

CONSENSO ESTRATÉGICO NACIONAL PARA **A DOENÇA RENAL DIABÉTICA**

Documento desenvolvido por:



NOVA **health
& analytics** lab
powered by NOVA IMS

Com o apoio de:



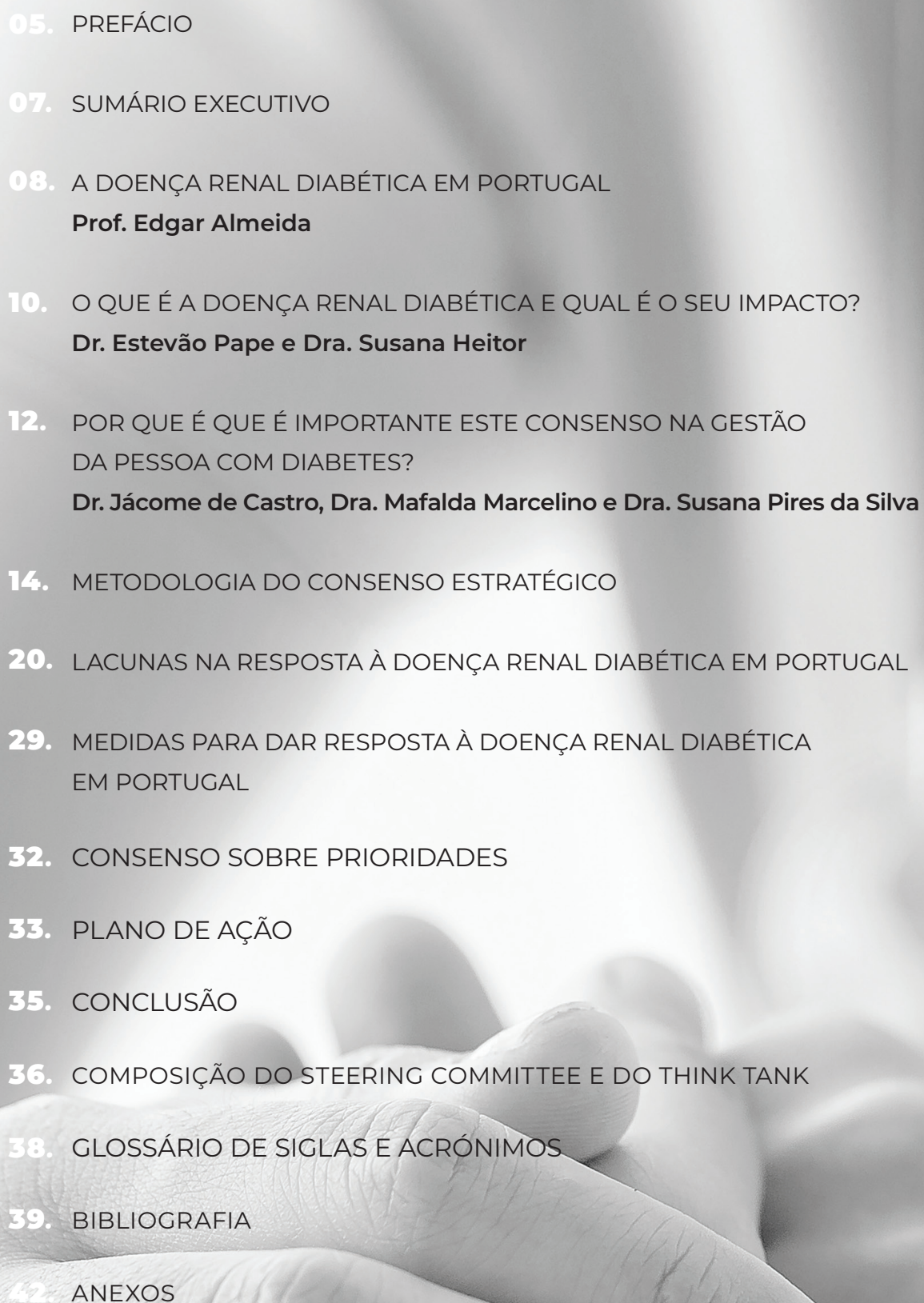
ÍNDICE

Coordenação Geral
Guilherme Victorino

Equipa NOVA IMS
Guilherme Victorino
Filipa Coelho de Sousa

Equipa Bayer
Susana Maia Lopes
Margarida Pissarra
Francisco Gonçalves
Afonso Gomes

Este estudo contou com o apoio da Bayer Portugal.

- 
- 05.** PREFÁCIO
- 07.** SUMÁRIO EXECUTIVO
- 08.** A DOENÇA RENAL DIABÉTICA EM PORTUGAL
Prof. Edgar Almeida
- 10.** O QUE É A DOENÇA RENAL DIABÉTICA E QUAL É O SEU IMPACTO?
Dr. Estevão Pape e Dra. Susana Heitor
- 12.** POR QUE É QUE É IMPORTANTE ESTE CONSENSO NA GESTÃO DA PESSOA COM DIABETES?
Dr. Jácome de Castro, Dra. Mafalda Marcelino e Dra. Susana Pires da Silva
- 14.** METODOLOGIA DO CONSENSO ESTRATÉGICO
- 20.** LACUNAS NA RESPOSTA À DOENÇA RENAL DIABÉTICA EM PORTUGAL
- 29.** MEDIDAS PARA DAR RESPOSTA À DOENÇA RENAL DIABÉTICA EM PORTUGAL
- 32.** CONSENSO SOBRE PRIORIDADES
- 33.** PLANO DE AÇÃO
- 35.** CONCLUSÃO
- 36.** COMPOSIÇÃO DO STEERING COMMITTEE E DO THINK TANK
- 38.** GLOSSÁRIO DE SIGLAS E ACRÓNIMOS
- 39.** BIBLIOGRAFIA
- 42.** ANEXOS



PREFÁCIO

PROF. EDGAR ALMEIDA

A diabetes é uma doença sistémica que pode contribuir para a lesão de vários órgãos de forma irreversível.

Tradicionalmente, o tratamento das várias complicações da diabetes tem sido abordado de **forma parcelar pelos vários intervenientes**, gerando uma experiência única, embora nem sempre partilhada.

Este documento resultou da aplicação de um **modelo inovador** ('design thinking'), implementado em várias fases, envolvendo reputados profissionais no tratamento da pessoa com diabetes.

Foram identificadas as **principais lacunas existentes no modelo atual de intervenção na pessoa com diabetes**, desde a falta de atualização das principais guidelines, à necessidade de integração de cuidados, e às políticas de saúde, tendo sido **propostas medidas nas várias áreas, com identificação das mais prioritárias**.

Por este motivo, considero que este **documento é único**, uma vez que resultou da discussão livre entre os vários participantes, todos eles com larga experiência no acompanhamento do doente diabético, para a **criação de uma declaração sobre o que este painel considera ser prioritário para modificar o panorama do acompanhamento do doente diabético em Portugal** e, como tal, merecer atenção dos decisores políticos a vários níveis.

Como Nefrologista estou preocupado com **o impacto que a doença renal diabética tem** (e poderá continuar a ter se nada fizermos) pelo que quero agradecer a todos os membros deste grupo de reflexão os seus **importantes contributos** para o resultado final.



SUMÁRIO EXECUTIVO

O presente sumário destaca os resultados do projeto colaborativo entre o NOVA Health & Analytics Lab (NOVA IMS) e a Bayer, no âmbito do "Consenso Estratégico Nacional para a Doença Renal Diabética," realizado de abril a novembro de 2023.

Contexto e Significado:

A Doença Renal Diabética afeta aproximadamente 550 mil portugueses, gerando um impacto significativo na saúde pública. Este documento procura oferecer insights valiosos, sensibilizando os profissionais de saúde para a importância e impacto que esta doença tem nas pessoas com Diabetes e melhorando a qualidade de vida dos doentes.

Objetivos do Projeto:

O projeto visou identificar oportunidades inovadoras na gestão da doença, promovendo uma abordagem colaborativa entre os stakeholders. O foco recaiu sobre áreas cruciais, como diretrizes para a patologia, integração de cuidados e políticas de saúde em Portugal, além da sensibilização e formação de profissionais de saúde e da comunidade.

CONTRIBUIÇÕES CHAVE:

1. Diretrizes para a Patologia:

- Avaliação das atuais diretrizes e propostas de melhorias.
- Identificação de lacunas e áreas de desenvolvimento para otimizar a gestão clínica.

2. Integração de Cuidados e Políticas de Saúde:

- Análise crítica da integração de cuidados existente.
- Sugestões para aprimorar políticas de saúde, garantindo uma abordagem holística.

3. Sensibilização e Formação:

- Desenvolvimento de estratégias para aumentar a consciencialização sobre a Doença Renal Diabética.
- Propostas de programas e intervenções visando profissionais de saúde e a comunidade em geral.

CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES:

Este documento fornece uma visão abrangente das percepções dos peritos nacionais e destaca oportunidades tangíveis para a inovação em saúde. As recomendações abrem caminho para uma abordagem mais eficaz e integrada, visando a melhoria da gestão da Doença Renal Diabética em Portugal.

Impacto Futuro:

Antecipamos que as recomendações delineadas neste consenso estratégico terão um impacto positivo, não apenas na qualidade de vida dos doentes, mas também na eficiência dos sistemas de saúde e na promoção de práticas inovadoras no tratamento da Doença Renal Diabética a nível nacional.

A DOENÇA RENAL DIABÉTICA EM PORTUGAL

PROF. EDGAR ALMEIDA

Admite-se que 48% dos diabéticos terão doença renal crónica (DRC)(1) o que significa que, em Portugal, tendo em consideração os resultados do Censo de 2021 e os do Observatório Nacional da Diabetes (10ª edição, março de 2023), existirão cerca de 700 000 diabéticos com DRC.

Outro dado objetivo é a taxa de incidência de diálise. Os dados do Gabinete do Registo da Sociedade Portuguesa de Nefrologia (SPN) revelam que a incidência de diálise em Portugal é das mais elevadas da Europa (2), apenas superada por Chipre e Grécia (3). Estes dados são observados de forma consistente, há mais de uma década, e é um fenómeno que assistimos de forma impotente, sem que tenhamos conseguido modificar este panorama. Com efeito, em 2022, das 2705 pessoas que iniciaram terapêutica substitutiva renal, 800 (29,6%) eram diabéticas, sendo a diabetes a principal etiologia da doença renal nas pessoas que iniciaram diálise.

Estes dados indicam que a diabetes e a doença renal crónica são patologias muito comuns e muito penalizadoras para o bem estar das populações merecendo, por estas razões, um olhar particular dos responsáveis pela saúde, e um investimento na prevenção, deteção precoce e tratamento modificador do prognóstico.

A estes fatos acrescem os vultuosos custos associados ao seu tratamento. Com efeito, um estudo recente (ainda não publicado) realizado pelo centro de Estudos de Medicina Baseada na Evidência e a Evigrade (4), usando um modelo de Markov numa população de doentes diabéticos, permitiu antecipar um custo de 17000 milhões de euros (cerca de 1,5 vezes o orçamento do Ministério da Saúde), no tratamento de pessoas com diabetes e DRC nos próximos 50 anos.

O que fazer para modificar esta realidade? Em primeiro lugar, há que reconhecer a doença renal crónica. Com base nas análises comuns como é o caso da determinação da creatinina sérica (e a estimativa do filtrado glomerular) e a proteinúria (disponível na urina II que deve ser confirmada por determinação da relação albumina/creatina urinária) é possível identificar a doença renal crónica, de acordo com o critérios da KDIGO (5). Com efeito, apesar da sua prevalência e impacto nas pessoas, a DRC é desconhecida ou negligenciada por uma parte significativa de profissionais de saúde. Com efeito, o estudo CAREME (6) revelou que, em Portugal (concretamente na ULS Matosinhos), cerca de 9,8% das pessoas teriam DRC por critérios laboratoriais (medição do filtrado glomerular e/ou relação albumina/creatina urinária); no entanto, o diagnóstico de DRC foi identificado pelos profissionais de saúde em apenas 1,8% das pessoas, colocando em evidência a falta de reconhecimento da DRC por quem pode fazê-lo. Para além disso é importante garantir que todos os médicos conhecem as estratégias de nefroprotecção o que implica formação, em particular dos médicos com mais de 20 anos de graduação. Com efeito, foi na viragem do milénio que houve mudanças significativas no conhecimento da história natural da DRC, da sua estratificação e das suas implicações no prognóstico vital, cardiovascular e na qualidade de vida.

Também é necessário definir um modelo correto de referenciação para os nefrologistas tendo em conta a realidade nacional – haverão 1 milhão de portugueses com DRC e apenas algumas centenas de nefrologistas – um aspeto que a Sociedade Portuguesa de Nefrologia está a trabalhar com a Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar (APMGF).

A recente publicação das guidelines da KDIGO (5) para pessoas com doença renal crónica e diabetes propõe que o standard of care assenta num modelo piramidal em que a base são as intervenções no estilo de vida – dieta, redução do peso, evicção tabágica, exercício físico – seguindo-se as intervenções farmacológicas de primeira linha para controlo da glicemia baseadas na metformina, nos inibidores SGLT2 e no controlo da dislipidémia, finalizando, no topo da pirâmide, com fármacos orientados para o atingimento de objetivos de proteção de órgãos, como é o caso dos inibidores do sistema renina-angiotensina aldosterona (SRAA), dos agonistas GLP1, e dos antagonistas não esteroides dos receptores mineralocorticoides. Outros autores (7) preferem reformular estas propostas sob a forma de ‘pilares’ de intervenção, à semelhança do que é

proposto para a insuficiência cardíaca. O primeiro pilar consiste no bloqueio do SRAA, o segundo no utilização dos inibidores do SGLT2, o terceiro na utilização dos antagonistas não esteroides dos mineralocorticoides (finerenona) e, o último, os agonistas GLP1.

Independentemente do modelo de ação, a Nefrologia dispõe, agora, de uma estratégia de intervenção e armas terapêuticas que poderão modificar o panorama da DRC, contrariando o impacto previsto pela Global Burden of Disease (8,9) que antecipa que, em 2040, a doença renal crónica seja a 5ª doença com maior impacto sobre a vida das populações.

Referências:

1. Chu L, Fuller M, Jervis K, Ciaccia A, Abitbol A. Prevalence of chronic kidney disease in type 2 diabetes: The Canadian registry of chronic kidney disease in diabetes outcomes (CREDO) study. *Clin Ther* 2021; 43:1558-72.
2. Gabinete do Registo da Sociedade Portuguesa de Nefrologia. www.spnefro.pt
3. Astley ME, Boenink R, ElHafeez SA, Trujillo-Alemán S, Arribas F, Asberg A, et al. The ERA Registry Annual Report 2020: a summary. *Clin Kidney J* 2023; 16:1330-1354.
4. Borges M, et al. “Evolução natural da doença renal crónica nas pessoas com diabetes, custos e consequências na realidade Portuguesa” 2023
5. KDIGO 2022 Clinical Practice Guideline for diabetes management in chronic kidney disease. *Kidney Int* 2022; 102 (suppl 5S), S1-S127.
6. Sundström J, Bodegard J, Bollmann A, Vervloet MG, Mark PB, Karasik A, et al. Prevalence, outcomes and costs of chronic kidney disease in a contemporary population of 2.4 million patients from 11 countries: The CaReMe CKD Study. *Lancet Regional Health – Europe* 2022; 20: 10044
7. Agarwal R, Fouque D. The foundation and the four pillars of treatment for cardiorenal protection in people with chronic kidney disease and type 2 diabetes. *Nephrol Dial Transpl* 2023; 38:253-257.
8. Kovesdy CP. Epidemiology of chronic kidney disease: an update 2022. *Kidney Int Suppl* 2022; 12:7-11.
9. Foreman KJ, Marquez N, Dolgert A, Fukutaki K, Fullman N, McGaughey M, et al. Forecasting life expectancy, years of life lost, and all-cause and cause-specific mortality for 250 causes of death: reference and alternative scenarios for 2016–40 for 195 countries and territories. *Lancet* 2018; 392: 2052–90

O QUE É A DOENÇA RENAL DIABÉTICA E QUAL É O SEU IMPACTO?

DR. ESTEVÃO PAPE E DRA. SUSANA HEITOR

A doença renal crónica (DRC) é definida por anomalias da estrutura ou função renal, presentes durante mais de três meses, com implicações para a saúde. Identificam-se como marcadores de lesão renal: albuminúria (RAC > 30 mg/g ou 3 mg/mmol), anomalias do sedimento urinário, eletrólitos e outras anomalias devidas a perturbações tubulares, anormalidades detetadas através de histologia, anormalidades estruturais detetadas por imagem e história de transplante renal. Entende-se diminuição da função renal como taxa filtração glomerular [TFG] abaixo de 60 ml/min/1.73 m². De acordo com a TFG, classifica-se em cinco estádios (G1-G5) e em relação à RAC classifica-se em três estádios (A1-A3)¹.

A DRC pode ter diferentes etiologias e os mecanismos fisiopatológicos subjacentes são metabólicos, hemodinâmicos e inflamatórios. Os mecanismos metabólicos são devidos ao aumento da concentração de glucose intracelular, que leva à alteração do metabolismo celular, disfunção endotelial e stress oxidativo. Os mecanismos hemodinâmicos são devidos a hipertensão glomerular e hiperfiltração glomerular, com regulação vascular comprometida e equilíbrio Sódio / fluídos alterados. Os mecanismos inflamatórios compreendem a produção de moléculas de adesão, quimiocinas e citoquinas inflamatórias².

A desregulação destes processos no rim provoca alterações fisiopatológicas adversas associadas à DRC, incluindo fibrose e inflamação intersticial tubular, glomeruloesclerose, expansão mesangial e hipertrofia glomerular³. A inflamação e fibrose surgem devido à hiperativação dos recetores mineralocorticóides (MR) que estão localizados nas células renais, nas células cardíacas, assim como nos pulmões, olhos, tecido adiposo e vasculatura⁴.

Deste modo a DRC em contexto de diabetes mellitus, clinicamente é caracterizada por lesão renal progressiva refletida pelo aumento da albuminúria, compromisso da função renal (declínio da TFG), pressão arterial elevada e excesso de morbidade e mortalidade devido a complicações cardiovasculares⁵. Relativamente à população total de doentes com DMT2, cerca de 40% tem DRC concomitante. O estudo Global Burden of Disease, Injuries and Risk Factors reportou que cerca de 31% dos doentes com DRC têm diabetes⁶. Em Portugal, a prevalência de diabetes foi estimada no estudo PREVADIAB, realizado em 2009, e no qual foram incluídos 5.167 indivíduos. A prevalência de diabetes foi estimada em 11,7% na população entre os 20 e os 79 anos de idade, sendo superior nos homens (14,2% vs. 9,5% nas mulheres)⁷.

De acordo com os dados do estudo PREVADIAB, foi analisada a prevalência de DRC com base nas características da população do mesmo estudo, que se mostrou marcadamente mais elevada em doentes com diabetes (17%) comparativamente com qualquer outra característica ou co-morbilidade. Foi ainda determinada a prevalência de DRC por estádio, tendo-se registado uma prevalência de 6,1% de DRC estádios 3-5, correspondendo a cerca de 510 mil pessoas com idade igual ou superior a 20 anos, com DRC⁹. Mais informação específica, foi obtida com o estudo RENA, no qual foram incluídos 3.135 indivíduos utilizadores de cuidados de saúde primários (CSP), sem limite de idade e tendo em conta todos os estádios de DRC, estimou que a prevalência global de DRC (definida de acordo com a KDIGO) foi de 20,9% (IC 95%: 6,5–35,3%) e a prevalência de DRC nos indivíduos com diabetes foi de 31,4% (IC 95%: 16,8–46,0%)¹⁰.

De acordo com o Registo da DRC da Sociedade

Portuguesa de Nefrologia (SPN) em 2019, em Portugal (incluindo as Regiões Autónomas dos Açores e Madeira), 13.375 doentes encontravam-se sob terapêutica de substituição renal com hemodiálise ou diálise peritoneal. Desta amostra populacional, 28% apresentavam doença renal diabética¹¹. Com base em dados recolhidos do United States Renal Data System Annual Data Report, Portugal foi o quinto País do Mundo com maior prevalência de DRCT em tratamento, por milhão de habitantes, em 2013, tendo registado um aumento progressivo desde 2008¹².

A mortalidade cardiovascular cumulativa padronizada em 10 anos em pessoas com DRC foi estimada em 19,6% e foi aproximadamente 3 vezes superior à mortalidade em doentes com DMT2 isolada e aproximadamente 6 vezes superior à mortalidade em indivíduos sem DRC ou DMT2¹³.

A DRC em doentes com DMT2 está associada a um impacto substancial na sua Qualidade de Vida (QoL)¹⁴. Segundo os dados da Global Health Data Exchange, referentes ao período entre 1990 e 2013, a taxa de mortalidade padronizada pela idade, a nível global, relativa à DRC por todas as causas aumentou cerca de 36%. No que diz respeito à taxa de mortalidade para a DRC devido à diabetes, registou-se um aumento significativo de 107% neste período, contrastando com o verificado para casos de DRC por outras causas. Relativamente ao impacto da doença na qualidade de vida dos

doentes, em termos de DALYs padronizados pela idade, a DRC decorrente de complicações renais da diabetes também registou o maior aumento, cerca de 50% entre 1990 e 2013, em comparação, por exemplo, com a DRC secundária a hipertensão (que registou um aumento de 4%)¹⁵. Os custos médicos associados à DRC em doentes com DMT2 aumentam substancialmente à medida que a doença progride para estádios mais graves. Entre 2012 e 2017, os doentes com DMT2 e DRC estádios 4-5 (TFG ≤ 30 ml/min/1,73m²) representaram custos médicos consideravelmente mais elevados em comparação com doentes em estádios menos graves de DRC (TFG > 60 ml/min/1,73m²)¹⁶.

O custo económico total da diabetes em Portugal foi estimado entre 2,3 e 2,7 mil milhões de euros, correspondendo a cerca de 1,2-1,4% do PIB nacional¹⁷. As proporções dos custos nacionais da Diabetes associados à DKD não estão contabilizadas, são apenas conhecidos dados nacionais da DRCT. Em 2020 o custo de hemodiálise representou 280,5 milhões de euros, correspondendo a 23.101€ por doente¹⁸.

Seja qual for a perspectiva (aumento na morbilidade e mortalidade, perda de anos de de qualidade de vida, custos económicos elevados) a DRC diabética tem um impacto severo, que exige um intervenção mais precoce seja ao nível do diagnóstico, seja na intervenção terapêutica.

Referências Bibliográficas:

1. KDIGO, KDIGO 2012 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. *Kidney International Supplements*, 2013.
2. Alicic, R.Z., M.T. Rooney, and K.R. Tuttle. Diabetic Kidney Disease: Challenges, Progress, and Possibilities. *Clin J Am Soc Nephrol*, 2017. 12(12): p. 2032-2045.
3. Mora-Fernández, C., et al., Diabetic kidney disease: from physiology to therapeutics. *The Journal of Physiology*, 2014. 592(18): p. 3997-4012.
4. Kolkhof P, Lawatscheck R, Filippatos G, Bakris GL. Nonsteroidal Mineralocorticoid Receptor Antagonism by Finerenone— Translational Aspects and Clinical Perspectives across Multiple Organ Systems. *International Journal of Molecular Sciences*. 2022; 23(16):9243. <https://doi.org/10.3390/ijms23169243>
5. Persson F, Rossing P. Diagnosis of diabetic kidney disease: state of the art and future perspective. *Kidney Int Suppl* (2011). 2018 Jan;8(1):2-7. doi: 10.1016/j.kisu.2017.10.003. Epub 2017 Dec 29. PMID: 30675433; PMCID: PMC6336222.
6. Collaboration, G.C.K.D., Global, regional, and national burden of chronic kidney disease, 1990-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet*, 2020. 395(10225): p. 709-733.
7. Gardete-Correia L, Boavida JM, Raposo JF, Mesquita AC, Fona C, Carvalho R, et al. First diabetes prevalence study in Portugal: PREVADIAB study. *Diabet Med*. 2010; 27(8): 879-81.
8. Relatório anual do observatório nacional da Diabetes – 2016 | Portal da Diabetes [Internet]. [cited 2021 Mar 4]. Available from: <https://apdp.pt/publicacoes/relatorio-anual-do-observatorio-nacional-da-diabetes-2016/>
9. Vinhas, J., et al., Prevalence of Chronic Kidney Disease and Associated Risk Factors, and Risk of End-Stage Renal Disease: Data from the PREVADIAB Study. *Nephron Clin Pract*, 2011; 119: p. 35-40.
10. Vinhas J, Aires I, Batista C, Branco P, Brandão J, Nogueira R, et al. RENA Study: Cross-Sectional Study to Evaluate CKD Prevalence in Portugal. *Nephron*. 2020 Oct 1; 144(10): 479-87.
11. Sociedade Portuguesa de Nefrologia, Relatório do Gabinete de Registo da SPN. 2014 e 2015.
12. United States Renal Data System, 2015 USRDS Annual Data Report | Volume 2 - ESRD in the United States, Chapter 13: International Comparisons; 2015; p. 291-334.
13. Afkarian, M., et al., Kidney Disease and Increased Mortality Risk in Type 2 Diabetes. *Journal of the American Society of Nephrology*, 2013. 24(2): p. 302-308.
14. Zimbudzi, E., et al., Predictors of Health-Related Quality of Life in Patients with Co-Morbid Diabetes and Chronic Kidney Disease. *PLoS One*, 2016. 11(12): p. e0168491.
15. Global Health Data Exchange, Global Burden of Disease Study, 2013.
16. Lage, M.J., et al., The association between the severity of chronic kidney disease and medical costs among patients with type 2 diabetes. *J Med Econ*, 2019. 22(5): p. 447-454.
17. APIFARMA. Perspetiva Holística Sobre o Valor dos Medicamentos em Portugal. 2018.
18. Portugal. Ministério da Saúde. Relatório Anual - Acesso a Cuidados de Saúde nos Estabelecimentos do SNS e Entidades Convencionadas [Internet]. 2020. Available from: http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2021/09/Relatorio-do-Acesso_VF.pdf.

POR QUE É QUE É IMPORTANTE ESTE CONSENSO NA GESTÃO DA PESSOA COM DIABETES?

DR. JÁCOME DE CASTRO, DRA. MAFALDA MARCELINO E DRA. SUSANA PIRES DA SILVA

A Doença Renal Crónica (DRC) é uma patologia progressiva e irreversível que provoca a perda gradual da função renal. Uma vez atingido o estado terminal da doença, a sua gestão passa a requerer terapêutica de substituição renal: diálise ou transplante renal. A prevalência global de DRC varia entre 9-13%, sendo considerada uma das doenças crónicas mais comuns a nível mundial (Hill, N.R, 2016; Jager, K.J., 2019; Neuen, B.L., 2017). Portugal apresenta a mais elevada prevalência de Doença Renal Crónica Terminal (DRCT), sob terapêutica de substituição renal (onde se inclui a diálise) a nível europeu (Kramer, A., 2017). Um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento da DRC é a Diabetes Mellitus tipo 2 (DMT2), contribuindo para cerca de 1/3 dos casos de DRC (Harvard Health, 2020). Por sua vez, a DRC é uma das principais complicações microvasculares da DMT2, podendo atingir até cerca de 40% das pessoas com diabetes (Nelson, R.C., 2019; Wu B, B.K., 2016).

A Doença Renal Diabética (DRD) tem um impacto considerável na qualidade de vida, morbidade e mortalidade dos doentes, quer pela progressão para DRCT, quer pelas consequências decorrentes do aumento do risco cardiovascular (CV) associado. Os doentes com DRD, em contraste com os doentes com DRC mas sem diabetes, têm um início mais precoce da doença e maior gravidade das complicações associadas (Winocour, P.H., 2018). A mortalidade CV cumulativa padronizada em 10 anos em pessoas com DRD foi estimada em 19,6% e foi aproximadamente 3 vezes superior à mortalidade em doentes com DMT2 isolada e aproximadamente 6 vezes superior à mortalidade em indivíduos sem DRC ou DMT2 (Afkarian, M., 2013). Para além das complicações renais e CV, os doentes com DRD são mais vulneráveis

a outras complicações do que doentes sem diabetes em estádios semelhantes de DRC, nomeadamente: anemia, doenças ósseas metabólicas (ex: osteoporose), retinopatia, complicações a nível dos pés (ex: úlceras e infeções, com risco acrescido de amputação), retenção de líquidos e edema pulmonar (Mayo Clinic, 2021).

O aumento progressivo da incidência e prevalência da DRD, a par do crescente impacto na mortalidade e qualidade de vida dos doentes, apesar das opções terapêuticas atuais disponíveis, reforça a necessidade de uma alteração da gestão clínica, através de uma abordagem terapêutica ajustada que permita gerir o impacto crescente desta patologia. Em Portugal, o padrão atual de tratamento tem por base guidelines internacionais, como é o caso, por exemplo, das guidelines publicadas pelas Sociedades Portuguesas e Brasileiras de Endocrinologia e Diabetes, pela American Diabetes Association (ADA)/European Association for the Study of Diabetes (EASD) e pela Kidney Disease Improving Global Outcomes (KDIGO).

A última Norma da Direção Geral de Saúde (DGS), em Portugal, já data de 2011 e o Processo Assistencial da DM2 de 2013 onde no anexo 5 consta a nefropatia diabética – o diagnóstico, prevenção e avaliação. Passados mais de 10 anos, não houve qualquer revisão destas orientações, reforçando a necessidade de atualização das mesmas. A DRC em doentes com DMT2 é atualmente gerida através de modificações no estilo de vida (ex: cessação tabágica, dieta, exercício físico e redução de peso no caso de excesso de peso/obesidade) e agentes farmacológicos direcionados à ação nas vias metabólica e hemodinâmica (Tuttle, K.R., 2014).

Apesar do recente desenvolvimento e progresso no tratamento da DRD, ainda persiste um elevado risco residual de progressão da doença renal e de eventos CV associados. Como tal, existe uma necessidade premente de explorar opções terapêuticas alternativas, nomeadamente fármacos actuantes nas vias inflamatória e fibrótica e que complementem a estratégia farmacoterapêutica existente atualmente. A realização deste

Consenso pretende dar destaque à DRD, sensibilizando os profissionais de saúde para a importância e impacto que esta doença tem nas pessoas com Diabetes. Tem ainda como objetivo delinear aquelas que se devem ser as linhas orientadoras de tratamento das pessoas com DRD, de modo a diminuir a morbimortalidade dos doentes e a melhorar a sua qualidade de vida.

Referências Bibliográficas:

1. Hill, N.R., et al., Global Prevalence of Chronic Kidney Disease – A Systematic Review and Meta-Analysis. *Plos One*, 2016. 11(7).
2. Jager, K.J., et al., A single number for advocacy and communication-worldwide more than 850 million individuals have kidney diseases. *Kidney Int*, 2019. 96(5): p. 1048-1050., 2019. 96(5).
3. Neuen, B.L., et al., Chronic kidney disease and the global NCDs agenda. *BMJ Global Health*, 2017. 2(2): p. e000380.
4. Publishing, H.H. Type 2 Diabetes Mellitus. [cited 2020 June]; Available from: https://www.health.harvard.edu/a_to_z/type-2-diabetes-mellitus-a-to-z
5. Nelson R.G., G.M.E., Ballew S.H., Development of risk prediction equations for incident chronic kidney disease. *JAMA*, 2019. 322(1).
6. Wu B., B.K., Stanford A., et al., Understanding CKD among patients with T2DM: prevalence, temporal trends, and treatment patterns—NHANES 2007–2012. *BMJ Open Diabetes Res Care*, 2016. 4: p. 11.
7. KDIGO, KDIGO 2012 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. *Kidney International Supplements*, 2013.
8. American Diabetes, A., 9. Pharmacologic Approaches to Glycemic Treatment: Standards of Medical Care in Diabetes-2020. *Diabetes Care*, 2020. 43(Suppl 1): p. S98-S110.
9. Bertoluci et al. 2023 UPDATE: Luso Brazilian evidence based guideline for the management of antidiabetic therapy in type 2 diabetes. *Diabetology & Metabolic Syndrome (2023)* 15:160 <https://doi.org/10.1186/s13098-023-01121-x>
10. Winocour, P.H., Diabetes and chronic kidney disease: an increasingly common multi-morbid disease in need of a paradigm shift in care. *Diabet Med*, 2018. 35(3): p. 300-305.
11. Kramer A, Boenink R, Noordzij M, Bosdriesz JR, Stel VS, Beltrán P, et al. The ERA-EDTA registry annual report 2017: A summary. *Clin Kidney J* [Internet]. 2020 Aug 1 [cited 2021 May 19];13(4):693–709. Available from: <https://academic.oup.com/ckj/article/13/4/693/5860801>
12. Afkarian, M., et al., Kidney Disease and Increased Mortality Risk in Type 2 Diabetes. *Journal of the American Society of Nephrology*, 2013. 24(2): p. 302-308.
13. Diabetic Nephropathy. Mayo Clinic. [Cited 23 December 2021]. Available from: <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/diabetic-nephropathy/symptoms-causes/syc-20354556>
14. Tuttle, K.R., et al., Diabetic Kidney Disease: A Report from an ADA Consensus Conference. *Diabetes Care*, 2014. 37(10): p. 2864-2883.

METODOLOGIA DO CONSENSO ESTRATÉGICO

A gestão eficaz da Doença Renal Diabética requer uma abordagem inovadora e colaborativa, centrada no doente. O presente estudo, conduzido pelo NOVA Health & Analytics Lab da Nova Information Management School, em parceria com a Bayer, adotou uma metodologia de Design Thinking para criar uma estratégia de consenso para o tratamento da doença renal diabética.



DESCOBERTA DO DESAFIO



VISÃO



VALIDAÇÃO



CONSENSO

Princípios do Design Thinking:

A metodologia de Design Thinking foi escolhida pela sua capacidade de promover a colaboração multidisciplinar e a criatividade. Compreendendo a complexidade da Doença Renal Diabética, o processo foi dividido em três fases distintas, cada uma contribuindo para a construção de uma visão sólida e com recomendações acionáveis no contexto português.

FASE 1

Gerar empatia com o tema e confiança no processo de participação

Entrevistas individuais aprofundadas

FASE 2

Workshop com recurso à ferramenta Técnica Nominal de Grupo

FASE 3

Validação do documento de Consenso e definição dos passos para concretização das medidas votadas

I FASE

- Inicialmente, foram conduzidas entrevistas individuais aprofundadas com peritos na área.
- Esta fase visou aprofundar a compreensão das diversas perspectivas e experiências, fundamentando a estratégia nos contextos clínico e social.

II FASE

Workshop de Design Thinking com recurso a Técnica de Grupo Nominal:

- Um workshop envolvendo a "técnica nominal de grupo" foi organizado para fomentar a criatividade e a troca de ideias.
- Profissionais de saúde, especialistas em políticas públicas e representantes da comunidade contribuíram ativamente para a definição de soluções inovadoras.

III FASE

Workshop de Validação Final:







- A fase final consistiu na dinamização de um workshop de validação para assegurar a consistência e viabilidade das propostas geradas.
- A participação de especialistas e partes interessadas validou a robustez da estratégia, garantindo a sua aplicabilidade na prática.

Objetivo Global:

A estratégia apresentada tem por objetivo último melhorar os resultados em saúde e incrementar a qualidade de vida dos doentes com Doença Renal Diabética. Ancorada em diretrizes internacionais e adaptada ao contexto português pelos peritos, este Consenso visa otimizar a gestão e os cuidados aos doentes. Através de uma abordagem inovadora foi possível apresentar um compromisso coletivo para enfrentar os desafios da DRD, alinhando práticas de tratamento com as necessidades reais da população portuguesa afetada.

Participantes

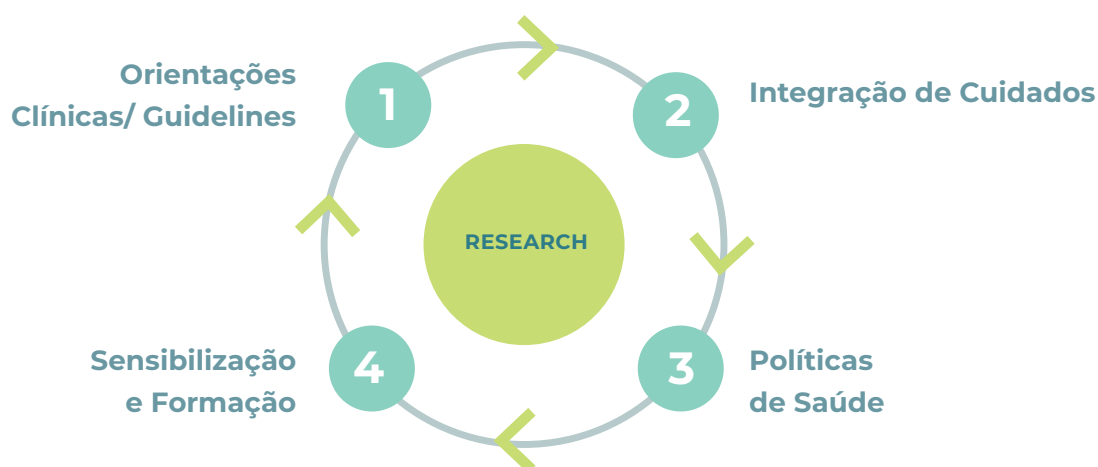
Com o intuito de capturar as perspectivas de diferentes stakeholders sobre a Doença Renal Diabética, foram convidados 11 peritos da área da saúde para integrar um grupo colaborativo, denominado "Think Tank":

-  2 Médicos Endocrinologistas;
-  3 Médicos de Família;
-  2 Médicos Internistas;
-  1 Médico Nefrologista;
-  2 Responsáveis pela Gestão na Saúde (com formação em enfermagem);
-  1 Enfermeira dos Cuidados de Saúde Primários.

I FASE

ENTREVISTAS INDIVIDUAIS APROFUNDADAS

Nesta primeira fase, as entrevistas com os peritos tinham como objetivo recolher informações sobre os desafios atuais da DRD e quais as melhores práticas e as lacunas no tratamento da DRD. Estas interações foram realizadas de forma síncrona, tanto online como presencialmente, durante as quais o entrevistador conduziu uma discussão semi-estruturada, utilizando um guião predefinido abrangendo os seguintes tópicos:



Os dados destas entrevistas foram sintetizados para identificar temas e prioridades-chave, da seguinte forma:

1. Preparação dos Dados e Proximidade com a Temática

- Transcrever textualmente as entrevistas aprofundadas, assegurando a sua exatidão e integridade;
- Organizar os dados transcritos num formato claro e acessível para análise;
- Ler as transcrições para se familiarizar com o conteúdo e o contexto;
- Registrar as impressões iniciais e os temas emergentes.

2. Codificação e Categorização dos Dados

- Desenvolver um quadro de codificação baseado nos objectivos da investigação ou em temas de interesse;
- Atribuir códigos a segmentos de texto que representem informações ou temas relevantes;
- Assegurar que os códigos são mutuamente exclusivos e exaustivos;
- Organizar os segmentos codificados em categorias ou temas;
- Criar uma hierarquia de temas para representar percepções mais amplas e mais específicas.

3. Interpretação de dados e Geração de Insights

- Analisar os dados resumidos para identificar padrões, tendências e relações entre temas;
- Procurar ideias convergentes e divergentes, bem como perspectivas únicas;
- Relacionar os insights com os objetivos e questões de investigação;
- Considerar as implicações das conclusões e o seu significado.

Os principais insights das entrevistas individuais aprofundadas são apresentados no capítulo “Falhas na resposta à Doença Renal Diabética em Portugal”.

II FASE

WORKSHOP IDEAÇÃO (COM RECURSO À “TÉCNICA DE GRUPO NOMINAL”)

Na segunda fase deste estudo, o foco foi a avaliação e definição de prioridades para o conteúdo a ser incorporado no documento "Consenso Estratégico para a Doença Renal Diabética". Para alcançar este objetivo, foi organizada uma sessão online destinada ao mesmo grupo de especialistas que participaram da Fase I - "Think Tank". Durante esta sessão, foi utilizada a metodologia da "Técnica de Grupo Nominal", uma ferramenta eficaz para estimular a geração de ideias e a construção de consensos (Harvey, 2012).

Os principais objetivos desta sessão incluíram:

- 🌀 **Apresentação dos insights fundamentais obtidos na Fase I da pesquisa;**
- 🌀 **Introdução das dimensões sugeridas pelos peritos no âmbito do desafio em questão;**
- 🌀 **Realização de votações para as ideias/iniciativas agrupadas;**
- 🌀 **Discussão detalhada dos resultados;**
- 🌀 **Votação final.**

Cada etapa foi cuidadosamente conduzida para garantir uma abordagem abrangente e participativa na definição das diretrizes estratégicas para o tratamento da Doença Renal Diabética, tendo sido percorridas as seguintes fases:



As propostas apresentadas nos quatro clusters distintos (Guielines, Integração de Cuidados, Políticas de Saúde e Sensibilização e Formação) foram submetidas a duas rondas de votação.

Na primeira votação, os especialistas foram desafiados a categorizar as ideias em três níveis: (1) Prioritária, (2) Importante/Não Urgente e (3) Não Essencial.

Na segunda votação, a votação final, os peritos foram convidados a atribuir uma hierarquia aos itens, indicando o seu nível de importância relativa.

Ao longo do processo, todos os participantes tiveram oportunidade de expressar as suas ideias e opiniões, garantindo um contributo efetivo para a procura de soluções inovadoras e criativas. O workshop proporcionou uma colaboração efetiva na geração e priorização de estratégias e intervenções potenciais para o tratamento da Doença Renal Diabética (DRD).

O desfecho do workshop traduziu-se na proposta de documento de consenso, contemplando estratégias para o futuro. No final do processo, as ideias foram consolidadas e avaliadas coletivamente, resultando na identificação das abordagens mais eficazes para enfrentar o desafio em questão.

Os resultados detalhados das votações desta etapa estão disponíveis no capítulo "Medidas para dar resposta à Doença Renal Diabética em Portugal".

III FASE

WORKSHOP FINAL: DESAFIOS À IMPLEMENTAÇÃO

Na terceira e última fase deste projeto, denominada Workshop Final, reuniram-se dez dos Participantes do Think Tank.

Este momento foi dedicado à apresentação global do documento final, incluindo o trabalho realizado pelo Steering Committee na contextualização do desafio. O objetivo primordial foi fomentar um ambiente de discussão e partilha de contributos a fim de aprimorar e validar as medidas propostas com "Prioridade Máxima". Estas incluem:

Criação de Consenso Adaptado à Realidade Nacional (medida 1.1)

- Criação de consenso adaptado à realidade nacional que aborde a inovação terapêutica e que seja baseado nas guidelines existentes (Luso-Brasileira, ADA, KDIGO, AACE);

Investimento na Proximidade entre Especialistas e MGF (medida 2.1)

- Investir na proximidade entre especialistas e MGF para uma melhor monitorização dos doentes e introdução precoce das terapêuticas disponíveis (p.e., consultoria, contacto telefónico/teleconsulta);

Sensibilização para a Geração de Dados (medida 3.2)

- Sensibilizar para a geração de dados que permitam avaliar que uma determinada intervenção é custo-efetiva;

Capacitação do Indivíduo para o Autocuidado (medida 4.1)

- Capacitação da pessoa no seu auto-cuidado através de programas de educação para utentes que possam incluir familiares.

Através de um brainstorming dedicado a cada uma destas quatro medidas, os peritos tiveram a oportunidade de expressar as suas opiniões sobre o cronograma proposto para a execução e definir quais os stakeholders envolvidos. Este processo permitiu uma reflexão aprofundada sobre os detalhes práticos e estratégicos de cada medida proposta.

Os resultados deste brainstorming são apresentados no capítulo “Plano de Ação”. (página 33)

LACUNAS NA RESPOSTA À DOENÇA RENAL DIABÉTICA EM PORTUGAL

Na Fase I deste estudo, as entrevistas individuais aprofundadas foram realizadas partindo de um guião previamente estruturado que abordava quatro temas focados na Doença Renal:

- 1 - Guidelines**, comentando o estado atual referente a orientações clínicas nacionais e internacionais
- 2 - Integração de Cuidados**, nomeadamente, os desafios atualidade no acesso a comunicação entre instituições, o papel dos Cuidados de Saúde Primários na prevenção, diagnóstico e atuação precoce e a referência para a nefrologia
- 3 - Políticas de saúde** focadas na melhoria de outcomes clínicos e indicadores de saúde nacionais com foco na redução de progressão de doença
- 4 - Sensibilização e Formação**, na perspetiva dos desafios que os profissionais de saúde e doentes enfrentam, e que ações podem ser implementadas no âmbito da consciencialização para a doença, atualização científica e educação para o auto-cuidado

A partir da análise qualitativa das 11 entrevistas conduzidas, foram resumidas as principais causas do défice de resposta à Doença Renal Diabética em Portugal. Este resumo fornecerá a base para as conclusões e recomendações apresentadas nas próximas secções do relatório.

1. GUIDELINES



Falha nas medidas preventivas para a DRD

Abordagem glucocêntrica na gestão das complicações associadas à Diabetes, ao invés de uma abordagem holística como preconizam, atualmente, as guidelines

Adoção lenta e sub-ótima de novos fármacos modificadores de prognóstico

Ausência de transposição das recomendações que constam em guidelines e consensos internacionais para o contexto nacional

Falta de ferramentas úteis para uma melhor prática de gestão da doença

Normas de Orientação Clínica vigentes carecem de revisão e atualização científica

Falta de meios para controlar a Diabetes e a Doença Renal Crónica associada, ao longo de décadas

GUIDELINES

Em Portugal, as Normas de Orientação Clínica para Doença Renal associada à Diabetes carecem de atualização. Nos últimos anos têm surgido novos fármacos modificadores de prognóstico, que já constam nas guidelines internacionais e que permitem atrasar a entrada em diálise.

A DRD enfrenta desafios que precisam de ser abordados para garantir a qualidade do atendimento e o avanço contínuo na prática clínica. A prática clínica atual poderá beneficiar pela recolha e incorporação dos dados da vida real nacionais, assim como pela incorporação das recomendações internacionais decorrentes da melhor evidência científica internacional gerada.

Outro ponto de preocupação é a falha nas medidas preventivas, que são fundamentais para evitar o aparecimento de novos casos da doença e agravamento de condições existentes. A prevenção é, pois, uma parte crucial do cuidado com a saúde e deve ser enfatizada e incentivada.

A sensibilização para novos fármacos para a DRD, como iSGLT2 e MRAs não esteroides, é um outro aspeto relevante. No entanto, muitas vezes, a adoção dessas inovações enfrenta resistência ou falta de conhecimento adequado entre os profissionais de saúde. Além disso, nem todos os médicos seguem as guidelines internacionais, verdadeiras ferramentas baseadas em evidência científica para orientar as melhores práticas. A adesão consistente a essas diretrizes poderia garantir uma abordagem mais uniforme e eficaz no tratamento desta patologia.

As Normas de Orientação Clínica (NOC) estabelecidas pela Direção-Geral da Saúde (DGS) são essenciais para padronizar a assistência em saúde e garantir um atendimento de qualidade. Neste sentido, seria crucial mantê-las atualizadas de acordo com as últimas evidências científicas e avanços médicos, o que não se verifica.

Em suma, os peritos consideram fundamental abordar estas questões e traduzir para a realidade local as recomendações internacionais, promover a adoção das mesmas de forma consistente, assim como, a atualização regular das NOCs, especialmente importantes para a Medicina Geral e Familiar.

Ao dar voz aos peritos foi possível destacar as seguintes citações enriquecendo a compreensão dos desafios associados à Doença Renal Diabética em Portugal:

"Não interpretamos os dados, utilizamos sempre a taxa de filtração glomerular para aferir risco de utilização de outros fármacos (...) mas nunca ninguém olhou para esta taxa como "isto é uma doença, não é uma consequência, e não é uma coisa para eu ajustar outros fármacos". Isto tem aqui uma hipótese de marcador de risco, de diagnóstico e de intervenção e a parte da intervenção nós ainda não captamos, globalmente."
Médico Internista

"Existem as orientações da Direção-Geral de Saúde que estão um pouco desactualizadas, porque não tem havido um procedimento de atualização. Depois, é lógico que nós seguimos as orientações das sociedades internacionais, e existe também uma directriz luso-brasileira que, aliás, está em revisão neste momento, que também orienta neste âmbito. Por vezes, não existe é uma boa divulgação dessas orientações, talvez. Mas isso aí também tem a ver muitas vezes com as próprias sociedades científicas."
Médico de Família

"Se a NOC da DGS específica para a doença renal fosse atualizada, penso que seria uma mais-valia, até porque, pelo menos a nível dos cuidados de saúde primários, é dada muita relevância à "obrigatoriedade" de conhecer as NOC's da Direção-Geral de Saúde relativas aos cuidados de saúde primários. Portanto, seria uma NOC que poderia ser atualizada e servir de orientação."
Médico de Família

2. INTEGRAÇÃO DE CUIDADOS

Presença insuficiente da especialidade de nefrologia em todos os centros hospitalares

Lacuna na intervenção precoce o que leva à progressão da doença e consequente necessidade terapêuticas de substituição da função renal (diálise e transplante)

Falha na otimização da terapêutica devido à falta de Recursos Humanos

Assiste-se a uma resposta lenta pela falta de proximidade entre especialidades hospitalares

Excesso de burocracia, na referência e na integração de cuidados, variando consoante a zona geográfica do País

Repetição/duplicação de pedidos de análises clínicas

Falta de acesso ao médico assistente que obriga o doente a ter de recorrer ao serviço de urgência

Inexistência de critérios claros e uniformes para a referência dos cuidados de saúde primários para a Nefrologia

Inexistência de um canal bem estabelecido para consultoria entre especialistas

Falta de mecanismos de registo e na partilha de informação entre níveis de cuidados hospitalares e primários

INTEGRAÇÃO DE CUIDADOS

Segundo a opinião dos entrevistados, existe uma falta de integração adequada entre diferentes especialidades médicas, nomeadamente, entre a Nefrologia e Medicina Geral e Familiar, o que pode resultar em referenciação tardia, atraso na otimização da terapêutica e progressão da doença.

No sistema de saúde atual, diversas lacunas e deficiências são evidenciadas em relação à integração dos cuidados prestados aos doentes com DRD. A: a especialidade de nefrologia não está presente em todos os centros hospitalares, o que pode limitar o acesso a tratamentos adequados e a prevenção da diabetes tem sido posta em causa pela falta de recursos ao longo do tempo.

Além disso, a falta de apoio para uma intervenção atempada pode levar a uma progressão rápida da doença e a necessidade de tratamentos mais complexos, como a diálise. A MGF necessita de estar mais sensibilizada para o seu papel privilegiado junto dos doentes com diabetes no que diz respeito ao diagnóstico e intervenção precoce da DRC contribuindo para melhores desfechos em saúde.

A falta de meios disponíveis para oferecer respostas adequadas é real e agrava a jornada do profissional de saúde e do paciente: A demora na resposta e referenciação dos cuidados primários para hospitais prejudica pois a prioridade não é baseada na clínica do doente. A excessiva burocracia na referenciação e integração de cuidados varia em diferentes regiões geográficas, afetando de forma desigual a integração dos cuidados do doente com DRD.

Ferramentas incorporadas nos sistemas informáticos que permitam calcular Taxas de Filtração Glomerular estimadas através de uma única fórmula consensual ou que permitam monitorizar visualmente a progressão da doença renal, em muito contribuiriam para um diagnóstico correto e precoce e para uma intervenção mais atempada. Adicionalmente, canais de comunicação entre as especialidades, nomeadamente MGF e nefrologia, são importantes vias para discussão de casos e esclarecimento de dúvidas.

Com efeito, a fragmentação de cuidados e a lacuna na troca de informações entre as diferentes áreas médicas podem comprometer negativamente as decisões clínicas. Atualmente, a linha telefónica para teleconsulta de consultoria é limitada a casos já em seguimento no hospital, dificultando a consulta rápida e eficaz entre profissionais.

O acesso ao médico assistente também é problemático, levando muitos doentes a procurarem um atendimento de urgência ao invés de serem atendidos nos Cuidados de Saúde Primários.

Em suma, estas falhas revelam a necessidade de melhorias na comunicação interespecialidades, na harmonização de critérios de referenciação e capacitação da medicina geral e familiar para uma assistência precoce mas também mais integrada dos doentes com DRD.

"Eu penso que pelo menos o garantir que todos os diabéticos, a nível nacional, tivessem duas consultas por ano (...), seria algo que já ajudaria pelo menos acompanhar e, de alguma forma, detetar precocemente os agravamentos. Agora o que nós verificamos é que há muitos diabéticos que não tem médico de família e muitos diabéticos que depois acabam por não ser acompanhados, acabam por não ter a orientação."
Médico Internista

Para o utente, eu acho que o desafio é como é que eu consigo ter informação muito personalizada (...) que, às vezes, nem é uma consulta é mesmo só sentir que se está a ser acompanhado de uma forma mais contínua, a receber algum tipo de feedback nesse percurso. Eu creio que o maior desafio do utente é no percurso e não só em momentos episódicos."
Enfermeira

3. POLÍTICAS DE SAÚDE

Falta de Recursos Humanos no SNS

Falta de aplicabilidade prática do Plano Nacional de Saúde para a DRC

Descontinuidade de Políticas

Falhas na codificação nos registos clínicos de MGF condicionam a geração de dados de mundo real sobre a DRD e sua gestão

Inexistência de estudos epidemiológicos robustos para a DRD que avaliem o binómio Taxa de Filtração Glomerular estimada e Albuminúria

Divergência nos indicadores de albuminúria utilizados para diagnóstico da DRD ao nível dos Cuidados de Saúde Primários.

Inexistência de indicadores para a avaliação dos cuidados prestados na DRD

POLÍTICAS DE SAÚDE

Partindo do abordado nas entrevistas individuais aprofundadas, assiste-se a uma escassez de recursos humanos em várias áreas do nosso Serviço Nacional de Saúde, nomeadamente, profissionais de medicina geral e familiar, nutricionistas e psicólogos. Além disso, a falta de dados e indicadores adequados dificulta a avaliação e melhoria das políticas de saúde, especialmente no que diz respeito à gestão de doença renal focada nas fases iniciais com vista a reduzir o elevado impacto humano e socioeconómico em Portugal.

No SNS assiste-se à falta de recursos humanos, especialmente nas especialidades de MGF, nutricionistas e psicólogos. Essa escassez de profissionais compromete a prestação de cuidados abrangentes e especializados aos doentes com DRD.

No que diz respeito a estudos epidemiológicos, carecemos de dados nacionais robustos pelas limitações metodológicas dos estudos já desenvolvidos. Não temos por isso, visibilidade sobre a distribuição dos doentes em Portugal nos diferentes estádios da doença..

A par destas limitações, as falhas na codificação e registo clínico condicionam a correta categorização da população, segundo os critérios da KDIGO, pelos estádios da doença renal. Esta imprecisão e falta de detalhe impossibilita aceder a insights significativos sobre a situação da doença que possibilitariam a definição de planos de ação para prevenir, para reduzir a incidência, e para amenizar os efeitos da doença.

Como consequência, a falta de informação precisa dificulta também o entendimento adequado desta doença e a formulação de políticas de saúde efetivas para enfrentar o problema.

Com efeito, a análise anual à albuminúria feita aos doentes com diabetes nos Cuidados de Saúde Primários não é a recomendada Razão Albumina-Creatinina na Urina.

Em relação ao Plano Nacional de Saúde da DGS, assiste-se a uma falta de aplicabilidade prática no que diz respeito à DRC, pois não endereça quaisquer diretrizes ou recomendações específicas, o que poderá condicionar a prevenção e tratamento da doença.

Por fim, a descontinuidade de políticas é outro desafio que Portugal enfrenta, nomeadamente, na área da saúde. A falta de continuidade nas políticas públicas pode levar a mudanças constantes e descoordenadas na abordagem de questões de saúde, prejudicando a eficácia e a sustentabilidade das ações implementadas.

Para superar estes desafios, é crucial investir na contratação de recursos humanos adequados, trabalhar na recolha de análise de dados fiáveis na área da DRC, desenvolver indicadores precisos para avaliar a situação e o tratamento da doença, incorporar recomendações específicas no Plano Nacional de Saúde e garantir a continuidade das políticas públicas de saúde para proporcionar um atendimento mais abrangente e eficaz para toda a população.

"Tudo o que puder ser feito para prevenir e tratar precocemente penso que é útil. E agora, embora eu não tenha presente neste momento o que está escrito no plano, mas penso que não fugirá muito disto, ou seja, da necessidade de garantir os cuidados adequados e fazer uma deteção precoce das situações."

Médico de Família

"A contratualização do ponto de vista de funcionamento do setor, seja público, seja privado, são uma de duas: ou incentivo ou penalização."

Gestor de Saúde

4. SENSIBILIZAÇÃO E FORMAÇÃO



Médicos com falta de tempo para esclarecerem dúvidas junto dos seus doentes, e para promoção da educação na saúde

Associações de Doentes sem autonomia e sem expressão geográfica

Necessidade de formação contínua dos profissionais de saúde, sobretudo, da MGF na gestão da DRD

SENSIBILIZAÇÃO E FORMAÇÃO

Os peritos salientaram o facto de que durante décadas não houve progressos no tratamento da DRD, recentemente, surgiram novas evidências robustas e recomendações em guidelines que vieram alterar este paradigma. É necessário apostar na formação pós-graduada e continuada dos profissionais de saúde que gerem esta doença, especialmente, da Medicina Geral e Familiar.

No cenário atual da saúde, deparamo-nos com alguns desafios significativos que impactam diretamente a qualidade do atendimento médico e a promoção da educação na saúde. A falta de tempo em consulta não possibilita a abordagem de muitos dos assuntos importantes para o doente, alguns de cariz médico, outros poderão ser necessidade de apoio nutricional, psicológico, social, burocrático, que também não é respondido de forma eficiente pelos canais adequados.

A capacitação dos profissionais da MGF é de elevada importância para que o diagnóstico seja precoce e a instituição das novas terapêuticas para a DRD o mais atempadamente possível.

Outro ponto relevante é a falta de autonomia das Associações de Doentes, bem como a sua ausência em meios rurais. Estas entidades desempenham um papel crucial no suporte e na defesa dos direitos dos doentes, porém, a sua pouca presença de forma heterogénea em Portugal limita o acesso a informações relevantes e a possibilidade de representação dessas comunidades perante as autoridades competentes.

Em síntese, é imperativo enfrentar estes desafios com determinação e investir em estratégias que valorizem o tempo dos médicos junto aos doentes, capacitem adequadamente os profissionais da MGF, incentivem o reconhecimento dos cuidadores informais e promovam a autonomia e presença das Associações de Doentes. Só desta forma é que se poderá aprimorar o sistema de saúde e proporcionar um atendimento mais eficiente, inclusivo e humano para todos os cidadãos.

As campanhas de saúde são super eficazes (...). Agora, nas redes sociais têm que se começar a passar mais mensagem do que é a doença renal crónica (...)"

Endocrinologista

"Vou elencar três prioridades numa frase: promoção da saúde, capacitação, e financiamento. Porquê estas três? Por um lado nós estamos trabalhar para as pessoas que têm esta doença, portanto, isso é um foco. Se eu quiser olhar para as que têm esta doença e eu vou querer evitar que tenham ou atrasar para não ter, o foco vai ser diferente."

Gestor de Saúde



MEDIDAS PARA DAR RESPOSTA À DOENÇA RENAL DIABÉTICA EM PORTUGAL

Conforme detalhado no capítulo "Metodologia do Consenso Estratégico para a DRD", a segunda fase deste estudo envolveu a participação do Think Tank num workshop utilizando a Técnica de Grupo Nominal. O principal objetivo deste workshop era avaliar e consolidar as medidas a integrar no documento "Consenso Estratégico Nacional para a Doença Renal Diabética".

Para o efeito, e partindo dos insights da Fase I (Entrevistas) foi apresentada uma lista composta por 27 itens organizada pelos quatro clusters principais do estudo (Guideline, Integração de Cuidados, Políticas de Saúde e Sensibilização e Formação). Os participantes foram convidados a comentar a lista preparatória que serviu como ponto de partida para o Workshop, garantindo uma base sólida para a discussão e votação das medidas propostas pelos participantes do Think Tank.

1 - GUIDELINES

1.1 Criação de consenso adaptado à realidade nacional que aborde a inovação terapêutica e que seja baseado nas guidelines existentes (Luso-Brasileira, ADA, KDIGO, AACE)

1.2 Fazer uma mudança de paradigma em termos de redução de complicações micro e macro vasculares na diabetes tipo 2: de anti-hiperglicemiantes para fármacos modificadores de prognóstico (anti-diabéticos insulínicos e não-insulínicos/Antihipertensores, anti-dislipidémicos, MRA's)

1.3 Incluir o mapa de estadiamento da doença renal crónica da KDIGO, no sentido de se ter uma maior awareness do risco de progressão e de que forma monitorizar/referenciar

1.4 Promover o screening de albuminúria realizado de forma "universal" (não haver diferentes métricas)

1.5 Mobilizar os profissionais de saúde a tratar mais cedo

1.6 Ainda existe pouco conhecimento sobre as novas terapêuticas para a DRD: é necessário sensibilizar para a sua existência, esclarecer benefícios, fatores diferenciadores e em que doentes iniciar

1.7 Assegurar que a enfermagem também está atualizada

2 - INTEGRAÇÃO DE CUIDADOS

2.1 Investir na proximidade entre especialistas e MGF para uma melhor monitorização dos doentes e introdução precoce das terapêuticas disponíveis (p.e., consultoria, contacto telefónico/teleconsulta)

2.2 Haver protocolos claros e estipulados de quando e quem referenciar, em todos os Centros Hospitalares Portugueses

2.3 Medidas que colmatem o facto dos processos de referenciação através da plataforma poderem ser demorados (o que contribui para a progressão da doença)

2.4 Melhorar os registos/codificação para colmatar a lacuna entre MGF e especialidades hospitalares entre as quais há pouca troca de informação, o que pode condicionar negativamente a decisão clínica

2.5 Investir em Centros Holísticos de tratamento da diabetes tipo 2, com Medicina Interna, Endocrinologia, Nefrologia, Cardiologia (em vez de médicos de família dirigirem os doentes para várias especialidades)

2.6 Incluir equipas multidisciplinares na gestão do doente com DRD ao nível dos CSP (psicólogos, nutricionistas, enfermeiros)

3 - POLÍTICAS DE SAÚDE

3.1 Alertar para os custos clínicos e económicos associados à DRD e sua progressão

3.2 Sensibilizar para a geração de dados que permitam avaliar que uma determinada intervenção é custo-efetiva

3.3 Mudança de paradigma para uma governância clínica focada nos outcomes clínicos e não na prestação de serviços com o conseqüente financiamento alinhado com o atingimento desses outcomes clínicos (incentivo)

3.4 Introdução do Gestor de Caso (Profissional de Saúde com know-how para intervir na problemática de um dado utente - ajudando-o a navegar no sistema e a gerir a sua doença)

3.5 Garantir o acesso generalizado aos cuidados de saúde primários e nas situações de doença crónica a equipas multidisciplinares (contratando MGF, nutricionistas e outros profissionais de saúde)

3.6 Estabelecer metas e objetivos para indicadores relacionados com rastreio de albuminúria e taxa de filtração glomerular nos CSP, que permitam avaliar a progressão de doença e instituir incentivos

4 - SENSIBILIZAÇÃO E FORMAÇÃO

4.1 Capacitação da pessoa no seu auto-cuidado através de programas de educação para utentes que possam incluir familiares

4.2 Investir em literacia em saúde

4.3 Implementação de Medidas de Saúde Pública (ex: redução sal, açúcar)

4.4 Criação de Associações de Doentes para doentes com DRC sem diálise (que possam aumentar awareness para a doença e ter mais envolvimento na sociedade)

4.5 Ações de mobilização da MGF para as medidas preventivas, deteção precoce e capacitação, instituição precoce das terapêuticas disponíveis

4.6 Possibilitar rastreios e garantir capacidade de resposta

4.7 Sensibilizar médicos para registarem a patologia

4.8 Promover Formação/Atualização da prática clínica dos Profissionais de Saúde

Assim, no dia da sessão, os peritos foram desafiados a procederem a dois tipos de votação para cada um dos quatro clusters: Primeira Votação e Votação Final, conforme previsto pela Técnica de Grupo Nominal (p. 14).

CONSENSO SOBRE PRIORIDADES

PRIORIDADE MÁXIMA

- 1.1 Criação de consenso adaptado à realidade nacional que aborde a inovação terapêutica e que seja baseado nas guidelines existentes (Luso-Brasileira, ADA, KDIGO, AACE)
- 2.1 Investir na proximidade entre especialistas e MGF para uma melhor monitorização dos doentes e introdução precoce das terapêuticas disponíveis (p.e., consultoria, contacto telefónico/teleconsulta)
- 3.2 Sensibilizar para a geração de dados que permitam avaliar que uma determinada intervenção é custo-efetiva
- 4.1 Capacitação da pessoa no seu auto-cuidado através de programas de educação para utentes que possam incluir familiares

PRIORIDADE MÉDIA

- 1.3 Incluir o mapa de estadiamento da doença da KDIGO, no sentido de se ter uma maior awareness do risco de progressão e de que forma monitorizar/referenciar
- 1.4 Promover o screening de albuminúria realizado de forma “universal” (não haver diferentes métricas)
- 2.2 Haver protocolos claros e estipulados de quando e quem referenciar, em todos os Centros Hospitalares Portugueses
- 3.6 Estabelecer metas e objetivos para indicadores relacionados com rastreio de albuminúria e taxa de filtração glomerular nos CSP, que permitam avaliar a progressão de doença e instituir incentivos/penalizações
- 4.2 Investir em literacia em saúde
- 4.7 Sensibilizar médicos para codificarem a patologia no registo clínico

PRIORIDADE BAIXA

- 1.5 Mobilizar os profissionais de saúde a tratar mais cedo
- 2.4 Melhorar os registos/codificação para colmatar a lacuna entre MGF e especialidades hospitalares entre as quais há pouca troca de informação, o que pode condicionar negativamente a decisão clínica
- 3.3 Mudança de paradigma para uma governância clínica focada nos outcomes clínicos e não na prestação de serviços com o conseqüente financiamento alinhado com o atingimento desses outcomes clínicos (incentivo/penalização)
- 4.3 Implementação de Medidas de Saúde Pública (ex: redução sal, açúcar)

PLANO DE AÇÃO

Na Fase III deste projeto foi promovido o "Workshop Final" com o propósito de conduzir uma sessão de brainstorming focada nas quatro medidas classificadas com "Prioridade Máxima". Essas medidas foram previamente identificadas durante o Workshop da Fase II (Ideação) conforme descrito na página 18, nomeadamente:

CRIAÇÃO DE CONSENSO ADAPTADO À REALIDADE NACIONAL (medida 1.1)

- Criação de consenso adaptado à realidade nacional que aborde a inovação terapêutica e que seja baseado nas guidelines existentes (Luso-Brasileira, ADA, KDIGO, AACE);

INVESTIMENTO NA PROXIMIDADE ENTRE ESPECIALISTAS E MGF (medida 2.1)

- Investir na proximidade entre especialistas e MGF para uma melhor monitorização dos doentes e introdução precoce das terapêuticas disponíveis (p.e., consultoria, contacto telefónico/teleconsulta);

SENSIBILIZAÇÃO PARA A GERAÇÃO DE DADOS (medida 3.2)

- Sensibilizar para a geração de dados que permitam avaliar que uma determinada intervenção é custo-efetiva;

CAPACITAÇÃO DO INDIVÍDUO PARA O AUTOCUIDADO (medida 4.1)

- Capacitação da pessoa no seu auto-cuidado através de programas de educação para utentes que possam incluir familiares.

Para cada uma destas quatro medidas, o Think Tank considerou os seguintes passos:

TÓPICO 1:

Criação de consenso adaptado à realidade nacional que aborde a inovação terapêutica e que seja baseado nas guidelines existentes (Luso-Brasileira, ADA, KDIGO, AACE)

Quando? FASE I: Quick Win (até 3 meses)

Quem? Sociedades Científicas representadas pelo Think Tank

O quê? Criação de um grupo de trabalho autónomo para realização de um documento que contenha um conjunto de recomendações sobre o diagnóstico, abordagem terapêutica da DRD e referenciação de doentes.

Esse documento deverá ser redigido de uma forma simples, visual e que atenda ao que está a ser feito internacionalmente.

Nota: Nestas recomendações dever-se-á considerar como é que cada Norma deverá estar ligada à Contratualização.

Quando? FASE II: Curto-Prazo (entre 3 e 6 meses)

Quem? Sociedades Científicas representadas pelo Think Tank

O quê? Conclusão do documento de recomendações que espelhará um trabalho conjunto, sólido e robusto

TÓPICO 2:

Investir na proximidade entre especialistas e MGF para uma melhor monitorização dos doentes e introdução precoce das terapêuticas disponíveis (p.e., consultoria, contacto telefónico/teleconsulta)

Quando? FASE I: Quick Win (até 3 meses)

O quê? Definição de critérios de referência: referência otimizada

- Integração de cuidados entre vários players (médicos) e o próprio doente
- Promoção de consultas em simultâneo (tripartidas: Clínicos, MGF e Especialistas, e Doente)
- Integração de cuidados interpares

Aposta no acesso a conhecimento através da:

- Promoção de reuniões científicas dirigidas para o tema;
- Criação de uma Task Force, composto pelo Think Tank: Eventos, Publicações

Criação de formas de discussão através de:

- Consultoria conjunta - Dinamização de reuniões virtuais e fóruns de discussão sobre o tema interespecialidades, que podem ser mais facilmente implementadas num contexto das Unidades Locais de Saúde.
- Uma ferramenta com um propósito alargado (por exemplo, criação de um site com "chat", um espaço para discussão)

TÓPICO 3:

Sensibilizar para a geração de dados que permitam avaliar que uma determinada intervenção é custo-efetiva

Quando? FASE I: Quick Win (até 3 meses)

O quê? Consensualização de indicadores na doença renal diabética, nomeadamente no que diz respeito ao atual indicador "microalbuminúria" que é avaliado de diversas formas mas que deve ser avaliado através do rácio albumina-creatinina na urina

- Atualizar o sistema informático para que haja a correta codificação da doença
- Aposta nas Competências de Gestão e de Big Data

TÓPICO 4:

Capacitação da pessoa no seu auto-cuidado através de programas de educação para utentes que possam incluir familiares

Quando? FASE I: Quick Win (até 3 meses)

O quê? Reforço da saúde escolar

- Capacitação do cuidador
- Capacitação do doente: Integrar num plano de intervenção individual/personalizado de sessões específicas de auto-cuidado para promover a alteração comportamental
- Projecto cariz nacional, envolvendo Associação/Comissão de Doentes
- Através da Comunicação Social, sensibilizar para esta causa, à semelhança do que já é feito para outros órgãos/doenças, através de uma comunicação simples
- Prescrição de comportamentos, indicações por Profissionais de Saúde a designar
- Uso do Heatmap da KDIGO para educar o doente sobre a sua progressão da doença, passando-lhe de forma visual a mensagem de que é necessária uma intervenção terapêutica
- Desenvolvimento de projetos de cariz regional - maior probabilidade de serem eficazes

CONCLUSÃO

A DRC é definida por anomalias da estrutura ou função renal presentes por mais de três meses, com implicação na saúde. É uma patologia progressiva e irreversível que leva à perda gradual da função renal, frequentemente requerendo terapêutica de substituição renal, como diálise ou transplante. Os marcadores de lesão renal incluem albuminúria, anomalias do sedimento urinário, eletrólitos, histologia renal e anormalidades estruturais.

A prevalência da DRC em doentes diabéticos em Portugal é preocupante, estimando-se que cerca de 700.000 diabéticos tenham DRC. Além disso, Portugal apresenta uma das maiores taxas de incidência de diálise na Europa, sendo que 29,6% dos doentes em diálise são diabéticos. Os mecanismos subjacentes da DRD envolvem fatores hemodinâmicos, metabólicos, inflamatórios e fibróticos, devido à elevada concentração de glicose intracelular, pressão glomerular e elevada presença de mediadores pró-inflamatórios e pró-fibróticos.

A DRC relacionada à DMT2 é caracterizada pelo aumento da albuminúria, comprometimento da função renal, pressão arterial elevada, e maior morbidade e mortalidade devido a complicações cardiovasculares. Para além destas complicações, os doentes com DRD sofrem de anemia, doenças ósseas metabólicas, retinopatia, complicações a nível dos pés, retenção de líquidos e edema pulmonar.

Com efeito, a DRC e a diabetes traduzem-se em complicações de saúde comuns e onerosas, com custos estimados em 17.000 milhões de euros para o tratamento nos próximos 50 anos. Para enfrentar este desafio, é crucial reconhecer a DRC através de exames laboratoriais, como a medição da creatinina sérica e da proteinúria, seguindo critérios científicos internacionais que têm tido um impacto positivo, como é o exemplo da guideline KDIGO para o tratamento da DRC em doentes diabéticos, que enfatiza a importância de intervenções no estilo de vida, tratamento farmacológico e a otimização das terapêuticas modificadoras de prognóstico atualmente disponíveis.

Com o aumento da incidência da DRD e dado o seu impacto na mortalidade e qualidade de vida dos doentes urge a necessidade de uma abordagem terapêutica ajustada e atualizada. A nefrologia detém estratégias terapêuticas que podem modificar o panorama da DRC e evitar o seu impacto crescente na saúde pública.

No entanto:

- Há falta de reconhecimento da DRC por parte de muitos profissionais de saúde. Para modificar esta realidade, é necessário termos dados epidemiológicos que retratem a doença em Portugal e, simultaneamente, disponibilizar formação em nefroproteção, garantindo que os médicos das diferentes especialidades estejam cientes das estratégias de tratamento;
- É importante estabelecer um modelo adequado de consultoria interespecialidades e de referência para nefrologistas, dado o desequilíbrio entre o número de doentes com DRC e o número de nefrologistas, é necessário alertar as especialidades de endocrinologia, medicina interna e medicina geral e familiar para uma identificação e intervenção terapêutica precoces;

O tratamento atual da DRD sofreu recentemente importantes alterações com novos fármacos a demonstrar benefício, alterações essas que já se encontram espelhadas nas guidelines internacionais. É necessário que as Normas de Orientações Clínicas sejam revistas para estarem alinhadas com as recomendações internacionais e é importante que as sociedades científicas unam esforços para a criação de um documento único de consenso sobre a gestão terapêutica da DRD e que possa ser divulgado largamente pelas várias especialidades.

A realização deste Consenso por este fórum multidisciplinar visa sensibilizar os profissionais e decisores de políticas de saúde para a importância da DRD e para a necessidade de colmatar as carências na gestão destes doentes com medidas concretas para melhores cuidados integrados e, conseqüente, redução de morbidade e mortalidade por esta causa em Portugal.

COMPOSIÇÃO DO STEERING COMMITTEE E DO THINK TANK

STEERING COMMITTEE

Dr. Edgar Almeida

Nefrologista | Presidente, Sociedade Portuguesa de Nefrologia (SPN)

Dr. Estevão Pape

Internista | Sociedade Portuguesa de Medicina Interna (SPMI), Núcleo de Estudos da Diabetes Mellitus, Coordenador

Dr. João Jácome de Castro

Diretor de Saúde Militar e Endocrinologista, Hospital das Forças Armadas | Presidente, Sociedade Portuguesa de Endocrinologia e Diabetes Mellitus (SPEDM) | Membro da European Association for the Study of Diabetes (EASD), da European Thyroid Association (ETA), da Sociedade Europeia de Endocrinologia e da Sociedade Americana de Endocrinologia (Endocrine Society) | Representante de Portugal no Comité de Chefes do Serviço de Saúde Militar da NATO.

Dra. Mafalda Marcelino

Endocrinologista | Secretária-Geral da Direção, Sociedade Portuguesa Endocrinologia e Diabetes Mellitus (SPEDM)

Dra. Susana Heitor

Internista | Sociedade Portuguesa de Medicina Interna (SPMI), Núcleo Estudos da Diabetes

Dra. Susana Pires da Silva

Médica Geral e Familiar | Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar (APMGF), Núcleo Estudos da Diabetologia

Declaração de conflito de interesses

Os elementos do Steering Committee receberam apoio da AD Nova IMS para participação no estudo.

THINK TANK



Dr. Alexandre Tomás
Director Executivo, ACES Almada



Dra. Ângela Santos Neves
Médica Geral e Familiar | Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar (APMGF), Núcleo Estudos da Diabetologia



Dr. Edgar Almeida
Nefrologista | Presidente, Sociedade Portuguesa de Nefrologia (SPN)



Dr. Estevão Pape
Internista | Sociedade Portuguesa de Medicina Interna (SPMI), Núcleo de Estudos da Diabetes Mellitus, Coordenador



Dr. João Jácome de Castro
Diretor de Saúde Militar e Endocrinologista, Hospital das Forças Armadas | Presidente, Sociedade Portuguesa de Endocrinologia e Diabetes Mellitus (SPEDM) | Membro da European Association for the Study of Diabetes (EASD), da European Thyroid Association (ETA), da Sociedade Europeia de Endocrinologia e da Sociedade Americana de Endocrinologia (Endocrine Society) | Representante de Portugal no Comité de Chefes do Serviço de Saúde Militar da NATO.



Dr. José Augusto Simões
Médico Geral e Familiar | Sociedade Portuguesa de Diabetologia, Tesoureiro



Dra. Mafalda Marcelino
Endocrinologista | Secretária-Geral da Direção, Sociedade Portuguesa Endocrinologia e Diabetes Mellitus (SPEDM)



Enf.ª Maria de Lurdes Costa e Silva
ACES Oeiras | Consultora, DGS



Dr. Rafael Franco
Laboratório de Inovação na TeleSaúde, Centro Nacional de TeleSaúde dos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (SPMS), Coordenador



Dra. Susana Heitor
Internista | Sociedade Portuguesa de Medicina Interna (SPMI), Núcleo Estudos da Diabetes



Dra. Susana Pires da Silva
Médica Geral e Familiar | Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar (APMGF), Núcleo Estudos da Diabetologia

GLOSSÁRIO DE SIGLAS E ACRÓNIMOS

AACE - American Association of Clinical Endocrinology

ADA - American Diabetes Association

APMGF - Associação Portuguesa de Medicina geral e Familiar

CSP - Cuidados de Saúde Primários

CV - Cardiovascular

DGS - Direção-Geral de Saúde

DMT2 - Diabetes Mellitus de tipo 2

DRC - Doença Renal Crónica

DRCT - Doença Renal Crónica Terminal

DRD - Doença Renal Diabética

EASD - European Association for the Study of Diabetes

Estudo CaReMe - CardioRenal and Metabolic disease (CaReMe) Heart Failure

GLP1 - Glucagon-like peptide-1

KDIGO - Kidney Disease: Improving Global Outcomes

MGF - Medicina Geral e Familiar

MR - Recetores mineralocorticóides

NOC - Normas de Orientação Clínica

NOVA IMS - Nova Information Management School

PIB - Produto Interno Bruto

PREVADIAB - Estudo da Prevalência da Diabetes em Portugal

QoL - Quality of life

RAC - Relação Albumina/Creatinina

SGLT2 - Sodium-glucose co-transporter-2

SNS - Serviço Nacional de Saúde

SPN - Sociedade Portuguesa de Nefrologia

SRAA - Sistema renina-angiotensina aldosterona

TFG - Taxa filtração glomerular

TGN - Técnica de Grupo Nominal

ULS - Unidade Local de Saúde

BIBLIOGRAFIA

Afkarian, M., et al., Kidney Disease and Increased Mortality Risk in Type 2 Diabetes. *Journal of the American Society of Nephrology*, 2013. 24(2): p. 302-308.

Agarwal R, Fouque D. The foundation and the four pillars of treatment for cardiorenal protection in people with chronic kidney disease and type 2 diabetes. *Nephrol Dial Transpl* 2023; 38:253-257.

Alicic, R.Z., M.T. Rooney, and K.R. Tuttle, Diabetic Kidney Disease: Challenges, Progress, and Possibilities. *Clin J Am Soc Nephrol*, 2017. 12(12): p. 2032-2045.

American Diabetes, A., 9. Pharmacologic Approaches to Glycemic Treatment: Standards of Medical Care in Diabetes-2020. *Diabetes Care*, 2020. 43(Suppl 1): p. S98-S110.

APIFARMA. Perspetiva Holística Sobre o Valor dos Medicamentos em Portugal. 2018.

Astley ME, Boenink R, ElHafeez SA, Trujillo-Alemán S, Arribas F, Asberg A, et al. The ERA Registry Annual Report 2020: a summary. *Clin Kidney J* 2023; 16:1330-1354.

Bertoluci et al. 2023 UPDATE: LusoBrazilian evidencebased guideline for the management of antidiabetic therapy in type 2 diabetes. *Diabetology & Metabolic Syndrome* (2023) 15:160 <https://doi.org/10.1186/s13098-023-01121-x>

Borges M, et al. "Evolução natural da doença renal crónica nas pessoas com diabetes, custos e consequências na realidade Portuguesa" 2023

Chu L, Fuller M, Jervis K, Ciaccia A, Abitbol A. Prevalence of chronic kidney disease in type 2 diabetes: The Canadian registry of chronic kidney disease in diabetes outcomes (CREDO) study. *Clin Ther* 2021; 43:1558-72.

Collaboration, G.C.K.D., Global, regional, and national burden of chronic kidney disease, 1990-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet*, 2020. 395(10225): p. 709-733. *Diabetic Nephropathy. Mayo Clinic*. [Cited 23 December 2021]. Available from: <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/diabetic-nephropathy/symptoms-causes/syc-20354556>

Foreman KJ, Marquez N, Dolgert A, Fukutaki K, Fullman N, McGaughey M, et al. Forecasting life expectancy, years of life lost, and all-cause and cause-specific mortality for 250 causes of death: reference and alternative scenarios for 2016–40 for 195 countries and territories. *Lancet* 2018; 392: 2052–90

Gabinete do Registo da Sociedade Portuguesa de Nefrologia. www.spnefro.pt

Gardete-Correia L, Boavida JM, Raposo JF, Mesquita AC, Fona C, Carvalho R, et al. First diabetes prevalence study in Portugal: PREVADIAB study. *Diabet Med*. 2010; 27(8): 879–81.

Global Health Data Exchange, Global Burden of Disease Study, 2013.

Harvey, N., & Holmes, C. A. (2012). Nominal group technique: an effective method for obtaining group consensus. *International journal of nursing practice*, 18(2), 188-194.

Hill, N.R., et al., Global Prevalence of Chronic Kidney Disease – A Systematic Review and Meta-Analysis. *Plos One*, 2016. 11(7).

Jager, K.J., et al., A single number for advocacy and communication-worldwide more than 850 million individuals have kidney diseases. *Kidney Int*, 2019. 96(5): p. 1048-1050., 2019. 96(5).

KDIGO 2022 Clinical Practice Guideline for diabetes management in chronic kidney disease. *Kidney Int* 2022; 102 (suppl 5S), S1-S127.

KDIGO, KDIGO 2012 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. *Kidney International Supplements*, 2013.

Kolkhof P, Lawatscheck R, Filippatos G, Bakris GL. Nonsteroidal Mineralocorticoid Receptor Antagonism by Finerenone—Translational Aspects and Clinical Perspectives across Multiple Organ Systems. *International Journal of Molecular Sciences*. 2022; 23(16):9243. <https://doi.org/10.3390/ijms23169243>

Kovesdy CP. Epidemiology of chronic kidney disease: an update 2022. *Kidney Int Suppl* 2022; 12:7-11.

Kramer A, Boenink R, Noordzij M, Bosdriesz JR, Stel VS, Beltrán P, et al. The ERA-EDTA registry annual report 2017: A summary. *Clin Kidney J* [Internet]. 2020 Aug 1 [cited 2021 May 19];13(4):693–709. Available from: <https://academic.oup.com/ckj/article/13/4/693/5860801>

Lage, M.J., et al., The association between the severity of chronic kidney disease and medical costs among patients with type 2 diabetes. *J Med Econ*, 2019. 22(5): p. 447-454.

Mora-Fernández, C., et al., Diabetic kidney disease: from physiology to therapeutics. *The Journal of Physiology*, 2014.592(18): p. 3997-4012.

Nelson R.G., G.M.E., Ballew S.H., Development of risk prediction equations for incident chronic kidney disease. *JAMA*, 2019. 322(1).

Neuen, B.L., et al., Chronic kidney disease and the global NCDs agenda. *BMJ Global Health*, 2017. 2(2): p. e000380.

Persson F, Rossing P. Diagnosis of diabetic kidney disease: state of the art and future perspective. *Kidney Int Suppl* (2011). 2018 Jan;8(1):2-7. doi: 10.1016/j.kisu.2017.10.003. Epub 2017 Dec 29. PMID: 30675433; PMCID: PMC6336222.

Portugal. Ministério da Saúde. Relatório Anual - Acesso a Cuidados de Saúde nos Estabelecimentos do SNS e Entidades Convencionadas [Internet]. 2020. Available from: http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2021/09/Relatorio-do-Acesso_VF.pdf.

Publishing, H.H. Type 2 Diabetes Mellitus. [cited 2020 June]; Available from: https://www.health.harvard.edu/a_to_z/type-2-diabetes-mellitus-a-to-z

Relatório anual do observatório nacional da Diabetes – 2016 | Portal da Diabetes [Internet]. [cited 2021 Mar 4]. Available from: <https://apdp.pt/publicacoes/relatorio-anual-do-observatorio-nacional-da-diabetes-2016/>

Sociedade Portuguesa de Nefrologia, Relatório do Gabinete de Registo da SPN. 2014 e 2015.

Sundström J, Bodegard J, Bollmann A, Vervloet MG, Mark PB, Karasik A, et al. Prevalence, outcomes and costs of chronic kidney disease in a contemporary population of 2.4 million patients from 11 countries: The CaReMe CKD Study. *Lancet Regional Health – Europe* 2022; 20: 10044

Tuttle, K.R., et al., Diabetic Kidney Disease: A Report from an ADA Consensus Conference. *Diabetes Care*, 2014. 37(10): p. 2864-2883.

United States Renal Data System, 2015 USRDS Annual Data Report | Volume 2 - ESRD in the United States, Chapter 13: International Comparisons; 2015; p. 291-334.

Vinhas J, Aires I, Batista C, Branco P, Brandão J, Nogueira R, et al. RENA Study: Cross-Sectional Study to Evaluate CKD Prevalence in Portugal. *Nephron*. 2020 Oct 1; 144(10): 479–87.

Vinhas, J., et al., Prevalence of Chronic Kidney Disease and Associated Risk Factors, and Risk of End-Stage Renal Disease: Data from the PREVADIAB Study. *Nephron Clin Pract*, 2011; 119: p. 35–40.

Winocour, P.H., Diabetes and chronic kidney disease: an increasingly common multi-morbid disease in need of a paradigm shift in care. *Diabet Med*, 2018. 35(3): p. 300-305.

Wu B., B.K., Stanford A., et al., Understanding CKD among patients with T2DM: prevalence, temporal trends, and treatment patterns—NHANES 2007–2012. *BMJ Open Diabetes Res Care*, 2016. 4: p. 11.






Zimbudzi, E., et al., Predictors of Health-Related Quality of Life in Patients with Co-Morbid Diabetes and Chronic Kidney Disease. *PLoS One*, 2016. 11(12): p. e0168491.

A close-up photograph of a grey handheld device, likely a fingerprint scanner or a similar biometric sensor. The device features a prominent square frame in the center, which appears to be a sensor area. Below the frame, there is a black rectangular sensor with several small holes. A white cable is connected to the side of the device. The background is a plain, light-colored surface.






ANEXO
PRIMEIRA VOTAÇÃO

PRIMEIRA VOTAÇÃO





NÍVEL DE CONSENSO A

-  1.1 Criação de consenso adaptado à realidade nacional que aborde a inovação terapêutica e que seja baseado nas guidelines existentes (Luso-Brasileira, ADA, KDIGO, AACE)
-  2.2 Haver protocolos claros e estipulados de quando e quem referenciar, em todos os Centros Hospitalares Portugueses
-  3.3 Mudança de paradigma para uma governância clínica focada nos outcomes clínicos e não na prestação de serviços com o consequente financiamento alinhado com o atingimento desses outcomes clínicos (incentivo/penalização)
-  4.1 Capacitação da pessoa no seu auto-cuidado através de programas de educação para utentes que possam incluir familiares
-  4.2 Investir em literacia em saúde

NÍVEL DE CONSENSO B

-  1.6 Ainda existe pouco conhecimento sobre as novas terapêuticas para a DRD: é necessário sensibilizar para a sua existência, esclarecer benefícios, fatores diferenciadores e em que doentes iniciar
-  2.3 Medidas que colmatem o facto dos processos de referenciação através da plataforma poderem ser demorados (o que contribui para a progressão da doença)
-  3.1 Alertar para os custos clínicos e económicos associados à DRD e sua progressão
-  4.4 Criação de Associações de Doentes para doentes com DRC sem diálise (que possam aumentar awareness para a doença e ter mais envolvimento na sociedade)
-  4.6 Possibilitar rastreios e garantir capacidade de resposta

NÍVEL DE CONSENSO C

-  1.7 Assegurar que a enfermagem também está atualizada.
-  2.6 Incluir equipas multidisciplinares na gestão do doente com DRD ao nível dos CSP (psicólogos, nutricionistas, enfermeiros).
-  3.4 Introdução do Gestor de Caso (Profissional de Saúde com know-how para intervir na problemática de um dado utente - ajudando-o a navegar no sistema e a gerir a sua doença)
-  4.4 Criação de Associações de Doentes para doentes com DRC sem diálise (que possam aumentar awareness para a doença e ter mais envolvimento na sociedade)

