APIR
Associação Portuguesa de
Insuficientes Renais

NEFRÂMEA

porta-voz dos dialisados e transplantados renais

ANO XXX • Nº 160 PUBLICAÇÃO TRIMESTRAL • JAN/FEV/MAR 2012

FESTAS DE NATAL DA APIR

ASST

- COLHEITA DE ORGÃOS E TRANSPLANTAÇÃO - Dados Preliminares 2011
- RACIONALIZAÇÃO DO SNS
- AS CORES DOS FRUTOS E DOS LEGUMES
- CRONOTERAPIA, O QUE É?

Doar - Rins para a vida - Receber

Dia Mundial do Rim
8 Março 2012

FICHA TÉCNICA
NEFRÂMEA Nº 160
ANO XXX
Janeiro/Fevereiro/Março 2012

DIRECTOR
José Carlos Gomes

CHEFE DE REDACÇÃO
Carlos Silva

SECRETÁRIA DE REDACÇÃO
Maria Leonor Varanda

CORPO REDACTORIAL
Carlos Silva, João Cabete,
Carlos Gomes, Paulo Ribeiro, Paulo Zoio

FOTOGRAFIA
Arquivo; Diversos

COLABORAM NESTE NÚMERO
Delegações Regionais, vários IRC,
Dra. Isabel A. Castro, Dra. Rita Calha,
Criança & Rim.

PAGINAÇÃO/PRÉ-IMPRESSÃO
ALTODESIGN, Design Gráfico,
Webdesign, Lda

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

PROPRIEDADE/EDIÇÃO
Associação Portuguesa de
Insuficientes Renais
Via Principal de Peões, Lote 105,
Loja B –Zona I de Chelas, Empresa
Jornalística nº 208811
Registado no Instituto da Comunicação
Social sob o nº 108812
NIPC-500818924

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

TIRAGEM
3000 exemplares
Trimestral
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.

Co-financiado pelo INR, I.P.

SUMÁRIO

3 EDITORIAL

4/5 ACTIVIDADES DA APIR
APIR reuniu com Comissão Parlamentar da Saúde
Convocatória para a Assembleia Geral

6/8 TRANSPLANTAÇÃO
Colheita de Órgãos e Transplantação
- Dados Preliminares - 2011

10/13 INFORMAÇÃO
Racionalização do SNS - Serviço Nacional de Saúde

14/15 FORMAÇÃO
As cores dos Frutas e dos Legumes

16 CRIANÇA E RIM

18 NUTRenal

19 NEFRÂMEA DAS DELEGAÇÕES

20 DELEGAÇÃO REGIONAL DO CENTRO
Festa de Natal da Delegação Regional Centro

21 DELEGAÇÃO REGIONAL DO SUL
Grupo Concelhio para as Deficiências de Setúbal
- Relatório Final de Avaliação de 2011

22 ACTIVIDADES DO NÚCLEO DE LISBOA
Festa de Natal

23/28 INFORMAÇÃO
5 Alimentos importantes para o IRC
Cronoterapia, o que é?

29 CORREIO DOS LEITORES

30/31 CULTURA

32 HUMOR NA DIÁLISE

Dia Mundial do Rim

8 Março 2012

COMEMORAÇÕES

8 de Março de 2012

Lisboa, Praça do Rossio

10h 30m – Abertura do Stand ao público

- *Inicio dos rastreio à Diabetes, Tensão Arterial e Glicémia;*
- *Contacto e Informação ao público;*
- *Distribuição de folhetos sobre a Prevenção/Sintomas da DRC;*

18h 00m – Encerramento;

Setúbal, Praça do Bocage

Coimbra, Praça 8 de Maio

ENCERRAMENTO DAS COMEMORAÇÕES

11 de Março de 2012

Lisboa, Salão Nobre do IST | 11.03.2012

CONCERTO PELA BANDA DA GNR

Entrada Livre;

16h 00m – Inicio do Concerto;

18h 00m – Encerramento;

EDITORIAL

O IMPACTO DA DOENÇA RENAL NA SUSTENTABILIDADE DO SNS

Os rins humanos desempenham um papel fundamental na nossa saúde e, quando começam a falhar, outras funções do corpo são também afectadas. Quando perdem mais de 80% das suas funções, surge o diagnóstico de Insuficiência Renal Crónica e a vida do doente passa a depender de um tratamento de substituição (Diálise). Existem, actualmente, duas opções de Diálise: Diálise Peritoneal (em que o tratamento é feito em casa) ou Hemodiálise (em que o tratamento é feito num centro privado convencionado com o Serviço Nacional de Saúde). A eficácia terapêutica de ambas é exactamente a mesma, no entanto, a Diálise Peritoneal apresenta uma série de vantagens: não exige acesso vascular, o que diminui a probabilidade de infecções; o doente faz o tratamento na comodidade do lar e à hora que preferir, o que representa ganhos consideráveis em termos de qualidade de vida; é cerca de 30% mais económica para o Estado, uma vez que se poupa em materiais, avenças a privados e transporte.

Existem, em Portugal, cerca de 14 mil doentes com insuficiência renal, dos quais, 11 mil têm de fazer tratamento de Diálise. Destes, cerca de 10.150 fazem Hemodiálise e somente 650 fazem Diálise Peritoneal. Tendo em conta todas as vantagens da Diálise Peritoneal comparativamente à Hemodiálise – em termos clínicos, de qualidade de vida para o doente e poupança para o SNS – é urgente questionar a razão desta discrepância, em que Portugal é caso único na Europa (a taxa média europeia da Diálise Peritoneal ronda 20%, enquanto em Portugal não chega aos 6%). A culpa, dirão alguns, é dos interesses instalados... Outros "iluminados", certamente por não terem ninguém na família com insuficiência renal, defendem que os doentes com mais de 70 anos devem pagar os seus próprios tratamentos. A mim, apetece-me dizer "Perdoai-lhes, Senhor, que eles não sabem o que dizem...".

Enquanto Presidente da Associação de Doentes, cabe-me defender os interesses e a posição de quem sofre, diariamente, de insuficiência renal e tem de recorrer a tratamentos de substituição. Nesse sentido, defendo que não se pode questionar a comparticipação dos tratamentos – independentemente da idade, religião ou grau académico do doente – e esse é o princípio básico nesta questão. No entanto, além de ser Presidente da APIR, sou, também, cidadão contribuinte e preocupa-me a forma como o Estado aplica o dinheiro dos meus impostos. Numa altura de grande recessão, em que "austeridade" é a palavra de ordem, e assistimos, diariamente a novos e sucessivos cortes da área da saúde, não posso ficar indiferente a esta realidade que conheço bem e onde registo haver uma grande capacidade de poupança... Um doente a fazer Hemodiálise custa, em média, entre 450€ e 470€ por semana, o que significa que, por mês, o valor se aproxima dos 1900€. A despesa anual ronda 290 Milhões de Euros (M€), sendo equivalente a 3,3% do Orçamento do Ministério da Saúde. Os custos com a Diálise Peritoneal são 30% mais baixos, ou seja, se este tratamento ganhar maior expressão, o Estado pode poupar cerca de 87M€/ano. Alguém sabe o motivo para isto? Eu desconheço. O que sei é que, em Portugal, os doentes renais não possuem liberdade ou o poder de escolha desejável no que diz respeito à opção de tratamento. A comprovar isso está o facto de estarmos em 29.º lugar entre os 31 países presentes no Índice Europeu de Poder do Doente....

Para terminar, apresento alguns números interessantes extraídos de um estudo da APIR: mais de metade dos doentes com insuficiência renal preferem ser tratados em casa, quando lhes são apresentadas as duas opções de tratamento. Além disso, uma grande percentagem dos médicos nefrologistas – cerca de 50% - considera que a Diálise Peritoneal é a melhor opção de tratamento para os doentes que necessitam de realizar tratamento a longo prazo. Mais uma vez, lanço a questão: qual a razão para a Diálise Peritoneal não ter maior expressão? Talvez a resposta esteja nos interesses instalados ou na inércia e má gestão dos gestores públicos... Onde não está, com certeza, é nos milhares de doentes com mais de 70 anos que, subitamente, alguns iluminados querem que passem a pagar os seus tratamentos.

O Presidente da Direcção Nacional

APIR REUNIU COM COMISSÃO PARLAMENTAR DA SAÚDE

Uma representação da Direcção Nacional da APIR, constituída pelo Presidente e 2º Secretário, esteve reunida com elementos da Comissão Parlamentar da Saúde (CPS), na Assembleia da República, no passado dia 25 de Janeiro. A APIR contou com a preciosa colaboração do prof. Martins Prata, ex-director do serviço de nefrologia do Hospital de Santa Maria.

O presidente da APIR começou por apresentar o panorama que se está a viver ao nível do tratamento da doença renal crónica, enumerando algumas preocupações, nomeadamente: a inexistência de um controlo efectivo da qualidade do tratamento hemodialítico; redução do número de transplantes com rim de dador vivo; discrepância entre o número de doentes em hemodiálise e em diálise peritoneal. O prof. Martins Prata aprofundou os temas abordados pelo presidente da APIR, tendo apresentado números que focam a disparidade entre a taxa de incidência de novos doentes em hemodiálise em Portugal e nos vários países europeus. Dado que não existem disparidades culturais relevantes, entre Portugal e os restantes países europeus, nada parece justificar o elevado número de novos doentes que entram em hemodiálise todos os anos, quando comparamos com os restantes países europeus. De acordo com o prof. Martins Prata, urge estudar os motivos que estarão na origem desta disparidade. O prof. Martins Prata referiu ainda que o preço pago pelo Estado aos prestadores de serviços de hemodiálise não é verdadeiramente 'compreensivo', dado que não inclui uma parcela importante do tratamento: os internamentos devidos à morbilidade associada à doença renal e ao próprio tratamento hemodialítico. Também afirmou não se compreender que critérios foram utilizados na definição do preço compreensivo que, desde que foi estabelecido em Fevereiro de 2008, já sofreu uma redução substancial, duramente contestada pelos prestadores de serviços de hemodiálise. Será fundamental criar critérios objectivos que permitam 'construir' um preço justo. Para este efeito, a plataforma informática de gestão da doença renal crónica, poderá dar um contributo fundamental, quando estiver completamente operacional.

O Dr. Manuel Pizarro foi o primeiro a intervir, subscrevendo as declarações dos representantes da APIR, e manifestando preocupação pela dominância do sector privado no tratamento hemodialítico. Considerou que deverá ser acompanhada a evolução do número de transplantes renais, não apenas com dador vivo, mas também com dador cadáver e avaliar se haverá correlação entre as alterações que o actual governo introduziu ao nível da transplantação, nomeadamente com o corte nos incentivos à colheita e transplante, e o número de transplantes.

Na sequência de uma questão do Dr. Pizarro, acerca do ultimato efectuado pela maior empresa prestadora de serviços de hemodiálise, em recusar a continuação dos tratamentos hemodialíticos a doentes portadores do VHB, o presidente da APIR afirmou que tal ultimato não teve sequência visto que, para tal acontecer, teria que haver uma alteração da convenção entre a empresa e o Estado, o que não veio a acontecer.

A deputada Conceição Ruão demonstrou surpresa pelos números apresentados pelo prof. Martins Prata, afirmando que iria elaborar um relatório a apresentar ao ministro de saúde, que se deslocaria à comissão parlamentar da saúde na semana seguinte à da reunião da APIR. A deputada Teresa Caeiro concordou que deverão ser tomadas medidas para resolver o problema crónico da concentra-

ção dos tratamentos hemodialíticos no sector privado e em duas grandes empresas. A deputada Paula Santos questionou se a APIR tem recebido queixas de doentes relativamente ao problema dos transportes, aproveitando para referir que foi criado um grupo de trabalho relativo ao transporte de doentes não urgentes. O Dr. João Semedo demonstrou preocupação pelos números apresentados pelo prof. Martins Prata, relativos à incidência da doença renal em Portugal e questionou quais os mecanismos de que o estado dispõe para avaliar e monitorizar os resultados da prestação dos serviços de hemodiálise. O deputado terminou a sua intervenção com um comentário às declarações da Dra. Manuela Ferreira Leite: "Há cabeças que, a partir de certa idade, funcionam pior que os rins."

A reunião da APIR com a CPS terminou com nova intervenção do prof. Martins Prata, referindo que a avaliação da qualidade dos tratamentos hemodialíticos em Portugal se encontra num vazio legal. A propósito da diálise peritoneal, referiu que seria um erro atribui-la ao sector privado. Questionou o motivo de haver tantas unidades de transplantação na zona de Lisboa e aconselhou a adopção de medidas que fomentem a concorrência, mantendo o enfoque na qualidade do tratamento. De acordo com o prof. Martins Prata, uma das medidas previstas, aquando da adopção do 'preço compreensivo', a criação de centros de referenciação com unidades de hemodiálise, no Porto, Coimbra e Lisboa, deveria avançar.

Paulo Zoio

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 2012**, pelas **15 horas**, na Sede da Associação Portuguesa de Insuficientes Renais, Chelas, Lisboa (junto à esquadra da PSP - 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 2011;
3 – Proposta de transformação da APIR - Associação Portuguesa de insuficientes Renais, numa FEDERAÇÃO e das respectivas Delegações, em Associações.
4 – Diversos;

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, 13 de Fevereiro de 2012

A Presidente da Mesa da Assembleia Geral

(Maria Alcina D'Ascenção)

COLHEITA DE ÓRGÃOS E TRANSPLANTAÇÃO

- DADOS PRELIMINARES – 2011

A ASST – Autoridade para os Serviços de Sangue e Transplantação, publicou os dados preliminares relativos à Colheita de Órgãos e Transplantação realizados em 2011.

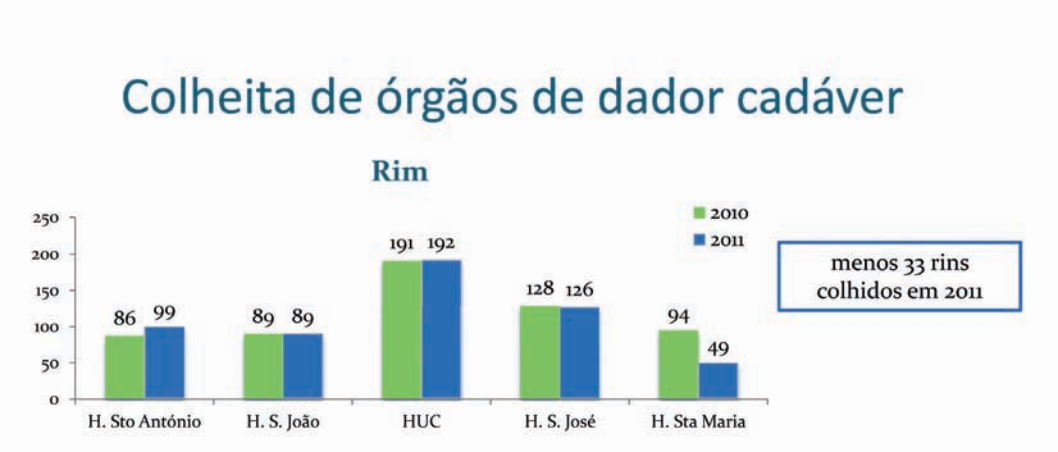
De acordo com os mesmos, as colheitas de rim de dador vivo diminuíram 7,8% em 2011 e, no que respeita a dadores cadáver, colheram-se menos 33 rins, comparativamente a 2010.

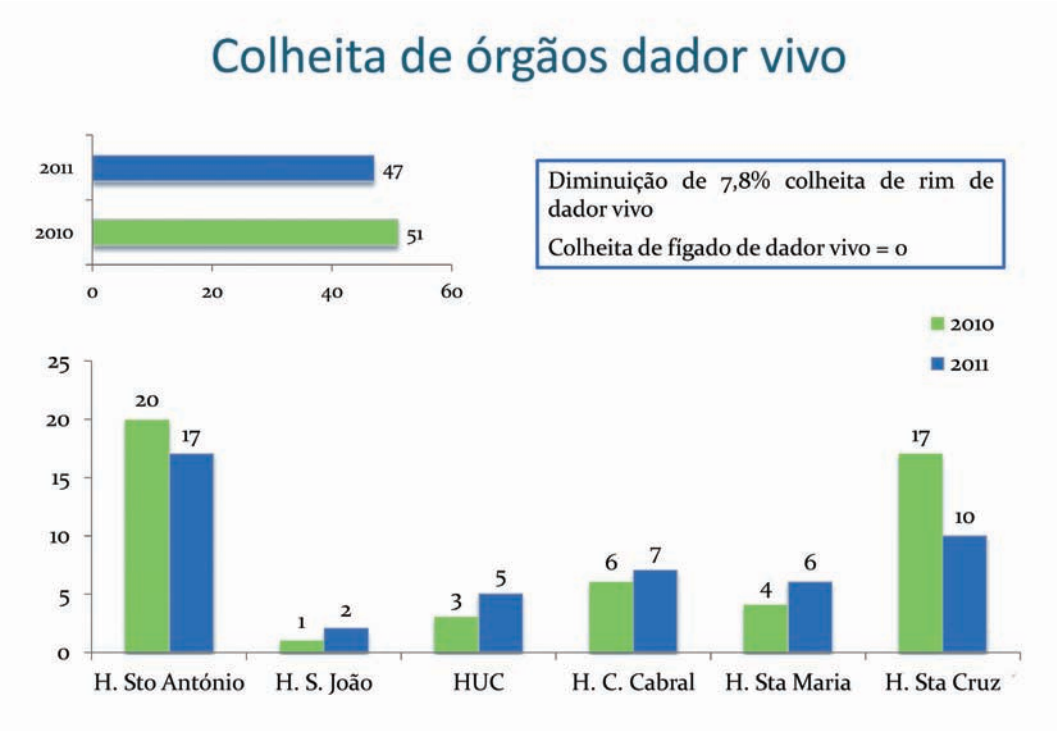
Também na actividade de transplantação se verificou, infelizmente, uma quebra acentuada, realizaram-se 530 transplantes, menos 65 do que em 2009 e menos 43 do que em 2010.

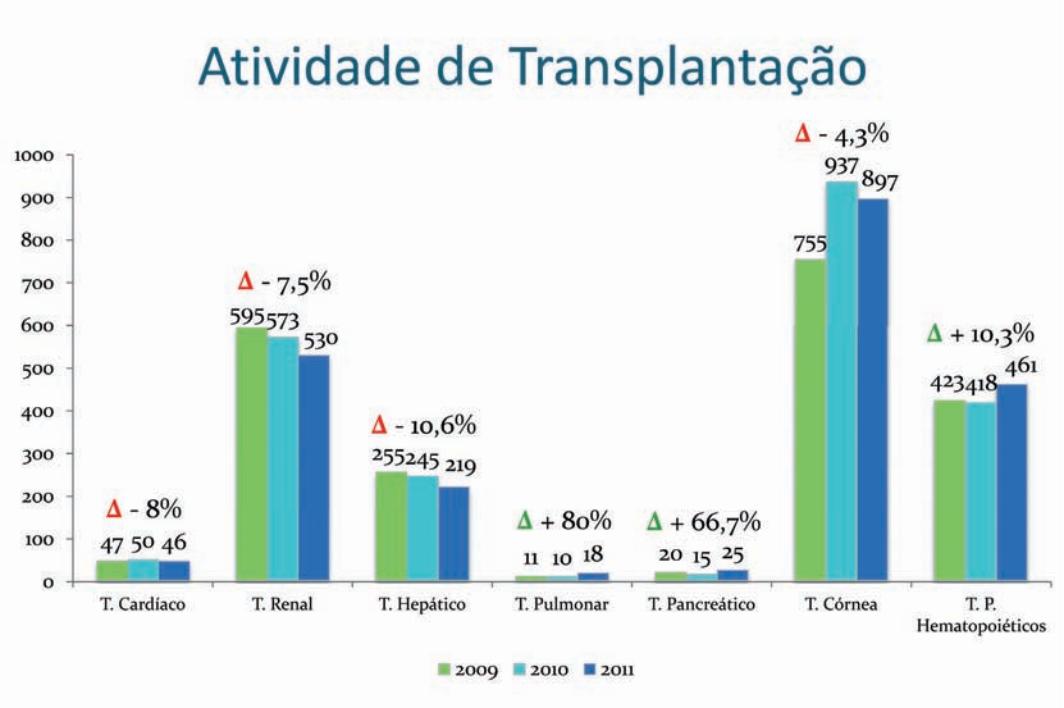
Ainda de acordo com os referidos dados, a unidade de transplantação renal que mais transplantes realizou foi a dos Hospitais da Universidade de Coimbra, 159 transplantes - menos 3 do que em 2010.

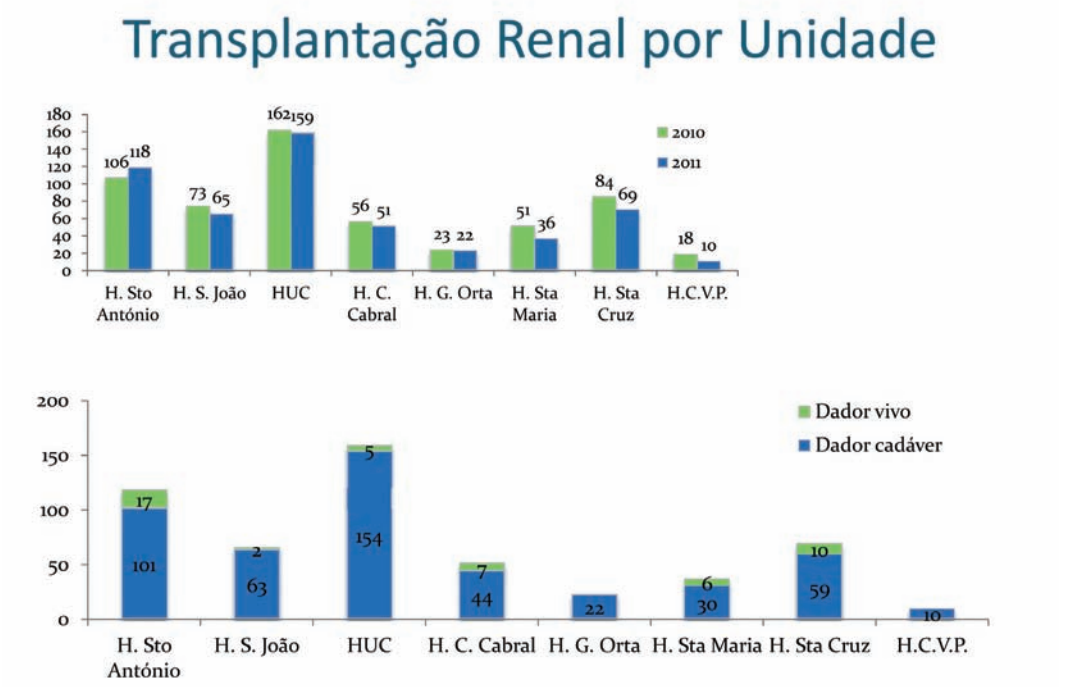
Perante esta quebra, registou-se um aumento de 2% de doentes em lista de espera para transplante. Assim no final do ano passado estavam 1973 doentes em lista activa.

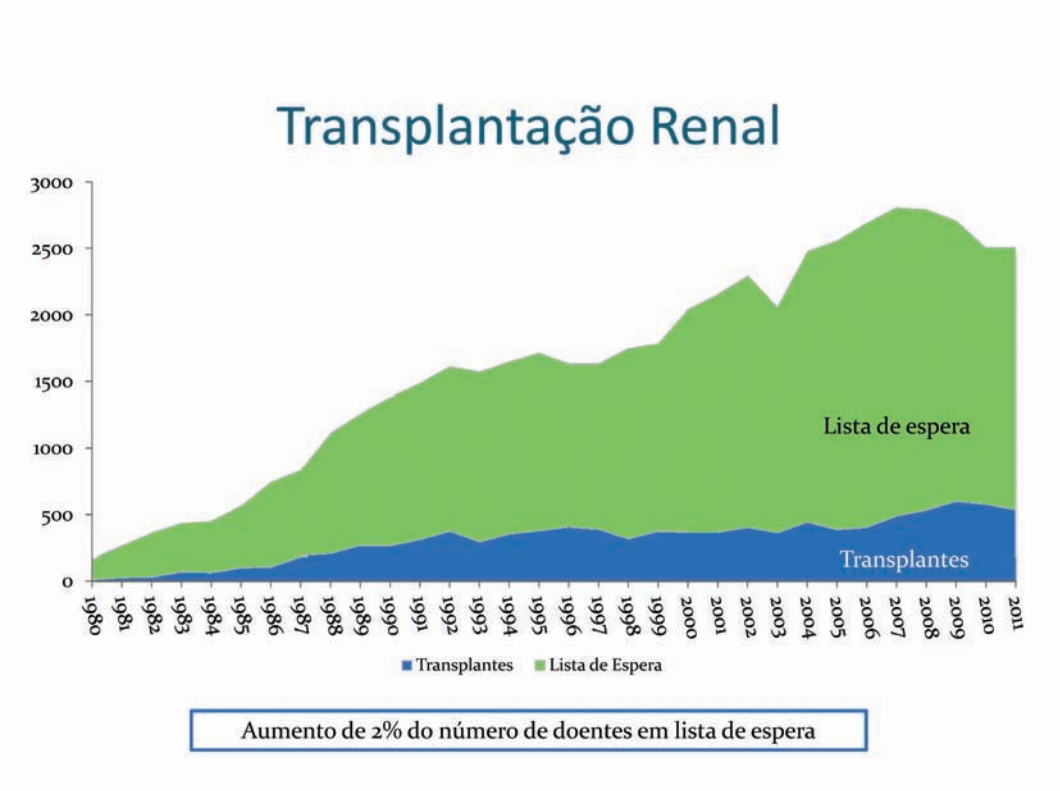
De seguida apresentamos os gráficos mais significativos, desta actividade.






Atividade de Transplantação
1000
900
800
700
600
500
400
300
200
100
0
Δ - 8%
47 50 46
Δ - 7,5%
595 573 530
Δ - 10,6%
255 245 219
Δ + 80%
11 10 18
Δ + 66,7%
20 15 25
Δ - 4,3%
755 937 897
Δ + 10,3%
423 418 461
T. Cardíaco
T. Renal
T. Hepático
T. Pulmonar
T. Pancreático
T. Córnea
T. P. Hematopoiéticos
2009
2010
2011


Transplantação Renal por Unidade
180
160
140
120
100
80
60
40
20
0
2010
2011
106 118
73 65
162 159
56 51
23 22
51 36
84 69
18 10
H. Sto António
H. S. João
HUC
H. C. Cabral
H. G. Orta
H. Sta Maria
H. Sta Cruz
H.C.V.P.
200
150
100
50
0
Dador vivo
Dador cadáver
17
101
2
63
5
154
7
44
22
6
30
10
59
10
H. Sto António
H. S. João
HUC
H. C. Cabral
H. G. Orta
H. Sta Maria
H. Sta Cruz
H.C.V.P.



Transplantação Renal – Lista de espera

	Doentes em lista ativa em 31/12/2012
Total Nacional	1973

Transplantação Renal

(Dador Cadáver)

	2010 (transplantes pmh)	2011 (transplantes pmh)
Média União Europeia*	26,3	N.D.
Portugal	48,8	45,7

A RACIONALIZAÇÃO DO SNS

- SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

A racionalização (ou será racionamento?) do Serviço Nacional de Saúde português está, e estará nos próximos anos, na ordem do dia. Quando se fala em custos associados ao SNS fala-se, obrigatoriamente, dos recursos humanos que suportam a existência do nosso SNS. Contudo, analisando os dados de 2010 do relatório da Organização Mundial da Saúde (OMS), os dados são surpreendentes.

OMS report-2010	Densidade (por 10 000 habitantes)			
	Médicos	Enfermeiros	Camas hospitalares	Enfermeiro/cama hospitalar
Noruega	39	163	39	4,179
Dinamarca	32	98	35	2,800
Suécia	36	116	n.a.	n.a.
Lituania	40	76	81	0,938
Letónia	30	57	76	0,750
Hungria	28	92	71	1,296
Bulgária	37	47	64	0,734
República Checa	36	90	81	1,111
Roménia	19	42	65	0,646
Reino Unido	21	6	39	0,154
Polónia	20	52	52	1,000
Finlândia	33	89	68	1,309
Estónia	33	70	56	1,250
Eslováquia	31	66	68	0,971
Alemanha	35	80	83	0,964
Portugal	34	48	35	1,371
Espanha	38	74	34	2,176
França	37	81	72	1,125
Austria	38	66	78	0,846
Holanda	39	151	48	3,146
Itália	37	69	39	1,769
Bélgica	42	5	53	0,094
Chipre	23	40	23	1,739
Grécia	54	35	48	0,729
Luxemburgo	29	104	63	1,651
Irlanda	31	158	53	2,981
Malta	34	63	78	0,808
Eslovénia	24	78	47	1,660

Tabela 1: Dados relativos a 2009, obtidos do relatório da Organização Mundial de Saúde

De acordo com os dados, o número de enfermeiros em Portugal, por 10 000 habitantes, encontra-se abaixo da média europeia, com cerca de menos de 50% dos enfermeiros da média da União Europeia e da Zona Euro. Quando comparado com os países escandinavos (Suécia, Dinamarca, Noruega e Finlândia) a discrepância é ainda mais marcante, com menos de metade dos enfermeiros daquela região europeia. De acordo com o relatório da OMS, o número de médicos em Portugal, por 10 000 habitantes, pouco divergirá da média europeia. De observar que o ratio enfermeiro/cama hospitalar na Noruega, por 10 000 habitantes, é mais do dobro da média europeia e o ratio no Reino Unido é extremamente baixo (ver Tabela 1). Quando analisamos o número de camas hospitalares, observa-se que Portugal está abaixo da média europeia, numa proporção semelhante à dos enfermeiros, ou seja, temos cerca de 60% menos camas que a média da Zona Euro (ver Tabela 2). Não obstante a escassez de camas hospitalares, e respectivos enfermeiros, necessários para manter, pelo menos, o ratio português enfermeiro/cama hospitalar, a mortalidade entre adultos, entre os 15 e os 60 anos, é apenas 5% superior à média dos países da Zona Euro. Quererá isto dizer que Portugal é capaz de atingir, praticamente, idênticos resultados aos alcançados pelos congéneres europeus, grosso modo, com menos recursos. Ou seja, somos mais eficientes. Esta leitura é, com certeza, ligeira. Não nos dá as desigualdades regionais existentes ao nível da distribuição dos técnicos de saúde. Nem nos dá a desigualdade ao nível das especialidades médicas. Não dá igualmente a imagem da desigualdade de investimento do Estado português na medicina preventiva e curativa. Em 1998, 27% dos efectivos do Ministério da Saúde estava alocado aos cuidados de saúde primários e 73% nos cuidados hospitalares [4]. Como curiosidade, Portugal tem uma mortalidade 19% superior à mortalidade média dos países escandinavos. Uma hipótese que poderá explicar esta discrepância é a destes países terem uma história de forte investimento na prevenção, nos cuidados primários. Não tive acesso aos custos mas não me surpreenderia se os custos com a saúde, por 10 000 habitantes, nos países escandinavos, fosse inferior ao nosso, e ao dos restantes países europeus, apesar de possuírem uma maior força de trabalho alocada ao sector da saúde (ver ratios enf./cama hospitalar na Tabela 1). Isto porque, a intensidade de utilização de tecnologia de ponta na medicina curativa é superior à da medicina preventiva.

Continua na pág 12 ▷

Continuação na pág 10 ▷

		Países zona Euro	Países União Europeia	Países Escandinavos	Países União Soviética
Média (por 10 000 habitantes)	Médicos	35	33	35	34
	Enfermeiros	75	72	117	67
	Camas Hospitalares	56	58	47	70
	Ratio enf. cama hosp.	1,45	1,31	2,76	0,98
Desvios de Portugal em relação à média	Médicos	-2%	3%	-3%	1%
	Enfermeiros	-56%	-51%	-143%	-40%
	Camas Hospitalares	-59%	-66%	-35%	-101%
	Ratio enf. cama hosp.	-5%	5%	-101%	29%

Tabela 2: Desvio de vários indicadores portugueses dos países europeus

Feita a panorâmica geral sobre o sector, façamos um voo picado sobre a nossa realidade: a hemodiálise. Existem poucos dados, para não dizer nenhuns, acerca dos ratios doentes/enf. recomendáveis para uma unidade de hemodiálise.

No Reino Unido estão publicadas recomendações para algumas especialidades, que não a nefrológica [1]. No estado da Califórnia (EUA) e no estado de Victoria (Austrália) os ratios de enfermagem foram publicados em legislação. Contudo, a comparação não poderá ser efectuada directamente, visto que nos EUA, e em alguns países europeus, como a Alemanha, existe a figura do 'técnico de diálise'. Num estudo realizado na Califórnia [3], efectuado com base num questionário enviado aos funcionários, de várias especialidades, das clínicas de diálise, e ao qual responderam 95 enfermeiros, de um universo de 250, e que teve, como objectivo, determinar as melhores práticas nas clínicas de hemodiálise, chegou-se a um valor médio para o ratio de doentes/enfermeiros (9 a 10:1) e para o ratio doente/técnico (3 a 4:1). No estudo, foram listadas 155 medidas, consideradas potencialmente, 'boas práticas'.

Na Irlanda, os enfermeiros definiram, a nível Nacional, um critério de avaliação da qualidade de vida do doente que terá como parâmetros de avaliação, entre outros: nível de dependência, tipo e qualidade do acesso vascular, etc. Doentes com elevada dependência e maus acessos vasculares terão o 'score' máximo, adaptando-se o ratio doente/enf. em consonância.

Em Portugal existe um vazio legal, não só no que aos ratios de recursos humanos diz respeito, mas também, e surpreendentemente, ao nível do licenciamento das unidades de hemodiálise. Este vazio surge por não ter sido publicada a Portaria que regulamentaria o Dec-Lei 279/2009, que revogou o Dec-Lei 505/99. Associado ao Dec-Lei 505/99 estava o Despacho 14391/2001, que publicava o Manual de Boas Práticas Clínicas (MBPC), que não fazia referência a ratios de enfermagem.

Posteriormente, foram publicadas duas versões do MBPC, a primeira em 2006 tendo a última sido aprovada pelo colégio de Nefrologia da Ordem dos Médicos, em Abril de 2011. Ambas as versões do MBPC recomendam um ratio de 4 doentes/enfermeiro, não devendo ser excedida a relação de 5 doentes/enfermeiro. Nas mais recentes versões do MBPC são referidas as unidades de hemodiálise de cuidados aligeirados, onde recomendam a presença de um enfermeiro no decurso das sessões dialíticas.

Não obstante a recomendação constante no MBPC, há, actualmente, em Portugal, unidades privadas de hemodiálise que apresentam ratios de 7 doentes/enfermeiro, que passa a 14, na altura das refeições dos enfermeiros. Esta relação será insuficiente para acudir a intraocorrências agudas (que poderão ser frequentes se a faixa etária média dos doentes for elevada e/ou hemodinâmicamente instável) quanto mais para 'cuidar' do doente. Não será difícil de perceber que tais circunstâncias geram/agudizam 'stress' no doente, pela sensação de desprotecção, e no enfermeiro, pela frustração de não conseguir acudir.

Havendo estudos que associam o ratio doente/enfermeiro ao aumento de morbilidade do doente [1],[2], por que motivo não se dará então a devida atenção a esta matéria? Quando se refere a qualidade do tratamento hemodialítico, raramente se aborda a questão dos técnicos de saúde, e enfermeiros muito em particular, necessários à manutenção dessa mesma qualidade. A redução do número de enfermeiros nas salas de hemodiálise, desde que rebentou a 'crise', é patente, tendo sido declarada como uma das medidas de racionamento a adoptar pelas administrações das empresas prestadoras de serviços de hemodiálise. Na verdade, e apesar de não haver estudos em Portugal que o evidenciem, existirão variáveis que se podem correlacionar com a intervenção do enfermeiro, que não foram tidos em consideração no '(...) controlo da qualidade dos serviços de saúde a prestar (...)', conforme foi consagrado no Despacho 4325/2008, que resultou na adopção do 'preço compreensivo'. Os principais, por serem os mais evidentes, serão a taxa de infecções e a morbilidade associada aos acessos vasculares. Pode-se argumentar que as variáveis clínicas (hemoglobina, produto CaxP, Kt/V, etc), que foram consideradas pela DGS como determinantes para a avaliação da qualidade do tratamento, não são efectivamente controladas pela entidade pagadora, o

estado, pelo que de nada adiantaria definir outro tipo de variáveis. Isto apesar de referido, no supracitado diploma, que a adopção deste modelo de gestão da doença renal crónica implicaria 'o estabelecimento de mecanismos de auditoria, de informação, de monitorização, de acompanhamento e de avaliação' da qualidade do tratamento hemodialítico. Infelizmente é verdadeiro que, actualmente, não existem mecanismos que permitam avaliar a qualidade do tratamento hemodialítico prestado aos doentes renais. Mas esta incapacidade do Estado em avaliar as variáveis clínicas, por si regulamentadas, não pode servir de justificação para a não definição de varáveis de enfermagem.

A função do enfermeiro numa sala de hemodiálise não se deve esgotar no acto de ligar/desligar o doente, acto cada vez mais mecanizado. Será com base nestes actos mecanizados, estimulados em empresas com sistemas certificados de 'gestão da qualidade', correspondentes, teoricamente, a cada vez menores 'tempos de processo' (tal e qual numa fábrica de chouriços), que as empresas 'ajustam' os recursos humanos. Daí, em parte, a transição de turnos com sobreposição de equipas, para 'acelerar' o processo 'liga/desliga'. Para a gestão das empresas prestadoras, o 'meio tempo', entre o acto processual do 'liga/desliga', será desperdício, desconhecendo, ou não valorizando, que o enfermeiro também é remunerado pelo seu estado de prontidão, havendo turnos em que a solicitação dos enfermeiros, neste 'meio tempo', ultrapassa a capacidade de resposta, conforme referido acima.

Apesar da recomendação do MBPC, a definição de um ratio capaz teria que dar resposta a algumas questões: etiologia dos doentes renais tratados no centro/turno (estabilidade hemodinâmica, mobilidade, doentes em início de tratamento hemodialítico,...), nível de responsabilidade que se pretende dos enfermeiros: 'liga/desliga' vs enfermeiro com papel activo na condução do tratamento hemodialítico. Alguns aspectos que poderiam concorrer para desfazer este nó:

- Dar cumprimento ao preconizado no Despacho 4325/2008, no que se refere às auditorias, que devem ser constituídas por elementos isentos e transversais (nefrologistas, enfermeiros, estado, associações de doentes...).
- Definir variáveis, mensuráveis ou não, associadas ao acto de enfermagem, à semelhança das variáveis clínicas, ainda que com uma revisão destes últimos. Estas variáveis deverão convergir numa avaliação holística do doente renal em hemodiálise, para o que seria fundamental integrar parâmetros de avaliação social e psicológica.
- Criação das unidades de hemodiálise de cuidados aligeirados, ou de centros de hemodiálise em clube, conforme previsto no revogado Dec-Lei 505/99. Estas unidades, de dimensão intermédia à unidade em centro, como a conhecemos, e à domiciliária, seriam destinadas a doentes activos semi-autónomos. Conforme alguns estudos poderiam comprovar, o envolvimento do doente renal no seu tratamento tenderá a facilitar a aceitação da doença crónica e a sua integração profissional e social.
- Elaborar um estudo Nacional para identificar as boas práticas de enfermagem nas clínicas de hemodiálise e correlacioná-las com os outputs clínicos e de enfermagem.
- Estimular, e premiar, a iniciativa de produzir trabalhos de investigação de enfermagem, com potencial de melhoria da qualidade de vida do doente.

Pretende-se que, paralelamente a uma definição objectiva dos ratios, se altere o paradigma do enfº de hemodiálise operário mecanizado para o enfº cuidador, ou seja, alterar o foco do equipamento para o doente. É também fundamental fomentar, ao nível das clínicas, o trabalho de grupo entre as várias especialidades, nomeadamente nefrologistas e enfermeiros, acabando com o estigma que existe entre estas classes profissionais, que são complementares. Todos devem trabalhar em conjunto, incluindo assistentes sociais, psicólogos, nutricionistas, com o foco no doente.

Vive-se uma época em que todos os actos são reduzidos a valor económico. O enfermeiro John M. Welton, no editorial da revista JONA, de Outubro de 2010 [5], ensaia uma tentativa de determinar o 'valor económico' do cuidado de enfermagem no sistema de saúde, afirmando que o enfermeiro foi sendo vítima de um sistema que o tornou invisível perante um sistema financeiro que, cada vez mais, domina o sector da saúde. Efectivamente, é inestimável a reabilitação de um doente renal, independentemente da idade. E é inestimável o impacte da sua reabilitação no meio familiar e profissional.

[1]- Scott, Cherill, *Setting Safe nurse staffing levels, Royal college of Nursing*, 2003

[2]-www.truthaboutnursing.org/faq/short-staffed.html#reports

[3]- Desai, Amar A., et all, *Identifying best practices in dialysis care: Results of cognitive interviews and a National survey of dialysis providers*

[4]- Baganha, Maria, Ribeiro, Joana, Pires, Sónia, *O sector da Saúde em Portugal: funcionamento do sistema e caracterização sócio-profissional*

[5]- Welton, John M. *Value-Based Nursing.* Journal of Nursing Administration. 2010; 40(10);399-401

AS CORES DOS FRUTOS E DOS LEGUMES

As frutas e os legumes frescos e coloridos, são bons e necessários não só para as pessoas saudáveis mas também são bons e necessários para as pessoas com insuficiência renal crónica (IRC). Apesar de serem de um modo geral ricos em Potássio, devem ser ingeridos em quantidades moderadas e controladas com o apoio do seu médico nutricionista existente na sua clínica de diálise.

As frutas e os legumes frescos e coloridos, são ricos em poderosos compostos orgânicos chamados Antioxidantes, que a ciência actual acredita que ajudam a proteger a saúde contra as doenças. Acredita-se que os Antioxidantes neutralizam moléculas prejudiciais que se formam no nosso organismo chamadas radicais livres.

Os radicais livres são produzidos durante as funções normais do corpo humano, como a respiração, o combate às infecções e ao realizar actividade física. Também se formam como resultado do mau hábito de fumar, à super exposição ao sol, à poluição do ar e ao stress. São altamente reactivos e, se não controlados, podem danificar as moléculas importantes das células saudáveis do corpo humano. Isso pode contribuir para o desenvolvimento de várias doenças, como o cancro, doenças cardiovasculares, a doença de Alzheimer, a doença de Parkinson, etc. ...

Embora o corpo humano fabrique os seus próprios Antioxidantes, pesquisas efectuadas evidenciam que não são suficientes para manter uma boa saúde. Por isso ganhar o bom hábito de comer alimentos ricos em Antioxidantes é benéfico para a saúde em geral.

Devido às restrições alimentares para os IRC, estão disponíveis vitaminas Antioxidantes A, C e E em forma de suplemento, que por serem sintetizadas artificialmente, por vezes trazem perturbações a alguns doentes. A melhor forma de obter Antioxidantes é através da ingestão dos alimentos naturais, cuja fórmula química está mais ajustada ao organismo humano.

Usando as cores das frutas e dos legumes podem-se identificar diferentes tipos de antioxidantes presentes nos alimentos. Usando a Escala ORAC (Oxygen Radical Absorvência Capacity) - Medição e classificação de alimentos de acordo com seu valor antioxidante com base na cor, temos:

Cores / Antioxidantes	VERMELHO	ROXO
Antócianinas	São pigmentos pertencentes ao grupo dos **flavonóides** responsáveis por uma grande variedade de cores de frutas, flores e folhas que vão do vermelho-alaranjado ao vermelho vivo, roxo e azul. A sua função é a protecção das plantas, das flores e dos seus frutos contra a luz ultravioleta (UV), evitando a produção de radicais livres.	
Polifenóis	São antioxidantes naturais e possuem propriedades terapêuticas, estando presentes em alimentos e plantas medicinais.	
Resveratrol	É um **polifenol** com interesse na saúde humana, tais como os **taninos**, **flavonas** e os ácidos fenólicos. O **resveratrol** pode ajudar a diminuir os níveis de lipoproteínas de baixa densidade, também conhecidas como **colesterol LDL** (mau colesterol) e aumentar os níveis de lipoproteínas de alta densidade, o **colesterol HDL** (bom colesterol). O LDL, (mau colesterol), pode acumular-se nas paredes das artérias e veias, dando origem à aterosclerose que causa a obstrução dos vasos sanguíneos. O resveratrol tem importância na redução do risco de desenvolvimento de doenças cardiovasculares, como o enfarte do miocárdio. Tem também um efeito benéfico na prevenção do cancro.	

Cor / Antioxidante	VERMELHO
Licopeno	É uma substância **carotenóide** que dá a cor avermelhada ao pimento vermelho, tomate, melancia, entre outros alimentos. É um antioxidante que, ao ser absorvido pelo organismo, ajuda a impedir e a reparar os danos das células causados pelos radicais livres. Estudos demonstram que o uso regular do **licopeno** reduz a probabilidade do indivíduo ter cancro da próstata e dos pulmões.

Cor / Antioxidante	LARANJA
Betacaroteno	É um pigmento **carotenóide** antioxidante natural. Estudos efectuados demonstram que inibe os radicais livres, previne o envelhecimento, beneficia a visão nocturna, aumenta a imunidade, dá elasticidade à pele, aumenta o brilho dos cabelos e o fortalecimento das unhas, além de actuar no metabolismo de gorduras. O **betacaroteno q**uando transformado em vitamina A no nosso organismo, auxilia na formação de melanina, pigmento responsável por proteger a pele dos raios ultravioleta e conferir o bronzeamento da pele.

Cores / Antioxidantes	LARANJA	AMARELO
Criptoxantina	É um pigmento carotenóide natural existente numa grande variedade de fontes, como a casca de laranja, gema de ovo, manteiga, maçãs, etc. Tal como acontece com outros carotenóides, a criptoxantina é um antioxidante que pode ajudar a prevenir danos dos radicais livres às células e ADN. Recentes descobertas em vários estudos epidemiológicos sugerem que a β-criptoxantina poderia actuar como um agente químico preventivo contra o cancro de pulmão.	
Flavonóides	São uma das classes mais abundantes no reino vegetal. Geralmente ocorrem nas partes aéreas de plantas de diferentes ecossistemas em todo o mundo, estando ausentes apenas em organismos marinhos. Um dos benefícios do consumo de frutas e outros vegetais é geralmente atribuído aos **flavonóides**, uma vez que a esta classe de substâncias são atribuídos diversos efeitos biológicos que incluem, entre outros: acção anti-inflamatória, hormonal, anti-hemorrágica, anti-alérgica, anti-cancerígenas e na prevenção de doenças cardiovasculares devido às suas propriedades antioxidantes.	

Cores / Antioxidantes	AMARELO	VERDE
Luteína	De tonalidade amarelo-limão é um **carotenóide** presente em vegetais, como espinafre, couve-flor, ervilha, brócolos, e em alguns frutos, como laranja, pêssego e kiwi. É utilizado em medicina como antioxidante, notadamente no tratamento da DMI (Degenerescência Macular da Idade), e pode melhorar ou prevenir a degeneração ocular.	
Zeaxantina	É encontrada predominantemente nos vegetais amarelos, alaranjados, vermelhos e verdes como a nectarina, a laranja, o pêssego, os brócolos, a couve-de-bruxelas, o repolho, a couve-flor, a ervilha, entre outros. A **zeaxantina** pode ser agrupada no grupo dos **carotenóides**.	

Cores / Antioxidantes	VERDE
Indoles	Encontram-se em brócolos e couves, no grupo de legumes conhecidos como "crucíferas". Os Indoles contêm enxofre e activam os agentes que destroem substâncias cancerígenas.
Sulforafano	É um composto organosulfurado que apresenta propriedades anti-cancerígena, anti-diabética e anti-microbiana. É obtido a partir de vegetais crucíferos como brócolos, couve-de-bruxelas ou couve.
Luteína	Ver propriedades na cor amarela/verde

Cores / Antioxidantes	BRANCO	VERDE
Sulfetos alílicos	Encontram-se em alimentos da família da cebola e alho e ajudam a reduzir a produção de certas enzimas que se convertem em precursores causadores do cancro na sua forma activa, nomeadamente no estômago e no cólon. Acredita-se também que podem ajudar nas constipações, circulação de sangue, na pressão alta, arteriosclerose, diabetes, fadiga, insónia e como anti-inflamatório.	
Quercetina	É um flavonóide natural que possui propriedades farmacológicas, tais como anti-inflamatório, anti-cancerígenos, antivírus, influencia na inibição de cataratas em diabéticos, anti-histamínicas antialergénicas, cardiovascular, entre outras actividades. Grandes concentrações são encontradas em maçãs, cebolas, chá, brócolos e vinho tinto.	

BIBLIOGRAFIA

- www.davita.com
- www.pt.wikipedia.org/wiki/Antioxidante
- www.roche.pt/e-books/files/pdfs/vitaminas10.pdf
- www.educare.pt
- www.revista-fi.com
- www.pt.shvoong.com
- www.videos.uevora.pt
- www.ars.usda.gov/nutrientdata
- www.oracvalues.com
- www.therapeutic-grade.com

J. Correia Curto

criança & rim

OS MEDICAMENTOS E O SEU FILHO

Inevitavelmente, com uma criança com doença crónica, os pais veem-se acrescidos com uma tarefa nem sempre fácil: assegurar que o seu filho toma os medicamentos que são vitais à sua sobrevivência, de acordo com todas as instruções do médico. Aqui vão algumas sugestões para o ajudar:

1. Quando o médico receita um novo medicamento ou altera uma prescrição, preste atenção às novas regras e não se iniba de esclarecer as suas dúvidas! Pergunte qual é a dose, número de tomas, quantos dias deve tomar e possíveis interações com outros medicamentos ou alimentos. Tudo isto pode influenciar o efeito do medicamento.
2. Crie um calendário com uma lista dos medicamentos a tomar a cada hora. Deixe um espaço para assinalar com um "visto" assim que o tomar. Pode utilizar o alarme do telemóvel para lembrar da hora certa de dar o remédio ou, mentalmente, associar a toma do mesmo a uma determinada rotina diária (ex: a hora a que faz o jantar).
3. Em caso de mudança de rotina (ex: férias), faça previamente um plano das modificações necessárias no horário dos medicamentos.
4. Se o seu filho não gosta do sabor do remédio, tente saber se há uma alternativa com outro sabor ou se existe outra forma farmacêutica (xarope, supositório, ...), ou ainda, se é possível misturar o medicamento com alguma comida que o seu filho goste, como iogurte, puré de fruta, gelado, ...
5. Sempre que introduzir um novo medicamento, preste especial atenção ao seu filho durante os primeiros dias, para uma possível reação ou alergia. Contacte o seu médico ou farmacêutico se tal acontecer.
6. Não ceda à tentação de parar um medicamento só porque pensa que o seu filho está melhor. Por exemplo, com antibióticos, é natural que ao fim de 3 ou 4 dias, o seu filho já se sinta melhor, apesar de o tratamento ainda estar a meio. No entanto, é importante que dê o medicamento durante todos os dias que foram receitados.
7. Se o seu filho vomitar ou estiver com diarreia intensa, é possível que não esteja assimilar a dose total do medicamento. No entanto, não deve tomar a iniciativa de duplicar a dose sem primeiro se aconselhar.
8. Se o seu filho tiver algum constrangimento em tomar medicamentos enquanto está na escola, veja se é possível adaptar o horário da medicação, ou se é possível fazê-lo de uma forma mais discreta.
9. É útil que o seu filho compreenda para que servem os medicamentos que toma. Por exemplo, explique-lhe que o ferro é para fortalecer o sangue, ou que os antibióticos são para o proteger das infeções.
10. Dentro do possível, deixe que o seu filho decida como quer tomar os medicamentos. Por exemplo, deixe-o decidir onde os vai tomar, a ordem de administração, se toma com água ou outro líquido, se os toma sozinho ou acompanhado, etc. Responsabilize-o e deixe-o sentir que tem algum poder de decisão relativamente a este assunto.

Consulte estas e outras informações no nosso blog em: http://blogcriancaerim.blogspot.com

TESTEMUNHO — MAFALDA NUNES

Sou mãe do Rafael, IRC desde a nascença, hoje com 5 anos. A nossa história começa no dia 1/9/2006, quando fiz a ecografia morfológica da gravidez. Soube que teria o rapaz que tanto queria, mas soube também que as coisas não iriam ser fáceis... O médico diagnosticou uma anomalia no funcionamento das válvulas da uretra posterior e uma dilatação renal bilateral. A gravidez prosseguiu com visitas semanais ao hospital, mas a cada consulta a situação complicava-se, pois tinha cada vez menos líquido amniótico e o parto estava iminente. O Rafael nasceu no dia 30/10/2006, às 29 semanas, com 1,660 Kg e 43 cm.

Seguiram-se 2 longos meses na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais, os piores da minha vida. Ao fim de alguns dias, e já depois de ter deixado o ventilador, foi-me dada a notícia de que a função renal continuava a piorar e a IRC era já inevitável. Não havia instrumentos cirúrgicos para a cirurgia às válvulas num bebé tão pequenino e a diálise era ainda impensável. Mas o meu filho continuava a lutar pela vida e foi então que nos foi apresentada a sua única hipótese de sobrevivência. Assim, com menos de 1 mês de idade e apenas 1,5 Kg de peso, o Rafael fez a cirurgia que mudou tudo: foram-lhe colocados os ureteres "à pele", ou seja, desligados da bexiga, a qual deixou de funcionar durante cerca de um ano e meio. Durante esse espaço de tempo o Rafael fez chichi por uns "buraquinhos" que tinha na parte inferior das costas. Depois de um pós-operatório difícil, começou a melhorar devagarinho e no dia 29 de Dezembro veio finalmente para casa.

Durante estes 5 anos o Rafael passou por 7 cirurgias. Hoje a bexiga já funciona, praticamente não tem incontinência e, apesar de ter ainda que fazer um transplante e da muita medicação que toma, é um menino fascinante que enche a minha vida de alegria todos os dias...

O Criança e Rim é um grupo informal de crianças, jovens, pais, familiares, amigos, médicos, enfermeiros e outros profissionais de saúde que, directa ou indirectamente, convivem com as doenças renais.

criancaerim.org
blogcriancaerim.blogspot.com
facebook.com/crianca.rim
criancaerim@gmail.com

NUTRenal Info

SABIA QUE… ESTE ESPAÇO DEDICA-SE A SI?

Alimentos I

Grupo III – Gorduras (continuação)

Poliinsaturadas dos Peixes:

A gordura dos peixes encontra-se junto á pele, entre músculo e nas vísceras (fígado) variando (0,2 a 23,7%) de acordo com o sexo, a idade, tipo de alimentação e estação do ano. Os peixes mais gordos (> 5% gordura) são os de carne mais escura: atum, anchova, arenque, bagre, sardinha, cavala, salmão, taínha e os magros os de pele mais clara linguado, pescada, bacalhau, solha, corvina, dourada,

Este tipo de gorduras distingue-se das gorduras polinsaturadas por conterem ácidos gordos ómega-3, ácidos gordos essenciais **que só existem no peixe** (ác. docohexanoico) e cujos benefícios para a saúde estão identificados e reconhecidos: diminuição dos riscos de doenças cardiovasculares e acidente vascular cerebral (derrame), redução da pressão arterial, ação anti-inflamatória (tratamento de doenças inflamatórias artrite, colite,…) diminuição das taxas de triglicéridos e colesterol total no sangue. O ômega 3 está presente, em maior quantidade, nos peixes de águas salgadas e frias, e nos moluscos (lulas, potas, etc) - quanto menor for a temperatura da água, mais gordura têm os peixes que aí habitam e maior quantidade de ómega 3 que contêm. O pescado de águas doces, também tem ômega 3, mas em quantidades muito menores que os primeiros.

A *Food Standards Agency (2004) recomenda* um consumo máximo de 140g de peixe gordo quatro vezes por semana para crianças e adultos do sexo masculino e mulheres que não estejam em idade fértil e recomenda duas vezes por semana para meninas, mulheres em idade fértil, grávidas ou lactantes, pois há risco de contaminação das gorduras destes peixes (sobretudo peixes espada, atum, tubarão) por metais pesados (mercúrio e chumbo) e dioxinas que se fixam aos ácidos gordos. Quanto maior for o peixe maior as quantidade de agentes de contaminação. Não há qualquer limite para o consumo de peixes magros (brancos), estes devem ser sempre preferidos quando comparados com as carnes pois além da qualidade superior da gordura a quantidade é muito inferior.

CONTACTOS

Dr.ª Isabel A. Castro – Dietista Clínica no HSC
Consultório: Rua Alexandre Herculano,17- 1ºE,
T: 213572873

Dr.ª Rita Calha – Dietista Clínica no HSC
Consultório: Av. da Liberdade n.º 177, 2º R/c
T: 213532754

VARIEDADES

Sabia que …

O ponto de partida para o estudo cientifico dos benefícios dos ácidos gordos ómega-3 para a saúde das pessoas foi a observação da reduzida incidência de doenças cardiovasculares entre os esquimós da Gronelândia, apesar da sua alimentação conter alto teor de gordura, reduzido teor de vegetais, reduzido consumo frutos fornecedores de vitaminas, antioxidantes e fibra – nutrientes essenciais na prevenção destas doenças.

Esta observação levou os cientistas a colocarem as seguintes questões: O que há nos alimentos da dieta dos esquimós que os defende da inflamação crónica do sistema vascular? Porque é que estão mais protegidos das doenças cardiovasculares?

A resposta surge uns tempos mais tarde depois de investigarem: constataram que os esquimós incluem na sua dieta habitual os peixes gordos, ricos em ácidos gordos ômega-3. E a partir daí começaram a investigar os benefícios para a saúdes deste tipo de gordura.

Dr.ª Isabel A. Castro – Dietista Clínica no HSC
Dr.ª Rita Calha – Dietista Clínica no HSC

Para manter esta página viva precisamos das suas questões/ sugestões.

D
A
S

DELEGAÇÕES REGIONAIS DA APIR

DELEGAÇÃO REGIONAL DO CENTRO

Presidente:
JOAQUIM BENTO DO AMARAL
Sede Social: Rua de Montarroio, 53 - R/c
3000-287 COIMBRA
Tel.: 239 828 277 • Fax: 239 841 768
E-mail coimbra@apir.org.pt

NÚCLEO LOCAL DE LISBOA

Coordenação:
JOSÉ ALBERTO TEIXEIRA MOTA
RUTE RAFAELA J. CARROLA
SEDE NACIONAL
Tel.: 218 371 654 • Fax: 218 370 826
E-mail: apir@apir.org.pt

DELEGAÇÃO REGIONAL DO SUL

Presidente:
JOÃO AUGUSTO CUNHA CABETE
Sede Social: Av. 5 Outubro, Edifício Bocage,
148-4.ºL - 2900-309 SETÚBAL
Tel./Fax: 265 525 527
E-mail: setubal@apir.org.pt

ACTIVIDADES DA DELEGAÇÃO
REGIONAL DO CENTRO

FESTA DE NATAL DA DELEGAÇÃO REGIONAL DO CENTRO

Entrega de Prendas

A Delegação Regional do Centro realizou no passado dia 11 de Dezembro a sua tradicional Festa de Natal, no Salão de Festas do nosso associado Sr. Diamantino Arroz, na localidade de Aguim-Cúria.
Participaram neste evento um total de 74 pessoas entre associados, familiares e amigos e 14 crianças, que se concentraram às 13 horas no referido local, dado que vinham de diversas localidades, como por exemplo Aveiro Soure, Coimbra e Abrantes.
Teve inicio a nossa Festa de Natal com o Presidente da Delegação, Joaquim Amaral, a dar as boas vindas, desejando que aquele dia fosse aproveitado para um saudável convívio entre todos.
A animação do convívio esteve a cargo do organista Sr. Delfim Lopes, que tem marcado presença, já em anos anteriores, e que nos deliciou com as suas músicas.
No final foi distribuída uma pequena lembrança aos participantes oferta da Farmácia Universal de Coimbra, sendo igualmente entregues prendas às 14 crianças presentes.
Depois de repartido os Bolos Rei, uns, oferta dos participantes e outros do Sr. Diamantino, Joaquim Amaral, agradeceu a presença de todos, salientando as grandes dificuldades que estão a afectar a nossa Associação, atendendo à redução do subsídio por parte do Estado.
Agradeceu também ao nosso Amigo e Associado Sr. Diamantino pela atenção que tem dado à Delegação, nestas Festas de Natal.
Em nome da Delegação Regional do Centro, agradeceu ainda o apoio das entidades Públicas e Privadas, que contribuíram para esta Festa de Natal dos doentes renais crónicos, em diálise e outros já transplantados, a saber:

Junta de Freguesia de Santo António dos Olivais,
Junta de Freguesia de Santa Cruz,
Junta de Freguesia da Sé Nova,
Farmácia Moderna – Carregal do Sal
Farmácia Andrade – Mogofores
Farmácia Lobo – Ceira – Coimbra
Farmácia Paiva – Coimbra
Farmácia Universal – Coimbra
Farmácia Central – Coimbra.

A Direcção da Delegação

ACTIVIDADES DA DELEGAÇÃO
REGIONAL DO SUL

GRUPO CONCELHIO PARA AS DEFICIÊNCIAS DE SETÚBAL - RELATÓRIO FINAL DE AVALIAÇÃO DE 2011

Realizou-se no passado dia 17 de Janeiro, a primeira reunião deste ano, do Grupo Concelhio para as Deficiências de Setúbal, reunião a que esteve presente como já vem sendo habitual, a nossa colaboradora Dulce Rodrigues, em representação da Delegação Regional do Sul, da APIR. Este Grupo Concelhio, ligado à Câmara Municipal de Setúbal e do qual somos membros fundadores, conjuntamente com várias Associações de Deficientes, e outras forças vivas da Cidade, reúne mensalmente, e visa criar condições para que os deficientes da Cidade tenham uma qualidade de vida o melhor possível. Nesta primeira reunião anual o tema era a eleição para a coordenação da mesma, e a apresentação do relatório final de avaliação do trabalho desenvolvido durante o ano transacto.

Quanto à eleição, coube à nossa Delegação ser um dos três membros eleitos para a coordenação da mesma, atribuição que esperamos cumprir o melhor possível. Nesta fase continuará a nossa colega Dulce Rodrigues a desempenhar essa função. Do relatório final de avaliação de 2011, destacamos alguns pontos que nos merecem algum destaque, assim, passo a citar:

"O Grupo Concelhio para as Deficiências – Setúbal, em conformidade com o Regulamento Interno, os objectivos de funcionamento (art.º 4) e com o Plano de Actividades definido e aprovado para 2011, dinamizou as seguintes actividades:

- *Acções de Sensibilização da Comunidade Educativa*
- *Comemorações do Dia Internacional das Pessoas com Deficiência*
- *Divulgação*
- *3.ª Semana Temática da Deficiência*
- *Feira de Sant'Iago*
- *Envolvimento de novos parceiros*
- *Encontros Partilhados*
- *Acções de Formação*
- *Diagnóstico Social do Concelho*
- *Funcionamento Corrente*

Em termos de áreas de intervenção, continuam definidas como prioritárias: a Sensibilização, com o objectivo de sensibilizar a comunidade para a deficiência; a Participação, através da qual se pretende promover a intervenção das pessoas com deficiência, com vista ao exercício de uma cidadania inclusiva, assim como estimular, apoiar e desenvolver projectos e respostas para os munícipes com deficiência e a Formação, através da qual se pretende promover o aprofundamento do conhecimento sobre as deficiências, os seus constrangimentos e potencialidades e tomar conhecimento, divulgar, reflectir e pronunciar-se sobre as medidas dos vários poderes instituídos.

Assim, as actividades são definidas tendo em conta estas três dimensões, tendo por isso objectivos definidos e orientados para grupos-alvo distintos.

(...)

Em 2011, o balanço do trabalho desenvolvido pelo Grupo foi, de modo geral, positivo, quer em relação às acções desenvolvidas e metas atingidas, quer em relação ao envolvimento dos parceiros."

Fim de citação. Para nós, Delegação Regional do Sul da APIR, ao darmos a conhecer a todos os nossos Associados e seus familiares o trabalho desenvolvido neste Grupo Concelhio estamos também a agradecer a todos os representantes do mesmo toda a sua dedicação, esforço e empenho que tiveram na persecução dos objectivos traçados no inicio de 2011. A todos o nosso bem-haja.

A Direcção da Delegação Regional do Sul da APIR

ACTIVIDADES DO NÚCLEO
LISBOA

FESTA DE NATAL

A todos um bom Natal
A todos um bom Natal
Que seja um bom Natal
Para todos nós!

Foi com esta música e com outras, que recebemos os convidados na nossa Festa de Natal, realizada no passado dia 18 de Dezembro na Sede da nossa Associação, em Chelas.
A festa contou com a participação do Palhaço Toc-toc que com o seu ar trapalhão e muito brincalhão convidava crianças do público para o ajudarem a abrilhantar a sua magia cómica e com isso conseguia arrancar deslumbramentos e gargalhadas a miúdos e graúdos.
Após o espectáculo de magia cómica o palhaço Toc-toc presenteou as crianças com verdadeiras esculturas feitas com balões (flores, cães, papagaios, espadas e outros).
Enquanto as crianças eram presenteadas com um mundo de fantasia foram surpreendidas com a entrada do Pai Natal que distribuiu os presentes a todos os pequenos entusiastas.
Para finalizar o Toc-toc espantou os convidados com uma explosão de confetes coloridos.

Desejamos que este evento, organizado pelo Núcleo de Lisboa da APIR, tenha sido do agrado de todos. No ano de 2012 queremos voltar a ser brindados com a vossa presença, porque estas realizações sem vocês não têm graça nenhuma e não fazem sentido existir!

Paulo Ribeiro

5 ALIMENTOS IMPORTANTES PARA O IRC

Os 5 alimentos que a seguir se apresentam, além de muito coloridos e altamente antioxidantes, devem fazer parte integrante de uma boa e equilibrada dieta renal pois são óptimos para a saúde em geral.

1. ARANDOS

O Arando, comummente chamado de *amora alpina* ou *mirtilo vermelho*, é uma baga muito ácida, de cor vermelha vivo e brilhante. Estudos efectuados sugerem que esta baga, originária da América, ajuda a prevenir e tratar infecções urinárias, promove a saúde gastrointestinal e oral, previne a formação da pedra nos rins, baixa o mau colesterol LDL e aumenta o bom colesterol HDL, ajuda na recuperação de acidentes cardiovasculares e pode até ajudar a prevenir o cancro.

O arando é nutricionalmente muito rico em vitamina C - 13mg/100g de fruto. São popularmente conhecidos pelas suas propriedades antioxidantes e, por isso, considerados um super alimento.

Os Arandos comem-se frescos, secos ou em sumos. Adicionam-se a bolos, pães e saladas.

Cada 100 gramas de Arandos possui:

	Energia Kcal	Proteínas gramas	Água gramas	Colesterol gramas	Potássio miligramas	Fósforo miligramas	Sódio miligramas	Fonte informação
Arandos frescos	46,0	0,4	87,1	0,0	85,0	13,0	2,0	1)
Sumo de Arandos	46,0	0,4	87,1	0,0	77,0	13,0	2,0	1)
Arandos secos	308,0	0,1	16,0	0,0	40,0	8,0	3,0	1)

1) Valores obtidos na tabela de alimentos "U.S.Food And Drug Administration", Estados Unidos da América. www.fda.gov

2. AMEIXAS PRETAS

A ameixa apresenta diversos nomes e cores. O seu conteúdo é rico em fibra, especialmente pectina, carboidratos, magnésio, sódio e potássio.

A ameixa fresca é um magnífico agente terapêutico contra as enfermidades causadas principalmente pelo ácido úrico, tais como o reumatismo, a artrite, a gota, a arteriosclerose, a nefrite, etc. Estas doenças são originadas por uma alimentação excessiva, à base de proteínas, gorduras saturadas e colesterol.

A ameixa fresca é indicada contra as hemorróidas, a hipocondria e é muito diurética. É, ainda, desobstruente do fígado, depurativa do sangue e desintoxicante do aparelho digestivo, pelo que se emprega com êxito nas afecções febris do estômago e do intestino. É também usada no tratamento das afecções das vias respiratórias: anginas, catarros etc. Recomendando-se também contra a prisão de ventre.

As ameixas são um alimento culinário e podem ser usadas para conserva, geleia e doces. As **ameixas pretas** são mais elevadas em antioxidantes do que as vermelhas ou as brancas.

Cada 100 gramas de Ameixas possui:

	Energia Kcal	Proteínas gramas	Água gramas	Colesterol gramas	Potássio miligramas	Fósforo miligramas	Sódio miligramas	Fonte informação
Ameixas pretas	46,0	0,7	87,3	0,0	157,0	16,0	0,0	1)
Ameixas vermelhas	36,0	0,8	88,0	0,0	190,0	13,0	2,0	2)

1) Valores obtidos na tabela de alimentos "U.S.Food And Drug Administration", Estados Unidos da América. www.fda.gov

2) Valores obtidos na tabela composição de alimentos "Instituto Nacional de Saúde Ricardo Jorge", Portugal. www.insa.pt

▷

3. MIRTILOS

São uma baga de tom de azul, revestida por uma camada cerosa. Na época da maturação do fruto, diminui o teor em clorofila e aumenta o teor em antócianinas e açúcares, mudando a cor de verde para azul.
Os frutos são muito ricos em taninos, ácidos orgânicos, glicosídeos, pectinas, carotenos, flavonóides, antócianinas, vitaminas B e C, provitamina A e ácidos vegetais e sais minerais (ferro, maganésio, crómio).
Devido aos antioxidantes existentes nos Mirtilos são-lhe atribuídos uma série de benefícios para a saúde, pelo que são muitas vezes chamados de "Rei dos Antioxidantes", "fruto da juventude", "fruto da saúde" ou "fruto da longevidade".
A ingestão de mirtilos, exerce no organismo uma acção anti-inflamatória e anti-hemorrágica aumentando a resistência capilar e diminuindo a sua permeabilidade, ajudam a regenerar o pigmento roxo dos olhos necessários para a visão nocturna. Estudos recentes provam que as bagas de mirtilo podem melhorar vários problemas de visão, incluindo miopia e degeneração da mácula devido à idade ou a diabetes. Conta a história que foram muito utilizados pelos pilotos ingleses durante a segunda guerra mundial.
Combate ainda insuficiências venosas como varizes e hemorróidas, diarreia (fruto seco). O fruto fresco é ligeiramente laxante e indicado para inflamações orofaríngicas, inflamações urinárias, anti-fúngico, anti-inflamatório. As folhas podem ser úteis em estados pré-diabéticos e infecções urinárias, diarreias, cistites e vaginites. O extracto de mirtilo faz parte da composição de muitos medicamentos especialmente para tratar problemas de visão.
Os Mirtilos comem-se frescos, secos ou em sumos. Adicionam-se a bolos, pães e saladas.

Cada 100 gramas de Mirtilos possui:

	Energia Kcal	Proteínas gramas	Água gramas	Colesterol gramas	Potássio miligramas	Fósforo miligramas	Sódio miligramas	Fonte informação
Mirtilos	57,0	0,7	84,2	0,0	77,0	12,0	1,0	1)
Mirtilos congelados	51,0	0,0	85,8	0,0	68,0	13,0	3,0	1)

1)Valores obtidos na tabela de alimentos "U.S.Food And Drug Administration", Estados Unidos da América. www.fda.gov

4. AMORAS / FRAMBOESAS

Pesquisas cientificas confirmam que frutos de baga tipo amoras e framboesas são muito ricas em antioxidantes, que ajudam a prevenir contra problemas cardiovasculares e cancro, a controlar a glicose no sangue, a desacelerar o envelhecimento, a aumentar o funcionamento mental, e melhorar a visão.

A Amora é uma fruta altamente nutritiva de sabor doce e um pouco ácida.
Contém grandes quantidades de Antócianinas, encontradas no pigmento que dá a cor aos frutos. Rica em vitamina A e C, a amora é conhecida pelos inúmeros benefícios para a saúde.
É um adstringente natural que ajuda no combate a inflamações da boca, da garganta, dos intestinos. É um antidiarreico poderoso que permite um alívio quase imediato da diarreia.
Reduz o risco de doenças cardiovasculares porque o sumo de amora aumenta significativamente a taxa de colesterol bom HDL no sangue.
Comer amoras melhora o funcionamento do cérebro, ajudando na conservação do equilíbrio, da memória e da coordenação motora das pessoas.
A amora é rica em antioxidantes que têm uma acção benéfica de anti-envelhecimento sobre todo o organismo humano. As Antócianinas são poderosos antioxidantes que ajudam na prevenção de doenças cardíacas, cancro e derrames. Por ser uma fruta rica em cálcio, a amora é muito eficaz no combate à osteoporose.
As Amoras comem-se frescas ou em sumos. Utilizam-se em sorvetes, sumos, bolos, iogurtes e como corantes de alimentos.
Cada 100 gramas de Amoras possui:

	Energia Kcal	Proteínas gramas	Água gramas	Colesterol gramas	Potássio miligramas	Fósforo miligramas	Sódio miligramas	Fonte informação
Amoras	43,0	1,4	88,2	0,0	162,0	22,0	1,0	1)

1) Valores obtidos na tabela de alimentos "U.S.Food And Drug Administration", Estados Unidos da América. www.fda.gov

A Framboesa é frequentemente confundida com a amora. Ao contrário desta, a framboesa possui um fruto oco no centro e a polpa é aromática com sabor agridoce.
A variedade de framboesa mais comum apresenta-se cor-de-rosa avermelhada, mas pode também apresentar-se na cor branca, amarela ou roxa.
É uma fruta rica em sais minerais como, por exemplo, ferro, fósforo e cálcio. Possui uma boa quantidade de vitaminas A, C, B1 (tiamina) e B5 (niacina), proteínas e antioxidantes.
O consumo das framboesas traz inúmeros benefícios à saúde.
É usada no tratamento de inflamações nas gengivas, garganta, prisão de ventre, reumatismo, doenças do fígado, doenças dos rins, hemorróidas e doenças com febre.
O sumo de framboesas serve como meio para melhorar o sabor dos preparados farmacêuticos. Em função do seu sabor é muito utilizada para a fabricação de doces, bolos e tortas. Cada 100 gramas de Amoras possui:

	Energia Kcal	Proteínas gramas	Água gramas	Colesterol gramas	Potássio miligramas	Fósforo miligramas	Sódio miligramas	Fonte informação
Framboesas	34,0	0,9	84,3	0,0	229,0	23,0	1,0	2)

2)Valores obtidos na tabela composição de alimentos "Instituto Nacional de Saúde Ricardo Jorge", Portugal. www.insa.pt

5. ALHOS

A "cabeça de alho", é um bolbo composto por folhas escamiformes, "dentes de alho", que são comestíveis e usados tanto como tempero como para fins medicinais.
Como tempero é muito usado nas dietas Mediterrânicas.
Como remédio já era usado no Antigo Egipto na composição de vários medicamentos, utilizando as suas propriedades anti-microbianas e os seus efeitos benéficos para o coração e circulação sanguínea.
Tem um óptimo valor nutricional, possuindo vitaminas (A, B2, B6, C), aminoácidos, adenosina, sais minerais (ferro, silício, iodo) e enzimas e compostos biologicamente activos, como a alicina.
O alho costuma ser indicado como auxiliar no tratamento de hipertensão arterial leve, redução dos níveis de colesterol e prevenção das doenças arterioscleróticas. Também se atribui ao alho a capacidade de prevenir doenças infecciosas e de tratar infecções bacterianas e fúngicas. Estudos científicos realizados recentemente, 2010, mostram que o alho pode contribuir para a redução do enfarto agudo do miocárdio.
Este pequeno mas potente antioxidante está disponível em cru e seco na forma picada ou em pó.
Cada 100 gramas de Alhos possui:

	Energia Kcal	Proteínas gramas	Água gramas	Colesterol gramas	Potássio miligramas	Fósforo miligramas	Sódio miligramas	Fonte informação
Alho cru	67,0	3,8	79,8	0,0	346,0	86,0	10,0	2)
Alho em pó	295,0	17,6	6,5	0,0	1230,0	319,0	23,0	2)

2)Valores obtidos na tabela composição de alimentos "Instituto Nacional de Saúde Ricardo Jorge", Portugal. www.insa.pt

▷

▷

ATENÇÃO!

Os legumes são, de um modo geral, ricos em Potássio, mineral que deve ser usado moderadamente pelo insuficiente renal.

Consulte o seu médico Nutricionista, residente na sua clínica de diálise, para o ajudar a usar estes produtos na sua dieta, dada a sua grande importância.

BIBLIOGRAFIA

- www.davita.com/recipes/
- www.i-legumes.com
- www.alimentacaosaudavel.org
- www.abc-alimentos.com
- www.whfoods-com
- www.californiadriedplums.org
- www.pt.wikipedia.org
- www.centrovegetariano.org
- www.vaqueiro.pt
- www.ahau.org
- www.maca.pt
- www.pt.petitchef.com
- www.nestle.pt
- www.nutriondata.self.com

(Continua no próximo número)

J. Correia Curto

CRONOTERAPIA, O QUE É ?

A palavra Cronoterapia resulta da união da palavra crono (tempo) e da palavra terapia (tratamento).

A Cronoterapia estuda e adapta a administração de medicamentos ao ritmo circadiano, isto é, estuda a acção dos medicamentos em função dos ritmos biológicos nos seres humanos. Estes estudos visam:

- determinar o melhor momento para administrar múltiplos tratamentos médicos,
- melhorar a eficácia do medicamento usando doses mais baixas, minimizando os efeitos adversos e evitar interacções medicamentosas, isto é, evitar reacções adversas quando se tomam vários medicamentos em simultâneo.

Em todos os seres vivos (animais e vegetais) as funções fisiológicas exercem-se de forma rítmica, têm altos e baixos ao longo de um certo período de tempo. Estudos efectuados sobre as funções fisiológicas e a sua forma rítmica têm sido correlacionados com uma forma muito interessante, conhecida como o "relógio biológico". O ritmo circadiano, ou

ciclo circadiano, designa o período de aproximadamente um dia (24 horas) sobre o qual se baseia todo o ciclo biológico do corpo humano e de qualquer outro ser vivo, influenciado pela luz solar.

No caso dos seres humanos, estes ritmos têm origem interna e são auto-sustentados por grupos de células localizadas dentro do cérebro: o hipotálamo e a glândula pineal, que constituem o "relógio biológico". Estas células, interligadas com o cérebro e

com outros órgãos, anunciam, de forma harmónica, ao nosso organismo como se deve comportar: de dia ou à noite, qual e quanto de cada hormona será produzida, quando é que as células de certos tecidos se devem dividir, qual a concentração de enzimas que deve haver para digerir os alimentos, a velocidade de transmissão de neurotransmissores, a velocidade dos batimentos cardíacos, o valor da pressão arterial, o valor da viscosidade do sangue, etc.

Outros ritmos biológicos têm sido demonstrados com acções em órgãos-alvo, como por exemplo, a secreção de cortisol produzido pelas glândulas supra-renais, que é duas vezes maior no período da manhã do que à noite. A melhor compreensão destes ritmos biológicos deu origem às noções de Cronoterapia.

APLICAÇÕES PRÁTICAS DE ALGUNS RITMOS BIOLÓGICOS.

HIPERTENSÃO

A pressão arterial varia de acordo com um ritmo circadiano (24 horas). É mais baixa à noite e sobe pela manhã. Estudos efectuados mostram que mais de 60% de todos os acidentes cardiovasculares ocorrem entre as 6 horas da manhã e o meio-dia. Todas as manhãs a pressão arterial sobe como preparação para o corpo sair da cama. Além disso, o sangue coagula com mais facilidade, há mais hormonas de stress no sangue e as células que "comem" o colesterol tornam-se mais activas.

Estas observações exigem que o tratamento anti-hipertensivo controle a pressão arterial durante 24 horas. Estas observações recomendam que se tome pelo menos um medicamento anti-hipertensor durante a noite de modo que o doente esteja protegido pela manhã ao acordar.

Se sofre de hipertensão, pergunte ao seu médico sobre qual ou quais os medicamentos anti-hipertensivos que deve tomar "antes de dormir".

COLESTEROL

O Colesterol é um álcool policíclico sintetizado principalmente pelo fígado a partir de uma enzima, a HMG Co-enzima A. Esta enzima é particularmente activa durante a tarde e princípio da noite. É por isso que os estatinas (Sinvastatina, Pravastatina), que são inibidores desta enzima, são prescritos para tomar ao fim da tarde.

CÁLCIO, FÓSFORO E VITAMINA D

Os níveis sanguíneos de cálcio e fósforo seguem um ritmo diurno, com um pico ao meio-dia. A vitamina D aumenta a absorção intestinal de cálcio e de fósforo.

A vitamina D nativa (que se encontra no óleo de fígado de bacalhau) é frequentemente baixa nos insuficientes renais. A vitamina D nativa é convertida em vitamina D activa pelos rins, depois de uma passagem normal através do fígado, e desempenha um papel importante na formação óssea, através da fixação de cálcio. Prescreve-se por isso aos insuficientes renais vitamina D activa (Unalpha®, Rocatrol®).

Um estudo mostrou que a vitamina D é mais eficaz quando tomada à noite do dia de diálise, porque diminui a Paratormona (PTH), hormona da paratiróide, e aumenta a densidade óssea. Pelo contrário, tomada na manhã seguinte do dia de diálise, a vitamina D activa provoca mais hipercalcémia e hiperfosfatémia, aumentando a absorção digestiva.

Um outro medicamento, Dedrogyl®, fornece vitamina D igual à produzida pelo fígado. Esta vitamina actua em muitos outros alvos do corpo humano com efeitos benéficos, mas o facto de se tomar vitamina D activa não dispensa a toma de vitamina D natural, por exemplo Uvédose ® ou Dédrogyl ®.

CICLO DA DOR

Os níveis da dor tendem a ser mais toleráveis pela manhã e subir para limites superiores entre a tarde e a noite. Poucos médicos têm em conta este ciclo e prescrevem medicamentos para a dor em doses equivalentes para duas ou três vezes ao dia. Esta prescrição faz com que a dor se reduza ou seja suportável pela manhã e não o seja para o resto do dia, devido a prevenção incompleta.

Se toma diariamente medicação para a dor, pergunte ao seu médico qual a dosagem e número de tomas tendo em conta o ciclo da dor. Em consonân- ▷

cia com o método de Cronoterapia é recomendado tomar uma dose maior ao almoço e uma dose mais baixa antes de deitar.

A ASPIRINA

É usualmente prescrita em doses fracas de 100mg com função anticoagulante, isto é, para fluidificar o sangue. A aspirina é melhor tolerada à noite e deve ser tomada durante a refeição por causa da sua acção sobre a mucosa do estômago. Um estudo recente mostrou que tomar aspirina à noite, baixa ligeiramente, mas significativamente, a pressão arterial em indivíduos com hipertensão ligeira, sem necessidade de tratamento (entre 140/90 e 159/99 mm Hg).
No entanto, os estudos em curso não permitem ainda tirar conclusões definitivas.

ALÉM DOS RITMOS BIOLÓGICOS, DEVE-SE TER EM ATENÇÃO AS MUDANÇAS NA ABSORÇÃO GASTROINTESTINAL DOS MEDICAMENTOS DE ACORDO COM AS REFEIÇÕES. POR EXEMPLO:

O CÁLCIO (CA)

Necessário para os ossos, o cálcio é prescrito na forma de carbonato de cálcio ($CaCO_3$) que é insolúvel em pH neutro, isto é, o meio nem é ácido nem alcalino.
O $CaCO_3$ só é solúvel em meios ácidos, como no caso de um estômago vazio que contém ácido clorídrico, decompondo-se em iões Ca^{2+} e carbonato CO_3^{2-}.
O ião cálcio, solúvel, é absorvido pelo intestino e o carbonato fixa o fósforo durante a passagem no trato gastrointestinal, formando sais insolúveis de fósforo que, não sendo absorvidos pelo tubo digestivo, são excretados nas fezes.
Assim deve-se tomar o cálcio, quando se encontra na forma de carbonato de cálcio, antes das refeições ou pelo menos no início da refeição.

O FÓSFORO

O fósforo tem tendência a ser mais elevado no Insuficiente Renal, é por isso que se prescrevem medicamentos que "agarram" o fósforo, como Renagel ®, Renvela ®, Phosrenol ®, Phosphosorb ®. Estes medicamentos chamam-se quelantes. Já explicámos, com o carbonato de cálcio, como os quelantes fixam o fósforo durante a passagem no trato intestinal, sendo depois eliminados com as fezes. Convém pois tomar estes medicamentos no inicio das refeições que fornecem fósforo.

O POTÁSSIO

A sua taxa tem de ser muito controlada no Insuficiente Renal, porque o seu valor elevado tem consequências graves para o coração. O ião potássio (K^+) após a absorção gastrointestinal circula no sangue, dos vasos sanguíneos do intestino na forma solúvel. Em caso de excesso, prescreve-se um medicamento, geralmente chamado de resina, que captura iões de potássio em contacto com a mucosa intestinal. Trocam-se os iões de potássio (K^+) por outros iões presentes no medicamento: o ião sódio Na^+, no caso da resina kayexalate ® ou o ião cálcio Ca^{2+}, no caso da resina Résikali ®., sendo depois eliminados nas fezes.
Deve tomar a resina no inicio da refeição. Outros medicamentos a tomar nessa refeição devem ser ingeridos duas horas antes ou duas horas depois da refeição em que tomou a resina. Evitam-se assim possíveis reacções adversas ocasionadas pelas interacções medicamentosas.

Peça sempre conselhos ao seu médico nefrologista. Peça-lhe ajuda para fazer o seu horário diário de toma dos medicamentos.

BIBLIOGRAFIA

Majbri,N et Cabanne, J F, "Notions de pharmacologie et de chronothérapie", revue FNAIR, 127, Septembre 2011
www.telemedik.com/articulos/cronoterapia.html
http://decs.bvs.br
www.anamt.org.br
www.jornalnovotempo.com.br
http://pt.wikipedia.org

J. Correia Curto

CORREIO DOS LEITORES

TRANSPLANTE E AGRADECIMENTOS

Eu, Manuel Batista de Oliveira, venho por este meio, com muita satisfação, comunicar que fui transplantado no dia 22 de Junho do ano transacto, no Hospital de Santa Cruz.
Correu tudo bem e tem continuado a correr até à presente data.
Tanto eu como a minha esposa agradecemos a toda a equipa que foi fantástica, desde os médicos a enfermeiros, auxiliares, enfim, todos foram e continuam a ser os meus anjos da guarda. A todos o nosso muito obrigado.
Quero também comunicar à APIR que pretendo continuar a ser sócio, porque a Associação faz falta, principalmente, no que respeita à representação de todos os IRC. Continuem.
Um abraço e Muito Obrigado a todos.

Manuel Batista Oliveira – Sócio n.º 3424-E

JUNTOS SOMOS MAIS FORTES

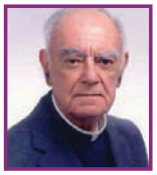
Sou doente renal crónico desde 2000. Como eu, há milhares de doentes a fazer hemodiálise, 3 dias por semana 4, ou mais horas, cada dia. Todos, de uma maneira geral, aspiramos por um transplante. No meu caso, será já o segundo.
Na Clínica onde faço diálise foi-nos cortado o lanche e diminuiu o número de enfermeiros, por isso, estamos mais tempo à espera para sermos ligados.
Quanto aos transplantes, de algum tempo a esta parte e devido aos cortes cegos nas despesas de saúde, tanto deste governo como dos anteriores, diminuíram bastante.
A todos os doentes renais crónicos faço um apelo: - associem-se na Associação APIR, para termos mais força. Isto está mal mas estaria pior se a Associação não interviesse junto de várias entidades oficiais. Eu sei que isto é verdade. Sou sócio desde 2005.
Mesmo quando fui transplantado, nunca desisti.
Faço também um apelo a outros doentes, portadores de outras doenças crónicas, para se associarem às respectivas Associações, se ainda não existirem, criem-nas, para poderem defender os seus interesses. Todos Juntos teremos mais Força!...

Mário Alberto Pereira Esteves – Sócio n.º 3956-E

FALECIMENTO DE SÓCIOS

A esposa do nosso associado Tasso Coelho Miranda, informou-nos do seu falecimento em 07.02.2012. Era sócio desde 2001, tinha 73 anos de idade e fazia diálise na Clínica Diaverum de Linda-a-Velha.
A esposa continua como sócia.

Através de um nosso dirigente em Aveiro, tomámos conhecimento do falecimento do nosso associado Júlio César Lopes Pedronho, no passado dia 14.02.2012.
Era sócio desde 2001, tinha 44 anos e estava transplantado. A irmã continua como sócia.



Faleceu no dia 21 de Fevereiro D. Manuel Franco da Costa Oliveira Falcão, bispo emérito de Beja. Sócio da APIR desde 2007, tinha 89 anos de idade e fazia diálise na Nephrocare de Beja. Durante toda a sua vida exerceu uma intensa actividade no seio da igreja, promovendo o "diálogo entre cultura, Igreja e sociedade", "foi também um cientista no âmbito dos estudos pastorais". Escreveu até à sua morte no semanário diocesano "Notícias de Beja", e foi ainda autor da "Enciclopédia Católica Popular".

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

JORGE AMADO

"NO CENTENÁRIO DO SEU NASCIMENTO"

Jorge Leal Amado de Faria – *Jorge Amado* – é o autor mais adaptado da televisão brasileira, verdadeiros sucessos como *Tieta do Agreste*, *Gabriela, Cravo e Canela* e *Teresa Batista Cansada de Guerra* são criações suas, além de *Dona Flor e Seus Dois Maridos* e *Tenda dos Milagres*. A obra literária de Jorge Amado conheceu inúmeras adaptações para cinema, teatro e televisão, além de ter sido tema de escolas de samba por todo o Brasil. Seus livros foram traduzidos em 55 países, em 49 idiomas, existindo também exemplares em Braille e em fitas gravadas para cegos.
Dentro do seu estilo – o romance ficcional –, não há paralelo no Brasil. Em 1994 viu a sua obra ser reconhecida com o Prémio Camões.

Filho de João Amado de Faria e de D. Eulália Leal, Jorge Amado de Faria nasceu no dia 10 de Agosto de 1912, na fazenda Auricídia, em Ferradas, distrito de Itabuna na Baía
No ano seguinte ao do seu nascimento uma epidemia de varíola obrigou a família a deixar a fazenda e a estabelecer-se em Ilhéus. Em 1917 mudam-se para a Fazenda Taranga, em Itajuípe, onde seu pai se dedica à cultura do cacau.

Em 1918, depois de ter aprendido as primeira letras com a mãe, volta a Ilhéus e passa a frequentar a escola de D. Guilhermina, professora que não hesitava em usar a palmatória e a impor outros castigos aos seus alunos. No ano de 1922 cria um jornalzinho, "*A Luneta*", que é distribuído por vizinhos e parentes. Nessa época vai estudar em Salvador, em regime de internato, no Colégio Antonio Vieira, de padres jesuítas.

A bela redacção que apresentou ao padre Luiz Gonzaga Cabral, professor no Colégio e intitulada "O Mar", valeu-lhe rasgados elogios e fez com que o religioso passasse a emprestar-lhe livros de autores portugueses e de outras nacionalidades. Dois anos depois e após as férias, seu pai vai levá-lo ao colégio, mas Jorge em vez de entrar, foge. Viaja durante dois meses, até chegar à casa de seu avô paterno, José Amado, em Itaporanga, no Sergipe.
Ao ter conhecimento do sucedido, seu pai pede a seu tio Álvaro que o leve de volta para a fazenda em Itajuípe e é matriculado no Ginásio Ipiranga, novamente como interno, passando a dirigir o jornal da escola, intitulado "*A Pátria*".

A sua paixão pela escrita começa muito cedo. Aos 14 anos, na Baía, começou a trabalhar em jornais e a participar na vida literária, sendo um dos fundadores da Academia dos Rebeldes, grupo que desempenhou um papel importante na renovação das letras baianas.
De acordo com alguns críticos brasileiros, a sua obra pode ser dividida a em 3 aspectos:

a) *romances proletários:* são aqueles que retratam a vida urbana em Salvador, com uma componente social muito forte, como é o caso de *O país de carnaval* (1931), *Suor* (1934) e *Capitães de areia* (1937).

b) *ciclo de cacau:* cujos temas são as fazendas de cacau de Ilhéus e Itabuna, a exploração do trabalhador rural e os exportadores – a nova força económica da região. *Cacau* (1933), *Terras do sem-fim* (1943) e *São Jorge de Ilhéus* (1944) pertencem a este ciclo. Numa das entrevistas feitas pelo autor, ele afirma: "A luta do cacau tornou-me um romancista".

c) *depoimentos líricos e crónicas de costumes:* essa fase, iniciada com *Jubiabá* (1935) e *Mar Morto* (1936), se consolidaria, entretanto, com *Gabriela, cravo e canela* (1958), que é considerada uma crónica de costumes (apesar de apresentar a zona de cacau como cenário).

Depois da Baía muda-se para o Rio de Janeiro para estudar, aí conhecendo Vinicius de Moraes, Otávio de Faria e outros nomes importantes da literatura brasileira, tais como José Lins do Rego e Aurélio Buarque de Holanda. Em 1931, Jorge vê publicado o seu primeiro romance, *"O país do carnaval"*, e torna-se um sucesso público.
Em 1935, forma-se em Direito, mas passa a sofrer perseguições políticas, que o levam a exilar-se temporariamente na Argentina e Uruguai (1941-42). Em 1936 e 37 conhece as agruras da prisão política. Em 1946, com a redemocratização, elege-se deputado pelo PCB, mas, no ano seguinte, tem o seu mandato suspenso em consequência de ilegalidade do partido. Em 1948, viaja por vários países socialistas da Europa, França e Checoslováquia.
Depois de um primeiro casamento que terminou em divórcio e do qual resultou uma filha, Eulália, casa-se em 1945 com a escritora Zélia Gattai, com quem teve dois filhos, João Jorge Amado, nascido no Rio de Janeiro em 1947, e Paloma Amado Costa, nascida em Praga, em 1951.
Foi membro da Academia Brasileira de Letras assim como de outras Academias de Letras e de Ciências no Brasil.

Jorge Amado representa o regionalismo baiano das zonas rurais do cacau e da zona urbana de Salvador. Em muitos de seus livros existem referências ao candomblé, religião afro-brasileira dos orixás, deuses de origem africana, pais e mães de santo, ogãs e filhos de santo. Ainda jovem recebeu de pai Procópio, do terreiro do Ogunjá, seu primeiro título no candomblé, o de ogã.

No dia 21 de Junho de 2001, Jorge Amado é internado com uma crise de hiperglicemia e problemas cardíacos, regressando a casa alguns dias depois. Porém, em 06 de Agosto volta sentir-se mal e acaba por falecer. A seu pedido, seu corpo foi cremado e as cinzas espalhadas à roda de uma mangueira na sua residência no Rio Vermelho.

Pesquisa na internet

HUMOR NA DIÁLISE

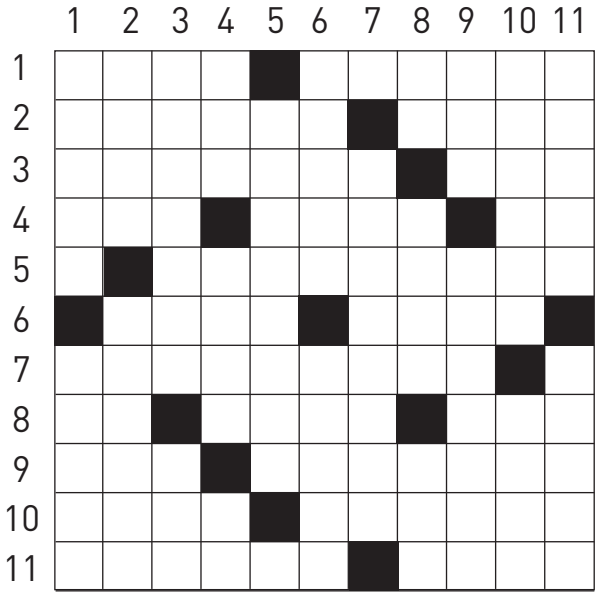
ANEDOTAS

No manicómio:

- Porque é que quando vais dormir, levas um copo com água e outro sem nada!?...
- Porque posso ter sede, mas também posso não ter!

Dois loucos passeiam pelo pátio.
Quando chegam ao muro, um deles aponta para a parede e diz para o companheiro:
- Tem cuidado com este cimento.
- Porquê?
- Porque é cimento armado.

PALAVRAS CRUZADAS



HORIZONTAIS:
1. Purificar, Reverencia. 2. Difusão de fluidos através de paredes porosas ou pouco permeáveis. Pequena argola com que se enfeitam os dedos. 3. Palanque. Naquele lugar. 4. Unidade das medidas agrárias equivalentes ao decâmetro quadrado. Abertura na terra. Aquelas. 5. Instrumento de sopro, com bocal de palheta simples e orifícios como os da flauta. 6. Cobiçar. Que não se move. 7. Agitação. 8. A unidade. Guarnecer de asas. Serve-se de. 9. Incógnita. Fazer com esmero. 10. Ave palmípede, espécie de pato. Energia, génio (pop.). 11. Que tem muitos ramos. Que é de bronze.

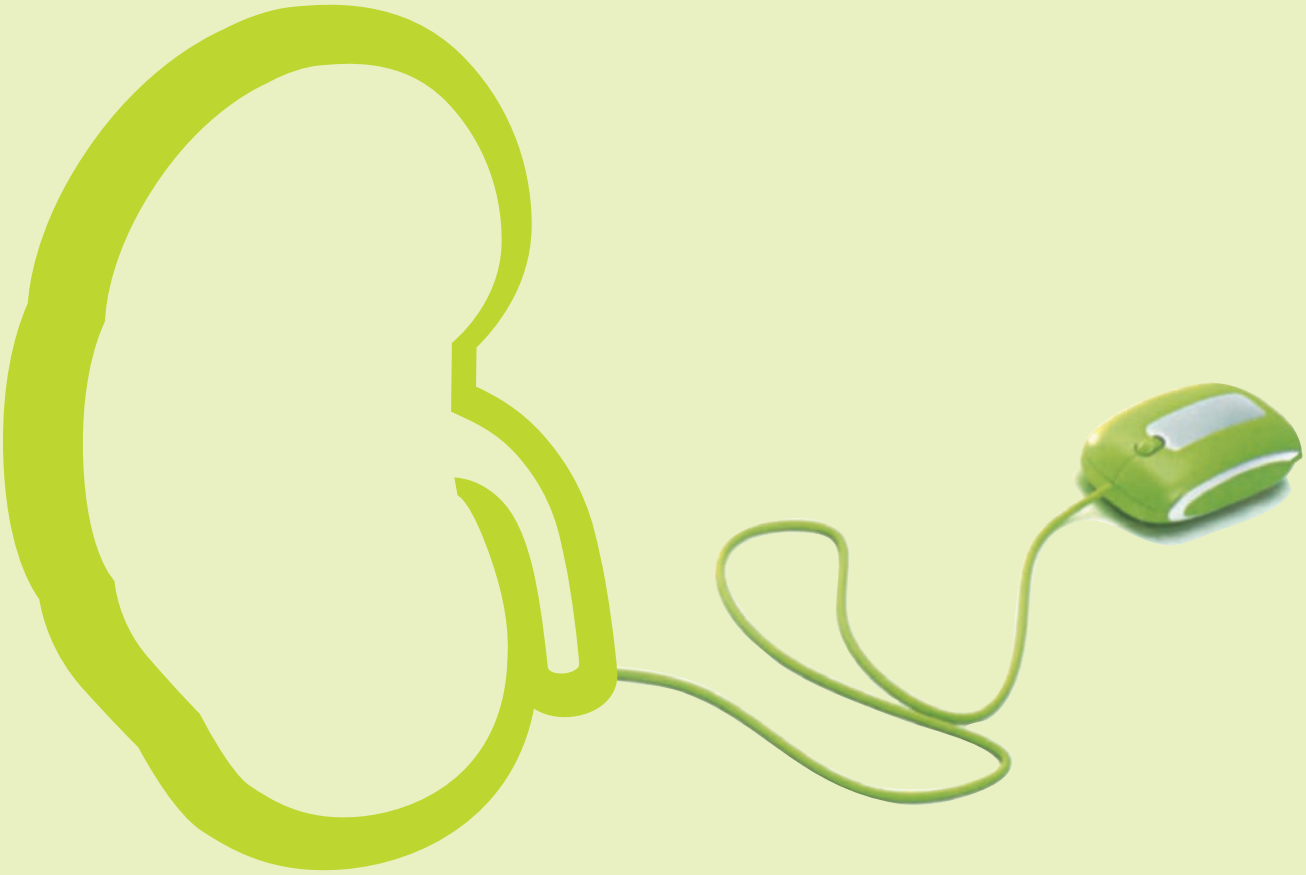
VERTICAIS
1. Dividir em lotes. Exercer tracção. 2. Servir-se de. Alimento. 3. Fraco de corpo e de espirito. Designa carência ou ausência (prep.). 4. Relação. Rocha em fusão expelida pelos vulcões. Contr. do pron. pess. compl. me e do pron. dem. o. 5. Nome científico do açúcar de cana ou de beterraba. 6. Perito na descoberta das nascentes de águas. Rajada de estilo. 7. Que tem a forma de ovo. 8. Contr. da prep. em com o art. def. a. Planta apiácea conhecida por erva-doce. Nome da letra N. 9 . Eia (interj.). Esvaziar. 10. Descrição. Ave cujo canto parece dizer o seu nome. 11. Aplane. Estendal.

SOLUÇÕES

Horizontais: 1. Luir, Venera. 2. Osmose, Anel. 3. Tablado, Ali. 4. Are, Cova, As. 5. Clarinete. 6. Ciar, Fixo. 7. Polvorosa. 8. Um, Asar, Usa. 9. Xis, Esmerar. 10. Adem, Genica. 11. Ramoso, Eril.
Verticais:1. Lotar, Puxar. 2. Usar, Comida. 3. Imbecil, Sem. 4. Rol, Lava, Mo. 5. Sacarose. 6. Vedor, Rasgo. 7. Ovíforme. 8. Na, Anis, Ene. 9. Ena, Exaurir. 10. Relato, Saci. 11. Alise, Varal.

APIR
Associação Portuguesa de
Insuficientes Renais

A APIR
somos todos nós.



NOVO SITE

www.apir.org.pt

BLOG

apir-org.blogspot.com