SPN NEWS

Revista informativa da Sociedade Portuguesa de Nefrologia (SPN)

N.º 69 9 de outubro de 2026

8-10 OUTUBRO 2026 | FÓRUM BRAGA

ENCONTRO RENAL

Aceda à versão digital

DINAMISMO DA NEFROLOGIA NACIONAL



Entregue ao Serviço de Nefrologia da Unidade Local de Saúde de Braga, a organização da 40.ª edição do Encontro Renal estabeleceu como maior objetivo espelhar no programa científico o dinamismo e a multidisciplinaridade da comunidade nefrológica nacional. Depois de um dia dedicado à formação (P.4-6), o congresso começou ontem, quinta-feira, com sessões que abordaram a utilidade dos indicadores de qualidade dos cuidados de saúde (P.7), a importância dos registos de biópsias renais (P.8) e o papel da medicina reprodutiva nos doentes com DRC (P.9). Hoje, destaca-se a discussão de temas como o aumento da prevalência da DRC (P.13), a necessidade de preparar a Nefrologia para atuar em situações de catástrofe (P.14), a atualização do *Manual de Boas Práticas de Diálise Crónica* (P.15), os desafios no âmbito do tratamento médico conservador (P.16) e as estratégias para melhorar os resultados do transplante renal (P.17). No sábado, as atenções centram-se nas sessões sobre obesidade e rim (P.18), investigação em Nefrologia, a vertente pediátrica (P.19) e estratégias para incremento da diálise domiciliária (P.23). É também de realçar o programa científico do XL Congresso da Associação Portuguesa de Enfermeiros de Diálise e Transplantação, que inclui *updates* sobre as várias modalidades terapêuticas e a discussão de temas prementes, como os indicadores de qualidade e os planos de contingência em situações de catástrofe (P.24-26).

Alguns membros das comissões organizadora (CO) e científica (CC) com a direção da SPN: Prof. Edgar Almeida (presidente da SPN), Prof.ª Patrícia Branco (CC), Dr.ª Sofia Homem de Melo (CO), Prof.ª Maria do Sameiro Faria (CC), Prof.ª Isabel Tavares (CC), Prof.ª Luísa Lobato (presidente da CC), Dr.ª Ana Farinha (vice-presidente da SPN), Prof.ª Helena Sá (CC), Dr.ª Ana Cortesão Costa (tesoureira da SPN), Prof.ª Manuela Almeida (vogal da SPN), Dr.ª Maria Guedes Marques (vogal da SPN), Dr. Luís Resende (secretário da SPN), Dr. Rui Costa (presidente do Encontro Renal 2026) e Prof.ª Anabela Rodrigues (presidente da Comissão de Implementação e Monitorização da Estratégia Nacional para a Doença Renal Crónica).

Vantive

Aplicação móvel com tecnologia Sharesource



MyPD

é uma aplicação móvel inovadora para doentes que expande o valor clínico da plataforma de gestão remota Sharesource a todos os doentes em DP, tanto DPA como DPCA

Transporta o valor clínico da plataforma **Sharesource** para todos os doentes em DP, tanto DPA *como* DPCA

Melhora a eficiência clínica, simplificando a gestão, a segurança e o armazenamento dos dados de todos os doentes em DP através da plataforma de confiança Sharesource[1,2]

Aumenta a confiança do doente e a sua colaboração com a equipa de cuidados de saúde[1,3]

PT-RC00-260313 09/2026

DP: Diálise peritoneal; **DPA:** Diálise peritoneal automática; **DPCA:** diálise peritoneal manual.

1. Wood E, et al. Remote monitoring of peritoneal dialysis: evaluating the impact of the Claria Sharesource system. J Kidney Care, 2019;4(1):2-9. 2. Chao SM, et al. Functionality and Usability of mHealth Apps in Patients with Peritoneal Dialysis: A Systematic Review. Healthcare (Basel), 2024;12(5):593. 3. Yang Y, et al. Intervention and Evaluation of Mobile Health Technologies in Management of Patients Undergoing Chronic Dialysis: Scoping Review. JMIR Mhealth Uhealth. 2020;8(4):e15549.

Para uma utilização segura e correta dos produtos referidos neste documento, consulte o seu manual de utilizador ou as instruções de utilização. **Utilização prevista de Sharesource**. O portal de DPCA de Sharesource é indicado para que os profissionais de saúde comuniquem remotamente parâmetros de tratamento novos ou alterados através da aplicação móvel para doentes Sharesource compatível e como ferramenta auxiliar durante a revisão, análise e avaliação dos resultados históricos do tratamento dos doentes. O portal de DPCA de Sharesource não foi concebido para monitorizar ou levar a cabo o tratamento de doentes em diálise. Este sistema não se destina a substituir as boas práticas de tratamento clínico e o seu funcionamento não gera decisões ou planos terapêuticos. **Utilização prevista da aplicação MyPD**. A aplicação móvel para doentes de Sharesource foi concebida para que os doentes em diálise recebam parâmetros de tratamento novos ou modificados de um profissional de saúde, para consultar a recolha de dados de tratamento que podem ser comunicados remotamente à plataforma Sharesource e para visualizar os seus resultados históricos de tratamento. Destina-se a ser utilizada com plataformas móveis comercializadas e utiliza redes e protocolos de comunicação geralmente disponíveis. A aplicação móvel para doentes de Sharesource não se destina a monitorizar nem a levar a cabo o tratamento de doentes em diálise. Este sistema não se destina a substituir as boas práticas de tratamento clínico e o seu funcionamento não gera decisões ou planos terapêuticos. Vantive, MyPD e Sharesource, são marcas comerciais da Vantive Health LLC ou das suas sucursais. Quaisquer outras marcas comerciais, nomes de produtos ou imagem comercial que surjam neste documento são propriedade dos respetivos proprietários. Para mais informações contacte a Vantive, Unipessoal Lda, Edifício D. Pedro I, Q56, Rua dos Malhões, 2770-071 Paço de Arcos, Oeiras, NIF 517685485 através do telefone 800 206 764 (chamada gratuita) ou do endereço de correio eletrónico Portugal.Info@vantive.com, ou consulte a página eletrónica www.vantive.eu.

Vantive, Unipessoal Lda.
Quinta da Fonte / Edifício D. Pedro I (Q56)
Rua dos Malhões / 2770-071 Paço d'Arcos
NIF 517685485



BEM-VINDOS AO ENCONTRO RENAL 2026!

Dando continuidade à estratégia de levar o Encontro Renal mais próximo dos vários centros de Nefrologia do país, coube a Braga acolher a edição de 2026. A escolha foi óbvia – um Serviço de Nefrologia que presta assistência a mais de um milhão de habitantes, que está inserido num hospital universitário e que ainda não tinha organizado o Encontro Renal.

A Comissão Organizadora, liderada pelo Dr. Rui Costa, propôs um programa científico aliciante, com cursos pré-congresso focados em temas atuais e que nos preocupam – a escrita de artigos científicos com o apoio da inteligência artificial **(pág.5)** e a comunicação clínica em Nefrologia **(pág.6)**. Do programa científico destaco a importante discussão sobre a utilidade dos indicadores de performance clínica que balizam a nossa prática diária, com as preleções do Dr. Serafim Guimarães e da Prof.ª Carla Pereira, da Direção-Geral da Saúde **(pág.7)**.

Outro destaque é a intervenção do Dr. Xavier Barreto, presidente da Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares, sobre a adaptação dos sistemas de saúde ao aumento da prevalência da doença renal **(P.13)**. Este tema deve preocupar quem toma decisões em política de saúde e tem sido um esteio da atuação da Sociedade Portuguesa de Nefrologia nos últimos anos.

Também saliento a abordagem da resposta da Nefrologia a situações de catástrofe, que, sendo imprevisíveis, exigem a nossa preparação. Portugal é um país com risco sismológico elevado e vivenciámos outras crises recentes, como o "apagão" de 2025 ou a tempestade Kristin deste ano, que, embora com efeitos limitados, permitiram avaliar a resposta e identificar fragilidades. No congresso, o tema será abordado pelo Dr. Henrique Sousa, nefrologista e tenente-coronel do Exército Português, particularmente bem posicionado para ter uma perspetiva correta da questão **(pág.14)**.

O Encontro Renal 2026 traz mais duas novidades. Uma delas é o Prof. Clemente Sousa na nova liderança da Associação Portuguesa de Enfermeiros de Diálise e Transplantação (APEDT), nossa parceira de longa data neste evento, a quem desejo o maior sucesso nas suas funções **(pág.24-26)**. A outra é a Diventos, empresa à qual confiámos a organização e o secretariado do Encontro Renal 2026, cujo relacionamento exemplar me dá tranquilidade quanto ao sucesso do mesmo.

Termino com um agradecimento especial aos nossos parceiros da indústria farmacêutica e às empresas de diálise, sem os quais não seria possível a realização deste congresso e de outras ações que nos permitem cumprir a missão que os sócios da SPN nos confiaram. Bom congresso para todos!

Edgar Almeida
Presidente da Sociedade Portuguesa de Nefrologia

Nos seus mais de 2000 anos de existência, a *mui nobre Bracara Augusta* atinge um novo marco histórico: acolhe a realização do 40.º Encontro Renal. É com enorme orgulho e satisfação que o Serviço de Nefrologia da Unidade Local de Saúde de Braga o organiza e vos recebe para uma jornada de atualização em Nefrologia, com inovação científica e tecnológica, num local de partilha e discussão.

A Comissão Organizadora pretendeu espelhar no programa científico o dinamismo, a multidisciplinaridade e a coesão da Nefrologia nacional, que enfrenta o hercúleo desafio diário de prestar os melhores cuidados de saúde possíveis aos doentes renais crónicos. É com esse *mindset* que pretendemos incentivar o diálogo e a discussão relativamente à importância da abordagem holística e individualizada na doença renal crónica (DRC). Essa reflexão vai sempre carecer de um primeiro passo: a análise autocrítica da nossa prática atual e a consciencialização das nossas limitações e interpretações erróneas perpetuadas no tempo, fruto da tão confortável inércia clínica.

Com esse propósito, apresentámos novos modelos de monitorização e otimização dos cuidados ao doente renal crónico em diálise, com novas medidas de qualidade do tratamento mais centradas no doente, que traduzam ganhos clínicos e de qualidade de vida efetivos e que não sejam redutoras na individualização do tratamento **(pág.7)**. Vamos também incidir sobre a abordagem multidisciplinar no tratamento médico conservador e as suas dificuldades de implementação e gestão **(pág.16)**, assim como no reforço da mais-valia dos tratamentos dialíticos domiciliários **(pág.23)**.

A atualização sobre as novas terapêuticas e os seus impactos clínicos é proporcionada pelos vários simpósios e conferências patrocinadas. Também introduzimos novos temas, como a medicina reprodutiva na DRC e o diagnóstico pré-implantação **(pág.9)**, ou o plano de atuação para preparação da comunidade nefrológica na prestação de cuidados em cenários de catástrofe **(pág.14)**. Por outro lado, vamos aproveitar a revisão do *Manual de Boas Práticas de Diálise Crónica* para relançar a discussão sobre o rastreio e a gestão do risco de infeção pelo vírus da hepatite B **(pág.15)**.

Agradecemos à Sociedade Portuguesa de Nefrologia pela confiança e pelo apoio na organização deste Encontro Renal. Realçamos o esforço e o rigor da Comissão Científica na avaliação dos trabalhos submetidos. Parabenizamos a estreia da Diventos na organização logística e agradecemos os apoios indispensáveis da indústria farmacêutica e de equipamentos. Finalizo com um especial cumprimento de gratidão pelo contributo de todos os palestrantes e moderadores para o rigor e a qualidade científica do nosso congresso.

Rui Costa
Presidente do Encontro Renal 2026

FICHA TÉCNICA

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

Edição:
esfera das ideias
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: Madalena Barbosa, Pedro Bastos Reis e Raquel Oliveira
Design/Web: Ricardo Pedro
Fotografias: Rui Santos Jorge

Publicação isenta de registo na ERC, ao abrigo do Decreto Regulamentar n.º 8/99, de 9 de junho, artigo 12.º, alínea a)
Depósito legal n.º 338826/12

Patrocinadores desta edição:
Boehringer Ingelheim · CSL · FRESENIUS KABI · sobi · Vantive

KIDNEY ACADEMY APOIA FORMAÇÃO DOS INTERNOS

A Sociedade Portuguesa de Nefrologia (SPN) e a Boehringer Ingelheim voltaram a unir esforços na organização da Kidney Academy, que decorreu na passada quarta-feira, dia pré-congresso deste Encontro Renal. Com quatro módulos, a edição de 2026 trouxe a novidade de abranger os internos do 4.º ano (em 2025, foi até ao 3.º ano do internato de formação específica em Nefrologia).

Pedro Bastos Reis



Participantes no módulo dirigido ao 1.º ano de internato. Ao centro, os três formadores: Dr.ª Ana Castro, Dr. Fernando Godinho Pereira e Dr. José Agapito Fonseca.

O módulo da Kidney Academy para os internos do 1.º ano iniciou-se com a intervenção do Dr. Fernando Godinho Pereira, que discorreu sobre as várias vertentes da doença renal crónica (DRC), em particular sobre epidemiologia, fisiopatologia, tratamento, prognóstico e seguimento. "Nestes doentes, é fundamental atender às comorbilidades a longo prazo, para percebermos de que forma a nossa intervenção pode melhorar o prognóstico", sublinha o nefrologista na Unidade Local de Saúde (ULS) de Almada-Seixal.

Dedicando parte significativa da sua preleção ao tratamento da DRC, Fernando Godinho Pereira apresentou a evidência científica mais recente, destacando a otimização com os inibidores do eixo renina-angiotensina-aldosterona e o recurso aos inibidores do cotransportador de sódio e glicose tipo 2, cujo papel "está bem estabelecido". "Apesar de a evidência ser mais recente, importa também incluir os antagonistas dos recetores de mineralocorticoides não esteroides e os análogos do recetor do peptídeo semelhante ao glucagon tipo 1", acrescenta.

O formador também falou sobre as medidas não farmacológicas na DRC, nomeadamente a abordagem nutricional e a promoção da atividade física. Neste módulo, intervieram ainda a Dr.ª Ana Castro (ULS de Santo António, no Porto), que discorreu sobre fisiopatologia, classificação, clínica, terapêutica e prognóstico da lesão renal aguda; e o Dr. José Agapito Fonseca (ULS de Santa Maria, em Lisboa), que abordou os distúrbios hidroeletrolíticos e o equilíbrio ácido-base.



Formadores e formandos do módulo para o 2.º ano. Ao centro, os três formadores: Dr.ª Sofia Santos, Dr.ª Inês Ferreira e Dr. Ivan Luz.

TRANSFORMAÇÕES PROFUNDAS NO TRATAMENTO DAS GLOMERULOPATIAS

No módulo destinado aos internos do 2.º ano, a Dr.ª Sofia Santos (Hospital das Forças Armadas/Polo do Porto) começou por abordar a histomorfologia renal. Depois, a Dr.ª Inês Ferreira incidiu sobre as doenças glomerulares, realçando as novas terapêuticas para as glomerulopatias, cuja abordagem "está a sofrer transformações profundas". "A imunossupressão sistémica de largo espectro está a dar lugar a terapêuticas dirigidas a mecanismos específicos da doença", comenta a nefrologista na ULS de São João, no Porto.

Segundo Inês Ferreira, na nefropatia por IgA, "as opções terapêuticas emergentes são várias, com atuação ao nível da via alternativa do complemento, ao nível da inibição BAFF [fator de ativação de células B] e/ou APRIL [ligante de proliferação], bem como na nefroproteção com a introdução de antagonistas dos recetores da endotelina". Para a nefropatia membranosa primária, a formadora destaca a "superioridade dos resultados do obinutuzumab no ensaio clínico MAJESTY, quando comparado com tacrolímus".

Sobre a glomerulopatia C3, Inês Ferreira realça a emergência de "terapêuticas promissoras e dirigidas ao mecanismo da doença, nomeadamente o iptacopan e o pegcetacoplan". Na nefrite lúpica "mantém-se a reflexão sobre a introdução de esquemas de imunossupressão tripla, através da introdução de novos fármacos, tais como o belimumab, a voclosporina, e o obinutuzumab, aliada ao abandono da distinção clássica entre tratamento de indução e de manutenção".

Por fim, na abordagem das inúmeras glomerulopatias, Inês Ferreira enaltece que "nenhuma terapêutica dirigida dispensa a instituição de uma base nefroprotetora otimizada e a adoção de hábitos e estilos de vida saudáveis". O módulo terminou após a palestra do Dr. Ivan Luz (ULS do Médio Tejo) sobre a doença renal diabética.

DESAFIOS NA NEFROGENÉTICA

A formação dirigida ao internos do 3.º ano incluiu a doença tubular intersticial (abordada pela Dr.ª Sofia Jorge, da ULS de Santa Maria), a doença renal crónica na gravidez (Dr.ª Andreia Borges, da ULS de Coimbra) e a nefrogenética (Dr.ª Ana Marta Gomes, da ULS de Gaia-Espinho).

A propósito deste último tema, a preletora deu particular ênfase aos fenótipos mais frequentes das doenças genéticas renais – hematúria familiar, glomeruloesclerose segmentar e focal corticoresistente, poliquistose renal e DRC de etiologia indeterminada no adulto jovem – e à forma como devem ser abordados, aprofundando ainda as indicações para a realização de testes genéticos. "Com base em casos clínicos foram integrados conceitos importantes da área da genética, como a importância da colheita da história familiar, os testes genéticos disponíveis e a necessidade de aconselhamento pré e pós-teste", recorda a formadora. Destacou-se um caso em que "o resultado do teste genético foi uma variante de significado incerto", tendo sido explicada "a investigação adicional que poderá ser efetuada para esclarecimento da patogenicidade desta variante, bem como as implicações clínicas da mesma", refere Ana Marta Gomes.

A especialista frisa que a "identificação de uma doença genética renal tem consequências para o indivíduo (em termos de prognóstico, terapêutica e opções reprodutivas entre outras), mas também para a sua família". Neste âmbito, destacou também "a necessidade de uma cooperação próxima entre a Nefrologia e a Genética Médica para os estudos dos casos mais desafiantes e dos familiares em risco".

TRATAMENTO MÉDICO CONSERVADOR

Por sua vez, o módulo dos internos do 4.º ano começou com uma atualização importante na área da diálise, conduzida pelo Dr. Manuel Amoedo (ULS do Alentejo Central). Seguiu-se a intervenção



Participantes no módulo do 3.º ano, incluindo as formadoras, Dr.ª Ana Marta Gomes e Dr.ª Sofia Jorge (3.ª e a 4.ª a contar da esq.). A outra formadora, Dr.ª Andreia Borges, estava ausente no momento da fotografia.

Mais fotografias dos quatro módulos da Kidney Academy 2026

Com esta formação, a vice-presidente da SPN espera que os futuros nefrologistas possam "partilhar conhecimento com os colegas e implementar a consulta de tratamento médico conservador nos Serviços de Nefrologia onde ainda não exista". Aprofundar a formação na área é fundamental, tal como trabalhar as ferramentas de comunicação, "competência como qualquer outra em Medicina, que tem de ser aprendida e treinada", reitera Ana Farinha. O módulo destinado aos internos do 4.º ano terminou depois da palestra da Dr.ª Helena Donato, *editing consultant* do *Portuguese Kidney Journal*, sobre a escrita de artigos científicos.

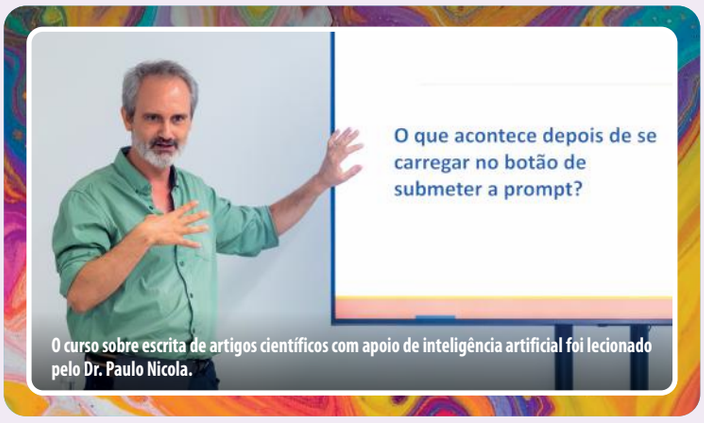
da Dr.ª Ana Farinha (ULS da Arrábida) sobre o tratamento médico conservador, tema "relativamente recente na Nefrologia mundial e ainda mais em Portugal, embora a sua importância seja cada vez mais reconhecida, sobretudo perante uma população muito envelhecida, que nem sempre beneficia da diálise", afirma a também vice-presidente da SPN.

"O Colégio de Nefrologia da Ordem dos Médicos incluiu o tratamento médico conservador no currículo do internato. Devido à relevância do tema, decidimos dar mais formação nesta área", justifica Ana Farinha, cuja apresentação foi "essencialmente didática e de cariz prático". Demonstrando a relevância dos cuidados paliativos na Nefrologia, a formadora incidiu, em particular, sobre os casos que podem beneficiar desta modalidade e sobre as questões éticas e legais associadas aos doentes não iniciarem diálise ou suspenderem o tratamento dialítico.



O módulo destinado ao 4.º ano teve como formadores a Dr.ª Helena Donato, a Dr.ª Ana Farinha (ao centro) e o Dr. Manuel Amoedo (ausente da fotografia).

INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL NA ESCRITA CIENTÍFICA: ENTRE A EFICIÊNCIA E O PENSAMENTO CRÍTICO



O curso sobre escrita de artigos científicos com apoio de inteligência artificial foi lecionado pelo Dr. Paulo Nicola.

A inteligência artificial (IA) veio alterar várias dimensões da prática clínica e da investigação, inclusivamente a elaboração de artigos científicos. Este tema esteve em análise na quarta-feira, num curso intensivo que procurou dotar os cerca de 30 participantes de estratégias de escrita e submissão de artigos científicos com recurso a IA generativa.

Dinamizado pelo Dr. Paulo Nicola, o curso "colocou os participantes a perceber limites, capacidades e possibilidades práticas da IA, simulando a escrita de um artigo num tema de interesse em que cada participante dominasse a evidência". Num meio em que, segundo o docente e investigador na Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, no Instituto Superior Técnico e no Instituto de Saúde Baseada na Evidência, existem bastantes dados e oportunidades de publicação, "torna-se necessário compreender como estes sistemas podem ajudar a criar melhor conhecimento, evidência e capacidade crítica".

Mais momentos do curso "Escrita de artigos científicos com o apoio da IA"

A IA pode apoiar diferentes momentos deste percurso, como "identificar, organizar e sintetizar informação e verificar se a evidência corrobora ou apresenta alternativas às perspetivas e interpretações dos investigadores". Segundo o formador, pode, até, "funcionar como um assistente semiautomatizado em tarefas de pesquisa, de análise de dados ou simulação de comentários de revisores". Estes múltiplos papéis podem, por isso, "de uma forma acessível, tornar o processo mais rico, elaborado e robusto, trazendo-lhe maior qualidade".

Colocam-se, contudo, alguns desafios, para os quais os profissionais de saúde devem estar alerta. "Uma resposta pode parecer muito convincente e certeira, mas não ter fundamentação científica, e o perigo é não conseguir percebê-lo", realça Paulo Nicola. Por isso, é crucial "compreender que a ciência é um processo de gestão da incerteza". Nesse sentido, importa "identificar a origem e o contexto da afirmação, avaliar a sua robustez e analisá-la de forma crítica, não ficando pelos resultados superficiais, por muito convincentes que possam parecer". Outro aspeto essencial é "conhecer o percurso feito pelas plataformas de IA após a solicitação do investigador, nomeadamente como estas orientam a resposta a partir de modelos e decisões-chave".

Com uma componente eminentemente prática, o curso partiu da experiência prévia de cada participante na escrita científica e no uso de modelos de IA, bem como dos seus próprios projetos, para a realização de exercícios práticos. Ao longo de oito horas, os formandos "experimentaram diferentes solicitações à IA, criaram processos de pesquisa, de mapeamento da evidência e de estruturas de crítica e avaliaram criticamente os resultados". Para o formador, é fundamental "perceber se a utilização destas ferramentas realmente ajuda ou se, pelo contrário, enviesa ou desvirtua o processo".

A formação abordou ainda questões de ética, transparência, verificação e responsabilidade. "A IA pode ajudar-nos a sermos ainda melhores autores, sem substituir a nossa capacidade de autoria", defende Paulo Nicola. **Raquel Oliveira**

COMUNICAÇÃO COMO COMPETÊNCIA CLÍNICA



Palestrantes do curso (da esq. para a dta.): Dr.ª Filipa Trigo, Dr.ª Cátia Figueiredo, Dr.ª Patrícia Valério e Dr.ª Ana Farinha.

O curso sobre comunicação clínica em Nefrologia teve como objetivo dotar os participantes de estratégias para abordar temas sensíveis como prognóstico, opções terapêuticas e fim de vida. Além da componente teórica, os 12 formandos tiveram oportunidade de aplicar essas ferramentas em exercícios de *role play* baseados em situações clínicas reais.

Raquel Oliveira

Fotogaleria do curso "Comunicação clínica em Nefrologia"

A Dr.ª Cátia Figueiredo abordou princípios fundamentais da comunicação, como a escuta ativa, a decisão partilhada e a adaptação da informação às necessidades de cada doente. "Ao lidarmos com os doentes em várias fases da sua vida e da sua doença, o diálogo sobre temas como a progressão da doença e as opções terapêuticas é inevitável. A comunicação deixa de ser um complemento da prática clínica para ser uma parte essencial do tratamento", frisa a nefrologista na Unidade Local de Saúde (ULS) do Médio Tejo.

Cátia Figueiredo reconhece que o receio de abordar certos temas se prende com "a falta de formação e até com a crença de que comunicar bem é uma característica pessoal, quando a evidência demonstra que a comunicação é uma competência clínica que, a par de todas as outras, se treina e aprende".

Num contexto que requer a "discussão de muitas decisões complexas", a nefrologista valoriza a importância da comunicação para a abordagem de temas como o tratamento médico conservador (TMC) ou a suspensão dialítica. "Falar de prognóstico, de incerteza e de objetivos de cuidados exige competências de comunicação, que devem ser incentivadas desde o internato", defende.

MODELOS PEAKS/SPIKES

De seguida, a Dr.ª Filipa Trigo apresentou estratégias para uma comunicação eficaz entre equipa e doente, assentes em "modelos estruturados concebidos para apoiar a comunicação de notícias difíceis e uniformizar a forma como a equipa comunica, salvaguardando que a carga emocional não comprometa a direção e a eficácia destas conversas complexas".

O PEAKS, dirigido à comunicação com o doente, é orientado para a comunicação entre profissionais, permitindo, segundo a nefrologista na ULS do Médio Tejo, transmitir de forma sucinta a informação essencial sobre um doente: "Que problema o trouxe à consulta (*patient*), principais achados do exame objetivo (*examination*), ações realizadas (*actions*), riscos identificados (*knowledge*) e plano definido (*strategy*)."

Já o SPIKES, dirigido à comunicação com o doente, estrutura a conversa em seis etapas: "Preparação do ambiente (*setting-up*), avaliação da perceção do doente (*perception*), convite à participação (*invitation*), partilha de informação (*knowledge*), gestão das emoções (*emotions*) e resumo final (*summary*)." Contudo, ressalva Filipa Trigo, "cada conversa e cada doente são únicos, pelo que estes modelos não constituem uma regra rígida, mas funcionam como mnemónica para não esquecer nenhum tópico".

PROGNÓSTICO E SUSPENSÃO CLÍNICA

A comunicação de prognóstico e de más notícias foi desenvolvida pela Dr.ª Patrícia Valério, que defendeu a "adaptação a cada doente, considerando o grau de informação que este deseja receber, os seus objetivos e valores". Desde "o doente que prefere receber apenas a informação essencial àquele que pretende conhecer em detalhe o seu prognóstico e o que poderá esperar das diferentes opções terapêuticas", há ainda situações em que "a família pede que a informação não seja transmitida ao doente".

Em qualquer dos casos, defende a nefrologista na ULS do Estuário do Tejo, é essencial comunicar "com empatia e de forma estruturada". O mais importante é "conhecer bem o doente e as suas crenças, para respeitar os seus ideais, o que exige tempo". Por isso, "sempre que possível, a comunicação de prognóstico não deve ser abordada numa primeira consulta".

Lamentando que a formação médica esteja ainda "muito orientada para a teoria e para a aprendizagem", Patrícia Valério sublinhou que "o treino da comunicação sobre decisões tão importantes como iniciar, não iniciar ou suspender diálise é fundamental". Em contextos como o TMC, "a comunicação é parte integrante do tratamento, permitindo transmitir apoio e tranquilidade ao doente".

Ao longo do curso da doença, podem surgir comorbilidades ou situações clínicas que comprometem a capacidade funcional e a continuidade do tratamento. "Quando a diálise passa a representar uma sobrecarga, trazendo um acréscimo de sintomas e de penosidade que degrada a qualidade de vida, é tempo de ponderar a sua suspensão", explicou a Dr.ª Ana Farinha.

Entre as situações que podem justificar esta decisão estão eventos cardiovasculares incapacitantes, demência progressiva ou doença oncológica avançada**.** Antes de prosseguir, é essencial "garantir que a situação é irreversível", até por se tratar de uma "decisão muito séria e definitiva". O processo deve considerar " as condições não só clínicas, mas também psicológicas e sociais, nomeadamente os apoios disponíveis".

Perante um "contexto extremamente intenso, em que a família tem de lidar com um luto que começa ainda antes da morte", a vice-presidente da Sociedade Portuguesa de Nefrologia realça a importância da abordagem multidisciplinar e da aplicação de protocolos e de estratégias de comunicação, para "que a transição seja feita com a menor penosidade possível". "Muitos dos conflitos entre médicos e familiares resultam não da inevitabilidade da situação clínica, mas da má comunicação, levando as famílias a não se sentirem cuidadas de acordo com a sua expectativa", evidenciou a também nefrologista na ULS da Arrábida.



Na parte da tarde, o curso incluiu um *workshop* prático, no qual os formandos puderam treinar estratégias de comunicação para abordar temas sensíveis na prática clínica.

NOVOS MEMBROS HONORÁRIOS DA SPN ANUNCIADOS NA SESSÃO DE ABERTURA

Depois dos agradecimentos iniciais do Prof. Edgar Almeida, presidente da Sociedade Portuguesa de Nefrologia (SPN), o Dr. Rui Costa, presidente do Encontro Renal 2026 e diretor do Serviço de Nefrologia da Unidade Local de Saúde (ULS) de Braga, deu as boas-vindas aos congressistas, definindo o evento como "um espaço de reflexão sobre a atuação dos nefrologistas", tendo em vista "a abordagem holística e centrada no doente".



Enf. Hugo Sousa, Prof. Clemente Sousa, Prof. Edgar Almeida e Dr. Rui Costa (no púlpito).

De seguida, o Prof. Clemente Sousa, presidente da Associação Portuguesa de Enfermeiros de Diálise e Transplantação (APEDT), realçou o ambiente de "encontro e partilha", tendo presente que "a evidência científica só adquire significado quando consegue transformar a prática e levar a ganhos concretos para os doentes". Por sua vez, o Enf. Hugo Sousa, presidente do 40.º Congresso da APEDT, sublinhou "o significado especial de Braga ser a casa da Nefrologia nacional durante estes três dias".

Na segunda parte da sessão, foram anunciados os novos membros honorários da SPN. O primeiro nome revelado foi o do Prof. Emílio Sánchez, presidente da Sociedade Espanhola de Nefrologia. "A sua ação é muito reconhecida pela Nefrologia portuguesa, porque tem estado presente nos nossos eventos e ajudado em várias iniciativas", elogiou Edgar Almeida. Também o Prof. José Moura Neto, presidente da Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN), recebeu a distinção, sobretudo devido ao seu "papel fundamental na aproximação entre a SBN e a SPN".



O Prof. Edgar Almeida entregou a medalha ao Prof. Manuel Pestana. O Prof. Emílio Sánchez, o Prof. José Moura Neto e o Dr. Pedro Ponce não puderam estar presentes na sessão.

Do lado nacional, tornaram-se membros honorários da SPN o Prof. Manuel Pestana e o Dr. Pedro Ponce. O presidente da SPN destacou a "disponibilidade para ajudar" sempre demonstrada pelo ex-diretor do Serviço de Nefrologia da ULS de São João, uma "presença constante" nas atividades da SPN. Quanto ao Dr. Pedro Ponce, ex-diretor do Serviço de Nefrologia da ULS de Almada-Seixal, não podendo estar presente, coube à Dr.ª Ana Farinha, vice-presidente da SPN, receber a distinção, deixando palavras elogiosas ao homenageado, que definiu como "um nefrologista irreverente e visionário, com impacto impulsionador na nefrologia de intervenção e no tratamento médico conservador". **Pedro Bastos Reis**

INDICADORES DE QUALIDADE E MONITORIZAÇÃO DOS CUIDADOS NA DRC

Na primeira palestra da conferência inaugural, o Prof. Serafim Guimarães, nefrologista na Unidade Local de Saúde (ULS) de Gaia/Espinho, começou por sublinhar a falta de atualização dos indicadores de qualidade dos cuidados de saúde em Nefrologia. Os indicadores vigentes foram estabelecidos aquando da implementação do preço compreensivo, em 2008, pelo que "são antigos, não evoluíram e assentam numa perspetiva redutora, que está orientada para o controlo da utilização de recursos", explica. Na sua opinião, trata-se de "um sistema de indicadores baseado na desconfiança, quando a qualidade deve procurar melhorar os cuidados para quem os presta, recebe e financia".

Serafim Guimarães defende o modelo de Value Based Healthcare, conceito sistematizado por Michael Porter e Elisabeth Teisberg, em 2006, que "define valor pela relação entre os resultados de saúde relevantes para os doentes e os custos necessários para os obter". Nesse sentido, "importa integrar três grupos de indicadores – os clínicos; os reportados pelos doentes, incluindo dimensões como sintomas, funcionalidade, qualidade de vida e participação na vida; e os decorrentes da experiência dos doentes".

Apesar de já existir há 20 anos, o modelo de *Value Based Healthcare* "tem uma implementação reduzida, porque pressupõe uma mudança estrutural na organização dos serviços de saúde, que deve envolver Governo, prestadores, profissionais e associações de doentes". "Ao presumirmos que a qualidade de vida é o que determinado questionário traduz, corremos o risco de impor aos doentes um modelo que não o beneficia", observou o nefrologista.

Assim, Serafim Guimarães realçou a importância de estabelecer "indicadores que traduzam o valor para todos os intervenientes no processo, que deve servir o doente em primeiro lugar, sem esquecer que os recursos são finitos". "Não se trata simplesmente de acrescentar PROMs aos indicadores que já existem, mas também perceber se os cuidados que prestamos produzem os resultados que realmente importam aos doentes, utilizando os recursos disponíveis", concluiu.

De seguida, a Prof.ª Carla Pereira, chefe da Divisão de Planeamento e Melhoria da Qualidade da Direção-Geral da Saúde (DGS), falou sobre a monitorização dos cuidados de saúde na doença renal crónica (DRC), com enfoque na qualidade e na segurança. Segundo a Prof.ª Anabela Rodrigues, que moderou a conferência inaugural com a Prof.ª Josefina Santos e a Dr.ª Teresa Morgado, "é necessário avaliar se os indicadores estão ajustados ao estado da arte e garantir que sejam dinâmicos, úteis e ajustados às necessidades dos diferentes *players*". Além disso, "devem ser independentes, fidedignos, ágeis e suportados por um sistema de gestão de informação útil e eficiente", defende a presidente da Comissão de Implementação e Monitorização da Estratégia Nacional para a Doença Renal Crónica (CIMEN-DRC).



Prof. Serafim Guimarães, Prof.ª Carla Pereira, Prof.ª Josefina Santos (moderadora), Prof.ª Anabela Rodrigues (moderadora) e Dr. Rui Costa (moderador).

Partindo dessa necessidade, em colaboração com a DGS, um grupo de trabalho da CIMEN-DRC, que inclui Anabela Rodrigues e Josefina Santos, entre outros especialistas, propôs "indicadores que acompanhem toda a trajetória dos doentes, incluindo o diagnóstico oportuno nos cuidados de saúde primários, a referenciação atempada segundo a estratificação de risco, a qualidade do primeiro acesso à diálise, a transição para o tratamento domiciliário", entre outros aspetos. Uma novidade é a inclusão do EQ-5D-5L, uma *Patient-Reported Outcome Measure*, que "incorpora a dimensão da qualidade de vida, viabilizando decisões de investimento em saúde justificadas pela quantificação de valor percecionada pelos doentes", explica Anabela Rodrigues.

A proposta foi apresentada à Administração Central dos Sistemas de Saúde e à Direção Executiva do Serviço Nacional de Saúde (SNS), devendo seguir para a Secretaria de Estado da Gestão da Saúde. Reconhecendo que "os indicadores de qualidade podem modificar a prática clínica", Anabela Rodrigues espera que, em 2027, os indicadores propostos pela CIMEN-DRC "possam ser considerados no processo de contratualização das Unidades Locais de Saúde, sustentar a revisão do modelo de reembolso das unidades convencionadas de diálise e viabilizar um programa de saúde renal no SNS". **Raquel Oliveira**

Highlights **em vídeo das declarações do Prof. Serafim Guimarães e da Prof.ª Anabela Rodrigues, com mais fotografias da sessão de abertura e da conferência inaugural**

DESTAQUES DAS BIÓPSIAS RENAIS EM PORTUGAL E NO BRASIL



Prof. Luiz Moura, Dr. Bernardo Faria (moderador), Dr.ª Maria João Rocha (moderadora) e Dr.ª Helena Sousa.

Na sessão dedicada à histomorfologia em Portugal e no Brasil, começou-se por apresentar os números mais recentes, de 2025, do Gabinete de Registo de Biópsias Renais da Sociedade Portuguesa de Nefrologia (SPN), destacando-se os diagnósticos mais frequentes e a análise por faixa etária. Depois, foram apresentados os números do Hospital do Rim e Hipertensão, em São Paulo, que serviram de base à discussão sobre os desafios das biópsias renais no Brasil.

Pedro Bastos Reis

Na primeira preleção, a Dr.ª Helena Sousa começou por revelar que, em 2025, foram registadas 1005 biópsias renais (BR), que permitiram caracterizar 914 casos, verificando-se "um ligeiro predomínio do sexo masculino (56%), com média de idades de 56 anos". Quanto aos diagnósticos mais frequentes (ver caixa), destaca-se a nefropatia por imunoglobulina A (IgA), com 15,8% dos casos, seguindo-se a glomeruloesclerose segmentar e focal, as vasculites associadas ao anticorpo anticitoplasma de neutrófilo (ANCA) e glomerulonefrites pauci-imunes, a nefrite lúpica e a nefrite tubulointersticial aguda.

"Esta última surge, pela primeira vez, nos cinco diagnósticos mais prevalentes. Na nossa prática clínica, observámos uma associação frequente aos inibidores do *check-point*, que são cada vez mais utilizados em Oncologia", indicou a nefrologista na Unidade Local de Saúde de São José/Hospital Curry Cabral, que integra o Gabinete de Registo de Biópsias Renais da SPN. Estas cinco entidades representam mais de metade dos diagnósticos por BR em 2025. Da população pediátrica foram registadas apenas 12 biópsias, sendo a nefropatia por IgA o diagnóstico mais frequente, com três casos, seguida pela nefrite lúpica, com dois casos.

De seguida, Helena Sousa referiu a prevalência das patologias consoante a faixa etária dos doentes. Entre os 19 e os 40 anos, "predominam claramente as glomerulopatias, sobretudo a nefropatia por IgA (26,8%) e a nefrite lúpica (22,9%)". Entre os 41 e os 65 anos, "a nefropatia por IgA continua a ser mais frequente (17,2%), embora este grupo de doentes seja mais heterogéneo, aparecendo as vasculites ANCA e as amiloidoses". "É uma faixa etária de transição entre o predomínio das glomerulopatias nos mais jovens e o aumento das patologias sistémicas e vasculares nas idades mais avançadas", comentou.

A partir dos 66 anos, verifica-se "uma mudança importante", pois as vasculites ANCA e glomerulonefrites pauci-imunes passam a ser o diagnóstico mais comum (16,7%). "Foram biopsados 44 doentes com mais de 80 anos, nos quais a glomeruloesclerose segmentar e focal é o diagnóstico mais frequente (13,6%), seguida pela amiloidose e pelas vasculites ANCA".

Após a apresentação dos dados de 2025, Helena Sousa afirmou que "o perfil diagnóstico muda claramente consoante a idade do doente". As várias patologias "apresentam perfis clínicos muito distintos, desde hematúria predominante na nefropatia por IgA e na vasculite ANCA, até proteinúria muito marcada na doença renal diabética e, sobretudo, na amiloidose". "A BR não nos indica apenas um diagnóstico, mas também uma caracterização morfológica que ajuda a compreender a doença, o seu prognóstico e a decisão terapêutica", concluiu a preletora.

INEXISTÊNCIA DE DADOS AGLOMERADOS NO BRASIL

Na segunda preleção, o Prof. Luiz Moura começou por sublinhar que o Brasil "necessita de uma organização mais ampla" no âmbito das BR, uma vez que não existem dados aglomerados ao nível nacional. "Um registo coordenado pela Sociedade Brasileira de Nefrologia seria muito útil, pois permitiria mapear os centros que realizam BR e identificar a capacidade de desenvolvimento de cada um nesta área", defendeu o diretor do Laboratório de Patologia Renal do Hospital do Rim e Hipertensão, em São Paulo, revelando que "a criação desse registo está atualmente em debate".

O também professor de Nefrologia na Escola Paulista de Medicina apresentou alguns dados do Hospital do Rim e Hipertensão, que é considerado o maior centro de transplantes renais do mundo. "Realizamos uma média de 4000 biópsias por ano, das quais as BR constituem cerca de 80%. Os restantes 20% correspondem a biópsias de órgãos visados na atividade do transplante, nomeadamente para investigação de citomegalovírus ou doença linfoproliferativa", explicou.

No âmbito da BR, a atividade do hospital paulista divide-se em dois grandes grupos: "cerca de 40% do volume corresponde a casos de transplante renal e os outros 60% são de rim nativo". "Só as biópsias de rim nativo são cerca de 2000 por ano, um número bastante volumoso e robusto", realçou Luiz Moura, notando que os números têm permanecido estáveis ao longo dos anos. O preletor referiu ainda que "o número de centros habilitados a realizar BR tem vindo a aumentar", pelo que é expectável que o número de procedimentos esteja em crescimento no Brasil. "Contudo, não temos muita informação sobre como essas biópsias são processadas", lamentou.

Luiz Moura aproveitou a oportunidade para apresentar uma breve reflexão sobre a inovação na área das BR, apontando a genómica, a proteómica e a espectrometria de massas como "grandes inovações que ajudam a esclarecer casos mais desafiantes". O nefrologista também destacou as potencialidades da inteligência artificial na identificação de lesões, ressalvando, no entanto, que a tecnologia não tem "a tão necessária intuição dos médicos".

DIAGNÓSTICOS MAIS FREQUENTES POR BIÓPSIA RENAL*

144 de nefropatia por IgA (15,8%)
99 de glomeruloesclerose segmentar e focal (10,8%)
85 de vasculites ANCA e glomerulonefrites pauci-imunes (9,3%)
78 de nefrite lúpica (8,5%)
72 de nefrite tubulointersticial (7,9%)

*De um total de 914 biópsias renais realizadas em 2025 e analisadas pelo Gabinete de Registo de Biópsias Renais da SPN.

Mais instantes da mesa-redonda "Registo das Biópsias Renais"

DRC E REPRODUÇÃO: DO PLANEAMENTO À SELEÇÃO DE EMBRIÕES



Instantes da mesa-redonda *"Ready, Set... Conceive!"*



Dr. João Paulo Oliveira (moderador), Dr.ª Joana Rocha (moderadora), Prof.ª Filipa Carvalho, Prof.ª Ana Margarida Póvoa e Dr.ª Estela Nogueira.

A abordagem reprodutiva na doença renal crónica (DRC) deve começar antes da gravidez e pode envolver diferentes estratégias, desde o planeamento e ajuste terapêutico até ao recurso à medicina reprodutiva e ao diagnóstico genético pré-implantação. Estas temáticas foram analisadas numa mesa-redonda que juntou Nefrologia, Ginecologia/Obstetrícia e Genética.

Raquel Oliveira

"Dependendo da fase – pré-dialítica, dialítica ou pós-transplante – em que a doente se encontra e da etiologia da sua DRC, os riscos associados à gravidez e a abordagem pré-concecional são diferentes." Esta foi uma das principais mensagens transmitidas pela Dr.ª Estela Nogueira, que discutiu aspetos como "o impacto da gravidez nos desfechos materno-fetais numa doente com DRC, a definição do melhor momento para a gestação ocorrer e o ajuste terapêutico pré-concecional necessário para garantir uma melhor segurança da gestação".

Segundo a coordenadora da Consulta de Nefro-Obstetrícia da Unidade Local de Saúde (ULS) de Santa Maria, em Lisboa, este ajuste é variável de acordo com o tratamento, sendo que a maior atenção deve recair sobre a "terapêutica teratogénica, pelo risco de provocar malformações no feto". "Enquanto a terapêutica anti-hipertensora pode ser suspensa antes ou no momento do diagnóstico da gravidez, dependendo do caso, a imunossupressão deve ser alterada antecipadamente, para confirmar a tolerância ao novo regime e a estabilidade imunológica da doença reumática ou da função do transplante renal", complementa. Após o ajuste terapêutico, que "pode envolver outras especialidades", a doente deve ser reavaliada três a seis meses depois na consulta.

"Na última década, houve uma evolução substancial na forma como a gravidez é perspetivada pela comunidade nefrológica, sendo que parte se deve ao fato dos desfechos materno-fetais terem melhorado significativamente com a intensificação dos esquemas dialíticos nas doentes em diálise", afirma Estela Nogueira. E conclui: "Atualmente, são muito restritas e geralmente transitórias as contraindicações para a gestação nas mulheres com DRC, mas o planeamento precoce e multidisciplinar é sempre o elemento-chave para reduzir as complicações e otimizar os desfechos materno-fetais."

MEDICINA DA REPRODUÇÃO NA DOENÇA RENAL GENÉTICA

De seguida, a Prof.ª Ana Margarida Póvoa debruçou-se sobre o papel da medicina da reprodução nos casos de doença renal de causa genética com mutação identificada e risco de transmissão à descendência. "Nestes casos, é possível testar uma alteração genética específica no embrião antes da sua transferência para o útero e, assim, selecionar embriões sem a mutação responsável pela doença renal", explica a Prof.ª Ana Margarida Póvoa.

De acordo com a ginecologista/obstetra e subespecialista em medicina da reprodução no Centro de Responsabilidade Integrado de Medicina da Reprodução da ULS de São João, no Porto, a avaliação pré-concecional é particularmente importante em mulheres com alteração da função renal, uma vez que "a gravidez pode levar a um agravamento dessa mesma função, implicando até o início de hemodiálise". Em paralelo, é necessário "avaliar o risco de complicações como pré-eclâmpsia e parto prematuro".

O tratamento de procriação medicamente assistida com teste genético pré-implantação envolve estimulação ovárica, punção folicular ovárica para obtenção dos ovócitos, fecundação e desenvolvimento dos embriões até ao estádio de blastocisto. Estes são depois biopsados para ser efetuada a análise genética. "Se o embrião não for portador daquele gene específico que está a ser testado, então não desenvolverá doença, pelo que pode ser transferido", explica. A doença renal poliquística autossómica dominante (principalmente), a síndrome de Alport e a doença de Fabry são as patologias que geram maiores pedidos de tratamento.

A terminar, a preletora apela a que os nefrologistas "informem os casais em idade reprodutiva que sejam portadores de mutações identificadas sobre a possibilidade de recorrerem a procriação medicamente assistida com teste genético pré-implantação para não transmitirem a doença genética à descendência".

DIAGNÓSTICO GENÉTICO PRÉ-IMPLANTAÇÃO

Na terceira parte da mesa, a Prof.ª Filipa Carvalho explicou que o teste genético pré-implantação "é feito através da análise de material celular recolhido dos embriões" e "decorre da atuação de uma equipa multidisciplinar". Antes, lembra, o processo abrange "a identificação e o estudo detalhado da alteração genética, bem como o encaminhamento para as consultas de genética clínica e de medicina da reprodução".

Após a obtenção de embriões *in vitro*, "procede-se à análise genética, num determinado momento do desenvolvimento embrionário". Esta permite "verificar se os embriões herdaram ou não a alteração genética do progenitor afetado e transferir para o útero materno apenas aqueles que não a herdaram", explica a coordenadora do Serviço de Genética da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto (FMUP). Tal deriva da possibilidade de "testar especificamente a alteração num gene concreto".

A também professora catedrática da FMUP esclarece que esta opção é "uma alternativa reprodutiva para os casais que tenham uma doença genética", sendo que "existem outras, como a opção pela gravidez espontânea, seguida de um eventual diagnóstico pré-natal". Iniciado neste Serviço de Genética em 1998, o teste genético pré-implantação foi dirigido primeiramente para a patologia cromossómica e para a polineuropatia amiloidótica familiar, sendo que, "hoje em dia, já existe um número expressivo de casais referenciados por patologia renal".

PASSOS A SEGUIR PERANTE DOENTE COM MUTAÇÃO GENÉTICA

1. **Referenciação para consulta de Genética Médica para validação de etiologia genética e estudo do risco de transmissão à descendência;**
2. **Referenciação para consulta de medicina da reprodução perante a opção pelo diagnóstico genético pré-implantação.**

PROJETO HÉRCULES: DA EVIDÊNCIA À TRANSFORMAÇÃO DOS CUIDADOS RENAIS

Mais fotografias da conferência



Dr.ª Graça Freitas, Prof. Edgar Almeida e Dr.ª Noélia Lopez.

Tendo como principal objetivo aumentar o conhecimento, em Portugal, sobre a doença renal crónica (DRC) e outras patologias associadas, o Projeto HÉRCULES, promovido pela Boehringer Ingelheim, foi ontem apresentado neste congresso. Durante a sessão, a Dr.ª Noélia Lopez, o Prof. Edgar Almeida e a Dr.ª Graça Freitas sublinharam a importância de um estudo de prevalência da DRC enquanto motor da promoção de medidas que visem a melhoria dos indicadores e cuidados de saúde.

Pedro Bastos Reis

A Dr.ª Noélia Lopez começou por apresentar a metodologia do Projeto HÉRCULES, destacando que o Encontro Renal 2026 é "o primeiro fórum científico" onde esta iniciativa foi apresentada. "Este estudo traz uma mais-valia para a saúde como um todo, mas com especial enfoque na DRC, pelo que a Nefrologia assume uma posição privilegiada", referiu a diretora médica da Boehringer Ingelheim Portugal. Segundo o Prof. Edgar Almeida, presidente da Sociedade Portuguesa de Nefrologia (SPN), "é muito oportuno que o Projeto HÉRCULES seja apresentado no maior fórum da Nefrologia portuguesa, tendo em conta a importância de conhecer a prevalência da DRC no nosso país".

Como explicou Noélia Lopez, o Projeto HÉRCULES tem como grande objetivo "gerar evidência para a melhoria dos cuidados prestados aos doentes", não só ao nível da DRC, mas também das doenças cardiovasculares e metabólicas (ver caixa). Através de um estudo nacional de prevalência (HÉRCULES DRC) e de um estudo baseado em registos clínicos eletrónicos de várias unidades locais de saúde do país (HÉRCULES CRM), o projeto pretende levantar "números concretos" sobre o impacto da DRC em Portugal, estimando-se que afete cerca de 10% da população portuguesa.

"Queremos saber onde estão as pessoas com DRC, quantas estão diagnosticadas e por diagnosticar e em que aspetos as intervenções ao nível das políticas de saúde são mais urgentes", reiterou Noélia Lopez, revelando que o projeto "está em curso".

DO CONHECIMENTO À MELHORIA DE CUIDADOS

Na sessão, Edgar Almeida começou por realçar que, até à data, "o conhecimento sobre a DRC não está bem sedimentado na população em geral". "Estudos como o PREVADIAB e o RENA deram-nos alguns indicadores, mas precisamos de um estudo dedicado apenas à clarificação da prevalência da DRC", afirma o presidente da SPN, revelando-se "muito feliz por integrar o painel de peritos" do Projeto HÉRCULES.

O também nefrologista na ULS de Loures-Odivelas elogiou ainda o trabalho operacional em curso, destacando "a equipa muito credenciada e com experiência, que antecipou dificuldades". Uma das grandes mais-valias que aponta é o facto de "a amostragem não depender só das pessoas que recorrem aos serviços de saúde, englobando todos os cidadãos residentes em Portugal".

"Seguindo este método de identificação e rastreio, teremos uma representação muito fidedigna da DRC em Portugal, o que será um marco neste tipo de estudos em Portugal", enalteceu Edgar Almeida, antecipando que, através dos resultados obtidos, será possível "alertar as autoridades de saúde para a tomada de decisões que possam trazer benefícios".

A Dr.ª Graça Freitas também se manifestou "muito satisfeita e honrada" por integrar o painel de peritos. "O Projeto HÉRCULES vai contribuir para aumentar o conhecimento sobre a DRC e a sua prevalência em Portugal, assim como sobre as condições relacionadas", sublinhou a médica especialista em Saúde Pública e ex-diretora-geral da Saúde.

Alertando que o envelhecimento da população é um dos principais desafios na abordagem da DRC, Graça Freitas referiu ainda a necessidade de "perceber as assimetrias no nosso país", à semelhança do que se verifica noutras patologias. "Temos de conhecer a realidade dos diferentes territórios e das pessoas, para conseguirmos adequar os cuidados, garantindo a equidade no acesso e nas medidas de prevenção e tratamento", defendeu.

Sabendo-se que o diagnóstico precoce é fulcral para um melhor prognóstico da DRC, Graça Freitas considera "premente sensibilizar os decisores políticos e toda a sociedade". "Para sensibilizarmos todos os atores deste processo – cidadãos, doentes, profissionais de saúde, governo e diferentes parceiros –, é necessário provar a magnitude do problema. A melhor forma de o fazer é a disponibilização de dados objetivos, que evidenciem a necessidade dos cuidados", concluiu a ex-diretora-geral da Saúde.

PILARES DO PROJETO

HÉRCULES DRC

Estudo nacional de prevalência da DRC, que envolve 3000 residentes em Portugal continental, Açores e Madeira. A metodologia inclui três etapas:

1) Seleção aleatória dos participantes (a equipa desloca-se porta a porta, recrutando pessoas adultas para participarem);

2) Aplicação de questionário sobre saúde, hábitos de vida, fatores de risco e antecedentes de saúde;

3) Realização de exames laboratoriais (análises ao sangue e à urina) e avaliação antropométrica.

SAIBA MAIS SOBRE O PROJETO HÉRCULES

HÉRCULES CRM

Estudo retrospetivo que analisará o percurso integrado dos doentes com condições cardiovasculares, renais e metabólicas em 12 unidades locais de saúde representativas da realidade nacional. Através de registos clínicos eletrónicos, serão analisados dados reais e anonimizados do Serviço Nacional de Saúde, para mapear o percurso dos doentes e identificar barreiras, desafios e cuidados prestados.

PUBLICIDADE



Boehringer
Ingelheim

10h30 - 11h30 | Grande auditório

NEFROPATIA POR IgA – DA SUSPEITA À AÇÃO

É este o mote do simpósio promovido esta manhã pela CSL, que aborda as novidades no tratamento da nefropatia por imunoglobulina A (IgA), nomeadamente o sparsentan, um antagonista duplo dos recetores A da endotelina 1 e da angiotensina II. A aguardar comparticipação em Portugal, este novo fármaco demonstrou reduzir a proteinúria e o declínio da taxa de filtração glomerular anual[1,2]. Neste contexto de inovação, importa conhecer a fisiopatologia da doença e estar alerta para os principais desafios do diagnóstico, de modo a que seja possível introduzir a terapêutica individualizada o mais precocemente possível.

Pedro Bastos Reis



Prof.ª Josefina Santos



Dr.ª Sofia Santos



Dr.ª Ana Marta Gomes

Na primeira preleção do simpósio, a Prof.ª Josefina Santos começará por sublinhar que, "apesar de estar dentro das entidades raras, a nefropatia por IgA é a doença glomerular mais frequente". Acresce que "a possibilidade de evolução para doença renal terminal é considerável, com necessidade de diálise e transplante", sobretudo nos doentes com proteinúria superior a 1 g/dia.

Ao nível da fisiopatologia da nefropatia por IgA, a nefrologista na Unidade Local de Saúde (ULS) de Santo António, no Porto, chama a atenção para a "teoria dos quatro *hits*", ou seja, "as quatro vias patogénicas que podem convergir" para o desenvolvimento da doença. "Por um lado, temos o eixo mucosa-rim, no qual a produção de imunoglobulina deficiente [primeiro *hit*] leva à formação de anticorpos [segundo *hit*]. Estes anticorpos geram complexos imunes [terceiro *hit*], que, por sua vez, levam à lesão glomerular com proliferação mesangial [quarto *hit*]", explica a oradora.

Neste último passo, Josefina Santos realça o papel da endotelina e da angiotensina na progressão da doença, um fator a ter em conta dado que, entre as novas terapêuticas para a nefropatia por IgA, o sparsentan (antagonista dos recetores de endotelina e da angiotensina II) "reduz a fibrose e a proteinúria ao encaixar nesta via". Por isso, este novo fármaco pode colmatar a limitação decorrente dos "efeitos laterais consideráveis" das terapêuticas atuais, nomeadamente dos corticosteroides. "Temos de ser eficazes na diminuição da proteinúria, com vista a atingir valores abaixo de 0,3 g/dia[3]", frisa a nefrologista, lamentando que o sparsentan ainda não esteja comparticipado em Portugal.

IMPORTÂNCIA DO *SCORE* MEST-C

De seguida, a Dr.ª Sofia Santos discorre acerca da complexidade do diagnóstico da nefropatia por IgA, sublinhando que "a biópsia renal continua a ser a ferramenta *gold standard*" para estes casos. "É através da avaliação da biópsia e da compreensão das lesões associadas que podemos estratificar a patologia. De acordo com o resultado da biópsia, conseguimos escolher a terapêutica mais indicada para cada doente, perceber melhor o prognóstico e individualizar o seguimento", refere a nefrologista no Hospital das Forças Armadas, no Porto.

Nesse sentido, Sofia Santos considera fundamental o recurso ao *score* MEST-C de Oxford, que tem em conta a hipercelularidade mesangial (M), a proliferação endocapilar (E), a glomeruloesclerose segmentar (S), a atrofia tubular/fibrose intersticial (T) e o crescente glomerular (C). "Variáveis como a proliferação endocapilar e o crescente glomerular marcam a atividade da nefropatia por IgA, mas a atrofia tubular é um dos preditores de pior prognóstico", indica.

Dada a existência de novas terapêuticas, "é muito relevante reconhecer precocemente as especificidades da nefropatia por IgA", desde logo através da identificação da atividade da doença na biópsia renal. Do ponto de vista mais clínico, "a proteinúria constitui um fator de mau prognóstico, tal como a hematúria persistente e a hemoglobinúria". "Compreender o padrão histológico que é observado vai permitir um tratamento individualizado", reforça Sofia Santos.

EVIDÊNCIA CIENTÍFICA DO SPARSENTAN

Na terceira preleção, a Dr.ª Ana Marta Gomes vai apresentar as terapêuticas aprovadas para a nefropatia por IgA e resumir os resultados dos ensaios clínicos que conduziram à aprovação de cada uma delas. Em relação ao sparsentan, um fármaco "com duplo mecanismo inibitório, e que otimiza o tratamento de nefroproteção nesta patologia eque resulta na redução da proteinúria e na progressão mais lenta da doença renal". "O sparsentan permite otimizar o tratamento nefroprotetor, sobretudo nos doentes que não estão controlados e que apresentam proteinúria superior a 0,5-1 g/dia e perda da taxa de filtração glomerular superior a 1 mL/min/1,73m^2 por ano", sustenta a nefrologista na ULS de Gaia-Espinho, que também modera o simpósio.

Em particular, Ana Marta Gomes remete para os resultados do PROTECT[1], um ensaio clínico de fase 3 que avaliou a eficácia e a segurança do sparsentan, comparativamente ao irbesartan. "No grupo de doentes tratados com sparsentan, a redução da proteinúria foi de cerca de 35% e verificou-se precocemente, logo nas primeiras semanas de tratamento e de forma sustentada ao longo do estudo[1]", descreve a nefrologista, realçando que, na nefropatia por IgA, a redução da proteinúria pode levar a um atraso da necessidade de os doentes iniciarem terapêutica substitutiva da função renal. Assim, "após dois anos de tratamento, o sparsentan demonstrou uma diminuição do declínio da taxa de filtração glomerular, com um perfil de segurança bastante satisfatório[1,2]".

Segundo Ana Marta Gomes, está em curso uma "mudança de paradigma" no tratamento da nefropatia por IgA, tendo em conta a "importância das terapêuticas imunossupressoras e imunomoduladoras para travar a cascata inflamatória e o dano renal", ao mesmo tempo que "é fulcral otimizar o tratamento nefroprotetor".

Referências: 1. Heerspink HJL, *et al*. Lancet. 2023;401(10388):1584-1594. **2.** Floege J, *et al*. Kidney Int. 2025;108(4):548-554. **3.** Rovin BH, *et al*. Lancet. 2023;402(10417):2077-2090.

11h40 - 12h10 | Grande auditório

DRC EM PORTUGAL E DESAFIOS PARA OS SISTEMAS DE SAÚDE

Na primeira parte da mesa-redonda, são apresentados os dados de 2025 do Gabinete de Registo da Doença Renal Crónica da Sociedade Portuguesa de Nefrologia (SPN), ponto de partida para uma reflexão sobre as elevadas taxas de incidência e prevalência da diálise em Portugal. Na segunda parte, as atenções centram-se na adaptação dos sistemas de saúde perante o crescimento da doença renal crónica (DRC).

Pedro Bastos Reis



Dr.ª Ana Galvão



Dr. Xavier Barreto

A Dr.ª Ana Galvão começa por notar que, dos 21 856 doentes em tratamento substitutivo da função renal (TSFR) no final de 2025, 2923 são doentes incidentes. Destes, 2200 começaram hemodiálise e 274 diálise peritoneal, tendo sido efetuados 32 transplantes renais preemptivos, ao passo que 397 doentes iniciaram tratamento médico conservador. "Destaco que 31,2% destes novos doentes tinham mais de 80 anos de idade", indica a coordenadora do Gabinete de Registo da Doença Renal Crónica da SPN, acrescentando que, em 2025, "a incidência de doentes a iniciar TSFR ficou acima dos 240 por milhão de habitantes, um valor elevado".

Contudo, "a incidência de doentes a iniciar diálise diminuiu ligeiramente (1,5%) em relação a 2024", o que está em linha com a "pequena redução" registada nos últimos anos. Por outro lado, "Portugal continua a ser dos países europeus com maior prevalência de doentes em TSFR por milhão de habitantes, embora a prevalência de doentes em diálise também tenha diminuído ligeiramente (0,2%) face a 2024", informa Ana Galvão.

A também nefrologista na Unidade Local de Saúde (ULS) de Coimbra revela que, em 2025, "verificou-se uma diminuição de 1% na incidência e 0,2% na prevalência da hemodiálise, relativamente a 2024". A média de idades dos doentes sob este tratamento foi de 68,6 anos, um número "preocupante e acima da média europeia". "Apesar disso, mantemos uma taxa de mortalidade baixa, de apenas 12,1%, sendo a doença cardiovascular a principal causa de morte", relata a coordenadora do registo. Já na diálise peritoneal, houve "um aumento de 4,1% na incidência e uma diminuição de 0,4% na prevalência, com uma taxa de mortalidade de 5,4%".

Na transplantação renal, Ana Galvão enaltece o aumento do número de transplantes de dador vivo (13,2% do total), embora tenha havido "uma ligeira diminuição, de 2,2%, no número de transplantes renais realizados, comparativamente a 2024: 525 *versus* 537". Por fim, importa sublinhar que "13,6% dos doentes incidentes em TSFR iniciaram tratamento médico conservador sem passar pela diálise, com a mortalidade a atingir os 45%". "Contudo, apenas 33% destes doentes necessitaram de internamento, o que é positivo", conclui Ana Galvão.

ADAPTAÇÃO DOS SISTEMAS DE SAÚDE

Na segunda preleção da mesa-redonda, o Dr. Xavier Barreto discorrerá sobre a adaptação dos sistemas de saúde perante o aumento da DRC, reconhecendo que "há melhorias a implementar em todo o percurso do doente". "Uma das causas do aumento da DRC é o envelhecimento da população. Temos o desafio de perceber como conseguiremos responder a uma população mais idosa, com várias comorbilidades", introduz o presidente da Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares (APAH), alertando para o "elevado impacto em termos de custos, hospitalizações e morbilidade" associado ao aumento da prevalência da DRC.

Reconhecendo "a enorme escassez de profissionais de saúde, recursos e financiamento", Xavier Barreto considera que, "apesar das dificuldades, é possível fazer melhor", desde logo ao nível do "modelo de articulação entre cuidados hospitalares e cuidados de saúde primários". "Devemos identificar os doentes renais mais precocemente, muitas vezes de forma proativa, para prevenir a evolução da doença", defende o também diretor do Centro de Ambulatório da ULS de São João, no Porto.

Nesse sentido, Xavier Barreto propõe a criação de "um conjunto de indicadores de desempenho" nos cuidados de saúde primários que reflitam uma "visão estratégica", à semelhança do que já acontece com outras patologias. "Existem metas para a diabetes, a hipertensão arterial, a doença pulmonar obstrutiva crónica, a asma ou a insuficiência cardíaca, mas não para a doença renal", lamenta o presidente da APAH. A criação desses indicadores traria benefícios "na identificação do doente, no rastreamento e na gestão da doença, de forma a garantir que o doente só é referenciado no momento em que precisa mesmo de uma consulta de especialidade".

Por outro lado, Xavier Barreto defende a aposta numa "organização multidisciplinar", nomeadamente através de "unidades integradas com médicos, enfermeiros, nutricionistas, psicólogos e farmacêuticos, que possam dar uma resposta mais global, quer na fase crónica quer nos períodos de agudização". "Temos também de alargar a diálise domiciliária e a diálise peritoneal, o que implica olhar para o apoio social aos doentes e cuidadores informais", sustenta o presidente da APAH, salientando ainda a importância da "equidade territorial", de forma a "garantir a qualidade dos cuidados", independentemente da localização geográfica dos doentes.

Comentários em vídeo do Dr. Xavier Barreto

DRC EM PORTUGAL*

21 856 doentes em tratamento substitutivo da função renal, dos quais:
- **13 148 em hemodiálise**
- **908 em diálise peritoneal**
- **409 em tratamento médico conservador**
- **7391 transplantados com rim funcionante e seguidos em consulta**

*Dados do Gabinete de Registo da Doença Renal Crónica da SPN referentes ao ano de 2025.

PREPARAR A NEFROLOGIA PARA CENÁRIOS DE CATÁSTROFE

12h20 - 13h00 | Grande auditório



Prof.ª Patrícia Branco e Dr. Henrique Silva Sousa.

As cada vez mais frequentes situações de emergência vieram salientar os desafios que se colocam à Nefrologia na capacidade de resposta aos seus doentes, sobressaindo a necessidade de constituir um plano nacional de contingência, capaz de garantir a continuidade dos cuidados nefrológicos. Enquanto é definida uma estratégia coordenada, a diálise peritoneal demonstra ser uma modalidade particularmente vantajosa quando os recursos estão comprometidos.

Para o Dr. Henrique Silva Sousa, a experiência de situações como a pandemia de covid-19, o "apagão" ou a recente tempestade Kristin demonstrou que, "apesar de algumas limitações, Portugal tem garantido a continuidade dos cuidados nefrológicos em cenários de catástrofe". Contudo, reconhece que "essa capacidade tem assentado sobretudo na adaptação e na cooperação *ad hoc*, dada a ausência de um plano nacional de contingência".

Em 2025, o Serviço de Nefrologia do Hospital das Forças Armadas (HFAR) organizou a primeira reunião de Nefrologia de Catástrofe, que serviu de rampa de lançamento para o desenvolvimento de um plano nacional de contingência. O documento reúne contributos de diferentes especialistas, sociedades científicas e entidades como a Comissão de Implementação e Monitorização da Estratégia Nacional para a Doença Renal Crónica e a Associação Nacional de Centros de Diálise, pretendendo definir "quem são os diferentes intervenientes, quais são os seus níveis de responsabilidade e como podem e devem coordenar-se".

O diretor do Serviço de Nefrologia do HFAR/Polo de Lisboa considera essencial garantir "um comando central com estruturas regionais preparadas para se articularem com as ULS [unidades locais de saúde], a Proteção Civil, o INEM [Instituto Nacional de Emergência Médica], as unidades de diálise e a tutela". O plano deverá contemplar ainda "treinos regulares, simulacros e mecanismos de auditoria".

A capacitação dos doentes e cuidadores será igualmente "central". "Os doentes devem ter uma participação ativa na sua saúde e, para tal, devemos dotá-los de informação sobre a sua doença, os seus medicamentos, o tipo de dieta, contactos e *kit* de emergência", defende. Após a revisão do documento, o objetivo é apresentá-lo ao Governo, sendo que a sua implementação deverá envolver os ministérios da Saúde, da Administração Interna e da Defesa.

POTENCIAL DA DIÁLISE PERITONEAL

"Num cenário de catástrofe, a diálise peritoneal [DP] pode constituir uma estratégia de resiliência capaz de garantir a continuidade do tratamento", afirma a Prof.ª Patrícia Branco, justificando essa possibilidade com a "menor dependência de infraestruturas complexas face à hemodiálise e a descentralização da técnica". Sismos, inundações, incêndios, falhas de energia ou situações de guerra são alguns dos cenários em que a especialista admite que a DP pode fazer a diferença, perante o condicionamento das unidades de hemodiálise.

A diretora interina do Serviço de Nefrologia da ULS de Lisboa Ocidental/Hospital de Santa Cruz considera, no entanto, que essa preparação tem de começar antes da catástrofe. "Não podemos pensar só na DP quando surgir uma situação de emergência", frisa, defendendo a necessidade de, antecipadamente, "garantir *stocks*, armazenamento e circuitos logísticos de transporte, treinar as equipas e identificar os potenciais candidatos".

Admitindo que "Portugal tem condições para avançar", o próximo passo será "transformar o conhecimento e a experiência existentes num plano de resiliência". Entre as prioridades estão "a articulação entre hospitais, unidades de diálise, fornecedores, autoridades de saúde, Proteção Civil, militares e autarquias, bem como a capacitação dos doentes e cuidadores e a criação de programas estruturados de apoio domiciliário, de circuitos de comunicação e de reservas estratégicas de consumíveis".

O testemunho das mais recentes tempestades ou do "apagão" são, para Patrícia Branco, "sinais amarelos" que devem motivar a ação: "Não devemos esperar por uma catástrofe, mas sim pensar no que já aconteceu para nos prepararmos e construirmos planos de resiliência." **Raquel Oliveira**

Instantes



14h30 - 15h15 | Grande auditório

BOAS PRÁTICAS EM DIÁLISE E CONSENSO DE HEPATITE B



Na primeira parte da mesa-redonda que abre a tarde de hoje, serão apresentadas as novidades da recém-publicada nova versão do *Manual de Boas Práticas de Diálise Crónica*. Na segunda parte, estará em análise o documento de consenso elaborado entre o Colégio de Doenças Infecciosas e o Colégio de Nefrologia da Ordem dos Médicos sobre um tema premente nos doentes renais: a infeção pelo vírus da hepatite B.

Elaborada ao longo de três anos, aprovada pelo Colégio de Nefrologia e ratificada pelo Conselho Nacional da Ordem dos Médicos (OM), a nova versão do *Manual de Boas Práticas de Diálise Crónica* já está disponível e as novidades serão apresentadas pelo **Dr. Artur Mendes**. "O manual existe desde 2001 e é um marco de que a comunidade se deve orgulhar. Mudou a cadência, não o mérito", introduz o nefrologista na Unidade Local de Saúde (ULS) de Lisboa Ocidental/Hospital de Santa Cruz. "Deixou de ser um livro que se reescreve de cinco em cinco anos e passou a ter capítulos que podem ser revistos e alterados de forma independente. O objetivo foi tornar o manual mais flexível e fácil de atualizar", destaca o também presidente do Colégio de Nefrologia da OM entre 2021 e 2023, período em que decorreu grande parte do trabalho de atualização.

Com 7 partes e 27 capítulos, cada um com aprovação própria, a nova versão, que contou com contributos de mais de 35 nefrologistas, "acompanha todo o percurso da doença renal, desde os cuidados de saúde primários até aos cuidados hospitalares e de fim de vida". Além disso, inclui normas para referenciação e rastreio e temas como cuidados paliativos, suspensão da diálise, diálise incremental e decremental e sustentabilidade ambiental e financeira. "Pretende-se desenhar um plano de vida para o doente. Temos de olhar para as diferentes modalidades terapêuticas como complementares", sustenta Artur Mendes.

O nefrologista admite que o manual necessita de "melhoria contínua": "O que me deixa mais satisfeito não é o manual de hoje; é o próximo já não ter de esperar cinco anos."



HEPATITE B – O *CORE* DA QUESTÃO

Este é o tema da palestra seguinte, da **Dr.ª Joana Alves**, que discorrerá acerca de um documento de consenso elaborado entre o Colégio de Doenças Infecciosas, ao qual pertence, e o Colégio de Nefrologia da OM. "Na infeção pelo vírus da hepatite B, é essencial o rastreio serológico e oferecer respostas para uma vigilância ativa e atempada dos doentes, de modo a evitar a transmissão", contextualiza a infeciologista na ULS de Braga.

Uma das situações mais desafiantes é a infeção pelo vírus da hepatite B nos doentes em hemodiálise, principalmente quando o doente apresenta o anticorpo HBc isolado. "É preciso avaliar a carga vírica para perceber se estamos perante uma infeção oculta ou não, ou até perante uma infeção curada previamente e que já perdeu o anticorpo de superfície", exemplifica a também coordenadora da Unidade Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e Resistências aos Antimicrobianos.

Por outro lado, estes doentes "podem ter um risco aumentado de reativação da infeção pelo vírus da hepatite B no contexto de outras doenças ou tratamentos imunossupressores. "Os clínicos estão familiarizados com o anticorpo HBc positivo. No entanto, persistem dúvidas na vigilância destes doentes", comenta Joana Alves, realçando que o documento de consenso entre os Colégios de Doenças Infecciosas e Nefrologia pretende compilar a evidência científica existente, contando com contributos de peritos na matéria. **Pedro Bastos Reis**



MAIS INSTANTES DO 1.º DIA DO ENCONTRO RENAL2026

NOVAS PERSPETIVAS NO TRATAMENTO MÉDICO CONSERVADOR

15h15 - 15h55 | Grande auditório


Dr.ª Cátia Figueiredo


Dr.ª Ana Branco

Na primeira preleção da sessão, a Dr.ª Cátia Figueiredo vai identificar as barreiras na implementação da consulta de tratamento médico conservador (TMC), que podem ir desde "falhas de comunicação até obstáculos institucionais e falta de formação na área". Contudo, a nefrologista na Unidade Local de Saúde (ULS) do Médio Tejo, no Hospital Rainha Santa Isabel, em Torres Novas, defende que o primeiro passo é reconhecer, mesmo entre nefrologistas, a importância de existirem consultas dedicadas a esta modalidade terapêutica.

"O TMC é uma opção válida para muitos doentes com doença renal crónica avançada, a par da diálise, mas, ainda assim, continua a ser pouco discutido e, muitas vezes, chega a ser entendido como um não tratamento", lamenta a especialista. No entanto, trata-se de uma "abordagem terapêutica ativa e centrada no doente, que exige conhecimentos, competências de comunicação e um acompanhamento estruturado".

Salientando que a essência do TMC é a abordagem multidisciplinar, Cátia Figueiredo admite que, no início, os Serviços de Nefrologia tenham dificuldade em criar uma consulta que, "idealmente, deve incluir cuidados paliativos, psicologia, serviço social e nutrição". "As barreiras institucionais podem levar a que, numa fase inicial, não seja possível ter uma consulta completamente estruturada, mas temos de começar por algum lado, com o objetivo de alcançar a multidisciplinaridade", afirma a preletora, dando como exemplo o crescimento desta modalidade terapêutica na ULS onde exerce. "Fazemos TMC desde agosto de 2022. Começámos apenas com apoio médico e de enfermagem, mas, felizmente, fomos crescendo e, atualmente, temos apoio de assistente social e de dietista. O mais importante é haver vontade e motivação", reforça.

Na segunda preleção, a Dr.ª Ana Branco vai debruçar-se sobre os desafios de "virar o jogo na reta final", ou seja, "não ter medo de mudar de opinião e decisão" quando se verifica que o TMC pode ser a melhor terapêutica para o doente. "É preciso estar atento às *red flags*, nomeadamente aumento dos internamentos e das quedas, problemas nos acessos vasculares que não se resolvem ou discursos mais depressivos, em que o doente manifesta desejo de não ir à diálise. Estes podem ser momentos-chave para falar sobre a suspensão da diálise ou reponderar o seu início", indica a nefrologista na ULS da Arrábida, que, na sua palestra, apresentará alguns casos clínicos ilustrativos.

Entre as mais-valias do TMC, Ana Branco destaca "a melhoria da sobrevida e, acima de tudo, da qualidade de vida nos doentes sem indicação ou condições para diálise", sempre numa perspetiva de medicina personalizada. "Esta abordagem permite que o doente fique mais tempo em casa, junto da família, evitando a 'violência' que as deslocações representam. São aspetos que fazem a diferença", nota a nefrologista, considerando que "o envolvimento da família é crucial". "Trata-se de um processo de decisões partilhadas, que exige tempo na consulta para abordar questões como o perfil do doente e o seu contexto. Estabelecer uma relação médico-doente mais próxima e de confiança é também fundamental."

Segundo Ana Branco, os doentes que estão numa "zona cinzenta" são os mais desafiantes, pois a decisão de iniciar ou suspender diálise é difícil. "Temos cada vez mais ferramentas, mas a decisão continua a ser muito individualizada", refere. Por isso, e para que o TMC cresça, "a formação nesta área é fundamental", devendo os nefrologistas assumir um papel mais ativo, inclusive com "estágios em cuidados paliativos e maior experiência na gestão dos fármacos para a dor".

Pedro Bastos Reis

GESTÃO DA HIPERCALIEMIA NO DOENTE TRANSPLANTADO

16h00 - 16h30 | Grande auditório

Como indica a Dr.ª Cristina Jorge, moderadora da conferência patrocinada CSL, o risco de hipercaliemia nos doentes com transplante renal "é real e clinicamente relevante, sobretudo no período precoce pós-transplante", embora também possa ocorrer em "estádios mais tardios, quando a função do enxerto se encontra mais comprometida". "Os transplantados estão frequentemente expostos a fármacos que favorecem a hipercaliemia, nomeadamente imunossupressores, alguns antibióticos ou inibidores do sistema renina-angiotensina-aldosterona [iSRAA]", descreve a presidente da Sociedade Portuguesa de Transplantação.


Dr.ª Cristina Jorge

No entanto, a também diretora do Serviço de Nefrologia da Unidade Local de Saúde (ULS) de São José/Hospital Curry Cabral realça que, graças ao patirómero, "é possível não só controlar os níveis de potássio nestes doentes, como também protegê-los do risco cardiovascular". Na conferência, esta questão será aprofundada pelo Dr. Luís Rodrigues, para quem "a otimização do tratamento com iSRAA na população transplantada não deve ser menos intensiva do que nos doentes não transplantados".


Dr. Luís Rodrigues

"Temos evidência, inclusive de vida real, sobre a eficácia e a segurança dos novos captadores de potássio, nomeadamente do patirómero, que também permite manter os iSRAA nos doentes transplantados", sublinha o nefrologista na ULS de Coimbra, que, na sua palestra, apresentará os resultados de alguns dos estudos que incluem doentes transplantados tratados com patirómero.

Os doentes transplantados têm "fatores de risco cardiovascular significativos, que não devem ser negligenciados". "Por isso, sempre que possível, deve manter-se a terapêutica com iSRAA. O patirómero permite fazê-lo com o potássio controlado, preservando o potencial benefício cardiovascular e renal destes fármacos", afirma o especialista.

Além da eficácia, Luís Rodrigues destaca o perfil de segurança do patirómero, referindo apenas alguns cuidados, nomeadamente a sua "toma espaçada, em três horas, dos imunossupressores, para garantir que não há qualquer tipo de interação medicamentosa". "Um dos possíveis efeitos adversos é a hipomagnesemia, pelo que é recomendada a monitorização antes de iniciar o patirómero e após a sua administração", indica o nefrologista.

Pedro Bastos Reis

TÓPICOS DE ATUALIDADE EM TRANSPLANTAÇÃO RENAL

16h45 - 17h25 | Grande auditório



Na primeira parte da mesa-redonda dedicada ao transplante renal, o foco recai sobre as estratégias para diminuir a incidência de doentes hiperimunizados, o que passa, por exemplo, pela priorização da compatibilidade HLA. Na segunda parte, as atenções viram-se para a necessidade de garantir a adesão do doente à terapêutica pós-transplante, de forma a evitar a rejeição do enxerto.

A **Prof.ª Rita Leal** começará por abordar as estratégias para reduzir a incidência de doentes hiperimunizados. "Muito frequentemente, são jovens a aguardar um segundo transplante. A sobrevivência e a qualidade de vida são superiores com o transplante, comparativamente à diálise, pelo que devemos evitar consequências para a sua saúde", salienta a nefrologista na Unidade Local de Saúde de Coimbra, alertando também para o "impacto socioeconómico".



Uma das principais estratégias passa pela alteração do atual sistema de alocação, que "data de 2007 e não acompanhou as evoluções laboratoriais e imunogenéticas, causando desequilíbrios na lista de espera" para transplante renal. "Felizmente, está prevista uma alteração para breve em termos de legislação, na qual será dado maior peso ao número de compatibilidades HLA e haverá um ajuste logarítmico à idade", avança Rita Leal: E acrescenta: "A valorização da compatibilidade HLA em recetores mais jovens é fundamental para promover a longevidade de um primeiro transplante, mas também na perspetiva da eventual necessidade de um retransplante."

Considerando que "a prevenção da alossensibilização é a melhor estratégia para melhorar os *outcomes* dos doentes que precisam de transplante ou retransplante", a nefrologista também frisa a "necessidade de delinear protocolos de suspensão dos imunossupressores após falência do enxerto, prevenindo a síndrome de intolerância do enxerto e a potencial sensibilização HLA". A preletora destaca ainda a importância de "recorrer, de forma mais sistematizada, às novas técnicas laboratoriais, como a tipagem molecular", e de "garantir a adesão dos doentes à terapêutica imunossupressora".

COMBATER A FALTA DE ADESÃO TERAPÊUTICA

As estratégias para melhorar a adesão terapêutica no âmbito do transplante renal serão aprofundadas, na segunda parte da mesa-redonda, pelo **Prof. Edoardo Melilli**. "Este aspeto permite melhorar significativamente os resultados dos nossos doentes. Para prevenirmos eventos como a rejeição crónica mediada por anticorpos, a adesão ao tratamento é um fator-chave, no qual creio que não estamos a investir o suficiente", defende o coordenador da Secção de Transplante Renal do Serviço de Nefrologia do Hospital Universitário de Bellvitge, em Barcelona. Remetendo para alguns estudos, o preletor nota que "a não adesão às terapêuticas, inclusive no primeiro ano após o transplante, pode ultrapassar os 20%".

Para enfrentar este desafio, o primeiro passo é estabelecer a distinção entre não adesão involuntária e não adesão voluntária, pois estão em causa perfis diferentes de doentes. "A não adesão involuntária pode dever-se, por exemplo, ao esquecimento, que é mais comum em doentes mais velhos. A não adesão voluntária pode estar relacionada com a falta de conhecimento ou o receio de efeitos adversos", explica Edoardo Melilli. Para verificar o que está na origem da não adesão, o nefrologista defende o recurso a métodos como "questionários validados para aferir se o doente, na farmácia, reconhece a medicação e vigiar os níveis séricos no sangue".

Identificada a origem da não adesão ao tratamento, Edoardo Melilli aponta algumas estratégias, desde logo o recurso a "organizadores de medicamentos, que são particularmente úteis para os doentes mais idosos e sob regimes terapêuticos complexos". Nos doentes mais céticos relativamente à medicação, "é fundamental investir na literacia em saúde e numa relação de maior proximidade com o doente, o que exige tempo, mas poderá levar a que este se sinta mais empoderado", remata o preletor. **Pedro Bastos Reis**

20h00 | Jantar do Encontro Renal 2026, no Solar do Paço

ENTREGA DE PRÉMIOS



MELHORES COMUNICAÇÕES ORAIS

. Hemodiálise: "*Central venous catheter dependence in hemodialysis: mortality, hospitalisation and vascular-access Dynamics – an 8-year longitudinal multicenter cohort*". **Dr.ª Rita Veríssimo, *et al*.**
Ex aequo: "Mortalidade em diálise em Portugal". **Dr. Miguel Bigotte Vieira, *et al*.**

. Diálise peritoneal: "*Clinical and cellular signatures associated with drug X exposure in patients undergoing peritoneal dialysis*". **Dr.ª Luísa Teixeira Santos, *et al*.**

. Transplantação renal: "Custo-utilidade da transplantação renal em Portugal: uma análise económica baseada em dados nacionais e impacto potencial da expansão da transplantação renal". **Dr.ª Sara Querido, *et al*.**

. Nefrologia clínica: "*Factors associated with cognitive impairment across the spectrum of chronic kidney disease*". **Dr.ª Ana Farinha, *et al*.**

. Nefrologia básica: "*Association of CD68- and CD163-positive macrophages with Oxford MEST-C lesions in IgA nephropathy*". **Dr.ª Andreia Henriques, *et al*.**

PRÉMIO DAVITA

"*Real-world implementation outcomes of intradialytic exercise*". **Prof. João L. Viana, *et al*.**

PRÉMIO RAÚL MARTINS (APOIO VANTIVE)

"*Insights into peritoneal dialysis outcomes: an approach using competing risks analysis*". **Dr.ª Ana Cunha, *et al*.**

PRÉMIO TERESA AZEVEDO (APOIO ROCHE)

"*Integrated morphological and FTIR analysis of urinary stones: advancing the study of nephrolithiasis in Portugal*". **Dr. Nuno Moreira Fonseca, *et al*.**

PRÉMIO SPN PARA MELHOR TRABALHO PUBLICADO NO ÚLTIMO ANO

"*The Portuguese Albuminuria Study: national insights into prevalence and risk factos*".
Prof.ª Ana Carina Ferreira, *et al*.

PRÉMIO SPN PARA PROJETO DE INVESTIGAÇÃO

"*Deep phenotyping of kidney fibrosis: integrating urinary proteomics and imaging biomarkers in kidney disease*".
Prof. Pedro Reis Pereira, *et al*.

PRÉMIOS DO *PORTUGUESE KIDNEY JOURNAL*

. Best original article: "*Real-world experience with avacopan in ANCA-associated vasculitis in Portugal*".
Dr.ª Sofia Oliveira Correia, *et al*.

. Best review article: "*Exploring the complex ethical challenges associated with living donor kidney transplantation*".
Dr.ª Manuela Almeida e Dr. Domingos Machado

. Best case report: "*C3 glomerulonephritis: from diagnosis to management in a unique patient case*".
Dr. Pedro Castro, *et al*.

BOLSAS DA SPN PARA ESTÁGIOS

Dr.ª Ana Francisca Fonseca, Dr. João Venda, Dr.ª Maria Beatriz Bessa, Dr.ª Beatriz Ferreira, Dr.ª Elsa Lourenço, Dr.ª Inês Alexandre, Dr.ª Joana Lopes, Dr.ª Sandra Pereira e Dr.ª Telma Pais.

10h30 - 11h10 | Grande auditório

DESAFIOS PARA A NEFROLOGIA E TRATAMENTO DA OBESIDADE


Dr. Ivan Luz


DR
Dr. Pedro Bernardes Antunes


DR
Prof. Gil Faria

A mesa-redonda dedicada à relação entre a obesidade e o rim pretende aprofundar o impacto desta patologia na doença renal. Serão debatidas estratégias para mitigar os efeitos da obesidade enquanto causa e fator de progressão da doença renal crónica (DRC) e apresentadas as opções terapêuticas existentes, nomeadamente médicas e cirúrgicas, reforçando a importância da multidisciplinaridade na abordagem da obesidade.

Pedro Bastos Reis

A primeira preleção é da responsabilidade do Dr. Ivan Luz, que começa por definir a obesidade como uma "epidemia global" que tem vindo a ser desvalorizada, inclusive na Nefrologia, para a qual constitui um enorme desafio. "A obesidade é não só um fator de risco, como também uma causa de DRC, seja no seu aparecimento seja na sua progressão. Por isso, importa definir estratégias de intervenção", afirma o nefrologista na Unidade Local de Saúde (ULS) do Médio Tejo, em Torres Novas e Tomar, onde integra a unidade multidisciplinar dedicada à diabetes e à obesidade.

Lamentando que não exista, em Portugal, um estudo de prevalência da obesidade na população com DRC, Ivan Luz vai apresentar alguns dados relativos ao crescimento do reconhecimento desta patologia ao nível mundial, abordando depois a fisiopatologia e, por fim, as estratégias de intervenção. "A obesidade gera albuminúria, o que acelera significativamente a progressão da doença renal. Por isso, temos de atuar com medidas antiproteinúricas, entre as quais é crucial reduzir o peso do doente", frisa o nefrologista, considerando que tais medidas "têm forte impacto no atraso da progressão da DRC e no início de diálise".

Segundo o preletor, "os nefrologistas devem ter um papel ativo na intervenção sobre a obesidade no doente com DRC", conforme é atualmente preconizado em *guidelines* internacionais, nomeadamente da Kidney Disease | Improving Global Outcomes (KDIGO) e da American Diabetes Association (ADA). "Uma especialidade como a Nefrologia deve estar envolvida na prescrição comparticipada para a obesidade", defende Ivan Luz, dando como exemplo o recurso ao semaglutido.

ABORDAGEM ENDOSCÓPICA

De seguida, o Dr. Pedro Bernardes Antunes e o Prof. Gil Faria vão discutir o tratamento da obesidade por técnicas endoscópicas ou por cirurgia. "Hoje em dia, dada a diversidade de técnicas possíveis, conseguimos uma abordagem mais personalizada para cada doente", contextualiza Pedro Bernardes Antunes, gastrenterologista na ULS de Matosinhos/Hospital Pedro Hispano. Tendo em conta as especificidades do doente renal, nomeadamente as comorbilidades associadas, sobretudo cardiovasculares, e a possível contraindicação ou complexidade cirúrgica, as técnicas endoscópicas assumem particular relevância e alargam os horizontes de indicação para intervenção metabólica.

Neste âmbito, e notando que "a colocação de balão intragástrico está cada vez mais em desuso, dado os resultados subótimos a longo prazo", Pedro Bernardes Antunes incidirá sobre duas técnicas em específico: a gastroplastia endoscópica (*endosleeve*) e a redução do tracto de saída gástrico após *bypass* (TORe). "A gastroplastia endoscópica permite a redução até 80% do volume do estômago e o atraso do esvaziamento gástrico através da aplicação de suturas endoscópicas. Já a TORe permite modular a anatomia do coto gástrico e da anastomose gastrojejunal em doentes submetidos a *bypass*, sendo uma solução possível para doentes com recorrência de ganho de peso", resume o gastrenterologista.

Outra potencial vantagem das técnicas endoscópicas para os doentes renais é a sua utilização em contexto pré-transplante, uma vez que "são técnicas minimamente invasivas e mais bem toleradas em doentes complexos de alto risco anestésico". Assim, "podem contribuir para a redução de peso, facilitar a integração do doente em lista de espera para transplante e melhorar o *outcome* clínico a longo prazo", realça Pedro Bernardes Antunes.

ABORDAGEM CIRÚRGICA

Incidindo sobre o tratamento cirúrgico da obesidade, o Prof. Gil Faria considera fundamental mudar a perceção sobre esta patologia. "Continua-se a achar que a obesidade não é bem uma doença e que basta uma simples alteração do comportamento. Este preconceito impede que muitos doentes procurem o tratamento eficaz", lamenta o cirurgião na ULS de Matosinhos/Hospital Pedro Hispano.

O preletor sublinha que, "além de eficaz, o tratamento cirúrgico é seguro e as recuperações são cada vez mais rápidas". "Por exemplo, o *bypass* que fazemos hoje em dia é mais distal, verificando-se um grande crescimento, nos últimos anos, das cirurgias de bipartição intestinal, que não criam um grande componente restritivo, permitindo atingir o mesmo efeito metabólico", refere Gil Faria, acrescentando que "a cirurgia bariátrica passou a ser metabólica". "O excesso de peso é consequência de uma doença do metabolismo, daí que tenhamos de resolver esta questão para que o organismo tolere a perda de peso", reforça.

Neste âmbito, "tratar a obesidade de forma mais assertiva e precoce pode levar a melhoria dos resultados do tratamento da doença renal". "Hoje em dia, existem soluções para os doentes com obesidade, que devem ser referenciados e tratados o mais cedo possível", conclui o cirurgião, defendendo a importância da abordagem multidisciplinar para a correta seleção dos doentes.

11h45 - 12h25 | Grande auditório

POTENCIAL DA MEDICINA REGENERATIVA NA REPARAÇÃO RENAL

"Ao contrário da medicina convencional, que procura atrasar a progressão da doença e, numa fase avançada, proceder à substituição da função renal, a medicina regenerativa pretende fazer uma reparação do tecido, a fim de preservar, reparar e restituir a funcionalidade renal." A afirmação é da **Dr.ª Rita Quinteira**, cuja palestra marcada para o final da manhã de sábado incide sobre a aplicabilidade nefrológica da medicina regenerativa e da nanotecnologia. Segundo a preletora, este tipo de intervenção deverá ocorrer "sobretudo num estádio precoce da doença, dada a dificuldade de reverter um estado de fibrose já estabelecido e, a partir daí, construir um tecido funcional".

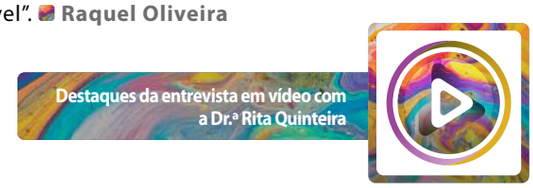


A investigadora do 3B's Research Group, integrado no I3Bs – Instituto de Biomateriais, Biodegradáveis e Biomiméticos da Universidade do Minho, explica que esta área apoia-se em três vertentes: "células estaminais ou progenitoras com capacidade reparadora; biomateriais produzidos em laboratório muito próximos da matriz extracelular do rim; e nanoterapias, que permitem uma aplicação *in situ* mais personalizada e localizada de terapias convencionais ou não convencionais".

Apesar do potencial da investigação em curso, a preletora nota que "a maioria das terapias estão em fase experimental ou pré-clínica". Outra área de interesse reside na "criação de modelos *in vitro* capazes de mimetizar a doença renal humana, recorrendo a células do doente e a biomateriais semelhantes à matriz extracelular do rim".

Esta matriz configura precisamente uma das principais áreas de estudo do 3B's Research Group. Partindo de amostras renais, a equipa trabalha sobre "o tecido descelularizado, para produzir biomateriais como hidrogéis, que podem ser usados como veículos de nanoterapêuticas ou como elementos reparadores do tecido renal". Além da vertente terapêutica, acresce a "produção de estruturas tridimensionais para criar modelos renais".

Entre os principais desafios atuais está, segundo Rita Quinteira, a própria complexidade do rim, que "tem diferentes compartimentos, cada um com uma função diferente, e integra mais de 20 tipos celulares, tornando difícil a sua reprodução em laboratório". Soma-se a "exigência ética das terapias celulares, que têm de ser seguras e reprodutíveis de doente para doente". Por isso, defende a investigadora, "o futuro mais próximo deverá passar pela complementaridade entre a medicina regenerativa e a medicina convencional e não na ainda longínqua produção laboratorial de um rim transplantável". **Raquel Oliveira**



14h30 - 14h55 | Grande auditório

OS INIBIDORES DO SLGT2 ATRAVESSAM A FRONTEIRA PEDIÁTRICA?

É a esta questão que a **Dr.ª Sara Mosca** procurará responder na sua palestra inserida na mesa-redonda de nefrologia pediátrica. "Os inibidores do SLGT2 [cotransportador tipo 2 de sódio-glicose] já estão estabelecidos na nefrologia de adultos, no entanto, na Pediatria, ainda estamos a dar os primeiros passos na sua utilização. A evidência científica mais recente sugere que possam vir a ser uma arma terapêutica no futuro", contextualiza a pediatra na Unidade Local de Saúde de Santo António/Centro Materno-Infantil do Norte (CMIN), no Porto.



Começando por apontar os benefícios dos inibidores do SLGT2 nos doentes renais adultos, nomeadamente o efeito protetor renal ao diminuir a proteinúria, Sara Mosca afirma que já existem alguns estudos na população pediátrica que reforçam o efeito benéfico destes fármacos, além da sua utilização já aprovada na diabetes *mellitus* tipo 2. "Os doentes renais pediátricos, apesar da otimização terapêutica com outros fármacos estabelecidos de renoproteção, nomeadamente os inibidores do sistema renina-angiotensina-aldosterona, continuam com proteinúria e consequente evolução da doença renal crónica [DRC]. Portanto, os inibidores do SLGT2 poderão ser um potencial adjuvante terapêutico", comenta a preletora, destacando "a diminuição do rácio urinário albumina-creatinina e os efeitos na melhoria dos marcadores cardiometabólicos, que permitem atrasar a progressão da DRC".

Contudo, até ao momento, os benefícios destes fármacos reportados em idade pediátrica resultam de utilização *off-label* e de ensaios clínicos em populações específicas. Evidência mais robusta é esperada para breve. Sara Mosca avança que está em curso o ensaio clínico EMPA KIDNEY KIDS, no qual o CMIN participa com alguns doentes. "É um estudo que engloba doentes com idade igual ou superior a 2 anos, DRC a partir do estádio 2 e albuminúria significativa (>300mg/g creatinina). Queremos minimizar a progressão da doença em doentes com proteinúria, antes da progressão expectável, se não interviéssemos", revela a pediatra.

Caso se venham a confirmar os benefícios renoprotetores dos inibidores do SGLT2 em idade pediátrica, Sara Mosca não tem dúvidas de que será uma mudança de paradigma. "Se conseguirmos recriar, ou pelo menos aproximar, o papel destes fármacos na nefrologia de adultos, será uma enorme mais-valia para a Pediatria. É uma área muito promissora", reitera.

Na sua palestra, a pediatra comentará ainda a evidência dos inibidores do SGLT2 noutras patologias renais, nomeadamente na síndrome de Alport e em glomerulopatias." **Pedro Bastos Reis**

PUBLICIDADE



PUBLICIDADE



PUBLICIDADE



12h20 - 13h00 | Grande auditório

COMO EXPANDIR A DIÁLISE DOMICILIÁRIA


Dr. Hugo Diniz


Dr. Ricardo Vizinho

A diálise domiciliária pode assumir diferentes formas e responder a realidades muito distintas. A partir das suas experiências profissionais, o Dr. Hugo Diniz e o Dr. Ricardo Vizinho partilharão as estratégias que orientaram a consolidação da hemodiálise (HD) domiciliária e da diálise peritoneal (DP) em contextos urbanos e insulares.

Na primeira parte da mesa-redonda, Hugo Diniz analisará o papel da HD domiciliária em Portugal, cuja utilização é "bastante inferior à de vários países europeus". Na sua perspetiva, a expansão desta modalidade só será possível "se os profissionais estiverem informados sobre a sua existência e os seus benefícios clínicos e sociais", que incluem "a melhoria do controlo da pressão arterial, a redução da medicação e das hospitalizações, um maior grau de recuperação, um estilo de vida mais ativo e uma melhoria significativa da qualidade de vida".

Na Unidade Local de Saúde de São João, no Porto, o programa de HD domiciliária, iniciado em 2024 e coordenado por Hugo Diniz, utiliza monitores que permitem sessões curtas e frequentes, de duas a três horas, cinco a seis vezes por semana. "Além de permitir ao doente escolher os momentos mais convenientes, a diálise dilui-se ao longo da semana e gera menos variações, tornando-se mais fisiológica e proporcionando a ausência de fadiga pós-diálise", explica o responsável clínico.

A seleção dos candidatos deve considerar, sobretudo, "a motivação, a capacidade funcional e cognitiva e a disponibilidade para assumir maior responsabilidade pelo tratamento". A principal barreira continua a ser a autopunção da fístula arteriovenosa, embora seja possível recorrer a um cuidador, num modelo de HD domiciliária assistida. Por outro lado, é necessário "um investimento inicial maior", que Hugo Diniz considera compensado pelos "ganhos a longo prazo, demonstrados pelos estudos internacionais".

Para o nefrologista, a expansão da técnica exige uma estratégia assente em "educação, apoio governamental – que inclua financiamento e organização de circuitos pela tutela – e interesse/pressão dos doentes".

"DA NECESSIDADE AO ENGENHO"

Num arquipélago como os Açores, a distância geográfica coloca desafios à organização da diálise e exige adaptações à realidade local. É nesse âmbito que a DP ganha protagonismo, sendo realizada, segundo Ricardo Vizinho, por "mais de 15% dos insuficientes renais crónicos, acima dos 6% apontados para Portugal Continental". "A DP tem o grande benefício de permitir que os doentes permaneçam não apenas no seu domicílio, mas também na sua ilha, uma vez que a HD poderia implicar uma mudança, alterando os contextos familiar e socioeconómico", justifica.

A resposta é, segundo o nefrologista no Hospital de Santo Espírito da Ilha Terceira, adaptada ao contexto de cada doente. "Os doentes institucionalizados em estruturas residenciais para pessoas idosas contam com o auxílio dos funcionários para a realização da técnica, enquanto outros mais dependentes encontram apoio no centro de saúde para preparar o material e fazer a troca dialítica", exemplifica.

No Hospital da Horta, no Faial, onde não existe nefrologista residente, uma escala de nefrologistas assegura a continuidade dos programas de HD e de DP. O próprio modelo foi adaptado à dispersão geográfica, dispondo o Serviço de Hemodiálise do Hospital da Horta de uma extensão no Centro de Saúde da Madalena, na ilha do Pico, para evitar deslocações entre ilhas.

Os próximos passos serão "consolidar uma rede de apoio domiciliário, com enfermeiros ou cuidadores capazes de viabilizar a DP no domicílio e explorar o potencial da HD domiciliária". Ultrapassado "o processo orgânico de resposta aos desafios", Ricardo Vizinho defende uma abordagem estruturada, através de "programas organizados que mantenham cada vez mais os doentes nas sua ilhas". **Raquel Oliveira**

Instantes













MAIS INSTANTES DO 1.º DIA DO ENCONTRO RENAL2026

ENFERMAGEM EM SAÚDE RENAL – DA EVIDÊNCIA À TRANSFORMAÇÃO DA PRÁTICA



Alguns dos participantes no 40.º Congresso da APEDT: Enf. Pedro Rodrigues, Enf.ª Sandra Teixeira, Enf.ª Vânia Silva, Enf. Miguel Sousa, Enf.ª Cristiana Sarmento, Enf.ª Cristina Pinto, Prof. Clemente Sousa (presidente da APEDT), Enf. Hugo Sousa (presidente do 40.º Congresso da APEDT), Enf. Fernando Vilares, Enf. Jorge Melo (presidente da Comissão Científica), Enf.ª Sílvia Teixeira, Enf.ª Carla Martins e Enf.ª Ana Rita Mendes.

É este o título do XL Congresso da Associação Portuguesa de Enfermeiros de Diálise e Transplantação (APEDT), cuja organização está a cargo da equipa de enfermagem do Serviço de Nefrologia da Unidade Local de Saúde (ULS) de Braga. Com um programa científico muito voltado para a aplicabilidade clínica, o congresso inclui *updates* sobre as várias modalidades terapêuticas e a discussão de temas prementes, como os indicadores de qualidade e os planos de contingência em situações de catástrofe.

Pedro Bastos Reis

De acordo com o Enf. Hugo Sousa, "além de um espaço de atualização científica", o Congresso da APEDT pretende "reunir profissionais no ativo e partilhar experiências" entre equipas. "As práticas de enfermagem em Nefrologia estão em profunda transformação, o que nos exige evolução e complexidade clínica na abordagem dos doentes, a par de respostas mais eficientes e sustentáveis", afirma o presidente do XL Congresso da APEDT.

Neste âmbito, o enfermeiro gestor do Serviço de Nefrologia da ULS de Braga quis trazer para o programa científico a experiência da sua equipa, nomeadamente em áreas como a reabilitação, a diálise peritoneal e a diálise incremental. "Procuramos partilhar as nossas boas práticas, mas também conhecer e aprender novas abordagens e estratégias de intervenção, que possam ser mais-valias na qualidade dos cuidados", frisa Hugo Sousa, acrescentando que a comissão organizadora procurou incluir no programa científico "profissionais de vários pontos do país, com métodos de trabalho distintos", para enriquecer cientificamente o evento.

Por sua vez, o Prof. Clemente Sousa, presidente da APEDT, destaca um programa científico que "procurou abranger toda a área da saúde renal, passando por modalidades terapêuticas como o tratamento conservador, a hemodiálise, o transplante e a diálise peritoneal", sem esquecer "novas perspetivas", como a diálise incremental ou a abordagem de temas na ordem do dia, nomeadamente os planos de contingência para situações de catástrofe. "Realço também a abordagem dos indicadores em hemodiálise, dentro da qual pretendemos discutir o contributo decisivo dos enfermeiros no tratamento dialítico, assim como a vertente mais centrada na formação e na educação contínuas", afirma o também professor na Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Porto.

O programa científico do XL Congresso da APEDT arrancou ontem de manhã com uma sessão de miniorais, uma das novidades. "Trata-se de um novo formato, no qual são apresentados os melhores pósteres submetidos. Por outro lado, mantivemos os espaços para comunicações orais, tal como a exposição de pósteres", explica Clemente Sousa, revelando que foram submetidos 63 trabalhos científicos ao congresso, "um número demonstrativo do dinamismo" da enfermagem em Nefrologia.

DEBATES SOBRE CONTINGÊNCIA E CATETERES VENOSOS CENTRAIS

Na parte da tarde, depois da Conferência APEDT, dedicada aos modelos de cuidados e competências profissionais, decorreu a primeira mesa de debate, na qual foram partilhadas duas perspetivas sobre contingência em Nefrologia. A este respeito, a Enf.ª Manuela Tavares partilhou a experiência que vivenciou após a tempestade Kristin, no final do passado mês de janeiro. "Ficámos três dias sem água da rede e sem eletricidade. Os bombeiros garantiram-nos o abastecimento de água e um gerador assegurou a energia", recorda a enfermeira-chefe da Nefrovida Leiria, referindo ainda a "falta de comunicações móveis e fixas", o que implicou "deslocações para contactar as entidades responsáveis".

Outro desafio, na altura, foi conseguir falar com todos os doentes e garantir que conseguiam chegar à unidade de diálise, o que "foi possível graças à colaboração dos transportadores, da polícia e dos familiares dos doentes". Apesar das dificuldades, "foram realizadas todas as sessões de diálise programadas". Segundo Manuela Tavares, catástrofes semelhantes a esta e ao "apagão" de abril de 2025 "voltarão a acontecer". "Temos de estar preparados, com planos de contingência atualizados, equipas treinadas e *stocks* de material e alimentos. A prevenção faz toda a diferença", sublinha a enfermeira.



A Enf.ª Manuela Tavares refletiu acerca da situação de contingência provocada pela tempestade Kristin.

O programa científico prosseguiu com nova mesa de debate, desta feita sobre a evidência e a prática clínica com cateteres venosos centrais em hemodiálise, tendo sido debatidos tópicos como as estratégias de otimização, a disfunção dos cateteres, a eficácia e a segurança. "Os dados de 2024 revelam que 60,5% dos doentes iniciaram hemodiálise através de cateter venoso central, o que comprova o seu peso significativo. Nesse sentido, é essencial otimizar o desempenho destes cateteres, reconhecer disfunções precocemente e garantir uma utilização com segurança para evitar complicações", comenta a Enf.ª Carla Martins, moderadora da sessão e enfermeira no Serviço de Nefrologia da ULS de Braga. O programa de quinta-feira terminou com uma sessão de comunicações orais.



A elevada afluência de participantes foi constante ao longo do primeiro dia de Congresso da APEDT.

Comentários em vídeo do Enf. Hugo Sousa e do Prof. Clemente Sousa

INDICADORES EM HEMODIÁLISE

Esta sexta-feira começa com nova sessão de comunicações orais, seguida de uma mesa de debate sobre diálise peritoneal, que inclui a modalidade assistida e a monitorização remota, sem esquecer as estratégias direcionadas aos doentes mais frágeis. Na parte da tarde, após mais um momento para exposição de trabalhos, realiza-se a sessão dedicada à hemodiálise baseada em indicadores, na qual Carla Martins reflete sobre a melhoria dos cuidados.

"Medir a qualidade, por si só, não melhora os cuidados. Temos de implementar medidas e avaliá-las constantemente. Medir, interpretar, intervir e voltar a medir. É este o ciclo", defende a enfermeira da ULS de Braga, destacando a importância das PREMs (*patient-reported experience measures*) e das PROMs (*patient-reported outcome measures*), bem como da acreditação, da certificação e da avaliação dos processos ao longo do percurso do doente. "As auditorias devem ser encaradas como ferramentas de melhoria contínua, sendo orientadas para a identificação de desvios e a melhoria dos cuidados", conclui Carla Martins. O segundo dia de trabalhos termina com a Assembleia-geral da APEDT.

TRANSPLANTE E DIÁLISE INCREMENTAL

No sábado, o programa científico começará com uma mesa de debate sobre autogestão no transplante renal, na qual se discutirão a complexidade do regime terapêutico e as intervenções de enfermagem. "No transplante renal, o desafio não está apenas em cumprir um

Continua

PUB.

FRESENIUS KABI



Fresenius Kabi Pharma Portugal, Lda.
Taguspark - Edifício Inovação I, 223/224,
Av. Jacques Delors 3, 2740-122 Porto Salvo

NIF: 504293753
Tel.: +351 21 424 12 80 - Fax: +351 21 424 12 90
info.portugal@fresenius-kabi.com

regime terapêutico complexo, mas também em integrá-lo no quotidiano das pessoas. A autogestão exige conhecimento, competências, organização e capacidade de adaptação", frisa a **Enf.ª Mariana Cardoso**, uma das preletoras da sessão.


DR

Defendendo que "cabe aos enfermeiros identificar as barreiras e construir estratégias", a enfermeira da Unidade de Transplantação Renal da ULS de Coimbra vai debruçar-se sobre os desafios do regime terapêutico, sendo que uma das vertentes a ter em conta é a polimedicação, uma vez que, "após o transplante, a medicação imunossupressora e o cumprimento de horários rigorosos assumem particular relevância".

Contudo, a medicação não deve ser o único foco. "Também devemos dar atenção à dimensão social, porque é importante que o cumprimento do regime terapêutico seja incluído no quotidiano das pessoas", sublinha Mariana Cardoso. Tendo uma relação próxima com os doentes, que deve ser transversal no pré, no intra e pós-transplante, "os enfermeiros devem procurar conhecer a realidade de cada caso, ajudando-o a encontrar estratégias, com a colaboração, sempre que necessário, da família e da rede de apoio social".

De seguida, as atenções centrar-se-ão na sessão dedicada à diálise incremental, na qual a Enf.ª Vânia Silva falará sobre o conceito e a sua aplicação na prática clínica, partindo da experiência do Serviço de Nefrologia da ULS de Braga, onde exerce, que tem "um número considerável de doentes" nesta modalidade. "Na diálise incremental, os doentes não fazem as três sessões semanais de diálise, podendo realizar o tratamento em duas ou até numa só sessão", contextualiza a preletora, referindo que a seleção de doentes "está dependente da função renal residual, que, por sua vez, determinará a dose de diálise e o número de horas de tratamento".

Um dos grandes benefícios desta modalidade terapêutica, assegura Vânia Silva, é a melhoria da qualidade de vida, podendo beneficiar "tanto doentes mais novos, porque têm menos tempo ocupado com a diálise, como doentes mais velhos, que, por estarem mais debilitados, não necessitam de fazer tantas deslocações". Na sua palestra, de resto, a enfermeira apresentará o caso clínico de "uma doente com 92 anos que está em diálise incremental há vários anos, conseguindo manter a sua autonomia".

Acresce que, segundo Vânia Silva, a diálise incremental "requer um tratamento mais personalizado", assim como "um seguimento mais criterioso e estreito", devendo os enfermeiros estar particularmente atentos aos sinais dos doentes, sobretudo a aspetos como "a diurese, a alimentação e os cuidados com anti-inflamatórios". Nesta sessão, serão ainda discutidos tópicos como o contributo da enfermagem na decisão terapêutica, a monitorização e a autogestão na diálise incremental.

Antes da cerimónia de encerramento e entrega de prémios, decorrerá a última mesa de debate, desta feita centrada na formação em enfermagem na área da saúde renal. A evolução do papel dos enfermeiros na saúde renal, os percursos, modelos e desafios no Brasil, bem como as prioridades e os desafios da investigação em enfermagem nefrológica, são os temas a discutir.

Instantes

















MAIS INSTANTES DO 1.º DIA DO XL CONGRESSO DA APEDT



Nefrologia:
Lançamento de fármacos da próxima geração

As pessoas que sofrem de doença renal crónica enfrentam um caminho longo e difícil, associado a inúmeras complicações que afetam gravemente a sua sobrevida e a sua qualidade de vida. Estabelecemos parcerias com a comunidade médica, para melhorar a vida dos doentes com necessidades médicas não satisfeitas, abordando todo o espectro da doença renal crónica.

Para mais informação visite **cslvifor.pt**

Driven by Our Promise

PT-NA-2500062 novembro 2025



Nefrologia:
Lançamento de fármacos da próxima geração

As pessoas que sofrem de doença renal crónica enfrentam um caminho longo e difícil, associado a inúmeras complicações que afetam gravemente a sua sobrevida e a sua qualidade de vida. Estabelecemos parcerias com a comunidade médica, para melhorar a vida dos doentes com necessidades médicas não satisfeitas, abordando todo o espectro da doença renal crónica.

Para mais informação visite **cslvifor.pt**

Driven by Our Promise

PT-NA-2500062 novembro 2025