



## “Precisamos de fazer um *reset* na forma de abordar a diálise”

Nomeada presidente da Comissão Nacional de Acompanhamento da Diálise (CNAD) no passado mês de fevereiro, a Prof.ª Anabela Rodrigues defende a necessidade de rever processos nesta área, criando unidades de diálise “efetivamente integradas”, que incluam as várias modalidades de tratamento substitutivo da função renal e nas quais a mesma equipa possa gerir todo o curso clínico do doente. Nos últimos meses, porém, a emergência da pandemia de covid-19 impôs-se e a CNAD concentrou as atenções na adaptação do universo da prestação de diálise à nova realidade. O primeiro resultado desse trabalho foi a norma da Direção-Geral da Saúde sobre os cuidados com os doentes em hemodiálise neste contexto, como explica a nefrologista no Centro Hospitalar Universitário do Porto/Hospital de Santo António [Pág.12 a 14](#)



### PORTUGUÊS EM FUNÇÃO GLOBAL

Desde fevereiro de 2019 que o Dr. Fernando Macário é o *chief medical officer* da Diaverum Global, mote para uma entrevista em que aborda os desafios de implementar orientações estratégicas comuns em 22 países com realidades muito distintas, bem como as medidas adotadas pela rede de clínicas de diálise que dirige para prevenir o contágio pelo novo coronavírus [Pág.10 e 11](#)



### ENCONTRO RENAL EM OUTUBRO

Mantendo o local (Vilamoura), o Encontro Renal 2020 foi adiado para 29 a 31 de outubro, que passará a ser, aproximadamente, a data das futuras edições. A organização adianta que o essencial do programa científico anunciado para o mês de março se mantém, com algumas atualizações para permitir integrar temas sobre a pandemia de covid-19 e os seus efeitos a nível renal, quer nos doentes em diálise quer nos transplantados [Pág.16 e 17](#)



**PUBLICIDADE**

# // DEPOIS DA TEMPESTADE, A BONANÇA?

**C**ara(o)s Amiga(o)s,  
Nesta fase, ainda é inevitável começar por referir os efeitos da pandemia de Covid-19 na nossa atividade socioprofissional, na nossa vida pessoal e, claro, na própria Sociedade Portuguesa de Nefrologia (SPN). Seguramente, tem sido o maior desafio que vivemos conjuntamente na nossa profissão.

É inquestionável que, por muito que perdurem algumas regras de contenção, já olhamos para trás com uma sensação de que o pior já passou e esteve longe de ser tão mau como temíamos, com base nos resultados de países europeus com produtos internos brutos muitíssimo mais elevados e sistemas de saúde com muito mais recursos materiais e humanos. Estamos a passar este duríssimo desafio, que nos tornou (individualmente e coletivamente) mais autênticos, mais despojados e mais solidários. Só por isso, a Nefrologia portuguesa já saiu vitoriosa.

Poucos dias antes da declaração do Estado de Emergência, a Prof.ª Anabela Rodrigues foi nomeada presidente da Comissão Nacional de Acompanhamento da Diálise (CNAD). Dou testemunho público da forma eficiente, proativa, sem vaidade ou protagonismo pessoal como ela conseguiu construir uma equipa de trabalho (incluindo a SPN) que contribuiu, decisivamente, para a publicação das Normas n.º4/2020 e n.º8/2020 da Direção-Geral da Saúde (DGS). Neste número da *SPN News*, temos o maior gosto em acolher uma entrevista com a Prof.ª Anabela Rodrigues e perceber os planos que tem para a CNAD (pág.12-14).

Damos igualmente relevância ao testemunho do Dr. Fernando Macário acerca das suas responsabilidades enquanto *chief medical officer* (CMO) da Diaverum, cargo que exerce a nível mundial e que muito honra e prestigia a Nefrologia portuguesa (pág.10-11). Nesta edição, temos ainda uma entre-

vista com a diretora-geral da Vifor Pharma, Dr.ª Paula Barriga, no rescaldo da participação do patirómero (Veltassa), cuja produção de Portugal para todo o mundo se iniciará em breve, na fábrica que foi instalada em Alfragide, na Amadora (pág.4). O reforço do contributo da Vifor Pharma para a economia nacional através do aumento da nossa capacidade exportadora só nos pode entusiasmar, até pelos diversos fármacos da área da Nefrologia que este laboratório já tem no mercado e dos muitos mais que se aproximam da fase final dos respetivos ensaios clínicos. Também temos de reconhecer o apoio, como *Sponsor Platina*, que a SPN tem recebido deste laboratório, com grande elegância e independência.

Mais uma vez, a Nefrologia portuguesa afirma-se destacada a nível europeu, com 100% de aprovações dos nossos candidatos ao agora chamado European Specialty Examination in Nephrology (pág.5), este ano particularmente significativo por ter sido a primeira vez em que não houve qualquer bonificação para os “*non-native speakers*” de inglês. Entre os mais recentes acontecimentos da Nefrologia nacional, saliento ainda o sucesso da 1.ª Reunião do Núcleo de Nefrologia de Translação, que decorreu em Coimbra, no passado mês de janeiro, com o Prof. Rui Alves como anfitrião (pág.22-23).

Não posso terminar sem referir que, apesar da necessidade de adiamento, vamos ter um fantástico Encontro Renal 2020, presencialmente (nem que tenhamos de afastar mais as cadeiras da assistência...), nos dias 29, 30 e 31 de outubro, em Vilamoura (pág.16-17). O programa científico está integralmente confirmado. Vai ser fantástico voltar à proximidade possível com cada um de vós e partilhar não apenas ciência, mas também emoções e muito afeto. Até lá, fiquem bem, com muita saúde para cada um de vós e para as vossas famílias. /



## // ANÍBAL FERREIRA

Presidente da Sociedade Portuguesa de Nefrologia

### ÓRGÃOS SOCIAIS DA SPN (2019-2021)

#### DIREÇÃO

**Presidente:** Aníbal Ferreira

**Vice-presidente:** José António Lopes

**Secretária:** Ana Marta Gomes

**Tesoureira:** Inês Aires

**Vogais:** Ana Amélia Galvão e José Assunção

**Representante da Nefrologia Pediátrica:**

Conceição Mota

#### CONSELHO FISCAL

**Presidente:** Edgar Almeida

**Vogais:** Célia Gil e Pedro Ferreira

#### MESA DA ASSEMBLEIA-GERAL

**Presidente:** Manuel Pestana

**Vice-presidente:** Pedro Pessegueiro

**Secretária:** Sandra Sampaio

### FICHA TÉCNICA

#### Propriedade:

Sociedade Portuguesa de Nefrologia

Largo do Campo Pequeno n.º 2, 2.º A  
1000-078 Lisboa  
**Tel.:** (+351) 217 970 187  
**Fax:** (+351) 217 941 142  
geral@spnefro.pt • www.spnefro.pt

#### Edição:



Rua Eng.º Fernando Vicente Mendes, n.º 3F (1.º andar), 1600-880 Lisboa  
**Tel.:** (+351) 219 172 815 / (+351) 218 155 107 • geral@esferadasideias.pt  
www.esferadasideias.pt • @issuu.com/esferadasideias01  
**Direção de projetos:** Madalena Barbosa e Ricardo Pereira  
**Textos:** Luís Garcia e Pedro Bastos Reis  
**Fotografias:** João Ferrão, Jorge Correia Luís e Rui Santos Jorge  
**Design/paginação:** Herberto Santos

Publicação isenta de registo na ERC, ao abrigo do Decreto Regulamentar n.º 8/99, de 6 de junho, artigo 12.º, 1.ª alínea

Depósito legal n.º 338826/12

#### Patrocinadores desta edição:

**Baxter**

**Davita**

**DIAPERUM**

**VIFOR PHARMA**



## “O patirómero permite otimizar a terapêutica com iSRAA em doentes que desenvolvem hipercaliemia”

Comparticipado em Portugal desde o passado mês de março, o patirómero (Veltassa®) vem permitir o tratamento da hipercaliemia em doentes adultos com doença renal crónica (DRC) estádios 3 ou 4 sob terapêutica com inibidores do sistema renina-angiotensina-aldosterona (iSRAA). Nesta entrevista, a Dr.ª Paula Barriga, diretora-geral da Vifor Pharma, explica as mais-valias e o modo de acesso ao primeiro captador de potássio disponível no mercado, que, em breve, começará a ser produzido em Portugal, na fábrica que foi construída em Alfragide, na Amadora.

Luís Garcia

DR

### Que necessidade médica o patirómero vem colmatar?

Aprovado pela Food and Drug Administration [FDA] em 2015 e pela European Medicines Agency [EMA] em 2017, o patirómero é um captador de potássio para o tratamento da hipercaliemia, que foi também estudado no sentido de permitir a continuação do tratamento com inibidores do sistema renina-angiotensina-aldosterona [iSRAA]. Estes fármacos assumem um papel essencial no tratamento dos doentes com DRC, tenham ou não insuficiência cardíaca [IC], sendo recomendados pelas diferentes orientações clínicas, dado que são modificadores do prognóstico da doença. No entanto, em alguns casos de DRC, os iSRAA não podem ser utilizados, de acordo com as *guidelines*, devido ao aparecimento de hipercaliemia. Assim, os clínicos têm-se deparado, frequentemente, com uma questão: como proporcionar o tratamento necessário aos doentes com doença renal e/ou cardiovascular que têm indicação para receber iSRAA? Aceitar o risco de hipercaliemia, com consequências potencialmente fatais, ou o risco de não tratar os doentes com estes fármacos nas doses adequadas, que reduzem as hospitalizações e aumentam a sobrevivência? Mais do que uma questão, muitas vezes esta decisão torna-se um dilema.

### O patirómero vem ajudar a resolver esse dilema?

Com esta nova terapêutica, a Vifor Pharma pretende colocar à disposição dos clínicos uma opção eficaz e segura, que lhes permita controlar os níveis de potássio dos doentes com DRC a longo prazo, ao mesmo tempo que oferecem o tratamento recomendado e essencial com iSRAA. Assim, o patirómero permite otimizar a terapêutica com iSRAA em doentes que desenvolvem hipercaliemia, conseguindo-se resolver o dilema.

### Como poderão os doentes ter acesso ao patirómero?

A Vifor Pharma submeteu o pedido de comparticipação do patirómero através de um processo de avaliação prévia hospitalar. A aprovação desse financiamento, obtida em março, assegura o acesso dos doentes com hipercaliemia a um fármaco que alterará o paradigma de tratamento da IC e da DRC em Portugal. Os doentes que beneficiarão do patirómero são

seguidos regularmente em consultas de especialidade hospitalar. O facto de este fármaco ser dispensado pela farmácia hospitalar de ambulatório permite que o acompanhamento clínico seja complementado pelo acompanhamento dos farmacêuticos hospitalares, o que é muito importante para garantir a adesão à terapêutica. Esta abordagem será geradora de maior eficiência na afetação de recursos pelo Serviço Nacional de Saúde, fruto quer da mitigação dos eventos de hipercaliemia (disritmias e morte súbita), quer da otimização da terapêutica com iSRAA e dos seus benefícios (redução do risco de mortalidade, das hospitalizações por IC e da progressão da DRC).

### Além deste novo captador de potássio, a Vifor Pharma comercializa várias terapêuticas para a deficiência de ferro e um captador de fósforo. Existem outros produtos em *pipeline* para o âmbito da Nefrologia?

A área da Nefrologia é uma prioridade clara da Vifor Pharma, tanto a nível global como em Portugal, pelo que continuaremos a trabalhar para proporcionar mais e melhor vida aos doentes com patologias do foro renal. Temos um *pipeline* forte no âmbito da DRC. A este nível, destaco a aposta no tratamento da doença mineral óssea, sobretudo do hiperparatiroidismo secundário; de comorbilidades como o prurido, que é particularmente limitador da qualidade de vida destes doentes; e ainda, na área das doenças raras, da vasculite associada a anticorpos citoplasmáticos antineutrófilos. Este é o nosso compromisso: através de um trabalho conjunto com todos os parceiros da área da Nefrologia, mudar o panorama das doenças renais. //

### // PATIRÓMERO SERÁ PRODUZIDO EM PORTUGAL

Inaugurada em 2018 e prestes a entrar em funcionamento, a fábrica da Vifor Pharma que vai produzir o patirómero situa-se em Alfragide, na Amadora, e resulta de um investimento de cerca de 10 milhões de euros. Segundo a Dr.ª Paula Barriga, esta unidade “congrega tecnologia sofisticada, bem como a aposta em especialistas e técnicos altamente diferenciados”.

## // Transplante duplo de coração e rim no Hospital de Santa Cruz

O Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental/Hospital de Santa Cruz realizou um transplante duplo de coração e rim no domingo de Páscoa, dia 12 de abril, num homem de 39 anos que está a recuperar bem. Numa das conferências de imprensa de atualização dos dados sobre a covid-19, o secretário de Estado da Saúde, Dr. António Lacerda Sales, referiu-se a esta intervenção como “um exemplo de boas notícias no Serviço Nacional de Saúde” no atual contexto de pandemia.

O doente estava internado há cerca de seis meses, nos Cuidados Intensivos do Serviço de Cardiologia, e sofria de uma doença cardíaca com atingimento renal secundário, que tornou necessária a realização de hemodiálise contínua desde o passado mês de fevereiro. Embora não seja inédito, este transplante duplo foi o terceiro realizado no CHLO/HSC. Apesar de, na atual fase de pandemia, a atividade de transplantação estar limitada às situações mais prementes, esta intervenção avançou porque o doente corria risco de vida.

De acordo com o **Dr. José Pedro Neves**, diretor do Serviço de Cirurgia Cardioráfrica do CHLO/HSC, num caso como este, “a oportunidade e a compatibilidade do coração entre dador e recetor é que determina a transplantação – e procura-se que a compatibilidade do rim seja a melhor possível”. Além disso, “dada a extensão das listas de espera, a decisão de avançar para o transplante de dois órgãos num só doente tem de ser muito bem ponderada”, acrescenta.

Nestas situações, o transplante cardíaco é realizado em primeiro lugar, dado que o tempo de isquemia máximo do coração (cerca de quatro horas) é menor do que o do rim. “Só quando o

doente já estabilizou, por norma cerca de seis horas depois, é que fazemos o transplante de rim”, explica José Pedro Neves. A principal vantagem do transplante duplo é a diminuição da probabilidade de rejeição dos órgãos, por serem ambos provenientes do mesmo dador. No entanto, outros desafios emergem neste tipo de intervenção, que representa um “jogo de equilíbrio”, como diz o **Prof. André Weigert**, nefrologista no CHLO/HSC, que tem acompanhado este doente ao longo de todo o processo.

Para que o rim funcione, é necessário um débito cardíaco adequado e não esquecer que alguns fármacos causam vasoconstrição num doente que acabou de receber um transplante de coração. Por isso, “é essencial otimizar o tempo de isquemia fria (quanto mais baixo, desde a colheita até à implantação, melhor o resultado do rim) e, simultaneamente, dar algum tempo para otimizar a função cardíaca”, frisa André Weigert. Também é necessário ter em conta que os protocolos de imunossupressão nos transplantes cardíacos e renais são ligeiramente diferentes, exigindo um constante diálogo entre cardiologistas e nefrologistas.

Segundo o diretor do Serviço de Nefrologia e Transplantação Renal, **Dr. Domingos Machado**, “o diálogo entre diferentes especialidades não é difícil no Hospital de Santa Cruz, pois está inscrito no seu ADN”. E acrescenta: “Há uma excelente colaboração entre os diferentes serviços no nosso hospital. Este transplante duplo é um exemplo paradigmático disso mesmo, pois envolveu o trabalho conjunto dos dois serviços cirúrgicos (Cirurgia Cardioráfrica e Cirurgia Geral) e dos dois serviços médicos (Cardiologia e Nefrologia), com a colaboração fundamental de anestesiólogos e todos os profissionais de saúde envolvidos.” //

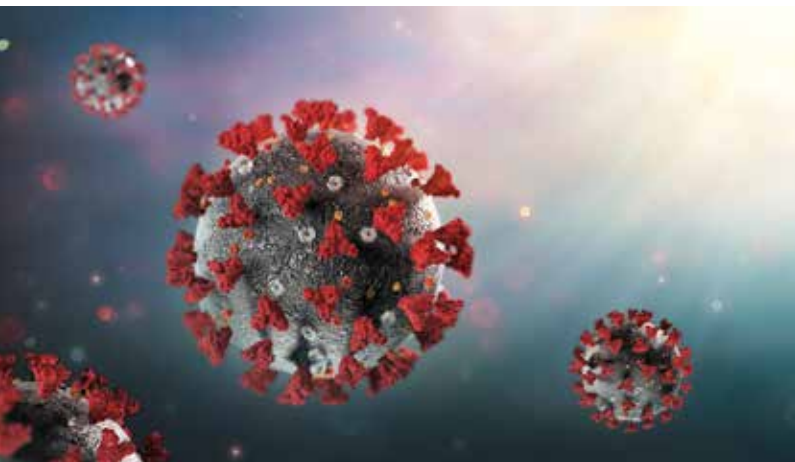
## // European Specialty Examination in Nephrology

Mais sete nefrologistas portugueses receberam a certificação europeia conjunta da Union Européenne des Médecins Spécialistes (UEMS) Renal Section e da European Renal Association – European Dialysis and Transplant Association (ERA-EDTA). Este ano, o anteriormente designado European Certificate in Nephrology (ECN) passou a incluir o Speciality Certificate Examination britânico, mudando a sua designação para European Specialty Examination in Nephrology (ESENeph) e contando também com a parceria da UK Renal Association e da Federation of the Royal Colleges of Physicians of the UK. O exame decorreu a 26 de fevereiro, nos centros autorizados para tal de cada país.

As inscrições para o próximo European Specialty Examination in Nephrology, que decorrerá a 17 de fevereiro de 2021, estarão abertas entre 28 de outubro e 25 de novembro de 2020. A Sociedade Portuguesa de Nefrologia apoia a candidatura a esta certificação europeia, custeando as inscrições em 100% para os primeiros classificados no exame nacional da especialidade e em 50% para os restantes aprovados neste exame. Desde que o ECN foi criado, em 2017, Portugal tem-se distinguido pelo número de candidaturas e pelos bons resultados. Este ano, a participação nacional no agora chamado ESENeph também ficou marcada pelo êxito, pois os sete candidatos obtiveram aprovação e certificação europeia. //



## // Norma da DGS sobre cuidados com doentes hemodialisados em contexto de pandemia



A Direção-Geral da Saúde (DGS) emitiu recomendações sobre os cuidados a ter com as pessoas com doença renal crónica (DRC) em hemodiálise, na fase de mitigação da pandemia de covid-19. A Orientação n.º 017/2020 de 25 março foi revogada e tornada Norma n.º 008/2020, de 28 de março, com o intuito de colocar peso normativo na relevância do transporte individual de doentes para a hemodiálise. O presidente da SPN, Prof. Aníbal Ferreira, tinha também alertado publicamente para a necessidade de definir regras de atuação específicas neste âmbito.

Para que o transporte individual seja garantido, “as Administrações Regionais de Saúde devem explorar todas as possibilidades e alternativas existentes a nível regional e local”, refere a norma. O transporte conjunto em veículo ligeiro com capacidade máxima de nove lugares é considerado “recurso excepcional” e sujeito a diversas medidas, como a inclusão de um máximo de três doentes por viagem, equipados com máscara cirúrgica; a disponibilização de solução antisséptica de base alcoólica para higienização das mãos; a utilização de equipamento de proteção individual por parte do motorista; e a desinfecção dos veículos após cada trajeto.

O documento contempla outras medidas, como a reorganização dos recursos humanos e dos espaços físicos das unidades de hemodiálise, de forma a garantir a “separação dos circuitos dos doentes com covid-19 face aos restantes, através da criação de áreas de isolamento para os doentes infetados e/ou unidades de coorte”.

A Norma n.º 008/2020 foi elaborada em colaboração com a Prof.ª Anabela Rodrigues, presidente da Comissão Nacional de Acompanhamento da Diálise (CNAD), que auscultou diversas entidades, entre as quais a SPN. Esta responsável enfatiza a importância do documento, sobretudo no que respeita ao transporte individual dos doentes em hemodiálise, que considera “uma imperiosidade sanitária”. “Esta é uma questão crítica, dada a fragilidade particular destes doentes e a impossibilidade de se manterem em confinamento porque têm de se deslocar a fim de realizarem os tratamentos”, remata Anabela Rodrigues. /

## // Nova Unidade de Intervenção de Acessos Vasculares

Desde dezembro de 2019, após a inauguração da Unidade de Intervenção de Acessos Vasculares de Hemodiálise, o Centro Hospitalar Médio Tejo (CHMT), que integra os hospitais de Torres Novas, Tomar e Abrantes, está capacitado para realizar procedimentos

endovasculares em acessos vasculares (AV) de hemodiálise, sem necessidade de recorrer a serviços externos. Esta competência complementa a já existente valência cirúrgica de construção de fístulas e próteses neste centro hospitalar, através da colaboração do Dr. Belarmino Clemente, cirurgião no Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental/Hospital de Santa Cruz, que se desloca todas as semanas ao CHMT para o efeito.

“Com a introdução desta valência, passámos a dispor de uma verdadeira Unidade de Acessos Vasculares, na qual realizamos todo o processo de intervenção vascular dos acessos para hemodiálise. A complicação mais comum nas fístulas e próteses é a estenose venosa, que se deteta pelo exame físico e/ou pela avaliação dinâmica, resolvendo-se geralmente através de uma angioplastia com balão, um procedimento que requer apoio radiológico. Agora, temos a capacidade para resolver os problemas de disfunção do AV”, explica a Dr.ª Karina Lopes, diretora interina do Serviço de Nefrologia do CHMT, que, no início de 2020, sucedeu à Dr.ª Ana Vila Lobos, atual diretora clínica deste centro hospitalar.

Integrada no Serviço de Nefrologia, a nova Unidade de Acessos Vasculares conta com a colaboração de quatro nefrologistas, quatro enfermeiros, dois assistentes operacionais e um técnico de Radiologia, além da interligação estreita com a Cirurgia. “Esta unidade torna-nos independentes na construção e na intervenção endovascular de AV, o que é particularmente importante para os cerca de 70 doentes do nosso programa de hemodiálise em ambulatório”, sublinha Karina Lopes. Composto por oito nefrologistas e seis internos, o Serviço de Nefrologia do CHMT está instalado no Hospital de Torres Novas e, além dos hospitais de Tomar e Abrantes, também dá apoio ao Hospital Distrital de Santarém, servindo uma área de referência com cerca de 460 mil habitantes. /



DR



**PUBLICIDADE**

## // Ouvir as queixas dos rins em relação à diabetes



“**D**ar voz aos rins e ouvir os seus protestos em relação à diabetes” foi o objetivo da campanha digital lançada no Dia Mundial do Rim, 12 de março, pela Mundipharma, com o apoio da Sociedade Portuguesa de Nefrologia (SPN) e da Associação de Jovens Diabéticos de Portugal (AJDP). Intitulada “Crónica Re(n)al”, a iniciativa visou alertar para o risco acrescido de doença renal crónica (DRC) na população com diabetes mal controlada, reforçando a importância da monitorização adequada desta patologia.

No vídeo divulgado nas redes sociais das entidades promotoras da campanha, nas quais foram disponibilizados outros conteúdos e *banners*, os rins surgem personificados, queixando-se do seu inimigo comum – a diabetes – e deixando o alerta: “Precisamos de falar, antes que isto fique crónico.” A mesma mensagem é transmitida

pelo Prof. Aníbal Ferreira, presidente da SPN, logo no início do vídeo. “É importante estarmos ao lado dos doentes, ajudando-os a perceber a doença e responsabilizando-os a intervir no seu próprio diagnóstico. Esta campanha vai ao encontro deste nosso compromisso, alertando os cidadãos para a relação entre a diabetes e a DRC. Pretendemos que os portugueses consigam identificar eficazmente os sintomas de ambas as patologias e mantenham um estilo de vida saudável, para evitar o desenvolvimento de DRC e quaisquer outras complicações nos rins”, justifica o presidente da SPN.

Já a Dr.ª Sofia Ferreira, diretora-geral da Mundipharma, considera que esta empresa tem o dever de “apoiar a literacia em saúde e incentivar a população a ser mais responsável na manutenção da sua qualidade de vida”. “Tendo consciência de que a maioria dos portugueses desconhece a ligação entre a diabetes e a DRC, decidimos aproveitar o Dia Mundial do Rim 2020 para promover uma campanha com foco nessa conexão, que alerta sobretudo as pessoas com diabetes e os seus cuidadores”, afirma.

Por seu turno, Jenifer Duarte, presidente da AJDP, enfatiza a importância de sensibilizar os mais jovens para as possíveis complicações da diabetes mal controlada. “Esta campanha faz todo o sentido, pois visa combater a doença renal. Por outro lado, pretendemos incentivar a população jovem a passar a mensagem a outras pessoas, funcionando como influenciadores da restante sociedade”, conclui. //

**Veja aqui o vídeo da campanha, que conta com a participação do Prof. Aníbal Ferreira**

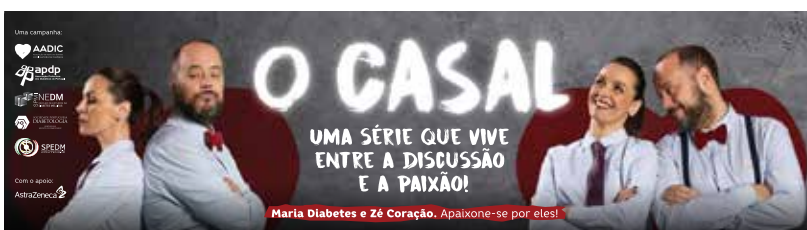


## História de uma “paixão” que pode ser fatal

A dificuldade de Zé Coração em resistir a uma *mousse* de chocolate acabada de preparar por Maria Diabetes é o ponto de partida do primeiro vídeo da campanha “O Casal”, promovida pela Associação de Apoio aos Doentes com Insuficiência Cardíaca, pela Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal, pelo Núcleo de Estudos da Diabetes Mellitus da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna, pela Sociedade Portuguesa de Diabetologia e pela Sociedade Portuguesa de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo, com o apoio da AstraZeneca.

Intitulado “A *mousse* da discórdia. A diabetes peca e o rim é que sofre!”, o primeiro vídeo foi divulgado no Dia Mundial do Rim, 12 de março. Neste episódio, Maria Diabetes tenta convencer Zé Coração a comer a sobremesa, apesar de ele recordar as palavras do médico, que recomendou ao casal exercício físico, alimentação saudável e “nada de doces, que os rins não aguentam”. “Sabia que aproximadamente 40% das pessoas com diabetes tipo 2 vão desenvolver doença renal? Fique atento aos sinais; consulte o seu médico”, recomenda-se no final do vídeo.

No comunicado de imprensa da campanha, a Dr.ª Rita Birne, nefrologista no Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental/Hospital de Santa Cruz, nota que, apesar de cerca de um terço dos casos de doença renal se deve-



rem à diabetes, os portugueses ainda conhecem mal a relação entre ambas as patologias. Além disso, “não estão suficientemente cientes do risco de perder a visão, de amputação ou de morte prematura associados a uma gestão inadequada da diabetes e das suas complicações”.

De acordo com Rita Birne, esta campanha alerta para a relação entre a diabetes e o risco cardiovascular, que “precisa de ser cuidada”, uma vez que “a pessoa com diabetes tem um risco aumentado de desenvolver doença cardíaca e também doença renal crónica – e ambas estão interligadas”. “A Maria Diabetes e o Zé Coração personificam este enredo ao longo de quatro episódios, nos quais vamos ver que, apesar de terem uma relação um pouco tumultuosa, contrariando-se e contradizendo-se, no fim acabam sempre por cuidar um do outro, porque querem viver felizes para sempre”, resume a nefrologista. O segundo episódio foi divulgado no Dia Mundial da Saúde (7 de abril), o terceiro no Dia Europeu da Insuficiência Cardíaca (6 de maio) e o quarto no Dia Mundial do Médico de Família (19 de maio). //



**O primeiro episódio da série “O Casal” aborda as perigosas consequências da diabetes sobre os rins**

# // SPN nos *media* a propósito do Dia Mundial do Rim e da pandemia de covid-19

A Sociedade Portuguesa de Nefrologia (SPN) tem estado particularmente ativa na comunicação social. Recentemente, dois tópicos concentraram a intervenção dos nefrologistas no espaço mediático: o Dia Mundial do Rim (12 de março) e os alertas sobre a necessidade de criar normas específicas para os doentes renais no contexto da pandemia de covid-19, sobretudo relativamente ao transporte dos doentes para os locais onde fazem hemodiálise.

**Luís Garcia**

**A**s intervenções da SPN na comunicação social a propósito do Dia Mundial do Rim 2020 começaram ainda na véspera, 11 de março, com a participação em dois textos da agência *Lusa*, que foram publicados em vários órgãos, como *Observador*, *Público*, *Notícias ao Minuto* e *Sapo.pt*. A primeira reportagem contava a história de um casal de doentes com diabetes, ambos duplos transplantados (rim e pâncreas). O outro trabalho foi uma entrevista ao presidente da SPN, Prof. Aníbal Ferreira, que salientou a premência de “começar mais cedo a prevenir a insuficiência renal” e de diagnosticar precocemente a diabetes, garantindo “um acompanhamento mais sequencial” destes doentes, para reduzir a necessidade de virem a fazer diálise. Já no dia seguinte, o *Correio da Manhã* publicou uma reportagem a propósito do Dia Mundial do Rim e a Dr.ª Inês Aires, tesoureira da SPN, assinou um artigo sobre a prevenção da litíase renal no blogue “*Simply Flow*”, da apresentadora Fátima Lopes.

A necessidade de prevenir as doenças renais e as suas complicações foi a mensagem mais transmitida nas várias entrevistas televisivas concedidas pelos nefrologistas no dia 12 de março. O Prof. Aníbal Ferreira participou nos programas “Bom Dia Portugal”, na *RTP1*, e “Sociedade Civil”, na *RTP2*; a Dr.ª Ana Marta Gomes, secretária da Direção da SPN, esclareceu várias dúvidas, durante cerca de uma hora, no programa “Consultório” do *Porto Canal*; o Prof. José António Lopes, vice-presidente da SPN, participou na “Edição da Manhã” da *SIC*; e a Dr.ª Carina Ferreira, nefrologista no Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central/Hospital Curry Cabral (CHULC/HCC), marcou presença no “Diário da Manhã”, da *TVI*.

## ALERTAS SOBRE A GESTÃO DA PANDEMIA

Já no âmbito da pandemia de covid-19, no dia 25 de março, Aníbal Ferreira falou no “Bom Dia Portugal” da *RTP1*, no “Diário da Manhã” da *TVI* e no espaço noticioso da *Rádio Comercial*, chamando a atenção para a inexistência, até essa data, de orientações específicas da Direção-Geral da Saúde (DGS) sobre o tratamento dos doentes hemodialisados no contexto da pandemia. Em particular, o também nefrologista no CHULC/HCC defendeu a urgência de garantir o transporte individual para os centros de diálise. “Estes doentes continuam a ser transportados em grupos de sete ou oito, provenientes de lares diferentes, para fazer hemodiálise, três vezes por semana, em hospitais ou centros distintos. Já deveriam estar a ser transportados individualmente”, afirmou o presidente da SPN nas entrevistas televisivas, destacando que, em Portugal, “20 a 30% dos doentes em hemodiálise estão institucionalizados”. Tendo em conta que cerca de 12 500 doentes fazem hemodiálise em Portugal, Aníbal Ferreira considerava que, se nada fosse feito, o país estava “a caminhar a passos largos para uma catástrofe”.

Já a 24 de abril, em entrevista ao *Correio da Manhã*, Aníbal Ferreira considerou “muito positiva” a publicação da Norma n.º 008/2020 da DGS, a 28 de março, mas chamou a atenção para outros aspetos. Apesar de considerar esta ação da DGS “muito positiva”, Aníbal Ferreira chamou a atenção para outros aspetos, numa entrevista publicada no *Correio da Manhã*, a 24 de abril. “Infelizmente, ainda não foi tomada uma medida fundamental: todos os 12 500 doentes que fazem hemodiálise em Portugal deveriam ser testados para o SARS-CoV-2, por não poderem ficar em quarentena”, defendeu. Além disso, ao contrário do que preconiza a Norma n.º 008/2020, naquela data, nem todas as unidades hospitalares estavam a transferir para programa de hemodiálise hospitalar (tratamento em isolamento) todos os doentes que testassem positivo, mesmo que assintomáticos, “colocando em risco a segurança dos restantes doentes hemodialisados”. //





## “Portugal sempre se destacou como um dos países com padrões de cuidados renais mais elevados”

DR

Desde fevereiro de 2019, o Dr. Fernando Macário, até então nefrologista no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, ocupa o mais alto cargo da hierarquia médica da Diaverum à escala mundial. Em entrevista, o *chief medical officer* deste grupo prestador de cuidados de saúde na área renal comenta os principais desafios da sua função, o modo como toda a rede se preparou para a pandemia de Covid-19 e as diferentes realidades dos 22 países onde a Diaverum opera, no seio dos quais Portugal merece uma nota positiva.

**Luís Garcia**

### // Quase um ano e meio após assumir a função de *chief medical officer* (CMO) da Diaverum Global, qual o seu balanço?

Durante o primeiro ano, a nova equipa clínica central da Diaverum definiu orientações estratégicas atualizadas, com foco no valor para o doente e para os diferentes sistemas de saúde em que operamos. O objetivo é levar a qualidade nos cuidados renais aos 22 países onde trabalhamos, com uma rede que integra cerca de 400 clínicas de diálise, uma unidade de transplantação e vários programas de tratamento da doença renal em fases mais precoces. Uma aposta grande em programas clínicos standardizados, com o suporte de novas tecnologias digitais e de informação, permitirá a implementação de novas formas de encarar os cuidados ao doente renal crónico. A inteligência artificial e a investigação científica são outras áreas prioritárias na nossa estratégia futura. De um modo geral, o principal desafio da Diaverum consistirá em elevar os padrões de qualidade nos mais diversos sistemas de saúde e realidades.

### // Em que ponto se encontra a implementação das novas orientações estratégicas na área clínica?

Toda a nova linha de orientação clínica que foi definida no último ano, à escala global, está em fase de implementação pelos países onde atuamos, com ajustes às realidades locais. Temos igualmente em curso o processo de reformulação da medição da *performance* clínica. São projetos multidisciplinares que envolvem os diferentes departamentos da empresa. A pandemia de covid-19 exigiu que se adiassem alguns projetos durante dois a três meses, para nos focarmos na implementação dos planos de contingência, de modo a proteger os nossos doentes e pessoal desta nova doença.

### // São muitas as diferenças entre as realidades dos 22 países nos quais opera a Diaverum? Em que medida essas diferenças dificultam a aplicação da estratégia global?

Existem diferenças importantes entre os países, mas também uma vontade global de trabalhar à luz de elevados padrões de qualidade. As diferenças são um estímulo para construirmos as melhores estratégias, numa perspetiva de aprendizagem constante e de *benchmarking*. A definição de políticas e procedimentos é uma tradição na Diaverum. Uma governação clínica bem estruturada e um sistema robusto de auditorias e registos de incidentes permitem trabalhar sempre com a segurança dos doentes e das equipas como prioridade.

### // Como se enquadra a Diaverum Portugal a nível global?

Portugal sempre se destacou como um dos países com padrões de cuidados renais mais elevados. A Diaverum Portugal adotou estratégias inovadoras, das quais são exemplos os cuidados coordenados, o melhor programa integrado de acessos vasculares e programas inovadores para diminuir as hospitalizações e as infeções respiratórias. Também na Diaverum, Portugal é um país na linha da frente dos cuidados renais.

### // Quais são as responsabilidades concretas do CMO?

Em primeiro lugar, reconhecer o trabalho levado a cabo em todos os países em que a empresa opera. Promover uma liderança construtiva, que leve as melhores práticas aos quatro continentes onde temos operações, com profundo respeito pelas realidades e culturas locais. Uma responsabilidade importante é a standardização, alinhando pelas melhores práticas. Finalmente, trabalhar com todos os colaboradores

clínicos no sentido de desenvolver as estratégias mais adequadas para implementar novos padrões de qualidade em todas as nossas clínicas. A sobrevivência dos nossos utentes, com a melhor qualidade de vida possível, é uma responsabilidade das equipas clínicas que o CMO tem de orientar.

### // O que o tem desafiado mais nesta função?

O maior desafio consiste em transmitir, em tempo útil, as novas orientações a 22 países, respeitando as diferentes culturas e realidades locais. No entanto, essa dificuldade traz como contraponto o aspeto que mais me tem surpreendido pela positiva: a disponibilidade de todas as equipas para construir a mudança.

### // Quais os principais desafios que se colocam, neste momento, na prestação de cuidados dialíticos?

O maior desafio é o salto dos cuidados dialíticos para os cuidados renais integrados em todas as fases da doença renal crónica, desde a prevenção aos cuidados paliativos. Outros desafios que se colocarão no futuro serão as novas formas de tratamento da doença renal crónica, os novos modos de medir os cuidados prestados e a digitalização com suporte de novos sistemas de inteligência artificial.

### // O que poderia ser melhorado na articulação entre os setores público e privado ou nos modelos de financiamento?

A complementaridade com os sistemas nacionais de saúde é fundamental: as empresas prestadoras de cuidados de diálise deverão ser parte da solução e não do problema, de modo a tratar com eficiência as populações mais envelhecidas e com mais comorbilidades. Os modelos de financiamento são muito díspares entre países. Pensamos que os modelos de capitação acrescentam valor para que todos saiam beneficiados. No futuro, em vários países, haverá uma evolução para cuidados integrados de diálise e cuidados renais baseados no valor.

### // Mudando para o tema do momento, que desafios e ameaças traz a pandemia de covid-19 aos doentes que fazem diálise, sobretudo hemodiálise?

Os doentes em hemodiálise são particularmente vulneráveis ao coronavírus, pela sua idade, pelas doenças associadas, pela necessidade

## // DIAVERUM NO MUNDO

- ✓ Presença em **22** países;
- ✓ Cerca de **400** clínicas de diálise;
- ✓ **1** hospital de transplantação (renal, renopancreática, hepática e de medula óssea);
- ✓ Programas de tratamento de doentes renais crónicos em estádios 3 e 4 em alguns países;
- ✓ Cerca de **39 000** doentes tratados por ano;
- ✓ Quase **6 milhões** de tratamentos de diálise por ano.

de frequentarem instituições de saúde e porque não se podem isolar da mesma forma que a restante população, dado que, na sua maioria, precisam de realizar os seus tratamentos fora de casa.

### // Como se preparou a Diaverum para prevenir o contágio?

Começámos a preparar-nos em janeiro e lançámos, nessa altura, o nosso primeiro plano de contingência. Desenvolvemos procedimentos específicos e adotámos todas as estratégias necessárias para diagnosticar precocemente e minimizar o risco de transmissão de covid-19. Monitorizamos constantemente a implementação dos planos de contingência em todas as clínicas, através da verificação de 76 critérios de cumprimento desses planos. Os profissionais recebem treino constante e empenhamo-nos continuamente em manter as dotações das nossas clínicas e a adequação dos tratamentos.

### // Que outras medidas foram implementadas?

Fizemos um esforço, à escala global, para dispormos de meios de proteção individual em todas as nossas clínicas. Montámos sistemas de triagem em todas as unidades e aumentámos as áreas de espera para que os doentes possam manter a distância aconselhada. Nos locais onde considerámos necessário, instalámos tendas à entrada das clínicas de modo a dispormos de áreas adicionais. Colaborámos com as autoridades de saúde para dialisar doentes positivos em condições de máxima segurança, quando e onde tal se revele necessário. Antes de termos casos de covid-19, a totalidade dos planos de contingência estava implementada, de forma pró-ativa, em todas as clínicas de todos os países. ✓

## // VIAGENS INTENSAS ATÉ À ECLOSÃO DA COVID-19

Desde que assumiu o cargo de *chief medical officer* (CMO) da Diaverum global, as viagens de trabalho entre diferentes países e até continentes tornaram-se rotina na vida do Dr. Fernando Macário. Tendo a sua “base de operações” no escritório central, na cidade sueca de Malmö – onde decorrem as reuniões executivas da Diaverum –, até ao início da pandemia de covid-19, o nefrologista passou pouco tempo em Portugal e somou muitas milhas em viagens aéreas. “As visitas a alguns países foram muito marcantes, como as que fiz com o nosso *chief executive officer* [CEO] a Brasil, Argentina, Uruguai e Chile. Foram dez dias muito intensos de reuniões com as equipas de gestão, além da visita a diversas clínicas e ao nosso moderno hospital de transplantação em Buenos Aires, o Instituto de Transplantação de Alta Complexidade [ITAC]”, refere Fernando Macário.

Também particularmente interessantes foram as *senior leadership team meetings* com todos os quadros de gestão dos diferentes países onde a Diaverum opera e a primeira reunião anual do CMO com os diretores médicos e de enfermagem nacionais, que decorreu em junho de 2019, em Budapeste (fotografia de baixo). Após a implementação de medidas de confinamento nos diversos países por causa da pandemia de coronavírus, as videoconferências e outras formas de comunicação à distância passaram a ser a nova rotina de Fernando Macário (fotografia de cima).



## “Quando acalentávamos uma mudança positiva nos cuidados de saúde, a pandemia atropelou-nos”

O propósito inicial desta entrevista com a Prof.<sup>a</sup> Anabela Rodrigues, nomeada presidente da Comissão Nacional de Acompanhamento da Diálise (CNAD) no passado mês de fevereiro, era divulgar os planos deste órgão consultivo para o triénio 2020-2022. No entanto, o surto de covid-19 alterou substancialmente as prioridades da CNAD e a resposta à pandemia acabou por ocupar boa parte da conversa da nefrologista no Centro Hospitalar Universitário do Porto/Hospital de Santo António com a *SPN News*. Por agora, urge adaptar todo o universo da prestação de diálise para proteger doentes particularmente vulneráveis a esta patologia altamente contagiosa. Depois, será tempo de repensar o sistema atual de acordo com um modelo mais integrado e que proporcione ao doente a escolha informada da modalidade dialítica mais conveniente e adequada ao seu caso, de forma sustentável.

**Luís Garcia**

### // O que a levou a aceitar o convite para presidir à CNAD?

Penso que esta nomeação surgiu na sequência de um percurso de esforço – meu e das pessoas que trabalham comigo – na promoção de um tratamento integrado da doença renal crónica [DRC], na proteção dos doentes e profissionais de saúde, no alargamento da oferta de modalidades de tratamento e na dignificação das equipas clínicas dedicadas à diálise. Ao aceitar este convite, achei que deveria ser coerente com a minha atitude crítica e procurar exercer influência para melhorar a prestação de cuidados nesta área.

### // Quais as competências desta Comissão?

Estão descritas no despacho publicado em *Diário da República* que estabelece disposições sobre a CNAD [ver caixa na página 14], em cujo enunciado me revejo. De modo simples, esta Comissão é um órgão consultivo que funciona como interlocutor entre doentes, profissionais, outras entidades da Nefrologia e órgãos reguladores e executivos. A missão da CNAD passa, em grande medida, pelo aumento da capacidade de oferta de diálise com disponibilização de tratamentos integrados, pela defesa do circuito do doente e pela dignificação das equipas prestadoras de cuidados. Precisamos de fazer um *reset* na forma de abordar a diálise. Isto passa por rever processos, concertar interesses e promover a sustentabilidade dos serviços na interação entre saúde, economia e sociedade.

### // Qual a história da CNAD?

A CNAD foi criada em 2008 e presidida pela Prof.<sup>a</sup> Helena Sá desde o início até 2018. Teve um percurso de trabalho válido, mas, desde 2018 até agora, houve um interregno. Apesar de, formalmente, a “nova” CNAD ainda não estar constituída, perante a emergência da pandemia de covid-19 e a necessidade urgente de se criarem orientações para todos os que trabalham no terreno, iniciei de imediato um movimento de contactos com as diversas entidades envolvidas – como o Colégio da Especialidade de Nefrologia da Ordem dos Médicos, a Sociedade Portuguesa de Nefrologia, a Associação Nacional de Centros de Diálise e o representante das unidades de diálise não associadas, a Associação Portuguesa de Enfermeiros de Diálise e Transplantação, a Ordem dos Enfermeiros e a Associação Portuguesa de Insuficientes Renais, entre outras. Na sequência deste trabalho, conseguimos que a Direção-Geral da Saúde [DGS] emitisse a Norma n.º 008/2020 [disponível em

<https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0082020-de-28032020.aspx>] sobre o tratamento de doentes com DRC em hemodiálise no âmbito da fase de mitigação da pandemia de covid-19.

### // Que impacto está a ter a pandemia de coronavírus na prestação de cuidados de diálise?

Nenhuma estrutura, à escala mundial, estava preparada para uma catástrofe biológica como esta. Acresce que, em Portugal, a pandemia de covid-19 surge numa fase em que já estávamos deficitários em recursos humanos, financiamento e estrutura. Inegavelmente, a capacitação das equipas estava diminuída. Quando acalentávamos uma mudança positiva e apareciam os primeiros sinais nesse sentido, esta pandemia atropelou-nos. No entanto, acredito que os portugueses são bons a responder a crises e que as equipas conseguem fazer muito, apesar da escassez de recursos. Somos responsáveis e vamos responder a esta situação com sucesso. De forma ágil, todas as unidades hospitalares e convenionadas de hemodiálise se alinharam para o cumprimento dos requisitos de segurança dos doentes e das equipas.

### // Em que medida os constrangimentos do Serviço Nacional de Saúde podem limitar a resposta à pandemia junto dos doentes dialisados?

Até à data, superaram-se os constrangimentos para manter tratamentos seguros. Mas a prestação de cuidados de diálise apresenta pontos fortes e pontos fracos neste contexto de covid-19. São inegáveis a exigência e a qualidade dos tratamentos de diálise atualmente prestados, mas é certo que a prestação não é harmoniosa. A capacidade das unidades hospitalares é limitada e as unidades convenionadas são chamadas a um esforço superlativo. A ameaça da pandemia na gestão dos profissionais de saúde amplifica-se, dada a manutenção de turnos de trabalho no hospital e nas clínicas. O maior uso de tratamentos domiciliários, tal como a diálise peritoneal [DP], teria sido um meio de mitigação dos efeitos da pandemia e da escassez de recursos. A especificidade do tratamento hemodialítico faz com que esta população seja particularmente vulnerável à epidemia, pelo que mereceu o nosso foco de atenção. É impossível colocar em quarentena doentes que têm de sair de casa três vezes por semana para receberem

**PUBLICIDADE**



tratamento. Nesse sentido, assumimos uma posição rápida e pró-ativa para conseguir o transporte individual dos doentes em hemodiálise, que resultou na Norma n.º 008/2020 da DGS. No entanto, sabemos que a implementação das medidas colide, por vezes, com a variabilidade regional na articulação de processos.

#### **// Como estão a reagir à pandemia os profissionais e as entidades envolvidas na área da diálise?**

Tem havido um grande esforço da parte de todos. Nos hospitais, aplicaram-se circuitos de segurança e recursos para os doentes com covid-19. As unidades convencionadas assumiram o desafio de prontamente criar modelos de isolamento temporal e/ou espacial para coortes distintas de doentes não infetados, com suspeita de infeção, em quarentena e infetados. Esta adaptação é difícil e implica, por vezes, a realocação de doentes de uma clínica para outra. O esforço de reorganização será tanto maior quanto mais significativa for a expressão da doença na população de doentes hemodialisados, que, por ora, foi controlada. Outro bom exemplo é a plataforma nacional de recrutamento de enfermeiros com experiência em hemodiálise criada pela Associação Portuguesa de Enfermeiros de Diálise e Transplantação, em conjugação com a Ordem dos Enfermeiros, que permitirá, se necessário, uma partilha de recursos humanos entre diferentes unidades hospitalares e convencionais.

#### **// O surto de coronavírus alterou as prioridades da CNAD?**

Sem dúvida. A primeira prioridade foi alinhar todas as partes envolvidas para definir um plano de contingência no tratamento dos doentes hemodialisados, que constituem uma população particularmente vulnerável em contexto de pandemia, pelas características do seu tratamento. Esse plano foi orientador da norma da DGS para standardizar os procedimentos nesta fase, minimizando o risco dos doentes e normalizando o critério de transporte individual. Outro aspeto prioritário é a gestão de recursos e equipamentos. Apesar de esta preocupação ultrapassar as responsabi-

lidades da CNAD, temos o papel de sensibilizar para a necessidade de uma atenção dedicada aos doentes em diálise, que fazem tratamentos regulares e têm maior risco de exposição ao vírus.

#### **// Que repercussões terá a gestão desta crise sanitária no plano de atividades da CNAD?**

Após a pandemia, o grande desafio será perceber se esta situação nos fará olhar para o sistema de prestação de cuidados de saúde de outra forma. A covid-19 é um desafio biológico, mas, no futuro, poderemos enfrentar uma ameaça ecológica ou de outro tipo. A gestão do risco, a sustentabilidade, a maior independência na prestação dos serviços e a capacidade de gerir recursos e de responder com maior prontidão a catástrofes são dimensões que, certamente, estarão presentes nas nossas discussões futuras. Isto abrirá caminho para a necessária diversificação da oferta de modalidades de diálise.

#### **// O tratamento domiciliário dos doentes com DRC será um caminho a seguir?**

Um bom princípio seria conseguirmos ajustar as nossas práticas às necessidades e expectativas dos doentes. Fizemos um percurso de muita qualidade no tratamento da DRC, traduzido em parâmetros standardizados, como a melhoria da sobrevivência dos doentes e a diminuição da morbilidade, mas temos de conjugar estes resultados com a perspetiva do doente, de modo a proporcionar-lhe mais qualidade de vida com melhor gestão de recursos. No caso da DP, por exemplo, é preciso que os clínicos que lidam com os doentes renais crónicos integrem um sistema que eleja esta modalidade como boa opção inicial de tratamento, que garanta aos doentes um melhor circuito de formulação da opção e de consentimento, e que seja viabilizada a implantação oportuna do acesso peritoneal. Se formos capazes de prescrever DP aos doentes que a elegem, já estaremos a ir ao encontro das suas expectativas. Estes processos exigem alterações na estrutura do sistema de prestação de diálise.

Continua >



### // Que mudanças seria necessário introduzir no sistema de saúde para uma maior diversificação da oferta na área da diálise?

Não posso ainda assumir um parecer institucional em nome da CNAD, mas veiculo a minha opinião como nefrologista: neste momento, estamos muito presos ao modelo setorializado entre programas hospitalares e convencionados. É uma governação de silo. Tem de haver mudança, priorização de áreas de responsabilidade e melhor gestão da continuidade de cuidados no percurso do doente. Vai ser importante discutir a possibilidade de individualizar a oferta de modalidades de tratamento dialítico, investindo na hemodiálise noturna, na hemodialise domiciliária e sobretudo na DP. Falta-nos criar unidades de diálise efetivamente integradas, nas quais a mesma equipa seja capaz de gerir o curso clínico do doente, incorporando as várias modalidades de tratamento substitutivo da função renal. Este é um passo arrojado, que implica muitas mudanças, mas muito desejável, porque traria mais competências aos clínicos e um valor percecionado pelo doente muito maior.

### // Que outras vertentes da diálise poderiam ser mais desenvolvidas, na sua opinião?

A DP assistida. Deveríamos pesar bem o investimento em recursos humanos e o custo de transporte associados à hemodiálise *versus* diálise assistida domiciliária. Os economistas e os clínicos precisam de se juntar para encontrar soluções criativas, que permitam a melhor gestão de recursos possível, ao mesmo tempo que proporcionam soluções mais adaptadas a cada doente. É preciso diversificar os modelos de oferta de tratamento e trabalhar de um modo menos setorializado.

**“Falta-nos criar unidades de diálise efetivamente integradas, nas quais a mesma equipa seja capaz de gerir o curso clínico do doente, incorporando as várias modalidades de tratamento substitutivo da função renal”**

### // Como avalia a relação atual entre os setores público e privado na área da diálise?

Penso que é tempo de redefinir o modo como nos olhamos mutuamente. A qualidade da prestação de diálise em Portugal é muito boa e nada deve às melhores práticas internacionais. Os nefrologistas têm uma ótima formação e adotam, em geral, atitudes muito cívicas, tendo como modelo a defesa do doente, seja nas unidades públicas ou privadas. É por isso que temos bons resultados em ambos os setores – até porque são os mesmos nefrologistas que desenvolvem atividade nos dois ambientes. É importante que os próprios doentes percebam que a qualidade global nas várias áreas da Nefrologia em Portugal é elevada, apesar de os sistemas não serem perfeitos e deverem ser melhorados. Os relatos dos internos que fazem estágios em hospitais internacionais, as provas de acesso à especialidade e as provas internacionais de competências em Nefrologia, bem como os resultados nacionais de transplantação, DP e hemodiálise, dão conta dessa qualidade de modo consistente.

### // O que há a melhorar ao nível da prestação de cuidados nesta área?

É crucial introduzir melhorias nos sistemas de informação, otimizar os recursos e rever o modelo de pagamento por preço compreensivo. Impõe-se que as unidades hospitalares e convencionadas se perspetivem como setores complementares na gestão do doente, focadas na qualidade dos tratamentos e das transições de modalidade. Compete ao sistema público identificar as áreas de priorização e é necessário que o investimento seja focalizado num ou noutro setor (tratamento de doentes agudos *versus* doentes crónicos) no modelo que se revele mais custo-eficiente para atingir objetivos estabelecidos. Não podemos ter a veleidade de querer fazer tudo em todas as áreas; precisamos de estabelecer prioridades e complementar as nossas responsabilidades. Naturalmente, esta atividade está sujeita a diretrizes políticas, mas, como órgão consultivo, a CNAD exercerá as suas funções de forma independente e focada na prestação do melhor serviço ao doente, com maior capacitação das equipas cuidadoras. //

## // MISSÃO DA COMISSÃO NACIONAL DE ACOMPANHAMENTO DA DIÁLISE (CNAD)

De acordo com o despacho n.º 2289/2020 do Gabinete do Secretário de Estado da Saúde, a missão da CNAD compreende os seguintes objetivos:

- ✓ Promover a inovação centrada na pessoa, com transformação de processos para a efetiva integração de modalidades de diálise, individualização, domiciliação de tratamentos, empoderamento do doente e capacitação da equipa clínica;
- ✓ Promover a melhoria contínua na gestão do acesso de diálise, da alocação à diálise e da transição de métodos de tratamento, o que garante melhores resultados clínicos e mais valor percecionado pelo doente;
- ✓ Promover a melhoria contínua dos sistemas de informação de suporte à governação clínica e dos meios tecnológicos de comunicação em saúde;
- ✓ Avaliar os ganhos em saúde deste modelo de governação clínica, numa perspetiva de melhoria contínua da qualidade;
- ✓ Acompanhar e avaliar a prestação de cuidados de saúde à pessoa com doença renal crónica, designadamente no que diz respeito ao acesso e à oferta de cuidados específicos de saúde, à qualidade dos cuidados, à segurança dos doentes, ao grau de satisfação dos doentes em diálise crónica, aos modelos de financiamento dos cuidados e aos resultados da prestação de cuidados de saúde;
- ✓ Emitir pareceres técnico-científicos sempre que solicitado;
- ✓ Acompanhar tecnicamente a aplicação do modelo de gestão integrada da doença renal crónica, que inclui o modelo de pagamento por preço compreensivo, conforme estipulado no clausulado-tipo da Convenção para a Prestação de Cuidados de Saúde na Área da Diálise.

A scenic landscape at sunset or sunrise. The sky is filled with soft, colorful clouds in shades of orange, yellow, and blue. Numerous birds are flying across the sky, their silhouettes dark against the bright light. Below the sky is a calm body of water reflecting the colors of the sky. In the foreground, there are several tall reeds or grasses with green leaves and brown seed heads. The overall atmosphere is peaceful and serene.

**PUBLICIDADE**

## // Encontro Renal muda de data permanentemente

O rápido adiamento do Encontro Renal 2020 para os dias 29 a 31 de outubro permitiu manter o mesmo local (Centro de Congressos de Vilamoura). Aproveitando a alteração de data forçada pela pandemia de covid-19, a Direção da Sociedade Portuguesa de Nefrologia (SPN) decidiu torná-la definitiva: nos próximos anos, o Encontro Renal decorrerá sempre entre o final de outubro e o início de novembro. No fim de março de cada ano, passará a ser organizada uma nova reunião de formação e atualização científica com a duração de um dia: as Jornadas de Primavera de Nefrologia.

**Luís Garcia**



A decisão de adiar o Encontro Renal 2020, que integra o XXXIV Congresso Português de Nefrologia e o XXXIV Congresso da Associação Portuguesa de Enfermeiros de Diálise e Transplantação (APEDT), foi tomada logo nos primeiros dias de março. Embora o *timing* da decisão tenha permitido fazer a transposição de todo o congresso para a nova data, “esta mudança teve custos financeiros relevantes para a SPN, nomeadamente algumas perdas sem

retorno associadas a viagens e ao compromisso com o hotel – que, apesar de tudo, foi possível minorar”, explica o **Prof. Aníbal Ferreira**, presidente da SPN.



O também nefrologista no Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central/Hospital Curry Cabral sublinha as “condições excelentes” do Centro de Congressos de Vilamoura, com múltiplas salas e espaço amplo, o que “permitirá, se necessário, manter um espaço maior entre os participantes”. Por outro lado, a atualização do programa científico também resultará em novos motivos de interesse, com a integração de alguns temas sobre a pandemia de covid-19 e os seus efeitos a nível renal, quer nos doentes em diálise quer nos transplantados. Por isso, se, antes do adiamento, o Encontro Renal 2020 contava já com cerca de 800 inscritos, a expectativa de Aníbal Ferreira é de que a adesão em outubro seja igual ou ainda maior.

Na sequência da mudança de datas forçada pela pandemia, a Direção da SPN decidiu assumir o final de outubro ou início de novembro como a época do Encontro Renal não apenas de 2020, mas também dos próximos anos. “Regressamos a datas que já foram as habituais no passado e, no final de março, passaremos a organizar uma reunião de um dia, as Jornadas de Primavera de Nefrologia”, revela Aníbal Ferreira.

### GESTÃO INTEGRADA DA INSUFICIÊNCIA RENAL CRÓNICA

Confiante de que o programa científico se manterá essencialmente como previsto, embora possa ser “adaptado às circunstâncias do momento”, a **Prof.ª Teresa Adragão**, presidente da Comissão Organizadora (CO) do Encontro Renal 2020, começa por destacar a conferência promovida pela Associação Nacional de Centros de Diálise (ANADIAL), na manhã de quinta-feira, 29 de outubro, que será dedicada à “gestão integrada da insuficiência renal crónica, desde a promoção da saúde renal até à transplantação”. A abrir esta sessão, o Prof. Jose Luis Górriz, diretor do Serviço de Nefrologia do Hospital Clínico Universitario de Valência (HCUV), apresentará um projeto espanhol nesta área, juntando-se, de seguida, a uma mesa-redonda que contará também com a participação de Jaime Tavares, presidente da ANADIAL, do Dr. Pedro Ponce, diretor médico da NephroCare Portugal, e de um doente renal.



A conferência inaugural será assegurada pela Prof.ª Rosa Moysés, nefrologista no Hospital Sírio-Libanês, em São Paulo, Brasil – “uma investigadora de reconhecido mérito internacional e rara capacidade de comunicação”, como descreve Teresa Adragão. A preletora falará sobre novos alvos terapêuticos na doença mineral óssea associada a doença renal.

A presidente da CO do Encontro Renal 2020 e nefrologista no Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental/Hospital de Santa Cruz (CHLO/HSC) chama também a atenção para as outras mesas-

-redondas do congresso, como a de transplantação renal, igualmente a 30 de outubro. A monitorização imunológica e o papel das infeções pelos vírus BK e TT como preditoras do estado de imunossupressão após transplante renal serão os temas abordados, respetivamente, pela Dr.ª Cristina Jorge e pela Dr.ª Sara Querido, ambas nefrologistas no CHLO/HSC. Esta sessão contará ainda com a participação de um “amigo de longa data” da Nefrologia nacional – o Prof. José Medina Pestana, diretor do Hospital do Rim e da Hipertensão da Universidade Federal de São Paulo, que apresentará as suas perspetivas para inovações em transplante de órgãos.

### TRATAMENTO DA HIPERATIVIDADE SIMPÁTICA

Também do Brasil, do Hospital Sírio-Libanês, a Prof.ª Denise Hachul será responsável pela primeira intervenção na mesa-redonda dedicada ao sistema nervoso autónomo (SNA), no dia 30 de outubro, sexta-feira. “Esta cardiologista com experiência reconhecida a nível mundial na área do SNA vai partilhar connosco a sua prática na abordagem terapêutica da hiperatividade simpática e da disautonomia”, refere Teresa Adragão. A outra palestrante desta sessão será a Dr.ª Patrícia Branco, nefrologista no CHLO/HSC, que discutirá o papel da hiperatividade simpática na doença renal crónica.

A síndrome cardiorenal é o tema da mesa-redonda que contará com a participação de um cardiologista e de um nefrologista do HCUV, respetivamente Dr. Julio Nuñez e Dr. Miguel González Rico. O primeiro partilhará a experiência da Unidade Cardiorenal do HCUV e o segundo refletirá sobre o espaço da diálise peritoneal (DP) no tratamento da insuficiência cardíaca congestiva. Esta sessão contará ainda com o contributo da Prof.ª Cândida Fonseca, cardiologista no CHLO/HSC, que falará sobre a remodelagem reversa e os antagonistas dos receptores dos mineralocorticoides.

Ainda no dia 30 de outubro, mas já na parte da tarde, a Dr.ª Liane Correia Costa, nefrologista pediátrica no Centro Hospitalar Universitário do Porto/Centro Materno-Infantil do Norte, incidirá na relação entre a obesidade e a função renal. Já a 31 de outubro, sábado, decorrerá a mesa-redonda “Nefrologia de ligação”, uma iniciativa “muito apreciada pela SPN e que aproxima os nefrologistas de outras especialidades com as quais partilham doentes”. A Sociedade Portuguesa de Diabetologia, a Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal, a Sociedade Portuguesa de Reumatologia, a Sociedade Portuguesa de Cardiologia e a Sociedade Portuguesa de Medicina Interna deverão estar representadas nesta sessão.

### RISCO DE INFEÇÃO EM FOCO NO PROGRAMA DE ENFERMAGEM

No que respeita ao programa do XXXIV Congresso da APEDT, o **Enf.º Fernando Vilares**, presidente desta associação – que encabeça a lista única aos Corpos Gerentes para o triénio 2020-2022, composta pelos mesmos elementos da atual Direção, que irá a votos na assembleia-geral eleitoral marcada para 30 de outubro –, mantém as expectativas elevadas. “Esperamos um congresso com o êxito

dos anos anteriores, em que o problema do risco de infeção estará presente em todo o evento, dentro e fora dos auditórios, como nunca antes esteve. Vamos debater e trocar experiências relacionadas com métodos e estratégias atuais e futuras na prevenção e no combate às infeções, particularmente as que são causadas por vírus”, avança o responsável.

### // ACREDITAÇÃO DA UEMS

Em 2020, pelo segundo ano consecutivo, o Encontro Renal recebeu a acreditação do European Accreditation Council for Continuing Medical Education (EACCME) da Union Européenne des Médecins Spécialistes (UEMS), com a atribuição de 11 créditos. “Para a SPN, este reconhecimento da UEMS é muito importante, porque evidencia a qualidade do programa científico”, afirma o Prof. Aníbal Ferreira.



Também confiante no sucesso, a **Enf.ª Rita Reis**, presidente da CO do XXXIV Congresso da APEDT, destaca a inclusão, no programa científico, de alguns temas menos abordados habitualmente. A começar pela conferência da **Enf.ª Ana Fonseca**, presidente do Conselho de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros (OE), sobre as competências acrescidas em Nefrologia, no dia 29 de outubro. “Hoje em dia, não temos enfermeiros que apenas sabem trabalhar em hemodiálise ou DP – o seu papel é muito mais completo.

O reconhecimento destas competências é muito importante e a enfermeira Ana Fonseca vai explicar o que está a ser feito pela OE neste âmbito e o que podemos esperar para o futuro.”

### TÉCNICAS DEPURATIVAS PARA CASOS ESPECIAIS

Uma sessão particularmente inovadora no Congresso da APEDT vai centrar-se em técnicas depurativas específicas para o tratamento de casos especiais. Em particular, serão discutidos os prós e contras de três técnicas já aplicadas em alguns centros: plasmaférese intraoperatória em contexto de transplante cardíaco (**Enf.ª Elsa Carmo**, da Unidade de Hemodiálise do CHLO/HSC), plasmaférese na síndrome nefrótica (**Enf.ª Ana Sousa**, internamento de Nefrologia do CHLO/HSC) e LDL – *low-density lipoprotein* aférese (**Enf.ª Eurídice Coimbra**, Unidade de Hemodiálise do CHLO/HSC). Por seu turno, a **Enf.ª Cristiana Sarmento** (Centro Hospitalar Universitário do Porto/Hospital de Santo António) abordará uma técnica mais recente, a imunoadsorção, que constitui uma alternativa à plasmaférese no transplantado renal de dador incompatível.

No dia 30 de outubro, outro ponto de destaque será a comunicação da **Enf.ª Lina Araújo**, do Centro Hospitalar de Setúbal/Hospital de São Bernardo, que vai apresentar um projeto de cuidados paliativos em Nefrologia implementado neste hospital. “É um tema particularmente emergente e o exemplo de Setúbal poderá ser replicado noutros centros”, refere Rita Reis.

A seguir, decorrerá a mesa-redonda que vai debater a cultura de segurança nesta área. “Os enfermeiros de Nefrologia sempre tiveram uma especial atenção à prevenção das complicações e do risco no tratamento dos doentes renais”, defende Fernando Vilares. No entanto, este assunto nunca foi tão premente como no contexto de uma pandemia. “A **Enf.ª Vânia Gonçalves**, do Instituto Português de Oncologia de Lisboa, vai falar-nos sobre a gestão do risco na enfermagem em geral e o **Enf.º Carlos Gonçalves**, *brand ambassador* da European Dialysis and Transplant Nurses Association/European Renal Care Association (EDTNA/ERCA), vai centrar-se nas particularidades da gestão do risco em Nefrologia”, informa Rita Reis. //





COMISSÃO ORGANIZADORA COM ALGUNS ORADORES E MODERADORES DO SIMPÓSIO: À frente: Prof. Rui Alves, Dr.ª Patrícia Branco (Comissão Organizadora – CO), Dr. Fernando Macário, Dr.ª Helena Boquinhas, Prof. Jesús Egido, Prof.ª La Salette Martins, Prof. Fernando Rosas, Prof. José Luis Górriz, Prof.ª Teresa Adragão, Prof. João Filipe Raposo, Prof. Juan Navarro e Dr. Rui Duarte. Atrás: Prof. João Frazão, Prof. Fernando Nolasco, Dr. Domingos Machado (CO), Dr. José Manuel Boavida, Dr.ª Susana Sampaio, Dr.ª Rita Birne (CO), Prof. Aníbal Ferreira, Prof. Julio Nuñez e Prof. Davide Carvalho

## // O rim no centro do novo paradigma de tratamento da diabetes

Sob o mote “Diálogos diabetes-rim: o rim no centro do novo paradigma da diabetes”, o XXII Simpósio de Atualização em Nefrologia, organizado pelo Instituto Nefrológico de Investigação, com o patrocínio científico da SPN, atingiu uma participação recorde de 350 inscritos. O evento, que decorreu a 15 de fevereiro passado, em Lisboa, contou com o contributo científico de nefrologistas, endocrinologistas, cardiologistas e até de um historiador. As inovações terapêuticas para a diabetes *mellitus* (DM), particularmente o impacto dos inibidores do cotransportador de sódio e glicose-2 (SGLT2) no tratamento dos doentes com doença renal e DM, foram o grande destaque da reunião.

### Pedro Bastos Reis

Para a Dr.ª Rita Birne, presidente da Comissão Organizadora do Simpósio e nefrologista no Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental/Hospital de Santa Cruz e na Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal (APDP), a composição do programa científico pretendeu ir ao encontro “da nova era da Nefrologia moderna”. “Todos partilhamos a perplexidade e o entusiasmo desta era, com novas armas terapêuticas ao nosso dispor, que podem interferir no prognóstico dos doentes”, afirmou Rita Birne, referindo que “a própria história natural e a abordagem da DM estão a ser reescritas”.

A história natural da DM esteve em análise logo na primeira mesa-redonda do simpósio, que contou com a moderação do Prof. Fernando Rosas (**ver caixa**), historiador, ex-deputado e professor emérito no Departamento de História da Faculdade de Ciências Sociais e Humanas da Universidade Nova de Lisboa. O tema foi abordado pelo Prof. João Filipe Raposo, diretor clínico da APDP; que traçou o contexto histórico da DM tipo 1 (DMT1) e da DM tipo 2 (DMT2). “Há quase 100 anos, com o aparecimento da insulina, o paradigma do tratamento da DMT1 mudou, transformando uma doença mortal numa doença na qual poderiam aparecer algu-

### // COMENTÁRIO DO PROF. FERNANDO ROSAS, HISTORIADOR

“A minha relação com a Nefrologia é a de doente. Por isso, participei neste simpósio, sobretudo, para aprender. Há uma história social da diabetes relacionada com estratificação social, riqueza e pobreza, mas também com política de saúde, que se cruza com o estudo científico realizado pelos nefrologistas. Tinha a ideia de que a Nefrologia era uma espécie de ciência oculta relativamente recente, mas fiquei a perceber que, como ciência emergente, tem tudo a ver com a forma como vivemos em sociedade, como educamos as nossas crianças e como tratamos os cidadãos nos serviços de saúde. Tudo isto se relaciona com cidadania e com História, não fosse esta última a mãe de todas as ciências, que está na origem de todo o conhecimento.”



MODERADORES DA PRIMEIRA MESA-REDONDA (da esq. para a dta.): Prof. Fernando Nolasco, Prof. Fernando Rosas e Dr. José Manuel Boavida

mas complicações cardiovasculares e renais que até então eram desconhecidas.” Quanto à DMT2, o endocrinologista situa a maior fase de viragem em meados do século XX, quando, nas sociedades modernas, “as populações começaram a viver mais tempo, com maior acesso a comida, mas com menos gastos de energia”.

João Filipe Raposo enunciou algumas das várias armas desenvolvidas nas últimas décadas, mas admitiu que, apesar destes avanços, subsistem vários desafios no tratamento da diabetes. “Como otimizar o desempenho das equipas multidisciplinares no sentido de dar melhores condições de saúde aos doentes com DM e às suas famílias? O modelo de organização dos cuidados de saúde está adequado ao paradigma das doenças crónicas, como a DM? Estamos realmente a prestar cuidados de saúde centrados nas necessidades das pessoas, ou estamos a segmentá-los? Estes são alguns dos desafios a que temos de responder hoje em dia”, defendeu o presidente da APDP.

### PAPEL DOS INIBIDORES DO SGLT2

Com base nas *guidelines* conjuntas da American Diabetes Association (ADA) e da European Association for the Study of Diabetes (EASD), o Prof. Davide Carvalho, presidente da Sociedade Portuguesa de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo (SPEDM), incidiu a sua apresentação sobre o tratamento da DM, equacionando a hipótese de a metformina “deixar de ser considerada a primeira opção terapêutica”, cedendo lugar aos inibidores do SGLT2. Além disso, este orador defendeu a introdução mais precoce da terapêutica de associação: “Mais do que recorrer à monoterapia, devemos começar o tratamento com metformina e inibidores do SGLT2, uma vez que está demonstrado que a terapêutica combinada precoce resulta em taxas mais baixas e tempos mais prolongados até à falência do tratamento.”

No caso de estas terapêuticas falharem, o também diretor do Serviço de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo do Centro Hospitalar Universitário de São João, no Porto, advogou a introdução de um agonista do recetor do peptídeo-1 semelhante ao

glucagon (GLP-1), uma classe terapêutica ainda disponível apenas em forma injetável, mas com formulações orais em vias de entrar no mercado. O presidente da SPEDM deixou uma última consideração relativa aos inibidores do SGLT2: “À medida que se diminui a taxa de filtração glomerular [TFG], estes fármacos perdem eficácia no controlo glicémico. Neste momento, as recomendações dizem que não devem ser utilizados valores abaixo de 45 mg/dL. Mas estas orientações podem mudar em breve, tendo em conta os benefícios do ponto de vista cardiovascular e da prevenção renal independente da TFG.”

Olhando para as novidades terapêuticas apresentadas no simpósio, Rita Birne é perentória ao afirmar que “os inibidores do SGLT2 estiveram em grande destaque”, dado o facto de associarem a eficácia no controlo da diabetes a um papel nefroprotetor. “Em pouco tempo, temos a emergência de novas terapêuticas com evidência positiva e avassaladora, o que nos deixa com enorme expectativa”, afirma a nefrologista, destacando os resultados do estudo CREDENCE, “no qual foram demonstrados benefícios muito significativos ao nível da doença renal, da morbidade e da mortalidade cardiovasculares”.

Nesse sentido, Rita Birne reitera que os inibidores do SGLT2 “mudaram o paradigma do tratamento dos doentes com DMTR e doença renal”, levando os médicos a focarem-se na aprendizagem da utilização desta classe de fármacos. “Os nefrologistas, os endocrinologistas, os internistas e os especialistas em Medicina Geral e Familiar, entre outros, têm a responsabilidade de divulgar e implementar estas terapêuticas”, assevera a nefrologista.

“Finerenona e os antagonistas dos mineralocorticoides”, “Terapêuticas incretínicas – nefroprotetoras?” e “Sacubitril/valsartan e o *continuum* cardiorrenal – o ovo ou a galinha?” foram outros temas debatidos no XXII Simpósio de Atualização em Nefrologia. Discutiram-se ainda alguns assuntos menos centrados no tratamento farmacológico, como “Qual a dieta preconizada no doente com diabetes e doença renal?” ou “Como e quem deve tratar a diabetes do meu doente em diálise”. /

## // TRATAMENTO DA DIABETES MELLITUS (DM) APÓS TRANSPLANTE RENAL

Na sua preleção, o **Dr. Pedro Ventura Aguiar**, nefrologista no Hospital Clínic, em Barcelona, falou sobre o tratamento da “nova” e da “velha” DM no doente transplantado renal. Num primeiro momento, “é fundamental saber se o doente já tinha DM antes do transplante renal, porque o tratamento será diferente”. Segundo o nefrologista português, cerca de 30% dos doentes com transplante de rim têm probabilidade de vir a desenvolver algum tipo de DM, nomeadamente devido “aos imunossuppressores, como os corticoides e os inibidores da calcineurina”, que aumentam esse risco. Nestes casos, contudo, “existem vários antidiabéticos orais que podem ser utilizados no pós-transplante”. Contudo, notou Pedro Ventura Aguiar, “o diagnóstico pós-transplante não deve ser feito nos primeiros 45 dias, devido à elevada incidência de hiperglicemia neste período, que é transitória e normaliza posteriormente”.



DR

Nesse sentido, o nefrologista defendeu que a hiperglicemia “deve ser tratada de forma agressiva, com insulina, logo nos primeiros dias pós-transplante, reduzindo, assim, o risco de que o doente se mantenha com diabetes após os 45 dias”. Na sua apresentação, Pedro Ventura Aguiar falou ainda sobre novos fármacos no tratamento da DM, destacando os inibidores do SGLT2. Contudo, sublinhou que “não existe evidência” sobre a eficácia desta classe terapêutica nos doentes transplantados, até porque estes fármacos “aumentam a glicosúria e o risco de infeções urinárias, o que pode ser problemático”. Como alternativa, os agonistas do recetor do GLP-1 “podem ser muito interessantes no pós-transplante renal, já que ajudam a controlar o aumento do peso, tendo um perfil de segurança mais favorável, em princípio”.



ALGUNS DOS FORMADORES DO CURSO (da esq. para a dta.): Dr. Jorge Silva, Dr. Belarmino Clemente, Dr. Carlos Oliveira, Dr. Carlos Barreto, Prof. Joaquim Pinheiro, Dr. Nuno Rosa e Dr. Rui Abreu

## // Formação em técnicas de construção de acesso vascular para diálise

O 1.º Curso Teórico-prático de Técnicas Relacionadas com o Acesso Vascular à Diálise, coorganizado pelo Grupo de Estudos de Acessos Vasculares para Hemodiálise (GEAVH) da Sociedade Portuguesa de Nefrologia e pelos serviços de Nefrologia e de Angiologia e Cirurgia Vascular do Hospital Garcia de Orta (HGO), decorreu nos dias 31 de janeiro e 1 de fevereiro passado, em Almada. Direcionado, sobretudo, a internos de Nefrologia, o curso contou com 40 participantes que, na parte prática que marcou o segundo dia de formação, puderam aplicar *hands-on* os conhecimentos adquiridos nas palestras mais teóricas do dia anterior.

**Pedro Bastos Reis**

Na palavras do Dr. Carlos Oliveira, nefrologista no HGO e coordenador do GEAVH, a primeira edição deste curso “teve uma abordagem transversal, englobando todos os aspetos importantes relacionados com o acesso vascular, assente numa visão conjunta e integrada, com uma vertente pedagógica”. Ao longo dos dois dias, os formandos aprenderam os diferentes tipos e especificidades dos acessos vasculares, bem como os métodos de avaliação e diagnóstico de disfunções. Para tal, afirma Carlos Oliveira, contribuiu a forte componente prática do curso. “Os participantes puderam aplicar os conhecimentos teóricos adquiridos no primeiro dia e tentaram reproduzir o trabalho que é feito no dia-a-dia. Foi um momento muito dinâmico e motivador, fundamental para a aprendizagem destas práticas”, acrescenta o nefrologista.

Na parte prática do curso, os formandos passaram por oito estações de treino, com cinco elementos de trabalho em cada, onde, com recurso a modelos experimentais e biológicos, simularam a colocação de cateteres ecoguiados e a técnica de angiografia de intervenção. Sempre com o acompanhamento da equipa de formadores, os participantes também aprenderam como utilizar a ecografia em casos de acesso vascular normal e disfuncional.

Na componente teórica, a **Dr.ª Maria José Ferreira**, diretora do Serviço de Angiologia e Cirurgia Vascular do HGO, debruçou-se sobre

a utilização de fistulas, que “são acessos muito simples e ideais para a generalidade dos doentes, com menos repercussões e complicações no dia-a-dia”. Pelos motivos elencados, a especialista defende que este tipo de acesso deve ser privilegiado. “As fistulas são o acesso ideal, contudo, quando não as podemos utilizar, devemos procurar a melhor alternativa para cada doente”, acrescenta Maria José Ferreira. Um dos fatores a ter em conta nesta avaliação é a idade do doente: “No caso dos mais jovens, temos de pensar



No segundo dia do curso, os formandos puderam praticar várias técnicas, como a colocação de cateter central ecoguiado em modelo biológico, nomeadamente peito de peru (1), ou três procedimentos relacionados com o acesso vascular para hemodiálise: angiografia de intervenção (2), ecografia e ecoDoppler (3) e ecografia do mapeamento pré-operatório (4).



1

DR

que vão estar muito tempo em diálise, portanto, devemos poupar ao máximo os territórios vasculares. Já nos doentes mais idosos, devemos optar por um acesso que fique bem feito à primeira tentativa, mesmo que não seja o mais simples, porque queremos que o doente passe por menos cirurgias e complicações.”

### COMPLICAÇÕES NO ENXERTO ARTERIOVENOSO

Por seu turno, o **Dr. Tiago Assis Pereira**, nefrologista no Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central/Hospital Curry Cabral, incidiu sobre a utilização da ecografia no acesso vascular normal, dando especial destaque à esquematização da avaliação do acesso vascular. “Na ecografia, não é muito frequente encontrarmos um acesso totalmente normal, sem alterações. Daí a importância de sabermos distinguir entre um acesso normofuncionante e um acesso disfuncional, através de uma correta integração e interpretação dos achados”, contextualiza o formador. Tanto num caso como noutro, sublinha Tiago Assis Pe-



reira, a ecografia assume um papel central: “É uma ferramenta muito importante na decisão clínica – permite o diagnóstico e, mais importante, auxilia na decisão terapêutica, seja para referenciação angiográfica ou cirúrgica, seja para vigilância apenas.”

No segundo dia do curso, antes de os formandos passarem para a componente prática, o **Dr. Pedro Ponce**, diretor médico da NephroCare Portugal, falou sobre o enxerto arteriovenoso, alertando para as complicações que podem estar associadas a este tipo de acesso vascular, nomeadamente disfunção e trombose. “As complicações estão relacionadas, muitas vezes, com um baixo débito de sangue na prótese, que resulta, com frequência, numa diminuição da qualidade e da adequação da diálise, podendo levar a pressões dentro da prótese, como os aneurismas ou a trombose”, refere o nefrologista. Para evitar estas complicações, Pedro Ponce recomenda um comportamento preventivo: “É fundamental cumprir o ritual de verificação de todos os aspetos que podem não estar a funcionar bem no acesso. Não podemos saltar passos na metodologia de abordagem, porque, muitas vezes, isso traduz-se num mau resultado terapêutico.”



## // NOVAS PERSPETIVAS NA CONSTRUÇÃO E NA MANUTENÇÃO DE ACESSOS VASCULARES

Logo na primeira palestra do curso, o **Dr. Fernando Neves**, nefrologista no Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte/Hospital de Santa Maria, refletiu sobre os desafios associados à construção e à manutenção de acessos vasculares em Portugal. Identificando o envelhecimento da população como um dos principais desafios, o presidente do Colégio da Especialidade de Nefrologia da Ordem dos Médicos debruçou-se sobre uma possível mudança de paradigma a nível organizacional. “Em vez de estarmos à espera dos doentes, nós, nefrologistas, poderíamos realizar consultas nos centros de saúde, sobretudo nos centros com mais população com diabetes. Aí, poderíamos integrar equipas multidisciplinares e detetar as doenças mais precocemente, corrigindo os fatores de risco e implementando condições dietéticas, que, por vezes, escapam tanto aos médicos como aos doentes”, defendeu Fernando Neves.

O presidente do Colégio da Especialidade de Nefrologia criticou o facto de “a cirurgia vascular estar catalogada como uma cirurgia menor” e apelou a uma “entrada mais rápida e eficaz dos doentes no sistema de saúde para a construção de acessos vasculares”. “Uma corrente na Nefrologia defende que o primeiro acesso vascular deve ser feito nas clínicas. No entanto, no futuro, se os cirurgiões mais jovens não aprenderem a construir acessos vasculares nos hospitais, quando saírem do internato, não os saberão fazer. E isso é um problema”, alertou Fernando Neves.





## // Criar sinergias entre a clínica e o laboratório

A 1.ª Reunião do Núcleo de Nefrologia de Translação da Sociedade Portuguesa de Nefrologia (SPN) decorreu no dia 17 do passado mês de janeiro, no anfiteatro do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra. Os projetos de investigação sobre a utilização de inteligência artificial em biomarcadores de prevenção da doença renal e o desenvolvimento de estratégias para preservar a capacidade do rim para produzir klotho foram alguns dos temas em destaque. Com 45 inscristos, a participação nesta primeira edição ultrapassou as expectativas dos fundadores do Núcleo.

**Pedro Bastos Reis**

**P**ara o Prof. Manuel Pestana, diretor do Serviço de Nefrologia do Centro Hospitalar Universitário de São João, no Porto, e cofundador do Núcleo de Nefrologia de Translação da SPN, o balanço da primeira reunião do grupo foi “muito positivo”. “A aproximação entre o laboratório e a clínica é fundamental para conseguirmos fazer investigação de ponta. O principal objetivo da reunião era abrir perspetivas de colaboração, e penso que esse desígnio foi atingido”, resume o especialista.

No mesmo sentido, a Prof.ª Karina Soto, nefrologista no Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, na Amadora, e também cofundadora do Núcleo de Nefrologia de Translação da SPN, destaca os avanços que estão a começar a ocorrer no sentido de aproximar a clínica do laboratório. “Na ciência, não pode haver divisão entre investigação clínica e investigação básica”, defende. Relativamente ao programa da reunião, a nefrologista destaca a qualidade dos trabalhos apresentados: “Cada apresentação trouxe novidades. Estão a ser realizadas investigações de nível muito elevado e, se mantivermos estas possibilidades de colaboração em aberto, a produção científica na Nefrologia portuguesa tenderá a melhorar significativamente.”

### CONTRIBUTOS DE ESPANHA

Um dos destaques da reunião foi a participação de dois convidados espanhóis, que vieram apresentar os seus trabalhos em curso no diagnóstico e no tratamento da doença renal crónica e da insuficiência renal aguda. “Estamos a desenvolver biomarcadores capazes de detetar diferentes aspetos das doenças renais para fazermos uma gestão preventiva e personalizada de cada caso”, adianta o Prof. Francisco López-Hernández, responsável pelo Grupo de Teranóstico de Doenças Renais e Cardiovasculares do Instituto de Investigación Biomédica de Salamanca, realçando o papel central que a inteligência artificial ocupa nesta investigação. “Lidamos com mecanismos fisiológicos complexos, que interagem entre si, o que dificulta as previsões quanto ao seu modo de atuação. Contudo, acreditamos que a inteligência artificial nos possa ajudar a compreendê-los de forma mais integral, dando-nos as respostas que procuramos”, acrescenta o especialista, lembrando que, “mais do que curar a doença renal, é fundamental preveni-la”.

Por seu turno, o Prof. Alberto Ortiz, diretor do Serviço de Nefrologia e Hipertensão da Fundación Jiménez Díaz e docente na Universidad Autónoma de Madrid, falou sobre as implicações clínicas do klotho, uma proteína produzida nos rins com ação protetora contra o envelheci-



## // COMENTÁRIO DO PROF. RUI ALVES\*

“Um dos grandes problemas com que nos defrontamos na Nefrologia é o modo relativamente isolado como cada centro desenvolve a sua atividade de investigação. Foi com intuito de contrariar este cenário e também de promover sinergias entre a clínica e o laboratório que criámos o Núcleo de Nefrologia de Translação. Nesta primeira reunião, foram apresentados recursos nacionais ao nível da biotecnologia que podem estar ao dispor da nossa comunidade científica; dez centros mostraram o que têm na forja em termos de investigação e dois convidados espanhóis, referências a nível mundial, apresentaram os projetos que têm em curso. Há que motivar internos e especialistas mais novos, e dinamizar estes encontros é uma forma de aguçar a curiosidade pelos grandes temas de discussão nefrológica. Na investigação, as dúvidas e as interrogações são constantes – e conseguiremos melhores resultados se trabalharmos em conjunto.”

\*Diretor do Serviço de Nefrologia do CHUC e cofundador do Núcleo de Nefrologia de Translação da SPN

mento. “Em caso de doença renal crónica, antes da diminuição do filtrado glomerular, os rins perdem a capacidade de produzir klotho. Nesse sentido, devemos procurar tratamentos que visem recuperar essa função. Nas nossas sociedades, nas quais as pessoas cada vez vivem mais tempo, é fundamental desenvolver estratégias para conservar a capacidade de produção de klotho no rim”, afirma o especialista.

A primeira reunião do Núcleo de Nefrologia de Translação da SPN ficou ainda marcada pela apresentação de projetos de investigação que estão a decorrer em dez centros portugueses (ver caixa abaixo), bem como pela divulgação de tecnologias de investigação aplicáveis em Nefrologia, nomeadamente ao nível da bioimagem, da engenharia informática e da farmacocinética. //

## // PROJETOS DE INVESTIGAÇÃO APRESENTADOS

- // **“The role of Klotho and FGF-23 in the pathophysiology of HFpEF associated with CKD: from bench to bedside”** – Dr. Luís Mendonça, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto e Centro Hospitalar Universitário de São João;
- // **“Kidney disease beyond glomerular filtration rate – the tubule glomerular crosstalk”** – Dr.ª Sofia Santos, Centro Hospitalar Universitário do Porto/Hospital de Santo António);
- // **“Innate immune cells in CKD5 (PD and HD)”** – Dr.ª Rita Leal, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra e Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra;
- // **“Tecnologias ‘omics’ no estudo da urina de doentes transplantados renais com rejeição crónica do enxerto”** – Dr. António Martinho, Instituto Português do Sangue e da Transplantação;
- // **“Uromodulina como biomarcador de disfunção renal?”** – Dr.ª Rachele Escoli, Centro Hospitalar do Médio Tejo/Hospital de Torres Novas;
- // **“Análise de biomarcadores urinários na doença poliquística renal autossómica dominante”** – Dr. Mário Raimundo, Hospital Beatriz Ângelo, em Loures;
- // **“Contribuições da genética molecular e estudo de modelos celulares na caracterização do transporte transmembranar de glucose mediado por SGLT2”** – Prof. Joaquim Calado, Centro



FUNDADORES DO NÚCLEO DE NEFROLOGIA DE TRANSLAÇÃO DA SPN COM ALGUNS ORADORES DA REUNIÃO: Prof. Rui Alves, Prof.ª Inês Alencastre, Prof. Francisco López-Hernández, Prof. Alberto Ortiz, Prof.ª Karina Soto, Prof.ª Sofia Pereira, Prof. Manuel Pestana e Prof. Alessandro Fantoni

- Hospitalar Universitário de Lisboa Central/Hospital Curry Cabral;
- // **“Diálise peritoneal: Uma abordagem peptidómica e proteómica para aferir as alterações da membrana peritoneal”** – Dr.ª Mariana Sousa, Hospital Garcia de Orta, em Almada, e Faculdade de Ciências e Tecnologias da Universidade Nova de Lisboa;
- // **“Identificação de biomarcadores preditores de desnervação renal bem sucedida”** – Dr.ª Patrícia Branco, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental/Hospital de Santa Cruz;
- // **“Clinical biomarkers in diagnosing and predicting AKI”** – Prof. José António Lopes, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte/Hospital de Santa Maria.



**PUBLICIDADE**