



Rins Fortes

Proteja os seus rins, proteja o seu futuro

Inicie a conversa sobre os rins com os seus doentes

Guia de Informação Clínica e Conversação sobre Doença Renal Crónica

Introdução

A Doença Renal Crónica (DRC) é uma grande prioridade de saúde que afeta mais de 850 milhões de pessoas em todo o mundo com uma previsão de rápido aumento do número de casos nas próximas décadas.^{1,2} Em 1990, a DRC era a 17.ª principal causa de morte a nível mundial, subindo para a 12.ª posição em 2017. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2021, as doenças renais passaram a ocupar o 10.º lugar entre as principais causas de morte no mundo.³ Atualmente, é a causa de morte com maior crescimento a nível global e, até 2040, prevê-se que se torne a quinta principal causa de perda de anos de vida em todo o mundo.⁴

Este guia foi concebido para lhe fornecer as ferramentas e estratégias necessárias para iniciar conversas produtivas sobre a saúde renal com os seus doentes, com o objetivo de melhorar a deteção precoce e a prevenção da DRC.

O que é a DRC?

A DRC é uma condição de longo prazo em que os rins não funcionam adequadamente durante, pelo menos, três meses.⁵ A doença desenvolve-se de forma gradual, com a função renal a diminuir ao longo do tempo.

Existem cinco estadios da DRC, classificados com base na eficiência com que os rins filtram os resíduos do sangue:

Estadios ligeiros (Estadios 1-2)

Os rins ainda conseguem desempenhar a sua função, embora não de forma tão eficiente como deveriam.

Estadios moderados (Estadios 3a e 3b)

A função renal está moderadamente reduzida e podem surgir alguns sintomas, como fadiga, anemia leve, início precoce de doença óssea e desequilíbrios eletrolíticos leves.

Estadios avançados (Estadios 4-5)

Os rins têm de trabalhar muito mais para filtrar o sangue e podem eventualmente deixar de funcionar completamente.

A DRC afeta
850
milhões
de pessoas em todo
o mundo.¹

É essencial definir claramente a classificação. O Estadio 3 da DRC divide-se em 3a e 3b, uma vez que as evidências demonstram diferenças distintas nos resultados e perfis de risco entre os subgrupos.⁶ O estadio 3b representa um limiar crítico, onde a probabilidade de complicações — como doenças cardiovasculares, anemia e hipercalemia — aumenta significativamente. Reconhecer esta distinção é fundamental para a avaliação de risco, monitorização dos doentes e intervenção atempada para retardar a progressão da doença.

Avaliação do Risco de DRC

A DRC é frequentemente subdiagnosticada. Até 82% das pessoas com DRC no Estadio 3 permanecem sem diagnóstico.

Mesmo nos Estádios 4-5, quando os sintomas são geralmente mais evidentes, quase 50% dos casos permanecem sem diagnóstico.⁴ No entanto, se a condição for diagnosticada precocemente:

- Os doentes podem controlar os fatores de risco com uma dieta mais saudável, atividade física regular, terapia medicamentosa e cessação do tabagismo.
- Os desenvolvimentos mais recentes na medicina nefroprotetora podem ser incorporados no plano de tratamento do doente de forma atempada.

A boa notícia é que os fatores de risco da DRC são bem compreendidos, o que pode ajudar a orientar as avaliações precoces.

Principais fatores de risco

(% de indivíduos dentro de cada comorbilidade que também têm DRC*):⁷⁻¹¹

Diabetes mellitus tipo 2 (25–40%)

Hipertensão Arterial (~30%)

Doenças cardiovasculares (~37%)

Insuficiência cardíaca (~50%)

Obesidade (~17%)

*A DRC atua como um amplificador de risco, agravando os resultados nestas comorbilidades.

Fatores de risco não tradicionais:^{7*}

Agentes nefrotóxicos
(ex: medicamentos, meios de contraste, terapias citotóxicas)

Hiperuricemia

Cálculos renais

Exposições maternas e fetais

Alterações climáticas

Infeções

Toxinas ambientais

Lesão renal aguda

*Particularmente significativos em países com rendimentos baixos e médios.

A lista de verificação ABCDE

Juntamente com o seu próprio julgamento clínico, a lista de verificação **ABCDE** fornece uma base sólida para avaliar se os rins de um indivíduo estão saudáveis ou se ele está em risco de desenvolver DRC.¹² Esta lista de verificação também pode ser utilizada para iniciar e orientar conversas sobre o risco de DRC.

Lista de Verificação ABCDE	Justificação
A Albuminuria <i>Qual é a Albuminúria do doente?</i>	Para avaliar lesão nos rins, a relação albumina/creatinina na urina (uACR) a partir de uma amostra de urina ocasional é a melhor ferramenta para aferir a albuminúria. Os testes com tiras reativas, embora convenientes para rastreio, carecem de sensibilidade e não são recomendados para o diagnóstico de DRC.
B Blood pressure <i>O doente tem uma Boa tensão arterial?</i>	A hipertensão (>140/90 mmHg) afeta 1,4 mil milhões de pessoas em todo o mundo e é a segunda principal causa da DRC. ⁷ A pressão arterial deve ser reduzida para pelo menos 130/80 mmHg através de mudanças no estilo de vida, como manter um peso saudável, praticar exercício regularmente, seguir uma dieta equilibrada e cessar o tabagismo.
C Cholesterol <i>Qual é o Colesterol do doente?</i>	Indivíduos em risco ou com DRC devem ter o seu perfil lipídico (colesterol total, LDL, HDL e triglicéridos) avaliado. Embora mudanças no estilo de vida, como exercício regular e uma dieta mais saudável, possam ajudar a reduzir o colesterol, medicamentos como estatinas, inibidores da absorção de colesterol ou ácido bempedoico podem ser necessários.
D Diabetes <i>O doente tem Diabetes?</i>	A diabetes é a principal causa de DRC, tornando o diagnóstico precoce crucial para a prevenção e gestão da doença. Normalmente, é diagnosticada através de glicose plasmática aleatória ≥ 200 mg/dL, glicose plasmática em jejum ≥ 126 mg/dL (repetir confirmatório se assintomático) ou HbA1c $\geq 6.5\%$.
E Estimated glomerular filtration rate (eGFR) <i>Qual a Estimativa da taxa de filtração glomerular (eTFG) do doente?</i>	A creatinina sérica, ajustada para a idade e sexo, é recomendada para calcular a taxa de filtração glomerular estimada (eTFG) na avaliação inicial dos doentes. É o teste mais acessível para diagnosticar, classificar e monitorizar a progressão da DRC.

Comunicar com os doentes sobre risco

O **método OARS** oferece uma maneira suave, mas eficaz, de comunicar com os doentes sobre o seu risco e motivar a mudança de comportamento:¹³

OARS	Justificação	Exemplo
O Open-ended questions <i>Orientar perguntas abertas</i>	Ao fazer perguntas que exijam mais do que uma resposta de “sim” ou “não”, incentiva-se os doentes a refletirem sobre a sua saúde, estilo de vida e fatores de risco para a DRC.	“O que sabe sobre como a tensão arterial elevada pode afetar os seus rins?”
A Affirmations <i>Afirmações</i>	Reconhecer as qualidades e esforços de um doente reforça comportamentos positivos, promovendo a motivação e o envolvimento na gestão dos seus fatores de risco.	“É ótimo que esteja a prestar atenção à sua alimentação — pequenas mudanças, como comer menos sal e manter-te hidratado, podem realmente apoiar a saúde dos seus rins.”
R Reflective listening <i>Refletir escuta</i>	Parafrasear o que o doente partilhou ajuda a validar as suas preocupações e garante que se sente compreendido, incentivando uma discussão mais aprofundada.	<i>Doente:</i> “Eu sei que deveria reduzir o sal, mas é difícil com os hábitos culinários da minha família.” <i>Profissional de saúde:</i> “Parece que queres fazer escolhas mais saudáveis, mas as tradições familiares tornam difícil mudar a tua alimentação.”
S Summarising <i>Sumário</i>	Recapitular os pontos-chave no final da discussão ajuda a reforçar a compreensão e a esclarecer os próximos passos para reduzir o risco de DRC.	“Então, falámos sobre como a tensão arterial elevada e a Diabetes aumentam o seu risco de DRC. Está disposto a monitorizar a sua tensão arterial e a fazer pequenas alterações à sua alimentação.”

Discutir as ideias erradas comuns sobre a DRC

Ao discutir o risco de DRC com os doentes, prepare-se para abordar os muitos equívocos comuns que desmotivam as pessoas a procurar aconselhamento médico ou a adotar comportamentos que reduzem o risco de DRC:

Mito	Como responder
A doença renal é rara.	A doença renal é mais comum do que pensa. Afeta 1 em cada 10 adultos na Europa e está frequentemente associada a comorbilidades como diabetes e hipertensão. ¹⁴
As pessoas sabem quando têm doença renal.	A doença renal pode ser uma doença silenciosa, sem sintomas até se tornar avançada. Por isso, é importante fazer exames, especialmente se tiver doenças/comorbilidades que o colocam em risco.
Os testes para a doença renal são longos e caros.	Os testes renais são simples e acessíveis — você pode detetar problemas renais através de análises de urina e sangue de rotina, que não demoram muito tempo.
Não há nada que se possa fazer para reduzir os fatores de risco.	Felizmente, há muito que pode fazer! Comer de forma saudável, fazer exercício e tomar os medicamentos certos pode ajudar a controlar fatores de risco como a hipertensão arterial, a diabetes e a obesidade.
As causas da doença renal não são desconhecidas.	As causas da doença renal são bem compreendidas. A hipertensão arterial, a diabetes, as doenças cardíacas e o tabagismo podem acelerar significativamente o declínio da função renal, especialmente em pessoas com DRC. Certos medicamentos e doenças, como infeções renais ou histórico familiar, também podem aumentar o risco.
Quando se é jovem, todos os suplementos são seguros para a saúde renal.	Um número considerável de suplementos para musculação e fitness contém ingredientes nefrotóxicos não revelados, incluindo níveis elevados de creatina, cafeína, estimulantes e extratos de plantas. A falta de uma regulamentação rigorosa sobre certos suplementos para perda de peso e aumento de massa muscular também pode ter efeitos prejudiciais na função renal.
A doença renal só afeta pessoas idosas.	As pessoas mais jovens também devem ser rastreadas, pois a doença renal pode desenvolver-se em qualquer idade, especialmente em pessoas com fatores de risco como diabetes, hipertensão arterial, obesidade ou histórico familiar de doença renal.

É Hora de Iniciar a Conversa sobre os Rins

Ao reconhecer os fatores de risco para a doença renal e promover conversas abertas e informadas com os seus doentes, pode fazer uma verdadeira diferença na deteção precoce e na prevenção. Capacite os seus doentes com o conhecimento de que precisam para dar passos proativos em direção a rins e a um futuro mais saudáveis.

Para mais informações, por favor visite:
www.era-online.org/strong-kidneys/medical-professionals



Referências

1. Cockwell P, Fisher LA. The global burden of chronic kidney disease. *Lancet*. 2020;395:662-664. Available from: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(19\)32977-0/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(19)32977-0/fulltext)
2. Jager KJ, Kovesdy C, Langham R, et al. A single number for advocacy and communication-worldwide more than 850 million individuals have kidney diseases. *Nephrol Dial Transplant*. 2019;34:1803-1805. Available from: [https://www.kidney-international.org/article/S0085-2538\(19\)30786-0/fulltext](https://www.kidney-international.org/article/S0085-2538(19)30786-0/fulltext)
3. WHO. The top 10 causes of death. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>
4. Early diagnosis of chronic kidney disease. International Society of Nephrology. 2021. Available from: https://www3.weforum.org/docs/WEF_CKD_discussion_paper_PHSSR.pdf
5. Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) (2024). KDIGO 2024 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. *Kidney Int*. 105:S117-S314. Available from: <https://kdigo.org/wp-content/uploads/2024/03/KDIGO-2024-CKD-Guideline.pdf>
6. Kirsztajn GM, Suassuna JH, Bastos MG. (2009). Dividing stage 3 of chronic kidney disease (CKD): 3A and 3B. *Kidney Int*. 76(4):462-463. Available from: <https://doi.org/10.1038/ki.2009.178>
7. Adler AI, Stevens RJ, Manley SE, et al. Development and progression of nephropathy in type 2 diabetes: the United Kingdom Prospective Diabetes Study (UKPDS 64). *Kidney Int*. 2003;63:225-232. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0085253815488635>
8. Luyckx VA, Tuttle KR, Garcia-Garcia G, et al. Reducing major risk factors for chronic kidney disease. *Kidney Int Suppl* (2011). 2017;7:71-87. Available from: [https://www.kisupplements.org/article/S2157-1716\(17\)30029-1/fulltext](https://www.kisupplements.org/article/S2157-1716(17)30029-1/fulltext)
9. Cases Amenos A, Gonzalez-Juanatey JR, Conthe Gutierrez P, Matali Gilarranz A, Garrido Costa C. Prevalence of chronic kidney disease in patients with or at a high risk of cardiovascular disease. *Rev Esp Cardiol*. 2010;63:225-228. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1885585710700414?via%3Dihub>
10. Khan MS, Ahmed A, Greene SJ, et al. Managing Heart Failure in Patients on Dialysis: State-of-the-Art Review. *J Card Fail*. 2023;29:87-107. Available from: [https://onlinejcf.com/article/S1071-9164\(22\)00730-8/fulltext](https://onlinejcf.com/article/S1071-9164(22)00730-8/fulltext)
11. Law JP, Pickup L, Pavlovic D, Townend JN, Ferro CJ. Hypertension and cardiomyopathy associated with chronic kidney disease: epidemiology, pathogenesis and treatment considerations. *J Hum Hypertens*. 2023;37:1-19. Available from: <https://www.nature.com/articles/s41371-022-00751-4>
12. ERA (2024). Do you know your ABCDE profile? Available from: <https://www.era-online.org/publications/do-you-know-your-abcde-profile/>
13. American Kidney Fund. How to clearly communicate with people about chronic kidney disease (CKD). Available from: https://www.kidneyfund.org/sites/default/files/media/documents/KHC%20Clear%20Communication%20Guide_FINAL.pdf?s_src=website&s_subsrc=Kidney%20Health%20Coach%20Portal%7CKHC%20Clear%20Communication%20Guide
14. European Renal Association. ERA Strong Kidneys Leaflet. p1, under "Did you know?". Available from: https://www.era-online.org/wp-content/uploads/2024/11/ERA-Strong-Kidneys-Leaflet_ENG.pdf