



Associação Portuguesa de
Insuficientes Renais

NEFRÂMEA

porta-voz dos dialisados e transplantados renais

ANO XLI • N.º 201 PUBLICAÇÃO TRIMESTRAL • ABRIL/MAIO/JUNHO 2022
PREÇO 3€ • DIRETORA: CLÁUDIA BATISTA

TRANSPORTES
PARA A
HEMODIÁLISE

WEBINARS
APIR



ENTREVISTA
PROF. EDGAR ALMEIDA



**Seja a mudança
que você quer ver no mundo.**

Dalai Lama

FICHA TÉCNICA

NEFRÂMEA N.º 201

ANO XLI

Abril/Maio/Junho 2022

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, Marta Campos, Sónia Cartaxeiro, Prof. Edgar Almeida, Freepik

COLABORADORES

Delegações Regionais, Dr. Miguel Bigotte Vieira, Dr. Mário Raimundo, Dra. Mariana Tomaz, GSK, Prof. Edgar Almeida, Dr. Luciano Pereira, Dr. Raul Marques Pereira, Ana Rute Silva, Ricardo Cunha, Cristina Henriques

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

2000 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/



ÍNDICE

04 EDITORIAL

COVID-19

- 05 Campanha de vacinação contra gripe e Covid-19 no outono e inverno
DGS publica norma sobre terapêutica farmacológica para a covid-19

DELEGAÇÕES

- 06 Inauguração da Diaverum Amarante
Sessão comemorativa do 46.º aniversário do Serviço de Nefrologia do CHUC
- 07 Reunião do Grupo Concelhio de Setúbal
Secil renova apoio a mais de 80 associações setubalenses
Delegação Regional do Algarve denuncia problemas com os transportes
- 08 Hemodiálise em Férias no Algarve
Delegação Regional dos Açores com novas instalações
Jornadas de Nefrologia da Madeira

COMUNIDADE APIR

- 09 Transportes para a Hemodiálise
Webinars APIR
- 11 Parceria com Grupo Inditex
Sessão na Escola Stuart Carvalhais
Science Talk – Transplante e Doação de Órgãos
- 12 Estudo Nacional “Vacinação na Idade Adulta e Envelhecimento Saudável: o que sabemos sobre a Zona?” em Populações com Risco acrescido para Herpes Zoster
- 14 Trabalho Académico sobre a Parentalidade na Doença Renal Crónica

NOTÍCIAS

- 16 Dados da Atividade de Doação e Transplantação de 2021
Fim das taxas moderadoras

18 ENTREVISTA

ESPAÇO SAÚDE

- 21 A transplantação renal de dador vivo
- 22 Prurido na Doença Renal Crónica
- 23 Herpes Zoster – a prevenção é fundamental

24 ESTUDOS CLÍNICOS QUE PODEM FAZER A DIFERENÇA

26 VIVER E VENCER

27 IRC EM VIAGEM

28 NUTRIÇÃO

29 CULTURA

32 FALE CONNOSCO

33 PROTOCOLOS



Chegamos a meio a meio do ano e continuamos a ouvir falar da Covid e das suas novas variantes. Será que vamos ter que conviver com este “novo” vírus da mesma forma que convivemos com o vírus da Gripe? Considero que sim, que este vírus veio para ficar e é uma situação a que temos que nos adaptar, principalmente as pessoas mais idosas e, em especial, nós doentes renais devido à nossa condição de imunocomprometidos.

A pandemia veio comprometer ainda mais a “fragilidade” do sistema de transportes não urgentes de doentes para a hemodiálise, que já era deficiente antes de 2020. Nesse sentido a APIR, depois de várias reuniões com a Liga de Bombeiros Portugueses, com o Ministério da Saúde e com a maioria dos prestadores privados de tratamento de hemodiálise em Portugal, decidiu “arregaçar as mangas” e lançar um questionário a nível nacional para avaliar a perceção dos nossos colegas sobre a qualidade do seu transporte, a fim de obter resultados claros e concretos, que serão posteriormente apresentados às entidades oficiais, uma vez estruturados e analisados pelo ISCTE, no âmbito de um protocolo que temos já há alguns anos. Por favor, colabore com a sua clínica na resposta a este questionário, ou contacte-nos para mais informações. Vamos fazer desta iniciativa um marco histórico.

Do lado das boas notícias, com o aliviar das medidas, vamos este ano retomar a celebração presencial do 44.º Aniversário da APIR. Iremos retomar, como foi hábito em anos anteriores à pandemia, que o aniversário seja um momento de convívio entre os doentes renais e os seus familiares e cuidadores. Neste sentido, estamos a prever realizar um encontro na zona de Leiria, em colaboração com o nosso Núcleo da cidade, para comemorar esta data tão significativa de forma natural em convívio. Por favor reserve já a sua agenda para o dia 16 de outubro (domingo). Até lá, iremos dando mais informações e pormenores através das nossas redes sociais, newsletter, site, etc.

Nesta edição da revista temos a salientar ainda a entrevista ao Professor Dr. Edgar Almeida, atual presidente da SPN – Sociedade Portuguesa de Nefrologia, que tenho o grato prazer de conhecer pessoalmente e a quem agradeço a colaboração.

Desejo a todos um excelente verão, com segurança! ■

José Miguel Correia
Presidente da Direção Nacional

COVID-19

Campanha de vacinação contra gripe e Covid-19 no outono e inverno

No passado dia 8 de junho, a Ministra da Saúde, Marta Temido, e a Diretora-Geral da Saúde, Graça Freitas, apresentaram em conferência de imprensa a campanha de vacinação de outono/inverno 2022/2023.

A campanha de vacinação prevê a administração das vacinas contra a gripe e a Covid-19 a idosos, pessoas com mais de 18 anos com doenças graves, profissionais de saúde e utentes de lares e unidades de cuidados continuados.

Prevê-se que as duas campanhas (COVID-19 e Gripe) iniciem em simultâneo a 5 de setembro, começando com residentes em Estruturas Residências para Pessoas Idosas (ERPI) e Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) e pessoas com 80 ou mais anos, avançando depois para a restante população elegível.

Os principais grupos elegíveis são os residentes em lares e na rede de cuidados continuados integrados, as pessoas com mais de 65 anos, os maiores de 18 anos que tenham doenças crónicas como insuficiência cardíaca, doença pulmonar grave, doença neuromuscular grave e insuficiência



renal e os profissionais de saúde e dos lares de idosos. Para a vacina da gripe, são também elegíveis grávidas e crianças com patologia crónica.

Nas segunda e terceira semanas de setembro, começarão a ser vacinadas as pessoas com 70 ou mais anos e, cerca de um mês depois, as pessoas com mais de 65 anos. Todas as pessoas elegíveis deverão estar vacinadas em dezembro. ■

Fonte: portugal.gov.pt e dgs.pt

DGS publica norma sobre terapêutica farmacológica para a covid-19



Apesar de a campanha de vacinação contra a COVID-19 ter contribuído de forma incontestável para a redução dos casos de doença grave, hospitalização e morte por COVID-19, desde o início da pandemia que têm sido também encetados esforços para o

desenvolvimento de novas terapêuticas para esta doença, que permitem completar uma estratégia global de resposta à COVID-19.

Assim, a 28/5/2020 a Direção-Geral da Saúde (DGS) publicou a Norma n.º 005/2022, que define as regras para

o tratamento da covid-19 com medicamentos antivirais direcionados às várias fases da doença.

Numa primeira fase, perante a disponibilidade ainda reduzida destes medicamentos, são elegíveis para tratamento com antivirais as pessoas com doença ligeira a moderada confirmada laboratorialmente, que tenham fatores de risco clínico de progressão para doença grave e se encontrem nos primeiros cinco dias de sintomas. São consideradas em risco clínico de progressão para doença grave as pessoas com imunodepressão grave (ex: transplantados), mesmo que estejam vacinadas, e as que, não tendo esquema vacinal primário completo, tenham idade avançada ou algumas doenças definidas pela DGS, como por exemplo doença renal crónica em hemodiálise. ■

Fonte: dgs.pt

DELEGAÇÕES

Inauguração da Diaverum Amarante



No dia 5 de janeiro a nova Unidade Diaverum de Amarante abriu as suas portas aos primeiros doentes da região. No entanto, dada a situação de contingência em vigor na altura, a cerimónia oficial de inauguração apenas se pôde realizar no dia 4 de maio, tendo a APIR sido convidada para a mesma e estando representada pelos seus dirigentes da Delegação Regional do Norte, Fernando Carvalho e Eduardo Roxo.



Esta clínica resulta de uma parceria entre a Diaverum e a Santa Casa da Misericórdia de Amarante e permitirá uma maior proximidade e consequente melhoria da qualidade de vida aos doentes renais da região.

A sala dispõe de 20 postos, o que permite uma capacidade máxima de 120 doentes por semana. A equipa é liderada pela Dr.^a Maria João Rocha como Diretora Clínica e pela Enf.^a Luísa Mota como Enfermeira Chefe. O espaço resulta da reabilitação do edifício onde funcionou a chamada Escola do Ensino Primário do Campo da Feira e, posteriormente, os serviços de consulta externa do Hospital de S. Gonçalo.

De salientar ainda que esta unidade é a primeira clínica sem papel desde o primeiro dia, numa marcada preocupação pela sustentabilidade do nosso planeta.

A APIR deseja os maiores sucessos a esta nova clínica que irá, sem dúvida, beneficiar os colegas desta zona, que verão reduzido o tempo despendido para os seus tratamentos. ■



Sessão comemorativa do 46.º aniversário do Serviço de Nefrologia do CHUC



A convite do Prof. Rui Alves, Diretor do Serviço de Nefrologia do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, a APIR esteve presente na sessão comemorativa do 46.º aniversário do Serviço de Nefrologia do CHUC, que se realizou no passado dia 2 de junho, no auditório principal do CHUC. A APIR esteve representada pela Presidente da Delegação Centro, Matilde Correia, e por Carlos Silva, em representação do Presidente da Direção Nacional.

Nesta sessão foi feita homenagem ao Prof. Doutor Adelino Marques e ao Dr. Jorge Pratas, bem como uma retrospectiva da Nefrologia, com a participação de vários médicos fundadores da especialidade em Portugal.

Foi ainda atribuída uma distinção aos melhores alunos do ensino pré-graduado de Nefrologia da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.

A APIR agradece o convite e felicita o Serviço de Nefrologia por mais este aniversário! ■

Carlos Silva

Reunião do Grupo Concelhio de Setúbal

No passado dia 26 de maio, no âmbito de uma reunião do Grupo Concelhio para as Deficiências e Incapacidades da Câmara Municipal de Setúbal, a que pertence a APIR, a Delegação esteve em destaque, tendo tido a oportunidade de se apresentar aos

restantes parceiros, os seus objetivos, atividades realizadas, projetos futuros, etc. Esta reunião realizou-se no Auditório do Edifício Sado da Câmara Municipal de Setúbal. ■

*João Cabete
Delegação Regional de Lisboa
e Vale do Tejo*



Secil renova apoio a mais de 80 associações setubalenses

A Secil renovou no passado dia 6 de julho, os apoios financeiros que entrega anualmente às associações de Setúbal há quase duas décadas, no âmbito da política de responsabilidade social e do compromisso com a sustentabilidade da empresa. A 19.ª edição da cerimónia de entrega dos protocolos de colaboração e financiamento com o movimento associativo setubalense teve lugar no Forte de S. Filipe, num regresso ao formato presencial, após os dois anos de pandemia. Estiveram presentes representantes de mais de 80 associações desportivas, culturais e de solidariedade social setubalenses, entre as quais a Delegação

Regional de Lisboa e Vale do Tejo da APIR, com sede em Setúbal, representada pelo nosso colega dirigente Carlos Alves. O CEO da Secil, Otmar Hübscher e outros responsáveis da fábrica da Secil-Outão, também marcaram presença nesta cerimónia.

A APIR agradece reconhecidamente este apoio, que constitui uma importante mais-valia no trabalho desta Delegação. ■

*João Cabete
Delegação Regional de Lisboa e Vale do Tejo*

Delegação Regional do Algarve denuncia problemas com os transportes

A Delegação Regional do Algarve encetou recentemente um conjunto de diligências relacionadas com os transportes para a hemodiálise nesta região, após terem sido informados pelos diretores clínicos dos problemas que se estavam a passar. O primeiro passo foi tentar contactar a ARS do Algarve, mas sem sucesso. De seguida, no dia 23 de junho, reuniu com Cristóvão Norte, Presidente do PSD Algarve e ex-deputado à Assembleia da República, onde teve a oportunidade de expor a ocorrência de falhas no transporte de doentes hemodialisados na região.

Na sequência desta reunião, saíram várias notícias na comunicação social, inclusive uma entrevista com o Jornal do Algarve a Octávio Escolástico, pre-

sidente da Delegação, que expôs que algumas entidades transportadoras estavam a recusar o transporte devido ao alegado baixo preço pago por quilómetro percorrido.

Esta situação tornou-se mais crítica nos doentes renais que contraíram covid-19, tendo sido negado o transporte para as sessões de hemodiálise, o que em dois casos, implicou que esses doentes fossem reencaaminhados de urgência para o Hospital de Faro.

Após estas diligências a ARS do Algarve acabou por conseguir resolver a situação, a bem de todos os nossos colegas, pois como todos sabemos, a hemodiálise tem que ser feita, imperativamente dia sim, dia não e não pode haver falhas, independente-



mente da condição dos doentes, pois aqui o que está em jogo é a vida das pessoas. ■

Delegação Regional do Algarve

Hemodiálise em Férias no Algarve

A Delegação Regional do Algarve informa que para 2023 pretende ajudar os colegas em hemodiálise a marcarem as suas férias nesta região, tendo um papel mais ativo junto das clínicas, no sentido de facilitar as

marcações e permitir a todos o seu merecido descanso, sem comprometer os tratamentos.

Assim, após o final deste verão, todos os que estejam interessados em marcar férias no Algarve no próxi-

mo ano, deverão entrar em contacto com a Delegação através do e-mail algarve@apir.org.pt para que seja organizada uma lista de espera e se possa ajudar na marcação dos tratamentos. ■

Delegação Regional do Algarve

Delegação Regional dos Açores com novas instalações



A Delegação Regional dos Açores celebrou recentemente um contrato de arrendamento urbano para fins não habitacionais com a Junta de Freguesia de São Pedro, em Angra do Heroísmo. Assim, a APIR fica agora sediada na antiga Escola de São Carlos, um local que foi previamente preparado e destinado a instituições ou associações sem fins lucrativos que prossigam atividades de interesse público.

Este espaço também já tem outras associações instaladas, como é o caso dos escuteiros, o judo e um projeto de acompanhamento de estudo. A Junta de Freguesia reconhece assim o papel crucial da APIR, que é de todos nós e para todos nós e procurou proporcionar as melhores condições para consigamos prosseguir o seu trabalho meritó-

rio na promoção da garantia dos direitos dos Insuficientes Renais da Região Autónoma dos Açores.

A Delegação Regional assinalou o seu sexto aniversário no passado dia 26 de junho e tem uma grande relevância, dada a nossa realidade geográfica, porque tem como objetivos principais a união dos Insuficientes Renais e todos os indivíduos afetados pela doença renal, defender os seus interesses e lutar pelos seus direitos. ■

Delegação Regional dos Açores



Contactos da Delegação:

Canada Nova, SN (Antiga Escola) 9700-133 Angra do Heroísmo

Telefone: 295 212 211 | E-Mail: acores@apir.org.pt | facebook.com/apiracores

Jornadas de Nefrologia da Madeira

Nos dias 28 e 29 de abril realizaram-se as IV Jornadas de Nefrologia da Madeira, no Centro de Congressos do Hotel Meliã Madeira Mare, no Funchal, destinadas à comunidade médica da Região Autónoma da Madeira.

Este evento tinha como principal objetivo reforçar a interação com os cuidados de saúde primários em matéria de prevenção e tratamento precoce da doença renal, contando com a

presença de mais de 152 profissionais de saúde, entre médicos, enfermeiros e nutricionistas. Alguns dos temas em discussão foram as doenças genéticas em Nefrologia, o transplante renal e a síndrome cardiorenal.

A Presidente da Delegação Regional da Madeira, Magna Pimenta, esteve presente como moderadora da mesa redonda "Saúde renal para todos". ■



Transportes para a Hemodiálise

1. Reunião no Ministério da Saúde



Após várias tentativas de pedido de reunião junto da Ministra da Saúde, Marta Temido, a APIR foi finalmente recebida pelo Adjunto do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, Dr. Rui Julião.

Nesta reunião foi feita uma contextualização da situação dos transportes em Portugal, assim como foram apresentadas algumas das reivindicações da APIR, nomeadamente a necessidade de diversificação dos meios de transporte, para que possa incluir o transporte próprio, o táxi e outras plataformas privadas. Foi também apresentada a possibilidade de inclusão do transporte para o preço compreensivo para a hemodiálise. Foi feita referência às conclusões do relatório da Autoridade da Concorrência e às suas recomendações. Por último, falou-se do impacto financeiro que o transporte tem atualmente nas contas do Ministério da Saúde, bem como das alternativas propostas.

O Dr. Rui Julião comprometeu-se a estudar este assunto e a apresentá-lo ao Secretário de Estado.

2. Atualização dos preços dos transportes

Ao fim de muitas tentativas e até ameaças de suspensão do serviço de transporte de doentes não urgentes, no final de junho a Liga dos Bombeiros Portugueses e o Governo chegaram finalmente a um acordo sobre novos valores para o transporte de doentes não urgentes, os quais entraram já em vigor no dia 1 de julho. Segundo o Presidente da Liga, embora os montantes acordados não fossem os exigidos pelos bombeiros, consegue fazer face aos aumentos dos preços dos combustíveis e dos recursos humanos.

De lembrar que estes valores não eram atualizados desde 2012, ou seja há mais de 10 anos. A APIR congratula-se com este desfecho que, espera, se traduza em maior eficácia na gestão dos transportes dos colegas em hemodiálise.

3. Inquérito sobre os transportes para a hemodiálise

Em estreita colaboração com os prestadores de hemodiálise do nosso país, a APIR lançou durante os meses de junho e julho um questionário online, que nos permitirá obter uma perspetiva global sobre a perceção que os

doentes em hemodiálise têm relativamente à qualidade e a funcionalidade do seu serviço de transportes.



Neste momento os dados ainda estão a ser recolhidos, mas já conseguimos recolher perto de 4.000 respostas, o que é um número muito significativo. Se ainda não teve oportunidade de responder ao inquérito na sua clínica, contacte-nos por favor.

Após esta fase de recolha de dados, os mesmos serão analisados pelo ISCTE e será elaborado um relatório final, que será apresentado às entidades oficiais e que pretende ser uma "radiografia" muito abrangente da qualidade dos transportes em todo o país. ■

Webinars APIR

Impulsionados pela pandemia, nos últimos meses temos vindo a realizar regularmente um conjunto de webinars, ou seja, palestras realizadas online, que permitem que qualquer pessoa possa assistir ou mesmo participar, desde que tenha acesso à internet. Temos vindo a selecionar temas que julgamos serem de interesse para os doentes renais crónicos e cuidadores. Através de parcerias com profissionais de saúde e/ou empresas, tem sido possível convidarmos especialistas em diversas áreas e trazer a debate temas atuais e esclarecer as questões que surjam por parte da assistência.

Neste último trimestre realizámos três destes webinars.

1. Vá de Férias com a Diaverum

No mês de abril, em parceria com a Diaverum, o tema foi as férias em hemodiálise. Como oradores tivemos Marta Olim, Assistente Social e Coordenadora do programa D.Holiday em Portugal e responsável pelo Serviço Social e Responsabilidade social da Diaverum e ainda Filipe Almeida, doente renal em hemodiálise e fundador do projeto Allboardfamily. Marta Olim apresentou uma nova plataforma, a d.HOLIDAY, que permite fazer a marcação diretamente na plataforma de tratamentos de hemodiálise em cada clínica do grupo, tal como se fosse uma plataforma de marcação de viagens. Referiu ainda que em Portugal algumas clíni-



cas possuem protocolos com atrações turísticas locais, que permitem o acesso com condições vantajosas.

Filipe Almeida tem 33 anos e faz hemodiálise há 5 anos. 10 dias depois de iniciar o tratamento, nasceu o seu primeiro filho. Hoje em dia tem 3 filhos, já visitou mais de 40 países desde que começou a fazer hemodiálise e é a prova viva que em qualquer local do mundo é possível fazer hemodiálise. Filipe falou um pouco da sua experiência em fazer hemodiálise em diferentes clínicas, dentro e fora de Portugal, procurando incentivar outros a fazerem o mesmo.

2. Adaptação à Doença Renal Crónica: o contributo da Psicologia

A 2 de junho realizou-se o segundo webinar deste trimestre, muito focado na saúde mental. A principal oradora foi a Dra. Vilma Martins, Psicóloga Clínica que colabora



com a APIR. Vilma Martins é Psicóloga Clínica da Saúde, com título de especialista em Psicologia Clínica da Saúde e especialidade avançada em Psicogerontologia, atribuído pela Ordem dos Psicólogos Portugueses em 2016.

É Licenciada em Psicologia da Saúde pela Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto desde 2002. Desde 2003 exerce funções de Psicóloga Clínica da Saúde no Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central, mais especificamente, no Hospital de São José e Capuchos, sendo que desde o seu estágio integrado até ao momento atual, procede ao acompanhamento psicológico de doentes crónicos e suas famílias, com diversas patologias clínicas e fases diferenciadas de doença.

A sua apresentação centrou-se na importância da saúde mental nas pessoas com doença renal crónica e estratégias para lidarem da melhor forma com o impacto da doença no seu dia a dia. Foi um webinar com muita participação por parte da assistência, sobretudo na forma de

comentários na rede social Facebook, aos quais a Dra. Vilma foi dando resposta, dentro das suas possibilidades. Serviu também para apresentar o novo serviço que a APIR disponibiliza desde o mês de junho, que é a possibilidade de realização de consultas de Psicologia, quer online quer presenciais, na sede da APIR e com condições especiais para os nossos associados.

3. Há um Caminho

No dia 30 de junho, e no contexto da colaboração que a APIR tem desenvolvido com a Dra. Ana Natário, realizámos uma sessão de apresentação do livro "Há um Caminho", com a presença de 6 testemunhos inspiradores: José Miguel Correia, Matilde Correia, Susana Pereira, Marta Vitorino, José Xavier Dias e Fernando Pinto.



Ana Natário é licenciada em Medicina desde 2004, especialista em Nefrologia desde 2012 e tem o grau de Consultor de Nefrologia desde 2020. Tem ainda uma pós-graduação em Gestão em Saúde e é certificada em Coaching. Dedica-se ao seguimento e tratamento de pessoas com doença renal crónica avançada no Centro Hospitalar de Setúbal e na Nephrocare Setúbal.

O livro "Há um Caminho" surgiu da necessidade de desmistificar o preconceito que existe relativamente à diálise. É um livro escrito em linguagem simples e clara, que tem como objetivo esclarecer o que é a doença renal crónica, as várias modalidades de tratamento e as diversas formas de encarar a patologia. Reúne 30 testemunhos reais de pessoas com doença renal crónica e que poderão servir de inspiração e incentivo para outros.

Com um teor marcadamente diferentes dos anteriores, tornou-se uma sessão muito mais pessoal e intimista, com a partilha de testemunhos tão diferentes entre si, mas que podem ajudar quem agora chega à doença renal crónica e se sente assoberbado pelo peso de uma doença crónica.

Desmistificando mitos e problemas, a Dra. Ana Natário transportou-nos numa viagem pela doença renal crónica na primeira pessoa, demonstrando que por trás de uma folha de análises, está uma pessoa com sonhos, medos, família, objetivos, fragilidades, mas também muita força e capacidade de superação.

Todos estes webinars caracterizam-se pela sua interatividade, graças à disponibilidade dos palestrantes para responderem às questões dos participantes e realizaram-se na plataforma Zoom, com transmissão direta na página de Facebook da APIR.

Se não teve oportunidade de assistir em direto, lembramos que os vídeos continuam disponíveis na nossa página de Facebook em www.facebook.com/apir.org.pt/videos Voltamos em setembro com mais iniciativas semelhantes.

Parceria com Grupo Inditex

A Inditex é um dos maiores grupos de distribuição de moda do mundo, que inclui lojas como a Zara, Pull&Bear, Massimo Dutti, etc. No âmbito da responsabilidade social do grupo, foi criado o projeto Diversidade & Inclusão, em que um dos objetivos é permitir a empregabilidade de pessoas com incapacidade, fazendo um acompanhamento ajustado às necessidades de cada um.

Este projeto está disponível nas zonas do Grande Porto e Grande Lisboa e numa primeira fase, o objetivo é trabalharem nos armazéns das lojas, por ser um ambiente mais protegido, mas permitindo ao longo do tempo o desenvolvimento para outras áreas, de acordo com as capacidades de cada um.



No âmbito deste projeto a APIR identificou um jovem portador de uma síndrome relacionada com a insuficiência renal e que foi colocado a trabalhar no armazém de uma loja do grupo, no seio de uma equipa que o recebeu de braços abertos e o está a acompanhar com muito carinho e atenção.

Na APIR ficámos muito felizes com este desfecho e por termos funcionado como ponte deste projeto. Desejamos as maiores felicidades a todos! Se estiver interessado neste projeto, contacte-nos pelos nossos contactos habituais. ■

Sessão na Escola Stuart Carvalhais

Ultrapassada, esperamos nós, a fase mais grave da pandemia, é com muita alegria que vamos retomando as atividades presenciais que já realizávamos antes.

No âmbito das comemorações do Dia do Agrupamento, realizado na Escola Secundária Stuart Carvalhais, em Massamá, a APIR foi mais uma vez convidada a realizar duas sessões de sensibilização sobre a importância da saúde renal para alunos do 9º ano.

Nestas sessões falamos um pouco sobre a doença renal crónica e os seus tratamentos, mas o foco é essencialmente na prevenção, tão necessária nestas faixas etárias, alertando para a importância do consumo de água, da redução do consumo de sal, do abuso de proteínas e suplementos, etc.

Mais uma vez foi uma sessão muito participada por todos os alunos, que se mostraram muito interessados e colabo-



rantes. O retorno que tivemos das professoras foi de que os conteúdos ministrados se revelaram de especial interesse prático, sendo a sessão do agrado de todos.

Agradecemos mais uma vez o convite e esperamos continuar a realizar estas ações. ■

Science Talk – Transplante e Doação de Órgãos

No passado dia 10 de maio, a APIR, foi convidada, juntamente com outras associações e profissionais de saúde, pelo atual Departamento de Inovação e Ciência da Associação de Estudantes da Faculdade de Farmácia da Universidade de Lisboa (AEFFUL), para estar presente numa mesa-redonda online, subordinada ao tema “Transplante e Doação de Órgãos: Dar uma nova vida”.

Este evento era dirigido aos alunos do curso de Farmácia e tinha como objetivo dar a conhecer a temática da transplantação, os vários tipos de transplantes e o modo de atuação do Farmacêutico no acompanhamento dos doentes transplantados.

Pela APIR esteve presente o Presidente que, à parte de dar o seu próprio testemunho pessoal, frisou

o importantíssimo papel que têm as associações, neste caso a APIR, na capacitação dos doentes renais pelo entendimento da sua doença através da partilha de testemunhos de outros doentes. É uma mais-valia para o doente ser conhecedor da sua doença e como interpretar os sinais de alerta. No caso do transplante renal, que era o tema principal, é importan-



te o doente renal transplantado seguir as indicações dos profissionais de saúde para que o enxerto evite ter problemas e para que a qualidade de vida do doente seja a melhor possível.

Agradeço às alunas Maria Francisca Pina, Ana Marisa Santos, Catarina Oliveira e Maria Ganchinho, bem

como os restantes colegas do Departamento de Inovação e Ciência da AEFUL pelo convite dirigido à APIR e desejar as maiores felicidades para o futuro como profissionais de saúde. ■

José Miguel Correia

Estudo Nacional “Vacinação na Idade Adulta e Envelhecimento Saudável: o que sabemos sobre a Zona?” em Populações com Risco acrescido para Herpes Zoster



Mais de seis em cada dez pessoas com doença crónica desconhecem que têm maior risco de vir a ter Herpes Zoster (Zona ou Cobreão)

- Nove em cada dez pessoas consideram a vacinação muito importante e concordam que as vacinas deveriam ser gratuitas para os grupos de maior risco;
- Mais de 88% das pessoas com doença crónica vacinam-se por recomendação de um profissional de saúde;
- Sete em cada dez pessoas com doença crónica desconhece a existência de vacinas para prevenir a Zona.

A Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar (APMGF) e a GSK, em parceria com seis associações nacionais de pessoas com doença crónica (APIR – Asso-

ciação Portuguesa de Insuficientes Renais, APCL - Associação Portuguesa Contra a Leucemia, GAT – Grupo de Ativistas em Tratamento, LPCDR – Liga Portuguesa Contra as Doenças Reumáticas, PSO Portugal – Associação Portuguesa da Psoríase, e Respira – Associação Portuguesa de Pessoas com DPOC e Outras Doenças Respiratórias Crónicas), desenvolveram o estudo “Vacinação na Idade Adulta e Envelhecimento Saudável: o que sabemos sobre a Zona?”, com o objetivo de avaliar, junto de pessoas com doença crónica, a importância dada à vacinação, o conhecimento sobre o Programa Nacional de Vacinação (PNV), o grau de preocupação relativamente às patologias infecciosas de maior risco e a notoriedade sobre a doença Herpes Zoster, vulgarmente conhecida como Zona ou Cobreão.

O universo do estudo era composto por indivíduos de todos os géneros, com mais de 18 anos de idade, residentes em Portugal, com doença crónica e membros de uma das seis associações parceiras. A amostra foi composta por 206 indivíduos e o trabalho de campo decorreu entre 3 de novembro de 2021 e 5 de janeiro de 2022, sendo da responsabilidade técnica da 2Logical.

O estudo confirma a importância dada, por parte da população mais vulnerável, à vacinação: nove em cada dez pessoas (93,2%) consideram a vacinação muito importante, sendo que praticamente todos (92,7%) concordam que as vacinas deveriam ser gratuitas para os grupos de maior risco, como idosos ou portadores de doenças crónicas. Apesar da importância dada à imunização, cerca de 20%, ou seja, uma em cada cinco pessoas, não sabe se tem as suas vacinas em dia.

Entre os principais motivos que levam as pessoas com doença crónica a vacinar-se estão a recomendação por parte de um profissional de saúde (88,3%), o facto da vacina estar incluída no PNV (85%) e ser considerado grupo de risco para determinada doença infecciosa (84,5%).

Mais de 80% dos membros das associações auscultadas conhecem ou já ouviram falar do Herpes Zoster (Zona

ou Cobreão). No entanto, apesar da elevada percentagem de conhecimento da doença, menos de três em cada dez (29%) sabem da existência de vacinas para prevenir a Zona. De destacar, ainda, que quase metade da população auscultada (46,4%) não sabe quais são os fatores de risco para vir a desenvolver Zona e somente 38% referem o facto de uma pessoa ter uma doença crónica como causa de maior vulnerabilidade. Pessoas que já tiveram varicela (23,5%) e idade (14,5%) – quanto mais avançada, maior o risco – foram outros dos fatores de risco mencionados.

Cerca de uma em cada quatro pessoas (24%) gostariam de vacinar-se já contra a Zona e mais de metade (54,8%) deseja ter mais informação sobre esta vacina, sendo o médico de família o profissional de saúde de eleição para responder a esta necessidade (54,8%). Efetivamente, o desconhecimento relativamente às vacinas existentes é a principal barreira ao acesso a esta estratégia de prevenção, motivo apontado por 79,5% da população.

Por fim, 96,4% das pessoas que referiram ter doença crónica e conhecer a Zona são da opinião que a vacina deveria fazer parte do PNV para as populações em maior risco de desenvolver a doença. ■

Com o apoio da GSK

GSK

44.º ANIVERSÁRIO

16 • OUTUBRO • 2022

Marque já na sua agenda.
Mais detalhes em breve.

APIR
Associação Portuguesa de
Insuficientes Renais

Trabalho Académico sobre a Parentalidade na Doença Renal Crónica

No ano de 2017 a APIR foi contactada por uma nefrologista pediátrica, no sentido de podermos colaborar num trabalho de campo que estava a ser feito por uma investigadora, no âmbito da sua tese de doutoramento, sobre a perspectiva do que é ser pai/mãe de uma criança com doença renal crónica.

A APIR ajudou a identificar famílias dispostas a colaborar, as quais foram entrevistadas presencialmente e de forma individual pela investigadora, Andréa Bruno de Sousa, da Universidade de Linköping, na Suécia.

A tese transformou-se agora em livro, que está disponível na Internet (apenas em Inglês), com o título de

«A parental perspective on child chronic kidney disease: The lived experience of caregiving in Portugal» (Uma perspectiva parental sobre a doença renal crónica pediátrica: A experiência vivida de ser cuidador em Portugal). O livro pode ser consultado online em www.diva-portal.org

Segundo a autora, a doença renal crónica pediátrica requer cuidados complexos e transforma radicalmente o dia a dia da família da criança. Esta tese analisa o que acontece no hospital e em casa, mas também de que forma os pais desenvolvem estratégias para lidar com os desafios que surgem e também o que a doença e o ser cuidador contribuem para



a sua capacitação e envolvimento.

Cada vez mais a APIR é contactada por estudantes e investigadores de diversas áreas académicas e é sempre um prazer contribuir para o avanço da ciência. ■

CONSULTAS DE PSICOLOGIA



DRA. VILMA MARTINS
CONSULTA PRESENCIAL E ONLINE

PARA MAIS INFORMAÇÕES CONTACTE-NOS
218 371 654 | 960 073 182 | apir@apir.org.pt



**FRESENIUS
MEDICAL CARE**



PROGRAMA DE EXERCÍCIO FÍSICO PARA DOENTES EM HEMODIÁLISE

**MANTENHA-SE ATIVO,
CUIDE DA SUA SAÚDE!**

Programa exclusivo a doente em hemodiálise nas clínicas NephroCare Portugal

NephroCare

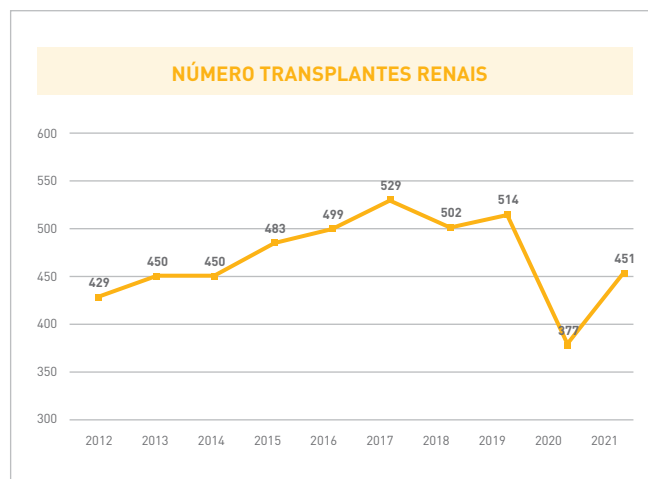
NOTÍCIAS

Dados da Atividade de Doação e Transplantação de 2021

No passado dia 3 de maio o Instituto Português do Sangue e da Transplantação, IP (IPST), através da Coordenação Nacional da Transplantação, divulgou os dados da atividade de colheita e transplantação de órgãos, tecidos e células relativos a 2021.

Após dois anos de pandemia, que se refletiram bastante nesta atividade da transplantação, em 2021 foi possível assistir à retoma da atividade, com aumento de forma generalizada em todas as áreas, podendo-se destacar o seguinte:

- A doação de órgãos de dador falecido, face a 2020, aumentou cerca de 19%, com mais 49 dadores. Na atividade de transplantação de órgãos, observa-se um aumento global da atividade face ao ano anterior em cerca de 12%, com mais 86 órgãos transplantados.
- O número de transplantes realizados a partir de dador vivo apresenta um ligeiro decréscimo, quando comparado com a atividade de 2020.
- Quase todas as regiões aumentaram a atividade de doação, mas este crescimento foi sobretudo marcado nos hospitais do Norte do país.



No Programa Nacional de Doação Renal Cruzada foram inscritos mais pares para cruzamento do que no ano anterior, refletindo a dinamização deste programa. A nível internacional realizaram-se dois cruzamentos: um cruzamento duplo entre Portugal e Espanha e um cruzamento triplo entre Portugal, Espanha e Itália. ■

Fonte: ipst.pt

Fim das taxas moderadoras

Na reunião do Conselho de Ministros do passado dia 5 de maio de 2022 foi aprovado o decreto-lei que altera o regime de cobrança de taxas moderadoras no Serviço Nacional de

Saúde. O Decreto-Lei n.º 37/2022, publicado a 27 de maio e em vigor desde 1 de junho de 2022 prevê que a cobrança de taxas moderadoras acaba em todos os serviços do SNS,

mantendo-se apenas nos serviços de atendimento de urgência hospitalar, exceto quando exista referenciação prévia pelo SNS ou na admissão a internamento através da urgência. ■

Fonte: sns.gov.pt



CONSULTAS
de **Nutrição**

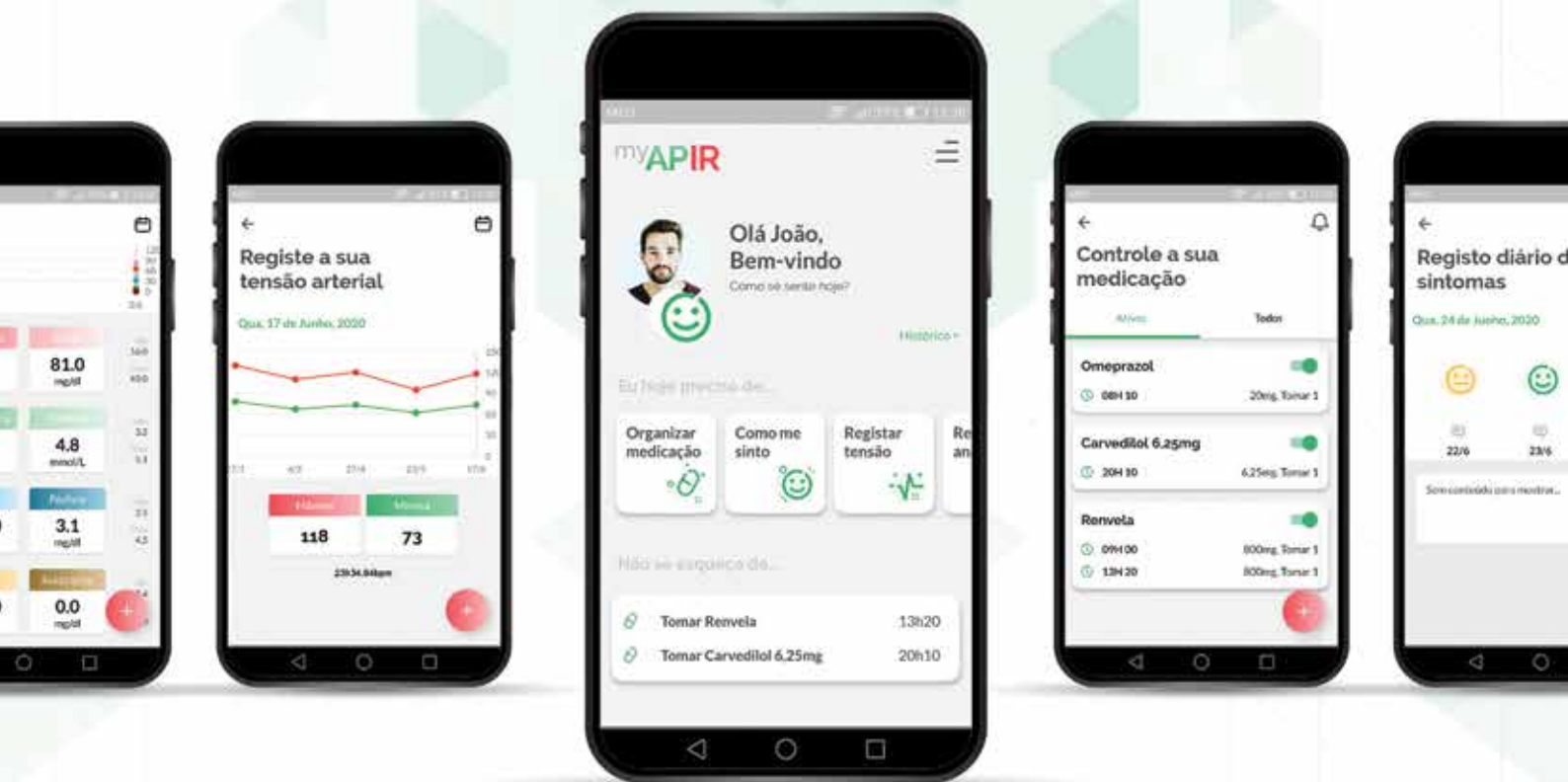
DRA. MARIANA TOMAZ

CONSULTA PRESENCIAL E ONLINE

PARA MAIS INFORMAÇÕES
CONTACTE-NOS

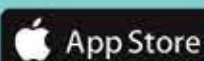
218 371 654 | 960 073 182 | apir@apir.org.pt





**A MYAPIR É UMA APLICAÇÃO
QUE LHE PERMITE TER NA
PALMA DA MÃO O CONTROLO
DA DOENÇA RENAL**

Disponível em:



Prof. Edgar Almeida Médico Nefrologista



Nasceu em Quelimane (Moçambique) em 1961. Estudou num Colégio católico em regime interno, o Colégio Paulo VI, até ao 25 de Abril de 1974. Veio para Portugal em 1976, estudou no Liceu Pedro Nunes, em Lisboa, e ingressou na Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa (FMUL), após terminar o Ano Propedêutico, em 1979. Concluiu o Curso de Medicina em 1985, fez o Internato Geral no Hospital de Santa Maria (HSM) e no Centro de Saúde de Rio de Mouro. Fez o exame nacional de acesso às Especialidades em 1987 e escolheu a Nefrologia no HSM. Concluiu o Internato de Nefrologia em 1992 e iniciou funções como Assistente Hospitalar de Nefrologia no HSM. Mais tarde, após concurso, tornar-se-ia Assistente Graduado de Nefrologia e, assim, trabalhou no HSM até ao fim de 2011, assumindo a Chefia dos Setores de Diálise Peritoneal e da Unidade de Diálise (2009).

Foi então convidado para ser Diretor do Serviço de Nefrologia do Hospital Beatriz Ângelo (HBA) onde iniciou funções em janeiro de 2012 até dezembro de 2021. Em 2016 assumiu a Direção do Departamento de Medicina e passou a ser Diretor Clínico Adjunto e Presidente da Comissão de Farmácia e Terapêutica do HBA. Em março de 2019 foi convidado a ser Diretor Clínico do HBA, onde permaneceu até ao fim do contrato da parceria público-privada, em ja-

neiro de 2022. Nessa altura assumiu a Direção do Serviço de Nefrologia do Hospital da Luz Lisboa.

Em paralelo com esta atividade clínica e assistencial, assumiu funções docentes na FMUL desde 1983. Ao longo destes quase 40 anos de docência, deu aulas em várias disciplinas do ciclo básico e clínico e assumiu a corregência das disciplinas de Doenças do Sistema Urinário (3.º Ano) e Nefrologia (5.º Ano). Concluiu o Doutoramento em Medicina em 2009.

Por fim, não menos importante, desempenha atividade como Nefrologista numa Clínica de Hemodiálise, inicialmente na NMC Lumiar e, desde 2002, como Diretor Clínico da Unidade de Torres Vedras da Diaverum.

Poderia contar-nos um pouco sobre o seu percurso até aos dias de hoje?

A Medicina não era a minha opção inicial. Sempre gostei da Física teórica. Circunstâncias da vida pessoal e familiar, bem como as dificuldades da época em que vivíamos, levaram-me a optar por uma atividade que tivesse garantia de emprego que a Medicina, nesse tempo, parecia assegurar. A Nefrologia também não era a primeira opção. A minha vivência no Laboratório do Instituto de Química Fisiológica da FMUL despertou-me o interesse pelas Genética, um domínio do conhecimento que estava numa fase embrionária nas últimas décadas do século passado. Não existindo uma Especialidade individualizada de Genética, optei pela Especialidade que mais apelava ao conhecimento das ciências básicas (Fisiologia, Química Fisiológica e Fisiopatologia) com as quais mantinha uma ligação mais próxima. E não me arrependi.

Sabemos que dentro da Nefrologia, a sua área de investigação preferencial tem sido sobre a doença renal poliquística. Como surgiu este interesse e como o foi desenvolvendo?

Como disse anteriormente, tinha interesse particular na Genética Médica. Em 1989, pouco tempo depois de ter iniciado o Internato de Nefrologia no HSM, surgiu uma Ação Concertada da Comunidade Económica Europeia visando a identificação dos genes associados aos Rins Poliquísticos (Doença Poliquística Renal Autossómica Dominante – DPRAD). O meu Diretor, o Prof. Martins Prata, convidou-me a integrar este projeto, que abracei com entusiasmo. O primeiro objetivo desta Ação Concertada era o de identificar famílias com DPRAD, preferencialmente com muitas pessoas afetadas, em várias gerações (avós, pais, filhos, netos, primos), que permitissem acompanhar a segregação dos marcadores genéticos que tinham sido identificados na porção distal do braço curto do cromossoma 16,

local onde se calculava que estivesse localizado o gene da DPRAD. Identificámos uma família portuguesa que poderia ter um gene ainda não descrito (PKD3), embora mais tarde não se confirmasse esta informação. No entanto, o contributo português foi decisivo para a identificação do gene responsável pela maioria das famílias afetadas com essa doença, uma vez que foi numa família portuguesa que, simultaneamente, se associava a DPRAD e a Esclerose Tuberosa, que foi possível isolar o gene PKD1 que codifica uma proteína chamada policistina 1.

Sendo nefrologista, apesar do meu interesse pela genética da DPRAD, foi a clínica que mais me interessou. Acompanhei uma população de mais de 500 pessoas afetadas com DPRAD durante mais de 20 anos e esse foi o objeto da minha Tese de Doutoramento.

Relativamente aos tratamentos para a doença renal poliquística, que novidades têm surgido nos últimos anos ou estão em desenvolvimento?

A principal novidade relativa à DPRAD é a aprovação pelas entidades europeias e americanas da utilização do tolvaptano como tratamento para um subgrupo de pessoas que evidenciam uma forma progressiva da DPRAD. Lamentavelmente, apesar de já estar aprovada a sua utilização em Portugal, a sua comercialização não está facilitada, uma vez que o detentor da patente não pretende negociar a Autorização de Introdução do Medicamento (AIM). Recentemente, um grupo de 90 nefrologistas portugueses enviaram uma petição a várias entidades, nomeadamente ao Infarmed, à DGS e ao Secretário de Estado da Saúde, solicitando um processo que facilitasse a utilização deste medicamento para doentes portugueses, mas a resposta não foi satisfatória. Cada hospital deverá fazer, para cada doente, um pedido de Autorização de Utilização Especial (AUE), o que vai tornar o acesso desigual em várias regiões do país. O próximo passo será o envio desta petição à Comissão Parlamentar da Saúde.

Outros desenvolvimentos na DPRAD relacionam-se com a definição de critérios de doença progressiva (critérios relacionados com o volume dos rins ajustado à idade e à altura e critério de variação da função renal), a identificação de outros genes associados à DPRAD (GANAB) e a disponibilização de painéis de estudos genéticos em pessoas com determinados critérios para se proceder a estes estudos.

Poderia dar-nos um panorama atual no nosso país da doença renal crónica?

O que sabemos sobre a doença renal crónica (DRC) em Portugal prende-se com um momento particular da história natural da doença, que é o início do tratamento substitutivo. Esse é um momento único que fica bem registado nas plataformas de registo. Quando indexamos o número de pessoas que iniciam diálise ou fazem um transplante pre-emptivo (com dador vivo e sem fazer diálise) à população portuguesa e comparamos os resultados a nível europeu, ficamos com a ideia de que a taxa de incidência em Portugal é uma das mais altas da Europa.



Não temos certeza das razões para esse facto. Será que temos mais pessoas com doença renal na população geral? O estudo PREVADIAB mostrou que 6,1% da população portuguesa tinha DRC (estádios 3 a 5) e, mais recentemente, o estudo RENA apontou para uma prevalência de 20,9% em pessoas que frequentaram os Centros de Saúde. Portanto, não está claro que haja mais pessoas com DRC na população portuguesa. Outro estudo encontrou uma elevada prevalência de pessoas com mau controlo dos fatores de risco para a DRC (hipertensão, diabetes, obesidade, consumo de sal, etc.) em Portugal e em Espanha. Mas Espanha tem uma incidência de diálise bastante inferior que a portuguesa. Portanto, não há dados corretos que nos permitam dizer que existe maior prevalência de DRC na população geral, em Portugal, pelo que seria importante fazer um estudo com todos os requisitos para se obter uma resposta correta.

Pensa que algum dia poderemos esperar uma alternativa para o tratamento da doença renal crónica que não seja a diálise ou o transplante renal?

Desde cedo que se percebeu que a diálise, na forma como era oferecida às pessoas, está associada a uma significativa perda da qualidade de vida. Assim, é com naturalidade que se apostou na investigação de técnicas que tornam o tratamento "transportável". Duas tecnologias estão a ser desenvolvidas – o rim artificial portátil, que se baseia na miniaturização dos equipamentos e regeneração dos dialisantes e o rim biónico, que utiliza a nanotecnologia do silicone para replicar a filtração glomerular e a engenharia celular que se propõe replicar a função tubular renal. Numa outra via de investigação, está a utilização de órgãos de animais (xenotransplante) para transplante. Já em 2022 foi publicada, na revista American Journal of Transplantation, uma experiência realizada numa pessoa em morte cerebral, a quem foram retirados os rins nativos e transplantados rins de porco geneticamente modificados, com resultados animadores.

Todos estes modelos são esperança para o futuro das pessoas que sofrem de doença renal crónica.

Desde 2021 é Presidente da Sociedade Portuguesa de Nefrologia. Como é que surgiu esta oportunidade?

Qualquer nefrologista, sócio da SPN, em pleno gozo dos seus direitos, poderia candidatar-se à Direção da SPN. No meu caso, conjugava-se o fim de um projeto muito importante que me ocupou os últimos anos, pois deixaria de ser Diretor Clínico do HBA, e o fim do mandato da Direção do Prof. Aníbal Ferreira. O projeto da SPN permitia-me voltar a aproximar-me da Nefrologia (para além da atividade assistencial e de docência que sempre mantive) como instrumento de intervenção na Sociedade. Tive sorte na escolha de uma equipa fantástica, como muita energia e com visão do que poderá ser o papel da SPN na sociedade portuguesa.

Quais são os seus principais projetos e objetivos à frente da SPN?

O nosso programa eleitoral definiu os principais objetivos da candidatura: dar continuidade ao trabalho das Direções anteriores, manter a sustentabilidade da SPN e inovar na forma de apoio aos nossos sócios. A SPN é uma sociedade científica e, como tal, deve preocupar-se em dar oportunidades de formação, promover e incentivar a realização de cursos, simpósios e o Congresso Anual (Encontro Renal). Outro desígnio da SPN é o de gerar condições de partilha entre os vários serviços de Nefrologia, criando grupos de trabalho multicêntricos que estudam determinados temas, aumentando o volume de informação que poderá ser tratada e comunicada. Outro projeto que temos em mãos é o aumento do reconhecimento da doença renal pelo público em geral e pelos profissionais de saúde, pois temos a perceção de que a doença renal crónica, com uma prevalência na população geral equivalente à da diabetes, não é reconhecida ou é desvalorizada pelos profissionais de saúde. Nesse sentido, promovemos várias campanhas de consciencialização (awareness) nos meios de comunicação, e estamos a preparar a campanha para o próximo Dia Mundial do Rim, em 2023.

Qual a sua opinião relativamente à não inclusão da doença renal crónica como uma das prioridades do Plano Nacional de Saúde 2021-2030?

Quando o PNS 2021-2030 foi colocado em discussão pública, rapidamente me apercebi da ausência de uma linha programática adequada dirigida à DRC. O assunto foi discutido na Direção da SPN e coube à Dra Ana Farinha a elaboração de uma proposta para o contributo da SPN, que viria a ser submetida, no local próprio, e partilhada com a Comissão Nacional de Acompanhamento da Diálise (CNAD) e com o Colégio da Especialidade de Nefrologia da Ordem dos Médicos.

A não inclusão da DRC neste documento inicial (espero que venha a ser modificado) é o sintoma mais evidente do que referi anteriormente: o desconhecimento e a desvalorização de um problema sério da população portuguesa, que nos coloca numa posição incómoda a nível europeu por sermos um dos países com a maior taxa de incidência de diálise.

De que forma pensa que as duas entidades, SPN e APIR podem colaborar juntas?

Como referi, a SPN é uma sociedade de natureza científica no domínio da Nefrologia. A sua missão é a da promoção da atividade científica e de formação que, em última análise, trará benefícios no tratamento dos nossos doentes, quer impedindo ou atrasando a progressão para a diálise, ou melhorando a situação dos que já estão em tratamento dialítico ou transplantados. Embora a APIR seja uma associação de pessoas (ou de amigos de pessoas) em diálise e transplantados, visando promover o seu bem-estar, é óbvio que os interesses correm em paralelo e há muitos projetos que poderão ser comuns. Desde logo contamos com a APIR no projeto do aumento do reconhecimento da doença renal na população geral e na intervenção junto de entidades públicas como a CNAD e a DGS. No entanto, antevijo uma colaboração com a APIR em alguns projetos científicos que necessitem de identificação de pessoas afetadas com determinadas doenças hereditárias, ou de outra natureza, que possam contribuir para a melhoria do conhecimento científico nesses domínios. ■

A APIR agradece a simpatia e colaboração do Prof. Edgar Almeida e deseja os maiores sucessos à frente da Sociedade Portuguesa de Nefrologia.

JUNTOS SOMOS
Mais Fortes
Junte-se a nós!



A transplantação renal de dador vivo

A doação de um órgão em vida é um gesto altruísta extraordinário. À semelhança da transplantação renal de dador falecido, permite melhorar quer a qualidade, quer a esperança média de vida do recetor. Apresenta ainda uma vantagem acrescida, dado que um órgão proveniente de dador vivo dura habitualmente mais anos do que um órgão de dador falecido. Há vários motivos a justificar esta vantagem, incluindo a maior compatibilidade entre o dador e o recetor e o menor tempo de lesão do próprio órgão desde ser retirado do dador até ser implantado no recetor. Ao novo órgão dá-se o nome de enxerto renal e a sua colocação no recetor denomina-se implantação. Após o procedimento, os dadores referem frequentemente sentir-se realizados por este ato altruísta.

A transplantação renal de dador vivo permite ainda ao recetor evitar os vários anos de tempo médio de espera para transplantação renal de dador falecido. A seleção de um recetor para um órgão proveniente de um dador falecido tem em conta vários fatores, entre os quais a compatibilidade entre o par dador-recetor e o tempo de espera em diálise. De acordo com dados do Instituto Português do Sangue e da Transplantação existem em Portugal cerca de 2000 doentes em lista de espera para transplantação renal. Anualmente são realizadas cerca de 500 cirurgias de transplantação renal, correspondendo cerca de 90% a dador falecido. Neste contexto, a transplantação renal de dador vivo é uma área com potencial de crescimento em Portugal. Este procedimento é realizado nas mesmas unidades de transplantação onde se realiza a transplantação de dador falecido. Embora o número de transplantes provenientes de dador vivo tenha vindo a aumentar, é ainda inferior ao verificado noutros países.



Tal poderá dever-se a vários motivos, entre os quais aspetos culturais. Se, por um lado, os potenciais recetores poderão não se sentir confortáveis em falar sobre a doação com familiares e amigos, por outro, é natural que exista algum receio por parte dos potenciais dadores relativamente ao procedimento e consequências a médio e longo prazo. Na realidade, nem todas as pessoas podem ser dadoras em vida. O primeiro teste realizado é a avaliação da compatibilidade do grupo sanguíneo do par dador-recetor. Para além da compatibilidade, existem alguns requisitos em relação ao estado de saúde do dador que devem ser acautelados. Apenas pessoas com um bom estado de saúde podem ser dadoras de rim. De destacar que a decisão de doação em vida tem de ser uma decisão mútua, ou seja, quer o dador tem de pretender doar o rim a determinado recetor, quer o recetor tem de aceitar o rim desse dador. Resumindo, a doação apenas é realizada caso seja seguro para o dador e o órgão seja de boa qualidade para o recetor. Dado ser algo frequentemente perguntado, importa referir que após a cirurgia, quer o dador quer o recetor permanecem vários dias no hospital. Ambos continuarão a ser seguidos regularmente por um nefrologista,

de modo a assegurar que mantêm o seu estado de saúde.

De salientar ainda que o processo de avaliação de um potencial dador vivo não implica que o recetor seja retirado da lista de espera para transplantação de dador falecido. Na prática, enquanto o potencial dador é estudado para se aferir se pode ser de facto dador, o recetor permanece em lista de espera de dador falecido. Por vezes, doentes que estavam a ser avaliados para transplantação renal de dador vivo são chamados para transplantação renal de dador falecido, dado ter surgido entretanto um órgão compatível. Nestes casos é habitual avançar-se com a transplantação de dador falecido, de modo a que o recetor seja logo transplantado e que o potencial dador vivo possa ser preservado para a eventualidade de vir a ser necessário no futuro.

Por vezes um recetor tem um amigo ou familiar que pretende ser dador, mas não são compatíveis. Neste caso, de par dador-recetor incompatível, em situação normal não se poderia realizar a transplantação. No entanto, a doação renal cruzada permite resolver esta situação. Na prática, a doação renal cruzada permite identificar outras duas pessoas na mesma situação, outro par dador-recetor incompatível. O dador do

primeiro par (Dador A) doa o seu rim ao recetor do segundo par (Recetor B). O dador do segundo par (Dador B) doa por sua vez o seu rim ao recetor do primeiro par (Recetor A). Dependendo das compatibilidades entre os vários pares dador-recetor, é possível que o cruzamento envolva mais do que dois pares dador-recetor.

O Programa Nacional de Doação Renal Cruzada, em atividade há vários anos, já permitiu realizar vários transplantes renais, incluindo cruzamentos duplos, triplos e quádruplos entre doentes localizados em várias

regiões do nosso país. O número de pares inscritos neste programa tem vindo a aumentar progressivamente ao longo dos anos. Desde 2020, o Programa Internacional de Doação Renal Cruzada já permitiu realizar transplantes renais, incluindo quer cruzamentos duplos quer cruzamentos triplos, de doentes localizados em Portugal, Espanha e Itália. Este programa tem a vantagem de, ao incluir pares dador-recetor localizados em vários países, aumentar a probabilidade de se realizarem cruzamentos compatíveis.

Resumindo, de entre as três opções de terapêutica substitutiva renal existentes, diálise peritoneal, hemodiálise e transplantação renal, a transplantação é a que tem melhor prognóstico dado permitir uma melhor qualidade de vida e uma esperança média de vida mais prolongada. A transplantação de dador vivo, comparativamente à transplantação de dador falecido, apresenta os melhores resultados, pelo que deve ser uma opção a considerar. ■

*Miguel Bigotte Vieira
Médico Nefrologista*

Prurido na Doença Renal Crónica



O prurido crónico é uma condição incapacitante e tem várias causas possíveis. O prurido crónico pode ser definido como uma sensação desagradável na pele que leva a um desejo de coçar, com sintomas presentes há mais de 6 semanas.

As causas do prurido crónico podem ser dermatológicas (doenças da pele), em que habitualmente ocorrem lesões cutâneas primárias (o prurido surge sensivelmente ao mesmo tempo da lesão). Contudo, o prurido pode ser causado por doenças sistémicas, neuropáticas ou psicogénicas, sendo que nestas situações não ocorrem habitualmente lesões cutâneas primárias, as lesões surgem posteriormente ao prurido; dentro das doenças sistémicas causadoras de prurido encontramos, por exemplo, a doença renal crónica (DRC). Portanto, o prurido associado à DRC (PaDRC) ou prurido urémico refere-se à existência de prurido crónico, num doente com insuficiência renal conhecida, sem outra causa evidente para o sintoma.

O PaDRC muitas vezes é bilateralmente simétrico, ou seja, afeta os dois lados do corpo de forma sensivelmente

igual. Contudo, pode ser localizado ou generalizado e não tem uma distribuição específica – pode atingir qualquer parte do corpo. Pelos estudos realizados, sabe-se que a cabeça, dorso e os membros superiores e inferiores são frequentemente envolvidos.

O PaDRC é um sintoma que parece continuar a ser frequente entre doentes com DRC avançada, nomeadamente nos doentes em hemodiálise (HD) ou diálise peritoneal (DP), com alguns trabalhos a demonstrar que cerca de 70% dos doentes apresenta algum grau de prurido. Porém, existe a impressão entre os doentes e os nefrologistas com largos anos de experiência de que a frequência do PaDRC possa estar a diminuir entre as unidades de HD. Também é importante mencionar que não está comprovado se existem diferenças na incidência e prevalência de prurido nos doentes em HD quando se comparam com os doentes em DP.

É importante reconhecer, diagnosticar e tratar o PaDRC, já que tem sido associado a uma pior qualidade de vida dos doentes, a problemas no sono e a interferência com as mais diversas atividades relacionadas ao trabalho e lazer.

Não se sabe exatamente qual é a causa do PaDRC. Dizemos que a patogénese do PaDRC é multifatorial, ou seja, a evidência científica mostra-nos que existem vários fatores a contribuir para o surgimento do PaDRC – acumulação de toxinas urémicas (tóxicos e outras substâncias que se acumulam no sangue com a perda da função renal); neuropatia periférica (problemas relacionados com a condução nervosa); desregulação no sistema opioide e o estado pró-inflamatório.

A maioria dos autores preconiza uma abordagem faseada no tratamento do PaDRC, de acordo com a gravidade do sintoma e resposta aos tratamentos efetuados. Em linhas

gerais, e reconhecendo que cada doente é um doente e deve seguir a recomendação do seu Nefrologista assistente, para o tratamento do PaDRC temos:

1. Otimizar o tratamento da DRC

- Garantir dose de diálise adequada (para os doentes em técnica de substituição da função renal);
- Tratar e controlar o hiperparatiroidismo secundário (controlar os níveis sanguíneos de cálcio, fósforo e paratormona);
- Educação para saúde, incluindo educar sobre a importância de evitar coçar.

2. Hidratação cutânea

- Hidratar a pele com creme hidratante, no mínimo, 2 vezes por dia.

3. Gabapentina

- Para os doentes que não respondem às medidas dos pontos 1 e 2, recomenda-se iniciar tratamento com medicamentos orais;

A gabapentina é, até à data, o fármaco com mais estudos no PaDRC; o doente deve tomar exatamente a dose prescrita pelo Nefrologista, já que a posologia depende da

função renal; ainda assim, podem ocorrer efeitos adversos como tonturas ou sonolência, pelo que alguns doentes poderão necessitar de ver a sua medicação alterada para a pregabalina, que também tem eficácia demonstrada no PaDRC. As doses iniciais de pregabalina/gabapentina poderão vir a ser ajustadas ao longo do tempo, de acordo com a resposta.

- Apesar de não consensual, alguns autores tentam um ciclo curto de 1 a 2 semanas de fármacos chamados anti-histamínicos (por exemplo a hidroxizina) antes de prescrever gabapentina/pregabalina.

4. Fototerapia UVB

- Doentes que não respondam às medidas anteriores poderão ser enviados para fototerapia UVB, dependendo do risco de neoplasia cutânea e outras comorbilidades.

Por fim, existem várias novas potenciais terapêuticas em estudo para o tratamento do PaDRC que poderão vir a ajudar a combater este sintoma que ainda afeta os nossos doentes renais e, como tal, deve merecer a nossa melhor atenção. ■

*Luciano Pereira
Médico Nefrologista*

Herpes Zoster – a prevenção é fundamental

A infeção por Herpes Zoster (comumente chamada de Zona) é causada pela reativação do vírus Varicela Zoster e resulta num impacto importante na qualidade de vida das pessoas infetadas.

Sabe-se que o risco para esta infeção aumenta com a idade e com o grau de imunossupressão, o que torna a sua prevenção especialmente importante acima dos 50 anos e em pessoas que tenham estados de imunossupressão, estando por isso mais sujeitas a infeções de diversos tipos.

No caso de infeção por Herpes Zoster há dois momentos a ter em conta: o momento de início de infeção com os sintomas característicos (erupção cutânea com dor, ardor ou formigueliro no local e que segue habitualmente um padrão de uma região nervosa) e momento após a infeção, em que pode haver várias consequências, sendo a mais conhecida a Nevralgia Pós-Herpética.

Nas pessoas com estados de imunossupressão, o primeiro momento

é especialmente desafiante a nível terapêutico, uma vez que há frequentemente quadros de dor intensa e desconforto severo que exigem múltiplos tratamentos para serem adequadamente tratados.

A Nevralgia Pós-Herpética, uma das complicações possíveis da infeção por Herpes Zoster, caracteriza-se por um estado de “inflamação” da região nervosa afetada, levando a dor intensa, diminuição marcada da qualidade de vida e tratamento que, frequentemente, necessita de múltiplos medicamentos e um longo período de tratamento.

Torna-se fundamental, por tudo isto, instituir estratégias vacinais que contemplem as pessoas de maior risco. Com isto será possível diminuir de uma forma marcada o impacto da infeção por Herpes Zoster na qualidade de vida das pessoas com imunidade mais frágil.

Para mais informação, consulte um profissional de saúde especializado.



*Raul Marques Pereira
Médico Especialista em Medicina
Geral e Familiar*

Com o apoio da GSK



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 artigo, publicado em maio de 2022 na revista *The New England Journal of Medicine*, a revista médica mais reconhecida e com o maior fator de impacto a nível mundial, e no qual são descritos os resultados da transplantação de rins de porco geneticamente modificados em dois seres humanos em morte cerebral.

A xenotransplantação (i.e. a transplantação de tecidos ou órgãos de outras espécies) pode ser a solução para a escassez de rins disponíveis para transplante, uma vez que, potencialmente, constituirá uma fonte ilimitada e segura de órgãos em condições ótimas de funcionamento pré-implantação.

Os primatas não humanos, nomeadamente os chimpanzés, são as espécies com maior compatibilidade biológica (genética e de tamanho) com os humanos e foram usados com sucesso em alguns estudos experimentais nos anos 90. No entanto, rapidamente foram abandonados como eventual fonte de órgãos devido à possibilidade de transmissão de doenças infectocontagiosas, às limitações para a sua criação em larga escala e a substanciais preocupações éticas. Neste contexto, os porcos têm sido a opção mais estudada devido ao seu tamanho na idade adulta, ao baixo risco de transmissão de doenças infecciosas e à facilidade que existe na sua reprodução, clonagem e manipulação genética. Os fabulosos avanços nas técnicas de engenharia genética a que assistimos nas últimas duas décadas permitiram a criação de porcos geneticamente modificados (nomeadamente com a eliminação de alguns antigénios presentes na maioria das espécies não primatas contra os quais os humanos têm ou desenvolvem rapidamente anticorpos) que, nos últimos anos, têm sido testados em primatas não humanos com sucesso crescente, inclusivamente já com casos de sobrevivência após o transplante superior a um ano. Contudo, se este sucesso poderá ser reproduzível em humanos ainda é uma incógnita.

Assim, para esta edição, trago ao leitor a mais recente experiência de transplantação humana com rins de porcos geneticamente modificados, publicada em maio de 2022 na revista *The New England Journal of Medicine*.

Resultados de Dois Casos de Xenotransplantação Renal de Porco para Humano



Neste estudo, conduzido em um hospital da Universidade de Nova Iorque, os autores transplantaram dois doentes em morte cerebral, cujas funções circulatória e respiratória foram asseguradas artificialmente, com rins de porcos geneticamente modificados e avaliaram, nas 54 horas seguintes, de

que forma a função renal – medida pela quantidade de urina e pela creatinina sérica – se modificou e, através de biópsias renais sucessivas, se surgiu algum sinal de rejeição dos rins.

Os porcos utilizados na experiência foram criados antes da transplantação com a introdução de duas modificações genéticas. Uma das principais barreiras imunológicas à transplantação entre espécies reside em anticorpos pré-formados que os humanos possuem contra alguns antigénios dessas espécies e que provocam um fenómeno denominado de rejeição hiperaguda, que ocorre nas horas imediatamente após a implantação do órgão transplantado. Um dos antigénios mais importantes neste aspeto chama-se galactose- α -1,3-galactose, que faz parte de muitas glicoproteínas e glicolípídios presentes na maioria das espécies não primatas, mas que não existe nos humanos. Uma vez que ao longo da sua vida os humanos contactam frequentemente com espécies microbianas que possuem este antigénio, a presença de anticorpos dirigidos contra a galactose- α -1,3-galactose é praticamente universal e estes podem constituir até 1% de todos os anticorpos circulantes. A formação deste antigénio é mediada por uma enzima denominada α -1,3-galactosiltransferase e uma das modificações genéticas introduzidas foi a eliminação do gene que codifica esta enzima, para que os rins destes porcos não possuíssem o antigénio galactose- α -1,3-galactose. Apesar de a ausência deste antigénio reduzir significativamente o risco de rejeição hiperaguda (algo que já foi confirmado em estudos pré-clínicos com primatas), permanece ainda o risco de a resposta imune adaptativa dos humanos rejeitar os rins a longo prazo, através do reconhecimento de muitos outros antigénios que são diferentes entre os porcos e os humanos. Para tentar minimizar este risco, dois meses antes da transplantação, foi colocado um enxerto de timo de porco (o órgão no qual se processa o desenvolvimento e seleção dos linfócitos T – células do sistema imunitário responsáveis pelo reconhecimento de antigénios estranhos ao corpo) por debaixo da cápsula dos rins, como forma de tentar induzir tolerância imunológica após os rins serem implantados no corpo humano.

Antes da transplantação, foi testada a presença de anticorpos contra antigénios de porco no sangue dos dois seres humanos utilizados na experiência – um deles não apresentava anticorpos, ao passo que o outro sim. Ambos os receptores receberam imunossupressão semelhante àquela que se utiliza nos transplantes com rins de doadores humanos e os rins de porco foram conectados à circulação na artéria e veia fe-

morais (localizadas na coxa) e deixados no exterior do corpo, para que a sua perfusão sanguínea pudesse ser avaliada continuamente. A produção de urina pelo rim transplantado foi avaliada separadamente da produção de urina dos rins nativos dos receptores. Os rins transplantados ficaram bem perfundidos de sangue logo após a implantação e assim permaneceram até ao final da experiência, não se tendo verificado qualquer instabilidade hemodinâmica ou alteração significativa em parâmetros sanguíneos de inflamação sistémica em relação com o procedimento. Os enxertos renais começaram a produzir urina momentos após a conexão à circulação sanguínea humana, a função renal melhorou em ambos os receptores (no primeiro recetor, a creatinina desceu de 1,97 para 0,82 mg/dl e a taxa de filtração glomerular – a medida habitualmente utilizada para avaliar a função renal, cujo normal é superior a 90 ml/min – subiu de 23 para 62 ml/min; no segundo recetor, a creatinina desceu de 1,10 mg/dl para 0,57 mg/dl e a taxa de filtração glomerular subiu de 55 para 110 ml/min) e a urina produzida pelos rins transplantados foi mais do dobro da produzida pelos rins nativos. Foram realizadas biópsias renais às 6, 24, 48 e 54 horas após a transplantação e em nenhuma delas foram encontrados sinais de rejeição hiperaguda, de rejeição provocada por anticorpos (apesar de no recetor que tinha previamente anticorpos contra antigénios de porco se ter detetado alguma deposição de anticorpos) ou de rejeição mediada pelos linfócitos T, e a arquitetura estrutural dos rins (avaliada por microscopia eletrónica) estava intacta no final da experiência. Por fim, não foi encontrada evidência de eventual transmissão de doenças infecciosas do porco para os humanos.

Qual a importância deste estudo?

As experiências em humanos com órgãos de não primatas, designadamente de porco, levadas a cabo nos anos 90, antes da era da engenharia genética, resultaram em insucessos catastróficos devido a rejeição hiperaguda que, para além de conduzir à perda imediata do órgão transplantado, induzia alterações inflamatórias sistémicas graves.

Este estudo, apesar de ter uma duração muito curta e de não ter sido avaliada diretamente, em separado dos rins nativos, a contribuição dos rins de porco transplantados para a função renal dos receptores, vem demonstrar que a utilização da xenotransplantação pode ser viável e vir a ser uma realidade a médio prazo. Esta experiência surge na sequência de múltiplos estudos pré-clínicos, realizados nos últimos anos, que

demonstraram a viabilidade da transplantação de primatas não humanos com órgãos de porco geneticamente modificados e vem juntar-se a duas outras experiências recentes com transplantação de órgãos de porco geneticamente modificados em humanos – a primeira transplantação de um rim de porco geneticamente modificado (que incluiu a eliminação do mesmo antigénio referido neste estudo e de dois outros adicionais), cuja experiência foi publicada em janeiro deste ano na revista *American Journal of Transplantation*; e a transplantação de um coração de porco geneticamente modificado (foram editados 10 genes individuais) num indivíduo com insuficiência cardíaca terminal, que não foi aceite para transplante com coração de humano e que estava irremediavelmente dependente de suporte ventilatório e circulatório artificial, que permitiu suspender o suporte artificial de funções vitais e prolongou a vida do doente em 49 dias, altura em que o órgão entrou em falência por alterações de origem ainda não esclarecida, mas que não pareceram mediadas por um processo “tradicional” de rejeição (esta experiência foi, também, recentemente publicada no *The New England Journal of Medicine*).

A xenotransplantação tem o potencial de ultrapassar muitas das dificuldades e limitações que têm enfrentado o rim artificial implantável e o rim biotecnológico como soluções a médio prazo para suprir a escassez de órgãos para transplantação. Por outro lado, a engenharia genética permitirá também, para além de eliminar antigénios críticos (como foi o caso na experiência que descrevi), inserir genes que sejam protetores do processo de rejeição – estão em curso estudo pré-clínicos com órgãos de porco com este tipo de modificação. O estado da arte nesta matéria permite antever que os ensaios clínicos iniciais em humanos poderão estar para breve, uma vez ultrapassadas as eventuais barreiras éticas à criação “em massa” de animais geneticamente modificados para este fim. Outro dos passos mais importantes será definir a que doentes será eticamente aceitável propor a participação em ensaios clínicos desta natureza – uma das primeiras opções poderão ser, eventualmente, doentes hemodialisados em falência absoluta de acessos vasculares, que estejam hiperimunizados contra antigénios humanos e que, por esse motivo, tenham pela frente, previsivelmente, uma longa espera por um dador compatível. ■

Dr. Mário Raimundo
Médico Nefrologista

TENHA AS SUAS QUOTAS EM DIA

O valor mínimo das nossas quotas é de 1€ por mês

Lembre-se de pôr as suas quotas em dia, para que possamos continuar a zelar pelos interesses desta Associação que é de todos nós.

IBAN: PT50 0035 0697 00539800430 83

ou contacte-nos através do telefone 218 371 654



Ana Rute Silva



O meu nome é Ana Rute Silva, tenho 42 anos e trabalho na área da engenharia civil.

Aos 26 anos engravidei e às 24 semanas de gestação fiquei internada, com proteinúria muito elevada. Apanhei pré-eclampsia e a bebé teve de nascer às 36 semanas.

Depois no nascimento da minha filha, comecei a ser seguida nas consultas de Nefrologia, para se descobrir o que eu tinha. Fiz exames e mais exames e foi através de uma biópsia que se descobriu que tinha Nefropatia por IgA.

Durante 11 anos fui seguida nas consultas de Nefrologia de 6 em 6 meses. O meu médico sempre me disse desde o início que um dia mais tarde teria de fazer hemodiálise, mas sempre pensei que fosse quando já fosse velhinha.

Em outubro de 2017, numa sexta-feira, fui fazer análises ao hospital, porque teria consulta na terça-feira. No sábado fui para Sevilha passar o fim de semana com uns amigos e recebi uma chamada do meu médico a dizer que teria de ir logo na segunda-feira à consulta, porque as análises estavam alteradas.

Quando cheguei à consulta, o médico explicou-me os estádios da doença

renal e que no meu caso já estava no 4. Receitou-me uma medicação e comecei a ir todos os meses à consulta. No dia 5 de março de 2018, fui à consulta e as análises indicavam que já estava a entrar no estágio 5. Imediatamente o médico enviou-me para a consulta de esclarecimento da hemodiálise, para me explicarem como funcionava.

A partir do dia 16, comecei a sentir um cansaço extremo. Muito frio, falta de ar, muito sono. Não tinha força no corpo. Parecia que estava a morrer lentamente.

No dia 21 fui à urgência e deram-me a notícia que já estava à espera há muito tempo. Tinha de fazer hemodiálise de urgência porque os meus rins tinham parado de funcionar.

E foi assim. Dia 21 de março de 2018 iniciei o primeiro tratamento de hemodiálise. Colocaram-me um cateter no pescoço e nessa noite fiz 3 horas de tratamento. Hoje em dia tenho uma fístula no braço esquerdo, por onde faço o tratamento.

De início foi muito revoltante. Levava noites inteiras a chorar, pois pensava que mal teria feito para passar por esta situação. Hoje em dia, bem, tem dias. Há dias que se levam melhores que outros.



Atualmente faço hemodiálise 3 vezes por semana, 6 horas de tratamento. Continuo a trabalhar, faço uma vida normal e vou de férias sempre que posso.

Estou em lista de espera para transplante há 4 anos. ■

Ana Rute Silva



IRC EM VIAGEM

Viagem a Bali

Esta viagem aconteceu em 2018. Tudo correu bem, desde o tempo, que se manteve estável (início da estação seca), bem como o que tinha a ver com o “nosso” bem-estar (os tratamentos), que foram 5 estrelas, tratamento quase VIP e o custo ficou dentro dos valores avançados na troca de correspondência.

Os valores eram cobrados por cada tratamento (com lanche e sem medicação ou outros extras) e no final de cada dia era feito o “fecho” das contas, sendo o pagamento efetuado antes da saída. Os tratamentos são pagos na moeda local (rúpia indonésia), de cotação inferior ao Euro e oferecem transporte em minibus de e para os hotéis.

Como europeu, e para uma primeira viagem à Ásia, foi uma experiência de vida, simplesmente deslumbrante e de nos encher o coração. Os passeios turísticos que nos mostram o que de mais interessante têm os Balineses para oferecer foram espetaculares. O povo local é bastante afável, apesar de bastante humilde, mas não dispensam um sorriso, isto porque em Bali (a ilha dos Deuses, com mais de mil templos), vive a maior parte da minoria hindu da Indonésia (85%), daí serem um povo muito tolerante e de fácil convivência. Quem não falar Inglês lá não se safa... mal ou bem é a língua “oficial” para qualquer contacto.



A comida é bastante diferente da nossa cozinha Mediterrânica e, como era de esperar, tudo a ver com a cozinha Asiática, muito saborosa e bastante condimentada. No meu caso apenas tive de ter cuidado para não usar a água não engarrafada, com o que era servido cru, os vegetais, e os fabulosos sumos naturais de fruta local (coco, melancia, banana, pera abacate, etc.).

As minhas atividades de lazer (sete mergulhos) em Bali e outras ilhas, foram do melhor. Vivi experiências que só



lá as poderia ter tido. Trago imagens deslumbrantes registadas no meu cérebro (não uso máquina fotográfica), que até agora só tinha visto em ambientes “artificiais” nos aquários (Vasco da Gama, Oceanário de Lisboa, Palma Aquarium, etc.).

Quanto ao hospital e à zona destinada à hemodiálise, a mesma era fora do comum (“luxurious spa-inspired interior”), já que apenas têm quatro salas/espacos, em que cada uma poderia ter 2 cadeiras/2 doentes no máximo. No pico do verão aceitam ter no máximo 5 a 6 doentes e uma cadeira livre para emergências.

Todas estas salas/espacos (numa sala única “open space” com divisórias entre espacos de 2 postos) têm janelas do teto ao chão, o que nos permite desfrutar do verde dos jardins e de muita luz natural. Cada cadeira está equipada com um computador onde se pode navegar na Internet ou ver televisão (a televisão lá era difundida pela internet por satélite, mesmo nos hotéis).

Na altura que lá estive, estava eu, o primeiro cliente português até à data, na outra sala/espaco estava uma holandesa e na terceira sala/espaco, estava um alemão.



Apenas tinham um turno, das 8:30 – 13:00, com duas enfermeiras balinesas muito simpáticas e competentes. Quanto aos médicos(as) fui observado e auscultado todos os dias, mas rodavam na escala, as enfermeiras é que eram sempre as mesmas. ■

Sócio identificado

NUTRIÇÃO

Na Doença Renal, o tomate, que se comporta biologicamente como uma fruta, mas é utilizado por todos nós diariamente como uma hortícola, é um alimento que cru, tem um elevado teor de potássio!

Este feito torna-o muitas vezes um alvo a abater na doença renal crónica, com muitos portadores desta doença a eliminarem-no por completo da sua alimentação! A receita desta revista vem com o propósito de desmistificar as restrições que muitas vezes se fazem na Doença Renal! Acreditamos que, muitas vezes, é mais fácil fazermos uma lista de alimentos a eliminar e outros a consumir para nos orientarmos nesta aventura que estará connosco para o resto da nossa vida. É um caminho muito mais difícil aprendermos a consumi-los e a compreender porque são considerados estes alimentos “perigosos”.

Mas gostávamos de vos pôr a pensar!

Será que numa doença para a vida inteira não fazemos “exceções” mais graves que um alimento cheio de fitonutrientes (licopeno, caroteno, tocoferol) e vitamina C? Será que, entretanto, não comemos mais facilmente um alimento processado (rico em potássio “industrial”, em que a absorção deste mineral é bastante mais fácil e temos menos segurança de nos protegermos dela)? Valerá por isso a pena “demonizarmos” alimentos, em vez de aprendermos como o podemos introduzir de forma segura? Na questão do tomate é simples, não o devemos consumir cru, devemos reduzir o seu consumo, podemos deixá-lo em água algumas horas antes de confeccionar (até juntamente com as lentilhas na sua última espoliação – caso seja o caso!), podemos tirar-lhe a casca e introduzi-lo nas receitas em quantidades pequenas e cortá-lo bem fininho! Assim, concluímos, referindo que: uma alimentação saudável e completa é uma verdade inquestionável na Doença Renal; a probabilidade de se proteger de excesso de potássio é muito maior em alimentos frescos que ainda serão cozinhados do que em alimentos industrializados; uma doença crónica exige uma vida inteira de boas práticas e cautela. Não faça do tomate (e outros alimentos presentes na natureza) um inimigo. Em vez disso, aprenda como o pode introduzir (de quando em vez!), como o pode tornar menos prejudicial para si e que outros alimentos são mais perigosos que um fruto-vegetal durante cada fase desta jornada! ■

Mariana Tomaz | Nutricionista

Lentilhas à bolonhesa



Ingredientes (3 pessoas):

- 2 fios de azeite
- 1 cebola branca
- 2 dentes de alho
- 1 chávena de lentilhas (opção: espoliadas)
- 2,5 chávenas de água
- 1 tomate chuchu pequeno fresco cortado grosseiramente (opção: sem casca e espoliado)
- 1 folha de louro
- Pimentão
- 400g de esparguete
- Orégãos ou Salsa

Preparação:

- Começar por demolhar as lentilhas, colocando-as em água abundante durante a noite (ou durante 6 horas). Caso faça espoliação, trocar as águas neste processo.
- Pode também fazer espoliação ao tomate pequeno.
- Refogado: picar a cebola e os dentes de alho e colocá-los, junto de um fio de azeite, na panela.
- Colocar o tomate cortado, as lentilhas e juntar as chávenas de água e deixar cozer em lume brando até a água evaporar e até as lentilhas estarem totalmente cozidas.
- Colocar num tacho a massa e deixar cozer com um fio de azeite.
- Colocar salsa, orégãos e temperos q.b.
- Servir em conjunto.

Informação nutricional por porção (100g):

- **Calorias:** 234 kcal
- **Proteína:** 11,2 g
- **Hidratos de Carbono:** 30,7 g
- **Gordura:** 10,1g (dos quais saturados apenas >0,01 g)
- **Sódio:** 147 mg
- **Potássio:** 242 mg
- **Fósforo:** 118,5 mg
- **Fibra:** 5,8 g

Amelia Earhart

Amelia Earhart foi uma celebridade internacionalmente conhecida por ter sido pioneira na aviação dos Estados Unidos. A sua timidez carismática, independência, persistência, coragem e objetivos profissionais definidos, somando-se às circunstâncias misteriosas do seu desaparecimento ainda jovem, fizeram a sua fama na cultura popular. Centenas de artigos e livros foram escritos sobre a sua vida e frequentemente é citada como ícone feminista e defensora dos direitos das mulheres, tendo mesmo contribuído para o despertar do interesse em alcançar sucesso em atividades/profissões tradicionalmente masculinas.

Nascida a 24 de julho de 1897 em Atchison (Kansas), no coração dos Estados Unidos da América, revelou ter, desde pequena, uma personalidade aventureira e independente, passando os dias a explorar e a brincar, escalando árvores ou a descer encostas com o seu trenó.

A sua educação foi, de facto, pouco convencional, pois a sua mãe não acreditava no ensino tradicional que moldava, segundo a própria, as crianças em "crianças adoráveis". Mas quando os seus pais se mudaram para uma pequena casa na região de Des Moines, Amelia e a sua irmã Muriel, ficaram com os seus avós em Atchison. Durante esse período, as duas meninas foram educadas em casa, onde passavam horas na gigantesca biblioteca da família. Em 1909, quando finalmente a família se reuniu em Des Moines, as irmãs entraram pela primeira vez numa escola pública.

Em 1916 Amelia formou-se na Hyde Park High School e, mais tarde, frequentou a faculdade na Ogontz School em Rydal, Pensilvânia, mas não terminou.



Decide, no entanto, trabalhar no Destacamento de Ajuda Voluntária no Spadina Military Hospital, em Toronto, no Canadá, como enfermeira, depois de ter ido visitar a sua irmã nas férias de Natal de 1917, e de ter ficado sensibilizada com os soldados feridos na Primeira Guerra Mundial que retornavam a casa.

Quando a pandemia de Gripe Espanhola chegou a Toronto, Earhart trabalhava ainda como enfermeira, fazendo turnos noturnos no hospital. Contraiu gripe, pneumonia e sinusite, teve complicações e foi hospitalizada no início de novembro de 1918 com pneumonia, tendo alta um mês depois. Em consequência dos sintomas da sinusite, Amelia foi sujeita a várias pequenas cirurgias dolorosas, porém os procedimentos não tiveram sucesso e Earhart passou a sofrer ataques de dores de cabeça cada vez piores, que afetariam significativamente as suas atividades do dia a dia.

A 28 de dezembro de 1920, após a sua primeira experiência de voo – uma ascensão de dez minutos com o piloto Frank Hawks, na Califórnia –, decidiu aprender a pilotar. Teve a

sua primeira aula no dia 3 de janeiro de 1921 e, passados dois anos, obteve a licença de voo. Seis meses mais tarde comprou o seu primeiro avião, um Kinner Airster, em segunda mão, pintado de amarelo, a que deu o nome "Canary" (Canário). Foi com este avião que bateu o primeiro recorde, atingindo uma altitude de 14 mil pés.

Foi membro da "American Aeronautical Society" de Boston, sendo mesmo mais tarde eleita como Vice-Presidente. Além disso, escrevia para o jornal local, promovendo a aviação, e deu início a um projeto de uma organização para pilotos femininas.

Em 1928, tornou-se a primeira mulher a fazer uma travessia transatlântica, como passageira, quando dois pilotos americanos, Wilmer Stultz e Louis Gordon, a convidaram para voar com eles. Na entrevista após a aterragem, disse: "Stultz fez tudo o que foi necessário. Eu fui somente bagagem, como um saco de batatas". E acrescentou, "talvez um dia eu tente fazê-lo sozinha". E fê-lo em 1932, sendo a primeira mulher a consegui-lo.



Quando a tripulação regressou aos Estados Unidos, foi recebida por uma multidão em Nova Iorque e depois rececionada pelo Presidente dos Estados Unidos, Calvin Coolidge, na Casa Branca.

De imediato Earhart tornou-se uma celebridade. Passou a ser apelidada de "Lady Lindy" pela sua aparência física com o piloto Charles Lindbergh, a quem a imprensa chamava de "Lucky Lindy". A United Press foi mais longe, chamando Earhart de "Rainha dos Ares". Regressada aos Estados Unidos, Amelia realizou, entre os anos 1928 e 1929, um exaustivo ciclo de conferências pelo país. O responsável por isto foi o escritor e publicitário George P. Putnam, coordenador do voo transatlântico de que Earhart fez parte. Putnam realizou uma campanha para promover Amelia, incluindo a publicação de um livro da sua autoria, que relata a sua experiência como a primeira mulher passageira num voo transatlântico, uma série de palestras e o uso da sua imagem em vários produtos como: malas de viagem, cigarros e roupas femininas e desportivas.

A campanha de marketing produzida por Putnam foi bem-sucedida, ao criar afinidade entre a imagem de Earhart e o público. E a condição de celebridade ajudou Amelia a financiar os seus voos.

Mas, apesar de ser tornado famosa com seu voo transatlântico, Earhart queria ter um recorde "exemplar" somente seu. E assim, em agosto de 1928, Amelia tornou-se a primeira mulher a efetuar um voo solo de ida

e volta através do continente norte-americano. Gradualmente, o seu nível de pilotagem e profissionalismo foi evoluindo e amadurecendo.

Em 1930, Earhart tornou-se uma oficial da "National Aeronautic Association", onde trabalhou ativamente para estabelecer a separação dos recordes femininos dos masculinos. Em 1931, pilotando um Pitcairn PCA-2 autogiro, quebrou o recorde mundial de altitude de 18.415 pés. E em 1933 efetuou um voo sem escalas, de costa a costa, através dos EUA, tornando-se na primeira mulher a consegui-lo.

Amelia foi, em conjunto com outras aviadoras, crucial para convencer os americanos de que a aviação não era apenas para homens. E como tal, na década de 1930, envolveu-se com as "The Ninety-Nines", uma organização de mulheres-piloto que apoiavam e defendiam a causa das mulheres na aviação, tornando-se presidente desta mesma organização.

Durante a campanha de promoção, Earhart e Putnam tornaram-se bastante íntimos, ao passarem longos períodos juntos. George Putnam pediu Amelia em casamento seis vezes. Após alguma hesitação, ela aceitou e os dois casaram-se a 7 de fevereiro de 1931, com a condição de ambos conservarem liberdade total. As ideias de Amelia sobre o casamento eram liberais para aquele tempo, pois acreditava em responsabilidades iguais de ambas as partes e manteve seu próprio apelido, em vez de ser chamada de Sra. Putnam. O casal não teve lua de mel, uma vez que Amelia estava envolvida numa travessia de nove dias para promoção dos autogiros. Apesar de não terem tido filhos, Amelia dava-se muito bem com os dois filhos que Putnam tinha do seu anterior casamento.

No dia 20 de maio de 1932, Earhart realiza o seu primeiro voo solitário transatlântico. Após um voo de 14 horas e 56 minutos, durante o qual enfrentou fortes ventos do norte, gelo e problemas mecânicos, Earhart pousou num pasto na Irlanda do Norte. O local é agora sede de um peque-

no museu, o "Amelia Earhart Centre".

Como primeira mulher a efetuar um voo solo sem escalas através do Atlântico, Earhart recebeu diversas distinções e medalhas. Com o crescimento da fama, tornou-se amiga de várias personalidades como Eleanor Roosevelt, a Primeira Dama dos EUA. Roosevelt compartilhava de muitos interesses e paixões mútuas com Earhart, especialmente as causas das mulheres.

Em 11 de janeiro de 1935, Earhart tornou-se a primeira pessoa a efetuar um voo solo de Honolulu, Hawaii a Oakland, Califórnia e nesse mesmo ano voou sozinha de Los Angeles à Cidade do México. O próximo recorde atingido foi um voo sem escalas da Cidade do México para Nova Iorque. Entre 1930 e 1935, Amelia bateu sete recordes de velocidade e distância para mulheres em várias aeronaves.

Em 1937, decidiu ser a primeira mulher a dar a volta ao mundo. A sua viagem não seria a primeira travessia aérea à volta do mundo, mas a mais longa: uma extenuante rota de 47.000 quilómetros, nas proximidades do Equador. A primeira tentativa viu-se frustrada por um acidente, que danificou seriamente o seu equipamento.



A 1 de junho, uma vez reparado o avião, Earhart e o seu navegador, Fred Noonan, um piloto com muita experiência de voo no Pacífico, empreenderam a sua viagem para leste a partir de Miami. Após várias escalas, chegaram a Lae, na costa oriental da Papua Nova-Guiné. A 2 de julho de 1937, Earhart e Noonan partiram para o destino seguinte: Howland, uma ilha de coral plana, com apenas

2,4 quilómetros de comprimento, perdida no Pacífico, a meio caminho entre a Austrália e o Hawai. Ali estava estacionado o navio USCGC Itasca, cuja missão era manter contacto com os pilotos via rádio e guiá-los até ao local. A ilha situava-se a cerca de 4.100 quilómetros de distância e a quantidade de combustível era suficiente para lá chegar em condições normais, embora os depósitos não estivessem completamente cheios, a fim de reduzir o peso do avião. No entanto, os aviadores nunca chegaram ao seu destino.

Após várias horas de voo, a aproximação final à ilha Howland, através de radionavegação, foi desesperadamente ineficaz. O Itasca recebeu sinais do avião, mas as comunicações em sentido contrário foram quase inexistentes.

Earhart e Noonan avançaram sem rumo, sobre nuvens dispersas, cujas sombras em forma de ilhas poderiam tê-los desorientado. Numa das suas últimas chamadas, alertaram: "Itasca, devemos estar em cima de vocês porque não vos vemos. Temos pouca gasolina. Não conseguimos localizá-los por rádio. Estamos a voar a 1.000 pés [304 metros] de altura."

O contacto rapidamente se perdeu e o avião foi dado como desaparecido. Uma missão de resgate que mobilizou 66 aviões e 9 navios para rastrear 250.000 milhas quadradas de oceano chegou ao fim sem resultados. Dois anos depois, em 5 de janeiro de 1939, a aviadora era declarada legalmente morta.

O marido de Amelia Earhart, George Putman, depois do desaparecimento da aviadora, publicou o livro "Last Flight" (1937), que teve como base de elaboração os relatos da viagem transmitidos nas várias paragens que Amelia efetuou, até ao fatídico dia 2 de julho.

O desaparecimento de uma pessoa tão intrépida e admirada como Amelia Earhart suscitou de imediato todo o tipo de especulações. Uma delas defende que Earhart e Noonan participavam numa missão de espionagem com o objetivo de fotografar as instalações militares japonesas no Pacífico nos anos anteriores à Segunda Guerra Mundial. Outros acreditavam na sobrevivência dos aviadores como náufragos numa ilha deserta do Pacífico. Na verdade, o mais provável é que, ao não conseguir estabelecer contacto com o navio, o avião



ficasse sem combustível e acabasse por precipitar-se sobre o oceano com os dois aviadores a bordo.

Passados mais de 80 anos, o desaparecimento da maior aviadora de todos os tempos permanece envolto em mistério. E embora as circunstâncias de sua morte possam nunca ser conhecidas, o legado de sua vida é claro: Earhart ultrapassou barreiras e perseguiu os seus sonhos, inspirando mulheres de todo o mundo a seguirem e atingirem os seus objetivos. Earhart ficará para sempre lembrada como um ícone. ■

Joana Gama

CINTO PARA DIÁLISE PERITONEAL

AJUSTÁVEL COM SUPORTE PARA CATETER



CORES DISPONÍVEIS: PRETO E BEGE

TAMANHOS:

- S** 80 (perímetro abdominal 60-80cm)
- M** 100 (perímetro abdominal 70-100cm)
- L** 115 (perímetro abdominal 90-115cm)



PREÇO: 12€

PORTES GRÁTIS

PROMOÇÃO DE LANÇAMENTO
20€
2 UNIDADES

CORREIO DOS LEITORES



18.06.2022 | 23h30

A esperada chamada de há 5 anos... toca o telemóvel constantemente a essa hora, tornando-me um pouco apreensivo. Atendo.

"Estou Ricardo, temos um rim para si!"

Imaginei, sonhei com a voz do médico conhecido que me fez entrar numa transformação total após aquela chamada para me dirigir urgentemente para o Hospital de S. João.

Chego ao hospital e começam as primeiras baterias de exames para verificar se estava tudo bem comigo e pronto para o desejado transplante, sendo o que me tornou mais apreensivo foi até receber a confirmação de teste negativo ao COVID.

8h30 do dia seguinte, entro no bloco operatório, e vejo uma correria entre médicos cirurgiões, enfermeiros, tudo pronto e à minha espera...

Naquele momento aproxima-se de mim a médica anestesista e pede-me para fechar os olhos e aí começou o milagre da vida...

Pelas 11h30 acordo já na sala de enfermagem que me acolheu nos 7 dias seguintes, sempre com muito cuidado e com o profissionalismo, que sempre encontrei neste hospital.

Foram dias de muita apreensão, e sempre de olho nos exames que me iam fazendo diariamente e sentindo o "novo" rim a ressuscitar!

Hoje sinto-me imensamente feliz e grato a toda a equipa que me concedeu todo este processo, que me irá dar uma vida longa e cheia de alegria.

Obrigado Hospital S. João.

Obrigado a todos os profissionais que me deram o melhor de todo o seu saber-saber.

Obrigado a tod@s que me deram a melhor energia!

Ricardo Cunha



Dia 9 de julho foi dia de comemorar. A meio do tratamento completei exatamente 1000 horas de hemodiálise. Apesar de não estar na minha clínica habitual (Óbidos) com os meus colegas de sala, não deixa de ser uma data curiosa e considero importante celebrar (até porque acabei por comer a pequena queijada sozinha). As "velas"... foi o que se arranjou, afinal estão 40º por aqui e não seria sensato foguear.

Agradeço aqueles que me têm ajudado a levar toda esta questão com a maior leveza possível: a minha família (incansável), o pessoal da minha clínica e os meus amigos.

Cristina Henriques



Partilhe e esclareça as suas dúvidas. Não deixe de colocar aquela questão que o preocupa ou que ainda não conseguiu esclarecer. Queremos fazer deste espaço uma conversa entre amigos onde se tiram dúvidas, se dão esclarecimentos ou divulgam novidades. Colabore com a revista Nefrâmea, um projeto que só poderá crescer e ser abrangente com a participação de todos.

Procure a APIR no Facebook, escreva-nos para: apir@apir.org.pt ou Rua Luiz Pacheco, Lote 105-Loja B, Bairro das Amendoeiras, 1950-244 Lisboa. Pode também ligar para: 218 371 654.

PROTOS

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 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

4. SimplexFarma

Desconto de 12% em todo o site,
mediante ativação do código
promocional APIR12
www.simplexfarma.com/pt/

SERVIÇOS DE SAÚDE



5. Absolute Bliss

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

6. AudiçãoActiva

Lojas em todo o país
www.audicaoactiva.pt/

7. 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

8. Centro Médico D. Dinis

Rua Engenheiro Ferreira Dias,
Lote 107, Loja B, Piso 1,
1950-119 Lisboa
www.cmdd.pt

9. ISJD – Clínica S. João de Ávila

Rua S. Tomás de Aquino, 20
1600-871 Lisboa
www.isjd.pt

10. Malo Clinic

Clínicas em todo o país
www.maloclinics.com

11. Med-link

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

12. 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

13. Minisom

Lojas em todo o país
www.minisom.pt/

14. Nefrovida / Grupo Sanfil Medicina

Unidades de saúde em Coimbra, Alcobaça, Leiria, Pombal, Aveiro e Viseu
www.sanfil.pt/

15. Orpea Residências

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

16. Redelab

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

ÓTICAS



17. Alberto Oculista

Lojas em todo o país
www.albertooculista.com

18. Optivisão

Lojas em todo o país
www.optivisao.pt

OUTROS



19. 2Light

Rua José Régio, Lj. 1/2
Bloco B – Lj. Dta.
2650-212 Encosta do Sol
www.2light.pt

20. Bioforma

Lojas em Lisboa, Moscavide, Madeira, Porto Santo e S. Miguel (Açores)
www.bioforma.pt

21. Grupo Calçado Guimarães

Lojas em todo o país e em
www.calcadoguimaraes.pt
Código de desconto na loja online:
CG10APIR22

22. Fidelitis

www.fidelitis.es

23. Hotel do Parque

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

24. HSI – Help, Soluções Informáticas

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

25. Termas de Luso

R. Álvaro Castelões
3050-230 Luso
www.termasdeluso.pt



OFERTA ESPECIAL VERÃO 2022

5 NOITES / 6 DIAS

INCLUI:

5 NOITES DE ALOJAMENTO C/ PEQ. ALMOÇO

5 ALMOÇOS | 5 JANTARES

1 MASSAGEM VICHY (LOCALIZADA)

PREÇO POR PESSOA EM QUARTO DUPLO: 342 €

SUPLEMENTO INDIVIDUAL: 78 €

VÁLIDO ATÉ 30 DE SETEMBRO DE 2022

INFORME-SE JUNTO DOS SERVIÇOS ADMINISTRATIVOS DA APIR



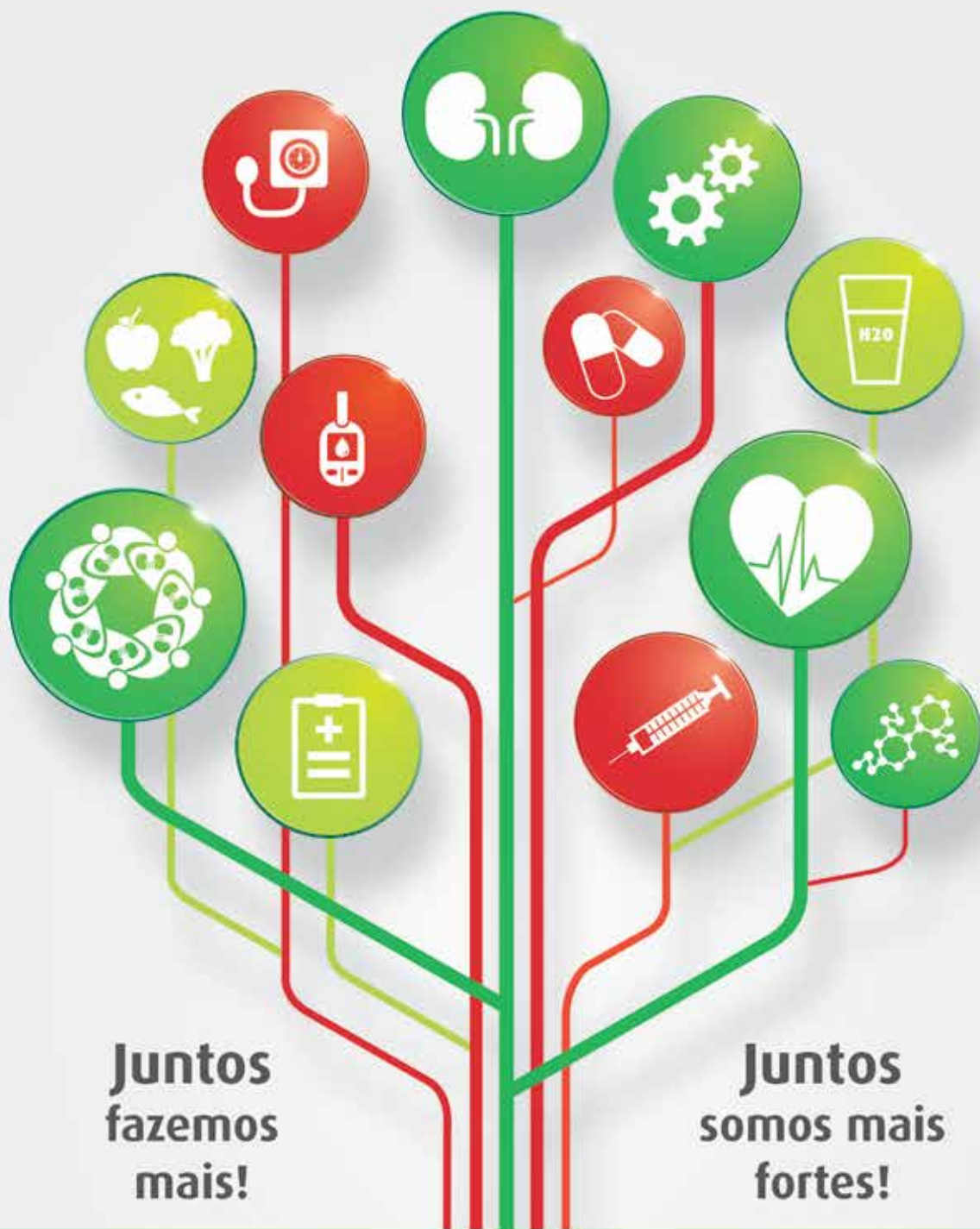
WWW.HOTELDOPARQUE.PT



**Devemos gerar coragem igual
ao tamanho das dificuldades
que enfrentamos.**

Dalai Lama





**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 RENAIIS**

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: Dísório Meneses da Silva
Sede Social: Travessa do Cotovelo, 17A - São Pedro
9760-060 Angra do Heroísmo
Contactos: 913934565 | açores@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