NEFRÂMEA

porta-voz dos dialisados e transplantados renais

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE INSUFICIENTES RENAIS

ANO XXV • Nº 130 PUBLICAÇÃO BIMESTRAL • Janeiro/Fevereiro 2007

EMPOSSADOS NOVOS CORPOS SOCIAIS

CALENDÁRIO DE ACTIVIDADES PARA 2007

O QUE É A DIÁLISE PERITONEAL?

OS IRC SEMPRE COMO MOEDA DE TROCA

EXERCÍCIO FÍSICO EM DOENTES HEMODIALISADOS

Ficha Técnica

NEFRÂMEA Nº 130
ANO XXV • JANEIRO/FEVEREIRO 2007

DIRECTOR
José Carlos Gomes

CHEFE DE REDACÇÃO
Carlos Silva

SECRETÁRIA DE REDACÇÃO
Maria Leonor Varanda

CORPO REDACTORIAL
Carlos Silva, Carlos Gomes, Paulo Ribeiro, Paulo Zoio e Paulo Pacheco

FOTOGRAFIA
Arquivo; Diversos

COLABORAM NESTE NUMERO
Delegações Regionais, vários IRC, Paulo Zoio, Paulo Ribeiro, Prof. Dr. João Frazão Dr. Manuel Amoedo, Enf.º André Novo, Sara Oliveira Vitor Simões e Carlos Silva

PRE-IMPRESSÃO
Passos de Cor – Artes Gráficas e Design Gráfico, Lda.

IMPRESSAO E ACABAMENTO
ADFA – Tipografia Escola da Associação dos Deficientes das Forças Armadas

PROPRIEDADE
Associação Portuguesa de Insuficientes Renais
Empresa Jornalística nº 208811
Registado no Instituto da Comunicação Social sob o nº 108812

REDAÇÇÃO E ADMINISTRAÇÃO
Via Principal de Peões
Zona I de Chelas, Lote 105,
Loja B – 1950-244 LISBOA
Tel. 218371654 – Fax 218370826
e-mail: apir@mail.telepac.pt
Internet: www.apir.pt

TIRAGEM
3700 exemplares
Bimestral
Distribuição gratuita aos sócios da APIR

PREÇO APOIO 3€
ASSINATURA ANUAL: 17€

DEPÓSITO LEGAL
244169/06

As opiniões expressas nesta publicação são da responsabilidade dos autores e não reflectem necessariamente as posições da APIR ou da redacção.
Cabe à DN a selecção final dos textos discordantes das orientações oficiais da Associação.

PORTE PAGO

SUMÁRIO

3 EDITORIAL

4/5 ACTIVIDADES DA APIR
Tomada de Posse
Convocatória da Assembleia Geral
Calendário de Actividades 2007

6 OPINIÃO
Os IRC sempre como moeda de troca

7 NOTÍCIAS
APIR reúne com Secretário de Estado da Saúde
Presidente do PSD reúne com Associação de Doentes

8 CONSELHOS ÚTEIS
Gripe... (Fruta da Época)
Antibióticos

10/11 INFORMAÇÃO
Exercício Físico em doentes Hemodiálisados

12 FORMAÇÃO
Insuficiência Renal

14/15 FORMAÇÃO
O que é a Diálise Peritoneal?

16 TESTEMUNHO
Diálise Peritoneal

18 NOTÍCIAS
Beja Nova Unidade de Hemodiálise

19 NEFRÂMEA DAS DELEGAÇÕES REGIONAIS

20/21 DELEGAÇÃO REGIONAL DE COIMBRA
Presidente da Câmara de Coimbra inaugura espaço para Associações
Festa de Natal
21 Lista Eleita para a Delegação Regional de Aveiro

22/23 DELEGAÇÃO REGIONAL DE SETÚBAL
Lista Eleita para a Delegação Regional de Setúbal
Membros da Delegação Tomam Posse
Guia de recursos para a deficiência

24/25 NÚCLEO LOCAL DE LISBOA
O Tratamento da IRC - A Prespectiva do Doente (Relatório da CEAPIR)

26 INFORMAÇÃO
Ministério da Saúde com Organismo Fiscalizador

27 POESIA

28 CORREIO DE LEITORES

29 NOTÍCIAS
Hospital de Évora colhe orgãos para Transplante

30/31 CULTURA

32 HUMOR NA DIÁLISE

TOMADA DE POSSE DOS ÓRGÃOS SOCIAIS

FESTAS DE NATAL DA APIR

EM COIMBRA E NO CIRCO ATLAS

Convívio Prévio à Tomada de Posse dos Novos Membros Directivos

Momento de convívio na Festa de Natal em Coimbra

Festa de Natal da APIR no Circo Atlas

A ESPERANÇA ABRE A PORTA AO ANO NOVO...

Agora que fechámos a porta a mais um ano, o 2006, é altura de a abrirmos ao novo 2007. E começamos em Janeiro (nome proveniente de Janus, o deus das portas e passagens na mitologia romana), com as Tomadas de Posse dos Novos Corpos Sociais Nacionais e Regionais da APIR, eleitos no passado mês de Dezembro.

Tem-se mostrado cada vez mais difícil encontrar elementos dispostos a dedicar-se de forma voluntária e generosa ao associativismo em geral, e à nossa Associação em particular.

Em cada ano que passa vamos ficando mais pobres, porque alguns dos amigos e companheiros que, de forma abnegada e em muitos casos relegando para segundo plano a sua vida pessoal e familiar, para se dedicaram de alma e coração à APIR, vão partindo deste mundo e não tem sido fácil encontrar novos elementos que os substituam.

Por isso, no início de mais um ano em que por norma está subjacente o espírito de renovação e de mudança e em que habitualmente delineamos projectos, seria bom que mais IRC decidissem aproximar-se da sua Associação, sobretudo os mais jovens porque trazem vitalidade e novas ideias que permitem assegurar o futuro.

É sempre com muitos sonhos e esperança que entramos num Novo Ano. Sabemos que todo os acontecimentos que nos aguardam são imprevisíveis, sendo o contexto político e social em que nos encontramos muito pouco favorável para toda a população e, particularmente, para os deficientes.

A introdução da nova taxa de internamento hospitalar e o aumento de outras já existentes, a subida dos preços dos medicamentos, devido à redução da comparticipação do Estado no preço dos mesmos, já para não falar da retirada de alguns dos benefícios fiscais, nomeadamente, no que respeita ao IRS, são algumas das tristes realidades com que todos nos vamos deparar.

Também há a salientar o facto de, no Orçamento de Estado para 2007 estar previsto um acréscimo de **0%**, em relação a 2006, ou seja um congelamento da despesa com convenções com vários prestadores de cuidados de saúde, como por exemplo as clínicas de hemodiálise, o que quer dizer que estas clínicas poderão receber do Estado o mesmo montante que lhes foi pago o ano passado, independentemente de terem de atender um número maior de doentes.

Não se apresentando fácil o trabalho dos novos dirigentes agora eleitos, para o próximo biénio 2007/2008, gostaríamos de deixar a todos uma palavra de esperança e votos de muita saúde e força de vontade para as tarefas que a todos nos esperam.

A "esperança é a última a morrer"... e "o sonho comanda a vida ..." Estes conceitos que deverão estar sempre presentes no espírito de todos os que se empenham na prossecução dos objectivos desta Associação, como seja a luta intransigente na defesa dos direitos e interesses dos IRC.

Terminamos desejando a todos os leitores um 2007 Esperançoso e Bom !

TOMADA DE POSSE DOS NOVOS CORPOS SOCIAIS

No passado dia 28 de Janeiro, foram empossados os novos Corpos Sociais Nacionais, os membros da Delegação Regional de Setúbal e do Núcleo Local de Lisboa, da APIR, eleitos nos dias 28 e 29 de Dezembro para o biénio 2007/2008. As restantes Delegações, cujos membros foram eleitos na mesma data, tomarão posse brevemente.

Os Órgãos Sociais agora eleitos pretendem, na medida do possível, prosseguir os objectivos da APIR, no que respeita à defesa dos direitos, regalias e interesses dos Insuficientes Renais Crónicos portugueses, bem como a realização de acções de Informação/Formação e Sensibilização dos IRC, seus familiares e população em geral, acerca da Prevenção e Tratamento das doenças renais crónicas.

Este foi um Acto Eleitoral muito concorrido, o que demonstra o interesse dos nossos associados na vida organizativa da APIR. Votaram perto de 500 sócios efectivos, numa percentagem de cerca de 20%, num total de 2404 sócios eleitores.

ELEIÇÃO PARA OS ÓRGÃOS DIRECTIVOS NACIONAIS E REGIONAIS BIÉNIO 2007/2008

RESULTADOS ELEITORAIS

NÚMERO DE SÓCIOS ELEITORES.....2404
NÚMERO DE VOTANTES 447
VOTOS VÁLIDOS NA LISTA ÚNICA ... 410
VOTOS BRANCOS 20
VOTOS NULOS 17

DELEGAÇÃO REGIONAL DE AVEIRO

NÚMERO DE VOTANTES.....13
VOTOS VÁLIDOS NA LISTA ÚNICA 12
VOTOS BRANCOS 1

DELEGAÇÃO REGIONAL DE COIMBRA

NÚMERO DE VOTANTES 41
VOTOS VÁLIDOS NA LISTA ÚNICA 39
VOTOS BRANCOS 2

DELEGAÇÃO REGIONAL DE SETÚBAL

NÚMERO DE VOTANTES.....80
VOTOS VÁLIDOS NA LISTA ÚNICA.....78
VOTOS BRANCOS 1
VOTOS NULOS 1

NÚCLEO LOCAL DE LISBOA

NÚMERO DE VOTANTES 160
VOTOS VÁLIDOS NA LISTA ÚNICA 153
VOTOS BRANCOS 6
VOTOS NULOS..... 1

ASSEMBLEIA GERAL ORDINÁRIA (CONVOCATÓRIA)

De acordo com os Estatutos, convoco a Assembleia Geral Ordinária da APIR, a reunir no próximo **dia 25 de Março de 2007**, pelas **15 horas**, na Sede da Associação Portuguesa de Insuficientes Renais em Chelas, Lisboa (junto à esquadra da PSP na Zona I).

A ordem de trabalhos proposta é a seguinte:

1 - Leitura, Discussão e Aprovação da Acta da Assembleia anterior;
2 - Discussão e Aprovação do Relatório de Actividades e Contas de 2006;
3 – Informações Diversas.

Se à hora marcada não houver quorum, a Assembleia Geral reunirá trinta minutos (meia hora) mais tarde, com o número de sócios presentes e a mesma ordem de trabalhos.

Lisboa, 08 de Janeiro de 2007

O Presidente da Mesa da Assembleia Geral

CALENDÁRIO DE ACTIVIDADES APIR 2007

JANEIRO

14 - Reunião do Secretariado da DN, pelas 10.00 H, na Sede Nacional;
28 - Tomada de Posse, pelas 10.00 H, na Sede Nacional – Reunião da DN;

FEVEREIRO

11 - Reunião do Secretariado da DN, pelas 10.00 H na Sede Nacional;
25 - Tomada de Posse Aveiro e Coimbra, pelas 10.00 H na Sede Regional de Coimbra
Reunião da DN;
- Saída da Nefrâmea N.º 130;

MARÇO

11 - Reunião do Secretariado da DN, pelas 10.00 H, na Sede Nacional;
25 - Reunião Ordinária da DN, pelas 09,30 H, na Sede Nacional / Assembleia Geral, pelas 15.00 H – Relatório de Actividades e Contas de 2006;

ABRIL

01 - VIII Encontro Interregional;
- Conferência sobre Hepatites – Coimbra;
29 - Reunião Ordinária da DN, pelas 09.30 H, na Sede Nacional;
- Saída da Nefrâmea N.º 131;

MAIO

13 - Reunião do Secretariado da DN, pelas 10.00 H, na Sede Nacional;
20 - Colóquio em Lisboa "Diabetes na IRC";
24 / 26 - XXI Congresso de Nefrologia – Vilamoura;
27 - Reunião Ordinária da DN, pelas 09.30 H, na Sede Nacional;

JUNHO

17 - Reunião do Secretariado da DN, pelas 10.00 H, na Sede Nacional;
24 - Reunião Ordinária da DN, pelas 09.30 H, na Sede Nacional;
Saída da Nefrâmea N.º 132;

JULHO

15 - Reunião do Secretariado da DN, pelas 10.00 H na Sede Nacional;
29 - Reunião Ordinária da DN, pelas 09.30 H, na Sede Nacional;

AGOSTO

- Férias;
- Saída da Nefrâmea N.º 133;

SETEMBRO

16 - Reunião do Secretariado da DN, pelas 10.00 H, na Sede Nacional;
23 - Conferência /Debate - Setúbal - "Diálise Domiciliária";
30 - Reunião Ordinária da DN, pelas 09.30 H, na Sede Nacional;

OUTUBRO

14 - Reunião do Secretariado da DN, pelas 10.00 H, na Sede Nacional;
21 - Comemorações do XXIX Aniversário da APIR – Lisboa
28 - Reunião Ordinária da DN, pelas 09.30 H, na Sede Nacional;
- Saída da Nefrâmea N.º 134;

NOVEMBRO

11 - Reunião do Secretariado da DN, pelas 10.00 H, na Sede Nacional;
25 - Reunião Ordinária da DN, pelas 09.30 H, na Sede Nacional – Assembleia Geral pelas 15.00 H – Plano de Actividades e Orçamento para 2008;

DEZEMBRO

16 - Reunião do Secretariado da DN, pelas 10.00 H, na Sede Nacional;
- Festas de Natal da APIR;
30 - Reunião Ordinária da DN, pelas 09.30 H, na Sede Nacional;
- Saída da Nefrâmea N.º 135

Lisboa, 07 de Janeiro de 2007
A Direcção Nacional

OS IRC SEMPRE COMO MOEDA DE TROCA

Foto extraida do site ALCER

Após várias tentativas de negociação falhadas entre o Estado e a Associação Nacional dos Centros de Diálise (ANADIAL), esta entidade voltou a ameaçar com a **Não-aceitação de Novos Doentes para tratamento.**
Ciclicamente, pelo menos desde 1984, quando chega a altura das negociações entre o Estado e a ANADIAL, para estabelecer a actualização dos preços das sessões dialitícas, são sempre os insuficientes renais crónicos, que nem sequer participam nas negociações, que são ameaçados, servindo de **moeda de troca** para o acerto dos preços.

Acerca desta grave situação a APIR sempre defendeu três ideias essenciais:

1.O Estado português é o principal responsável por termos chegado a este conflito permanente, de que os IRC são as principais vitimas porque, ao longo dos anos deixou o sector praticamente nas mãos dos privados, sem criar as alternativas de tratamento necessárias a que está obrigado politica, social e moralmente. Por isso, não tem capacidade negocial com o sector. È preciso relembrar que os privados detêm mais de 90% dos postos de diálise.

2.A APIR sempre discordou da principal medida adoptada pela ANADIAL de não aceitar novos doentes, desde que não chegue a acordo com o Ministério da Saúde, utilizando assim os doentes como forma de pressão sobre os governos para alcançar os seus objectivos. Apesar de considerarmos inaceitável o congelamento de custos previsto no Orçamento para 2007 relativamente á diálise, nomeadamente quando o governo quer que os centros tratem mais doentes pelo mesmo valor de 2006, pensamos que a ANADIAL deve recorrer a outras medidas que não penalizem única e exclusivamente os doentes.

3.Hoje, existem cerca de 15.000 IRC, dos quais mais de 4.000 estão transplantados e perto de 9.000 precisam de fazer diálise para poderem sobreviver. Estes doentes não podem sistematicamente continuar prisioneiros dos ciclos económicos e da insensibilidade dos governantes ou administradores dos centros de diálise.

Por tudo isto a APIR sempre defendeu a criação de uma Rede Pública de Tratamento Dialitíco que responda ás principais necessidades territoriais e geográficas dos Insuficientes Renais Crónicos portugueses. A não ser assim **têm que morrer doentes que estão em tratamento para haver vagas para os novos doentes. É esta a alternativa que o governo e o seu Ministro da Saúde oferecem aos IRC.**

Recordamos que todos os anos surgem mais de 2.000 pessoas com esta doença e que o Estado não tem capacidade para as tratar nos hospitais públicos.

Vitor Simões Sócio n.º 1

APIR REUNE COM SECRETÁRIO DE ESTADO DA SAÚDE

No passado dia um Fevereiro a APIR reuniu-se uma vez mais com o Secretário de Estado da Saúde, Dr. Francisco Ramos, para o ouvir sobre as medidas que pretendem tomar em relação ao futuro da Hemodiálise em Portugal.

O Sr. Secretário da Saúde comunicou-nos que estão a pensar levar por diante o "pacote" de Diálise. Ou seja o que se pretende é englobar tudo o que envolva a Hemodiálise num só pacote, como os transportes, análises clinicas, exames complementares, eritropoietina, etc. Esta medida preocupa-nos, na medida em perspectivamos um futuro pouco risonho para os doentes em Hemodiálise.

Todos sabemos que as clinicas privadas não estão para ter prejuízo, e esta e outras medidas que o estado pretende levar avante só irão prejudicar os doentes, o número de pessoal especializado, (médicos, nefrologistas, enfermeiros, etc.) analises clinicas, exames complementares, entre outros, vão ser reduzidos. Outro ex. o estado propôs não pagar o tratamento a cerca de novos 400 doentes que entram em Hemodiálise por ano, alegando que os hospitais públicos tem capacidade para os acolher. O que é uma mentira, a hemodiálise pública é cerca de 4%, como poderá ter capacidade para os acolher. Será que terão que morrer doentes para entrar outros, ou será que teremos que ir paraoestrangeiro receber o tratamento como acontecia à 30 anos atrás. Tudo iremos fazer para que nós insuficientes renais não sejamos os lesados com estas guerrilhas entre estado e Anadial. No dia dois de Fevereiro, Secretário da saúde e Anadial vão sentar-se à mesa para tentar chegar a um acordo.

Aguardamos novas noticias. De preferencia positivas!

A Direcção Nacional

PRESIDENTE DO PSD REUNE COM ASSOCIAÇÕES DE DOENTES

No dia 23 de Janeiro, várias Associações de Doentes foram recebidas pelo Dr. Marques Mendes.

A reunião, convocada pelo Presidente do PSD, tinha como objectivo dar a conhecer alguns dos problemas com que se debatem os Doentes Crónicos.

A APIR teve oportunidade de informar sobre a questão da não aceitação, por parte das Clínicas privadas, de novos doentes para tratamento hemodialítico.

É uma situação que preocupa a APIR que comunicou ao Presidente do PSD que, se esta situação se concretizar os novos doentes (cerca de 2000/ano), não têm alternativa para realizarem o seu tratamento..

A Direcção Nacional

GRIPE ...
(a fruta da época)

- O que é a gripe? - A gripe é uma doença contagiosa resultante da infecção pelo vírus influenza. Este vírus infecta o tracto respiratório (nariz, seios nasais, garganta, pulmões e ouvidos).

A maior parte das pessoas recupera em uma ou duas semanas. A gripe é mais perigosa nas crianças pequenas, nos idosos (com mais de 65 anos de idade), nos doentes com problemas do sistema imunitário (infectados pelo VIH ou transplantados), ou com doenças crónicas (pulmonares, renais ou cardíacas). Nestes grupos de doentes a gripe pode levar a complicações graves.

- Os sintomas da Gripe - A gripe caracteriza-se pelo início súbito de sintomas que incluem frequentemente:

- Febre elevada; Arrepios; Dor de cabeça; Dor muscular; Garganta inflamada Nariz entupido Tosse seca.

Na gripe sem complicações, a doença aguda geralmente resolve-se ao fim de cerca de 5 dias e a maioria dos doentes recupera em 1-2 semanas. Porém em algumas pessoas, os sintomas de fadiga podem persistir várias semanas.

- Como se transmite o vírus da gripe - O vírus da gripe transmite-se facilmente de pessoa para pessoa através de pequenas gotas emitidas através da tosse ou dos espirros. A inalação dessas gotículas através do nariz ou garganta permite a entrada do vírus no organismo. Uma vez dentro do organismo, o vírus destrói a membrana mucosa do tracto respiratório e infecta as células. A proliferação das bactérias nas membranas mucosas danificadas pelo vírus da gripe, podem provocar infecções secundárias como pneumonia, sinusite, faringite, otite ou bronquite.

- Prevenção – A principal medida de prevenção da gripe é a vacinação. Esta deve ser repetida todos os anos, especialmente nos grupos de risco (idosos, crianças e doentes crónicos). Para que a vacinação seja eficaz, é necessário repeti-la anualmente, pois o vírus sofre alterações frequentes, e só assim ela poderá oferecer uma protecção entre 30% a 90% aos indivíduos vacinados.

- Tratamentos – Para o alívio dos sintomas da gripe são normalmente utilizados analgésicos, antipiréticos, descongestionantes nasais, etc. Os antibióticos não são eficazes contra a infecção do vírus, mas podem ser receitados se se verificar uma infecção bacteriana na sequência da gripe.

Pesquisa na Internet

ANTIBIÓTICOS

O que são? – São medicamentos que tratam as infecções provocadas por bactérias, como otites, pneumonias, infecções urinárias, etc. Se utilizados de forma incorrecta, podem ser prejudiciais.

Actuam em todas as infecções? – Não. Os antibióticos não são eficazes nas infecções provocadas por vírus, como as constipações e gripe.

São todos iguais? – Não cada antibiótico só actua sobre alguns tipos de bactérias. Só o médico deve escolher o antibiótico adequado, conforme as queixas do doente.

O que é a resistência das bactérias aos antibióticos? – É a perda de eficácia destes medicamentos, o que torna mais difícil o tratamento das infecções. Surge com o uso incorrecto e com o abuso dos antibióticos.

Como utilizá-los de forma segura e evitar resistências?

- Tome antibióticos só por indicação do médico;
- Não tome o antibiótico que tenha guardado em casa, porque pode não ser o adequado à infecção, mesmo que tenha sintomas parecidos;
- Não use os antibióticos de outras pessoas nem partilhe os seus, porque podem não ser adequados à infecção que tem;
- Siga exactamente as instruções do médico;
- Tome sempre à mesma hora, todos os dias até ao fim do tratamento, mesmo que no final já se sinta melhor;
- Não tome para além do tempo aconselhado pelo médico;
- Se não se sentir melhor após 3 dias a tomar o antibiótico ou no final do tratamento contacte o médico;

Quais os Cuidados a ter?

- O efeito da maioria dos antibióticos nota-se após 3 dias, pelo que não deve interromper o tratamento se não se sentir melhor após as primeiras tomas;
- Os antibióticos devem ser tomados até ao fim da embalagem, excepto quando o médico recomendar um tempo de tratamento diferente;
- Se ao terminar o tratamento ainda restar antibiótico, devolva-o na farmácia, para ser eliminado com segurança;
- Utilize os antibióticos só quando necessário.

(ANF - Associação Nacional de Farmácias)

EXERCÍCIO FÍSICO EM DOENTES HEMODIALISADOS

Desde 1977 que se demonstrou que os doentes hemodialisados têm baixo nível de capacidade física. Desde esta data, muitos estudos chegaram à conclusão que os insuficientes renais crónicos, submetidos a tratamento hemodialítico, estão limitados na sua capacidade física, com níveis entre 60 a 70% do esperado, relativamente a indivíduos saudáveis, da mesma faixa etária.

Apesar do progresso significativo, relativamente à tecnologia de tratamento de substituição renal e aos avanços médicos, os doentes mantêm-se limitados fisicamente, o que tem um impacto negativo na sua saúde, qualidade de vida e, consequentemente, no que disso advém (ex.: hospitalizações, mortalidade).

Desde então, o exercício planificado, envolvendo exercício aeróbico e de força, começou a ser reconhecido como intervenção terapêutica, que pode atrasar a deterioração fisiológica, funcional e psicológica, que comummente se desenvolvem como consequência da idade biológica, das doenças catabólicas e do estilo de vida sedentário. Todos estes factores promovem um progressivo declínio da vitalidade e da qualidade de vida nos doentes hemodialisados.

Desde o primeiro ensaio clínico randomizado com doentes hemodialisados desenvolveram-se alguns estudos chave, que demonstraram a importância desta parte negligenciada do tratamento da insuficiência renal crónica.

Todos estes estudos chegaram à conclusão que o exercício físico prolongado é seguro e benéfico para esta população específica. Apesar de tudo, recentes investigações confirmam que o exercício físico não é rotineiramente prescrito neste grupo.

NorDial
Centro de Diálise de Mirandela

A NORDIAL – Centro de Hemodiálise de Mirandela, convicta de todas as evidências acima descritas e aproveitando o facto de um dos seus colaboradores ser Doutorando em Ciências da Actividade Física e do Desporto, celebrou um protocolo com as Universidades de León e de Valladolid, propondo-se para o efeito levar a cabo um programa de treino prescrito de forma individualizada e específica para cada doente.

Assim sendo, a NORDIAL, numa iniciativa pioneira, levou a cabo uma avaliação prévia da capacidade física e da qualidade de vida dos doentes hemodialisados, que decorreu entre os dias 27 e 31 de Outubro de 2006, que foi composta por:

- Ergoespirometria de esforço, para avaliação da VO_{2peak}; (consumo pico de oxigénio)
- Gasimetria pré e pós ergoespirometria de esforço, com amostra de sangue capilarizado do lóbulo da orelha;
- Teste de força muscular máxima do quadricípide;

- Testes de capacidade funcional (SIT–TO–STAND, UP AND GO e Hand Grip)
- Aplicação do questionário de estado de saúde SF-36.

Posto isto, os doentes voluntários e seleccionados estão a ser conduzidos através de um período de treino progressivo, supervisionado e individualizado, em bicicleta reclinada e tapete rolante, que foi prescrito de forma individualizada. Este treino tem a duração de cerca de 30 minutos, antes de cada sessão de hemodiálise (3 sessões por semana) e decorrerá durante 12 semanas.

Para que tudo seja possível, contamos com a colaboração importantíssima da Sub-Região de Saúde de Bragança, na pessoa da Srª Coordenadora, Exma Srª Professora Doutora Berta Nunes e da Sub-Região de Saúde de Vila Real, na pessoa do Sr. Coordenador, Exmo Sr. Professor Doutor José Andrade, relativamente ao transporte dos doentes.

Entre os dias 26 e 31 de Janeiro de 2007 realizar-se-á a avaliação final, aos doentes que concluírem o programa de treino. Esta avaliação será, em tudo, semelhante à avaliação inicial. Finda a avaliação final das 12 semanas de treino, será proposto, para cada doente individualmente, um programa de treino específico.

De referir ainda que, para este estudo, se recorreu a pesquisa bibliográfica e se estabeleceu contacto via correio electrónico com os mais conceituados especialistas do tema.

Como praticamente todos os estudos revelam uma melhoria da qualidade de vida dos doentes, estamos expectantes quanto aos resultados que vamos obter.

Para informação adicional ou outros esclarecimentos, contactar:

André Novo
917972163
andrenovo@gmail.com
Enfermeiro André Novo
Hospital de Bragança / Ortopedia

INSUFICIÊNCIA RENAL

Prof. Doutor João Miguel Frazão
Assistente Hospitalar de Nefrologia do Hospital De S. João-Professor Auxiliar Convidado do Departamento de Medicina da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

A principal função dos rins é a correcção de perturbações na composição e volume dos fluidos corporais, que ocorrem como consequência da ingestão alimentar, metabolismo e factores ambientais, sendo também, responsáveis pela produção de enzimas e hormonas.

A insuficiência renal crónica é uma doença provocada pela deterioração lenta e irreversível da função renal. Como consequência da perda de função, existe retenção no sangue de substâncias que normalmente seriam removidas pelo rim e excretadas na urina. Esta doença, pode ser o resultado final de múltiplas patologias, nomeadamente a hipertensão arterial, a diabetes mellitus, as glomerulonefrites crónicas e algumas doenças hereditárias. A insuficiência renal crónica manifesta-se clinicamente de forma inespecífica durante uma grande parte da sua evolução. O denominado síndrome urémico, na sua expressão mais exuberante manifesta-se com fadiga, anorexia, perda de peso, prurido, caimbras musculares, pericardite, edema pulmonar, anemia, alterações do metabolismo mineral, alterações sensitivas e da concentração. Se a insuficiência renal não for detectada e tratada atempadamente pode evoluir para o coma e morte.

O tratamento da insuficiência renal crónica envolve vários aspectos. Tratamento específico de acordo com a etiologia subjacente, prevenção de agressões secundárias, estratégias para a diminuição da perda da função renal, manutenção de um bom estado nutricional e também a prevenção das complicações inerentes à própria insuficiência renal crónica, como é o caso das alterações do metabolismo mineral e doença óssea renal.

Apesar da optimização terapêutica, a perda da função renal é inexorável e na sua fase terminal é necessário o uso de terapêuticas de substituição da função renal que incluem a hemodiálise, diálise peritoneal e transplantação renal.

Nos últimos anos, assistiu-se a uma evolução muito importante na compreensão e tratamento de vários aspectos da insuficiência renal crónica que em muito vieram melhorar a qualidade de vida dos doentes em programa regular de hemodiálise.

Contudo, continua-se a verificar uma morbilidade e mortalidade cardiovascular muito elevada nesta população de doentes. Sabe-se hoje, que as alterações do metabolismo mineral, nomeadamente a elevação da hormona paratiroideia que estes doentes apresentam e a elevação dos níveis séricos de fósforo e cálcio contribuem de forma muito significativa para essa elevada morbilidade e mortalidade.

Um dos avanços mais recente e significativo no tratamento destes doentes, foi o desenvolvimento de fármacos designados de calcimiméticos, que controlam os níveis elevados da hormona paratiroideia. A possibilidade única que estes compostos têm de reduzir farmacologicamente os níveis séricos da hormona paratiroideia com o efeito simultâneo e muito desejado, de redução dos níveis de fósforo e de cálcio veio preencher uma lacuna importante no tratamento desta população de doentes. Um estudo recente mostrou, que para além da redução significativa do risco de fracturas e hospitalizações por motivo cardiovascular nos doentes em hemodiálise tratados com um calcimimético, o cinacalcet, estes apresentam também melhoria significativa na qualidade de vida.

IN "SAÚDE EM REVISTA -Anuário 2006/Diário de Notícias e Jornal de Notícias

O QUE É A DIÁLISE PERITONEAL ?

A Diálise Peritoneal (DP) faz parte do arsenal terapêutico da doença renal crónica terminal (DRCT).

A DP utiliza o peritoneu que recobre a parede abdominal e os órgãos que estão nesta cavidade como membrana (filtro) que permite a eliminação de toxinas urémicas e água que se acumulam no doente com DRCT. A eliminação dos produtos de retenção azotada faz-se através de um líquido que se introduz na cavidade peritoneal.

Para fazer DP é necessário, como na hemodiálise, ter um acesso. Na DP o acesso é um cateter que se coloca na cavidade abdominal e que permite o seu enchimento e drenagem. Preferencialmente o acesso para DP deve ter sido feito antes do doente necessitar de iniciar a terapêutica para dar tempo a que o processo de cicatrização da incisão se faça nas melhores condições e assim se minimizem os problemas associados à colocação do cateter (hérnia ou fuga de líquido pelo local de colocação).

Existem duas modalidades de diálise peritoneal:

• DÁLISE PERITONEAL CONTÍNUA AMBULATÓRIA (DPCA) vulgarmente conhecida como diálise peritoneal manual em que o doente faz 3-5 trocas/dia de acordo com a indicação do seu médico.

• DIÁLISE PERITONEAL AUTOMÁTICA (DPA) em que o doente faz o seu tratamento durante a noite com a utilização de uma máquina que se chama cicladora que faz a introdução e drenagem do líquido na cavidade abdominal. Na DPA existem várias alternativas – o doente pode ou não ter líquido no abdómen durante o dia, pode fazer 1-2 trocas manuais durante o dia, etc.

A opção por DPCA ou DPA depende das características do abdómen do doente que se determina por um teste, o mais conhecido e utilizado na prática clínica é o teste de equilíbrio peritoneal (PET). Para além disso deve-se ter em conta a preferência do doente, a necessidade de ajuda na realização da técnica, doente com vida activa e a trabalhar longe de casa.

Como qualquer terapêutica a DP tem vantagens e desvantagens.

As principais vantagens são:

• Manutenção da função renal residual durante mais tempo que a hemodiálise.

• Preservação do capital vascular (o doente pode iniciar DP, ser transplantado e assim não ter necessidade de construir acesso vascular para HD).

• Permite manter uma vida activa mais facilmente (o doente pode deslocar-se com facilidade).

• Nos doentes que vivem longe de Centros de Diálise permite uma melhor qualidade de vida ao diminuir o tempo que se gasta em deslocações.

Como desvantagens salienta-se:

- Peritonite, complicação infecciosa, hoje menos frequente, que se caracteriza em regra por dor abdominal e líquido de drenagem turvo com ou sem febre. Neste caso o doente deve entrar em contacto de imediato com a sua Unidade porque o sucesso da terapêutica depende do início precoce de antibioterapia adequada.
- Infecção do orifício de saída e ou do túnel (trajecto subcutâneo do cateter) que se pode complicar com peritonite. Esta situação caracteriza-se habitualmente por drenagem de pus no local de saída do cateter, rubor e dor à palpação do trajecto do cateter.

A peritonite continua a ser a principal causa de passagem de DP para Hemodiálise embora, como já se referiu, actualmente seja mais fácil e eficaz o seu tratamento.

As complicações não infecciosas mais frequentes da DP são: Hérnia, fuga de líquido pelo orifício de colocação do cateter, mobilização do cateter, obstrução do cateter.

Quem é que pode fazer DP?

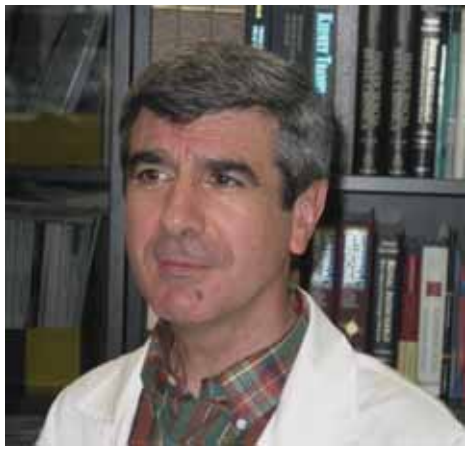
- O doente que prefere optar por DP depois de informado (nesta terapêutica em que o doente é responsável por uma boa parte do tratamento é fundamental que esteja motivado para a técnica)
- Doentes em que não seja fácil realização de acesso vascular para HD (ex. diabéticos, idosos) ou em que esteja programado transplante renal com dador vivo,
- Doentes que vivem longe de Centros de Diálise,
- Doentes com vida activa (é mais fácil manterem o seu trabalho).

Quem é que não deve ser candidato a DP?

- Doente que depois de adequadamente informado não opte por esta técnica,
- Doente com grande superfície corporal (é mais difícil fornecer quantidade de diálise adequada a estes doentes em DP)
- Doente com cirurgia abdominal prévia que tenha levado a formação de aderências e que impede a utilização do abdómen.
- Defeitos da parede abdominal não corrigíveis por cirurgia (ex. hérnias volumosas). As hérnias de pequeno volume, por exemplo, as inguinais não são contra-indicação para DP e podem ser corrigidas no mesmo acto operatório em que se coloca o cateter.

Cada vez mais é necessário apostar na educação do doente com DRC e familiares para em conjunto com os técnicos de saúde poderem ser adequadamente informados das TSFR.

Em conclusão a DP é uma terapêutica substitutiva da função renal que deve ser tida em conta no âmbito global da terapêutica substitutiva da função renal (TSFR). As TSFR não devem ser exclusivas mas complementares entre si para que seja possível aumentar a sobrevida e qualidade de vida do doente com IRCT.



Dr Manuel Amoedo, Assistente Hospitalar Graduado de Nefrologia,
Unidade de Diálise Peritoneal, Hospital Espírito Santo, Évora

DIALISE PERITONEAL

Entre música, manobras radicais, carros e muito mais

João Pedro Mergulhão, de 33 anos, escolheu a moderna técnica em prol de uma vida activa sem condicionantes

Uma queda aos seis anos, a meio de uma brincadeira, levou à descoberta da Diabetes Tipo 1, ou seja, a Insulino-Dependente. João Pedro Mergulhão era, na altura, uma criança vivaça e assim continuou, mesmo quando uma vizinha lhe vaticinava a morte "aos 15 anos", recorda agora o professor de música.
Natural de Cucujães, pequena vila do concelho de Oliveira de Azeméis, foi para Lisboa depois de, durante dois anos, passar por diversos hospitais do norte onde, no Hospital de Santa Maria, aprendeu a conviver com a doença. "Na altura tinha oito anos e aprendi a ganhar autonomia", recorda João Pedro. Não depender de alguém foi sempre o seu objectivo, daí que, a partir dos 14 anos, tenha começado a participar em formações sobre o assunto, além de ler muito sobre saúde e sobre o que o surpreendeu em tenra idade. E, talvez por já estar preparado, não foi surpreendido com a quase inevitável insuficiência renal. Quase porque terão sido, como reconhece, "os excessos quando fui estudar para Aveiro", há cinco anos, que precipitaram toda a situação.
Confirmada a debilidade renal crónica, Pedro – como é tratado pelos amigos - passou do Hospital S.João, no Porto, para a Nefrologia no Santo António, também na Invicta, para iniciar o tratamento adequado. A escolha não foi fácil, pois "já diziam há uns cinco ou seis anos que precisava de fazer hemodiálise, mas eu tentei sempre enveredar por outros caminhos que não esse". E a recusa devia-se à imagem "de limitação" que lhe vinha à cabeça. "Sempre fui uma pessoa muita activa, que sempre dormi pouco... E fazer hemodiálise representava ir um dia para a clínica, ficar praticamente outro a descansar e voltar, no dia seguinte, à clínica e, aí, vi a minha vida praticamente arrasada, pois teria que parar de fazer tudo", partilha João Pedro. Foi então que surgiu a opção da Diálise Peritoneal que lhe daria "maior autonomia". Mas, ele só via "como solução o transplante" e adiou a questão com fármacos, estando "inscrito na lista desde 2001 para transplante, só que faltava muito às consultas e, só agora, é que estou na lista activa".
Há cerca de um ano, começou finalmente com a Diálise Peritoneal, numa primeira fase Manual "praticamente como treino no hospital, até porque é uma técnica alternativa se houver uma falha de energia ou a máquina avariar, por exemplo"- e, passado pouco tempo, Automática (DPA).
Para já, este paciente nunca passou uma noite fora de casa, apenas "pelo factor psicológico, mas se tiver mesmo que sair não tenho problema", sossega. Como apoio, conta com o corpo clínico do próprio hospital a que está agregado e ainda com o apoio da enfermeira contratada pela empresa que disponibiliza a terapêutica. Optimista, João Pedro vê a terapia como uma passagem que teve "que aceitar" até receber o tão desejado transplante.
Os contratempos com a saúde fizeram-no reprovar um ano, mas não desistir dos sonhos e gozar a adolescência com tudo a que tinha direito. No Conservatório de Música de Aveiro fez o curso de Percussão. Hoje em dia, dá aulas de música no ensino básico. A par disso, pratica desporto, sobretudo radical. O skate e o surf são o escape de um quotidiano marcado pelo processo de diálise, neste caso, automática, realizada durante a noite. Uma condição obrigatória que lhe tem custado, pois é difícil aguentar oito horas de sono". Fazia a vida nocturna própria dos músicos. Essa é a única limitação ", desabafa. Os carros em miniatura são outra perdição, posta à prova em corridas de modelismo.
Músico de formação, já teve vários projectos na área do Jazz entre os quais uma escola que, este ano, está em standby por falta de pessoal docente. Na manga tem ainda a vontade de organizar, em breve, um evento de percussão de rua, o "Groove Movement", com o recurso " a baldes, vassouras e bolas de basquetebol ".
Entre ambições e tratamentos, João Pedro Mergulhão é peremptório ao afimar que, aos 33 anos, tem qualidade de vida, "não num padrão normal, mas já muito boa. Mas também faço por isso, senão não interessavam as terapêuticas".

Sara Oliveira - Jornalista

BEJA: NOVA UNIDADE DE HEMODIÁLISE

Custou três milhões de euros e tem capacidade para atender 300 doentes

A nova Unidade de Hemodiálise do Hospital de Beja, com capacidade para atender 300 doentes, custou três milhões de euros e começou a funcionar nos primeiros dias de Janeiro, num edifício construído de raíz equipado com novos monitores de diálise, disse fonte hospitalar.

Em declarações à agência Lusa, Rui Sousa Santos, presidente da administração do Centro Hospitalar do Baixo Alentejo (CHBA), onde está integrado o Hospital de Beja, explicou que a nova unidade possui "várias mais-valias" para o hospital, nomeadamente por permitir aumentar a capacidade de atendimento de 120 para 300 doentes.

"Já há uns meses, tínhamos alertado para o risco de alguns doentes terem de ser transferidos para outras unidades de hemodiálise, por estarmos mesmo a atingir o limite da nossa capacidade. Agora, esse problema acabou", disse.

Rui Sousa Santos afiançou que o Hospital de Beja está, agora, "em condições de dar resposta durante a próxima década, ao tratamento dos doentes insuficientes renais do distrito de Beja".

"Ficámos com margem para atender mais doentes e até poderemos receber alguns oriundos de zonas limítrofes ao distrito de Beja", acrescentou.

Outra das mais-valias apontadas por Rui Sousa Santos é o facto de tratar-se de uma unidade com "instalações e equipamentos novos".

O Hospital, afirmou, ficou ainda "francamente favorecido" com o novo contrato de concessão do serviço à mesma empresa especializada que já operava a valência antiga.

Com instalações mais amplas, a nova Unidade de Hemodiálise está equipada com novos monitores de diálise e, como principal novidade, dispõe de uma unidade de isolamento para doentes agudos ou infectados.

Integrada no próprio edifício da unidade hospitalar, ao contrário do que acontecia anteriormente, frisou o mesmo responsável, a unidade vai permitir que "os doentes internados não tenham de circular para o exterior para fazer os tratamentos".

A equipa da nova unidade é, agora, constituída por um médico coordenador, seis médicos de sala, vinte e oito enfermeiros, uma assistente social, dois técnicos de apoio, sete auxiliares de acção médica e dois administrativos.

Portugal Diário
05.01.2007

DE PORTIMÃO ATÉ BANGKOK

SOL, SAÚDE E...ALEGRIA

SELECÇÃO DE ATLETAS – TAILÂNDIA 2007

A selecção de atletas para os Jogos Mundiais de Transplantados a realizar em Bangkok, sofreu alteração de data, a mesma realizar-se-á no mês de Abril de 2007 em Portimão, onde os seleccionados representarão Portugal nos XVI Jogos Internacionais.

Podem candidatar-se todos os transplantados (rim, fígado, coração, etc.) que pratiquem uma ou mais das seguintes modalidades: Atletismo; Ciclismo; Natação; Ténis; Ténis de Mesa; Squash; Badmington; Bowling; Tiro; Golf; Petanca e Voleibol.

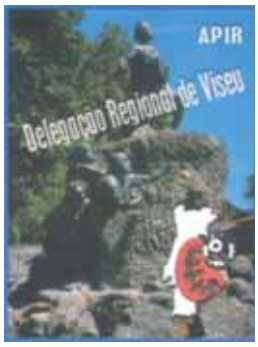
Os candidatos deverão ser sócios do Grupo Desportivo de Transplantados de Portugal – ou inscrever-se no acto da candidatura e terão de ter completado um ano de transplante até o dia 25 de Agosto.

ALTERAÇÃO

INSCRIÇÕES ATÉ DIA 31 DE MARÇO DE 2007

Contactos: 21 456 47 29 – 93 866 68 10 – 96 603 64 00 – 91 431 57 46
e.mail: info@gdtp.org Site: www.gdtp.org

DAS



DELEGAÇÕES REGIONAIS APIR

APIR | AVEIRO

Presidente: JOSE MANUEL ROCHA
Sede Social: Rua Drº. Alberto Souto, nº 7
Loja "23X"
3800-149 AVEIRO
TEL: 234 913 916

APIR | COIMBRA

Presidente: JOSE CARLOS DINIS
Sede Social: Rua de Montarroio, 53 - R/c
3000-287 COIMBRA
TEL: 239 828 277 • FAX: 239 841 768
email:apir.coimbra@mail.telepac.pt

APIR | LISBOA

NÚCLEO LISBOA
Coordenação: PAULO RIBEIRO e PAULO ZOIO
SEDE NACIONAL
TEL: 218 371 654 • FAX: 218 370 826
1950-224 LISBOA

APIR | SETUBAL

Presidente: PAULO PACHECO DOS SANTOS
Sede Social: Av. 5 Outubro, Edifício Bocage, 148-4ºL 2900-309 SETUBAL
TEL./FAX: 265 525 527
email:apirdelsetubal@sapo.pt

ACTIVIDADES DA DELEGAÇÃO

PRESIDENTE DA CÂMARA INAUGURA ESPAÇO PARA ASSOCIAÇÕES

Presidente da Câmara de Coimbra descerra Placa

Foi assinado no passado dia 20 de Dezembro o acordo de cedência, entre a Câmara Municipal de Coimbra e a CNOD, ao abrigo da lei de comodato, de um espaço a ser ocupado pelas Associações aderentes ao projecto de instalações colectivas, e do qual fazem parte desde o inicio, a APIR, a A.D.N.S.T, a A.D.Z.C., a A.P.D. e a ASBIHP.

Estiveram presentes o Senhor Dr. Carlos Encarnação, Presidente da Câmara Municipal, os Senhores Vereadores, Dr. Gouveia Monteiro e Eng. João Rebelo e o Senhor Dr. Oliveira Alves, Director Municipal de Desenvolvimento Humano e Social da Câmara de Coimbra entre outros. Em representação da CNOD Delegação de Coimbra Maria do Carmo Santos e todas as Delegações das Associações aderentes ao projecto se fizeram representar, bem como a nível Nacional estiveram os representantes da CNOD e da ADNST.

Chega ao fim um processo que já leva 16 anos, um processo muito complexo e que já tinha conhecido vários episódios, um sonho de um grupo, na altura mais alargado, dos quais alguns se foram afastando por motivos vários, mas outros se mantiveram fiéis desde o início deste projecto de Instalações colectivas.

Do aval dado acerca de seis anos á CNOD Delegação de Coimbra para negociar esta cedência, tivemos agora a resposta positiva da Câmara Municipal com a assinatura deste protocolo. Um espaço numa zona nobre da cidade, situado na rua Ribeiro Sanches, 10 Bl. B Lj 3 r/chão – Quinta da Fonte – Areeiro – 3030-387 COIMBRA, e que vai dar possibilidade a algumas das Associações, sem espaço próprio para poderem reunir, de puderem desenvolver ainda com melhor qualidade o seu trabalho.

Da nossa parte, os agradecimentos ao Senhor Presidente da Câmara e Senhores Vereadores, que tornaram possível concretizar o sonho de todos aqueles que nunca desistiram e hoje se encontram de parabéns.

Assinatura do Protocolo de Comodato

FESTA DE NATAL

No dia 10 de Dezembro realizou-se a Festa de Natal da Delegação de Coimbra. A tarde de convívio decorreu na Escola Secundária Quinta das Flores em Coimbra com início pelas 13:00 horas, tendo sido servido um almoço a 120 participantes, dos quais 34 eram crianças.
O almoço decorreu com grande harmonia e satisfação de todos os presentes, abrilhantado por um grupo musical que contribuiu para toda esta animação.

Depois, o Pai Natal, papel muito bem interiorizado por um membro da Delegação de Coimbra, animou e distribuiu alguns brinquedos pelas crianças.
Deste modo contribuímos para que muitos IRC dos Distritos de Coimbra, Aveiro, Viseu e Leiria pudessem conviver durante algumas horas com os seus colegas, familiares e amigos.

Aos que não puderam estar presentes, a Delegação de Coimbra deseja-lhes que tenham tido um Bom Natal e as melhoras de todos, e que o ano de 2007 lhes traga uma luz de esperança.

A Delegação de Coimbra da APIR

LISTA ELEITA PARA A DELEGAÇÃO REGIONAL DE AVEIRO

Presidente
José Manuel E. Rocha

Tesoureiro
Eduardo Simões Maia

1.º Secretário
Júlio CésarL. Pedronho

1.º Vogal
Trindade F. Gordo

ACTIVIDADES DA DELEGAÇÃO

LISTA ELEITA PARA A DELEGAÇÃO REGIONAL DE SETÚBAL

Presidente
Paulo Pacheco dos Santos

Tesoureira
Filomena de Jesus M. Ferro

Secretária
Maria Dulce Rodrigues

MEMBROS DA DELEGAÇÃO TOMAM POSSE

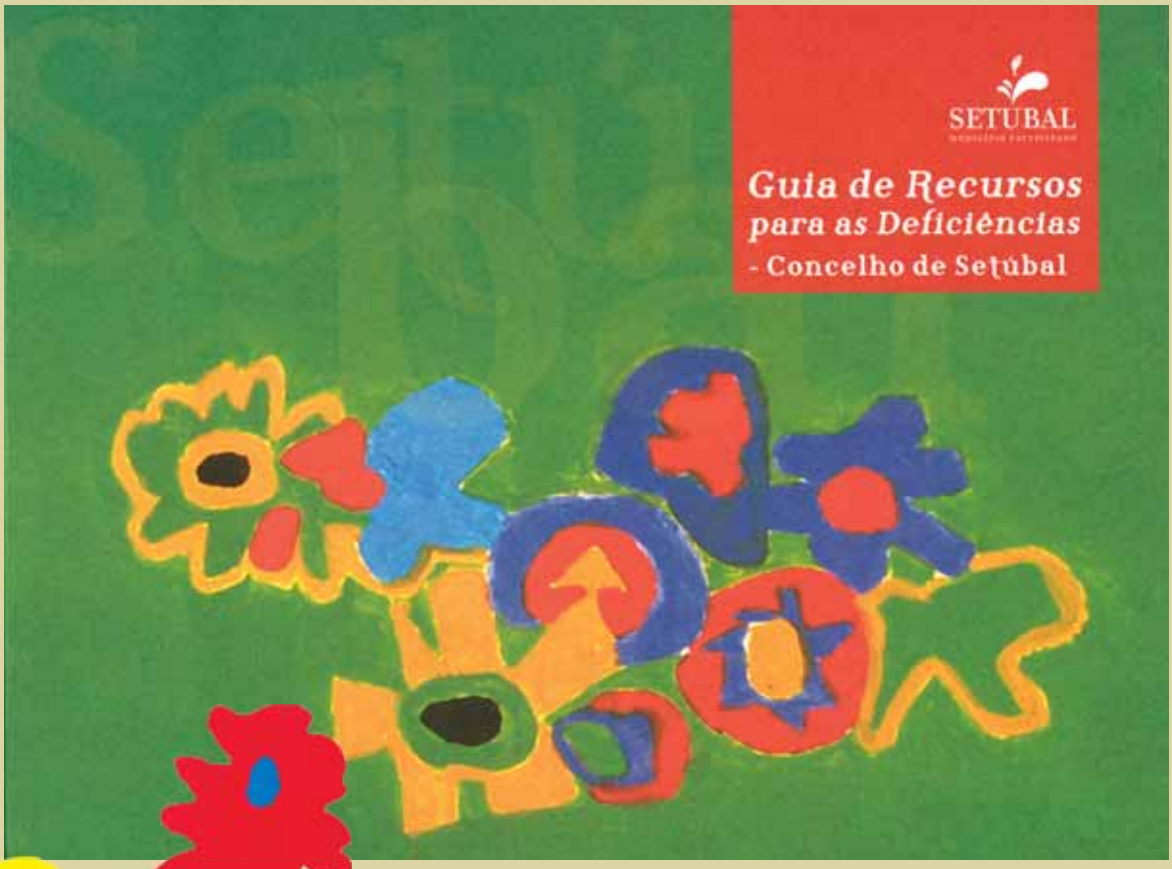
No passado dia 28 de Janeiro, tomaram posse na Sede Nacional da APIR os membros da Lista candidata da Delegação Regional de Setúbal, para o biénio 2007/2008.

O Presidente da Delegação assinando a Tomada de Posse

AGRADECIMENTO

A Delegação Regional de Setúbal da Associação Portuguesa de Insuficientes Renais, vem por meio da Nefrâmea, órgão oficial desta Associação, agradecer aos responsáveis da Fresenius - Setúbal ou a quem de direito, pela colocação do painel em alumínio envidraçado e com fechadura para que sejam ali colocados todos os materiais da A.P.I.R., como informação e divulgação aos familiares e utentes do centro, quer sejam sócios ou não desta Associação. A acrescentar aos excelentes serviços prestados por esta Clínica aos Insuficientes Renais, doravante podemos contar com mais um benefício útil, graças à boa vontade dos responsáveis e que pode servir de exemplo para outras clínicas do país.

GUIA DE RECURSOS PARA AS DEFICIÊNCIAS



O Município de Setúbal, em parceria com várias entidades, Instituições e Associações do Concelho com intervenção na área da deficiência, constituíram em 2004, conforme oportunamente noticiámos, o Grupo Concelhio para as Deficiências. Muitas foram as iniciativas levadas a cabo no âmbito desta parceria, com as diversas Instituições e Associações do Concelho. Recentemente foi apresentado o Guia de Recursos para as Deficiências, obra que, de acordo com as palavras da Presidente da Câmara Municipal de Setúbal, "traduz a concretização de mais uma etapa da filosofia de trabalhar lado a lado, esperando que o mesmo responda a algumas das necessidades sentidas por quem intervém, quotidianamente na área das deficiências, com pessoas deficientes e respectivas famílias".

Neste útil Guia podemos encontrar informação tão diversa como por exemplo os contactos de Entidades/Instituições/Associações de âmbito concelhio e nacional, informação legislativa sobre Emprego e Formação Profissional, Protecção Social, Habitação, Saúde, Transportes, etc.

Cerimónia de Apresentação do Guia

ACTIVIDADES DO NÚCLEO DE LISBOA

O TRATAMENTO DA I R C - A PERSPECTIVA DO DOENTE

(RELATÓRIO DA CEAPIR)

Como parte do seu trabalho, a CEAPIR (Federação Europeia de Associações de Doentes Renais) comissionou em 2005 um estudo de âmbito europeu sobre o tratamento da doença renal. O Dr Peter Liese (membro do partido Alemão Democrata Cristão e membro do Partido Popular Europeu) prefaciou a publicação deste trabalho. O estudo investigou a perspectiva do paciente sobre o tratamento da IRC.

Foi levado a cabo em 6 países membros da União Europeia (Alemanha, Irlanda, Letónia, Holanda, Suécia e Reino Unido) no final de 2005 e, como tal, é vista pela CEAPIR como ponto de partida para reivindicar a necessidade para um estudo mais abrangente, de âmbito europeu, sobre a perspectiva do doente acerca da doença renal.

A elaboração deste estudo teve como base o envio de 2 questionários escritos: um endereçado aos pacientes dos países envolvidos no estudo, o outro à respectiva Associação de doentes renais. Foram enviados 12 000 questionários, dos quais 3 673 foram devolvidos preenchidos.

A doença renal afecta cerca de 10% da população da UE. A estimativa da CEAPIR é de que. 370 500 cidadãos da UE sofram de IRC. Destes, estima-se que 238 500 necessitem de tratamento dialítico e 132 000 vivam com transplante renal funcionante. Apesar dos 10 000 a 12 000 transplantes renais levados a cabo por toda a EU por ano estima-se que o número de doentes que requerem tratamento dialítico venha a crescer 4% ao ano no futuro próximo. A principal razão do aumento do número de doentes com insuficiência renal são a diabetes e a hipertensão arterial que estão a aumentar significativamente na população europeia.

Alemanha

Mais de 90% das 844 respostas ao questionário afirmaram que foi disponibilizada informação acerca da doença renal bem como sobre o tratamento. Similarmente, 77% responderam que sentiam que a informação sobre o tratamento e sobre a doença era boa ou muito boa, indicando que os doentes na Alemanha sentem-se, de forma geral, satisfeitos com a quantidade e a qualidade da informação que recebem.

Cerca de 72 % dos doentes responderam que

Caracterização dos países estudados	Alemanha	Irlanda	Letónia	Holanda	Suécia	Reino Unido
População (milhões)	82,5	4	2,3	16,3	9	59,7
Dimensão (km^2)	357000	70300	64000	41500	449000	243800
PIB per capita (€)	25800	33700	4300	27870	29700	26600
Doentes em diálise						
- números absolutos	60992	1210	303	5173	3273	19802
-por milhão de pop. (pmp)	739	302	131	317	364	332
Doentes transplantados						
- números absolutos	21313	1500	343	5821	3677	17586
-por milhão de pop. (pmp)	258	375	149	357	408	295
número de respostas ao questionário	844	342	292	249	1694	252

durante o curso do seu tratamento foi-lhes perguntada, pelo médico, a sua opinião acerca da qualidade do tratamento e 82% desses doentes sentiram que a sua opinião era tida em conta. Este números deverão ser valorizados pelos 1565 Nefrologistas que actualmente tratam 21 313 doentes transplantados e 60 992 doentes em tratamento dialítico, a maioria dos quais recebe o tratamento em hospitais ou unidades satélite, cerca de 52 200. O ratio de Nefrologistas para doentes é de 1 para 52,6.
Os doentes alemães tem comparativamente muito mais facilidade em movimentar-se no interior do seu próprio país ou para o estrangeiro, por motivo de férias ou trabalho, do que os doentes dos outros 5 países.
A Alemanha tem a maior prevalência de IRC, por milhão de habitantes, e o acesso ao tratamento dialítico é claramente disponibilizado a doentes de todas as idades, mas a Alemanha tem, simultaneamente, o pior ratio de doentes transplantados. É permitido aos Nefrologistas empresariar centros de tratamento dialítico na Alemanha.

Letónia

Este estudo obteve a participação de 292 doentes da Letónia. A estrutura demográfica deste grupo é significativamente diferente da estrutura demográfica da população estudada dos outros 5 países. Aparentemente, na Letónia, existe um maior número de doentes do sexo feminino e, ao contrário do que sucede nos outros países estudados, a grande maioria dos doentes tem menos de 50 anos. Uma razão para este facto poderá ser o critério de selecção de doentes para tratamentos dialíticos e transplante. A Letónia apresenta um valor de prevalência de IRC, por milhão de população, revelando que a doença renal é subdiagnosticada o que poderá ser explicada pelo baixo Produto Interno Bruto.
Este estudo não avalia a qualidade do tratamento dialítico na Letónia, quando em comparação com os outros países da UE. Contudo, indica que a disponibilidade é significativamente pior. O reconhecimento dos doentes acerca do apoio governamental na comparticipação de custos de medicamentos para o tratamento da doença renal, não invalida o muito que há a fazer na comparticipação do tratamento dialítico e transplante renal bem como na dieta renal. O país tem 40 Nefrologistas o que significa que o ratio nefrologistas para doentes é de 1 para 16,15, melhor do que em muitos países.
Os doentes Letões têm claramente as respostas mais negativas deste estudo: piores programas de reciclagem, não têm apoio de Dietistas, pior apoio Estatal no pagamento do tratamento dialítico e transplantação renal, transporte, desporto. As viagens no interior do país ou para o exterior são difíceis e apenas 18% dos doentes alvo do estudo estavam a menos de 1h30 do centro de diálise.
Os doentes tinham um melhor conhecimento dos seus níveis de hemoglobina e as melhores respostas às questões sobre educação e informação, bem como as respostas mais positivas sobre a escolha do local e do período em que recebem tratamento.

Reino Unido

Deste país foram enviadas 252 respostas ao questionário. Semelhantes às respostas obtidas na Irlanda e Suécia, as respostas dos doentes britânicos indicam que os médicos fazem um esforço real para dotar os doentes de informação e educação acerca da doença renal e do seu tratamento. Aproximadamente 75% das respostas afirmavam que recebiam informação e educação e 70% dessas respostas disseram que a sua satisfação com o material fornecido era boa ou muito boa.
Contrariamente a esses excelentes resultados, contudo, menos de 1 em cada 5 doentes do Reino Unido, que participaram no estudo, responderam que nunca tinham sido questionados pelo seu médico acerca da qualidade do tratamento. Dado que os doentes passam anos em diálise, é chocante ver que a sua experiência, enquanto doentes, é praticamente desprezada. O tempo médio de espera em diálise, antes do transplante, é de 2 anos e 2 meses
Os doentes tinham um fraco conhecimento dos seus valores de hemoglobina e cerca de metade utiliza medicamentos genéricos. Pelo menos 40% dos inquiridos sentiram que não tinham a liberdade de uma segunda opinião e mais de 20% não estavam satisfeitos com os custos do transporte de e para o tratamento.
Os doentes não estavam satisfeitos acerca da possibilidade de escolheram onde e quando realizar os seus tratamentos e 44% não estavam satisfeitos com as disponibilidades para férias. Os 91% de respostas positivas no que diz respeito a tratamentos de emergência foram as melhores do estudo.

Relação médico-doente

Um dos mais surpreendentes resultados deste estudo forneceu uma perspectiva de como funciona a relação médico-doente nos Estados Membros. No questionário era perguntado se os médicos procuravam a opinião dos seus doentes com respeito à qualidade do tratamento dialítico que lhes era dado: 50% de todos os que responderam indicaram que a sua opinião não era tida em conta. Existe, contudo, uma grande diferença entre os estados europeus: na Alemanha, Letónia e Holanda entre 68 e 81% dos doentes confirmaram que os médicos procuravam a sua opinião; pelo contrário, na Irlanda, 75%, Suécia, 69% e Reino Unido, 82%, não vêm as suas opiniões sondadas.
Não será uma surpresa que nestes 3 países os doentes sintam mais fortemente que o tratamento beneficiaria do contributo da sua opinião e da dos seus colegas.
Em linha com os resultados apresentados os doentes da Irlanda, Reino Unido, Suécia e Holanda têm menos oportunidade de participar na decisão do local e período do tratamento do que os colegas da Alemanha e Letónia.

O estudo completo poderá ser consultado na integra na página da internet da APIR: www.apir.pt
In Pilot European Survey on the Treatment of End Stage Disease- CEAPIR (Recolha e Tradução Paulo Zoio).

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Com Organismo para fiscalizar sangue e células

Entre outros organismos, o decreto-lei 212/2006, cria a Autoridade para os Serviços de Sangue e da Transplantação, que terá como finalidade "fiscalizar e controlar as actividades dos serviços de sangue e dos de colheita, análise e manipulação de tecidos e células humanas".

O novo serviço pretende acompanhar o direito comunitário, "que releva a importância crescente e riscos associados que assumem estas actividades", refere o diploma destinado a aplicar o Programa de Reestruturação da Administração Central do Estado (PRACE), aprovado em Conselho de Ministros em Março do ano transato.

Segundo a nova lei orgânica do Ministério da Saúde (MS), o Serviço Nacional de Saúde (SNS) vai deixar de ter centros regionais de saúde pública e sub-regiões de saúde.

Na nova macro-estrutura não constam as 18 sub-regiões de saúde, sendo as atribuições das Administrações Regionais de Saúde reforçadas devido à progressiva extinção das sub-regiões.

Com o intuito de "simplificar a estrutura orgânica existente", serão também reforçadas as atribuições do Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge e do Instituto da Droga e da Toxicodependência, que "absorvem, respectivamente, as atribuições do Instituto da Genética Médica Dr. Jacinto de Magalhães e dos Centros Regionais de Alcoologia do Centro, Norte e Sul".

Continuam em funcionamento a Direcção-Geral de Saúde, o Infarmed-Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, o Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) e o Instituto Português do Sangue.

A Lei Orgânica reforça "as atribuições do Alto Comissariado", que passam a incluir a coordenação da actividade do Ministério da Saúde nos domínios do planeamento estratégico e das relações internacionais, refere o diploma.

A nova orgânica distingue "a gestão dos recursos dos serviços centrais e regionais do MS da gestão dos recursos internos do Serviço Nacional de Saúde".

Para tal, é criada a Administração Central do Sistema de Saúde e extingue-se o Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde, a Direcção-Geral de Instalações e Equipamentos da Saúde e o Instituto da Qualidade em Saúde.

A Administração Central do Sistema de Saúde "assegura a gestão integrada dos recursos do Serviço Nacional de Saúde, absorvendo as atribuições dos organismos extintos e também da Secretaria-Geral, em matéria de recursos humanos do SNS".

Outra das mudanças previstas no decreto-lei é a extinção da Inspecção-Geral da Saúde e a criação da Inspecção-Geral das Actividades em Saúde, que passa a ter um campo de actuação mais alargado.

Se até agora este serviço actuava apenas a nível dos organismos públicos da saúde, a Inspecção-Geral das Actividades em Saúde vai também poder actuar ao nível das entidades privadas, com ou sem fins lucrativos, assim como junto dos serviços centrais do Ministério da Saúde.

Diário Digital / Lusa
27-10-2006

LIBERDADE

Ai que prazer
Não cumprir um dever,
Ter um Livro para ler
E não o fazer!
Ler é maçada,
Estudar é nada.
O Sol doira
Sem literatura.
O rio corre, bem ou mal,
Sem edição original.
E a brisa, essa,
De tão naturalmente matinal,
Como tem tempo não tem pressa ...

Livros são papéis pintados com tinta.
Estudar é uma coisa que está indistinta
A distinção entre nada e coisa nenhuma.

Quanto é melhor, quando há bruma,
Esperar por D. Sebastião,
Quer venha ou não !

Grande é a poesia, a bondade e as danças
...
Mas o melhor do mundo são as crianças,
Flores, música, o luar, e o sol, que peca
Só quando, em vez de criar, seca.

O mais do que isto
É Jesus Cristo, que não sabia nada de finanças
Nem consta que tivesse biblioteca ...

Fernando Pessoa
Poesias

- Que a Liberdade de todos e de cada um, seja a Esperança em Novos Recomeços

TU ÉS A ESPERANÇA ...

Tu és a esperança, a madrugada.
Nasceste nas tardes de Setembro,
quando a luz é perfeita e mais doirada,
e há uma fonte crescendo no silêncio
da boca mais sombria e mais fechada.

Para ti criei palavras sem sentido
inventei brumas, lagos densos,
e deixei no ar braços suspensos
ao encontro da luz que anda contigo.

Tu és a esperança onde deponho
meus versos que não podem ser mais nada.
Esperança minha, onde meus olhos bebem,
fundo, como quem bebe a madrugada.

Eugénio de Andrade
As mãos e os Frutos

RECOMEÇA ...

Recomeça ...
Se puderes,
Sem angústia e sem pressa.
E os passos que deres,
Nesse caminho duro
Do futuro,
Dá-os em liberdade.
Enquanto não alcances
Não descanses.
De nenhum fruto queiras só metade.

E, nunca saciado,
Vai colhendo
Ilusões sucessivas no pomar.
Sempre a sonhar
E vendo,
Acordado,
O logro da aventura.
És homem, não te esqueças !
Só é tua a loucura
Onde, com lucidez, te reconheças.

Miguel Torga
Diário XIII

É com seres humanos dignos
e competentes que o Mundo:

Perdendo ou ganhando
O ser humano avança
Dá o melhor caminhando
E quer ter a sua bonança

Mudam-se os tempos
Urde-se outro pensar
Dá-se tudo para inventos
Ao poder, o bom para lhe dar
Razão ao pobre, nem pensar!

Pelo Natal e Ano Novo
A festa parece fraternal
Remar para bem do povo
A política não tem capital?

Menino de 2006/2007 Jesus
Ensina os corações a amar
Lembra a mensagem da tua cruz
Honrar as devoções sim, mas dá
Ordem a todos para bem amar e
Razão para o muito se partilhar.

Manuel Leitão Diogo
Castelo Branco

Caros Amigos,

Escrevo-vos esta carta, para os felicitar pelo belo trabalho que continuam a fazer junto dos IRC e também para vos relatar um caso que aconteceu na minha clínica de diálise!
Um dia destes, um doente fez 4 horas de diálise e sentiu-se muito mal, coisa que não é costume acontecer! Tinha muito calor, dores no estômago, sentia-se estranho.
Ao ser desligado, a enfermeira ia tirar-lhe a agulha venosa, em vez da arterial, ou seja, fez 4 horas de diálise com as linhas ao contrário; sujeito a parar-lhe o acesso ou a acontecer algo pior.
Fez mais 2,30 h de diálise e depois fez uma diálise extra para compensar o tratamento que não realizou por completo.
Quero dizer com isto, que o excesso de trabalho a que os enfermeiros estão sujeitos, pode acabar com a vida de um doente num instante. São profissionais que lidam connosco e esses erros não podem ser cometidos. Querem ganhar muito dinheiro de uma vez só, pondo em risco a nossa integridade física. (trabalham 12 horas seguidas, na clínica, fazem noites no hospital).
Era isto que eu queria dizer. (...)
Agradeço a Agenda e o Postal de Natal. Desejo-vos um Santo Natal e um Ano de 2007, com muita saúde, paz e alegria....

Associado da APIR,
devidamente identificado

FELICITAÇÕES PELO EMPENHO...

Venho efectuar o pagamento de quotas referentes a 2007 e 2008.
Aproveito para felicitá-los pelo vosso empenho e trabalho na Revista "Nefrâmea", na divulgação e esclarecimento de IRC.
Gosto de me manter a par das novas evoluções técnicas para a resolução deste grave problema.
Desejos de um Bom Ano Novo.

Álvaro J. C. Vale
Amora

QUERO CONTINUAR A SER SÓCIA

Para não me atrasar, pago já as quotas de 2007.
Se por acaso as quotas subirem, peço que me informem, para acertar as contas.
Aproveito para informar que fui transplantada no Curry Cabral.
Agradeço tudo o que a Associação tem feito em prol dos Insuficientes Renais e quero continuar a ser sócia.

Ana Pinto Ferreira
Lisboa

Falecimentos

Falecimento de Sócios

A esposa do associado Carlos Joaquim Leitão Silva comunicou-nos o seu óbito em 21.09.2006. Era sócio desde 2002, tinha 61 anos e fazia diálise na FMC-Tavira. A esposa continua como sócia.

◆ ◆ ◆ ◆

A Direcção Nacional da APIR apresenta as suas mais sentidas condolências a todos o familiares e amigos

HOSPITAL DE ÉVORA – PRIMEIRO NO ALENTEJO A COLHER ÓRGÃOS PARA TRANSPLANTE

(Não tendo sido possível, por razões de espaço, publicarmos esta notícia em devido tempo, não queremos, devido à sua importância, deixar agora de o fazer)

O Hospital do Espírito Santo em Évora, tornou-se em meados do ano transacto, na primeira unidade hospitalar da região do Alentejo a efectuar uma colheita de órgãos para transplante, revelou o respectivo director clínico, Manuel Carvalho.

Em declarações à Agência Lusa, o responsável hospitalar explicou que, "já há alguns anos", que o Hospital de Évora pretendia realizar colheitas de órgãos, mas, por tratar-se de "um processo bastante complexo", só agora foi possível implementá-lo.
"A primeira colheita efectuada foi um passo muito importante porque, em Portugal, as unidades hospitalares onde são recolhidos órgãos para transplante não são suficientes", disse.
Segundo o director clínico, no país, existe "uma grande carência" de órgãos para responder às necessidades dos "milhares de doentes que aguardam um transplante".
"Esta é mais uma porta aberta e os órgãos colhidos no Hospital de Évora poderão salvar a vida a outras pessoas de qualquer zona do pais, desde que haja compatibilidade", sublinhou.
Na primeira colheita, depois de ter sido confirmado o diagnóstico de "morte cerebral" do doente e da verificação de que "Não integrava a lista de não dadores", é que foram accionados os procedimentos médicos para a recolha dos órgãos.
"A equipa hospitalar envolvida no processo assegurou o suporte dos órgãos para estes, manterem as funções vitais enquanto se aguardava a chegada de uma equipa de Lisboa para proceder à colheita e ao transporte, tendo também sido realizadas análises para atestar a compatibilidade com o doente receptor", revelou.
Esta primeira intervenção, de acordo com Manuel Carvalho, abrangeu a colheita do coração, do fígado e dos rins, órgãos que foram depois transportados para Lisboa pela equipa do Gabinete Regional do Sul de Órgãos para Transplante.
"Há muitos anos que se fazem transplantes em Portugal, mas, para que isso seja possível, é preciso que haja órgãos para colher e unidades preparadas para esse procedimento", realçou.
A inclusão do Hospital de Évora no circuito de colheita de órgãos envolveu, segundo Manuel Carvalho, uma "reorganização dos serviços".
"O mais complexo é o suporte das funções vitais dos órgãos, até à colheita, e, por isso, estão envolvidos vários serviços, desde o bloco operatório, anestesia, banco de urgência ou cuidados intensivos", acrescentou.
A partir de então e de acordo com o director clínico, "sempre que for identificado um dador", o Hospital de Évora voltará a accionar o processo de colheita de órgãos, a fim de "contribuir para salvar a vida daqueles que a têm ameaçada".

Agência Lusa
05.08.2006

VIRIATO
UM CHEFE INVENCÍVEL

ENQUADRAMENTO HISTÓRICO

OS ROMANOS

Os Romanos, partindo de Roma, foram conquistando terras em redor do Mar Mediterrâneo.
Eram um Povo determinado, muito desenvolvido e com um exército organizadíssimo. Os soldados romanos venciam com facilidade a maior parte das lutas em que se envolviam devido às armas que usavam, às tácticas de guerra que inventaram e à sua fantástica organização; No Ano 218 a.C. os exércitos romanos entraram na Península Ibérica pela zona que mais tarde viria a ser Espanha. Queriam derrotar os Cartagineses – povo de comerciantes do norte de África que tinha fundado algumas cidades na Península e fazia trocas com as tribos locais.
Os exércitos romanos venceram os cartagineses, mas, terminadas as guerras, em vez de se irem embora resolveram instalar-se e dominar todas as tribos da Península Ibérica.

Mapa do Império Romano na Península Ibérica

Algumas dessas tribos aceitaram o domínio romano sem revolta. Mas os Lusitanos reagiram muito mal e lutaram contra os invasores porque queriam manter o seu estilo de vida e não estavam dispostos a obedecer a estrangeiros.

OS LUSITANOS

Os Lusitanos mantinham-se vigilantes nos seus ***castros*** (fortificações feitas de pedra no alto dos montes / citânias) no alto da Serra. Não se deixavam impressionar pela grandiosidade dos exércitos romanos que tinham ocupado as planícies; apesar de possuírem armas menos sofisticadas, eram frequentes as suas investidas contra os invasores e, por estranho que pareça os Romanos não conseguiam dominar os Lusitanos.

A TRAIÇÃO DE GALBA

Depois de vários anos de lutas, os chefes Lusitanos decidiram propor a paz. Se os Romanos lhes dessem boas terras férteis na planície, não lutariam mais. Um Chefe Romano chamado Galba fingiu aceitar a proposta e ofereceu-lhes um local esplêndido, na condição de entregarem as armas. Mas quando os viu espalhados por uma zona sem esconderijos e sem hipóteses de se defenderem, esqueceu a palavra dada, cercou-os, matou nove mil homens e, não contente com isso, aprisionou mais de vinte mil e enviou-os como escravos para a Gália (actual França).
Se a sua pretensão era amedrontar os Lusitanos, o efeito de tamanha violência bruta foi precisamente o contrário. Em vez de medo ganharam raiva contra o inimigo. Um dos homens que conseguiu escapar à carnificina tomou a seu cargo a vingança e a revolta.
Chamava-se ele Viriato. Dois anos mais tarde já tinha consigo um exército de milhares de homens vindos de vários castros; desencadeou ataques sucessivos contra os Romanos, alcançando tantas vitórias que passou à história como um grande herói, um chefe invencível.

VIRIATO

Ninguém sabe ao certo quando nasceu Viriato nem a que família pertencia. Segundo a tradição, durante a juventude terá sido pastor nos Montes Hermínios, que hoje se chamam Serra da Estrela.

Há quem diga que Viriato participou desde muito novo em assaltos-relâmpago às povoações dominadas por Romanos. E que já então se distinguia pela agilidade, pela força e pela inteligência guerreira.

Foi um dos homens que acreditou nas promessas de Galba e desceu à planície na intenção de se instalar e viver em paz numa terra fértil. Assistiu ao ataque traiçoeiro; não pôde lutar porque não tinha armas, mas conseguiu fugir.

Depois do massacre, todos os Lusitanos sobreviventes regressaram aos seus ***castros***, nas montanhas. A pouco e pouco reorganizaram-se, fabricaram armas e prepararam o contra-ataque;

Por diversas vezes desciam das montanhas para atacarem de surpresa as posições Romanas. Numa dessas surtidas em que depois do ataque se encontraram cercados pelas hostes inimigas valeu-lhes a bravura de Viriato que numa táctica astuciosa salvou os Lusitanos. A partir de então foi reconhecido e amado como chefe máximo por todas as tribos. Viriato parecia invencível e, na verdade, em guerra aberta nunca ninguém o derrubou.

No ano de 139 a.C. Viriato foi assassinado à traição, quando dormia na tenda, por três homens da sua tribo que os Romanos tinham aliciado e subornado.

É curioso que tudo o que sabemos a respeito deste homem que os Portugueses consideram como o primeiro dos seus heróis, foi escrito por autores Romanos. Impressionados pela personalidade forte, austera e recta do chefe Lusitano e também pelo imenso valor que demonstrava na guerra, escreveram vários textos elogiosos

sobre ele. Apesar de serem adversários, foram os Romanos que deram a conhecer ao mundo a figura de Viriato.

CITAÇÕES DE ALGUNS DOS PRINCIPAIS HISTORIADORES ROMANOS ANTIGOS:

"... Viriato, um Lusitano de nascimento, sendo pastor desde criança nas altas montanhas da Lusitânia, foi para todos os Romanos motivo do maior terror. A princípio armando emboscadas, depois devastando províncias, por último vencendo, pondo em fuga, subjugando exércitos de Pretores e Cônsules romanos..." **Orósio**.

"... Viriato, nascido e criado nas mais altas montanhas da Lusitânia, onde foi pastor desde criança, conseguiu reunir o apoio de todo o seu povo, para sacudir o jugo romano, e fundar uma grande nação livre na Hispânia. ..." **Floro**.

"...Este Viriato era originário dos Lusitanos... Sendo pastor desde criança, estava habituado a uma vida dura nas altas montanhas... Famoso entre as populações, foi ele escolhido como chefe..." **Diodoro Sículo**.

VIRIATO NA VOZ DE CAMÕES

...

"Este que vês, pastor já foi de gado;
Viriato sabemos que se chama,
Destro na lança, mais que no cajado;
Injuriada tem de Roma a fama,
Vencedor invencibil, afamado.
Não têm com ele, não, nem ter puderam,
O primor que com Pirro já tiveram"

...

VIRIATO

(...)
Nação porque reencarnaste,
Povo porque ressuscitou
Ou tu, ou de que eras a haste –
Assim se Portugal firmou.

Teu ser é como aquela fria
Luz que precede a madrugada,
E é já o ir a haver o dia
Na antemanhã, confuso nada.

Fernando Pessoa – "Mensagem"

Pesquisa na net

HUMOR NA DIÁLISE

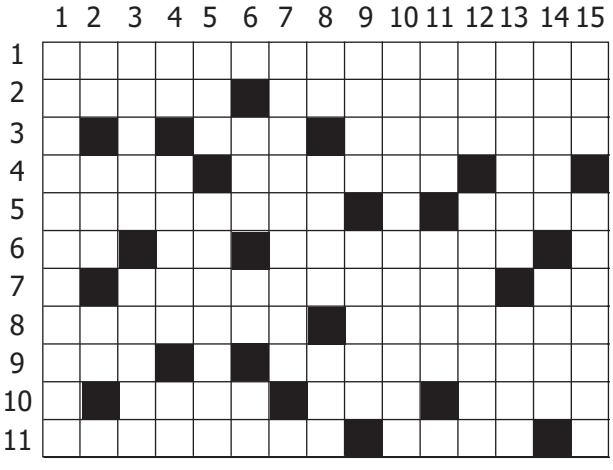
ANEDOTAS

Durante a instrução, o sargento diz para o recruta:
- Para onde vão esses tiros, que não acertas no alvo?
- Meu Sargento, para onde eles vão não sei, não senhor, mas lá que eles saem daqui, ai isso saem!

- x – x – x – x –

Aluno de Direito durante uma prova oral.
- O que é uma fraude? – pergunta o professor.
- É o que o senhor professor está a fazer neste preciso momento – responde o aluno.
O professor fica indignado:
- Ora essa! Explique-se.
Então, diz o aluno: - Segundo o Código Penal, "comete fraude todo aquele que se aproveita da ignorância do outro para o prejudicar".

PALAVRAS CRUZADAS



Horizontais

I - Acto ou efeito de enfraquecer. 2 - Nome de plantas iridáceas e das respectivas flores. Tremelicar. 3 - Entregar. Som imitativo do rufo do tambor. 4 - Modificação no aspecto que as coisas vão apresentando sucessivamente. Pequeno cesto com tampa. Voz de espanto. 5 - Arameu. Insignificante. 6 - Sódio (s.q.). Plural (abr.). Inflamação da úvula. 7 - Casa onde se recolhem os cavalos. 101 (rom.). 8 -Instrumento musical, de sopro, de forma e sons semelhantes aos da flauta. Fortificar com adarves. 9 - Abrev. de irregular. Tornar ruço. Abrev. de armaria. 10 - Ronda. Abrev. de radical. Animal de mama. 11 - Régua graduada para medir a duração e os intervalos de sons. Abrev. de extensão. Símb. químico do laurêncio.

Verticais

I - Que se assemelha ao elefante. 2 - Símb. químico do níquel. Lugar de sacrifícios. Cromo (s.q.). 3 - Tecido grosseiro de lã. Incumbência. 4 - Medida itinerária japonesa. Suster com estacas, ou ligar a estas as videiras. Prefixo de negação. 5 - Um dos juizes de Israel. , (Bíbl.) Acto ou efeito de alvitrar. 6 - Pimenta da Guiné. Negação (pref.). Símb. químico do astato. 7 - Utriculoso. 8 - Símb. químico do érbio. Alvéolo do dente. Espécie de boi selvagem. 9 - Substância que constitui os favos das abelhas. Bebida obtida pela destilação dos cachos da palmeira. 10 - Imaculabilidade. 11 - Termo. Erguer. 12 - Pronome pessoal. Cingir. Símb químico do centurio. 13 - Valido ou protegido de alguém. Departamento da França. 14 - Elemento metálico, semelhante ao chumbo. Molho preparado com esta especiaria. 15 - Medida grega de comprimento. Asseverar..

Soluções

HORIZONTAIS:
I- ENFRAQUECIMENTO; LIRIO;TREMELAR; E; I; DAR; RATAPLA; FASE; XICARA; OI; ARAMAICO; U; ATOA; NA; PI; UVULITE; F; T; CAVALARIÇA; CI; OCARINA; ADARVAR; IRR; T; RUCAR; ARM; D; GIRA; RAD; CRIA; ECOMETRO; EXT; LR.