APIR
Associação Portuguesa de
Insuficientes Renais

NEFRÂMEA

porta-voz dos dialisados e transplantados renais

ANO XL • N.º 199 PUBLICAÇÃO TRIMESTRAL • OUTUBRO/NOVEMBRO/DEZEMBRO 2021
PREÇO 3€ • DIRETORA: CLÁUDIA BATISTA

ISSN 2183-2072

ELEIÇÕES PARA A DELEGAÇÃO REGIONAL DO NORTE

VIVER E VENCER
MARTA VITORINO

ENTREVISTA
ENF.ª MAGDA PEREIRA

APIR
Associação Portuguesa de Insuficientes Renais

Ser feliz sem motivo é a mais autêntica forma de felicidade

Carlos Drummond de Andrade

FICHA TÉCNICA

NEFRÂMEA N.º 199
ANO XL
Outubro/Novembro/Dezembro 2021

ISSN 2183-2072

DIRETORA
Cláudia Batista

CHEFIA DE REDAÇÃO
José Miguel Correia

CORPO REDATORIAL
Cláudia Batista, José Miguel Correia, Marta Campos, Matilde Correia, Cristina Inácio, Joana Gama, Rute Rafaela

FOTOGRAFIA
Delegações Regionais, Sónia Cartaxeiro, Dr. Fernando Macário, Centrodial, Hospital de Vila Franca de Xira, Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, Enf.ª Magda Pereira, Marta Vitorino, Ivan Fernandes, Eulália Antunes, Pixabay.com, Freepik.com

COLABORADORES
Delegações Regionais, Sónia Cartaxeiro, Dr. Mário Raimundo, Dr. Miguel Bigotte Vieira, Dra. Inês Moreira, Dr. Fernando Macário, Enf.ª Magda Pereira, Marta Vitorino, Ivan Fernandes, Eulália Antunes

DESIGN / PAGINAÇÃO
Sónia Cartaxeiro

IMPRESSÃO E ACABAMENTO
Tipografia Lobão
Rua Quinta do Gato Bravo, 5 - Feijó
2810-069 Almada

PROPRIEDADE/EDIÇÃO
Associação Portuguesa de Insuficientes Renais
Rua Luiz Pacheco, Lote 105 - Loja B
Bairro das Amendoeiras, 1950-244 Lisboa
Registado na ERC sob o n.º 108812
NIPC-500818924

REDAÇÃO
Rua Luiz Pacheco, Lote 105 - Loja B
Bairro das Amendoeiras, 1950-244 Lisboa
Tel. 218371654
e-mail: apir@apir.org.pt
Internet: www.apir.org.pt

TIRAGEM
2100 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 refletem necessariamente as posições da APIR ou da redação. Cabe à DN a seleção final dos textos discordantes das orientações oficiais da Associação.

O Estatuto Editorial encontra-se disponível em www.apir.org.pt/revista-neframea/

PORTE PAGO

ÍNDICE

04 EDITORIAL

COVID-19

05 Covid-19: viajar em segurança

DELEGAÇÕES

06 Bem-Haja Luís Carlos!

08 Visita da Delegação Regional dos Açores a Ponta Delgada

Reativação da Delegação Norte

09 Eleições para a Delegação Regional do Norte

COMUNIDADE APIR

10 Assembleia Geral

Convocatória

11 Orçamento para o Ano Económico 2022

Parecer do Conselho Fiscal

12 Aniversário da APIR

13 Conferência d.HOLIDAY

OPINIÃO

14 Hemodiálise Noturna

NOTÍCIAS

16 Reposição do princípio de avaliação mais favorável nas juntas médicas

Validade dos Atestados Multiusos

Redução da idade da reforma para pessoas com deficiência

17 Dados da IRC e da Covid-19 em 2020

18 Vacinação contra a Pneumonia

Novas instalações da Centrodial

19 Hospital de Vila Franca de Xira reorganiza Especialidades Médicas

Nova Unidade de Hemodiálise para Agudos em Penafiel

20 ENTREVISTA

ESPAÇO SAÚDE

24 Litíase Renal

26 ESTUDOS CLÍNICOS QUE PODEM FAZER A DIFERENÇA

28 VIVER E VENCER

30 IRC EM VIAGEM

31 NUTRIÇÃO

32 CULTURA

33 FALE CONNOSCO

34 PROTOCOLOS

EDITORIAL

Chegamos a mais uma época natalícia e, refletindo o sucedido ao longo do ano de 2021, podemos afirmar que foi um ano melhor que o anterior. Tivemos um período em que a pandemia não deu tréguas, mais concretamente nos primeiros três meses do ano, que foram bastante complicados, mas durante a primavera e o verão tivemos uma fase em que as medidas de confinamento se tornaram mais ligeiras, o que veio trazer um repouso nas nossas vidas em relação à pandemia.

A APIR manteve-se em campo para continuar a defender os interesses dos doentes renais, nomeadamente com a preocupação com o processo de vacinação, colaborando com as entidades oficiais, parceiros e com as empresas prestadoras, no sentido de encontrar a melhor forma de vacinar os doentes renais em hemodiálise de forma célere, uma vez que são pessoas mais fragilizadas pela necessidade de saírem de casa para os seus tratamentos e por terem de utilizar um meio de transporte partilhado. Mas era também necessário vacinar os restantes doentes renais, em diálise peritoneal e transplantados e a APIR também afirmou a urgência de olhar para estes colegas. Com o surgimento da recomendação da dose de reforço da vacina para determinados grupos da população, não ficámos parados e a APIR mais uma vez apelou e moveu esforços para que os doentes em hemodiálise entrassem como grupo prioritário.

Terminamos mais um ano em que não foi possível realizar as iniciativas presenciais previstas no nosso plano de atividades, nem mesmo a cerimónia do aniversário, como era habitual. Mas procurámos a melhor forma de chegar até aos nossos sócios e amigos e, assim, realizámos vários «webinars», sobre temáticas relacionadas com a doença renal. Este será, sem dúvida, um dos formatos que iremos manter, em conjunto com as nossas atividades presenciais para o ano de 2022.

Uma das revindicações da APIR durante este ano foi a necessidade de reverter a interpretação do Secretário de Estado dos Assuntos Fiscais, que retirava direitos e benefícios aos doentes transplantados, que ao irem novamente a junta médica recebiam um grau de incapacidade inferior ao anterior. Por isso, a APIR solicitou a todos os grupos parlamentares, à DGS e ao Ministério da Saúde uma audição para esclarecer este e outros assuntos, entre eles o tema dos transportes não urgentes de doentes. Obtivemos resposta positiva de alguns grupos parlamentares, que aceitaram receber a APIR e que foram todos unânimes de que iriam questionar o Governo sobre os assuntos discutidos. Finalmente, esse apelo aos grupos parlamentares deu resultados, o que teve como consequência que recentemente fosse publicada a Lei n.º 80/2021, de 29/11/2021, que vem repor o princípio da avaliação mais favorável e que pode consultar mais em pormenor mais à frente nesta revista. No entanto, ficaram ainda por resolver os restantes assuntos em agenda. Nesse sentido, a APIR irá apelar de novo às entidades sobre os restantes assuntos pendentes.

E é assim que a Direção Nacional e cada uma das Delegações reafirmam o seu empenho em continuar a defender os interesses e direitos dos Insuficientes Renais e a cumprir os estatutos desta associação nesse sentido.

Despedimo-nos deste ano com a perspetiva de um ano de 2022 que seja melhor. Desta forma termino, desejando umas Felizes Festas e um Próspero Ano a todos os nossos Associados, Dirigentes e Colaboradores.

José Miguel Correia

Presidente da Direção Nacional

Covid-19: viajar em segurança

A pandemia de COVID-19 ainda não terminou, mas embora ainda esteja a causar grande sofrimento em muitos locais, a vacinação generalizada traz consigo alguma esperança para algumas partes do mundo. É verdade que o vírus não respeita fronteiras geográficas, pelo que o aumento das viagens aumenta também o risco de contágio, mas podemos assumir que a vacinação irá ajudar gradualmente na retoma das viagens.

A vacinação diminui o risco de contrair COVID-19, e pode torná-la menos grave no caso de a contrair. Se está a pensar viajar, recomendamos que apenas o faça se estiver completamente vacinado (duas doses na maior parte das vacinas e no mínimo duas semanas depois da segunda dose, para uma maior proteção) e que viaje para locais com maior cobertura vacinal.

Mesmo que esteja vacinado, deverá manter as precauções no sentido de reduzir o risco de contrair COVID-19. Os idosos e as pessoas com determinados problemas de saúde, incluindo doença renal crónica, cancro, doença pulmonar obstrutiva crónica, síndrome de Down, problemas cardíacos graves, sistema imunitário deficiente e diabetes tipo 2, assim como os obesos, os fumadores ou as grávidas, têm um risco mais elevado de contraírem uma doença grave causada pela COVID-19.

Ao decidir se é seguro viajar, também aconselhamos que pense no risco acrescido das pessoas que vivem consigo e que possam ter estes problemas de saúde e que podem ficar em risco pela sua decisão de viajar.

Mas viajar é uma parte importante da vida de muitas pessoas, seja em trabalho ou em lazer, pelo que queremos ajudá-lo a viajar em segurança:

- Verifique a situação geral relativamente à COVID-19 no local para onde pretende viajar e os requisitos necessários, bem com as restrições em vigor.
- Lembre-se que para muitos destinos necessita de fazer teste antes de viajar, em particular se não estiver vacinado.
- Tenha em consideração que certos destinos obrigam a fazer quarentena à chegada, por sua própria conta, e/ou no regresso.
- Certifique-se que o seu hotel ou alojamento cumpre as recomendações de segurança contra a COVID-19.
- Não se esqueça de levar máscaras faciais, lenços de papel, desinfetante de mãos à base de álcool, toalhitas desinfetantes para as superfícies, um termómetro e todos os medicamentos de que possa vir a necessitar

Existem algumas formas de se manter a si e aos outros em segurança durante a sua viagem:

- Mantenha-se a dois metros de distância das outras pessoas.
- Use máscara facial e evite tocar nos seus olhos, nariz e boca.
- Evite comer, beber ou fumar nos transportes públicos, para não ter que retirar a máscara.
- Evite tocar em superfícies como corrimões ou botões de elevador.
- Lave as mãos com água morna e sabão durante pelo menos 20 segundos sempre que possível ou, em alternativa, utilize desinfetante de mãos com mínimo de 60% de álcool. Leve sempre um frasco consigo, pulverize toda a superfície das mãos e esfregue até secarem, sobretudo antes das refeições ou depois de tossir, espirrar ou assoar o nariz.
- Sempre que tossir ou espirrar tape a boca e o nariz com um lenço de papel, ou com a dobra interior do cotovelo.

- Evite o contacto com pessoas que apresentem sintomas de COVID-19.

Dicas para viagens aéreas:

- Use sempre máscara, tanto no aeroporto como durante o voo.
- Lave as mãos antes e depois do controlo de segurança.
- Coloque os cartões de embarque (em papel ou eletrónicos) diretamente no *scanner* e mostre-os aos profissionais de segurança, em vez de os entregar para as mãos.
- Coloque os pertences pessoais, como chaves, carteiras e telemóveis nas malas de mão, para não terem que ser manuseados no controlo de segurança.

Antes de decidir viajar, e ao escolher o seu destino, lembre-se que viajar aumenta o risco de contrair COVID-19. A vacinação diminui este risco e também o risco de contrair uma forma grave de COVID-19.

Será mais seguro viajar para regiões com uma ampla cobertura vacinal. Verifique a situação local e as regras em vigor no seu destino, tanto à chegada como no regresso a casa e aconselhe-lhe com o seu médico relativamente à sua viagem. Vivemos uma época desafiante. Mantenha-se seguro e desfrute. ■

Dr. Fernando Macário
Chief Medical Officer Diaverum

Bem-Haja Luís Carlos!

Nada parece mais adequado para começar este artigo do que contar uma história, infelizmente verídica e atual. Sou, há algum tempo, presidente de uma Delegação da APIR e sou enfermeira de profissão. Não consigo, naturalmente, dissociar uma coisa da outra, pelo contrário, julgo que uma coisa pode complementar a outra e incrementar os "inputs" para os dois lados. Há cerca de três anos, em meados de 2018, recebi uma representante de um Gabinete da Qualidade de um Centro Hospitalar do nosso país que, tendo sabido da minha condição de Dirigente da APIR, me convidou a participar de um grupo de trabalho subordinado ao tema "O Circuito do Doente". Mostrei-me entusiasmada e prontifiquei-me a colaborar no trabalho, percebendo a importância de cooperar com os órgãos decisores da instituição de saúde sobre uma questão tão premente para os doentes que a frequentam como o "circuito do doente dentro do hospital". Até hoje, jamais fui chamada para qualquer tipo de reunião ou outra solicitação, nem em nome individual, nem em nome da Associação de Doentes que represento. Ou seja, o doente (ou a sua representação) ou não é ouvido ou, nas poucas ocasiões em que faz parte nominal de um grupo de trabalho, efetivamente, acaba por não participar.

É do conhecimento geral, e faz parte dos manuais que suportam o conhecimento nas áreas da gestão, que sempre que os utilizadores dos serviços são ouvidos, ocorre um fenómeno de reflexão das práticas que conduz invariavelmente a um incremento na qualidade das mesmas. Então, porque não replicar esta oportunidade de melhoria incluindo nos grupos de trabalho representantes dos doentes?

Em 1993, Graça Carapinheiro explicou na sua tese com o título "Saberes e Poderes do Hospital" que é "a cultura medicocêntrica que impera no nosso país". De lá para cá houve uma evolução, fruto da urgência em rentabilizar os escassos recursos de que dispomos, e uma deslocação do centro clínico para o lado dos órgãos decisores – os gestores e as administrações hospitalares. De notar que o Presidente do Conselho de Administração dos hospitais públicos, lugar atribuído a um gestor médico há algumas décadas atrás, é hoje ocupado por um gestor com formação em Economia ou Direito. Em termos práticos, esta mudança veio incrementar a rentabilização dos recursos e dos números de produtividade em detrimento da humanização dos serviços. A qualidade dos mesmos é hoje avaliada em termos de produção, e aos profissionais de saúde exige-se um aumento do número de consultas ou do número de atendimentos, em vez de se tentar melhorar a qualidade dos mesmos do ponto de vista do utilizador dos serviços. E, apesar de haver uma tendência a mostrar tentativas de mudança de paradigma, com a inclusão de doentes em alguns Conselhos Consultivos de Hospitais, a grande verdade é que tudo isto não vai além do que já estava estabelecido e, na grande maioria das vezes, se não na totalidade, não passa de manobra de diversão para "calar as vozes" que teimam em reivindicar ser ouvidas.

Tudo se resume à premissa de "o doente estar no centro da atenção", o que não pode ser confundido de forma alguma com "a sua doença ser o foco", mas sim o doente, a pessoa com toda a sua envolvente, a sua família, os seus cuidadores, e sim, a sua doença!

A evolução das ciências e da tecnologia veio trazer esperança de vida e melhoria das suas condições a todas as pessoas portadoras de situações crónicas que debilitam a sua saúde. No entanto, as instituições de saúde e, sobretudo os seus órgãos gestores, não acompanharam esta evolução e mantêm-se muito vocacionadas para o tratamento da crise aguda da doença – os serviços de internamento, os locais de procedimentos técnicos (exames complementares e tratamentos). Os serviços de ambulatório são ainda relegados para um patamar de menor importância. Provavelmente, porque há pouco mais de meio século o tratamento das doenças crónicas era pouco mais do que sintomático, a evolução era na maior parte dos casos a evolução natural e os cuidados estavam reduzidos a cuidados de conforto. Hoje, com a evolução das tecnologias e o aparecimento de novos e cada vez mais sofisticados medicamentos, a realidade é outra, completamente diferente. As técnicas e os medicamentos prolongam a vida com uma

qualidade muito aceitável na grande maioria dos casos, mas depois os Sistemas de Saúde não estão vocacionados para acompanhar eficientemente a pessoa portadora de condição crónica, inserida no seu próprio contexto e incluindo-a a ela e aos seus cuidadores no processo de tomada de decisão. Tal como as organizações mundiais de saúde preconizam desde há algumas décadas, é no acompanhamento adequado da doença crónica e complexa que reside a oportunidade para diminuir gastos em saúde, com diminuição de idas aos serviços de urgência, diminuição das crises e das comorbilidades e melhoria da qualidade de vida das pessoas e das famílias. Mais importante do que centrar a atenção no doente, é fundamental que se inclua o doente na equipa de cuidados. É urgente uma mudança do paradigma.

Foi por isto mesmo que o nosso colega Luís Carlos pediu ajuda num momento de imenso sofrimento. E pediu ajuda pelos doentes renais e por todos os doentes sujeitos às condições que passarei a descrever. Em sua memória, e porque ele assim o desejaria, vou passar a relatar os factos para que permaneçam vivos na memória dos que o estimaram e de todos aqueles que ele ajudou.

O Luís Carlos era um doente renal, que faria 30 anos de transplante renal no próximo mês de janeiro de 2022. Diagnosticado com uma doença do foro oncológico, foi-lhe marcada consulta de Hematologia no CHUC, para o dia 12 de outubro, às 15.00 horas. Mas teria de realizar colheita para análises durante a manhã, para que houvesse resultados para a consulta. Dado o seu estado debilitado, o Luís Carlos solicitou realizar as colheitas noutro local que não o edifício de S. Jerónimo, onde se teria de deslocar de cadeira de rodas e com muito sacrifício. Foi-lhe dito que "As colheitas em ambulatório são realizadas exclusivamente no edifício de S. Jerónimo". Inconformado, o Luís Carlos decidiu fazer aquilo que se sentiu capaz, no sentido de chamar a atenção para um problema que é transversal a muitos doentes acompanhados neste hospital, e falou à TVI. Um direto simples e breve, em que pede para se atender às condições em que os doentes se encontram, e sugerindo que se equacionasse uma forma de poupar os doentes mais debilitados à deambulação pelo hospital e pelo seu exterior, para os exames analíticos. O Luís Carlos não chegou a ir à consulta, faleceu nesse mesmo dia, depois de ter sido encaminhado para a Urgência a seguir às colheitas de sangue, realizadas no edifício de S. Jerónimo. O Luís Carlos não faleceu por ter ido fazer as colheitas ao exterior do corpo principal do hospital, faleceu sim porque estava de facto no fim da sua vida.

Na sequência deste episódio, e porque todos ficámos sensibilizados, pedimos uma reunião aos órgãos gestores, ou seja, ao Conselho de Administração (CA) do CHUC. Fomos recebidos pelo Presidente do CA, Dr. Carlos Santos e pela Vogal, Dra. Célia Cravo, pelo Diretor Clínico, Dr. Nuno Deveza e pela Enfª Diretora Áurea Andrade, que nos afirmaram ter ficado sensibilizados com o acontecido.

Pedimos:

1. Que se coloquem os doentes no centro do processo, incluindo-os nas tomadas de decisão. A Voz do Doente tem de ser escutada e atendida, só assim se conseguirá efetivamente uma melhoria das condições de vida de todos nós. Parafraseando uma amiga lutadora "Basta de falarem por nós, já é tempo de nos darem o lugar de fala e de nos deixarem viver, decidir, errar, voltar a tentar e voltar a errar!" se tal for necessário. Os doentes são os principais interessados no êxito dos seus processos terapêuticos. É urgente que os decisores entendam que a sua inclusão na tomada de decisão só pode contribuir para a melhoria da qualidade do cuidado, para a rentabilização dos recursos e para a redução do desperdício.

2. Que se incremente o papel dos profissionais de enfermagem nos serviços de ambulatório. Não bastam enfermeiros para agilização das consultas e facilitadores do atendimento clínico. São necessários enfermeiros especializados e capacitados para explicar a doença, alertar para os sinais de agravamento, indicar os locais onde devem pesquisar informação e acompanhar os doentes e as suas famílias na adaptação à doença crónica e na adoção das estratégias necessárias à mudança de hábitos de vida e ao cumprimento das terapêuticas. Estes são ainda os profissionais capacitados para identificar as necessidades de cuidados imediatas dos doentes e, por isso, capazes de dar resposta às mesmas, como por exemplo, decidir se um doente mais debilitado deve fazer as colheitas de sangue para análises no local onde se vai realizar a consulta ou nas suas imediações.

3. Que se tenha mais atenção à enorme falta de recursos do SNS e se rentabilizem os mesmos tendo atenção ao doente e ao seu bem-estar dentro do Hospital. Por exemplo, é frequente os clínicos terem mais do que uma tarefa à mesma hora, dificultando o cumprimento dos horários, o que representa uma enorme violência para com os doentes e para com os próprios profissionais. Uma vez por outra, o médico fica retido na enfermaria ou no bloco operatório na hora em que deveria estar na consulta e isto tem custos para todos nós, se não imediatos, pelo menos a longo prazo.

O CA do CHUC ficou sensibilizado, julgamos nós, considerando que é do interesse de todos nós a melhoria da qualidade do atendimento e do cuidado ao doente e prometeram manter-se em contacto com a APIR.

Numa altura em que todos os organismos nacionais e internacionais apelam a um maior controlo e acompanhamento da doença crónica, no sentido de prevenir as agudizações e recaídas, contribuindo dessa forma para uma diminuição dos gastos em saúde, estarão as nossas instituições de saúde preparadas para contribuir de forma eficiente para esta causa?

Ao Luís Carlos e à sua família o nosso Bem-Haja!

Matilde Correia
Delegação Regional do Centro

Visita da Delegação Regional dos Açores a Ponta Delgada

O Presidente da Delegação Regional dos Açores da APIR afirmou que o serviço que está a ser prestado aos doentes em hemodiálise pelo Hospital Divino Espírito Santo, em Ponta Delgada, não corresponde às necessidades, apelando a que se encontre soluções para os problemas daqueles utentes.

"Ao contactarmos com os colegas de hemodiálise e os transplantados, mas em particular os que se encontram em hemodiálise, constatamos que há colegas que, após o seu tratamento de quatro horas, esperam entre uma hora a três horas para o retorno à sua habitação", explicou Osório Silva. "Classificamos como desumano este serviço e, por isso, já apelámos para que seja dada uma resposta efetiva a esta situação, que se arrasta há alguns meses".

Osório Silva falava no âmbito de uma visita realizada ao serviço de hemodiálise do Hospital Divino Espírito Santo, na ilha de São Miguel, onde esteve acompanhado do Presidente da Direção da APIR nacional, José Miguel Correia.

Outra preocupação exposta por Osório Silva está relacionada com as instalações, "que estão a ficar remotas, tendo em conta a sua capacidade instalada e o número de utentes existentes". De acordo com o Presidente da Delegação Regional dos Açores da APIR, "o Hospital de Ponta Delgada tem hoje no seu serviço de hemodiálise 100 doentes, encontrando-se 70 doentes em consulta de pré-diálise, quando a capacidade máxima é para 109 doentes", o que significa que "é urgente o Serviço Regional de Saúde iniciar um processo de avaliação e encontrar uma solução para esta unidade de hemodiálise", alertou.

Nesse sentido, a proposta da APIR é que seja criada uma unidade satélite, algo que já existe a nível nacional e internacional, que consiste em estabelecer uma infraestrutura nos próprios terrenos daquele hospital.

"Segundo o que conseguimos averiguar, existem condições para se montar essa unidade nos terrenos adjacentes ao hospital, permitindo assegurar novas condições, com nova qualidade de conforto para os utentes e para quem lá trabalha".

Por outro lado, é necessário reforçar os recursos humanos, segundo a APIR Açores, uma vez que "em São Miguel há apenas dois nefrologistas no quadro, o que é insuficiente, pelo que será necessário reforçar o número de médicos nesta unidade, bem como estabilizar o quadro ao nível de enfermeiros".

Na visita ao serviço de hemodiálise de Ponta Delgada, além de reunir e de conversar com os utentes e Diretor do Serviço de Nefrologia, Dr. João Esteves e a Enfermeira Rita Paquete, a APIR ofereceu uma cadeira de rodas à unidade de hemodiálise do Hospital Divino Espírito Santo. ■

Delegação Regional dos Açores

Reativação da Delegação Norte

Após um período de interrupção na sua atividade associativa, a Delegação Regional do Norte da APIR está, de forma dinâmica e com uma renovada equipa de trabalho, comprometida a reforçar a luta pelos interesses e necessidades dos insuficientes renais crónicos, a Norte de Portugal.

Ao direcionar a nossa atenção de forma mais localizada, é-nos possível ouvir com mais atenção as suas questões, agilizando a nossa atuação. Mesmo no período de inatividade, seja como doentes ou associados da APIR, as pessoas dirigiam-se-nos, contando as suas carências e queixas, sendo-nos impossível ficar indiferentes: a vontade de ajudar fala sempre mais alto do que a nossa própria fragilidade.

Há uma frase que digo muitas vezes – "Dar aos outros o apoio que não senti" – neste contexto: quando fiz, por exemplo, hemodiálise pela primeira vez, não fazia ideia do que me estava a acontecer. Agora, se posso ajudar, se posso fazer parte de uma Associação Nacional que acolhe, encaminha, esclarece, coloca ao dispor meios, pessoas e profissionais de excelência e tem sempre uma palavra para quem a procura, então esse é, sem dúvida, o caminho.

Voltar a ser parte ativa da Delegação Regional do Norte da APIR faz todo o sentido: para mim e para a equipa com que estou a trabalhar, dando o nosso melhor. Sabemos que tudo mudou depois que o Mundo conheceu a pandemia: as adaptações são necessárias e, no nosso caso (mais vulneráveis) os cuidados são imperativos. Outros métodos surgirão para realizar as nossas ações, teremos que ser criativos e contamos com a vossa colaboração! Vamos continuar a aliar a vontade e a disponibilidade e lutar por todos: doentes, familiares, clínicos, sociedade. Para que continuemos a ser visíveis, unidos na diversidade. Juntos fazemos mais! ■

Liliana Ribeiro
Delegação Regional do Norte

Eleições para a Delegação Regional do Norte

Na última Assembleia Geral da APIR, realizada a 28 de novembro, foi apresentada uma lista de associados que se disponibilizaram para assumir a Delegação Regional do Norte, que em 2020 não foi a eleições, por falta de dirigentes.

Assim, foi aprovado o início do processo eleitoral, que vai abranger os sócios eleitores dos distritos de Viana do Castelo, Braga, Bragança, Vila Real e Porto. A votação realiza-se exclusivamente por correspondência. Os sócios eleitores irão receber em casa o boletim de voto e todas as instruções para exercerem o seu direito.

Conheça de seguida a lista candidata à Delegação Regional do Norte.

Eleições para o Triénio 2022 / 2024
Lista Candidata à Delegação Regional do Norte

Presidente
José Roxo

Tesoureiro
António Correia

Secretário
Liliana Ribeiro

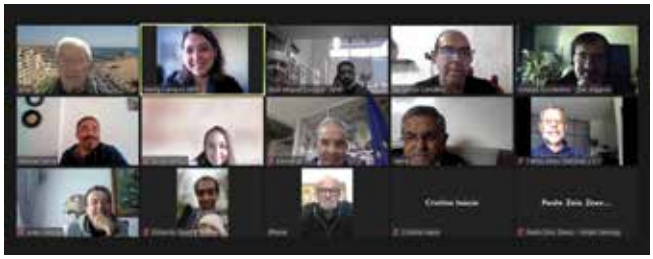
1.º Vogal
Mário Ferreira

2.º Vogal
Fernando Carvalho

3.º Vogal
Manuel Domingos

4.º Vogal
José Filipe Melo

Assembleia Geral



No passado dia 28 de novembro realizou-se em formato híbrido a 50.ª Assembleia Geral da APIR, com a presença de três associados presencialmente e treze por videoconferência.

José Miguel Correia mencionou o falecimento dos antigos dirigentes: Fernando Dias, da Delegação do Algarve, e Luís Carlos Sousa, fundador da Delegação do Centro. Bernardo propôs a realização de um voto de pesar para os dirigentes falecidos, extensível a todos os sócios também falecidos nos últimos meses. Este voto de pesar foi aprovado por unanimidade.

De seguida foi apresentado o Plano de Atividades para 2022, que continua a ser bastante cauteloso, uma vez que ainda não sabemos como vai evoluir a pandemia e quando é que poderemos retomar as atividades presenciais que já eram costume noutros anos.

Ainda assim a APIR pretende manter atividades já habituais, como a Revista Nefrâmea, site, redes sociais e newsletter, realização de webinars temáticos, etc. As novidades para este ano passam pela realização de pequenos spots de rádio alusivos à doença renal e à sua prevenção, a criação de vídeos informativos e o lançamento de um livro para crianças. Caso a situação pandémica melhore, gostaríamos de retomar as ações presenciais, como as visitas a clínicas de hemodiálise, o campo de férias, os encontros de doentes renais e de pais, os workshops de nutrição, as ações nas escolas e os rastreios, etc. O plano de atividades foi aprovado por unanimidade.

Relativamente ao Orçamento, segue a mesma linha do Plano de Atividades, devido à pandemia e as limitações associadas. A verba que sofre um aumento mais expressivo é a dos Gastos com Pessoal, que reflete o aumento dos salários mínimos previstos para 2022. O Orçamento para 2022 foi aprovado por maioria, com uma abstenção.

Relativamente ao processo de revisão dos estatutos, que foi iniciado há alguns meses atrás, vai ser novamente reativado, sob orientação da Cristina Inácio.

No ponto seguinte, a Delegação Regional do Algarve apresentou o nome de 3 associados da região que gostaria de cooptar para dirigentes. Devido ao falecimento de um dirigente, a Delegação fica a contar com a colaboração de sete dirigentes. Esta proposta foi aprovada por unanimidade.

A Delegação Regional do Norte, que não foi a eleições no ano de 2020 pela ausência de uma lista concorrente, apresentou agora uma lista encabeçada pelo associado José Eduardo Roxo, que se propõe a revitalizar esta Delegação. As eleições realizam-se no final do mês de dezembro e os sócios eleitores da região receberão todas as informações por correio. ■

Marta Campos

Convocatória

De acordo com os Estatutos, convoco a Assembleia Geral Ordinária da APIR, para reunir no próximo dia **27 de março de 2022**, pelas **14:30 horas**, na Sede da Associação Portuguesa de Insuficientes Renais, sita na Rua Luiz Pacheco, Lote 105-Loja B, Bairro das Amendoeiras, em Lisboa. Devido às contingências atuais, haverá também a possibilidade de participação por videoconferência, em condições a anunciar oportunamente.

A ordem de trabalhos proposta é a seguinte:

1. Leitura, discussão e Aprovação da Ata da Assembleia anterior;
2. Discussão e Aprovação do Relatório de Atividades e Contas de 2021;
3. Estatutos da APIR: Discussão e aprovação da proposta de revisão de estatutos apresentada pela comissão nomeada para o assunto pela mesa da Assembleia Geral;
4. Informações e assuntos diversos.

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

Lisboa, 2 de dezembro de 2021

O Presidente da Mesa da Assembleia Geral

(Bernardo Brotas de Carvalho)

Orçamento para o Ano Económico 2022

RENDIMENTOS E GASTOS	NOTAS	DATA 2022
Prestações de Serviços	A	15.000
Subsídios à exploração	B	99.000
Ganhos / Perdas de subsidiárias, assoc. e empreend. conjuntos		
Variação nos inventários da produção		
Trabalhos para a própria entidade		
Custo das mercadorias vendidas e das matérias consumidas	E	(6.000)
Fornecimentos e serviços externos	F	(42.050)
Gastos com o pessoal	G	(66.850)
Imparidade de inventários (perdas/reversões)		
Imparidade de dívidas a receber (perdas /reversões)		
Provisões (aumentos/reduções)		
Gastos de depreciação e de amortização	H	
Aumentos/reduções de justo valor		
Outros rendimentos e ganhos	C	2.000
Outros gastos e perdas	I	(1.100)
Resultado antes de depreciações, gastos de financiamento e impostos		0
Gastos/reversões de depreciação e de amortização		
Imparidade de ativos não depreciáveis/amortizáveis (perdas/reversões)		
Resultado operacional (antes de gastos de financiamento e impostos)		0
Juros e rendimentos similares obtidos	D	0
Juros e gastos similares suportados		
Resultado antes dos impostos		0
Imposto sobre o rendimento e do período		
Resultado líquido do período		0
A + B + C+ D =		116.000
E + F + G + H + I =		(116.000)

Parecer do Conselho Fiscal

Nos termos da alínea b) do artº 39º da Secção V dos Estatutos da Associação, o Conselho Fiscal analisou o Plano de Atividades e as Contas de Exploração Previsional e Orçamento de Investimentos da APIR para o ano económico de 2022, apresentado pela Direção Nacional, e considera ambos os documentos elaborados de forma a prosseguir com os objetivos da APIR.

Assim, o Conselho Fiscal recomenda à Assembleia Geral a aprovação do Plano de Atividades e das Contas de Exploração Previsional e Orçamento de Investimentos para o ano de 2022.

Lisboa, 28 de novembro de 2021

O Presidente do Conselho Fiscal

(Hugo Pedro Sousa Machado)

1º Relator do Conselho Fiscal

(Maria Dulce Caetano Rodrigues)

2º Relator do Conselho Fiscal

(Jaime Manuel Jesus Ribeiro)

Aniversário da APIR

Dada a situação pandémica que vivemos, tornou-se inviável para a Direção Nacional planear um evento presencial para assinalar o Aniversário da APIR como "antigamente", bem ao gosto dos nossos associados e dirigentes. Apesar de ser já o segundo aniversário em pandemia, dado que a maioria dos nossos associados são pessoas com mais idade e com uma saúde mais frágil, ditou o bom senso que nos abstivéssemos mais uma vez de nos encontrarmos fisicamente.

Ainda assim, e porque se há coisa que as novas tecnologias nos trouxeram foi a possibilidade de estarmos próximos apesar do distanciamento social, quisemos de alguma forma assinalar o 43.º Aniversário da APIR e recorremos ao formato de videoconferência para o fazer.

No dia 16 de outubro, precisamente no dia em que se assinalou o aniversário da legalização da Associação, realizou-se um "Webinar de Aniversário", que se compunha de duas partes.

Na primeira parte realizou-se uma cerimónia comemorativa dirigida pelo Presidente e pela Vice-Presidente da APIR, José Miguel Correia e Cristina Inácio, respetivamente. Começou por se fazer um minuto de silêncio em homenagem aos associados falecidos. De seguida foi feita uma retrospetiva da atividade da APIR ao longo da sua existência, assinalando os principais marcos e conquistas. De seguida foi feita uma apresentação das funcionalidades da aplicação móvel MyAPIR, que se encontra totalmente desenvolvida, mas ainda em fase de finalização do alojamento. Após este momento foi apresentado um vídeo com informação sobre a plataformas digitais da APIR, que incluem o site, página e grupo de Facebook, canal de YouTube e página de Instagram. Esta parte terminou com um "brinde" virtual e um agradecimento a todos os que colaboram para o cumprimento dos propósitos da Associação.

A segunda parte deste evento foi inteiramente dedicada ao tema «Adaptação à doença renal crónica e prevenção de problemas de saúde psicológica», com uma palestra da Dra. Rute Moura Pires, psicóloga clínica do Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central. A Dra. Rute participou no grupo de trabalho da DGS sobre revisão do Manual de Boas Práticas em Diálise do Ministério da Saúde, em representação da Ordem dos Psicólogos Portugueses e tem publicações no âmbito da avaliação e intervenção psicológica em contextos de saúde e adaptação à doença crónica.

Foram abordadas as principais características desta doença do ponto de vista psicológico, bem como os fatores de adaptação à mesma. Trata-se de uma doença que acarreta os seus desafios muito próprios, como por exemplo a necessidade de múltiplas hospitalizações e de cuidados médicos sistemáticos, de ser um processo com uma duração longa, continuada no tempo e sem fim determinado, sem cura conhecida e com uma série de implicações na vida diária, na perceção de si próprio e nas suas capacidades, entre outros.

Foi realçado que a adaptação à doença está dependente, por um lado, das características da própria doença, por outro da própria pessoa e também do seu entorno familiar.

Referiu a importância do papel do psicólogo na equipa multidisciplinar que faz o acompanhamento dos doentes crónicos, dando exemplos das possíveis intervenções psicoterapêuticas destes profissionais no contexto dos cuidados de saúde integrados.

A Dra. Rute colaborou em 2018 como representante da Ordem dos Psicólogos na revisão do Manual de Boas Práticas de Diálise Crónica da Ordem dos Médicos e a recomendação foi no sentido de que o psicólogo fosse incluído como membro da equipa multidisciplinar das unidades de hemodiálise, apresentando as diversas competências e funções que este profissional poderia ter junto os doentes.

Pode ainda assistir à gravação do webinar, que se encontra disponível na nossa página de Facebook em facebook.com/apir.org.pt . ■

Marta Campos

Conferência d.HOLIDAY

Realizou-se nos passados dias 20 e 21 de outubro, em formato online, a d.HOLIDAY Conference, organizada pela Diaverum. O objetivo deste evento era informar sobre as possibilidades de viagens e de mobilidade para os pacientes renais, bem como a forma de ajudar os pacientes e os profissionais para que isso seja possível - tudo com o objetivo de capacitar os pacientes com doenças renais, bem como seus amigos e familiares, a terem uma vida plena.

De notar que esta conferência se realizou num momento mais favorável da pandemia do que o que estamos a viver atualmente, em dezembro de 2021, com o aumento de novos casos e a descoberta de novas variantes.

O evento desenrolou-se ao longo de duas tardes, intercalando apresentações e atividades interativas. A anfitriã do evento foi Michaela Blomstrand, da Diaverum, que apresentou o programa d.HOLIDAY, que permite aos doentes da Diaverum fazer férias em qualquer uma das 450 clínicas da Diaverum em 24 países, ou mesmo noutras clínicas fora do grupo.

De seguida, o Dr. Fernando Macário, Chief Medical Officer da Diaverum, falou sobre as restrições que foi necessário implementar e limitações às viagens para os doentes renais, dado o risco acrescido de poderem desenvolver doença grave. No entanto, agora que a maioria da população, em particular os doentes e os profissionais das clínicas já estão vacinados, está na altura de mudar este paradigma. Deixou, no entanto, diversas recomendações para esta retoma das viagens, realçando em particular o uso de máscara e o distanciamento social. Surgiu uma questão sobre a máscara mais apropriada para viajar e o Dr. Macário considera que uma máscara cirúrgica é suficiente, não sendo necessário máscaras mais sofisticadas. Pode aprofundar mais sobre este tema na secção Covid desta mesma edição da revista Nefrâmea.

Daniel Gallego, presidente da ALCER e do EKPF, doente renal em hemodiálise desde 1995 e ávido viajante, partilhou um pouco da sua experiência em 25 anos de tratamento, tendo já feito hemodiálise em cerca de 30 países, como Japão, Índia, Indonésia, República Dominicana, etc. No entanto, fez também uma análise crítica da situação atual, identificando algumas das barreiras à mobilidade dos doentes renais e deixando algumas recomendações para as clínicas/empresas prestadoras, no sentido de simplificarem este processo. Refletiu ainda sobre a necessidade de desenvolvimento de uma máquina de hemodiálise domiciliária que seja portátil e que facilite as viagens, sejam elas de lazer ou profissionais.

Filipe Almeida, português e doente renal em hemodiálise desde 2017, é embaixador da marca Diaverum. Casado e pai de 3 filhos, tem como objetivo dar a volta ao mundo em família e servir como inspiração para que os doentes renais saiam da sua zona de conforto e possam viajar.

O segundo dia desta conferência começou com uma apresentação de Aris Bailan, fundador do site booknowmed.com, um motor online de pesquisa e marcação de tratamentos de hemodiálise a nível mundial.

Por fim, Colin White, representante da Irish Kidney Association falou sobre o seu envolvimento na organização dos Jogos Europeus para Dialisados e Transplantados e sobre o sentimento de liberdade e capacitação que surge com a possibilidade de viajar, mencionando também as iniciativas que a sua associação dinamiza para promover a mobilidade dos doentes renais irlandeses. ■

Marta Campos

OPINIÃO

Hemodiálise Noturna

O tratamento de hemodiálise noturna apresenta resultados médicos, sociais e emocionais muito positivos. Isto porque não interfere tanto no quotidiano do doente, melhorando assim a sua qualidade de vida. A duração pode variar entre 6 a 8 horas. É uma diálise mais longa, mais suave e os benefícios são muitos.

O objetivo deste tratamento mais longo e noturno é que o doente durma durante o processo, fazendo com que o tempo em tratamento lhe pareça menor e com menos sintomas.

Muitas são as pessoas que estranham e questionam esta opção, seja pela sua longa duração ou pelo simples facto de três vezes por semana o doente ter de dormir fora de casa, numa clínica.

Faço diálise há 14 anos, em que 6 foram de hemodiálise de 4 horas, 4 de diálise peritoneal e outros 4 de hemodiálise noturna, onde me encontro atualmente. No início também eu questionava este tratamento. Nos 6 anos em que fiz de hemodiálise convencional, de 4 horas, muitas foram as vezes em que me senti mal, fosse com cãibras, tensão baixa, coração em esforço, cansaço excessivo, entre outros sintomas. Das poucas vezes que ouvi falar da hemodiálise noturna questionava-me como era possível alguém conseguir dormir durante o tratamento. O facto de passar 3 noites por semana fora de casa não me incomodava propriamente. Custava-me mais o facto de a hemodiálise convencional de 4 horas me roubar parte dos meus dias, onde podia estar a trabalhar ou com a família. Mesmo fazendo só 4 horas de tratamento, o tempo que passava entre sair do trabalho e chegar a casa após o tratamento, nunca eram só essas 4 horas. Entre deslocações, esperar para ser ligada e hemostase, chegava sem grande esforço às 6 horas. Tentei todos os horários disponíveis para perceber qual o que se adequava melhor a mim, todos exceto o noturno, que não existia na clínica onde estava.

Enquanto fiz as 4 horas de tratamento, nunca consegui dormir. Passava o tratamento ao computador, a ler ou a ver televisão e as duas últimas horas eram sempre as piores, parecia que demoravam uma eternidade e o pior é que era frequente passar mal nessa altura, o que piorava ainda mais a situação. Saía da diálise e ia direta para a cama, de tão exausta que ficava.

Após 6 anos em hemodiálise, fiquei sem acessos e passei para a diálise peritoneal automática, a qual fazia em casa, durante a noite, enquanto dormia.

Passado 4 anos tive que regressar à hemodiálise, e a ideia de passar uma grande parte do meu dia ativo em tratamento não me agradava.

Desta vez decidi experimentar a hemodiálise noturna. Depois de consultar os meus médicos, percebi que os benefícios nesta forma de tratamento eram muitos, mas preocupava-me a parte importante e fundamental, que era conseguir dormir durante o tratamento.

Foi-me explicado que esta forma de tratamento era mais longa, sim, mas por isso mesmo era também mais suave, limpava muito mais, e removia de uma forma mais branda os líquidos, não esforçava tanto o coração e até o próprio acesso.

Demorei cerca de 1 mês e meio até me adaptar ao ambiente, ao barulho das máquinas e à luz dos monitores.

Depois desse período de adaptação, assim que as luzes se apagavam e o ambiente ficava mais calmo, começava logo a relaxar, até que acabava por adormecer. Conseguindo dormir, o tratamento parece mesmo mais curto, uma vez que estamos acordados apenas uma a duas horas.

As condições das salas são ajustadas, são colocados nos cadeirões uns colchões para um maior conforto e após uma leve ceia, as luzes são desligadas, ficando apenas os barulhos das máquinas de diálise e as luzes dos monitores das mesmas. Assim o tratamento é feito de uma forma mais tranquila.

Quanto a vantagens:

- Existe um melhor controlo da tensão arterial, da anemia, do potássio e do fósforo, reduzindo assim a medicação.

- É um tratamento mais lento e suave, causando assim menos esforço ao coração e à circulação.
- Existe uma melhoria do apetite.
- Por ser realizado durante a noite, para além do tratamento parecer "mais curto", ficamos com os dias livres para trabalhar, estudar, estar com a família ou passear.
- Ao remover os líquidos e as toxinas de uma forma mais lenta e suave contribui para uma melhoria do estado geral. Podemos assim ter uma vida mais ativa, uma vez que não nos sentimos tão cansados.

É importante estar disposto para a adaptação e insistir durante umas semanas para perceber se consegue relaxar e dormir.

É fundamental que se consiga descansar e dormir durante o tratamento, caso contrário não será benéfico para o doente.

Devemos sempre procurar a forma de tratamento que melhor se adapta ao nosso estilo de vida, e que pode mudar em determinadas fases da nossa vida, seja por trabalho, lazer ou por outro motivo qualquer.

É importante experimentar os vários horários de tratamento, ou mesmo, opções de tratamento, e perceber o que funciona para nós, tanto a nível físico como emocional. Fazer diálise não é uma opção, é algo necessário e vital, mas fazer diálise não é uma sentença, a nossa vida continua e, como tal, devemos procurar o que melhor se adapta a nós para que possamos continuar a viver com a melhor qualidade possível. ■

Sónia Cartaxeiro

NOTÍCIAS

Reposição do princípio de avaliação mais favorável nas juntas médicas

Foi publicada no dia 29 de novembro, a Lei n.º 80/2021, que vem clarificar os processos de revisão ou reavaliação do grau de incapacidade. Esta lei entrou em vigor a 30 de novembro e vem alterar o Decreto-Lei n.º 202/96, de 23 de outubro.

Assim, a partir de agora fica clarificado que «sempre que do processo de revisão ou reavaliação de incapacidade resulte a atribuição de grau de incapacidade inferior ao anteriormente atribuído, e consequentemente a perda de direitos ou de benefícios já reconhecidos, mantém-se em vigor o resultado da avaliação anterior, mais favorável ao avaliado, desde que seja relativo à mesma patologia clínica que determinou a atribuição da incapacidade e que de tal não resulte prejuízo para o avaliado.»

Como poderão ter visto em edições anteriores da Nefrâmea, este é um tema pelo qual a APIR se tem batido nos últimos meses, com reuniões com os grupos parlamentares e com outras associações de doentes, que lutavam pelo mesmo objetivo, depois de um Ofício Circulado do Secretário de Estado dos Assuntos Fiscais de 2019 ter vindo alterar o entendimento do Decreto-Lei anterior, vindo a prejudicar os insuficientes renais, em particular os transplantados.

A APIR congratula-se que os partidos políticos com assento parlamentar tenham sido sensíveis à nossa luta e que esta nova lei tenha sido aprovada com os votos a favor do BE, PCP, PSD, CDS e PAN, tendo vindo a ser promulgada pelo Presidente da República a 18 de novembro. ■

Fonte: dre.pt

Validade dos Atestados Multiusos

Foi publicado o Decreto-Lei n.º 104/2021, de 27/11/2021 que reconhece que a situação epidemiológica em Portugal tem conduzido a situações de desequilíbrio que importa limitar ao máximo, pelo que, por forma a garantir a manutenção dos direitos sociais, económicos e fiscais inerentes à validade dos atestados médicos de incapacidade multiuso, se procede à prorrogação do seu prazo de validade.

Assim,

Para efeitos de benefícios sociais, económicos e fiscais, a validade dos atestados médicos de incapacidade multiuso emitidos nos termos do n.º 2 do artigo 4.º do Decreto-Lei n.º 202/96, de 23 de outubro, na sua redação atual, é prorrogada, desde que sejam acompanhados de comprovativo de requerimento de junta médica de avaliação de incapacidade ou, quando aplicável, de junta médica de recurso para a correspondente reavaliação, com data anterior à data de validade:

a) Até 30 de junho de 2022, no caso da sua validade ter expirado em 2019 ou em 2020;

b) Até 31 de dezembro de 2022, no caso da sua validade ter expirado ou expire em 2021 ou em 2022. ■

Fonte: dre.pt

Redução da idade da reforma para pessoas com deficiência

No dia 24 de novembro a Comissão de Trabalho e Segurança Social do Parlamento aprovou a antecipação da idade da reforma para as pessoas com deficiência ou incapacidade. A proposta aprovada prevê que as pessoas com um grau de incapacidade igual ou superior a 80% e, pelo menos, 15 anos de carreira contributiva possam passar à reforma aos 60 anos de idade, sem penalização.

No entanto, estas novas regras só entrarão em vigor com o próximo Orçamento do Estado, ou seja, após

a entrada em funções de um novo Governo.

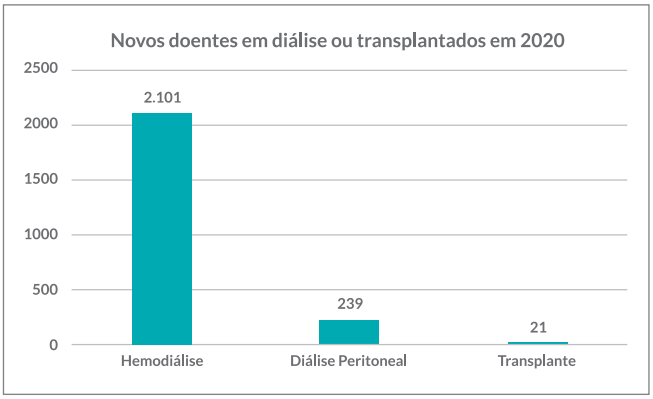
Esta é uma vitória de largos anos de luta, à qual a APIR também se associou, no entanto não corresponde ao que era defendido por alguns partidos e por outras instituições, que era no sentido de um acesso a partir dos 60% de incapacidade e 55 anos de idade. Assim, os diversos movimentos representantes das pessoas com deficiência ou incapacidade, embora reconheçam algum mérito nesta medida, vão continuar a bater-se por condições mais justas para estas pessoas já tão penalizadas pelas suas doenças. ■

Marta Campos

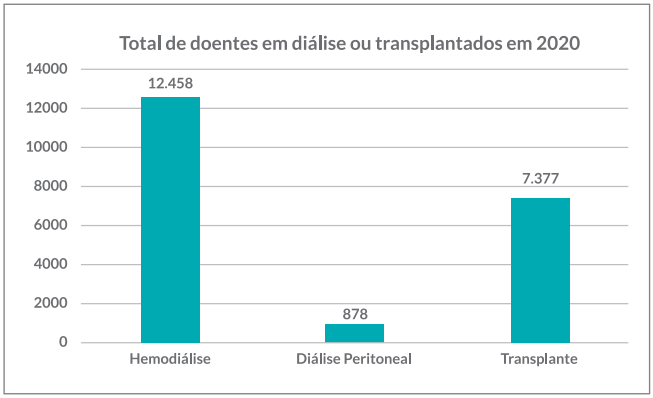
Dados da IRC e da Covid-19 em 2020

Durante o Encontro Renal 2021, que se realizou no passado mês de outubro em Vilamoura foram apresentados os dados do Gabinete do Registo da Doença Renal Crónica da Sociedade Portuguesa de Nefrologia.

Estes dados reportam-se ao tratamento da doença renal crónica estádio V no nosso país, tendo respondido 132 centros de hemodiálise, 27 unidades de diálise peritoneal, 8 centros de transplante de adultos e 1 centro de transplante renal pediátrico, o que corresponde à totalidade da resposta existente em Portugal.



Verifica-se que em 2020 entraram mais 2361 pessoas em tratamento substitutivo, a grande maioria das quais (89%) em hemodiálise. Ainda assim, realizaram-se 21 transplantes "pre-emptive", ou seja, sem necessidade de tratamentos de diálise anteriores à cirurgia. Este número de novos doentes é inferior a 2019, o que significou uma redução de 11,5% na incidência por milhão de população de novos doentes. No entanto, a incidência de novos doentes a iniciar tratamento substitutivo continua muito elevada relativamente a outros países.

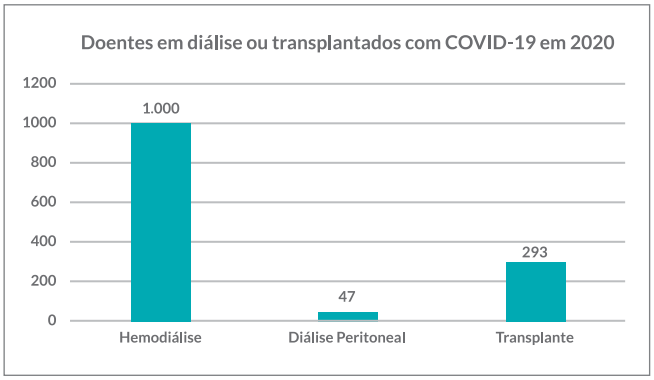


Relativamente à prevalência, significa que no total em 2020 tínhamos em Portugal 20.713 doentes em diálise ou transplantados, com uma média de idades de 67,6 anos. Em termos de género, verificou-se que no global 61% dos pacientes eram homens e 39% eram mulheres.

A diabetes continua a ser a principal causa da doença renal crónica, estando na base de 28% dos casos, seguida da hipertensão (13%). No entanto, em cerca de 18% dos casos a causa permanece desconhecida.

Na área dos transplantes, verificou-se uma redução do número de transplantes em relação a 2019 (352 vs. 439), devido à pandemia, e uma ainda maior redução do número de transplantes com dador vivo (41 vs. 75). Por outro lado, aumentou o número de transplantes duplos (rim/pâncreas). O hospital que mais transplantou foi o CHUC, o hospital com mais transplantes de dador vivo foi o Hospital de Santo António e o hospital com mais transplantes rim-pâncreas foi o Curry Cabral. Em Santa Maria realizaram-se 7 transplantes renais pediátricos.

Na mesma ocasião foram também apresentados os dados relativos ao registo da Covid-19 nos doentes renais crónicos. Até 31 de dezembro de 2020 foram confirmados 1340 casos de Covid-19 no nosso país, com a distribuição que o gráfico apresenta.



A região Norte contribuiu com 11% dos casos, seguido da região de Lisboa, com 9% dos casos. Os sintomas mais comuns foram febre e tosse, no entanto cerca de 32% dos casos foram assintomáticos.

Em 53% dos casos diagnosticados foi possível o tratamento em ambulatório, no entanto 40% estiveram internados em enfermaria e 7% em cuidados intensivos. Infelizmente tivemos a lamentar o falecimento de 168 pessoas, embora fique em aberto a questão se as mortes foram "por" covid ou "com" covid. ■

Fonte: spnefro.pt

Marta Campos

Vacinação contra a Pneumonia

A Direção-Geral da Saúde (DGS) atualizou a Norma n.º 011/2015 relativas à vacinação pneumocócica. Em Portugal estão disponíveis duas vacinas: a vacina polissacárida pneumocócica de 23 serotipos (Pn23) e a vacina conjugada pneumocócica de 13 serotipos (Pn13).

Esta atualização da Norma traz as seguintes novidades:

- Recomendação da vacina Pn23 para todos os adultos com idade igual ou superior a 65 anos, com um regime especial com comparticipação de 69%.
- Gratuitidade das vacinas Pn21 e Pn23 para grupos de risco selecionados.

Para além dos transplantados, que já estavam incluídos na Norma anterior, a vacinação gratuita abrange agora também os candidatos a transplante, a partir do momento em que forem incluídos na lista de espera para esse procedimento. A vacinação gratuita de todos os jovens (até aos 18 anos) com fatores de risco clínico está prevista desde 2010.

A Doença Invasiva Pneumocócica (DIP) pode provocar situações muito graves, com elevada probabilidade de complicações, sequelas e morte.

No quadro seguinte constam os grupos com risco acrescido de contrair doença invasiva pneumocócica (DIP), em idade adulta (≥18 anos), para os quais a vacinação contra infeções por *Streptococcus pneumoniae* é, à data, recomendada ou recomendada e gratuita. ■

Fonte: dgs.pt

Novas instalações da Centrodial

A clínica Centrodial de S. João da Madeira inaugurou no passado mês de setembro novas instalações, localizadas agora na Rua do Visconde. O novo edifício destaca-se pela sua funcionalidade e eficiência energética e encontra-se dotado da tecnologia mais moderna existente neste setor. Dispõe ainda de maior facilidade de acesso, sobretudo para as ambulâncias de transporte de doentes.

A inauguração contou com a presença do Presidente da Câmara, Jorge Vultos Sequeira e da vereadora Irene Guimarães, responsável pela área da saúde. ■

Marta Campos

Hospital de Vila Franca de Xira reorganiza Especialidades Médicas

As Especialidades de Cardiologia, Neurologia e Nefrologia passaram a ocupar um espaço integrado no mesmo piso no Hospital de Vila Franca de Xira, EPE. A separação do internamento dos doentes das Especialidades Médicas do Serviço de Medicina Interna é um ganho assumido por profissionais e que beneficia os doentes.

Ana Azevedo, diretora do Serviço de Nefrologia, destaca a atribuição de três camas de internamento à Especialidade de Nefrologia como um começo. "Este Hospital serve uma população muito grande, temos muitos doentes com insuficiência renal, aguda e crónica, muitos doentes em diálise e isto é o começo de um Serviço maior. Além do internamento, começámos a consulta externa em Nefrologia e, portanto, é um Serviço que está em claro crescimento".

Quanto à reorganização do espaço, a diretora do Serviço de Nefrologia afirma que "o facto de se ter atribuído camas e organizado as Especialidades num piso e, de certa forma, organizando também a Medicina Interna que fica em dois pisos, faz com que toda a gente trabalhe melhor", reforça Ana Azevedo.

A reorganização operada junta num só piso o internamento das Especialidades Médicas com um total de 23 camas: 10 camas de Cardiologia, 10 camas de Neurologia e 3 camas de Nefrologia. ■

Fonte: Serviço de Comunicação e Sustentabilidade

Hospital de Vila Franca de Xira

Nova Unidade de Hemodiálise para Agudos em Penafiel

A Ministra da Saúde, Marta Temido, visitou no passado dia 12 de novembro o Hospital Padre Américo, em Penafiel, pertencente ao Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, tendo na ocasião assistido ao início de funcionamento da Unidade de Hemodiálise para doentes agudos, que, a partir de agora, evitará o envio sistemático dos doentes para acompanhamento no Hospital São João.

A Unidade de Hemodiálise começou a funcionar a 22 de novembro e a capacidade instalada é de cinco postos de hemodiálise, podendo aumentar a capacidade até oito e ainda mais dois postos de isolamento.

A vasta população de 500 mil habitantes da área de influência deste hospital passa assim a ter acesso a cuidados de saúde até aqui inexistentes, com maior proximidade e humanização nos cuidados. ■

Fonte: Gabinete de Comunicação

Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, E.P.E.

ENTREVISTA

Enf.ª Magda Pereira

Entrevistada por Cláudia Batista

Nunca quis tirar a carta de condução, viver ou trabalhar em Lisboa e nunca quis frequentar o ensino superior, premissas que hoje chama de "ideias sem sentido".

Acabou por tirar a carta mal fez 18 anos, por cursar enfermagem na Escola Superior de Enfermagem de Leiria, e por viver e trabalhar em Lisboa.

Diz que "o 12.º ano despertou o gosto adormecido de cuidar do outro e seguir enfermagem" e, apesar de não ter os exames específicos para ingressar na área, estudou por conta própria e lá seguiu caminho.

Nasceu nas Caldas da Rainha, mas cresceu em Óbidos, num bairro vizinho das muralhas do castelo. Desde 2013 que é enfermeira-chefe da clínica DaVita de Óbidos, mas arriscamo-nos a dizer que foi a sua experiência na Unidade de Cuidados Intensivos de Cirurgia Cardiotorácica que a definiu enquanto profissional.

Magda Pereira tem 39 anos, 3 filhos e uma família que a admira muito por ser uma "menina de oiro", como lhe chama a tia.

É um exemplo da sua classe, dando provas constantes de resistência e resiliência e fazendo da sua clínica uma referência nacional.

Quando decidiu que queria ser enfermeira?

Nem sei bem como, nem porquê. Acho que nasceu comigo este gosto e despertou em mim mesmo a tempo de conseguir entrar no curso. Não me consigo ver a fazer outra coisa.

Como foi o seu percurso profissional até chegar ao cargo de hoje?

Terminei o curso em 2004, ano em que já se começava a sentir a dificuldade em escolher o hospital para trabalhar. Não tive oportunidade de ficar no serviço em que fiz o meu último estágio (no Hospital de São José) e iniciei o meu percurso profissional como enfermeira no Hospital Curry Cabral.

Aqui fui para uma medicina de homens, quase sempre lotada, com poucos recursos humanos e materiais, e onde por vezes encontrávamos patos e gatos no corredor ou a dormir com os doentes! Porém, era um serviço com excelentes profissionais e orientadores, para uma recém-formada e com sede de conhecer.

Foi um ano intenso, onde aprendi imenso tecnicamente e, principalmente, em que percebi que um enfermeiro consegue fazer muito com pouco, e por vezes até com nada, apenas com um sorriso ou uma mão no ombro.

Ao fim desse ano muito cansativo senti necessidade de mudar e surgiu a possibilidade, após um curso de cuidados intensivos, de ir trabalhar para o Hospital de Santa Marta na Unidade de Cuidados Intensivos de Cirurgia Cardiotorácica. Foi um contraste absoluto com o serviço de medicina do Hospital Curry Cabral em termos de recursos materiais e humanos (como a unidade assim o exige), que aceitei de imediato.

Gostou da passagem por esse serviço?

Foi, sem dúvida, o meu serviço "do coração', onde vivi e aprendi coisas inexplicáveis e inesquecíveis e onde percebi o valor da capacidade humana do enfermeiro. Foi onde aprendi como é importante o amor pela profissão, o amor pelo outro e o cuidar com amor.

Neste serviço, por vezes as emoções eram difíceis de gerir, pois tínhamos uma unidade de adultos e de crianças e muitas vezes as informações que nos chegavam do bloco operatório não eram as melhores e as notícias que tínhamos de transmitir aos pais e familiares eram duras de dar.

Nesse serviço trabalhei durante 10 anos com uma equipa de profissionais, desde assistentes operacionais, cirurgiões, enfermeiros e administrativos, com um sentimento de verdadeira equipa, em que a confiança no outro imperava.

Porque é que saiu dos cuidados intensivos de Santa Marta?

Quando tive o meu primeiro filho senti necessidade de vir para mais perto da família. Não foi uma decisão nada fácil, vim praticamente sem nada em termos profissionais. Trabalhei para uma empresa de trabalho temporário no bloco operatório do Centro Hospitalar do Oeste, nas Caldas da Rainha, mas ao fim de 10 meses estava desempregada.

Consegui então trabalho em part-time no serviço de internamento da CUF de Torres Vedras e, ao mesmo tempo, iniciei a formação na clínica de diálise das Gaeiras.

Sem perceber bem como, na altura surgiu a oportunidade de substituir a enfermeira-chefe numa situação temporária no cargo de gestão da clínica. O convite foi feito pelo telefone, fiquei um momento, acho que longo, em silêncio sem saber muito bem se aquela chamada era para mim e, apesar de não saber muito bem o que me esperava, fui ao encontro da minha maneira de ser, que me faz nunca dizer não (ainda hoje tenho muita dificuldade em dizer não), nem deixar de colaborar com quem me deu uma oportunidade de trabalho, e aceitei.

No final, esse período temporário tornou-se definitivo e aqui estou eu, desde 2013, num cargo que nunca, mas mesmo nunca sonhei em ter.

Gosta de ser enfermeira-chefe? Ou gostava mais de ser operacional?

Tenho dias. Há dias que gostava de desligar, mas não consigo, não sei se é por ser enfermeira-chefe ou se é da minha maneira de ser.

Neste momento já consigo conciliar o ser enfermeira-chefe com o ser enfermeira de sala e assim já gosto mais.

O que faz um enfermeiro-chefe numa clínica de hemodiálise?

Fazemos muita coisa, mas nunca me tinham feito esta pergunta assim. Tenho de pensar para enumerar. Temos a parte mais burocrática de gestão de recursos humanos e recursos materiais. Depois, a parte de gestão da clínica, de tudo o que envolve a organização de turnos e tratamento do doente. Mas não faço nada sozinha, tenho uma equipa excelente que me ajuda, apoia e ensina. Porque eu sou nova em diálise, tenho colegas enfermeiros, técnicos, administrativos, auxiliares e médicos com muito mais anos de experiência e é sem dúvida neles que me apoio para as decisões que possa ter de tomar.

Quais são as principais dificuldades que uma enfermeira-chefe de uma clínica enfrenta?

As principais dificuldades é a gestão de recursos humanos.

Qual é que sente que é a sua principal missão?

É mesmo o ser enfermeira e o cuidar. A parte de gestão é um apêndice, que o meu cargo exige, mas neste momento posso dizer que consigo conciliar e ver que este "apêndice" é outra forma de cuidar, não só do doente renal crónico em diálise, mas do colega enfermeiro, auxiliar, administrativo, técnico, cuidador.

Quando começou a trabalhar em hemodiálise, com insuficientes renais crónicos? O que é que despertou esse interesse?

Comecei como uma opção ao desemprego, quando deixei Lisboa. Nunca pensei no futuro que iria ter ao iniciar o curso de formação na clínica.

No curso de enfermagem não tive contacto nem formação sobre a diálise, mas o gosto de aprender coisas novas foi

um dos motivos de interesse. Outro que já mencionei foi o estar praticamente desempregada e ser uma oportunidade de emprego perto de casa.

Esse interesse foi crescendo. E sinto que o ser enfermeiro faz todo o sentido também numa clínica de diálise, pois a minha visão de enfermeiro era apenas a nível hospitalar, o que mudou por completo esta minha ideia.

O que distingue esta área das outras?

É uma área muito especial, com pessoas especiais. Sempre me pintaram a hemodiálise e o doente em diálise como uma área e pessoas complicadas. Mas pensem bem, hoje apetece-me ir jantar fora com a minha família e não posso porque tenho diálise. Apetece-me passar um fim de semana fora e não posso porque tenho diálise. Vou tomar um duche e não posso porque tenho um cateter. Quais são as implicações que tudo isto tem ao nível familiar?

Sim, é uma área exigente para o profissional de saúde, mas ainda mais exigente para a pessoa que 3 vezes por semana passa 4 horas numa cadeira, quase imobilizado.

É uma área que exige um cuidar como no meu serviço "de coração". Exige rigor técnico, médico, controlo de infeção, mas muito mais que isso, exige conforto, segurança e confiança.

É difícil encontrar enfermeiros especializados na doença renal crónica? E em hemodiálise?

Até há pouco tempo atrás, a enfermagem em diálise era uma enfermagem essencialmente em «part-time», não se considerava necessário haver enfermeiros contratados a tempo inteiro, nem ter uma equipa específica nas clínicas de diálise. Neste momento, não existe essa especialidade ainda, só existe a especialidade médico-cirúrgica com uma vertente nefrológica.

Acho que agora já se começa a despertar interesse por essa especialidade, porque as clínicas de diálise começaram a constituir equipas especificas de enfermeiros, e não só em regime de «part-time».

Nos cursos de enfermagem ainda hoje em dia a abordagem ao tema é muito superficial, e é quando existe abor-

dagem. Se não tivermos contacto com a área numa clínica ou num serviço de nefrologia de um hospital, é um universo desconhecido para muitos.

Qual a importância do enfermeiro no tratamento de hemodiálise?

Acho que só um doente renal crónico em hemodiálise consegue ver o quão importante é um enfermeiro no tratamento de hemodiálise. Será que é possível idealizar uma sala de diálise sem enfermeiros!?

Eu como enfermeira não consigo e não só pela parte técnica que envolve a hemodiálise, mas também pela parte humana, a essência do ser enfermeiro.

Qual é que deve ser a abordagem e a postura do enfermeiro no tratamento? A que é que um enfermeiro deve estar atento quando está a abordar o doente em tratamento (para além do aspeto clínico)?

Apesar de estarmos a falar de um enfermeiro que trabalha numa clínica de hemodiálise, a abordagem do enfermeiro e postura tem de ser uma visão holística da pessoa, do ser singular que temos à nossa frente. Não ver apenas o cateter, a fístula complicada, a velocidade da bomba que não é cumprida, o que chega sempre atrasado e não cumpre as quatro horas de tratamento...

Não é fácil, temos algumas regras, direitos e deveres de ambas as partes. Mas acho que o enfermeiro, que gosta de ser enfermeiro consegue ter "jogo de cintura" para conseguir conciliar e equilibrar os dois lados. O tratamento, o acesso, o protocolo é muito importante, o rigor técnico é muito importante, os valores analíticos e a eficácia de diálise é muito importante para o doente, mas sem dúvida que o conforto, a conversa, a mão amiga é tão ou mais valorizada do que os valores analíticos dentro dos parâmetros "saudáveis".

O que é que diria que é a coisa mais importante na relação enfermeiro-doente?

A confiança.

E na relação enfermeiro-médico e/ou nefrologista ou demais equipa clínica?

A confiança também.

O que é que se sente quando se recebe a notícia de que alguém da clínica foi transplantado?

Uma felicidade imensa. Só recolhemos o processo, a manta e o cartão do tratamento passado uma semana, não comentamos e ficamos em silêncio, achamos que é uma forma que temos para correr tudo bem.

Ainda mais felizes ficamos quando nos vêm visitar ou nos ligam a dizer que está tudo bem.

E quando alguém termina a sua jornada?

São pessoas que passam imenso tempo connosco, não é nada fácil para nós, como para os colegas de sala, de turno. São pessoas que nos perguntam pelos nossos filhos, que nos conhecem, que nos observam, que sabem quando não estamos bem. Assim como nós, eles são pessoas que nós sabemos quando vêm tristes, a quem perguntamos pelo marido e pelos filhos. Somos uma família.

De alguma forma é uma perda da qual temos de fazer o luto.

Qual foi a situação mais complicada que teve durante um turno na clínica?

Não foi há muito tempo, num daqueles sábados em que tudo acontece. No momento de desconexão tivemos uma paragem cardíaca. Conseguimos reverter a situação, mas nunca pensámos que sobrevivesse.

Qual foi a situação mais feliz da sua carreira profissional?

A situação mais feliz, foi o desfecho da situação descrita na pergunta anterior: o senhor sobreviveu e está connosco, consciente, orientado e feliz.

Qual foi o principal desafio que teve na sua posição durante estes quase dois anos de COVID?

Os desafios são diários, mas a organização da clínica, a alteração de circuitos, o rigor na utilização dos equipamentos de proteção individual, o rigor na higienização dos espaços, os momentos de triagem. E quando nos surge um doente positivo, felizmente não são muitos até esta data, é sempre muito difícil de gerir o medo, a ansiedade, o que fazer e quem isolar. Todas as situações são únicas e requerem calma, serenidade e rigor, para que a segurança de todos não seja colocada em causa.

O que é que na sua opinião já não voltará mais a ser como dantes?

Acho que nunca mais voltaremos a ser livres, a máscara, o medo do toque, do abraço, a expressão facial está comprometida. As nossas crianças estão a crescer neste ambiente e isso terá impacto quando forem adultos. Acho que vai ser devastador. Os valores, o sorriso, o valor da liberdade já não serão os mesmos.

O que acha que poderia ser melhorado em benefício dos doentes nas clínicas de hemodiálise?

Eu acho que, em termos de qualidade de diálise, do tratamento em si, não mudaria nada, porque eu acho que somos excelentes. Penso que as mudanças passam pela alteração da forma de ver as clínicas de diálise, passa pela conciliação em termos de qualidade de vida, do conforto,

da flexibilidade de horários de tratamento e de uma melhor rede de transportes.

Concorda que devia haver apoio psicológico em todas as clínicas, por exemplo?

Sim concordo, seria muito importante, não só para o doente beneficiar deste serviço, mas também o profissional.

O que gostaria de ver mudar na enfermagem aplicada à IRC e aos seus tratamentos?

Tenho a sorte em trabalhar numa empresa que valoriza muito mais que apenas o tratamento, valoriza a técnica, e é isso que eu gostava de ver na enfermagem aplicada à IRC.

Uma mensagem para quem se está agora a formar e ainda não definiu a sua área de trabalho.

Que sintam a verdadeira essência de ser enfermeiro e o valor real do cuidar do outro. Terminem o curso e que se sintam capazes do desafio imenso que é ser enfermeiro.

Uma mensagem para todos os Insuficientes Renais Crónicos.

Como enfermeira, aprendi a gostar da doença renal crónica, de trabalhar com a DRC e alterei por completo aquela ideia que me faziam passar sobre os Insuficientes Renais Crónicos.

Espero que num amanhã próximo os direitos e deveres sejam partilhados e que a qualidade de vida e o conforto no tratamento sejam pilares essenciais nas clínicas e serviços de diálise.

Que os "outros" tenham conhecimento do que é, do que implica ser IRC, para benefício do próprio, da família e até da comunidade.

Acha que falta resiliência aos enfermeiros em Portugal?

Não, de todo. Os enfermeiros têm sido um grande exemplo neste momento, e acho que posso dizer que em todo o mundo, mas referindo-me ao exemplo português digo que são pessoas que deixam o seu país para serem enfermeiros e que deixam a sua família para serem enfermeiros. São pessoas que deixam o seu lar, as festas de aniversário, as datas importantes dos seus familiares e o Natal para serem enfermeiros. Que são pessoas que sempre que precisam delas estão lá, para serem enfermeiros e que, apesar das noites sem dormir, horas sobre horas a cuidar o outro, o cansaço emocional e o cansaço físico continuam a ser enfermeiros.

Sinto que nestes últimos anos a população mundial, e sem dúvida a portuguesa, deu outro valor a esta classe profissional, mas temo que alguns dos portugueses se comecem a esquecer do quanto precisam do enfermeiro, até ao dia em que novamente precisem de nós! E lá estaremos nós, nessa altura, para ser enfermeiro. ■

SABIA QUE?

01 As intervenções de enfermagem à pessoa em programa de hemodiálise devem ser feitas por licenciados em enfermagem ou equivalente legal, com o título profissional de enfermeiro atribuído pela Ordem dos Enfermeiros, além de uma formação inicial específica nas técnicas hemodialíticas.

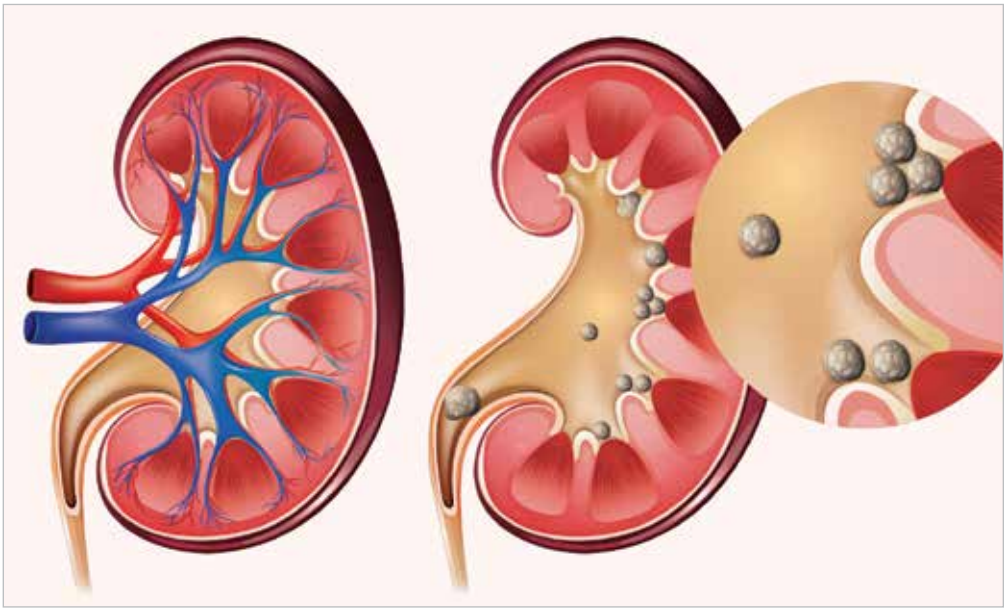
02 De acordo com as normas em vigor, a formação inicial em técnicas dialíticas deverá ser assegurada por uma entidade acreditada para a formação na área de Enfermagem e o programa de formação deve incluir as componentes teórica e prática.

03 O enfermeiro deverá ter uma formação inicial com uma duração de três meses, num total mínimo de 420 horas, supervisionado por um enfermeiro com competências científicas e pedagógicas para o efeito.

04 São objetivos dos cuidados de enfermagem na preparação da pessoa para o tratamento de hemodiálise:

- Proporcionar um ambiente acolhedor à pessoa doente, garantindo a sua privacidade;
- Providenciar ensino e informação adequados sobre a prescrição de cada indivíduo, bem como proceder ao esclarecimento de dúvidas à pessoa doente/pessoa significativa;
- Proporcionar o tratamento de hemodiálise prescrito de forma segura e eficiente;
- Promover e assegurar práticas seguras no local de trabalho, minimizando o risco e acidentes;
- Acompanhar doentes totalmente dependentes até à unidade individualizada de tratamento.

Litíase Renal



Litíase renal corresponde à formação de cálculos renais no trato urinário. Os cálculos renais, vulgarmente conhecidos como "pedras" nos rins, são pequenas pedras que se formam dentro dos rins quando as substâncias e minerais que são habitualmente eliminados na urina se agregam. Os cálculos renais podem ter diversas composições, nomeadamente oxalato de cálcio, fosfato de cálcio, ácido úrico, cistina e estruvite. A maioria dos cálculos renais tem constituição mista e cerca de 30% são formados por um único mineral. O tipo mais frequente de cálculo renal é de oxalato de cálcio.

A litíase renal é mais frequente nos homens do que nas mulheres e corresponde à terceira doença mais frequente do aparelho genitourinário, sendo apenas ultrapassada pelas infeções urinárias e pelas doenças da próstata. Infelizmente, é frequente ocorrerem episódios repetidos de litíase renal. No entanto, os cálculos renais são habitualmente eliminados do organismo através da urina, em particular se o seu diâmetro for inferior a 5 mm.

Caso os cálculos renais fiquem bloqueados no trato urinário e não sejam eliminados através da urina, podem ocorrer vários sintomas. Pode verificar-se dor no flanco ou em direção à virilha (cólica renal), náuseas ou vómitos, dor ao urinar, vontade imperiosa de urinar e sangue na urina, o qual pode conferir uma cor avermelhada à urina. Na realidade os cálculos renais são uma das principais causas de dor do tipo cólica renal. Em caso de litíase renal pode ocorrer ainda deterioração da função renal com lesão renal aguda. A longo prazo pode ocorrer doença renal crónica, em particular em caso de episódios graves ou repetidos de lesão renal aguda.

A presença de cálculos nos rins pode ser detetada através de exames de imagem, tais como radiografia, ecografia ou tomografia axial computorizada (TAC). Apesar de a ecografia evitar a utilização de radiação, o exame mais adequado a realizar depende das características do doente e da sua situação clínica em particular.

Em caso de cólica renal é muito importante ser realizado tratamento eficaz rapidamente, de modo a evitar complicações, as quais podem ser graves e mesmo fatais. O tratamento e a eventual necessidade de internamento do doente dependem do tamanho, tipo e localização do próprio cálculo, bem como da gravidade dos sintomas. Na cólica renal é habitual ser necessária medicação intravenosa, de modo a que o alívio da dor seja rápido e eficaz. É ainda habitual ser tomada medicação ao longo de vários dias com o objetivo de facilitar a libertação do cálculo renal. Se houver infeção associada à passagem do cálculo é administrado antibiótico para tratar a infeção. Se o cálculo renal não for expelido sozinho, ou se houver outras complicações detetadas nos exames de imagem pode ser necessária intervenção cirúrgica. Este tipo de intervenção é habitualmente realizado pela especialidade de Urologia e pode envolver, entre outros, colocação de stent duplo J, uretrocistoscopia, litotrícia ou nefrolitotomia percutânea.

A colocação do stent duplo J permite desobstruir de imediato o ureter (canal que une a bexiga ao rim), resolver a cólica renal e recuperar a função renal. O stent duplo J é um dispositivo médico que se coloca no ureter e que, tal como o nome indica, tem formato de letra J em cada uma das suas duas extremidades. A colocação de stent duplo J é o procedimento urológico mais frequente no tratamento urgente da cólica renal e permite criar espaço entre o cálculo e o interior do ureter, de modo a que a urina seja drenada eficazmente.

A cistoscopia é um exame urológico endoscópico no qual se avalia a be-

xiga. Tal como em qualquer exame endoscópico, é utilizado um tubo que na sua extremidade tem iluminação e câmara que permitem observar o interior do trato urinário. É ainda possível realizar procedimentos, tais como retirar ou mesmo quebrar os cálculos renais em pequenos fragmentos. Na uretrocistoscopia avalia-se quer a uretra, quer a bexiga. Após este exame é habitual sentir-se um pequeno desconforto tal como vontade de urinar e que resolve após um a dois dias.

A litotrícia é um procedimento no qual se usa um dispositivo que fragmenta os cálculos renais. A litotrícia pode ser externa, denominada litotrícia extracorporal por ondas de choque (LEOC), ou interna, denominada ureterorrenoscopia ou cirurgia intra-renal retrógrada com litotrícia intracorporal. A LEOC é um tratamento não invasivo e realizado sem necessidade de internamento, sob analgesia ou anestesia. Realiza-se mais frequentemente quando os cálculos renais se encontram na região do ureter mais próxima do rim. A ureterorrenoscopia é uma cirurgia minimamente invasiva realizada em internamento ou ambulatório, sob anestesia, e na qual o ureterorrenoscópio é introduzido através da uretra, percorre a bexiga e o ureter e permite fragmentar o cálculo com laser ou extraí-lo com uma pinça.

A nefrolitotomia percutânea é um procedimento invasivo no qual é realizado um pequeno orifício através da pele na região lombar e que permite a passagem de utensílios cirúrgicos de modo a visualizar, fragmentar e extrair o cálculo renal. É habitual ser usada em cálculos de maiores dimensões. Dependendo da situação clínica, pode também ser necessário colocar um stent duplo J no final do procedimento para evitar obstrução residual por edema (inchaço) ou areias. Pode ainda ser colocada uma drenagem lombar percutânea (dreno na região lombar que permite a saída de urina do rim para o exterior) durante alguns dias. Em casos raros e muito particulares de litíase renal pode ainda utilizar-se cirurgia laparoscópica ou mesmo robótica.

Apesar de por vezes ser necessário tratamento cirúrgico dos cálculos renais, existem felizmente medidas eficazes para prevenir a sua formação. Em pessoas com tendência a formar cálculos, está recomendada a ingestão de quantidades elevadas de líquidos, de modo a urinar pelo menos 2 litros por dia, a restrição do consumo de sal e a ingestão de uma dieta diversificada, incluindo frutas e vegetais, para evitar o excesso de peso. Dependendo da composição dos cálculos renais, existem ainda outras medidas mais específicas em termos de alimentação e medicação que podem ser implementadas. É este o motivo pelo qual é muito importante que qualquer cálculo expelido na urina seja guardado, para que a sua composição possa ser analisada em laboratório. De salientar que não está recomendada restrição do consumo de alimentos com cálcio dado que, dependendo do tipo de cálculo, este comportamento poderá aumentar o risco de formação de cálculos renais. A redução da ingestão de cálcio poderá ainda contribuir para osteoporose, em particular na mulher.

Concluindo, a litíase renal é uma doença relativamente frequente e com risco de recorrência e complicações graves, mas para a qual felizmente existem várias opções de tratamento. Tal como em outras doenças, a sua prevenção é fundamental de modo a que os rins se mantenham saudáveis. ■

Dr. Miguel Bigotte Vieira
Médico Nefrologista

ESTUDOS CLÍNICOS
QUE PODEM FAZER A DIFERENÇA

Nesta rubrica, pretende-se levar ao conhecimento do leitor, resumidamente e em linguagem acessível, alguns trabalhos das diferentes áreas da Nefrologia (Nefrologia Clínica, Hemodiálise, Diálise Peritoneal e Transplantação Renal), publicados em revistas científicas, cujos resultados possam vir a ser determinantes para os indivíduos com doença renal. Sempre que possível, procurarei selecionar artigos que possam ir de encontro às dúvidas, preocupações e esperanças do doente renal.

Para esta edição, selecionei um estudo de base populacional, publicado em abril de 2021 na revista *Nephrology Dialysis Transplantation*, que integrou dados observacionais com dados genéticos para avaliar o impacto da atividade física e dos hábitos de vida sedentários na ocorrência de doença renal crónica.

Seguindo na linha da última edição desta rubrica, volto a trazer um estudo relacionado com o impacto da atividade física (ou falta dela) na doença renal. Na população em geral, a inatividade física contribui, em conjunto com outros fatores (genéticos, dietéticos e comportamentais/culturais), para o desenvolvimento de obesidade e dos distúrbios metabólicos que lhe estão associados, como a hipertensão e a diabetes *mellitus* que, por sua vez, são as principais causas de doença renal crónica a nível global. Por este motivo, a inatividade física é considerada um fator de risco modificável para o desenvolvimento e progressão da doença renal crónica e o exercício físico regular é frequentemente recomendado por médicos e nutricionistas.

Contudo, a evidência científica que associa a inatividade física ao desenvolvimento e progressão de doença renal crónica é quase exclusivamente de natureza observacional e, por conseguinte, sujeita a fatores de confusão que impedem a inferência de causalidade. Dito de forma simples, quando se afirma, com base em estudos observacionais, que a doença renal crónica está associada à inatividade física, não é possível discernir se é a reduzida atividade física (ou os comportamentos sedentários) que provocou (ou contribuiu) para a doença, ou se foi a doença a determinar a redução na atividade física – a este viés dá-se o nome de causalidade reversa. É certo que um ensaio clínico, randomizado e controlado, para avaliar o efeito da atividade física sobre o desenvolvimento de doença renal crónica dificilmente será concretizável, sobretudo devido ao tempo de seguimento clínico que seria necessário para medir esse efeito. Adicionalmente, os estudos existentes não permitem discernir se o potencial efeito benéfico da atividade física é apenas mediado pelo seu impacto na redução de patologias como a obesidade, a hipertensão arterial e a diabetes, ou se existe um efeito positivo da atividade física per se. Por fim, existem poucos estudos que tenham utilizado medidas objetivas de medição do nível de atividade física ou que tenham explorado o impacto específico de determinados comportamentos sedentários.

Assim, para esta edição escolhi um artigo original, publicado na revista *Nephrology Dialysis Transplantation*, que tentou ultrapassar algumas das limitações referidas.

Efeitos causais da atividade física ou dos comportamentos sedentários na função renal: uma análise observacional integrada à escala populacional e um estudo de randomização Mendeliana

CORRECTED PROOF

Causal effects of physical activity or sedentary behaviors on kidney function: an integrated population-scale observational analysis and Mendelian randomization study

Sehoon Park, Soojin Lee, Yaerim Kim, Yeonhee Lee, Min Woo Kang, Kwangsoo Kim, Yong Chul Kim, Seung Seok Han, Hajeong Lee, Jung Pyo Lee ... Show more

Nephrology Dialysis Transplantation, gfab153, https://doi.org/10.1093/ndt/gfab153

Published: 07 April 2021 **Article history**

Neste estudo, os autores analisaram dados clínicos e genéticos de uma grande amostra de base populacional do Reino Unido (o *UK Biobank*, que inclui dados de mais de 500.000 indivíduos entre os 40 e os 69 anos) e aplicaram uma metodologia dupla – uma análise observacional transversal e um estudo de randomização Mendeliana – para avaliar o efeito de vários níveis de atividade física e de determinados comportamentos sedentários (ver televisão, utilizar o computador e conduzir automóvel) na taxa de filtração glomerular (a medida habitual para avaliar o funcionamento dos rins) e na ocorrência de doença renal crónica. A randomização Mendeliana é uma abordagem de estudo que, através da análise genética, permite inferir relação de causalidade, sendo minimamente afetada pelo viés de causalidade reversa ou por outros fatores de confusão que possam não ter sido acautelados no estudo observacional. De uma forma simples, com base em estudos de associação genética prévios, foram selecionadas as variantes ou polimorfismos genéticos que estão fortemente associados à atividade física e a cada um dos comportamentos sedentários em estudo, ou seja, que refletem a predisposição genética para estes comportamentos. Posteriormente, foi avaliada estatisticamente a relação dessas variantes/polimorfismos com a taxa de

filtração glomerular e com a ocorrência de doença renal crónica. Por fim, para avaliar o efeito independente da atividade física, a análise foi repetida excluindo as variantes/polimorfismos que estavam simultaneamente associados à atividade física e à ocorrência de obesidade, hipertensão e diabetes *mellitus*.

Na vertente observacional do estudo, foram analisados dados de mais de 300.000 indivíduos que tinham informação completa sobre a sua função renal e comorbilidades relevantes. Os níveis de atividade física e os comportamentos sedentários foram medidos objetivamente através de um questionário padronizado e, em cerca de 70.000 participantes, através de medições quantitativas com acelerómetro de pulso (utilizando *smartwatches* ou "pulseiras *fitness*"). Os níveis de atividade física moderada a vigorosa associaram-se significativamente a menor probabilidade de ter doença renal crónica (menos 3,1% por cada hora semanal de atividade) e a taxa de filtrado glomerular mais elevada. No que respeita aos comportamentos sedentários, ver televisão associou-se a um risco mais elevado de doença renal crónica (mais 8,7% por cada hora semanal) e a menor taxa de filtrado glomerular. Por outro lado, estar ao computador e conduzir um automóvel obtiveram resultados inconsistentes no que respeita à associação com a função renal.

No estudo de randomização Mendeliana, para além dos mais de 300.000 indivíduos representados no *UK Biobank*, foram, adicionalmente, analisados os dados de mais de 500.000 pessoas incluídas na base de dados genética do consórcio *CKDGen*. A predisposição genética para a atividade física, identificada através de cinco polimorfismos, reduziu em 51% o risco de ter doença renal crónica e associou-se a taxa de filtrado glomerular mais elevada, enquanto que, por seu lado, a predisposição genética para passar mais tempo a ver televisão, identificada através de 152 polimorfismos, aumentou em 20% o risco de ter doença renal crónica e associou-se a menor taxa de filtrado glomerular. Os resultados foram semelhantes mesmo quando excluídos os polimorfismos associados à obesidade, hipertensão arterial e diabetes, sugerindo um impacto da (in)atividade física independente destes fatores. Para os outros dois comportamentos sedentários em análise, não foram encontradas relações causais consistentes.

Qual a importância deste estudo?

Este estudo, apesar da sua natureza observacional, destaca-se dos precedentes sobre este assunto por várias razões. Por um lado, a sua dimensão e base populacional permitiram avaliar o efeito da atividade física no desenvolvimento da doença renal crónica, e não apenas na sua progressão uma vez estabelecida a doença. Por outro, utilizou a acelerometria como uma medida objetiva e quantitativa da atividade física e analisou individualmente comportamentos sedentários específicos. Por fim, e sem dúvida a mais importante, foi o primeiro estudo que utilizou a randomização Mendeliana como forma de inferir relações causais, obviando, pelo menos em parte, algumas das principais limitações dos estudos puramente observacionais. Deste modo, esta é, talvez, a melhor evidência que temos do impacto da atividade física e dos comportamentos sedentários na saúde renal.

Os resultados deste estudo indicam que a predisposição genética para maior atividade física e para menor tempo a ver televisão reduz o risco de doença renal crónica e, assim, reforçam os benefícios de promover a atividade física e de evitar os comportamentos sedentários na população em geral. Esta evidência deve ser levada em conta não só pelos profissionais de saúde, mas, sobretudo, pelas políticas de saúde que visem reduzir o impacto socioeconómico crescente da doença renal crónica. ■

Dr. Mário Raimundo
Médico Nefrologista

VIVER & VENCER

Marta Vitorino

A história que vos vou contar é a minha, mas podia ser a de qualquer pessoa a quem um dia a vida decidiu trocar as voltas. É a história de alguém que às vezes ouviu os outros, e muitas vezes teve que parar para se ouvir a si mesma. É história de alguém com mil sonhos por cumprir, que acredita que o importante no final de cada dia é não deixar de acreditar.

Estava a estudar intensamente para um exame quando surgiram os primeiros sinais de cansaço e falta de apetite. Sempre tinha sido uma jovem saudável, talvez por isso quando fui ao médico foi simples diagnosticar excesso de stress. Tomei medicação para o apetite e segui a minha vida agitada de jovem universitária. Mas o cansaço per-

durou e a falta de fome também, mais tarde chegaram as quebras de tensão, a falta de sono e a perda exagerada de peso e eu, insensata, escondi de todas as pessoas, inventei desculpas para a família e para os amigos. Mas três meses depois do primeiro sintoma, já não dava para esconder os sinais.

Fui ao médico e o diagnóstico chegou, tinha insuficiência renal. Os meus rins já praticamente não funcionavam, estava com dias de vida e já não havia escolha, tinha que fazer diálise e esperar um transplante renal. Naquele momento não pensei na diálise ou no transplante, pensei na minha vida, na faculdade, naquilo que iria acontecer à vida normal e cheia de objetivos traçados que tinha idealizado para mim. Disseram-me para ter calma, para viver uma coisa de cada vez e então foi isso que fiz. Nas semanas seguintes dediquei-me a conhecer o meu novo mundo. Passei o Natal, o Ano Novo e o meu aniversário internada. Aí mesmo, sem saber, comecei a tomar consciência de que a minha vida nunca mais ia ser a mesma. Em vinte anos de vida nunca tinha parado para pensar que algo podia trocar-me as voltas e agora ali estava eu.

Decidi parar o curso por um semestre, queria adaptar-me e tinha medo de voltar à faculdade e não ser capaz de fazer tudo ao mesmo tempo, mas sentia que me faltava algo, todos os que conhecia seguiam a sua vida e eu estava parada à espera de um transplante que não fazia ideia de quando viria. Procurei jovens na mesma situação, mas não encontrei ninguém e foi aí que pela primeira vez pensei que poderia ser interessante criar um projeto para informar os jovens, mas não era o momento.

Dez meses depois de começar a diálise, a sensação de que me faltava algo era gigante, então decidi tentar, ga-

nhei coragem e voltei para a faculdade. Mudar de cidade, estudar, viver numa residência, fazer diálise e retomar a minha vida de antes foi uma aventura. Rapidamente percebi que não tinha tempo para todas as atividades em que estava envolvida antes, mas isso curiosamente não me incomodou tanto como pensei. Agora sentia que vivia em dois mundos, um em que era a universitária jovem, e o outro em que era doente renal e fazia diálise, para mim eram tão diferentes que não fazia sentido juntá-los. Mas com o tempo percebi que sem eu fazer nada eles se foram

juntando, falava na diálise de uma forma natural na minha vida e nos tratamentos contava a minha vida fora dali. Gostava de sentir que motivava as pessoas a fazer algo para além daqueles tratamentos e então a ideia de que poderia criar um projeto voltou, mas mais uma vez não era o momento. Fiz vários horários de diálise para conseguir conciliar com a minha vida, e sentia que não tinha tempo para mais nada, corria do estágio para as aulas, e das

aulas para os tratamentos e no meio disto tinha ainda a minha vida social. Mas no final do dia tudo valia a pena, já não sentia a falta de nada, estava realizada e isso era tudo o que bastava, mesmo quando o cansaço da diálise levava a melhor. Pensava no transplante, sabia que a qualquer momento ele poderia chegar, mas isso já não era o centro dos meus dias.

O tempo foi passando até que em março de 2020 o meu telefone tocou. Naquele momento nem queria acreditar, a minha vida a mudar de novo, finalmente tinham um rim para mim e ia voltar a ter a vida normal que tinha antes. Mas será que tudo pode ser igual ao que era depois de mais de três anos a ser parte de um mundo tão diferente? A verdade é que não, a insuficiência renal era agora tão parte de mim como o que tinha antes, durante todas horas que passei em clínicas e hospitais aprendi muito sobre os outros e sobre mim mesma, mas também vi muitas coisas que não consigo esquecer, pessoas que desistiram de viver, que acharam que nada mais valia a pena para além da doença. E foi em casa, durante a quarentena, enquanto pensava em tudo isto, que tive a certeza que estava no momento certo para criar aquele projeto que tinha surgido na minha cabeça quando eu ainda mal tinha começado a fazer diálise.

Procurei pessoas e comecei a pôr a minha ideia em prática e alguns meses depois estava disponível o primeiro episódio do Vive, um «podcast» que fala de insuficiência renal de uma forma leve, descontraída, mas sempre muito responsável. Não falo na minha vida ou nas minhas experiências, falo de vários temas relacionados com a insuficiência renal e trago testemunhos e entrevistas com profissionais, tudo para que no final saibas que é possível aproveitar, descontrair e acima de tudo viver, não à minha maneira, mas à maneira que achares melhor para ti!

Um dia sei que a minha vida vai dar uma nova volta, não sei quando terei que voltar à diálise ou experimentar um novo tratamento, mas seja qual for a situação, quero continuar a acreditar, a aproveitar, a descontrair e, acima de tudo, a viver. ■

Marta Vitorino

IRC EM VIAGEM

Sicília, um paraíso aqui tão perto

O meu nome é Ivan Fernandes, tenho 44 anos e há 9 anos que sou Insuficiente Renal Crónico. Gosto muito de viajar, aliás adoro, e sempre viajei, até mesmo antes de ser doente renal. Mas depois de saber que era IRC comecei a viajar ainda mais, para poder aproveitar a vida, pois ao sermos IRC estamos sempre mais sujeitos a ter complicações ao nível da saúde.

Nunca me senti impossibilitado ou limitado em ir de férias por ser doente renal, muito pelo contrário. Pessoalmente acho sempre que se pode encontrar um meio termo, pois atrás de qualquer negatividade existe sempre algo positivo, que mais não seja fica sempre a aprendizagem que é feita com a experiência.

Este ano fui à Sicília em Itália. Fui no início de agosto e fiquei lá durante dois meses. Fui de avião e não senti dificuldades na viagem, o voo é longo e com escala, mas faz-se tranquilamente. Enquanto lá estive fiz um pouco de tudo! Dei belos passeios e tomei muitos banhos (tipo dois ao dia) nas praias, que são lindas de águas cristalinas. Tive a oportunidade de receber a família que foi passar algumas semanas comigo, e que ao abrigo do programa "Mucaria" ficaram também alojados gratuitamente. Tive a extraordinária oportunidade de visitar as ilhas Égadi, de águas cristalinas "quentes", e a magnífica baía de Cornino.

Abracei esta aventura indo sozinho, mas lá conheci vários amigos de diferentes nacionalidades. Garanti a minha saúde e a continuidade dos tratamentos através do excelente acompanhamento por parte do staff técnico da clínica do Dr. Filippo Mucaria, onde fiz hemodiálise. Nestas clínicas na Sicília eles oferecem alojamento ao IRC e à família e os tratamentos são pagos ao abrigo do protocolo entre os países da União Europeia, com o recurso ao Cartão Europeu de Saúde.

O que mais gostei nesta viagem foi a oportunidade de poder passar dois meses de férias num sítio paradisíaco, gastando dinheiro só na viagem e alimentação, porque o alojamento (top) foi completamente grátis. O que menos gostei foi o facto de não existirem voos diretos entre Lisboa e Palermo.

Aos IRC quem têm receio de viajar diria que a vida é muito curta e que a devemos aproveitar. Diria ainda que a nossa doença não é só negatividade e que é possível viajar e desfrutar, mesmo estando em hemodiálise. Diria que vale sempre a pena.

Já comecei a pensar na próxima viagem e estou a formar um grupo de colegas para no próximo ano em julho ir de novo à Sicília. Se alguém quiser juntar-se a mim é só pedir o meu contacto na APIR ou enviar um e-mail para neframea@apir.org.pt.

Até breve. ■

Ivan Fernandes

NUTRIÇÃO

Gelado de aletria acompanhado de pera escalfada

Ingredientes (4 porções):

• 500g leite magro • 1 iogurte sólido natural magro (125g) • 2 paus de canela • 1 limão • 50g de açúcar • 3 gemas de ovo • 25g de aletria • 4 peras pequenas, tipo pera Rocha (cerca de 368 g) • 500ml vinho tinto • Canela q.b.

Preparação:

1. Base de gelado de ovo:

- Numa panela coloque a aquecer metade do leite, o iogurte, 1 pau de canela e 1 casca de limão.
- Quando começar a ferver, adicione 35g de açúcar. Pouco depois adicione as gemas de ovo misturadas com mais 35g de açúcar. Aqueça até começar a ferver, mexendo sempre.
- Arrefeça rapidamente o preparado colocando dentro de um recipiente com gelo e coloque no congelador.

2. Base de gelado de aletria:

- Ferva o restante leite com 1 pau de canela e 1 casca de limão. De seguida retire estes ingredientes do leite.
- Adicione a aletria e deixe cozer. Quando estiver cozida adicione o restante açúcar e triture com a varinha.
- Retire do lume e arrefeça rapidamente.
- Incorpore a base de aletria na base de gelado de ovo e leve ao congelador.

3. Peras escalfadas:

- Descasque as peras.
- Coloque numa panela o vinho e a canela e deixe cozer as peras submersas no líquido.

4. Sirva esta sobremesa com 1 bola de gelado e 1 pera polvilhada com canela.

Notas para doentes renais:

- Receita adequada para doentes em diálise
- Esta receita tem baixo teor de sódio, baixo teor de fósforo e teor médio de açúcares
- Porção recomendada: ½ pera e 1 bola de gelado

Informação nutricional por porção (134g):

Calorias:	88 Kcal
Proteína:	4 g
Hidratos de carbono:	14 g
Gordura:	1 g
Sódio:	48 mg
Potássio:	199 mg
Fósforo:	96 mg
Fibra:	1 g

Dra. Inês Moreira | Nutricionista

Vivian Maier

Vivian Dorothea Maier foi uma fotógrafa norte-americana que se especializou na chamada «street photography», ou fotografia de rua. Apesar de uma vida envolta em mistério, Maier deixou um espólio riquíssimo composto por fotografias e também alguns vídeos caseiros. Com a fotografia, Vivian conseguiu fascinar o mundo através dos seus registos da América urbana da segunda metade do século XX.

Nascida em Nova Iorque a 1 de fevereiro de 1926, Maier, filha de pai austríaco e mãe francesa, passou a sua infância e parte da juventude em França. Retorna aos Estados Unidos no ano de 1951, onde começa a trabalhar como ama, trabalho que manteve ao longo de durante mais de 40 anos. E foi durante este período, nos seus dias de folga, que fotografou, sempre com a sua câmara Rolleiflex, a cidade de Nova Iorque, retratando não apenas as ruas e os edifícios da cidade, mas também cenas da vida quotidiana com empatia, espontaneidade e sensibilidade, observando pessoas de todas as idades e classes sociais e captando os seus retratos "em arrojados enquadramentos", como recorda a sua fundação. Foram mais de 100 mil fotografias mostrando as pessoas e a arquitetura, não apenas da sua cidade natal, Nova Iorque, como também de Los Angeles e Chicago entre as décadas de 1950 e 1960.

Caracterizada como uma mulher inteiramente independente e liberal, Vivian Maier tinha como objetivo transmitir a sua própria visão de mundo, visão essa bastante particular. Além disso, enquanto pessoa pouco materialista, todos os seus pertences eram compostos por livros ligados à arte, filmes caseiros, revistas, entre outros.

Vivian viveu uma velhice com algumas dificuldades financeiras, chegando mesmo a morar em alguns lares sem grandes condições, até que alguns amigos compraram um apartamento em Chicago e passaram a pagar as suas contas. Entre estes amigos, estavam várias pessoas que Vivian cuidou enquanto era ama.

Maier vem a falecer, no ano de 2009, com 83 anos, na sequência de lesões decorrentes de uma queda.

Todas as fotografias, os negativos e as fitas de áudio com pequenas entrevistas que fazia com as pessoas que fotografava ficaram guardadas, pois ninguém sabia da sua existência. Este material só foi descoberto em 2007, por John Maloof, também ele fotógrafo e realizador de cinema, quando comprou em leilão o conteúdo abandonado de dois contentores de armazém e se viu na posse de milhares de negativos, diapositivos e fotografias impressas, além de uma série de vídeos caseiros e gravações de áudio. De imediato Maloof reconheceu o valor artístico e histórico do material, tanto que o trabalho de Vivian Maier foi inspiração para o tema de um documentário, «À Procura de Vivian Maier» (2013), nomeado inclusive para um Óscar.

Apesar do seu imenso trabalho artístico, foi somente após a sua morte que houve o reconhecimento de seu trabalho e o material começou a ser reproduzido na internet e em revistas especializadas, além da publicação de livros com o seu acervo e exposições. Em Portugal, por exemplo, esteve presente no Centro Cultural de Cascais, no início deste ano, uma exposição com centenas de trabalhos seus entre os anos de 1953 a 1984.

Atualmente, o trabalho de Vivian Maier vem sendo catalogado e será simultaneamente arquivado para poder ser apreciado futuramente. Já com 90% do arquivo construído, o trabalho elegante e preciso de Vivian Maier torna-se um marco na arte da fotografia urbana.

Para ver as fotografias de Vivian Maier poderá aceder à pagina da sua Fundação, onde poderá encontrar o seu espólio fotográfico e também assistir ao trailer do documentário acima descrito em www.vivianmaier.com. ■

Joana Gama

FALE CONNOSCO

CORREIO DOS LEITORES

Fui transplantada no passado dia 23 de novembro e gostava de homenagear o meu doador (marido) pelo seu ato de amor!!! Gostava que publicassem esta fotografia, para as pessoas perderem o preconceito em doar!!!

Gostava de agradecer à equipa médica do Hospital de Santo António (Porto) pelo profissionalismo, compaixão e dedicação para connosco!!! Foram 5 estrelas! O nome do meu marido é Nuno Antunes e eu Eulália Antunes.

OBITUÁRIO

Pela filha Raquel tivemos conhecimento do falecimento da nossa sócia e colaboradora Maria Fernanda Barros, residente no Porto. Tinha 64 anos e era sócia desde 2016, tendo ajudado a fundar a Delegação Regional do Norte. Foi transplantada em janeiro de 2021, após 8 anos em hemodiálise, e estava a viver uma nova fase da sua vida, até ser apanhada pela Covid-19, vindo a falecer a 22/7/2021. A APIR agradece a sua colaboração e interesse em ajudar os colegas de tratamento, denunciando as situações menos corretas de que era testemunha.

Pelo Presidente da Delegação Regional do Algarve, Dr. Octávio Escolástico, fomos informados do falecimento do nosso dirigente regional Fernando Manuel Lopes Dias, de Albufeira, no passado dia 9/10/2021, no Hospital de Faro. Tinha 70 anos e fazia hemodiálise na clínica NephroCare de Faro. A APIR agradece a sua dedicação à Associação e a sua disponibilidade de colaboração. A viúva e o filho continuam como sócios.

Morreu no dia 12 de outubro de 2021 o nosso colega Luís Carlos Sousa. O Luís Carlos foi um homem de bem uma vida inteira. Norteado pela humildade e pelo respeito ao próximo, foi um dos primeiros dirigentes da APIR e, fundador da Delegação Centro, foi também o seu primeiro presidente. Na sua passagem por este mundo manteve-se sempre junto dos seus colegas Insuficientes Renais e lutou pela melhoria das condições de vida dos seus pares até às últimas horas de vida, literalmente. Morreu depois de ter dado uma entrevista a um canal da televisão nacional, apelando à melhoria da qualidade dos cuidados, nomeadamente no que concerne à forma como se processa o atendimento aos doentes em ambulatório do Centro Hospitalar Universitário de Coimbra. À sua esposa, filhos, netos e restante família, a Delegação do Centro envia os pêsames e a certeza que o Luís Carlos estará sempre presente na nossa Associação.

A Associação lamenta a perda dos sócios e amigos desta causa, os quais serão lembrados com carinho.
Às famílias, dirigimos os nossos sentimentos em nome da APIR.

PROTOCOLOS

Nos últimos tempos a APIR tem vindo a celebrar acordos com parceiros que oferecem condições vantajosas aos seus associados.

Consulte no nosso site as vantagens em pormenor em
www.apir.org.pt/vantagens-dos-socios/

FARMÁCIAS

1. Farmácia Baptista
Largo 5 de Outubro de 1910, 33/36
2400-120 Leiria e
Loja online: farmaciabaptista.pt

2. Farmácias GAP

Farmácia Uruguai
Av. do Uruguai, 18A – 1500-613 Lisboa

Farmácia São Mamede
Rua da Escola Politécnica, 82B
1250-102 Lisboa

Farmácia Charneca
Rua da Brieira, 4
2820-292 Charneca da Caparica

Farmácia Central – Pinhal Novo
Praça da Independência, 14
2955-220 Pinhal Novo
www.farmaciasgap.pt

3. Farmácias Progresso

Farmácia Quejas Telheiras
Rua Prof. Francisco Gentil 36A
1600-626 Lisboa

Farmácia Imperial
Av. Guerra Junqueiro 30B
1000-167 Lisboa

Farmácia Jardim Real
Rua D. Pedro V 123-125 (Príncipe Real)
1250-093 Lisboa

Farmácia Almeida Dias
Largo da Graça 38-397A (Graça)
1170-165 Lisboa

Farmácia Progresso
Estrada A-da-Maia 64C (Benfica)
1500-004 Lisboa

Farmácia Rio de Janeiro
Avenida Rio de Janeiro 4C (Alvalade)
1700-324 Lisboa

Farmácia Progresso Tagus Park
Av. Prof. Aníbal Cavaco Silva
Edf. Qualidade A2 Loja B
2740-296 Oeiras

Farmácia Lazarim
Rua de S. Macário, 780B – Lazarim
2825-159 Caparica

Farmácia Pancada
Rua Dr. Afonso Costa, nº 60,
7750 Mértola
www.farmaciasprogresso.pt

CLÍNICAS / SERVIÇOS DE SAÚDE

4. Absolute Bliss
Rua José Afonso, 25 – Cv. Esq. – Lagos e Rua da Escola, nº 7 – Parchal
Consultas Online
www.absolutebliss.eu

5. Centro Clínico Face a Fase
Praceta Alexandre Giusti, lote 45,
R/c Dto. Loja A
2635-530 Varge Mondar – Rio de Mouro
www.faceafase.com

6. Centro Médico D. Dinis
Rua Engenheiro Ferreira Dias,
Lote 107, Loja B, Piso 1,
1950-119 Lisboa
www.cmdd.pt

7. ISJD – Clínica S. João de Ávila
Rua S. Tomás de Aquino, 20
1600-871 Lisboa
www.isjd.pt

8. Malo Clinic
Clínicas em todo o país
www.maloclinics.com

9. Med-link
Rua do Campo Alegre, n.º 1236
4150-174 Porto
www.med-link.pt

10. Mind First
A MindFirst é uma plataforma de terapia online, que disponibiliza o acesso a sessões de psicologia, coaching e mindfulness. Todas as consultas são realizadas online.
www.mindfirst.pt
facebook.com/mindfirst.pt

11. Orpea Residências
Residências sénior em Chaves, Maia, Viseu, Cernache, Condeixa-a-Nova, Póvoa de Santa Iria, Colares, Montijo e Azeitão
www.orpea.pt

12. Redelab
Postos de colheita em todo o país
www.redelab.pt

ÓTICAS

13. Alberto Oculista
Lojas em todo o país
www.albertooculista.com

14. Optivisão
Lojas em todo o país
www.optivisao.pt

OUTROS

15. Fidelitis
www.fidelitis.es

16. Hotel do Parque
Rua do Serrado
Termas – S. Pedro do Sul
3660-692 Várzea
www.hoteldoparque.pt

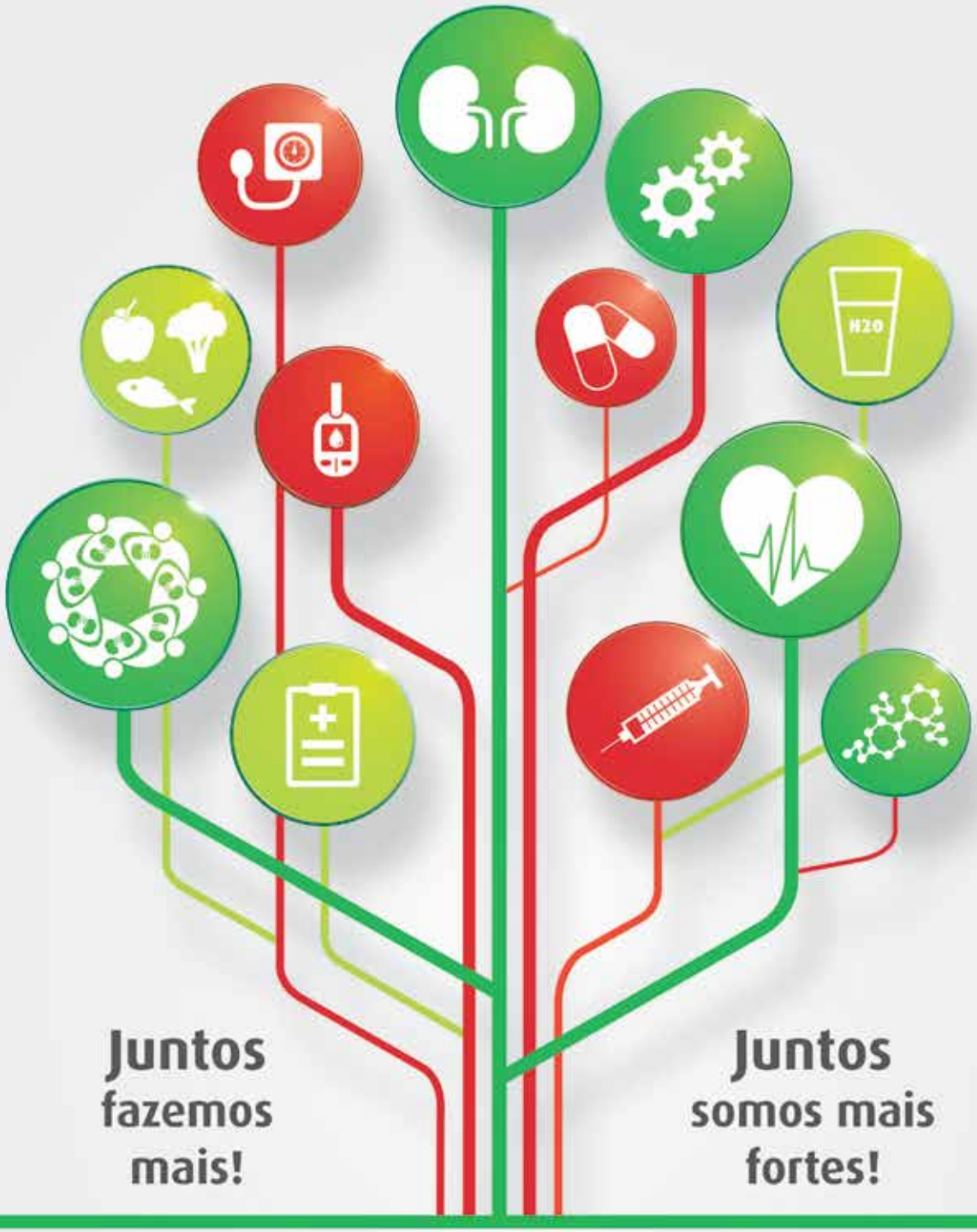
17. HSI – Help, Soluções Informáticas
Alameda das Linhas de Torres,
n.º 221/225 – loja 1T
1750-144 Lisboa
facebook.com/Help.SolucoesInformaticas

18 . Termas de Luso
R. Álvaro Castelões
3050-230 Luso
www.termasdeluso.pt

APIR
Associação Portuguesa de
Insuficientes Renais

"A verdadeira função do homem é viver, não existir"

Jack London



Juntos fazemos mais!

Juntos somos mais fortes!

Descubra a Delegação da APIR mais perto de si
e conheça a Associação que dá voz aos **DOENTES RENAIS**

www.apir.org.pt facebook.com/apir.org.pt apir@apir.org.pt

Sede Nacional
Presidente: José Miguel Correia
Sede Social: Rua Luiz Pacheco, Lote 105, Loja B,
Bairro das Amendoeiras 1950 – 244 Lisboa
Contactos: 960 073 183 | 218 371 654

Delegação Regional do Norte
Contactos: 926 515 459 | porto@apir.org.pt

Delegação Regional do Centro
Presidente: Matilde Correia
Sede Social: Rua de Montarroio, n.º 53, R/c - 3000-287 Coimbra
Contactos: 962 836 129 | 239 828 277 | coimbra@apir.org.pt

Delegação Regional de Lisboa e Vale do Tejo
Presidente: João Augusto Cunha Cabete
Sede Social: Avenida 5 de Outubro, Edifício Bocage,
n.º 148 – 4.º L - 2900-309 Setúbal
Contactos: 927 504 447 | 265 525 527 | setubal@apir.org.pt

Delegação Regional da Madeira
Presidente: Sónia Magna Camacho Pimenta
Contactos: 917 667 028 | madeira@apir.org.pt

Delegação Regional dos Açores
Presidente: Osório Meneses da Silva
Sede Social: Travessa do Cotovelo, 17A - São Pedro
9760-060 Angra do Heroísmo
Contactos: 913934565 | acores@apir.org.pt

Delegação Regional do Alentejo
Presidente: Luís Cacito
Contactos: 963 731 084 | alentejo@apir.org.pt

Delegação Regional do Algarve
Presidente: Octávio Escolástico
Sede Social: Av. República Federal Alemã, n.º 23
Bloco C4 – Loja Dta. 8000-084 Faro
Contactos: 963 731 077 | algarve@apir.org.pt

Núcleo de Aveiro
Coordenação: Eduardo Simões Maia
Contactos: 966 227 438 | aveiro@apir.org.pt

Núcleo de Viseu
Coordenação: Ana Isabel Coelho Batista
Contactos: 966 826 115 | 232 671 190 | viseu@apir.org.pt

Núcleo de Leiria
Coordenação: Carlos Silva
Contactos: 915 825 049 | leiria@apir.org.pt