tema, foi possível discutir estratégias para equilibrar os melhores cuidados renais com o menor impacto ambiental.

Raquel Oliveira

“Em Portugal, o sistema de saúde representa cerca de 5% do total de emissões com impacto ambiental. A hemodiálise é uma técnica extremamente exigente em termos de consumo de recursos, podendo cada tratamento implicar um consumo superior a 350 litros de água e 10kWh de energia. Contas feitas, o tratamento de cada doente poderá gerar a emissão de três a dez toneladas de dióxido de carbono equivalente por ano, o que levanta desafios importantes para a sustentabilidade ambiental”, começa por contextualizar o Dr. Rui Lucena, coordenador do curso, que integra o comité ISO TC150/SC2 e lidera, no âmbito do grupo de trabalho WG5 (*Renal Replacement, Detoxification and Apheresis*), a série de normas ISO 23500.

A ideia de organizar esta formação no âmbito do Encontro Renal 2025 surgiu, precisamente, da “necessidade de integrar a excelência clínica com a responsabilidade ambiental”. Através de um curso “muito pragmático”, os oradores pretenderam sensibilizar os participantes para “a redução de consumos sem comprometer os *outcomes* clínicos”, assegura o também diretor de *WTS & Services Excellence* na Fresenius Medical Care Deutschland GmbH.

Defendendo que “a sustentabilidade ambiental deve ser encarada como uma dimensão da qualidade assistencial”, Rui Lucena afirma que “cada decisão clínica e técnica tem impacto direto na utilização de recursos e na pegada ambiental”. Por isso, “é fundamental que cada profissional de saúde integre as metas ambientais nos seus indicadores de desempenho”.

ECOLOGIA INTEGRAL DO SETOR DA SAÚDE

Depois da introdução ao curso, o Prof. João Queiroz e Melo, vice-presidente do Conselho Português para a Saúde e Ambiente, falou sobre o desafio da ecologia integral do setor da Saúde, começando por referir que, “em Portugal, todos os anos, entre três a dez mil pessoas morrem prematuramente ou ficam incapacitadas devido aos impactos ambientais causados pelo setor da Saúde”. Acontece que “um terço deste número seria evitável se fossem adotadas práticas sustentáveis”.

Ainda que reconheça uma maior sensibilização dos profissionais de saúde para este assunto na atualidade, o cirurgião cardiotorácico destaca que “não basta compreender – é preciso agir”, sendo que “cada hospital, cada especialidade e cada grupo deve aplicar estratégias adequadas à sua realidade”. Nesse sentido, é necessário reavaliar práticas, por exemplo relativas à gestão dos resíduos hospitalares, tema que aborda no livro *Cuidados de Saúde e Ambiente – Uma Verdade Incómoda*, da sua autoria.

João Queiroz e Melo defende que as mudanças devem ocorrer também ao nível da legislação, que “está em contraciclo com algumas recomendações da Organização Mundial da Saúde, por exemplo no que respeita à Lei dos Resíduos Hospitalares”. E explicita: “Em Portugal, classificam-se como potencialmente perigosos muitos materiais e dispositivos que estão estéreis e, por isso, poderiam ser reutilizados e integrados na economia circular, mas que acabam incinerados ou em aterros. Quando não for próprio para o homem, pode ser para o animal, para a planta ou até para a recuperação de matérias primas. Isto é possível e desejável! Existe agora um projeto de portaria que espero venha atualizar a regulamentação atual. A expectativa é grande, mas a perplexidade também, porque é conhecida a dificuldade do nosso país em inovar e decidir em tempo oportuno.”

O cirurgião cardiotorácico alerta ainda para a “utilização excessiva e desnecessária de recursos como luvas, por razões históricas e culturais”, e para o desperdício de materiais estéreis descartáveis incluídos nos pacotes pré-formatados, que não chegam a ser utilizados. “Nos hospitais, a quantidade de materiais que vão para o lixo intactos é enorme!”, lamenta o preletor, chamando ainda a atenção para a necessidade de os equipamentos serem usados com critério. “Frequentemente, os computadores ficam ligados 24 horas por dia e as luzes estão acesas mesmo em dias de sol brilhante”, exemplifica.

Sustentando-se num estudo que realizou neste âmbito, João Queiroz e Melo frisa que, além do menor impacto ambiental, a alteração de algumas práticas diárias traduzir-se-ia numa grande poupança monetária. “Os países que não aplicam boas práticas de sustentabilidade ambiental são precisamente os que apresentam piores índices de desenvolvimento humano e de transparência”, indica.

BALANÇO ENTRE MELHOR CUIDADO RENAL E MENOR IMPACTO AMBIENTAL

No curso, seguiu-se a palestra do Dr. Ivo Laranjinha acerca de estratégias que podem ser adotadas para equilibrar o melhor cuidado renal com o menor impacto ambiental. O objetivo do nefrologista na Unidade Local de Saúde de Lisboa Ocidental/Hospital de Santa Cruz foi “mostrar que é possível ter uma atitude sustentável do ponto de vista ambiental, económico e social, ao mesmo tempo que se melhoram os cuidados de saúde”.

Para tal, em Nefrologia, a prioridade deverá ser a adoção de “estratégias de prevenção e tratamento precoce das pessoas em risco de desenvolver doença renal crónica”. A personalização dos cuidados é outra medida que o preletor considera essencial e que “pode ser aplicada, desde logo, com a prescrição de

diálise incremental ou decremental". Por outro lado, "a toma assistida da medicação durante a diálise ou a seleção dos fármacos realmente essenciais poderiam ajudar a combater a baixa adesão à terapêutica dos doentes em diálise".

Ivo Laranjinha, que também coordena a *Sustainable Nephrology Task Force* da European Renal Association, reconhece que "muitos profissionais ainda sentem um dilema ético quando pensam na introdução da variável ambiental nas decisões clínicas, como se tal pudesse desvirtuar a relação médico/doente e o lugar prioritário do doente no centro dos cuidados". Por isso, um dos seus objetivos no curso foi "desmistificar essa ideia falaciosa, até porque há muito tempo que são consideradas outras variáveis, como o custo financeiro ou a disponibilidade de medicamentos no processo de prescrição". "Todos reconhecemos a importância da sustentabilidade económica e a sustentabilidade ambiental deve ser encarada com a mesma importância, atendendo ao impacto reconhecido das alterações climáticas na saúde renal", defende.

O nefrologista reforça ainda a responsabilidade do médico para com os doentes e a sociedade civil, pelo que "cada decisão, desde a prescrição de diálise ou medicação até à marcação de consultas, deve ser tomada da forma mais responsável possível". "Os médicos e as instituições de saúde são vistos como garantes de qualidade e rigor científico, pelo que, ao mostrarem preocupação com a pegada ambiental da sua atividade, servirão de exemplo para a sociedade", remata Ivo Laranjinha.

POUPANÇA E TRATAMENTO DE ÁGUAS

Em seguida, Rui Lucena apresentou estratégias para poupança de água em diálise, que passam, desde logo, pelo recurso a "tecnologias mais eficientes, nomeadamente através da seleção de sistemas de tratamento de água e monitores de hemodiálise com menor consumo de água e energia". A utilização do "modo *standby* até ao início do tratamento" e a "melhor gestão de fluxos e perdas, através da identificação e eliminação de fugas, do ajuste dos débitos da solução dialisante e do reaproveitamento da água rejeitada pelo sistema de osmose inversa" são outras práticas que defende.

O perito da ISO sugere ainda "a combinação de tecnologias mais eficientes com o reaproveitamento de águas, a otimização de fluxos e a implementação de medidas de eficiência energética, a fim de reduzir, significativamente, o consumo de recursos, sem comprometer a qualidade clínica dos tratamentos". No curso, Rui Lucena referiu os parâmetros cruciais do sistema de tratamento de águas e o seu controlo numa unidade moderna de diálise, o que "está diretamente relacionado com a segurança dos doentes e a viabilidade dos tratamentos".

Quanto aos parâmetros que podem ser monitorizados diariamente, como pH, temperatura, condutividade, cloro total, pressões transmembranárias e fluxos, Rui Lucena considera que a monitorização "deve ser realizada *online*, para permitir a deteção imediata de desvios e uma atuação preventiva, evitando riscos para o doente e interrupções de serviço". Já as análises físico-químicas e microbiológicas "têm de ser realizadas em laboratório, tanto na fase de validação como na monitorização do sistema". Contudo, "começam a surgir soluções tecnológicas capazes de monitorizar alguns destes parâmetros em tempo real, mas o custo é a principal barreira à sua adoção generalizada".

O preletor realçou ainda a importância de "não descurar a manutenção e a desinfeção do sistema, que implicam um planeamento rigoroso, a fim de assegurar a estabilidade do desempenho e o prolongamento da vida útil dos equipamentos, minimizando os riscos microbiológicos inerentes a qualquer circuito hidráulico".

CONTRIBUTO DA HEMODIAFILTRAÇÃO DE ALTO VOLUME

Para responder à interrogação sobre se a hemodiafiltração de alto volume *online* oferece maior eficiência e sustentabilidade em comparação à hemodiálise de alto fluxo, tomou a palavra o Prof. Bernard Canaud. "A hemodiafiltração combina duas ações – a depuração por difusão e por convecção –, aumentando a eficiência da depuração e alargando o espectro das toxinas urémicas eliminadas, pois é



Intervenientes no curso (da esq. para a dta.): Dr. Rui Lucena, Prof. Bernard Canaud, Prof. João Queiroz e Melo e Dr. Ivo Laranjinha.

capaz de remover substâncias de maior peso molecular", começa por explicar o professor emérito de Nefrologia da Escola de Medicina da Universidade de Montpellier, em França.

O também ex-diretor médico da Fresenius Medical Care destaca o potencial desta técnica para "prevenir ou reduzir a inflamação, característica do perfil fisiopatológico do doente renal, diminuindo assim o risco cardiovascular associado". Também "a melhor tolerância hemodinâmica durante a sessão diminui os episódios de hipotensão". Tudo isto "gera benefícios não apenas bioquímicos, mas também clínicos, reduzindo o risco relativo de morte em cerca de 23%, o que é notável".

Bernard Canaud esclarece que "a administração da dose adequada é crucial para obter benefício". Quanto aos efeitos adversos da hemodiafiltração de alto volume, "alguns estudos mostram não haver riscos acrescidos face à hemodiálise – porventura serão até menores, se cumpridos os requisitos inerentes à qualidade da água, à certificação das máquinas e à aplicação de boas práticas", garante.

Relativamente à perspetiva do doente, o nefrologista francês salienta os "benefícios da hemodiafiltração nos domínios físico, psicológico e social, comparativamente à hemodiálise". Do ponto de vista técnico, "não há dificuldades associadas à implementação desta modalidade", sendo que a própria "automatização das máquinas facilita a realização do tratamento no domicílio". Esta técnica também "apresenta melhor relação custo/efetividade, pois não se associa a maior gasto de consumíveis". Outro aspeto crucial da hemodiafiltração é o "aumento da esperança de vida dos doentes em cerca de dois anos".

O também CEO da MTX Consulting avança que, "atualmente, há 550 mil doentes em hemodiafiltração, o que representa entre 20 a 22% do total de doentes em diálise". Contudo, verifica-se "uma grande variação entre países, com a Europa a registar 25% – Portugal situa-se nos 30% –, enquanto o Japão alcança 55% e os EUA não chegam a 1%". Sendo a hemodiafiltração "a modalidade que mais tem crescido (2 a 6% por ano)", Bernard Canaud acredita que, "dentro de cinco a dez anos, este será o novo *standard of care*".

SABIA QUE...

...a hemodiafiltração de alto volume não aumenta o consumo de água?

"Pelo contrário, pode até reduzi-lo", como assegura Bernard Canaud, justificando que "o volume convectivo depende da fração de filtração". Ora, "quanto maior a fração de filtração, maior a contribuição convectiva, o que permite reduzir o fluxo de dialisante necessário para atingir o mesmo alvo depurativo, otimizando o consumo de água". Os números são esclarecedores: "Numa sessão de hemodiálise convencional de quatro horas, são consumidos cerca de 120 litros de dialisante. Atualmente, com a hemodiafiltração otimizada, conseguimos reduzir para menos de 100 litros, poupando entre 25 a 50 litros de água por sessão de diálise", conclui o nefrologista francês.

FICHA TÉCNICA

Propriedade:



Largo do Campo Pequeno n.º 2, 2.º A
1000-078 Lisboa
Tel.: (+351) 217 970 187
geral@spnephro.pt • www.spnephro.pt



Edição:



Rua Eng.º Fernando Vicente Mendes, n.º 3F (1.º andar), 1600-880 Lisboa
Tlf.: (+351) 219 172 815 • geral@esferadasideias.pt

Direção de projetos: Madalena Barbosa e Ricardo Pereira

Coordenação editorial: Pedro Bastos Reis

Textos: Cláudia Brito Marques, Madalena Barbosa, Pedro Bastos Reis e Raquel Oliveira

Design/Web: Ricardo Pedro

Fotografias: Mário Pereira e Rui Santos Jorge



SESSÃO DE ABERTURA E ENTREGA DE BOLSA DE FINANCIAMENTO



Prof.ª Luísa Lobato, Dr.ª Rosa Matos, Enf.ª Eugénia Santos, Enf. Fernando Vilares, Prof. Emilio Sánchez-Álvarez, Prof. José Moura Neto, Prof. Edgar Almeida e Prof. Aníbal Ferreira (no púlpito).

Na sessão de abertura do Encontro Renal 2025, foram transmitidas mensagens que deixaram patente o entusiasmo com o presente e o futuro da Nefrologia, elevando as expectativas para a partilha científica dos próximos dias. Os intervenientes foram: Prof. Edgar Almeida, presidente da Sociedade Portuguesa de Nefrologia (SPN); Prof. Aníbal Ferreira, presidente do Encontro Renal 2025; Prof. José Moura Neto, presidente da Sociedade Brasileira de Nefrologia; Prof. Emilio Sánchez-Álvarez, presidente da Sociedade Espanhola de Nefrologia; Enf. Fernando Vilares, presidente da Associação Portuguesa de Enfermeiros de Diálise e Transplantação (APEDT); Enf.ª Eugénia Santos, presidente do XXXIX Congresso da APEDT; e Dr.ª Rosa Matos, presidente do Conselho de Administração da Unidade Local de Saúde (ULS) de São José.

De seguida, foi entregue o prémio da SPN para financiamento a projetos de investigação. “A Comissão Científica teve o gosto de apreciar seis projetos muito interessantes, de diferentes áreas da Nefrologia. Existe um alinhamento muito grande entre a SPN, os seus sócios e o trabalho que tem vindo a ser desenvolvido pela European Renal Association”, destaca a Prof.ª Luísa Lobato, presidente da

Comissão Científica da SPN. Destes seis trabalhos, a bolsa, no valor de 15 mil euros, foi entregue ao projeto “Improving risk stratification for kidney disease in children with sickle cell disease (Sickle KIDney Study)”, que tem a Dr.ª Rute Baeta Baptista como primeira autora.

“É um projeto que envolve as Unidades de Nefrologia Pediátrica e de Hematologia Pediátrica da ULS de São José/ Hospital Dona Estefânia, o Instituto de Investigação Científica Bento da Rocha Cabral e o Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge e a Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa”, resume Luísa Lobato. Segundo a também diretora do Serviço de Nefrologia da ULS de Santo António, o risco de doença renal em crianças com doenças de células falciformes assume “cada vez maior importância na Europa”, com foco

na “susceptibilidade de variantes genéticas”.

Assim, como avança Luísa Lobato, os investigadores deste projeto “terão particularmente em conta o risco associado às variantes da apolipoproteína L1 e da heme-oxigenase 1, incluindo áreas clínicas e de investigação, bem como a transição da nefrologia pediátrica para a de adultos, sem esquecer o contributo para a saúde pública”.

Pedro Bastos Reis



Dr.ª Rute Baeta Baptista, primeira autora do trabalho vencedor do prémio de financiamento a projetos de investigação da SPN, com a Prof.ª Luísa Lobato, presidente da Comissão Científica da SPN.

MEGATENDÊNCIAS ECONÓMICAS NA SAÚDE E NA SOCIEDADE

O Prof. Luís Cabral apresentou ontem, na conferência inaugural, uma reflexão abrangente sobre as principais tendências e as grandes transformações em curso na economia e na sociedade, com impacto no setor da saúde.

“Vivemos, atualmente, uma das maiores revoluções industriais da história, comparável à que inaugurou a economia moderna no século XIX”, refere o docente de Economia na New York University Stern School of Business, nos Estados Unidos.

De acordo com o preletor, a revolução digital desenvolveu-se em três fases: “primeiro com o microprocessador, depois com a internet e, atualmente, com a inteligência artificial [IA]”. Para o também diretor académico do Instituto de Políticas Públicas da Nova School of Business and Economics, em Lisboa, a IA deve ser vista como “uma tecnologia de uso genérico, tal como a eletricidade ou a máquina a vapor, com capacidade para gerar inúmeras aplicações em diferentes setores”.

Um dos pontos centrais da conferência foi a reflexão em torno do impacto desta revolução no emprego. “As novas tecnologias destroem profissões, mas não criam desemprego”, garante Luís Cabral, recordando exemplos como “a mecanização da agricultura ou a popularização do computador”. “Se muitos postos de trabalho desapareceram, outros tantos surgiram, conduzindo a sociedades mais produtivas. A mesma lógica aplicar-se-á com a IA”, acredita o especialista. No setor da saúde, o impacto da IA é particularmente visível. Luís Cabral destaca

áreas como a Radiologia, em que “algoritmos já realizam análises preliminares de exames, libertando os médicos para tarefas mais complexas”. “A IA não substituirá profissionais, mas permitirá acompanhar muito mais doentes em menos tempo”, defende. Outro avanço relevante é a robótica, que, “porventura, poderá evoluir para as cirurgias à distância, contribuindo para uma globalização dos cuidados médicos”. Ainda que subsistam barreiras tecnológicas, o economista acredita que estas soluções “deixarão de ser ficção científica para se tornarem numa realidade prática”.

Por fim, Luís Cabral abordou a sustentabilidade económica, sublinhando que a saúde deve ser entendida num contexto mais amplo do estado social. No seu entender, ainda que o Serviço Nacional de Saúde enfrente inúmeros desafios, a sustentabilidade da Segurança Social causa particular apreensão. “Há uma bomba-relógio no sistema de reformas, provavelmente mais grave do que os problemas atuais na área da saúde”, alerta o economista, referindo, no entanto, que “Portugal mantém um serviço público acessível e de qualidade, que é valorizado internacionalmente”.

Luís Cabral conclui que a revolução digital e a IA trazem incertezas, mas também enormes oportunidades: “O futuro do trabalho e da saúde não será o fim do emprego, mas sim a sua transformação”.

Cláudia Brito Marques



Highlights da entrevista em vídeo com o Prof. Luís Cabral e mais fotografias da sua conferência e da sessão de abertura



HIGHLIGHTS DOS CONGRESSOS DA ERA E DA ASN 2025

No arranque da tarde de ontem, o Dr. Miguel Bigotte Vieira apresentou os principais destaques do 62.º Congresso da European Renal Association (ERA), realizado entre 4 e 7 de junho, em Viena, e da Kidney Week 2025, que decorreu mais recentemente, de 5 a 9 de novembro, em Houston, sob a organização da American Society of Nephrology (ASN). O nefrologista centrou-se nas mais recentes inovações terapêuticas e nas tendências emergentes na prática da Nefrologia.

 **Raquel Oliveira**

“**P**rocuirei sintetizar as principais novidades terapêuticas apresentadas nos dois congressos, mas também estudos epidemiológicos e análises secundárias de ensaios recentes. Há avanços interessantes não só nos campos da nefrologia clínica –diabetes, hipertensão arterial, nefropatia por imunoglobulina A (IgA) e lúpus eritematoso sistémico –, mas também no âmbito da transplantação renal”, introduz o nefrologista na Unidade Local de Saúde de São José/Hospital Curry Cabral, em Lisboa.

Entre as novidades terapêuticas, o especialista destaca a divulgação, na Kidney Week 2025, dos resultados do ensaio clínico FINE-ONE, que avaliou o efeito da finerenona, um antagonista seletivo não esteroide do recetor dos mineralocorticoides, em doentes com diabetes *mellitus* (DM) tipo 1. “Foi verificada uma melhoria significativa dos *outcomes* renais, algo que não acontecia há várias décadas nesta população, representando um marco importante”, afirma.

Também o ensaio clínico CONFIDENCE, apresentado no Congresso da ERA, “demonstrou o benefício da utilização combinada de finerenona e empagliflozina em doentes com doença renal crónica [DRC] e DM tipo 2”, salienta Miguel Bigotte Vieira. Esse benefício “também se verificou com a combinação de balcinrenona e dapagliflozina no ensaio clínico MIRO-CKD, que foi divulgado no congresso americano”.

Ao nível da nefropatia por IgA, o preletor destaca que “vários ensaios clínicos com anticorpos monoclonais anti-APRIL, tais como o sibeprenlimab e o zigakibart, têm mostrado uma diminuição sustentada da proteinúria, em alguns casos de cerca de 50%, o que é assinalável, considerando que os doentes tinham a terapêutica-padrão prévia otimizada”.

Outro destaque da Kidney Week 2025 foi a divulgação dos resultados do estudo PISCES, publicado, na mesma altura, no *New England Journal of Medicine*, que avaliou o impacto da suplementação com óleo de peixe nos doentes em hemodiálise. “Foi observada uma redução significativa de eventos cardiovascula-



Dr.ª Sofia Homem de Melo Marques, Dr.ª Sónia Silva (moderadoras) e Dr. Miguel Bigotte Vieira.

res – uma verdadeira novidade, numa população que apresenta elevada taxa de eventos cardiovasculares e de mortalidade para a qual não existiam, até agora, intervenções terapêuticas eficazes”, assinala o nefrologista.

AVANÇOS SIGNIFICATIVOS EM NEFROLOGIA

A inteligência artificial (IA) esteve também em análise no congresso americano, onde foi apresentado um documento de consenso que delineia um *roadmap* para a utilização responsável de IA em Nefrologia. “Um ponto essencial frisado foi o envolvimento direto dos médicos, não só na conceção, mas também no desenvolvimento das ferramentas de IA”, refere Miguel Bigotte Vieira.

Na vertente epidemiológica, o nefrologista destaca a sessão que discutiu a prevalência global, regional e nacional da doença renal crónica (DRC) entre 1990 e 2023, tendo por base o artigo publicado, em simultâneo, na revista *Lancet*, com dados do *Lancet Global Burden of Disease*. “Comparativamente ao relatório anterior, é de salientar que se verificou uma subida da DRC no *ranking* das causas de morte ao nível global”. Segundo Miguel Bigotte Vieira, esse é “mais um dado que vem alertar os decisores clínicos e políticos para a necessidade de se investir não só na investigação de novas terapêuticas, mas também na prevenção da DRC e da sua progressão”.

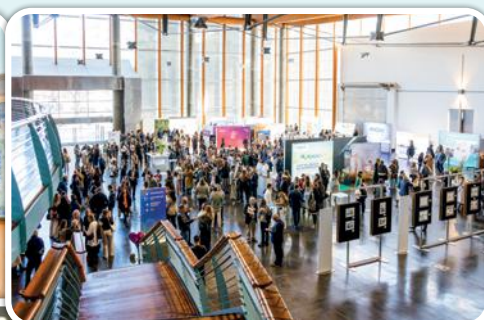
O preletor menciona ainda uma das conferências mais participadas da Kidney Week 2025, intitulada “Yes, We Can... Cure Kidney Diseases”, que abordou a evolução da terapêutica da DRC nas últimas décadas. “Foram referidos fármacos como os inibidores da enzima de conversão da angiotensina, os antagonistas dos recetores de angiotensina e os inibidores do cotransportador de sódio-glicose 2, bem como terapêuticas mais recentes, como os antagonistas seletivos não esteroides dos recetores dos mineralocorticoides, os anticorpos monoclonais anti-APRIL e novos fármacos dirigidos à nefrite lúpica e a doenças mais raras, como a glomerulopatia C3 e a síndrome de Alport”.

Nesta sessão, ficou patente como “os sucessivos ensaios clínicos mostram uma redução progressiva da degradação da taxa de filtração glomerular”, sublinha Miguel Bigotte Vieira. E conclui: “Cada nova classe terapêutica parece aproximar-nos mais do objetivo primordial de estabilizar a função renal ao longo da vida dos doentes renais.”

Destaques da entrevista em vídeo com
o Dr. Miguel Bigotte Vieira e mais imagens da sua intervenção



Instantes



MAIS INSTANTES DO 1.º DIA
DO ENCONTRO RENAL 2025



REDUZIDA TAXA DE MORTALIDADE EM DIÁLISE ATESTA QUALIDADE DO TSFR EM PORTUGAL



Prof.ª Anabela Rodrigues (moderadora), Dr. Rui Filipe (moderador), Dr.ª Ana Galvão e Prof.ª Vianda Stel.

Na sessão dedicada ao registo da doença renal crónica (DRC), após a Dr.ª Ana Galvão apresentar os dados nacionais de 2024, a Prof.ª Vianda Stel analisou esses resultados numa perspetiva internacional. A diretora do Registo da European Renal Association (ERA) afirmou que Portugal se evidencia pelo maior número de doentes a iniciar tratamento substitutivo da função renal (TSFR) e pela reduzida taxa de mortalidade em diálise.

Raquel Oliveira

MAIS FOTOGRAFIAS DA SESSÃO



Como habitual, a Dr.ª Ana Galvão, coordenadora do Gabinete de Registo da DRC da Sociedade Portuguesa de Nefrologia, apresentou os dados mais atuais, referentes a 2024. “Registaram-se 2890 novos doentes a iniciar TSFR em Portugal, representando um ligeiro aumento face a 2023, e 31% destes doentes têm mais de 80 anos de idade. Destes doentes incidentes, 77,6% iniciaram hemodiálise (HD), 9,8% diálise peritoneal (DP) e 12,6% tratamento médico conservador (TMC), o que é bastante significativo”, refere. No final do ano, havia 21 771 doentes em TSFR: 13 177 em HD, 912 em DP, 7385 com transplante renal funcionante e 297 em TMC.

“Apesar de, nos últimos anos, se assistir a uma pequena diminuição da incidência de doentes em diálise, esta continua elevada – 235,5 doentes por milhão de habitantes. A prevalência também permanece elevada, atingindo os 2018 doentes sob diálise ou transplante por milhão de habitantes em 2024”, revela Ana Galvão.

Numa análise detalhada, na hemodiálise, verifica-se que “a incidência aumentou 1,5% e o pool de doentes prevalentes continua a crescer, mas a um ritmo menor face a anos anteriores, com um aumento de 0,7% em relação a 2023. A HD domiciliária, embora ainda residual, é uma prioridade: “Contabilizámos apenas oito doentes nesta modalidade, mas queremos aumentar esse número”, sublinha a nefrologista na Unidade Local de Saúde de Coimbra. A taxa de mortalidade em hemodiálise permanece baixa, à semelhança de 2023.

Já ao nível da DP, registou-se redução da incidência (menos 6,4%) e aumento da prevalência, de 2,6%, que se relaciona com a reduzida taxa de mortalidade, de 3,5%, “a mais baixa de sempre”.

A incidência do transplante renal reduziu 1,8% face a 2023, “embora a prevalência continue a aumentar, o que é ótimo”. Dos 537 transplantes realizados, 71 foram de dador vivo – “o mesmo número de 2023, traduzindo ainda um aumento gradual na percentagem de transplantados prevalentes de dador vivo (12,5% do total).

O TMC também se expandiu: “Mais unidades hospitalares estruturaram consultas organizadas desta modalidade, o que explica o destacado aumento de 12,6% na incidência face a 2023.” Quanto à idade, 83% dos doentes em TMC têm mais de 80 anos e a taxa de mortalidade atingiu os 40,3% em 2024. Contudo, “apenas 30% destes doentes precisaram de internamento e 17% de cuidados paliativos diferenciados, comprovando que se está a tratar bem este grupo de doentes, o que é muito bom”, realça Ana Galvão.

Em jeito de conclusão, a nefrologista indica que, “apesar de a população de doentes com DRC ser muito envelhecida e com elevada taxa de diabetes, a mortalidade em HD e DP permanece baixa, comparativamente à realidade internacional, o que reforça a qualidade dos cuidados prestados em Portugal”.

PERSPETIVA INTERNACIONAL

De seguida, a Prof.ª Vianda Stel, diretora do Registo da ERA, apresentou uma análise crítica dos dados nacionais numa perspetiva internacional, começando por salientar o facto de Portugal ser “um dos países com maior incidência de doentes em diálise e com transplante renal na Europa”. Segundo a também professora e investigadora do Departamento de Informática Médica do Amsterdam University Medical Center, nos Países Baixos, essa realidade deve-se “à maior longevidade dos doentes e à elevada incidência de fatores de risco como a diabetes, além da disponibilidade do TSFR, que não se verifica tanto em países com menos recursos económicos”.

Relativamente à idade média de início do TSFR, “há grande variabilidade entre os países europeus, desde 55 anos na Ucrânia, onde a falta de recursos obriga a tratar apenas os mais jovens, a 72 anos na Grécia”. Estima-se que, a este nível, a realidade portuguesa seja semelhante à grega. Vianda Stel realçou a importância de “Portugal recolher dados sobre a idade de início do TSFR, para se compreender melhor se está associado ao envelhecimento da população ou também a outros fatores”.

O Registo da ERA tem uma cobertura completa na Europa, permitindo comparações precisas. “Podemos analisar a carga da doença renal e identificar a distribuição dos doentes em TSFR nos países europeus”, exemplifica a diretora. Além da análise dos vários registos nacionais, o Registo da ERA também “publica relatórios anuais, redige artigos científicos, organiza cursos centrados na epidemiologia das doenças renais, tratando também da análise e da atualização dos sistemas de codificação”, descreve Vianda Stel.

PORTUGAL NA LINHA DA FRENTE NO TRANSPLANTE RENAL

Segundo a Prof.ª Vianda Stel, Portugal é um dos países europeus onde se realizam mais transplantes renais, referindo que, na liderança, está a vizinha Espanha. Na sua perspetiva, “este é um indicador importante para Portugal, significando que se está a proporcionar mais qualidade de vida aos doentes com DRC a um menor custo para o sistema de saúde, pois o transplante implica menos despesa do que as modalidades de diálise”. Contudo, “embora um terço dos doentes com DRC sejam transplantados em Portugal, essa proporção não é a maior da Europa, pois há países a atingir os 50%”. Ou seja, a percentagem de doentes em diálise ainda é bastante elevada no nosso país.

// 90% - A IMPORTÂNCIA DAS CLÍNICAS PRIVADAS

É inegável a importância das clínicas privadas de hemodiálise em Portugal que, ao longo dos anos, vêm desempenhando uma função essencial no tratamento de 90% dos doentes renais crónicos que necessitam de diálise. E é inegável também a qualidade e o sucesso com que estes tratamentos têm sido prestados. Infelizmente, este papel encontra-se atualmente em risco na sequência de um prolongar de uma situação de insustentabilidade financeira que, em rigor, ameaça a continuidade dos serviços prestados a mais de 13 mil doentes renais crónicos.

Em causa está o congelamento, há 17 anos, do Preço Compreensivo, ou seja, do valor que o Serviço Nacional de Saúde paga aos prestadores por cada doente tratado. Um modelo de financiamento introduzido em 2008 e considerado inovador na altura, que estabeleceu um valor fixo para o tratamento integral, pelos centros, de cada doente, cobrindo todos os custos exceto transportes.

Valor que, nunca foi reposto após intervenção da Troika que reduziu por duas vezes, no mesmo ano, o preço e adicionou a gestão dos acessos vasculares e as transfusões. Há quase duas décadas que nada muda no valor pago pelo Estado, ainda que o mesmo não se possa dizer em relação a todos os fatores de produção cujos custos, pelo contrário, dispararam. Falamos dos salários dos profissionais de saúde, dos consumíveis, da energia e dos equipamentos, regulamente atualizados, um custo totalmente suportado pelas clínicas, que continuam a prestar um serviço essencial que o Estado não quis assumir.

Esta discrepância entre receitas congeladas e despesas em crescimento criou um cenário de asfixia financeira progressiva.

O setor defende que se impõe, pelo menos, a recuperação do valor de há 17 anos, como forma de garantir a viabilidade mínima das unidades e a manutenção da qualidade assistencial.

A dedicação às pessoas que sofrem de doença renal crónica e necessitam de hemodiálise tem sido uma constante e, mesmo em situações de crise prolongada, como a pandemia de Covid-19 ou o "apagão" que, em abril deste ano, deixou o País sem energia ou comunicações. As Unidades de diálise mantiveram-se sempre abertas para a prestação de uma assistência essencial, cuja qualidade e sucesso são reconhecidos internacionalmente e estão muito relacionados, além da competência dos profissionais de saúde portugueses, com a introdução deste modelo de financiamento em 2008. Ora, a valorização dos recursos humanos constitui uma das preocupações dos operadores que, no entanto, vivem agarrados a um valor de reembolso cristalizado no tempo.

Segundo dados da Sociedade Internacional de Nefrologia, a doença renal crónica é a 7.ª principal causa de morte a nível global entre as doenças não transmissíveis, estimando-se que cerca de 850 milhões de pessoas vivam com esta doença em todo o mundo.

Ou seja, não se espera que a procura por tratamento substitutivo renal venha a diminuir. E com a saúde financeira de muitas clínicas em causa, torna-se cada vez mais urgente uma resposta da tutela para garantir a sustentabilidade de um serviço essencial à vida de milhares de portugueses. O tempo urge e o risco de colapso do sistema é real.



Paulo Dinis,
presidente da ANADIAL

// PRINCIPAIS DESAFIOS QUE AFECTAM AS UNIDADES DE DIÁLISE DO SECTOR CONVENCIONADO EM 2025



RECURSOS HUMANOS



MEDICAMENTOS



EXTRAS



UNIDADES/QUADRO LEGAL
/LICENCIAMENTO



RENTABILIDADE/VERSUS IMOBILISMO
PREÇO COMPREENSIVO

O sector convencionado da hemodiálise é, desde 2008, pago pelo preço compreensivo que não é actualizado há mais de 17 anos. Como é do conhecimento geral e se considerarmos só a inflação isto significa que, na prática, esse preço desceu mais de 20%. Apenas um exemplo, o salário mínimo em 2008 era de 426.5 euros, em 2025 foi fixado, por portaria do governo, em 870 euros/2026/920€. Perante esta realidade a valorização dos recursos humanos é sujeita a um estrangulamento indesejável.

REGISTO PORTUGUÊS DE BIÓPSIAS RENAI ATINGE MÁXIMO HISTÓRICO

O Dr. Mário Góis e o Prof. Emilio Sánchez Álvarez apresentaram ontem os dados de 2024 dos registos português e espanhol de biópsias renais. A sessão teve como principais destaques o recorde de biópsias renais realizadas em Portugal e o desafio de criar um registo ibérico.

 Raquel Oliveira



Os resultados de 2024 “refletem que a prática da biópsia renal está amplamente disseminada em Portugal, revelando o seu papel essencial nos diagnósticos em Nefrologia”, conclui o coordenador do Gabinete de Registo de Biópsias Renais da SPN.

NEFROPATIA POR IGA EM ASCENSÃO NO REGISTO ESPANHOL

Em Espanha, foram registadas 1087 biópsias renais em 2024, segundo informa o Prof. Emilio Sánchez-Álvarez, presidente da Sociedade Espanhola de Nefrologia (SEN). “Este é o registo mais antigo da SEN, com mais de 20 anos de existência e quase 35 mil biópsias acumuladas”, afirma o nefrologista. Contudo, os dados de 2024 refletem uma ligeira diminuição nos registos face a anos anteriores, que se deve a “uma alteração na plataforma de armazenamento de dados, que obrigou à suspensão temporária do registo durante dois meses”. No entanto, tal “não significa que se tenham realizado menos biópsias,

O Dr. Mário Góis começou por referir um dado marcante: “Em 2024, foram realizadas 1112 biópsias renais, representando um máximo histórico desde o arranque do Registo de Biópsias Renais da Sociedade Portuguesa de Nefrologia [SPN], em 2008, e um crescimento assinalável face a 2023, ano em que se realizaram 965 biópsias.” O coordenador do gabinete deste registo da SPN avança que “a maioria das biópsias – cerca de 56% – foi realizada em homens, mantendo-se o padrão observado em anos anteriores”, e que “a média etária dos doentes ronda os 54 anos, sendo ligeiramente superior nos homens (56) face às mulheres (52)”.

O padrão diagnóstico acompanhou o observado nos últimos cinco anos: “A nefropatia por imunoglobulina A [IgA] continua a ser a patologia mais frequente, com 162 casos (14%), seguida da glomeruloesclerose segmentar e focal (GESF), com 129 casos (11,6%).” O também nefrologista na Unidade Local de Saúde de São José/Hospital Curry Cabral, em Lisboa, nota que, “mesmo se a GESF e a doença de lesões mínimas fossem agrupadas nas podocitopatias, totalizariam 155 casos (13,9%), não ultrapassando a nefropatia por IgA”. Nos diagnósticos por biópsia renal, seguiram-se a nefrite lúpica (89 casos; 8%), as vasculites de pequenos vasos (85 casos; 7,6%), a nefropatia membranosa (68 casos; 6%) e as nefrites intersticiais (66 casos; 5,9%).

Procedendo a uma análise por faixa etária, Mário Góis indica que, “na população pediátrica, foram realizadas 15 biópsias, sendo a nefrite lúpica o diagnóstico mais comum”. Dos 300 procedimentos realizados entre os 18 e os 45 anos, “a nefropatia por IgA volta a liderar, com 61 casos, seguida da nefrite lúpica (44) e da GESF (39)”. Nos adultos entre os 46 e os 65 anos, do total de 445 biópsias realizadas, “a nefropatia por IgA mantém-se no topo (58 casos), seguida da GESF (48) e da nefropatia membranosa (29)”. Já do total de 352 biópsias efetuadas em pessoas acima dos 65 anos, “predomina a vasculite de pequenos vasos, com 57 casos”, detalha.

já que o registo é voluntário”.

“A idade média dos doentes submetidos a biópsia renal foi de 52 anos, com uma representação de 74% do sexo masculino”, avança Emilio Sánchez-Álvarez. Entre as patologias mais frequentemente diagnosticadas, “a nefropatia por IgA ocupa o lugar cimeiro e está a aumentar, em virtude da disponibilidade de tratamentos específicos, que incentivam à confirmação histológica”. A glomerulonefrite membranosa, a nefrite lúpica, a GESF, a vasculite e a nefropatia diabética ocupam os lugares seguintes. Ao contrário do que sucede com a nefropatia por IgA, “a glomerulonefrite membranosa e a vasculite estão a diminuir, dada a possibilidade de, em muitos casos, diagnosticar estas patologias através de análises sanguíneas específicas, com determinação de anticorpos anti-PLA2R e ANCA, respetivamente”.

Analisando por faixa etária, “nos doentes entre os 18 e os 45 anos, a nefropatia por IgA é o diagnóstico mais comum, representando cerca de 25% das biópsias realizadas nesse grupo”. Entre os 46 e os 64 anos, esta patologia “mantém-se predominante, embora com uma frequência ligeiramente inferior, de cerca de 15%”. Acima dos 65 anos, observa-se “uma maior prevalência de vasculites, que representam 12% das biópsias no grupo dos 65 aos 74 anos e 15% acima dos 74 anos”, pormenoriza o também diretor da Unidade de Gestão Clínica de Nefrologia do Hospital Universitário Central das Astúrias, em Oviedo.

Quanto ao acesso à biópsia renal, o professor na Faculdade de Medicina e Ciências da Saúde da Universidade de Oviedo reconhece alguma variabilidade entre hospitais, mas nota uma tendência positiva. “A maioria das biópsias é agora realizada diretamente pelos nefrologistas, que manuseiam tanto a agulha como o ecógrafo. Antes, dependíamos mais dos radiologistas”, remata.

REGISTOS FOTOGRÁFICOS DA SESSÃO



POSSIBILIDADE DE UM REGISTO IBÉRICO DE BIÓPSIAS RENAI

A proposta foi lançada por ambos os intervenientes na sessão. “O registo espanhol, iniciado em 1994, contabiliza mais de 30 000 biópsias, enquanto o registo português, criado em 2008, já ultrapassa as 12 800, e os padrões de diagnóstico são semelhantes”, afirma Mário Góis. Tratando-se de “números robustos, poderiam ser agregados e trabalhados em conjunto num registo ibérico”, defende. Também Emilio Sánchez Álvarez vê vantagens nesse passo: “A SEN e a SPN têm uma relação muito próxima. Um registo conjunto de biópsias renais permitiria abranger mais casos e retirar conclusões mais sólidas dos estudos de investigação.”

HIPERCALIEMIA SOB CONTROLO NA DRC

A conferência promovida ontem pela CSL discutiu o que mudou e porque importa no controlo da hipercalemia nos doentes com doença renal crónica (DRC). Como refere o Prof. Aníbal Ferreira, presidente do Encontro Renal 2025 e moderador da conferência, este é um tema de “enorme importância, tendo em conta os elevados níveis de potássio nos doentes com DRC e/ou insuficiência cardíaca [IC]”.


A palestra foi proferida pela Dr.ª Francisca Silva, responsável pela consulta de síndrome cardiorenal do Serviço de Nefrologia do Hospital Dr. Nélcio Mendonça, no Funchal, que começou por explicar que “o risco de hipercalemia deve-se não só à fisiopatologia da DRC e da IC, mas também ao tratamento destas doenças, que assenta em fármacos como os inibidores do sistema renina-angiotensina-aldosterona [RAASi]”. Estas terapêuticas “permitem que o doente viva mais tempo, pelo que são essenciais, mas podem contribuir para o desenvolvimento de hipercalemia”, que tem de ser gerida nestes doentes.

Alertando que “a descontinuação da terapêutica com RAASi leva a um aumento da mortalidade global e cardiovascular em todos os estádios da DRC”, Francisca Silva defende que os fármacos modificadores do prognóstico “devem ser otimizados e não suspensos”. Uma arma para essa otimização é o patirómero, que permite controlar os níveis séricos de potássio. “A evidência científica demonstra que este é um fármaco eficaz e bem tolerado pelos doentes¹⁻⁴, permitindo manter as doses de RAASi otimizadas de acordo com as *guidelines*⁵ e reduzir a NT-proBNP [porção N-terminal do péptido natriurético tipo B], os internamentos e as idas do doente à urgência”, sustenta a conferencista.

Francisca Silva deu também conta da sua experiência com este captador de potássio, que já é utilizado desde 2021 no seu hospital. “Alguns doentes preci-



saram de doses mais elevadas de patirómero, com duas saquetas por dia, mas, mesmo nesses casos, a tolerabilidade do fármaco foi muito boa, o que contribui para a elevada adesão a esta terapêutica.” Além de a tolerabilidade ser superior à das resinas, a nefrologista salienta que, ao contrário do ciclossilicato de zircónio sódico, o patirómero não contém sódio na sua formulação. Este aspeto é importante porque “uma elevada carga sódica diminui os efeitos anti-hipertensor e antiproteinúrico dos RAASi”.

Como conclusão, Aníbal Ferreira afirma que “o patirómero destaca-se por permitir o aumento e a otimização das doses de RAASi, tal como uma maior liberalização da dieta”. “Como faz a troca de potássio por cálcio, o patirómero não acarreta risco de sobrecarga hídrica e de aumento de edemas”, explica o nefrologista na Unidade Local de Saúde de São José/Hospital Curry Cabral.  **Pedro Bastos Reis**

Referências: 1. Di Palo KE, et al. JAMA Netw Open. 2022;5(1):e2145236. 2. Butler J, et al. Eur Heart J. 2022;43(41):4362-4373. 3. Bushinsky DA, et al. AJKD. 2023;82(1):97-104. 4. Bakris GL, et al. JAMA. 2015;314(2):151-161. 5. Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) CKD Work Group. Kidney Int. 2024;105(4S):S117-S134.

Veltassa®: Medicamento sujeito a receita médica e não comparticipado. Para mais informações, contactar o titular da AIM e/ou o distribuidor em Portugal: Vifor Pharma Portugal, S.A. Titular da Autorização de Introdução no Mercado: Vifor Fresenius Medical Care Renal Pharma France. 100-101 Terrasse Boieldieu. Tour Franklin La Défense 8. 92042 Paris La Défense Cedex França.

PT-PAT-2500061



INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL EM MEDICINA


O programa de ontem fechou com a conferência do **Prof. José Pedro Almeida** sobre o papel da inteligência artificial (IA) na Medicina, na qual defendeu que “o futuro da saúde passará por colocar o computador no centro dos cuidados”. Vencedor do Prémio “Competing in AI” da Harvard Business School, professor convidado do Institut Européen D'Administration des Affaires (INSEAD), em Paris, e reconhecido internacionalmente como um dos *70 Health Artificial Intelligence Brains*, o preletor garantiu que “está em curso um salto tectónico”. “Após décadas de uso restrito, a tecnologia entrou definitivamente na prática clínica. O impacto será transversal a todas as especialidades, com efeitos diretos nas dinâmicas entre médicos e doentes”, afirmou o também professor convidado na formação executiva da Nova School of Business and Economics, em Lisboa.

Procurando passar “uma ideia disruptiva” sobre o papel da IA na área da Saúde, José Pedro Almeida considera que a transformação em curso “vai mudar completamente o atual paradigma”, com as novas tecnologias a assumirem-se como “um elemento ativo na prestação de cuidados”, constituindo ferramentas essenciais no apoio às decisões clínicas. Na conferência, o preletor percorreu três fases da jornada do doente – antes da admissão, durante a estadia hospitalar e após a alta –, apresentando exemplos práticos.

O especialista antecipa que a IA possa “ajudar a recolher dados com voz indistinguível da humana, transmitindo-os ao nefrologista”, ao passo que “agentes inteligentes poderão analisar diários clínicos e confrontá-los com as mais recentes *guidelines*”. Por outro lado, “relatórios cirúrgicos poderão ser gerados automaticamente a partir de gravações em tempo real”. “A IA poderá ainda personalizar notas clínicas para diferentes destinatários, ‘traduzir’ a linguagem técnica para doentes e cuidadores e apoiar os doentes crónicos através de assistentes clínicos digitais prescritos pelo médico”, antecipa José Pedro Almeida. Estes assistentes “poderão esclarecer dúvidas 24 horas por dia, fornecer recomendações alinhadas



com a evidência científica e devolver informação relevante ao processo clínico.”

“Estamos a falar de um mundo completamente diferente daquele que temos hoje”, garante o especialista, lembrando que “o empoderamento do doente trará também novos desafios”. Para os nefrologistas, a mensagem transmitida na conferência foi clara: devem preparar-se para uma prática médica em que “a colaboração homem-máquina será inevitável e profundamente transformadora”.  **Cláudia Brito Marques**

Mensagens em vídeo do Prof. José Pedro Almeida e outras imagens das duas conferências desta página





“HÁ DEMASIADOS CASOS DE NEFROLITÍASE NÃO ESTUDADOS”



Na mesa-redonda de nefrolitíase, que interroga se a litíase renal sem síndrome metabólica é sempre genética, o **Dr. Nuno Moreira Fonseca** centrar-se-á no papel da Nefrologia no diagnóstico diferencial desta patologia no adulto. Em entrevista, o nefrologista na Unidade Local de Saúde de São José/Hospital Curry Cabral afirma que “a nefrolitíase é cada vez mais frequente, mas o seu estudo etiológico continua a ser negligenciado”.

Raquel Oliveira

Como podem os valores ser interpretados?

Se o cálculo já tiver sido analisado e soubermos o tipo de litíase, o estudo metabólico permite-nos verificar se os fatores de risco estão ou não controlados. Caso contrário, inferimos o tipo de litíase pelas alterações metabólicas. Por exemplo, oxalato elevado sugere litíase de oxalato de cálcio mono-hidratado; cálcio alto aponta para litíase cálcio-dependente... A certeza advém da análise do cálculo ou da cristalúria. Idealmente, essa avaliação é morfológica, com lupa, e, num segundo momento, analisa-se a composição do cálculo por espectroscopia de infravermelho.

Qual é a importância do estudo da cristalúria?

Por um lado, indica-nos o tipo de litíase. Por outro, permite-nos inferir que o processo litogénico está ativo e que as medidas preventivas não estão a ser eficazes. Além disso, ajuda a interpretar valores *borderline* do estudo metabólico. Contudo, poucos centros realizam a técnica, por ser manual e exigir uma avaliação rápida. Ainda assim, a relevância do estudo da cristalúria no seguimento dos doentes deveria incentivar os Serviços de Nefrologia a desenvolver a técnica de microscopia do sedimento urinário.

Há muitos casos de nefrolitíase não estudados?

Demasiados. A frequente ausência de estudo etiológico leva a que muitos doentes vivam com episódios recorrentes, que seriam evitáveis com tratamento profilático adequado, e risco aumentado de doença renal crónica [DRC]. Muitas vezes, os doentes não são sequer referenciados à Consulta de Nefrologia. Por outro lado, nem sempre os nefrologistas dominam o manejo e a interpretação dos testes. As orientações da Direção-Geral da Saúde recomendam estudar todos os doentes com litíase recorrente ou um primeiro episódio de cólica renal na presença de fatores de risco.

Que alterações dietéticas podem reduzir o risco de novos cálculos?

Na nefrolitíase de oxalato de cálcio, que é a mais comum, recomenda-se uma dieta sem excesso de sal e proteína, que têm contribuído para o aumento da incidência de litíase. Deve-se evitar consumos superiores ao que é considerado saudável. Por isso, a intervenção multidisciplinar é muito importante, nomeadamente com o apoio da Nutrição, para corrigir fatores dietéticos e promover a adesão a um regime alimentar que permita evitar recidivas.

Com que periodicidade se deve reavaliar estes doentes?

Depende do caso e da atividade litiasica, mas, em geral, a cada seis meses. Idealmente, deve-se repetir a pesquisa de cristais e do estudo metabólico, que pode ser focado nos fatores de risco específicos do doente.

A Nefrologia deve assumir um papel central na abordagem da litíase renal?

A nossa especialidade tem um papel central na avaliação metabólica e fisiológica destes doentes, tal como no seu tratamento, para prevenir a DRC, a perda de função renal e a necessidade de diálise ou transplante, que são potenciais consequências da litíase não controlada. No entanto, a área da nefrolitíase continua muito fragmentada e, em alguns locais, bastante entregue à Urologia, que responde cirurgicamente, mas a resposta médica nem sempre fica assegurada. A abordagem multidisciplinar faz todo o sentido e deve incluir a Nefrologia.

Na ausência de síndrome metabólica, qual pode ser a causa da nefrolitíase?

A causa pode ser genética, mas os fatores nutricionais são os mais frequentes. A investigação genética deve ser proposta, especialmente, nos casos de início em idade pediátrica, quando existe marcada história familiar e, sobretudo, perante litíase altamente recidivante com início em idade jovem.

Que manifestações devem levar à suspeita de litíase renal?

A sintomatologia clássica é a cólica renal, que leva à maioria dos diagnósticos de nefrolitíase. Uma minoria dos diagnósticos advém de um achado imagiológico fortuito.

São conhecidas as taxas de incidência e prevalência da nefrolitíase em Portugal?

Não, mas tudo aponta para que Portugal acompanhe a realidade europeia e mundial, com uma prevalência muito elevada, na ordem dos 10 a 15% da população, e uma incidência também significativa. A nefrolitíase tem aumentado em todas as geografias e grupos sociodemográficos. É um motivo comum de episódios de serviço de urgência em todo o país, mas, infelizmente, os registos atuais não permitem saber que percentagem de doentes inicia técnica de substituição da função renal em consequência da nefrolitíase.

Quais são os principais pilares do diagnóstico?

Essencialmente, são três: o estudo metabólico da urina de 24 horas, a pesquisa de cristais no sedimento urinário e a análise morfoconstitucional dos cálculos. Estes elementos permitem identificar o tipo de litíase, compreender o mecanismo fisiopatológico e orientar uma profilaxia dirigida.

Que parâmetros devem ser avaliados no estudo metabólico da urina?

Além de elementos como creatinina, ionograma, ureia, cálcio, citrato, oxalato, fosfato, magnésio e ácido úrico, o parâmetro mais importante é o volume urinário, porque reflete a ingestão hídrica. Sabemos que a sub-hidratação é o maior fator de risco isolado da nefrolitíase.

Realizar o estudo metabólico da urina é desafiante?

Há dificuldades logísticas, porque colher urina durante 24 horas nem sempre é simples e, quando os doentes alteram o seu dia para facilitar a colheita, os resultados deixam de refletir a sua rotina. Há também o desafio da fiabilidade, porque pequenas falhas na colheita, como ser incompleta, podem alterar os resultados. Por fim, a interpretação dos resultados exige experiência, visto que os valores “normais” nos doentes com nefrolitíase têm de ser ajustados ao peso, ao volume urinário e aos objetivos do tratamento.



E SE A LITÍASE RENAL FOR SINAL
DE ALGO MAIS GRAVE?¹

Hiperoxalúria Primária de Tipo 1 (HP1)

Uma doença genética, caracterizada por nefrolitíase renal recorrente, que evolui frequentemente para um declínio progressivo da função renal.^{2,3}



Referências Bibliográficas: 1. Milliner DS, McGregor TL, Thompson A, Dehmel B, Knight J, Roskamp R, Blank M, Yang S, Fargue S, Rumsby G, Groothoff J, Allain M, West M, Hollander K, Lowther WT, Lieske JC. End Points for Clinical Trials in Primary Hyperoxaluria. *Clin J Am Soc Nephrol*. 2020 Jul 1;15(7):1056-1065. 2. Cochat P, Rumsby G. *N Engl J Med*. 2013;369(7):649-658. 3. Hoppe B. *Nat Rev Nephrol*. 2012;8(8):467-475.

NP-PRT-00050 Outubro 2025



10h25 - 11h15 | Auditório SPN

NOVAS ABORDAGENS TERAPÊUTICAS NA NEFROLITÍASE

Na sessão dedicada à nefrolitíase, a **Prof.ª Sandrine Lemoine** apresenta uma revisão dos tratamentos emergentes, nomeadamente na hiperoxalúria primária do tipo 1. “Entre as inovações, destacam-se os RNA [ácido ribonucleico] de interferência, como o lumasiran e o nedosiran. O primeiro já está disponível em França e em Portugal, ao passo que o segundo foi aprovado pela Food and Drug Administration, nos Estados Unidos, esperando-se uma entrada, em breve, na Europa”, elenca a nefrologista no Hospital Edouard Herriot, em Lyon, França.

Outras opções em estudo, complementa a coordenadora do MaReGe (Centro de Referência de Doenças Renais Raras em Adultos), incluem o “estiripentol, inicialmente desenvolvido para patologias neurológicas, mas com aplicações promissoras na hiperoxalúria”, assim como uma “nova formulação combinada de citrato de potássio e hidrogenocarbonato de potássio, particularmente útil na acidose tubular renal distal e na cistinúria”.



DR

Sandrine Lemoine adianta ainda que os inibidores do cotransportador de sódio-glicose 2 “poderão ter uma aplicação relevante na litíase renal, devido à sua capacidade em aumentar a excreção de citrato e de modificação do potencial hidrogeniónico urinário”. Por outro lado, encontra-se em avaliação o “papel do fluconazol, com resultados preliminares esperados no próximo ano”. A escolha terapêutica deve ser sempre guiada por um “diagnóstico correto”, pelo que “identificar a causa da nefrolitíase é a chave”. Apesar destes avanços farmacológicos, Sandrine Lemoine realça a importância da prevenção, notando que “uma hidratação adequada e uma dieta equilibrada” são pedras basais de hábitos de vida saudáveis. “Urinar mais de dois litros por dia, ingerir frutas e vegetais, limitar o sódio e a proteína e moderar o consumo de frutos secos são medidas essenciais”, explica a preletora.

Cláudia Brito Marques



11h35 - 12h30 | Auditório SPN

GENÉTICA APLICADA À NEFROLOGIA “EM FASE DE CONSOLIDAÇÃO”



Prof.ª Roser Torra

Dedicada à genética em Nefrologia, a última mesa-redonda desta manhã analisa temas centrais para diagnóstico, tratamento e acompanhamento de doenças renais hereditárias. Na primeira preleção, a **Prof.ª Roser Torra** discorre sobre a síndrome de Alport, “a doença renal genética mais prevalente”. “O diagnóstico genético é praticamente imprescindível, sobretudo nas formas dominantes, em que a biópsia renal não oferece informações específicas”, introduz a coordenadora da Unidade de Doenças Renais Raras da Fundação Puigvert, em Barcelona.

Fruto da colaboração entre várias organizações europeias, a também presidente da European Renal Association (ERA) liderou a elaboração de recomendações clínicas que orientam a abordagem da síndrome

de Alport, as quais vai referir na sua palestra. “Trata-se de *guidelines* apoiadas em consenso internacional, que surgem da necessidade de criar critérios claros para apoiar os nefrologistas na prática clínica”, explica.

Apesar de ainda não existir nenhuma terapêutica específica aprovada para a síndrome de Alport, “estão definidas estratégias de intervenção precoce”. “Deve-se iniciar o bloqueio do sistema renina-angiotensina-aldosterona o mais cedo possível nos casos associados ao cromossoma X ou recessivos, mesmo que os doentes tenham apenas micro-hematuria”, defende a preletora, realçando que alguns ensaios clínicos em curso “trazem a esperança de que possam surgir terapêuticas dirigidas nos próximos anos”.

Por outro lado, a presidente da ERA alerta para a desigualdade no acesso aos testes genéticos. “Nem os países com sistemas de saúde mais robustos disponibilizam todos os estudos genéticos necessários. Apesar das melhorias registadas nos últimos anos, ainda é preciso convencer as autoridades de que estes testes são tão fundamentais quanto a biópsia renal”, conclui Roser Torra.

Na segunda preleção da mesa-redonda, o **Prof. Joaquim Calado** especifica a aplicabilidade do estudo genético nos doentes adultos com doença renal crónica (DRC). “Conquanto os testes genéticos estejam validados só para a doença monogénica, por definição rara, o grande desafio futuro consistirá na aplicação dos *scores* poligénicos de risco às doenças renais comuns. Acreditamos que, tal como poderá acontecer em breve nos cânceres da mama ou da próstata, no futuro, será possível definir o risco absoluto de uma pessoa desenvolver doença renal e, assim, intervir precocemente”, antecipa o nefrologista na Unidade Local de Saúde de São José/Hospital Curry Cabral, em Lisboa.

No entanto, em Portugal, persistem barreiras estruturais à implantação de testes genéticos de modo mais generalizado. “Os tempos de resposta são longos e ainda muito poucos centros hospitalares têm a capacidade necessária instalada. Além disso, falta uma ligação direta entre laboratórios e clínicos, o que limita significativamente a rentabilidade diagnóstica”, adverte o também docente na NOVA Medical School, em Lisboa. Nesse sentido, “a genética aplicada à Nefrologia ainda se encontra em fase de consolidação no nosso país”.

Cláudia Brito Marques



Prof. Joaquim Calado

de Alport, as quais vai referir na sua palestra. “Trata-se de *guidelines* apoiadas em consenso internacional, que surgem da necessidade de criar critérios claros para apoiar os nefrologistas na prática clínica”, explica.



13h40 - 15h10 | Sala 4 | Almoço-simpósio D

INOVAÇÃO DIGITAL NA DIÁLISE PERITONEAL

Como refere o Dr. Manuel Amoedo, moderador e um dos oradores do almoço-simpósio promovido hoje pela Vantive, “tratar os doentes no seu domicílio é um dos grandes desígnios da Medicina na atualidade”, sendo que a gestão remota, uma realidade na diálise peritoneal (DP) desde 2017, através da plataforma ShareSource, “alterou, de forma clara, o tratamento dos doentes”. A telemonitorização “permite aferir a adesão do doente, detetar alguma disfunção do cateter e alterar o protocolo de DP, sem que o doente tenha de se deslocar à unidade de diálise”, destaca o diretor do Serviço de Nefrologia da Unidade Local de Saúde do Alentejo Central.

A tecnologia de gestão remota também contribui para “o aumento do tempo em DP e a diminuição da mortalidade”. Nesse sentido, Manuel Amoedo sublinha o papel da aplicação de *smartphone* My PD, da plataforma ShareSource, que permite “monitorizar o tratamento de DP diariamente e fazer as alterações necessárias”. “Os doentes podem enviar fotografias do orifício de saída do cateter ou dos sacos de drenagem, para, caso ocorram, podermos tratar as complicações infecciosas precocemente, o que é vital para o sucesso terapêutico”, indica o nefrologista. O volume de drenagem, a pressão arterial e a diurese residual são outros parâmetros essenciais que a *app* My PD permite monitorizar.

No simpósio, também se falará sobre a aplicação ADEQUEST, uma funcionalidade da ShareSource que permite otimizar a prescrição terapêutica. “Dispomos de ferramentas para avaliar e modelar a prescrição é essencial, porque diminui o consumo de tempo ao doente e à equipa de DP”, frisa Manuel Amoedo. Os doentes tendem a aderir mais à gestão remota se não se sentirem sós. “A ShareSource proporciona a segurança de uma monitorização contínua com interação com os profissionais de saúde, sempre que necessário.”



Dr. Francisco Navarro e Dr. Manuel Amoedo.
Ausentes da fotografia: Dr.ª Maria Luisa Vidal e Enf.ª Maria Luz Amoedo.

Em suma, esta plataforma contribui para “ganhos em qualidade de vida” para doentes, familiares e cuidadores, assim como para a diminuição de custos no Serviço Nacional de Saúde. “Para os doentes profissionalmente ativos, estas ferramentas são essenciais, permitindo que não percam dias de trabalho. Ganha o doente e ganha a sociedade, com o aumento da produtividade e a diminuição da pegada ecológica”, remata Manuel Amoedo.

No almoço-simpósio promovido pela Vantive, intervêm ainda a Dr.ª Maria Luisa Vidal e a Enf.ª Maria Luz Amoedo, ambas do Hospital Virgen del Rocío, em Sevilha, com experiência na implementação da *app* My PD; e o Dr. Francisco Navarro, gestor de operações da área de DP na Vantive Portugal e Espanha. 🌐 **Pedro Bastos Reis**

Vantive

Almoço-Simpósio Inovação Digital em DP

boosted by Vantive

21 de novembro 13:40 – 15:10

Agenda do simpósio

13:40 - Boas-vindas e Introdução
Manuel Amoedo, nefrologista. ULS Alentejo Central

13:40 - My PD + Inovação | Hospital Virgen del Rocío
Maria Luisa Vidal, nefrologista. Hospital Virgen del Rocío
Maria Luz Amoedo, enfermeira. Hospital Virgen del Rocío

14:00 - Sharesource Adequest - Otimizar a Prescrição
Francisco Navarro. Vantive

14:10 - ULS Alentejo Central/HESE - Implementação
do My PD
Manuel Amoedo, nefrologista. ULS Alentejo Central

14:20 - Q&A e discussão
Manuel Amoedo, nefrologista. ULS Alentejo Central

14:25 - Almoço

15:10 - Encerramento



**Encontro
Renal**
19-22
NOV
2025
Centro de Congressos do Estoril

PT-00-250010 set 2025

OTIMIZAÇÃO TERAPÊUTICA NA NEFROPATIA POR IgA

15h25 - 15h50 | Auditório SPN



“**D**iz-me o que é e como tratar” é o título da sessão desta tarde que dará ênfase à abordagem da nefropatia por Imunoglobulina A (IgA), contando com o patrocínio da CSL. “Inicialmente, será apresentado um caso clínico, a partir do qual falaremos acerca das mais recentes atualizações nas *guidelines* da KDIGO [Kidney Disease: Improving Global Outcomes] publicadas em outubro

de 2025, para a nefropatia por IgA¹”, antecipa a **Dr.ª Ana Marta Gomes**, palestrante na sessão.

De acordo com a nefrologista na Unidade Local de Saúde (ULS) de Gaia/Espinho, “o maior desafio é conseguir atrasar a progressão desta patologia imunológica, que é bastante agressiva e surge, sobretudo, em adultos jovens, implicando, em muitos casos, o início de diálise uma a duas décadas após o diagnóstico”. Nesse sentido, é necessário otimizar o tratamento, seguindo as *guidelines* da KDIGO, que defendem a combinação e a otimização da terapêutica imunológica com a renoprotetora¹.

O tratamento da nefropatia por IgA, por um lado, “deve evitar a lesão imunomediada dos glomérulos renais através da redução da formação de IgA1 subgalactosilada,

de anticorpos contra estas e a formação de imunocomplexos que se depositam ao nível glomerular, desencadeando o processo inflamatório”. Por outro lado, “deve incluir terapêuticas que ajudem a evitar a hiperfiltração e a hipertensão intraglomerular”, explica Ana Marta Gomes. Assim, segundo as *guidelines*, o objetivo passa por “alcançar uma proteinúria o mais baixa possível, idealmente inferior a 0,3g/dia, e um declínio da taxa de filtração glomerular anual de 1 mL/min¹”.

Aludindo aos “grandes avanços dos últimos anos”, a nefrologista realça a evidência científica em torno do sparsentan, nomeadamente os resultados do estudo PROTECT². Neste ensaio clínico, este antagonista duplo dos recetores da endotelina e da angiotensina II “demonstrou uma redução da proteinúria às 36 semanas de 35%, comparativamente ao irbesartan, verificando-se ainda um ganho de função renal². Em termos de segurança, “não houve registo de efeitos adversos significativos, nomeadamente de edema ou sobrecarga hídrica, que são os mais temidos”, acrescenta a moderadora, vincando que o sparsentan revelou-se “um fármaco bem tolerado”.

Em conclusão, Ana Marta Gomes considera que o sparsentan “terá um papel importante no tratamento renoprotetor da nefropatia por IgA”, indo ao encontro do que está preconizado nas recentemente atualizadas *guidelines* da KDIGO¹. “Quando não conseguimos atingir os alvos de proteinúria e de perda de filtração glomerular anual com os inibidores da enzima de conversão da angiotensina, devemos considerar a utilização do sparsentan”, defende. Para que esta terapêutica possa beneficiar mais doentes, a nefrologista indica que são aguardadas “a aprovação e a comparticipação do fármaco pelas entidades reguladoras nacionais”. **Pedro Bastos Reis**

Referências: 1. KDIGO IgAN, IgAV Work Group, et al. *Kidney Int.* 2025;108(4S):S1-S71. 2. Rovin BH, et al. *Lancet.* 2023;402(10417):2077-2090.

Filspari®: Medicamento sujeito a receita médica e não comparticipado. Titular de autorização de introdução no mercado: Vifor France. 100-101 Terrasse Boieldieu - Tour Franklin La Défense 8. 92042 Paris La Défense Cedex, França.

Para mais informações, contactar o titular da AIM e/ou o distribuidor em Portugal: Vifor Pharma Portugal, S.A.

PT-SPT-2500002



17h15 - 17h40 | Auditório SPN

SUPLEMENTOS PROTEICOS E ENERGÉTICOS NA FUNÇÃO RENAL

Com o título “O rim saudável no desporto”, a conferência da **Prof.ª Denise Mafra**, que decorre ao final desta tarde, assenta na relação entre nutrição, exercício físico e saúde renal. Em particular, a coordenadora do Ambulatório de Nutrição Renal da Faculdade de Nutrição da Universidade Federal Fluminense, no Rio de Janeiro, pretende alertar para a necessidade de considerar os diferentes estádios da doença renal crónica, sublinhando que “o que é adequado para um paciente em diálise pode ser prejudicial para pacientes em estágios anteriores à diálise”. Neste contexto, o uso crescente de suplementos de proteína *whely* e de creatina será um dos pontos em destaque na sua conferência.

“Os estudos são contraditórios quanto ao impacto desses suplementos na função renal”, começa por afirmar a nutricionista, que integra o Comité de Nutrição da Sociedade

Brasileira de Nefrologia. Contudo, “a suplementação proteica não se recomenda em pacientes que ainda não estão em diálise, porque, nesses casos, a dieta deve ser hipoproteica, de modo a atrasar a progressão para falência renal”. Já em hemodiálise, a realidade é diferente: “Um paciente desnutrido pode beneficiar da suplementação energética e proteica.”

Salientando que a abordagem destes doentes deve ser individualizada, Denise Mafra chama a atenção para a importância da referência precoce e da abordagem multidisciplinar. “O nefrologista, o enfermeiro, o fisioterapeuta, o especialista em exercício físico e o nutricionista devem trabalhar em conjunto. Cada um dá uma contribuição essencial para melhorar a qualidade de vida do doente renal”, sustenta.

Na conferência, a nutricionista pretende alertar para outra realidade – as pessoas saudáveis que recorrem a suplementos em excesso, muitas vezes sem uma orientação adequada. “Se houver predisposição para doença renal, seja por hipertensão arterial, diabetes ou fatores genéticos, uma dieta hiperproteica pode acelerar a perda de função renal”, realça Denise Mafra, concluindo: “Comer de forma equilibrada é essencial; a dieta é sempre mais importante do que a suplementação.” **Cláudia Brito Marques**



Reflexão em vídeo da Prof.ª Denise Mafra sobre suplementos proteicos e função renal



15h55 - 16h55 | Auditório SPN

NOVA ERA NO TRATAMENTO DAS VASCULITES ASSOCIADAS AOS ANCA

É este o título do simpósio-satélite promovido, esta tarde, pela CSL, no qual será discutida a mais recente evidência dos ensaios clínicos e de vida real em torno do avacopano. As mais-valias deste fármaco no tratamento das vasculites associadas aos anticorpos anticitoplasma de neutrófilo (ANCA), em particular quando existe doença renal grave e envolvimento multissistémico de órgãos como o pulmão, serão apresentadas pelos preletores, com base no ensaio clínico ADVOCATE¹, em estudos de vida real^{2,3} e em casos clínicos, destacando-se os resultados de uma coorte de 15 doentes tratados com avacopano em Portugal³.

 Pedro Bastos Reis

A Prof.^a Josefina Santos, moderadora do simpósio, começa por alertar que “o atingimento renal nas vasculites associadas aos ANCA pode evoluir para a necessidade de diálise ou transplante”, sendo ainda de realçar os “efeitos laterais significativos dos corticosteroides e dos imunossuppressores”, que constituem o tratamento *standard* destas vasculites. Assim, a nefrologista na Unidade Local de Saúde (ULS) de Santo António, no Porto, destaca as vantagens introduzidas pelo avacopano, um inibidor do complemento C5.

“O avacopano permite minimizar o uso de corticosteroides, diminuindo os efeitos secundários desta terapêutica clássica e contribuindo para menos comorbilidades. Atualmente, temos dados de vida real que nos permitem dizer, com segurança, que este fármaco é uma boa opção quando existe atingimento renal grave”, afirma Josefina Santos, que também salienta o papel da abordagem multidisciplinar.

Nesse sentido, na primeira preleção do simpósio, o Dr. Vítor Teixeira discorrerá sobre as manifestações extrarrenais das vasculites associadas aos ANCA, com particular ênfase no pulmão. “Estes doentes podem sofrer hemorragia alveolar difusa, doença intersticial pulmonar, nódulos pulmonares e derrames pleurais”, alerta o reumatologista na ULS do Algarve/Hospital de Faro e no Mid and South Essex NHS Foundation Trust, no Reino Unido. Entre as manifestações da doença ao nível otorrinolaringológico, que também são importantes e abordará na sessão, o especialista realça “a rinossinusite crónica, as estenoses das vias aéreas, a otite crónica e a surdez neurosensorial”.

Devido às várias manifestações sistémicas, Vítor Teixeira defende que os doentes com vasculites associadas aos ANCA devem ser tratados holisticamente. “O ensaio ADVOCATE¹, as suas análises *post-hoc* os estudos de vida real têm demonstrado que o avacopano é eficaz, não só no envolvimento renal, mas também noutras manifestações da doença, sendo muito rápido a atuar”, indica.

Entre os dados que vai apresentar no simpósio, Vítor Teixeira refere um estudo de vida real desenvolvido no Reino Unido, que incluiu oito doentes com hemorragia

alveolar. “Todos atingiram a remissão completa da doença após o tratamento com avacopano, bem como independência de oxigenoterapia logo após algumas semanas, o que demonstra que é possível tratar doentes graves, com resultados rápidos”, conclui o preletor.

BENEFÍCIOS RENAIIS

Na intervenção seguinte, o Dr. Nuno Afonso Oliveira começará por defender que “um tratamento precoce é fundamental para mitigar o desenvolvimento de danos irreversíveis nos órgãos-alvo, em particular no rim”. “O avacopano traz uma mudança de paradigma muito importante, porque possibilita o tratamento das vasculites associadas aos ANCA com eficácia, evitando os efeitos adversos dos glucocorticoides”, sustenta.

O nefrologista na ULS de Coimbra realça que este fármaco demonstrou “não inferioridade *versus* corticoterapia às 26 semanas, com bom perfil de segurança e menor número de eventos adversos¹”. “Face à terapêutica convencional com glucocorticoides, o avacopano permite um controlo mais rápido do processo de glomerulonefrite, que se traduz na rápida regressão da proteinúria no primeiro mês de tratamento e, especialmente, na maior recuperação do débito de filtrado glomerular, quer às 26 quer às 52 semanas de tratamento¹”. Estes resultados “são especialmente expressivos nos doentes com maior compromisso da função renal, podendo ser decisivos na prevenção da evolução para o estágio terminal da doença renal crónica”, destaca Nuno Afonso Oliveira.

Na terceira palestra do simpósio, a Dr.^a Sofia Oliveira Correia centrar-se-á na experiência nacional, nomeadamente num estudo de vida real publicado este ano no *Portuguese Kidney Journal*, que reuniu os resultados de 15 doentes tratados com avacopano³ (ver caixa). “A experiência tem sido boa, porque a maioria dos doentes tolera bem a terapêutica, apresentando resultados positivos na recuperação da função renal, particularmente os doentes mais graves e mesmo os que têm necessidade de hemodiálise à apresentação³”, sintetiza a nefrologista na ULS de Santo António e primeira autora do estudo.

Segundo a oradora, este fármaco “tem também um papel na doença extrarrenal difícil de tratar”. “Surpreendeu-nos que seis doentes tenham feito manutenção apenas com avacopano e prednisolona (em desname, três dos seis suspenderam). Exploramos os motivos no artigo³”. Tendo em conta evidência como esta, os autores deste estudo de vida real³ levantam a questão: “Poderá o avacopano substituir o rituximab na terapêutica de manutenção, em especial nos doentes com hipogamaglobulinemia e persistência de depleção das células B após a indução?”



Prof.ª Josefina Santos (moderadora)



Dr. Vítor Teixeira



Dr. Nuno Afonso Oliveira



Dr.ª Sofia Oliveira Correia

AVACOPANO NUM ESTUDO DE VIDA REAL NACIONAL³

- 12 meses** de *follow-up* médio;
- 9 centros** médicos nacionais envolvidos;
- 15 doentes** tratados com avacopano, dos quais:
 - 9** com envolvimento renal;
 - 5** com eTFG ≤ 15 mL/min/1,73 m²;
 - 2** com necessidade de diálise;
 - 12** com envolvimento do sistema respiratório, dos quais 8 apresentaram hemorragia alveolar;
 - 8** sem terapêutica *standard* de manutenção, apenas medicados com avacopano;
 - 6** receberam avacopano para tratar o envolvimento extrarrenal.

Principal conclusão: “A experiência tem sido boa, porque a maioria dos doentes tolera bem a terapêutica com avacopano, apresentando resultados positivos na recuperação da função renal, particularmente os doentes mais graves e mesmo os que têm necessidade de hemodiálise à apresentação.” **Dr.ª Sofia Oliveira Correia**

Referências: 1. Jayne DRW, et al. N Engl J Med. 2021;384:599-609. 2. Geetha D, et al. Kidney Int Rep. 2025;10(8):2751-2765. 3. Correia SO, et al. Portuguese Kidney Journal. 2025;39(3):80-88.

Tavneos®: Medicamento sujeito a receita médica restrita e não compartilhado. Titular da AIM: Vifor Fresenius Medical Care Renal Pharma France. 100-101 Terrasse Boieldieu, Tour Franklin-La Défense 8. 92042 Paris la Défense Cedex, França. Para mais informações, contactar o titular da AIM e/ou o distribuidor em Portugal: Vifor Pharma Portugal, S.A.

PT-AVA-2500046





18h15 - 19h15 | Auditório SPN

OBESIDADE E ANTICORPOS ANTI-HLA: DOIS DILEMAS NA TRANSPLANTAÇÃO RENAL

A mesa-redonda dedicada à transplantação incidirá sobre as controvérsias na inclusão de doentes em lista para transplante renal. Os dois *hot topics* em análise são a inclusão de doentes com obesidade e as estratégias relacionadas com a alossensibilização HLA.

Cláudia Brito Marques

“A questão da inclusão de doentes com obesidade na lista de espera para transplante renal reflete um dilema crescente.” Quem o diz é o Prof. João Sérgio Neves, ao mesmo tempo que sublinha que “a obesidade é um fator de pior prognóstico peri e pós-transplante”. Essa realidade explica a “exclusão destes doentes, em alguns centros, devido a critérios de segurança e otimização de recursos”. No entanto, o endocrinologista na Unidade Local de Saúde de São João, no Porto, lembra que a exclusão dos doentes com obesidade também acarreta riscos acrescidos. “A probabilidade de desfechos adversos, por falta de acesso ao transplante, é muito superior”, alerta o também secretário-geral da Sociedade Portuguesa de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo.

Em Portugal, não há um consenso: alguns centros definem o índice de massa corporal de 30 kg/m² como limite para o transplante renal, outros usam o limite de 35 ou 40 kg/m². Ora, num país onde “um terço da população sofre de obesidade”, este debate torna-se ainda mais urgente. “É muito provável que, na população com doença renal terminal, a prevalência de obesidade seja superior à da população em geral, podendo chegar a 30 ou 40% desses doentes”, destaca João Sérgio Neves.

O também docente e investigador na Faculdade de Medicina da Universidade do Porto defende uma abordagem médica integrada da obesidade, ultrapassando a “visão redutora” de que o problema se resolve apenas com dieta e exercício físico. “Sabemos que, em média, a perda de peso obtida com medidas de estilo de vida ronda apenas os 5%. Hoje em dia, é fundamental encarar a obesidade como uma doença crónica, grave e recidivante, que tem um forte pendor genético e que exige terapêuticas farmacológicas e, em casos selecionados, cirurgia bariátrica”, fundamenta.

João Sérgio Neves realça, por isso, que “a obesidade não se pode transformar num estigma impeditivo” dos tratamentos necessários. “Cerca de 60 a 70% do risco de obesidade é explicado por fatores genéticos. Não se trata de falta de vontade do doente, mas de uma condição que deve ser tratada com base na melhor evidência científica”, remata o endocrinologista.

DESAFIOS ASSOCIADOS A ANTICORPOS

De seguida, a Prof.ª Sandra Tafulo discorrerá acerca do peso dos anticorpos anti-HLA na inclusão dos doentes em lista para transplante renal.

“A presença de anticorpos não impede a inclusão em lista de espera, mas reduz drasticamente a probabilidade de encontrar um dador compatível”, começa por contextualizar a responsável do Laboratório de Histocompatibilidade e Imunogenética do Centro de Sangue e da Transplantação do Porto.

Nos casos mais complexos, em que “os doentes estão hiperimunizados, a demora pode ser de vários anos, comprometendo a possibilidade de transplante”, alerta. Para aumentar as hipóteses, a também investigadora no Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto defende uma avaliação criteriosa: “Devemos considerar inaceitáveis apenas os anticorpos verdadeiramente impeditivos, até porque há situações que podem ser ultrapassadas com estratégias de dessensibilização.”

Entre essas estratégias estão terapêuticas como “a plasmáfese, a administração de imunoglobulina normal humana ou fármacos imunossupressores, como o rituximab”. Mais recentemente, surgiu o imlifidase, que “elimina rapidamente os anticorpos e cria uma janela temporal favorável para o transplante de rim”, informa Sandra Tafulo. Ao que acrescenta: “É um fármaco muito promissor, mas será sempre uma solução para um pequeno grupo de doentes, dado o risco de complicações e o efeito *rebound*, com o regresso dos anticorpos após algum tempo.”

Outra via considerada essencial para aumentar o número de transplantes renais é o alargamento do *pool* de dadores. “Se passarmos de uma alocação regional para nacional, ou até ibérica, aumentaremos, de forma significativa, a probabilidade de encontrar dadores compatíveis para os doentes muito sensibilizados”, defende Sandra Tafulo. E conclui: “Avaliar com rigor os anticorpos e alargar os programas de doação são passos essenciais para dar novas oportunidades a quem mais precisa.”

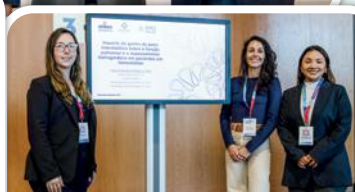


Prof. João Sérgio Neves



Prof.ª Sandra Tafulo

Instantes



21 de novembro de 2025

MAIS INSTANTES DO 1.º DIA DO ENCONTRO RENAL 2025



10h25 - 11h00 | Auditório SPN

ABORDAGEM DA DRC NA IDADE PEDIÁTRICA

O percurso clínico da criança e do adolescente com doença renal crónica (DRC) em estágio 5 e as estratégias que permitem otimizar o seu prognóstico estarão em destaque, amanhã de manhã, na conferência de Nefrologia Pediátrica, a cargo da **Dr.ª Liliana Rocha**. De acordo com a nefrologista pediátrica na Unidade Local de Saúde de Santo António/Centro Materno-Infantil do Norte, no Porto, “o sucesso terapêutico depende da identificação precoce da doença”.

“Em Portugal, o diagnóstico através de ecografia obstétrica tem permitido a deteção atempada de anomalias congénitas do trato urinário, principal causa de DRC na idade pediátrica, com encaminhamento imediato para vigilância nefrológica”, contextualiza a preleitora. Quando a progressão é inevitável e a criança alcança o estágio 5 de DRC, “a intervenção clínica deve centrar-se na preservação da função renal residual e no tratamento das complicações sistémicas, nomeadamente alterações do metabolismo mineral e ósseo, acidose metabólica, distúrbios nutricionais e atraso no crescimento”.

Conforme sublinha Liliana Rocha, a escolha da técnica substitutiva da função renal “é determinante e deve ter sempre em conta as características e preferências dos doentes e familiares”. No entanto, o transplante renal preemptivo é considerado o *gold standard*. “Os doentes pediátricos apresentam maior elegibilidade para transplante e beneficiam de prioridade regulamentada na lista de espera nacional, o que reduz substancialmente o tempo de espera”, realça a especialista.

Contudo, as especificidades clínicas desta faixa etária acrescentam complexidade à abordagem. Segundo Liliana Rocha, fatores como “o crescimento estatura-ponderal, o desenvolvimento psicomotor e a integração social exigem uma atuação multidisciplinar que envolva a Nefrologia, a Nutrição, a Endocrinologia, a Pediatria do Neurodesenvolvimento, a Pedopsiquiatria e a Psicologia Clínica”.

“A baixa estatura repercute-se na saúde, na qualidade de vida e na integração social na vida adulta, pelo que deve ser alvo de intervenção sistemática, incluindo terapêutica com hormona de crescimento, quando necessário”, enfatiza a conferencista. Já a adolescência “constitui uma etapa particularmente vulnerável, marcada por limitações funcionais, absentismo escolar e desafios de integração com os pares, ao que acresce a eventual necessidade de diálise”.

Portanto, “é fundamental otimizar o crescimento e o desenvolvimento das crianças com DRC, assim como colocar o transplante renal como primeira opção terapêutica”. Desta forma, “será possível oferecer-lhes uma vida adulta mais funcional e com melhor qualidade”, conclui Liliana Rocha. **Cláudia Brito Marques**



11h35 - 12h00 | Auditório SPN

“OSTEOPOROSE – O ELEFANTE NA SALA”

É este o título da conferência que será proferida amanhã pela **Prof.ª Ana Carina Ferreira**, visando abordar os aspetos-chave da osteoporose no doente em diálise. Nesse sentido, a nefrologista na Unidade Local de Saúde de São José/Hospital Curry Cabral começará por explicar a associação entre doença renal crónica (DRC) e perda óssea.

“A DRC desencadeia alterações profundas no metabolismo mineral ósseo, conduzindo, frequentemente, a um aumento do risco de fraturas. Além disso, leva a uma excreção inadequada de fósforo, com impacto nos mecanismos compensatórios hormonais, e a um aumento do *turnover* ósseo. Quando a atividade osteoclástica supera a osteoblástica ocorre uma diminuição do volume ósseo, o que aumenta o risco de fraturas”, detalha a vice-presidente da comissão organizadora do Encontro Renal 2025 e docente na NOVA Medical School, em Lisboa.

Apesar da clara associação entre osteoporose e DRC, “o diagnóstico está dependente da densitometria óssea, já recomendada nestes doentes”. No entanto, a interpretação deste exame “exige cautela, dadas as alterações estruturais específicas da população em diálise”. “A maioria dos nossos doentes terá diminuição do volume ósseo e risco elevado de fratura. Contudo, muitas vezes acabamos por não tratar a osteoporose, permanecendo numa inércia terapêutica”, reconhece Ana Carina Ferreira.

O grande desafio reside, portanto, na decisão de tratar ou não tratar. “Será essencial perceber se existe hiperparatiroidismo secundário,

déficé de vitamina D ou hipocalcemia. Só depois poderemos considerar fármacos específicos”, esclarece a preleitora. As opções disponíveis “são limitadas”, sendo que “os bifosfonatos não estão recomendados em doentes com *clearance* de creatinina inferior a 15 mL/min”.

“Já o denosumab pode ser usado, mas exige precauções devido ao risco de hipocalcemia grave”, sustenta Ana Carina Ferreira, notando que, “em casos selecionados, pode ser necessário realizar uma biópsia óssea para orientar a estratégia terapêutica”.

A nefrologista defende ainda a importância de uma abordagem multidisciplinar que envolva, sobretudo, a Nefrologia e a Reumatologia, bem como centros especializados. Embora a prevalência exata da osteoporose em doentes com DRC “ainda não esteja bem estabelecida, é consensual que aumentará à medida que a função renal diminua, com um risco quatro vezes superior para os doentes em diálise”.

Em suma, com esta palestra, Ana Carina Ferreira procurará “quebrar a invisibilidade” da osteoporose na prática da Nefrologia. “Os médicos estão sensibilizados, mas urge ultrapassar as limitações terapêuticas e reconhecer a complexidade destes doentes, para que possamos avançar no tratamento”, conclui.

Cláudia Brito Marques



Comentários em vídeo
da Dr.ª Liliana Rocha e da Prof.ª Ana Carina Ferreira





FORMAÇÃO E CERTIFICAÇÃO EM NEFROLOGIA



Prof. Fernando Nolasco, Prof. Jorge Cannata-Andía e Prof. Aníbal Ferreira (moderador).

Foi há 15 anos que a Secção Renal da União Europeia de Médicos Especialistas (UEMS) começou a trabalhar na uniformização do Currículo Europeu de Nefrologia, com o objetivo de “promover padrões mínimos de qualidade e facilitar a mobilidade profissional na Europa”, descreve o Prof. Jorge Cannata-Andía, presidente cessante desse organismo e um dos impulsores do projeto, do qual vai falar na sessão.

“Descobrimos que a duração e os programas formativos do internato variavam muito entre países”, recorda. Para minorar essa disparidade, a UEMS baseou-se no modelo britânico e desenvolveu um Certificado Europeu em Nefrologia, atribuído após aprovação num exame comum que “avalia conhecimentos teóricos e assegura uma marca de qualidade profissional”. Assim, “quem obtém o certificado demonstra ter as qualificações necessárias para exercer em qualquer país europeu”, sublinha o também professor emérito de Nefrologia na Universidade de Oviedo, em Espanha.

A primeira edição do Exame Europeu de Nefrologia realizou-se em 2017 e, desde então, já decorreram mais de dez edições – inicialmente com periodicidade anual e, nos últimos três anos, a cada nove meses. O crescimento tem sido notável: “No primeiro exame, participaram cerca de 50 ou 60 candidatos e, agora, temos perto de 500 em cada edição!”

Apesar de o envolvimento dos países europeus ser “bastante heterogéneo”, Portugal destacou-se desde o início como um dos mais empenhados na adoção do modelo. “A Sociedade Portuguesa de Nefrologia [SPN] valorizou o exame e tornou-o parte integrante da discussão científica nacional”, reconhece Jorge Cannata-Andía. Com a recente introdução dos Requisitos Europeus de Formação pela UEMS, o preletor acredita que “serão consolidados os padrões mínimos para se ser considerado um bom nefrologista na Europa”.



ELABORAÇÃO E VALIDAÇÃO DE PERGUNTAS PARA O EXAME EUROPEU

Na preleção seguinte, o Prof. Fernando Nolasco, membro do *European Board of Nephrology*, vai detalhar o processo de elaboração e validação de perguntas para o Exame Europeu de Nefrologia. “Há um painel de nefrologistas que produz perguntas para uma base de dados, outro que analisa se os *standards* estão a ser cumpridos e ainda existe um *board* final, do qual faço parte, que seleciona 300 perguntas”, explicita. Cada exame tem duas partes com 100 questões cada, sendo que, das 300 selecionadas, 200 são efetivas e 100 ficam como reserva.

O *board* de nefrologistas que seleciona as perguntas finais de cada exame europeu é composto por 13 membros – dez do Reino Unido e três de outros países europeus. Cada um fica responsável por analisar, detalhadamente, cerca de 60 perguntas e rever as restantes, num período de oito semanas. “Há que avaliar a atualidade das questões, as opções de resposta e verificar se temos ou não modificações a propor”, refere Fernando Nolasco. O acesso aos resultados estatísticos das perguntas usadas em exames anteriores também ajuda o *board* a aferir a sua qualidade. “Uma pergunta que tenha sido acertada ou errada por todos é eliminada, porque não tem capacidade discriminatória”, exemplifica.

A importância da uniformização do Currículo Europeu de Nefrologia, o processo de elaboração de perguntas para o Exame Europeu de Nefrologia e as mudanças que estão prestes a ser implementadas na avaliação do Internato de Nefrologia em Portugal são os três temas em análise na sessão dedicada à formação e à certificação.

Raquel Oliveira

Mais informações nos trechos das entrevistas em vídeo com o Prof. Jorge Cannata-Andía, o Prof. Fernando Nolasco e o Dr. Mário Raimundo



Posteriormente, cada questão é apresentada e discutida num plenário do *board*. “Durante dois dias, entre as 9h e as 18h, revemos cada questão e as que levantarem dúvidas, tenham sido elaboradas pela primeira vez ou sujeitas a alguma modificação, são especialmente analisadas”, revela o ex-presidente da SPN.

Neste momento, é necessário que mais nefrologistas europeus participem no processo de elaboração de perguntas. “Consoante o currículo e a experiência, os candidatos são selecionados, frequentam um curso de dois dias de preparação e, depois, começam a submeter perguntas, que são posteriormente discutidas em reunião anual entre os proponentes”, descreve Fernando Nolasco. O próximo Exame Europeu de Nefrologia realiza-se já no dia 26 de novembro.

NOVIDADES NA AVALIAÇÃO DO INTERNATO DE NEFROLOGIA

O novo Programa de Formação do Internato Complementar de Nefrologia – que substituirá o que vigora desde 2013 – e o novo modelo de avaliação final do internato, cuja publicação em *Diário da República* se espera para breve, trarão alterações profundas, que o Dr. Mário Raimundo vai detalhar na sessão.

“O objetivo é tornar o processo mais justo, abrangente e próximo da prática clínica”, explica o presidente do Colégio da Especialidade de Nefrologia da Ordem dos Médicos. As novas versões procuram “ser mais adaptadas às necessidades sentidas pelos internos, tornando obrigatórios alguns estágios que eram opcionais e oferecendo-lhes maior flexibilidade para investirem em áreas do seu interesse”.

Relativamente à avaliação final, as mudanças incidem, sobretudo, nas provas prática e teórica. “Na prova prática, quisemos aproximar o exame de fim de internato ao que realmente fazemos no dia a dia. O interno continua a ter contacto com o doente, mas passa a apresentar um resumo clínico, em vez de uma história completa, sendo que essa primeira discussão diagnóstica será feita após aceder a alguns exames básicos.

A marcha diagnóstica seguinte e a definição do plano terapêutico já serão discutidas oralmente com o júri”, revela o também nefrologista na Unidade Local de Saúde de Loures-Odivelas/Hospital Beatriz Ângelo.

Já a prova teórica deixa de ter a vertente oral, que se considera “uma forma de avaliação injusta e limitada”, e passa a ter 100 perguntas de escolha múltipla. “Em parte, o exame anterior era dependente da sorte (um candidato podia saber muito e calhar-lhe uma pergunta que não dominava) e avaliava a exposição oral, que não é o objetivo, mas sim os conhecimentos”, explica Mário Raimundo.

PREVISÃO DE IMPLEMENTAÇÃO DAS MUDANÇAS

- Novo Programa do Internato de Nefrologia – janeiro de 2026, se for publicado até ao final de 2025 em *Diário da República*.
- Nova avaliação de final do internato – primeira época de 2027, se for publicada até ao final de 2025 em *Diário da República*.



14h40 - 15h05 | Auditório SPN

PLANO DO PERCURSO DA PESSOA COM DRC

Na primeira palestra da sessão, a Prof.^a Anabela Rodrigues refletirá acerca das oportunidades identificadas no documento “Percurso de Cuidados Integrados para a Pessoa com Doença Renal Crónica [DRC]” publicado pela Direção-Geral da Saúde (DGS), no passado mês de março, concretizando uma das metas do Plano de Ação da Comissão de Implementação e Monitorização da Estratégia Nacional para a DRC (CIMEN-DRC). “É um documento pioneiro para uma transformação do paradigma do tratamento da pessoa com DRC, através da implementação de boas práticas clínicas suportadas pela ciência”, afirma a presidente da CIMEN-DRC, entidade que coordenou o documento em conjunto com a DGS.

A também nefrologista na Unidade Local de Saúde de Santo António, no Porto, identifica “cinco pilares essenciais” que constituem oportunidades de melhoria na abordagem da DRC: “o rastreio e diagnóstico atempado; a nefrogenética para precisão e estratificação de risco; a implementação da consulta de doença renal avançada com respetivo controlo de qualidade; a aplicação de cuidados com maior integração de tratamentos dialíticos; e uma gestão de fim de vida que equacione tratamentos conservadores não dialíticos para doentes eletivos”. Estes pilares, acredita Anabela Rodrigues, “podem alavancar uma Medicina mais moderna, indo ao encontro da Agenda 2030 da Organização Mundial da Saúde no objetivo de diminuir a mortalidade por doenças crónicas”.

Aceda ao documento “Percurso de Cuidados Integrados para a Pessoa com Doença Renal Crónica”



Na segunda preleção, o Dr. Pedro Ponce abordará os desafios no percurso do doente com DRC. Começando por realçar “o mérito e a virtude” do documento “Percurso de Cuidados Integrados para a Pessoa com DRC”, o diretor médico da Nephrocare Portugal alerta para “as dificuldades de operacionalização e implementação prática”.

O nefrologista considera ainda “fundamental que o sistema incorpore a atividade assistencial dos setores público e privado no pré e pós-hemodiálise”. Sobre o diagnóstico precoce da DRC, a implementação da vertente domiciliária ou da terapêutica conservadora, Pedro Ponce afirma que “importa ter em conta fatores como a exequibilidade, a sustentabilidade económica e o impacto expectável dos resultados”.

Apesar dos vários desafios e dificuldades, Pedro Ponce faz um balanço positivo da abordagem da DRC em Portugal, embora reconheça que há “aspetos a melhorar”. “Embora não trilhem todos o mesmo caminho, a nossa Nefrologia clínica tem uma história de sucesso, principalmente quando comparada com a experiência de outros países e com o que se verifica na abordagem de outras doenças crónicas”, conclui.



Prof.ª Anabela Rodrigues



Dr. Pedro Ponce



17h10 - 18h05 | Auditório SPN

ENTREGA DE PRÉMIOS

O Encontro Renal 2025 terminará com a entrega de prémios e bolsas de estágios. Além de serem distinguidos os melhores trabalhos apresentados ao longo do congresso – este ano, com a novidade de os moderadores terem contribuído para 20% da avaliação, ficando os restantes 80% a cargo da Comissão Científica –, também serão revelados os vencedores dos diversos prémios e bolsas da Sociedade Portuguesa de Nefrologia (SPN). Segue-se a lista das distinções a atribuir.

MELHORES COMUNICAÇÕES ORAIS

Distinção da melhor comunicação em cada uma das seguintes áreas: diálise peritoneal, hemodiálise, nefrologia básica, nefrologia clínica e transplantação renal.

MELHORES MINI-ORAIS

Diploma para a melhor comunicação mini-oral apresentada em cada dia do congresso.

VENCEDOR DO QUIZ

Pagamento da inscrição no 63.º Congresso da European Renal Association (3 a 6 de junho de 2026, em Glasgow, Escócia) a quem obtiver a maior pontuação nas questões colocadas entre as sessões deste Encontro Renal.

BOLSAS DA SPN

Quatro bolsas de longa duração, no valor de €1500, e quatro bolsas de curta duração, no valor de €750, para subsidiar estágios de Nefrologia realizados no estrangeiro ou em território nacional.

PRÉMIO SPN

€500 para o melhor trabalho publicado em revistas científicas nacionais ou estrangeiras no último ano.

PRÉMIO ANADIAL-SPN

€10 000 para a melhor candidatura de estudo clínico ou de avaliação epidemiológica na área da insuficiência renal crónica, que tenha particular relevância para a prevenção e a melhoria de cuidados.

PRÉMIO DAVITA

€1000 para um trabalho científico que se distinga na área da hemodiálise.

PRÉMIO RAÚL MARTINS (APOIO VANTIVE)

€500 para um trabalho científico que se distinga na área da diálise peritoneal.

PRÉMIO TERESA AZEVEDO (APOIO ROCHE)

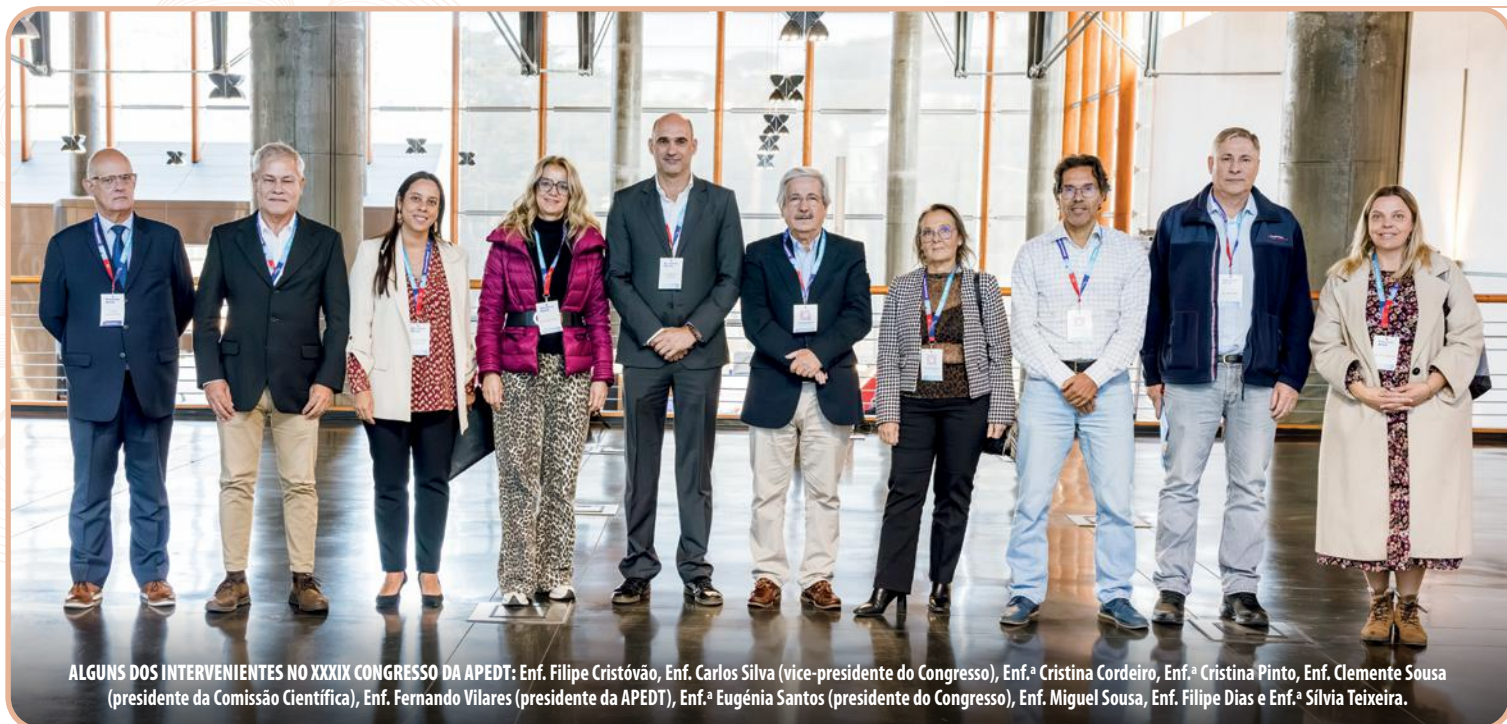
€500 para um trabalho científico que se distinga na Nefrologia em geral.

PRÉMIOS DO PORTUGUESE KIDNEY JOURNAL

Diplomas para os melhores artigos publicados no último ano das seguintes categorias: *case report*, *original article* e *review article*.



“VIAGEM” DO PASSADO EMPÍRICO AO FUTURO DIGITAL NA ENFERMAGEM DE NEFROLOGIA



ALGUNS DOS INTERVENIENTES NO XXXIX CONGRESSO DA APEDT: Enf. Filipe Cristóvão, Enf. Carlos Silva (vice-presidente do Congresso), Enf.ª Cristina Cordeiro, Enf.ª Cristina Pinto, Enf. Clemente Sousa (presidente da Comissão Científica), Enf. Fernando Vilares (presidente da APEDT), Enf.ª Eugénia Santos (presidente do Congresso), Enf. Miguel Sousa, Enf. Filipe Dias e Enf.ª Sílvia Teixeira.

A organização do XXXIX Congresso da Associação Portuguesa de Enfermeiros de Diálise e Transplantação (APEDT) foi assegurada pela equipa de enfermagem do Serviço de Nefrologia da Unidade Local de Saúde (ULS) de São José/Hospital Curry Cabral, em Lisboa. Com o objetivo de projetar o futuro sem esquecer o passado, a comissão organizadora construiu um programa que assenta numa “viagem no tempo”, refletindo sobre a evolução da Nefrologia ao longo dos anos, com ênfase nas inovações do presente e nas perspetivas para o futuro.

Raquel Oliveira

Para a Enf.ª Eugénia Santos, presidente do XXXIX Congresso da APEDT, a organização deste evento representa uma oportunidade de crescimento coletivo. “É importante mostrarmos o que fazemos e como o fazemos. A preparação deste congresso levou-nos a definir metas e prazos e a desenvolver mais trabalhos científicos”, explica a enfermeira gestora do Serviço de Nefrologia da ULS de São José. Também o Enf. Carlos Silva, vice-presidente do congresso, considera que este trabalho “poderá deixar a semente para que, no futuro, os enfermeiros continuem a apresentar trabalhos e a investir na vertente de investigação”.

Na elaboração do programa científico, a comissão organizadora pretendeu refletir a evolução da enfermagem nefrológica ao longo do tempo e o seu impacto nos cuidados ao doente. “Quisemos mostrar que a qualidade do que fazemos hoje resulta dos avanços no conhecimento e da capacidade de adaptação às novas tecnologias. Pretendemos que essa excelência seja cada vez maior e se reflita na qualidade de vida dos doentes”, refere a presidente do XXXIX Congresso da APEDT.

Como sublinha Carlos Silva, a profissão mudou profundamente nas últimas décadas. “Antes, trabalhávamos de forma muito empírica e o nosso foco era apenas tratar os doentes. Hoje, o enfermeiro tem muito mais competências técnicas e científicas e uma maior área de atuação”, sustenta o vice-presidente do congresso. “Exige-se ao enfermeiro que seja um elemento de mudança da própria sociedade, reforçando a vertente preventiva”, acrescenta Eugénia Santos.

A presidente do congresso revela que foram submetidos cerca de 40 abstracts “de excelência e pertinência”. Contudo, ainda há um caminho a percorrer, uma vez que a investigação em enfermagem nefrológica ainda é incipiente. “Precisamos de mais tempo, recursos e estímulo, mas este congresso pode deixar raízes”, reitera a enfermeira gestora do Serviço de Nefrologia da ULS de São José.

VISÕES DO PASSADO E DO PRESENTE

A manhã de ontem foi preenchida pela apresentação de nove pósteres e pela sessão de abertura, que juntou médicos e enfermeiros. Já na parte da tarde, o Enf. Clemente Sousa proferiu a Conferência APEDT, na qual falou sobre a qualidade e a segurança da Enfermagem em Nefrologia. Seguiu-se a mesa-redonda que discutiu visões do passado e do presente, pretendendo “valorizar a história da especialidade, consolidar os avanços atuais e preparar um futuro promissor”, resume a Enf.ª Ana Cristina Cordeiro, moderadora da sessão e enfermeira na ULS de São José.

Reconhecendo que “a atuação da enfermagem em Nefrologia mudou bastante ao longo das últimas décadas”, Ana Cristina Cordeiro especifica que, “no passado, o foco era sobretudo técnico e de apoio às terapêuticas dialíticas”. Hoje em dia, “os enfermeiros têm competências especializadas e um papel ativo na educação terapêutica e alimentar, na prevenção da progressão da doença renal, no esclarecimento e no apoio à escolha das técnicas de substituição da função renal e na capacitação para o autocuidado”, descreve. Atualmente, os cuidados de enfermagem “são mais centrados no doente, promovendo a adesão ao tratamento, o suporte emocional, o envolvimento da família e maior humanização”.

Na mesa-redonda, depois de o Enf. António Matias apresentar uma visão do passado, o Enf. Pedro Duarte partilhou a sua experiência no Serviço de Nefrologia da ULS de São José e a Enf.ª Inês Duarte a sua vivência na Unidade de Nefrologia Pediátrica da mesma instituição. “As competências dos enfermeiros que trabalham em Nefrologia vão muito além de dominar uma técnica. A base é cuidar da pessoa com alterações renais, sejam agudas ou crónicas, e prestar os cuidados necessários para a gestão da doença”, realça o Enf. Jorge Martins, da ULS de São José.

Segundo este enfermeiro, “as competências técnicas e científicas devem coexistir, acompanhando a evolução tecnológica e a aplicação de novos tratamentos em contexto hospitalar, tendo em conta fatores como inves-

timento em formação, projetos de investigação e protocolos de boas práticas”. “Os enfermeiros sempre tiveram um papel de destaque, sobretudo na hemodiálise, mas, na atualidade, a sua atuação estende-se a muitas outras áreas da Nefrologia”, sustenta Jorge Martins, dando exemplos como a realização de diversas consultas de enfermagem e o seguimento de doentes em diálise peritoneal. O enfermeiro enaltece ainda a atividade no hospital de dia, “por onde passam muitos dos doentes tratados em regime de ambulatório, aliviando o internamento”.

APOSTA NA PREVENÇÃO

Ainda no programa de ontem, seguiu-se a mesa-redonda sobre a resposta da enfermagem na prevenção e no tratamento da doença renal, que contou com intervenções do Enf. Pedro Reis (intervenção na comunidade no âmbito do Dia Mundial do Rim) e do Enf. Nuno Miranda (ensino ao doente em torno das técnicas substitutivas da função renal). A propósito desta sessão, Ana Cristina Cordeiro, também membro da comissão científica do XXXIX Congresso da APEDT, antecipa que “a enfermagem de Nefrologia deverá assumir um papel ainda mais abrangente e transformador”. “A aposta na prevenção e no diagnóstico precoce será central, com os enfermeiros cada vez mais envolvidos em programas comunitários de rastreio e educação, especialmente dirigidos a populações de risco, como pessoas com diabetes, hipertensão arterial e idade avançada”, sustenta.

Para Ana Cristina Cordeiro, “a tecnologia será uma aliada incontornável”, com sistemas de monitorização e ferramentas de inteligência artificial a apoiarem a prática clínica. “O enfermeiro será o mediador entre a tecnologia e o doente, traduzindo a informação em intervenções individualizadas. Esta maior personalização e integração dos cuidados também se refletirá ao nível dos cuidados paliativos renais”, acrescenta a enfermeira na ULS de São José.

Nesse sentido, espera-se que “a abordagem futura da enfermagem combine a inovação tecnológica com a humanização dos cuidados, reforçando



EQUIPA DE ENFERMAGEM DO SERVIÇO DE NEFROLOGIA DA ULS DE SÃO JOSÉ: Enf.^a Ema Mariano, Enf.^a Paula Luz, Enf. Pedro Duarte, Enf. Carlos Silva, Enf.^a Lúcia Pereira (atrás), Enf.^a Lúcia Paixão, Enf.^a Catarina Caetano (atrás), Enf.^a Eugénia Santos, Enf.^a Teresa Marques, Enf.^a Cristina Cordeiro, Enf.^a Fernanda Negrão, Enf.^a Alice Gomes, Enf. Jorge Martins, Enf.^a Joana Gonçalves, Enf. Filipe Dias e Enf. Pedro Reis.

a prevenção, a personalização e a sustentabilidade dos tratamentos, sempre com o doente no centro do processo, sendo que a sua qualidade de vida tem de ser o maior objetivo”, realça Ana Cristina Cordeiro. O primeiro dia de congresso incluiu ainda a apresentação de mais dez pósteres, fechando com a Assembleia-geral da APEDT.

ACOMPANHAMENTO DO DOENTE EM DIÁLISE

A manhã desta sexta-feira arranca com a apresentação de dez comunicações orais e a abertura da Assembleia-geral eleitoral da APEDT (ver caixa), seguindo-se a sessão sobre hemodiálise (HD), que incidirá na prevenção de complicações (Enf.^a Ema Mariano) e no risco de quedas dos utentes em HD (Enf.^a Ana Lúcia Pereira). Depois, a sessão dedicada à diálise peritoneal (DP) discutirá as necessidades do doente em contexto hospitalar e no ambulatório. O papel do enfermeiro no acompanhamento dos doentes adultos será abordado

Continua ➤

PUB



Apoie os seus doentes na **preservação da função renal** com uma **abordagem nutricional** eficaz e baseada em evidência clínica.

Os **cetoanálogos de aminoácidos**, em associação com a restrição proteica, são uma estratégia clinicamente comprovada para preservar a função renal e o estado nutricional em doentes com Doença Renal Crónica.

Referências:

1. Bellizzi V, Calella P, Hernández JN, et al. Safety and effectiveness of low-protein diet supplemented with ketoacids in diabetic patients with chronic kidney disease. *BMC Nephrol.* 2018; 19(1): 110-120. doi: 10.1186/s12882-018-0914-5; 2. Garneata L, Stancu A, Dragomir D, et al. Ketoanalogue-supplemented vegetarian very low-protein diet and CKD progression. *J Am Soc Nephrol.* 2016; 27(7):2164-2176; 3. Garneata L, Mocanu CA, Mocanu AE, et al. Vegetarian severe hypoproteic diet supplemented with keto-analogues for predialysis chronic kidney disease patients: the influence on long term prognosis. *Nephrol Dial Transplant.* 2019; 34. doi.org/10.1093/ndt/gfz096.F0012; 4. Mircescu G, Garneata L, Stacu SH, et al. Effects of a supplemented hypoproteic diet in chronic kidney disease. *J Renal Nutrition.* 2007; 17(3):179-188; 5. Rhee CM, Ahmadi S-F, Kovesdy CP, et al. Low-protein diet for conservative management of chronic kidney disease: a systematic review and meta-analysis of controlled trials. *J Cachexia Sarcopenia Muscle.* 2018; 9(2):235-245.

pela Enf.^a Teresa Alves e o acompanhamento dos doentes pediátricos pela Enf.^a Carla Prates. “Em ambulatório, a principal necessidade é a educação e o treino contínuo, para que os doentes realizem as trocas dialíticas de forma segura e higiénica”, sublinha o Enf. Filipe Dias, moderador da sessão.

Outras preocupações na área da DP prendem-se com “o fornecimento regular dos materiais e o apoio permanente no domicílio, um aspeto a melhorar”. “É fundamental avaliar o ambiente onde o tratamento é realizado. Contudo, nem sempre há profissionais e meios de transporte disponíveis”, lamenta o enfermeiro no Serviço de Nefrologia da ULS de São José.

Segundo o também membro da comissão científica do XXXIX Congresso da APEDT, o papel da enfermagem começa logo na consulta de esclarecimento, que avalia a capacidade de aprendizagem do doente e o apoio familiar. “O objetivo é tornar os doentes autónomos em casa, onde têm mais flexibilidade para gerir o tratamento, podendo trabalhar e manter o seu quotidiano, contando com o acompanhamento contínuo por monitorização remota dos parâmetros de diálise. Já em contexto hospitalar, o acompanhamento é presencial pelas equipas médica e de enfermagem”, destaca Filipe Dias. Uma urgência referenciada de Nefrologia, como a que está disponível 24 horas por dia na ULS de São José, “é uma mais-valia, ao garantir segurança e resposta rápida perante qualquer complicação”.

PRÉ E PÓS-TRANSPLANTE RENAL

Hoje à tarde, após a apresentação de mais 12 comunicações orais, realiza-se a mesa-redonda dedicada às respostas de enfermagem ao transplante renal. A Enf.^a Lúcia Paixão começará por abordar as competências do enfermeiro no pré e no pós-transplante renal. “Na consulta pré-transplante, o objetivo é incentivar o autocuidado e empoderar o doente, para que possa gerir a sua condição antes e após o transplante, o que implica trabalhar a adesão à terapêutica e promover

hábitos de vida saudáveis”, defende a enfermeira coordenadora do ambulatório do Serviço de Nefrologia da ULS de São José. Após o transplante, o foco recai em “ajudar o doente no regresso à vida familiar e social, mantendo a vigilância rigorosa da terapêutica imunossupressora, dado o risco de rejeição do órgão”.

Entre as estratégias em curso, Lúcia Paixão destaca a existência de uma consulta não presencial, que pode ser ativada pelo doente ou pela equipa de saúde.

Os objetivos são “responder rapidamente a dúvidas, reforçar a educação terapêutica, monitorizar parâmetros clínicos, identificar complicações e minimizar idas à urgência, o que se traduz em menos internamentos e mais qualidade de vida”.

A enfermeira alerta que “o acompanhamento do doente no pós-transplante não pode resumir-se aos primeiros meses após a alta, pois, ao longo do tempo, surgem complicações que, se não forem colmatadas, podem provocar danos irreversíveis no enxerto renal”. Para Lúcia Paixão, a telemonitorização e a inovação tecnológica podem ajudar a atingir bons resultados nesta área. “A inovação tem de caminhar de mãos dadas com a humanização dos cuidados, sendo a enfermagem um pilar muito importante nesse âmbito”, sublinha.

Na mesma mesa-redonda, intervirão ainda a Enf.^a Fernanda Gomes, que discorrerá acerca dos desafios da terapêutica imunossupressora, e o Enf. Gabriel Alpalhão, que incidirá sobre o recurso à plasmáfereze no ambulatório, em contexto de hospital dia e no internamento.

DESAFIOS DA FORMAÇÃO EM NEFROLOGIA PARA ENFERMEIROS

Amanhã, sábado, o programa começará com a mesa-redonda sobre gestão em hemodiálise, centrada nas competências do enfermeiro gestor. A perspetiva do setor privado será apresentada pela Enf.^a Cristina Pires, ao passo que a realidade no setor público será explanada pela Enf.^a Rita Carvalho. “Pretendemos demonstrar a interligação entre os dois setores, identificar as problemáticas que ambos estão a vivenciar e definir formas de as ultrapassar. Precisamos de discutir os desafios associados a fatores



Instantes



MAIS FOTOGRAFIAS DO 1.º DIA DO XXXIX CONGRESSO DA APEDT



como o envelhecimento da população e a escassez de recursos humanos”, antecipa Carlos Silva.

De seguida, decorrerá a mesa-redonda dedicada à formação em Nefrologia, com ênfase nos desafios do ensino de enfermagem após a licenciatura. Um dos intervenientes é o Enf. Marco Job Batista, secretário do Conselho Diretivo da Ordem dos Enfermeiros, que destacará a importância da competência acrescida em Enfermagem de Diálise. Esta certificação exige uma formação pós-graduada de 30 ECTS (cerca de 810 horas), metade das quais devem corresponder a uma componente prática em unidade de diálise.

“O objetivo é que o enfermeiro desenvolva conhecimentos, habilidades e atitudes nesta área específica, para garantir a gestão dos cuidados à pessoa em programa regular de diálise, envolvendo também a família e o cuidador”, refere Marco Job Batista. Desde novembro de 2023, cerca de 350 enfermeiros já obtiveram esta certificação, que será tendencialmente exigida a todos os que trabalham na área.

“O futuro da diálise continuará a precisar muito de enfermeiros com competência acrescida, que poderão ainda especializar-se na área de Enfermagem à Pessoa com Doença Crónica”, que foi homologada em março deste ano. “O enfermeiro é uma figura central no envolvimento de toda a equipa para o cuidado multidisciplinar a este doente complexo, a fim de evitar o internamento”, defende o secretário da Ordem dos Enfermeiros.

Nesta sessão, a Enf.^a Eulália Novais falará sobre o papel da enfermagem médico-cirúrgica junto da pessoa em situação crónica na área renal. Por fim, a Enf.^a Elza Mendonça discorrerá sobre a realidade brasileira, incidindo no Programa de Residência em Enfermagem de Nefrologia. O XXXIX Congresso da APEDT terminará, ao final da manhã de sábado, com a tomada de posse dos novos corpos gerentes para o triénio 2026-2028 e com a entrega de prémios aos melhores trabalhos apresentados neste evento. 🌐



Destques das entrevistas em vídeo com alguns membros da comissão organizadora

NOVA DIREÇÃO NA APEDT

Os novos corpos gerentes da APEDT para o triénio 2026-2028 são eleitos esta sexta-feira, na Assembleia-geral eleitoral com início às 10h00. Existe uma lista candidata, que é liderada pelo Enf. Clemente Sousa, presidente da comissão científica deste XXXIX Congresso da APEDT. Após 25 anos à frente dos destinos da APEDT, o Enf. Fernando Vilares decidiu que chegou “o momento de passar o testemunho”. “Foram muitos anos de trabalho, que consideramos bastante útil, apesar da falta de recursos”, comenta o presidente cessante.

Avaliando o momento atual, Fernando Vilares, que é enfermeiro-chefe na Unidade de Diálise DaVita Porto, lamenta a “falta de atualização do preço compreensivo no setor privado, que se reflete na dificuldade de atualização dos vencimentos dos enfermeiros”. Esta questão representa uma das preocupações da APEDT, que tem procurado “motivar os enfermeiros a não desistir”, até porque, “no futuro, é possível que as condições mudem, através de oportunidades para que os enfermeiros continuem a prestar os melhores cuidados aos doentes com insuficiência renal”.

Relativamente à formação, Fernando Vilares perspetiva uma evolução positiva. “A APEDT tem desenvolvido programas formativos online e em parceria com as escolas de enfermagem. O desenvolvimento de competências acrescidas e a perspetiva de uma futura especialidade ou pós-graduação em Enfermagem de Nefrologia estão em andamento e, certamente, reforçarão a formação dos enfermeiros, contribuindo para uma melhor prestação de cuidados.” Fernando Vilares remata que “a enfermagem de Nefrologia está viva” e que “os enfermeiros reúnem as competências necessárias para garantir a segurança e a qualidade dos cuidados prestados aos doentes”.

TRATAMENTO DO PRURIDO NOS DOENTES EM HEMODIÁLISE

Esta sexta-feira, entre as 11h45 e as 12h10, a **Dr.^a Tânia Sousa** conduz a conferência “Gestão multidisciplinar do doente renal crónico: quando o caso foge à rotina”, que decorre integrada no XXXIX Congresso da APEDT e tem o patrocínio da CSL. O foco da palestra é a gestão do prurido, “um sintoma que, apesar do grande impacto na qualidade de vida das pessoas com doença renal crónica, é muitas vezes negligenciado e subestimado”.

Defendendo uma abordagem multidisciplinar, que envolva médicos, enfermeiros, psicólogos e farmacêuticos, a nefrologista na Unidade Local de Saúde de Viseu Dão-Lafões vai apresentar o caso clínico de um doente com prurido “muito intenso e incapacitante, que não respondia às terapêuticas disponíveis e comumente utilizadas, nomeadamente emolientes, anti-histamínicos e gabapentinoides”. Perante esta dificuldade, surgiu a possibilidade de tratar o doente com difelicefalina, um fármaco de administração endovenosa durante as sessões de hemodiálise, que “demonstrou eficácia com um perfil de segurança muito aceitável”^{1,2}.

A propósito, Tânia Sousa destaca a evidência científica dos ensaios clínicos de fase III KALM-1¹ e KALM-2², que avaliaram a eficácia e a segurança da difelicefalina,

versus placebo, no tratamento do prurido moderado a grave em doentes em hemodiálise. Os resultados sustentaram a aprovação do fármaco pelas agências reguladoras americana e europeia. “Verificou-se uma redução clinicamente significativa da intensidade do prurido (avaliado pela escala WI-NRS) nos doentes tratados com difelicefalina, comparativamente ao grupo de placebo (51% versus 35%), assim como uma melhoria dos scores de avaliação da qualidade de vida relacionada com o prurido (usando as escalas 5D-Itch e Skindex10)^{1,2}. Acresce que a difelicefalina demonstrou um bom perfil de segurança, registando-se apenas efeitos adversos ligeiros^{1,2}”, realça a nefrologista.

Retomando o caso clínico complexo, Tânia Sousa salienta que, após o tratamento com difelicefalina, foi possível “melhorar a qualidade de vida do doente”, graças também à “abordagem multidisciplinar e holística” a um sintoma que “ainda é subdiagnosticado e subvalorizado”. “A difelicefalina veio modificar a resposta que conseguimos dar no tratamento do prurido moderado a grave, especialmente em doentes que não respondem a outras terapêuticas”, conclui a nefrologista, salientando que “os enfermeiros de diálise assumem um papel central na identificação deste sintoma”. 🌐 **Pedro Bastos Reis**



Referências: 1. Fishbane S, et al. N Engl J Med. 2020;382(3):222-232. 2. Wooldridge T, et al. J Am Soc Nephrol. 2020;31:22-23.

Kapruvia®: Medicamento sujeito a receita médica restrita, de utilização reservada a certos meios especializados. Para uso exclusivo hospitalar. Medicamento não participado. Titular da AIM: Vifor Fresenius Medical Care Renal Pharma France. 100-101 Terrasse Boieldieu. Tour Franklin La Défense 8. 92042 Paris la Défense Cedex França.

Para mais informações, contactar o titular da AIM e/ou o distribuidor em Portugal: Vifor Pharma Portugal, S.A.

PT- DFK-2500001





**Veltassa**[®]
(patirómero) pó para suspensão oral

Simplifique o controlo da Hipercaliemia



EFICAZ
desde o início¹



Sem comprometer
a **SEGURANÇA**^{2,3}



Elevada **ADESÃO**
do doente⁴

CSL

REFERÊNCIAS: 1. Di Palo KE, et al. JAMA Netw Open. 2022;5(1):e2145236.doi:10.1001/jamanetworkopen.2021.45236. 2. Butler J, et al. Eur Heart J 2022; 43(41): 4362–4373. 3. Bushinsky DA, et al. AJKD 2023; 82(1): 97–104. 4. Bakris GL, et al. JAMA 2015;314(2):151–61.

Medicamento sujeito a receita médica. Medicamento não compartilhado. Para mais informações contactar o Titular da AIM e/ou o distribuidor em Portugal: Vifor Pharma Portugal, S.A. **Titular da Autorização de Introdução no Mercado:** Vifor Fresenius Medical Care Renal Pharma France. 100–101 Terrasse Boieldieu. Tour Franklin La Défense 8. 92042 Paris La Défense Cedex França.

PT-PAT-2500057 Outubro 2025



RCM DISPONÍVEL AQUI