APIR
Associação Portuguesa de
Insuficientes Renais

NEFRÂMEA

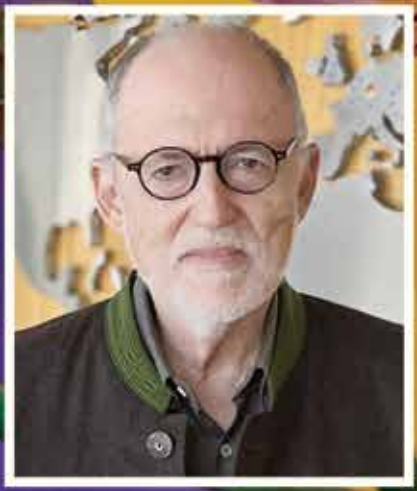
porta-voz dos dialisados e transplantados renais

ANO XLIII • N.º 209 PUBLICAÇÃO TRIMESTRAL • ABRIL/MAIO/JUNHO 2024
PREÇO 3€ • DIRETORA: CLÁUDIA BATISTA

ISSN 2183-2072

KREW 2024

VISITA A SANTIAGO DO CACÉM



ENTREVISTA
DR. PEDRO PONCE

Associação Portuguesa de
Insuficientes Renais

"A primeira e melhor vitória é conquistar-se a si mesmo"

Platão

FICHA TÉCNICA

NEFRÂMEA N.º 209
ANO XLIII
Abril/Maio/Junho 2024
ISSN 2183-2072

DIRETORA
Cláudia Batista

CHEFIA DE REDAÇÃO
José Miguel Correia

CORPO REDATORIAL
Cláudia Batista, José Miguel Correia, Marta Campos, Matilde Correia, Joana Gama, Rute Rafaela, Sónia Cartaxeiro

FOTOGRAFIA
Delegações Regionais, Marta Campos, Sónia Cartaxeiro, Nefrovida, NVN, Azenha Rocha, Susana Gaudêncio, Nephrocare, Maria Sá, Paulo Ribeiro, Freepik, Pixabay

COLABORADORES
Delegações Regionais, Dr. Miguel Bigotte Vieira, Susana Gaudêncio, Joana Gama, Conceição Antunes, Sofia Santos, Dr. Pedro Ponce, Maria Sá, Enf.ª Oksana Yurko, Dr. Tiago Carvalho, Dr. Mário Raimundo, Paulo Zoio, Enf.ª Catarina Almeida

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/

PORTE PAGO

ÍNDICE

04 **EDITORIAL**

DELEGAÇÕES

05 Reunião com ULS da Região de Leiria

Dia Aberto Nefrovida de Leiria

06 Visita à NephroCare Santiago do Cacém

25.º Aniversário da Diaverum da Régua

COMUNIDADE APIR

07 Reunião no Ministério da Saúde

KREW 2024 – Países Baixos

09 Balanço do estágio na APIR

11 Vamos Viajar Juntos

13 Webinars Temáticos

Palestra para alunos do ensino básico

14 Reportagem sobre hemodiálise noturna

Evento "Transforme o Paradigma da Saúde"

15 Evento sobre doação renal em vida

Cerimónia no Hospital de Santa Cruz

16 **ENTREVISTA**

NOTÍCIAS

19 Dados da Doação e Transplantação de Órgãos

Programa Fly Back da Diaverum

20 Transplante renal duplo no Hospital de Santa Maria

21 **VIVER E VENCER**

22 **ESPAÇO SAÚDE**

26 **ESTUDOS CLÍNICOS**

28 **IRC EM VIAGEM**

32 **CULTURA**

33 **PROTOCOLOS**

EDITORIAL

Chegamos a meio de 2024, ano de eleições para os órgãos sociais da APIR. Este será um momento importante para a nossa Associação, e é essencial que todos os sócios se envolvam no processo eleitoral. Na próxima edição daremos mais detalhes sobre o calendário eleitoral.

Neste número podemos encontrar várias atividades que temos vindo a desenvolver nestes últimos meses, com especial foco no campo de férias europeu KREW para jovens com doença renal crónica, este ano realizado nos Países Baixos, na localidade costeira de Den Helder.

A APIR foi recebida mais uma vez pelo Conselho de Administração da ULS da Região de Leiria, onde estiveram presentes o Dr. Licínio Carvalho e a Dra. Alexandra Borges, tendo a APIR estado representada por Carlos Silva. Foram abordados temas sobre a situação dos doentes renais da zona de Leiria.

Em abril visitámos a unidade de hemodiálise Nephrocare de Santiago do Cacém, a convite da Dra. Ana Natário, Diretora Clínica. Contámos com os colegas da Delegação Regional de Lisboa e Vale do Tejo, para efetuar a visita, João Cabete e Carlos Alves.

Estivemos presentes em inúmeros eventos onde foi imprescindível a presença da APIR, entre os quais salientamos a Reunião com o Ministério da Saúde no âmbito do Plano de Emergência.

Neste número apresentamos ainda a entrevista com o Dr. Pedro Ponce, médico nefrologista e Diretor Médico Nacional da Nephrocare.

Não queria terminar sem deixar uma palavra de apreço e agradecimento à Susana Gaudêncio, que estagiou novamente na APIR durante este ano e que colaborou afincadamente em várias atividades, incluindo a criação do grupo APIR Sub-30. A ela o meu muito obrigado, em nome da Direção Nacional.

Estes e outros temas poderão ler com mais detalhes no interior. Obrigado. ■

José Miguel Correia
Presidente da Direção Nacional

SUBSCREVA
A NEWSLETTER DA APIR

DELEGAÇÕES

Reunião com ULS da Região de Leiria

Realizou-se no passado dia 18 de junho uma reunião da APIR com o Conselho de Administração da ULS da Região de Leiria, onde estiveram presentes o Dr. Licínio Carvalho, Presidente, e a Dra. Alexandra Borges, Vogal Executiva. A APIR esteve representada por Carlos Silva.

A ordem de trabalhos foi a seguinte:

- Novas clínicas de diálise
- Situação das urgências dos doentes renais

Relativamente à abertura de novas clínicas, a APIR reafirmou a sua posição de que a criação de mais clínicas e mais perto dos doentes é benéfica e uma mais-valia para trazer uma melhor qualidade de vida aos mesmos. Quanto ao problema que está sempre ligado à abertura de novas clínicas, que é a movimentação de doentes, foi salientado que há normas que regulamentam esta situação, e que o cumprimento das mesmas se destina a trazer benefícios para o doente.

No que diz respeito às urgências dos doentes renais, verifica-se que o Serviço de Nefrologia da ULS da Região de Leiria continua a enviar para Coimbra os doentes em situação de urgência e que necessitam de diálise, apesar de ter toda a capacidade de receber e tratar as situações de urgência. Relativamente a este assunto, houve uma demonstração de interesse por parte do Conselho de Administração. Foi referido pelo Presidente que há um projeto em curso, mas possivelmente não será concluído nos tempos mais próximos, mas que está a avançar.

Ficou registado que por parte da APIR Carlos Silva iria continuar a acompanhar o assunto e estaria sempre disponível para estar presente e colaborar. O Dr. Licínio agradeceu e disse que a porta do seu gabinete estará sempre aberta para receber a APIR. ■

Carlos Silva
Núcleo de Leiria
Delegação Regional do Centro

Dia Aberto Nefrovida de Leiria

No passado dia 27 de junho a Nefrovida realizou um evento designado por "Dia Aberto" na nova unidade de diálise de Leiria, recentemente inaugurada.

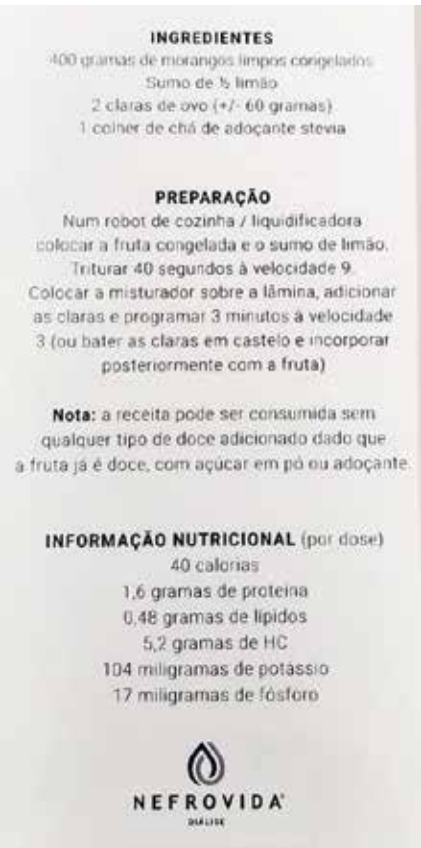
O objetivo deste evento era abrir as portas do novo espaço aos doentes e seus familiares, promovendo a proximidade e o convívio. A APIR também foi convidada, estando representada por Carlos Silva.

Todos os presentes tiveram oportunidade de conhecer melhor a clínica, inclusivamente os seus "bastidores", como por exemplo os sistemas de tratamento de águas e a central de concentrados.

O momento alto deste evento foi a realização de um workshop levado a cabo pela nutricionista Dr.ª Ana Daniela Mendes, subordinado ao tema "É permitido comer! Desfazendo os mitos na alimentação da pessoa com insuficiência renal", a que se seguiu um momento de "showcooking", com a confeção de uma mousse de morangos, cuja receita partilhamos aqui.

Para setembro está prevista a realização de iniciativas semelhantes nas clínicas de Alcobaça e Lisboa. ■

Marta Campos



INGREDIENTES

400 gramas de morangos limpos congelados
Sumo de ½ limão
2 claras de ovo (+/- 60 gramas)
1 colher de chá de adoçante stevia

PREPARAÇÃO

Num robot de cozinha / liquidificadora colocar a fruta congelada e o sumo de limão. Triturar 40 segundos à velocidade 9. Colocar a misturador sobre a lâmina, adicionar as claras e programar 3 minutos à velocidade 3 (ou bater as claras em castelo e incorporar posteriormente com a fruta)

Nota: a receita pode ser consumida sem qualquer tipo de doce adicionado dado que a fruta já é doce, com açúcar em pó ou adoçante.

INFORMAÇÃO NUTRICIONAL (por dose)

40 calorias
1,6 gramas de proteína
0,48 gramas de lípidos
5,2 gramas de HC
104 miligramas de potássio
17 miligramas de fósforo

NEFROVIDA

Visita à NephroCare Santiago do Cacém

A convite da Dra. Ana Natário, a Delegação Regional de Lisboa e Vale do Tejo da APIR realizou no passado dia 30 de abril uma visita à NephroCare de Santiago do Cacém. Esta clínica abriu portas no dia 15/4/2019 e tem como diretora clínica a Dra. Ana Natário e como enfermeiro chefe o Enfermeiro Ismael Costa.

Dados clínicos:

- N.º de IRC em tratamento: 78
- N.º de monitores: 24
- Diabéticos: 36%
- Consulta de Nefrologia: semestral
- Hospitais de apoio: Hospital de Setúbal e Hospital do Litoral Alentejano
- Acessos vasculares: 66 doentes têm fístula; 15 doentes têm cateter e 5 doentes com prótese
- Média de idades: 75,6 anos (60% homens e 40% mulheres)
- Existem 15 doentes em lista ativa para transplante

A equipa médica é composta por 3 médicos nefrologistas, incluindo a diretora clínica e 5 médicos de outras especialidades. A equipa de enfermagem conta com 8 enfermeiros, incluindo o enfermeiro chefe, assim como nutricionista e assistente social, ambos em "part-time". A clínica distribui lanche e os transportes são maioritariamente efetuados por ambulâncias da Cruz Vermelha e Bombeiros.

O edifício foi construído de raiz para o efeito e possui uma sala de tratamentos, com ilha de enfermagem no centro. Disponibiliza ainda casas de banho, vestiários masculinos e femininos, copa, lavandaria e gerador. Dispõe de gabinetes de consultas médicas, sala de espera, receção, armazém, secretaria e sala de tratamento de águas. Os monitores são Fresenius 5008.

Foi colocada a hipótese de em setembro, após o verão, se realizar conjuntamente um convívio com doentes e familiares, com o apoio total da diretora clínica. A APIR agradece a simpatia como que fomos recebidos por toda a equipa e todos os esclarecimentos prestados. ■

Marta Campos

25.º Aniversário da Diaverum da Régua

No dia 30 de junho de 2024, a unidade de diálise Diaverum na Régua comemorou os seus 25 anos de existência. A celebração contou com a presença de representantes da Associação Portuguesa de Insuficientes Renais, Fernando Carvalho e Manuel Domingos, colaboradores da Delegação Regional do Norte. O evento foi organizado pelo diretor clínico da unidade, Dr. Luís Oliveira.

A cerimónia começou por volta das 10h30, num espaço exterior em frente à clínica Diaverum. Durante as palestras, destacou-se a importância da unidade de diálise para os doentes com insuficiência renal, especialmente em termos de proximidade com os doentes e as suas famílias, proporcionando um apoio mais acessível e personalizado. Após um pequeno intervalo, durante o qual os participantes tiveram a oportunidade de conversar e interagir, os presentes foram divididos em pequenos grupos para visitar o interior da clínica. Durante a visita, foi explicado detalhadamente o processo de tratamento de diálise, desde o início até à conclusão, na sala de diálise. Além disso, os visitantes tiveram a oportunidade de conhecer a sala de tratamento de água, onde foi enfatizada a importância crucial do tratamento adequado da água antes de ser utilizada nos doentes.

O evento não só celebrou os 25 anos de serviço da unidade, mas também proporcionou um momento de aprendizagem e consciencialização sobre os cuidados e procedimentos essenciais no tratamento da insuficiência renal.

A APIR agradece muito o convite e está convencida de que esta unidade de Diálise está empenhada hoje como há 25 anos atrás na qualidade do tratamento aos colegas dialisados de toda a área envolvente.

Bem hajam pela dedicação! ■

Delegação Regional do Norte

Reunião no Ministério da Saúde

A APIR, juntamente com outras instituições da área da saúde, foi convidada a participar numa sessão de trabalho organizada pelo Ministério da Saúde, em que todas as entidades presentes puderam apresentar quais consideravam serem as suas prioridades para o Plano de Emergência criado por este Ministério. Esta reunião realizou-se no dia 10 de maio de 2024, na sede dos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, em Lisboa.

Após um breve enquadramento da doença e das modalidades de tratamento, foram apresentadas as seguintes prioridades que beneficiariam a vida dos doentes renais crónicos e seus familiares:

1. Resposta de proximidade em termos de tratamento, que não obrigue a despender muito tempo em deslocações e que permita manter a qualidade de vida e integração em sociedade, compatibilizando com as restantes esferas da vida pessoal, familiar, profissional, social, etc. Assim, neste ponto é crucial que:

   • Os transportes não urgentes de doentes sejam eficazes, pontuais, seguros e confortáveis. É importante que haja regulamentação, fiscalização e abertura a modalidades alternativas de transporte, como o veículo próprio, táxis ou plataformas e a atribuição clara de responsabilidades às entidades governamentais intervenientes.

   • Acesso a clínicas de hemodiálise próximas dos seus locais de residência e agilização do processo de licenciamento de novas clínicas ou de recolocação de clínicas já existentes.

   • Acompanhamento descentralizado dos doentes transplantados, nomeadamente através dos hospitais distritais que dispõem de serviço de Nefrologia, com médicos especialistas que têm toda a capacidade de acompanhamento dos doentes transplantados.

2. Resposta global, integrada e multidisciplinar, incluindo acompanhamento psicológico e social e uma interação com outras especialidades médicas que articulem as especificidades dos doentes renais.

3. Acesso a tratamentos inovadores que ajudem a controlar os sintomas e os efeitos secundários associados à doença e ao tratamento.

4. Revisão do modelo de pagamento dos tratamentos de hemodiálise, para um modelo mais eficiente, dinâmico, atual, abrangente e individualizado.

5. Acesso aos direitos que a doença crónica confere, através de:

   • Acesso atempado às juntas médicas de avaliação da incapacidade.

   • Dispensa da avaliação presencial em junta médica para os doentes em hemodiálise ou diálise peritoneal.

   • Reconhecimento da condição de doentes crónicos aos transplantados, através da revisão da tabela nacional de incapacidades que faça menção específica ao transplante renal e que tenha em consideração que é mais uma modalidade de tratamento e não uma cura.

Relativamente à realidade nacional, o que falta fazer?

1. A doença renal crónica tem como principais causas a diabetes e a hipertensão arterial, que são doenças muito prevalentes no nosso país. A prevenção mais eficaz é a primária, através da educação da população para a aquisição de hábitos saudáveis.

2. Para as pessoas já identificadas com estas patologias de base, reforçar a monitorização da função renal o mais precocemente possível e, em caso de necessidade, a referenciação para a especialidade de Nefrologia. É importante o conhecimento e a sensibilização dos cuidados de saúde primários para a doença renal crónica e a sua elevada incidência.

3. Melhorar o modelo de gestão integrada da doença renal crónica, através de um acompanhamento continuado, que permita alterar o panorama desta doença e evitando a rápida progressão para estádios superiores. ■

Marta Campos

KREW 2024 – Países Baixos

No dia 21 de junho, os jovens com doença renal de 5 países europeus partiram para Den Helder, uma cidade do norte dos Países Baixos para o campo internacional de jovens KREW. O KREW é uma semana educativa e recreativa organizada pela European Kidney Patients Federation (EKPF), em colaboração com as suas associadas. Este ano reuniu 30 participantes de Espanha, Portugal, Finlândia, Polónia,

Grécia e Países Baixos, sendo cada país acompanhado por um monitor e uma enfermeira.

À chegada todos os participantes receberam uma sweatshirt cor de laranja bem berrante, a cor principal da Holanda. A meteorologia ajudou e, ao contrário do nosso país, em que o tempo não estava muito agradável, na Holanda tivemos um sol radioso e temperaturas maravilhosas, que nos permitiram fazer todas as atividades planeadas, tanto no interior como no exterior.

A semana estava repleta de atividades planeadas. No início fizeram-se as apresentações e treinou-se a andar de bicicleta, que viria a ser o principal meio de transporte durante a semana, mesmo à moda dos holandeses. Cada noite era dedicada a um dos países presentes. Na noite de Portugal mostrámos um vídeo com os 10 principais locais para visitar no nosso país, cantámos o hino e explicámos o significado da nossa bandeira. Para terminar jogámos à cabra-cega, um jogo tradicional português e oferecemos umas lembranças a todos os participantes.

No domingo fomos de bicicleta até à praia, onde tirámos uma fotografia com o grupo completo e à tarde fomos todos jogar minigolfe para um espaço interior que brilhava no escuro, cheio de música e luzes néon.

O dia seguinte foi passado fora da cidade que nos acolheu, Den Helder. De manhã fomos a Zaanse Schans, uma zona muito turística nas margens do rio Zaan, que é quase um museu a céu aberto de tudo a que associamos à Holanda: moinhos de vento, flores, socas de madeira, queijo, bolachas de especiarias, chocolate, etc. Na parte da tarde

rumámos a Amsterdão, onde fizemos um cruzeiro pelos seus canais e pudemos ver um pouco de toda a cidade.

Na terça-feira fomos todos de bicicleta visitar o Museu da Marinha. A parte mais interessante da visita era a entrada num antigo submarino da Marinha, o "Tonijn", onde pudemos ver o local onde os militares dormiam, cozinhavam e comandavam o submarino. De seguida almoçámos no interior do "Schorpioen", um navio pertencente ao museu. Passámos a tarde na piscina, a deslizar pelos escorregas, mergulhar nas várias piscinas e apanhar um pouco de sol.

Infelizmente, no fim desse dia alguns dos participantes começaram a ficar doentes e no dia seguinte os planos foram alterados. De manhã fomos visitar o centro de Den Helder e fazer algumas compras e na tarde voltámos à piscina.

O último dia começou com canoagem pelos canais da cidade, no meio da natureza. À tarde, já com a nossa Filipa recuperada, aproveitámos para conhecer um pouco melhor

a cidade e comprar as últimas lembranças para trazer para casa. À noite fez-se a discoteca, onde todos dançaram e se divertiram.

O regresso do grupo português foi bem atribulado, com o cancelamento do nosso voo, o que nos obrigou a fazer uma viagem bem mais longa, com várias escalas. Mas no final tudo acabou bem, com os participantes de regresso às suas casas e bem de saúde, mas foi uma aventura que tão depressa não nos iremos esquecer! ■

Marta Campos

Veja agora a opinião dos nossos participantes:

Esta semana foi muito agradável! As atividades foram boas, às vezes podiam estar mais organizadas. A comida foi o que me desiludiu mais. Nós também tivemos algum tempo livre que podiam ocupar com outras coisas. Mas, no entanto, até foi muito divertido e acho que conheci amigos para a vida.

Filipa

Esta semana foi boa, mas não gostei de comer pão todos os dias ao pequeno-almoço, lanche e almoço. Gostei de todas as atividades menos a canoagem. Apesar de alguns imprevistos, adorei esta viagem. Na minha opinião eu acho que devíamos ter mais atividades ao longo do dia.

Kleiton

Eu gostei desta semana, as pessoas eram simpáticas e deu para compreender e perceber que várias pessoas têm o mesmo problema, e assim podemos partilhar histórias. Também gostei das atividades, apesar de termos demasiado tempo livre. O que menos gostei foi a comida, porque tinha muitas especiarias e quase todas as refeições havia pão. Foi uma experiência muito boa e divertida.

Lara

Esta semana foi complicada, mas mesmo assim divertida. Conheci pessoas novas de culturas diferentes com a mesma doença crónica que eu, o que me fez sentir compreendida. Foi sem dúvida uma semana inesquecível.

Leonor

Esta semana foi muito divertida, mas acima de tudo, foi muito educativa. Ainda que de forma inconsciente, penso que todos aprendemos alguma coisa. A convivência e o contacto com pessoas de outros países e culturas também foi muito positivo. Não deixar de salientar a organização que foi impecável ao longo de todo o acampamento, um obrigado especial à Matilde, à Marta e ao Zé Miguel que, apesar das adversidades, foram sempre presentes e alegres.

Rafael

Balanço do estágio na APIR

Na revista Nefrâmea n.º 207, nas suas páginas 10 e 11, está descrito o estágio de 2.º ano que efetuei na APIR. Nesta, pretendo dar a conhecer o trabalho executado ao longo dos 4 meses (janeiro a maio de 2024) em que estive novamente na associação, acompanhada diretamente pela Dra. Marta, mas com o apoio do Presidente José Miguel, da Sónia Cartaxeiro, da Elisabete Araújo e da Joana Gama, imprescindíveis para o sucesso do estágio de 3.º ano.

De acordo com as necessidades apontadas no diagnóstico efetuado o ano passado, e indo de encontro com uma problemática identificada pela APIR, foi desenhado um novo plano de ação, integrando a proposta de três ações, as quais foram executadas ao longo do estágio, sendo que para algumas foi definida a data de execução.

Na Ação 1, pretendia-se participar no funcionamento da APIR, delineando-se como objetivos: contactar com os utentes que procurem a APIR, no sentido de entender o tipo de situação/problema identificado e acompanhar, quando necessário; participar nas atividades e nas iniciativas organizadas pela APIR ou por outras entidades; executar uma ficha de atendimento social para a APIR, em formato digital; e construir o Projeto APIR Sub-30. À exceção do projeto, que foi desenhado e apresentado em fevereiro, o restante

trabalho foi executado ao longo do período de estágio.

Desta ação, destaca-se o acompanhamento e registo de 5 utentes que contactaram a APIR e que tiveram o acompanhamento social, tendo sido contactadas Assistentes Sociais de outras entidades, no sentido de agilizar a problemática identificada e transmitida a quem o acompanha efetivamente. A APIR terá, com o acompanhamento social, um papel de intermediário, uma vez que os utentes têm os seus processos sociais nas entidades que os acompanham. O registo dos atendimentos sociais, na ficha criada para esse fim, servirá de apoio ao acompanhamento do utente, sendo possível consultarem-se os contactos já existentes, as alterações existentes ao longo do processo e o diagnóstico e o trabalho executado pela APIR relativamente à problemática.

A participação nas atividades e iniciativas da APIR, fez, mais uma vez, enaltecer a necessidade de se reforçar a APIR. Durante este estágio foi notória a solicitação da presença da APIR em diversas iniciativas, reuniões, conferências, ações de formação, ações de sensibilização, apresentação de estudos, para além dos seus projetos próprios, como são exemplo as sessões mensais para os novos sócios ou os webinars, entre muitas outras iniciativas e o trabalho diário. Um dos objetivos do estágio era dar a conhecer a APIR e, consequentemente, promover a prevenção da doença e nesse sentido foi desenhado o projeto APIR Sub-30 e a conferência associada.

O projeto APIR Sub-30 foi idealizado pela APIR, por se ter identificado uma problemática na transição da pediatria-adulto. Simultaneamente, o Dr. João Gonçalves Albuquerque, médico Nefrologista da ULS de Santa Maria, responsável pela consulta de transição de transplante renal, reforçou a necessidade de se efetuar algo que minimizasse esta problemática. Assim, e ainda dentro das atividades diárias da APIR, foi desenhado e apresentado o projeto, tendo já como finalidade passar a ser a Ação 2 do plano de ação do estágio.

Indo de encontro com a necessidade de se juntarem jovens adultos entre os 18 e os 30 anos, de forma a partilharem as experiências individuais com outros, com um percurso semelhante/diferente, mas com a mesma ligação com a doença – a insuficiência renal crónica, criou-se um grupo de autoajuda, de funcionamento autónomo, com idealização das suas próprias atividades e de definição de tarefas. Com o apoio da APIR, nasceu o APIR Sub-30, no dia 29 de abril de 2024. É constituído, atualmente, por 11 jovens adultos de diferentes pontos do país, em diferentes fases de tratamento e estádios da doença. Realizaram-se até ao momento cinco sessões online, que decorreram quinzenalmente e onde, após uma breve "ronda" de apresentações, se definiram tarefas, formas de divulgação do grupo e se partilharam dúvidas, dificuldades, conquistas e muito, muito mais. Foram sessões apenas testemunhadas por quem as integra, como tal foi solicitado ao grupo que desse o seu contributo:

"A criação do APIR Sub-30 foi essencial porque, muitas vezes, sentimo-nos sozinhos nesta jornada, e ter alguém que entende realmente o que estamos a passar faz toda a diferença.

A relevância deste grupo vai muito além das nossas reuniões Zoom. Aqui trocamos dicas, falamos sobre como lidar com os tratamentos, partilhamos experiências e histórias que, sem dar por isso, se complementam. É incrível ver como cada um de nós tem algo único a contribuir, seja com um conselho prático ou uma palavra de incentivo. Com este projeto queremos ser aquela voz que te pode ajudar quando tens que tomar decisões difíceis, aquele cantinho onde podes partilhar situações que só insuficientes renais entendem, e aquele ombro amigo que um dia sairá do Zoom para a vida real.

Se tens até 30 anos e estás a lidar com a doença renal crónica, junta-te a nós! Podes encontrar-nos no Instagram em @apir.sub30, onde partilhamos atualizações, eventos e muito mais. Vem ter connosco e descobre como a união pode tornar esta jornada muito mais leve e divertida!"

Os membros APIR Sub-30

Crescer, consolidar e continuar, é tudo o que se deseja para este grupo, para o qual se agradece o testemunho dado sobre a importância da sua criação.

Relativamente à 3.ª ação proposta no plano, a Conferência: "Serviço Social na Saúde: Intervenção na IRC", realizou-se no dia 29 de maio, no ISCTE. Juntaram-se profissionais de saúde, assistentes sociais, docentes, estudantes e doentes, dando voz à APIR, ao grupo APIR Sub-30, à doença e à necessidade de se olhar para a transição pediatria/adultos de uma forma íntegra e integradora, minimizando os impactos que a mesma traz nesta faixa etária (objetivo para colmatar a problemática identificada). Assistiram presencialmente, 16 pessoas e os 9 oradores da conferência, e cerca de 30 online, tendo tido uma avaliação e um feedback bastante positivo (esta informação foi recolhida através de

questionário aos participantes).

No conjunto, as ações propostas correram muito bem, sendo que foram ao encontro dos resultados obtidos no formulário de diagnóstico realizado no estágio do 2.º ano, no qual os respondentes consideram que dois dos benefícios da integração do Serviço Social na APIR são: o de trabalhar de perto com os sócios, percebendo as suas necessidades e intervindo para a sua autonomia; e o de trabalhar colaborativamente e/ou conjuntamente com o Assistente Social do local de tratamento.

Por fim, agradecer a forma como a APIR me integrou nas suas atividades diárias e na abertura para a concretização das ações que propus e concretizei. A APIR e as suas pessoas, a Dra. Marta em particular, foram a "peça" fundamental para o êxito do meu estágio. ■

Susana Gaudêncio

Vamos Viajar Juntos

Tive o prazer de participar neste último "Vamos viajar juntos" e tentarei resumir o que significa este programa.

Este é um programa direcionado para os insuficientes renais e seus acompanhantes, para fazerem férias numa outra clínica, outra cidade, diferente da sua clínica habitual e usufruírem de viagens organizadas e poderem conhecer zonas diferentes.

Este programa teve o seu início no ano 2023, no qual não pude participar, e este ano 2024 já foi a segunda edição do "Vamos viajar juntos", onde participei com muita vontade e expectativa. Com uma organização de extrema eficácia, pelos profissionais da Diaverum, nomeadamente a Dra. Marta Olim, a Enf.ª Catarina e todo um conjunto de profissionais que organizam, que nos acompanham e que nos recebem. Foi tudo muito bem organizado mesmo, sem nada a apontar.

Começámos por ser recebidos com pompa e circunstância, no Domingo abriram a clínica para o nosso grupo, com a presença de vários profissionais da mesma. Fomos recebidos com muito carinho e conhecemos assim o espaço da clínica de Águeda. Foi aqui que realizámos todos os tratamentos durante a semana. Nada a apontar, foi tudo muito bom, incluindo o lanche constituído por duas sandes de pão do dia. Ficámos todos muito agradados com aquele lanche de pão fresco.

Durante esta semana fizemos vários passeios em conjunto, visitando Aveiro, Figueira da Foz, Luso, Buçaco, Coimbra, incluindo o incrível passeio no comboio histórico do Vouga ("Vouguinha") que data de 1902, com museu ferroviário com exposição de várias locomotoras mais antigas.

Sou insuficiente renal em hemodiálise há 12 anos, e posso dizer que nestes últimos 12 anos fiz férias em locais diferentes, em família. Mas esta experiência, de participar no "Vamos viajar juntos" é única! Sentimo-nos parte de um grupo que nos entende, que sente as mesmas coisas, que tem os mesmos problemas, onde se fala de tudo abertamente, onde não há tabus, onde estamos bem acompanhados, onde não temos medo que alguma coisa corra mal, e todos estes fatores dão-nos uma segurança e uma tranquilidade muito diferente de estarmos a viajar sozinhos ou até com as nossas famílias. Isto porque, quando temos um profissional que nos acompanha todos os dias, de noite e de dia, claro que é uma tranquilidade que não tem preço.

Viajámos 32 pessoas, sendo 20 insuficientes renais, em hemodiálise, e outros os seus acompanhantes. É muito

gratificante podermos passar uma semana em conjunto com pessoas que não conhecíamos, mas com os quais temos uma luta comum. Tal como eu costumo dizer: viajar juntos com os nossos amigos da luta pela vida, é muito gratificante, sem dúvida. Poder partilhar experiências, poder desabafar com quem nos entende, poder aprender até uns com os outros, relativamente ao modo de estar na vida, questões relativas à alimentação, à prática de desporto, tipos de tratamento, etc. Saliento que houve tempo e oportunidades para debater quaisquer assuntos.

Após esta experiência, notei que existem muitos amigos meus, amigos desta luta pela vida, que estão nesta situação

há relativamente pouco tempo e que ainda tudo é muito novo para eles. Os seus acompanhantes são de uma dedicação extrema, muito atentos aos seus companheiros, sempre de uma atenção formidável e realmente aguardavam por uma oportunidade como esta para poderem fazer férias juntos e com acompanhamento de profissionais de saúde. Até ao "Vamos viajar juntos" não tinham feito férias realmente, com receio que algo acontecesse e não tivessem assistência. Um bem-haja muito grande a todas as pessoas que são também cuidadoras nesta área, e que assim desempenham um papel principal numa área tão delicada e complexa e de difícil compreensão.

A APIR, a Associação Portuguesa de Insuficiente Renais, também é apoiante desta causa/projeto e também gostaria

de deixar aqui um bem-haja muito grande por abraçarem este projeto, e por continuarem a apoiar. Tendo em conta que os pilares da APIR passam por fazer o melhor pelos insuficientes renais, no sentido de ajuda, proteção, cuidados, deixo a sugestão de que seja um programa ainda mais promovido e divulgado por parte da APIR. Foi nesta viagem que tive maior noção da necessidade de divulgação, todas as ações nas redes sociais continuam a não chegar a muitos dos insuficientes renais devido à dificuldade associada à utilização da tecnologia. A maioria dos participantes neste projeto não tinha conhecimento da existência da APIR e tinham idades maioritariamente superiores a 70 anos, portanto seria mais benéfico que esta divulgação fosse feita

por parte das equipas das clínicas de diálise e/ou também a APIR fazer chegar esta informação a mais insuficientes renais.

No meu ponto de vista, tem de ser um elo de apoio enorme entre equipas e instituições, na divulgação deste e outros programas, para que cheguem a muito mais pessoas, para que seja possível o esclarecimento de dúvidas, a partilha de experiências e chegar à demonstração de interesse ou não por maior número de pessoas.

O meu grande agradecimento a todos os que participaram neste "Vamos Viajar juntos", em especial à Enf.ª Catarina que era apelidada de "um anjo" e "uma santa". Não tenho dúvidas que todos os que participaram no programa ficaram extremamente agradecimentos à Enf.ª Catarina.

Não há palavras para agradecer a esta profissional e ser humano maravilhoso.

Muito mais haveria a dizer acerca de momentos bons e felizes que aconteceram durante esta semana, mas resta-me voltar a agradecer em nome de todos os participantes e aconselhar a todos os insuficientes renais a participar. Para qualquer esclarecimento podem sempre contactar a APIR. No próximo ano, Vamos viajar juntos? ■

Conceição Antunes

Foto-reportagem de Azenha Rocha, direitos reservados,divulgação autorizada

Webinars Temáticos

Desde 2021 que a APIR organiza regularmente webinars temáticos, com assuntos de interesse para o doente renal crónico e cuidadores, contando com a presença de especialistas das mais diversas áreas. Neste momento somamos já mais de 20 palestras neste formato digital, que facilitam o acesso a todos, independentemente do horário e da localização geográfica.

Todos os webinars realizam-se em direto através das plataformas Zoom e Facebook em simultâneo, ficando as respetivas gravações disponíveis para a posteridade.

Neste trimestre realizaram-se três novos webinars:

A 11 de abril, sobre "Sexualidade e Doença Renal Crónica", com os oradores Dr. Pedro Simões Oliveira, médico especialista em Urologia do Serviço de Urologia da Unidade Local de Saúde de Santa Maria e Doutor Caio Rangel, doutorado em Psicologia (FPCEUP e UNESP), Psicoterapeuta de Adultos, Casais e Famílias e que desenvolve investigações com casais no âmbito da Doença Renal Crónica.

A 21 de maio, em colaboração com a ULS Coimbra, a Delegação Centro da APIR organizou um webinar dedicado ao tema "Desporto na Diálise Peritoneal". Com moderação de Matilde Correia, contou com os seguintes oradores: Fisioterapeuta Ana Sofia Barreira, Dr. João Silveira, Assistente Hospitalar de Medicina Física e Reabilitação, Prof.ª Luísa Mesquita, Docente da Faculdade de Ciências do Desporto e Educação Física da Universidade de Coimbra, Dra. Sofia Cerqueira, Assistente Hospitalar de Nefrologia e Rui Veríssimo, doente renal em hemodiálise, atleta e treinador desportivo.

Por último, a 20 de junho, em colaboração com a GlomCon, realizou-se um webinar sobre glomerulopatias, isto é, doenças que afetam os glomérulos (filtros) dos rins (como por exemplo Nefropatia de IgA, Doença de Lesões Mínimas, Glomerulosclerose Segmentar e Focal e Nefropatia Membranosa). Teve como oradoras convidadas a Dra. Joana Gameiro e a Dra. Sofia Homem de Melo Marques, ambas médicas nefrologistas e a Dra. Cristina Martins, médica interna de Nefrologia.

Se não teve oportunidade de assistir, ou gostaria de rever os vídeos, poderá aceder às gravações na nossa página de Facebook (www.facebook.com/apir.org.pt/videos), ou no nosso site em www.apir.org.pt/videos/webinars-tematicos/ ■

Marta Campos

VEJA OU REVEJA OS NOSSOS VÍDEOS

Palestra para alunos do ensino básico

No passado dia 24 de maio a APIR foi novamente convidada para a Escola Secundária Stuart Carvalhais, em Massamá. Este ano o desafio proposto foi de dar uma aula para alunos do 9.º ano de escolaridade sobre a saúde renal e a importância da prevenção, através da adoção desde tenra idade de hábitos saudáveis, quer ao nível da alimentação, do exercício físico e do consumo de água.

Foi uma aula extremamente participada, com a maior parte dos alunos a colocarem várias questões e a expressarem as suas dúvidas e opiniões.

Mais uma vez agradecemos à Prof.ª Maria Quinaz toda a simpatia em nos receber, ano após ano. ■

Marta Campos

Reportagem sobre hemodiálise noturna

LIMPAR O SANGUE À NOITE PARA TRABALHAR DURANTE O DIA

Fui convidada pela revista Notícias Magazine, juntamente com Pedro Pina, a partilhar um pouco da nossa história de vida e dia a dia como insuficientes renais crónicos em programa de hemodiálise, conseguindo manter uma vida ativa e produtiva. Este artigo pretende desmistificar a ideia de que fazer diálise é o mesmo que colocar a vida em espera.

Entrámos muito novos para este mundo da doença renal crónica e cedo enfrentámos a diálise e o transplante.

Atualmente sou designer gráfica e trabalho na APIR. Enfrento a doença desde criança, já passei por dois transplantes malsucedidos, diálise peritoneal, hemodiálise convencional de 4 horas e encontro-me atualmente em hemodiálise noturna. Embora pouco conhecida, esta forma de tratamento traz muitas vantagens. Sendo uma diálise mais longa, é também mais suave e mais eficaz. Permitir aos doentes ter os dias livres e continuar as suas atividades profissionais no dia seguinte.

O Pedro descobriu o seu problema renal aos 18 anos e faz hemodiálise três vezes por semana após o trabalho. Tentou várias formas de tratamento, incluindo diálise noturna e em casa, mas encontrou maior conforto no horário em que se encontra atualmente.

Na reportagem ambos destacámos a importância de continuar a viver de uma forma plena, apesar das várias fases da doença renal crónica. ■

Sónia Cartaxeiro

Evento "Transforme o Paradigma da Saúde"

No Dia Mundial do Médico de Família um enorme bem-haja a todos! A propósito, partilho um pouco da tarde do passado dia 18 de maio: abordar os desafios de viver com Doença Renal Crónica na perspetiva não clínica, na primeira pessoa, para um público especialista em Medicina Geral e Familiar.

Porque importa efetivamente prevenirmos a DRC, que afeta 1 em cada 10 pessoas!

O meu agradecimento à Dra. Noélia Lopez por toda a atenção e disponibilidade, como médica e como organizadora, e à Dra. Marta Neto Campos por todo o apoio e confiança.

Foi muito gratificante partilhar a mesa não clínica, com excelentes intervenções e a partilha de conhecimento da Dra. Gabriela Paim da ULS Lisboa Ocidental - Hospital Santa Cruz, sobre o impacto da DRC para o doente, cuidadores e familiares, e do Professor Eduardo Costa, Presidente da Associação Portuguesa de Economia da Saúde, sobre os custos da DRC para a Sociedade.

E ainda com a excelente condução de entrevistas do Daniel Oliveira, a quem eu não podia deixar de perguntar o que dizem os seus olhos! ■

Sofia Santos

Evento sobre doação renal em vida

O Serviço de Nefrologia e Transplantação Renal da ULS de Santa Maria iniciou um novo projeto intitulado "Doação renal em vida - conversas informais", com o objetivo de informar e esclarecer utentes com doença renal crónica e cidadãos interessados na doação renal em vida sobre o processo de doação. A primeira sessão decorreu no dia 17 de maio e foi amplamente divulgada pela APIR.

Tendo em vista desmistificar medos e divulgar esta modalidade, reuniram-se no mesmo espaço profissionais de saúde, pares de dador-recetor e candidatos a transplante renal. Os profissionais de saúde abordaram os aspetos clínicos e anteciparam algumas das dúvidas mais frequentes que surgem a quem se candidata a esta doação, como por exemplo os exames necessários, quem pode ser dador, riscos associados, etc.

De seguida o "palco" foi dado aos heróis desta história, os dadores e os recetores, que partilharam as suas experiências, os medos e angústias, mas também as superações e a consciência tranquila de que fizeram o melhor para ajudar o seu ente querido a viver uma vida melhor e mais realizada.

Foi um momento único de partilha e de homenagem a quem de forma tão altruísta contribui para a melhoria da qualidade de vida de alguém. A equipa de Nefrologia da ULS de Santa Maria pretende realizar novamente este evento no mês de novembro, altura em que o voltaremos a divulgar para que todos os interessados possam participar. ■

Marta Campos

Cerimónia no Hospital de Santa Cruz

O Hospital de Santa Cruz da ULS de Lisboa Ocidental celebrou no passado dia 17 de junho o 30.º aniversário do programa de transplantação renal com dador vivo.

Foram vários os nomes recordados, desde os falecidos Dr. António Pina e Dr. Acácio Pita Negrão, até outras figuras emblemáticas, como o Dr. Domingos Machado, Dr. Humberto Messias, Dr. António Nogueira, Dr. António Martinho e Enfermeira Serpa Pimentel.

Foi feita uma retrospetiva histórica do programa de transplante renal, com enfoque na evolução médica e tecnológica e desafios passados e futuros.

A homenagem tornou-se especialmente emotiva com o testemunho da primeira dadora, ainda hoje viva e que esteve presente na cerimónia. Anizabel Santos doou um rim à sua irmã em 1994, um ato de enorme coragem e pioneirismo, que a todos comoveu. Inclusivamente chegou a ser necessário escrever ao Primeiro Ministro à época, Aníbal Cavaco Silva, onde declarou que prescindia de qualquer

indemnização caso algo houvesse algum contratempo com a cirurgia ou na recuperação. Outros pares de dadores-recetores partilharam também a sua experiência: José Pereira, que doou à sua esposa Ana Cristina, Ana Fatério, que doou ao marido, e Isabel Maia, que doou à filha Cátia, possibilitando o desejo desta de ser mãe.

Lançado a 16 de junho de 1994, o programa de transplantação renal com dador vivo do Hospital de Santa Cruz foi o primeiro a iniciar-se no Serviço Nacional de Saúde, tendo realizado um total de 275 transplantes até à data e mais de 1700 transplantes no total.

O evento contou com a presença da presidente do Instituto Português do Sangue e da Transplantação, da Coordenadora Nacional de Transplantação, da presidente da Sociedade Portuguesa de Transplantação e do presidente APIR, José Miguel Correia. ■

Marta Campos

ENTREVISTA

Dr. Pedro Ponce

Médico Nefrologista

O Dr. Pedro Ponce licenciou-se em Medicina em 1976, mais tarde obteve as especializações em Nefrologia e Medicina Intensiva. Durante 17 anos foi Diretor do Serviço de Nefrologia e Unidade de Transplantação do Hospital Garcia de Orta. Atualmente é Diretor Médico Nacional da Nephrocare Portugal. Responsável pela edição de seis livros na área da Nefrologia, Urgências e Emergências, Medicina Intensiva e Terapêutica Médica, é também autor de mais de 80 artigos científicos publicados em revistas médicas nacionais e estrangeiras e vencedor de vários prémios de investigação da Sociedade Portuguesa de Nefrologia.

Fale-nos um pouco do seu percurso profissional. O que o levou a estudar Medicina e, mais propriamente, a escolher a especialização em Nefrologia?

É difícil a esta distância explicar o porquê da escolha da Medicina como profissão. Sabia que não queria passar os meus dias num escritório, sentado a uma secretária, queria interagir com as pessoas, conhecer e entender a sua individualidade e complexidade e fazer a diferença nas suas vidas.

Já a escolha da Nefrologia foi bem mais informada. Sendo uma especialidade, era simultaneamente vasta e abrangente, obrigava-nos a saber de toda a Medicina, e efetivamente evoluímos para nos tornarmos os clínicos gerais / médicos de família dos doentes renais, e eu gosto disso. Acresce que, em boa hora, fui muito influenciado pelo Prof. Doutor Adolfo Coelho, meu professor de Medicina no 5.º ano da faculdade.

Quais são hoje os seus principais interesses nesta área?

Pelo que disse acima são diversificados. Escolho a doença renal aguda, as alterações hidroeletrolíticas e, é claro, o tratamento da doença renal crónica. Desde cedo interessei-me pelo que chamámos nefrologia de intervenção que nunca deixei de exercer, na unidade de cuidados intensivos, na prevenção e terapêutica de mal função de acessos vasculares, implantação de cateteres peritoneais, etc.

Considera que hoje em dia Nefrologia é uma área atrativa para um jovem médico?

Como foi no meu tempo, apenas a compensação financeira se tornou menos atrativa, mas essa também não foi nunca a razão da escolha. Cada um de nós médicos tem uma grande responsabilidade em tornar aliciante e inspirador o que fazemos profissionalmente, sem estarmos à espera que nada nem ninguém o faça por nós.

Ao longo da sua carreira, quais foram os principais desenvolvimentos a que teve o prazer de assistir e participar e quais são as principais novidades a que já estamos a assistir hoje em termos de inovação terapêutica?

Porque a carreira vai longa, foram muitos os desenvolvimentos entusiasmantes. No campo do tratamento da doença renal crónica, que mais interessa aos vossos leitores, saliento: a franca melhoria da qualidade e segurança das técnicas dialíticas (diálise com bicarbonato, ultrafiltração controlada, membranas de alto fluxo, avaliação continuada do volume intravascular, otimização da qualidade da água tratada, monitorização online de todo o processo dialítico...), prevenção e tratamento das complicações do acesso vascular, novos medicamentos revolucionários no tratamento da anemia, da doença óssea do doente dialisado, novos medicamentos para a prevenção da rejeição do transplante renal e tratamento de infeções...

Mas a inovação passa também por uma nova atitude no rigor e exigência como escrutinamos toda a qualidade do processo de tratamento, bem como os resultados que obtemos e de que temos de dar conta às autoridades de saúde.

Como pode caracterizar o tratamento de hemodiálise no nosso país?

Da realidade que conheço, penso que a qualidade do tratamento que fornecemos e a cobertura assistencial que proporcionamos em todo o nosso território é exemplar, ao

nível do que melhor se faz. Mas poderá melhorar? Pode com certeza e não temos o direito de ficar satisfeitos com o que já fazemos, o que nos pedem é que melhoremos sempre, e cada vez com menos recursos.

Pode-nos falar um pouco do estudo CONVINCE?

O estudo COVINCE foi um estudo que comparou a mortalidade do doente com doença renal crónica em diálise tratado por hemodiafiltração, com a do doente tratado por hemodiálise de alto fluxo (N. Eng. J. Med. 16 de junho de 2023).

Quer a hemodiafiltração (HDF), quer a hemodiálise (HD) são técnicas aceites como eficazes no tratamento da doença renal crónica necessitando de diálise, sendo a HD a técnica utilizada na maioria das unidades de diálise.

Até ao momento foram já efetuados quatro estudos comparativos entre as duas técnicas, mas por problemas de metodologia científica, três foram inconclusivos e apenas um mostrou uma vantagem da HDF para a sobrevivência dos doentes. Um quinto estudo que englobava todos os registos dos doentes utilizados nos 4 estudos anteriores (uma meta-análise), mostrou igualmente benefício da HDF, mas esta junção de doentes não acautelava o cumprimento da dose de HDF, que, entretanto, se percebera que tem de ser superior a 22 litros de fluido de substituição durante cada tratamento.

Perante estas incertezas foi desenhado o estudo CONVINCE, um estudo pragmático, controlado, prospetivo, aleatorizado, multicêntrico, isto é, um estudo cumprindo as melhores práticas da investigação clínica, para investigar se a HDF de alto volume oferecia vantagens em relação à HD de alto fluxo, sendo esta última a forma mais eficaz de hemodiálise convencional.

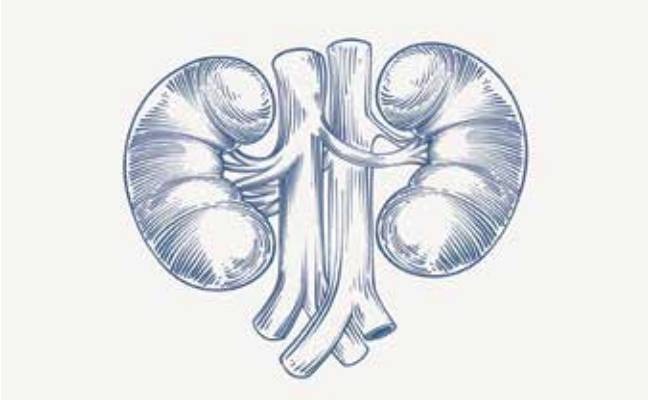
O estudo que decorreu em 61 unidades de diálise em 8 países europeus, entre novembro de 2018 e abril de 2021, utilizou como principal objetivo a mortalidade das duas técnicas. Este estudo foi financiado pela Comissão Europeia de Investigação e Inovação (Horizon 2020) e o seu comité científico, que não integrava elementos com conflitos de interesse financeiros, teve a responsabilidade da interpretação dos dados recolhidos e da preparação do texto do artigo publicado.

Foram avaliados 1360 doentes e finalmente incluídos por "sorteio" (aleatorização) 683 no grupo da HDF de alto volume e 677 na HD de alto fluxo. As características dos doentes incluídos nos dois grupos ficaram muito equilibradas, mas o grupo da HDF, por razões que são inerentes à técnica e dificilmente igualáveis, recebeu uma maior dose de diálise em cada tratamento (medida pelo Kt/V).

O período médio de acompanhamento de cada doente durante o estudo foi de 30 meses. Durante este acompanhamento faleceram 17,3% dos doentes no grupo da HDF e 21,9% do grupo da HD, isto é, o risco de morte (Hazard ratio 0.77) nos doentes a fazerem HDF é 23% mais baixo do que nos doentes a fazerem HD. Este benefício era superior nos doentes não diabéticos e sem doença cardiovascular declarada no início do estudo.

Em conclusão, como se suspeitava, mas tinha de ser provado, a Hemodiafiltração de alto débito é uma técnica mais dispendiosa e exigente na qualidade processual, mas reduz a mortalidade em 23% quando comparada com a hemodiálise de alto fluxo, o que deve ser tido em conta na escolha da melhor modalidade terapêutica para a doença renal crónica necessitando diálise.

Esta é uma boa notícia, já que infelizmente a extensa maioria das intervenções diagnósticas ou terapêuticas de que dispomos para a doença renal crónica em diálise, têm impacto reduzido em indicadores cruciais como é o caso da mortalidade.



Na prática, qual é a diferença entre hemodiálise convencional e hemodiafiltração?

A hemodiálise convencional tem como principal mecanismo depurativo a passagem de solutos de baixo peso molecular (ureia, creatinina, potássio, fósforo...) entre o sangue e a solução dialisante através de um gradiente de concentração, fenómeno este a que se chamou diálise. Esta depuração essencialmente baseada em diálise é condicionada pela dimensão dos poros da membrana e das moléculas que a têm de atravessar. Durante o tratamento de hemodiálise é exercida uma pressão negativa na membrana, que remove por ultrafiltração o volume de líquidos que o doente acumulou entre tratamentos, em média 2 a 5 litros.

Já a hemodiafiltração, para além deste fenómeno de diálise baseado no gradiente das concentrações de solutos, tem como principal mecanismo depurativo uma ultrafiltração de alto volume, que pode remover até 25 litros de volume em cada tratamento, arrastando consigo moléculas de maior dimensão, também elas tóxicas para o corpo humano. O monitor de diálise repõe volume idêntico de solução dialisante (o chamado volume de substituição) produzida pelo próprio monitor de diálise, descontando apenas os tais 2 a 5 litros que devem ser eliminados como na diálise. A junção destes dois mecanismos de depuração (diálise+ultrafiltração) de grande volume maximizam a capacidade da membrana depurar o soro do doente de moléculas tóxicas de baixo peso e outras mais volumosas.

Existem estatísticas de utilização da hemodiafiltração no nosso país?

A Sociedade Portuguesa de Nefrologia, no seu registo anual, vai atualizando a percentagem de doentes a serem tratados

por hemodiafiltração. Na NephroCare Portugal, já há cerca de 15 anos a hemodiafiltração online é a modalidade standard para todos os doentes, excluindo-se alguns casos em que o nefrologista assistente optou por hemodiálise convencional, o que faz com que mais de 90% dos nossos doentes sejam tratados por hemodiafiltração, com um volume médio de substituição superior a 21 litros por tratamento.

Considera que este estudo poderá/deverá ter implicações práticas imediatas ou a médio prazo?

É difícil de dizer. Até que surjam novas evidências científicas, a hemodiafiltração passou a ser o "gold standard", isto é, a modalidade terapêutica de eleição no tratamento dialítico da doença renal crónica. No entanto, a melhor modalidade terapêutica do mundo não é substituta para bons cuidados médicos e de enfermagem no sentido holístico do termo, pelo que não prevejo no futuro próximo o desaparecimento da diálise convencional.

Na sua opinião, de que forma a inteligência artificial se pode interligar com a Nefrologia?

A Inteligência artificial (IA) é já o presente da nossa atividade assistencial quotidiana. Na NephroCare Portugal utilizamos já há anos algoritmos patenteados de inteligência artificial no tratamento da anemia, na previsão prognóstica de cada doente, na previsão do risco de falência do acesso vascular, no controlo de qualidade de cada unidade.

O volume de aplicações de IA para análise de resultados, diagnóstico de intercorrências e prescrição terapêutica vão inundar o nosso armamentário, o desafio será controlar esta inovação, fazermos a análise crítica do seu rigor e valor acrescentado e começarmos desde já a debater os limites da autonomia da IA, a atribuição de responsabilidades pelas suas recomendações e as consequências práticas duma nova relação médico-doente.

De que forma vê a Nefrologia do futuro?

Vejo o futuro da Nefrologia com otimismo, deslumbrado pela velocidade excessiva da nova informação, evolução já não tão rápida do conhecimento e ainda demasiado lenta do seu impacto positivo na vida dos nossos doentes.

Qualquer previsão do futuro erra sempre por não conseguir prever avanços disruptivos do conhecimento e da técnica, que com mais ou menos sobressaltos acabarão sempre por se saldar em benefício para os doentes e para os profissionais que os aplicam.

Agradecemos ao Dr. Pedro Ponce a amabilidade em nos conceder esta entrevista. ■

SE PRETENDER ADQUIRIR O LIVRO, CONTACTE-NOS POR APIR@APIR.ORG.PT OU 218 371 654.

O LIVRO TEM O CUSTO DE 15€ E JÁ INCLUI PORTES.

Dados da Doação e Transplantação de Órgãos

No passado dia 21 de maio foram apresentados os dados estatísticos da atividade nacional de doação e transplantação de órgãos em Portugal de 2023.

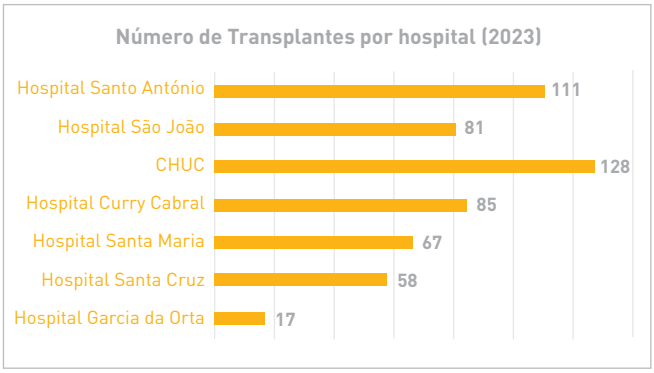
Em geral verificou-se um recorde histórico na taxa de doação, com uma taxa de crescimento do dador falecido de 17,9% e do dador vivo de 23,7%. Verificou-se um aumento do número de órgãos colhidos e transplantados em todos os tipos de transplante e um número recorde de número de transplantes de pulmão e rim.

As causas de morte, no dador falecido, foram em 21,6% dos casos por traumatismo cranioencefálico (37% por acidente de viação) e 78,4% dos casos por doença médica (69% por acidente vascular cerebral).

O Programa Nacional de Doação Renal Cruzada permitiu em 2023 a realização de dois cruzamentos duplos e um cruzamento quádruplo, realizando-se assim 8 transplantes no total. Inscreveram-se ainda neste programa 19 novos pares e 2 dadores não dirigidos.

No total realizaram-se 547 transplantes (um aumento em relação aos 495 do ano anterior), dos quais 71 de dador vivo (aumento em relação aos 58 do ano anterior).

No gráfico seguinte pode consultar o número de transplantes realizados em cada hospital. ■



Fonte: ipst.pt

Programa Fly Back da Diaverum

Os doentes em diálise que aguardam um transplante renal encontram-se constantemente em modo de "alerta", sempre na esperança de que o telefone toque a qualquer momento com a notícia de que há um rim compatível para si. Sabem que terão que se dirigir com brevidade à unidade hospitalar, pois quanto mais depressa se realizar a cirurgia maiores são as probabilidades de sucesso.

Por esse motivo, muitas vezes inibem-se de viajar, com receio de não conseguirem voltar a tempo da cirurgia ou pelos custos acrescidos de alterações de bilhetes.

Por esse motivo, a Diaverum lançou um programa a nível europeu denominado «d.HOLIDAY Fly Back Programme». Este programa permite que um doente que seja chamado para transplante renal enquanto se encontra em viagem fora da sua residência

habitual (em férias, trabalho ou outra situação) seja prontamente recambiado para o seu país de origem, a fim de ser submetido a esta intervenção cirúrgica.

Este programa está disponível para todos os doentes que reservem a sua diálise de férias numa clínica Diaverum europeia através do site d.HOLIDAY. Caso seja efetivamente chamado para transplante, existem duas opções:

- A Diaverum reserva um lugar no primeiro voo disponível de regresso e trata do transporte
- O doente organiza a sua própria viagem, sendo posteriormente reembolsado pela Diaverum (consultar condições de reembolso)

Assim, o doente regressa a casa, de forma rápida e confortável e sem custos para si. Com este programa a Diaverum espera promover um estilo de vida mais pleno e realizado. ■

Fonte: https://d.holiday/en/diaverum-d--holiday-fly-back-programme

Transplante renal duplo no Hospital de Santa Maria

O Hospital de Santa Maria realizou no dia 24 de maio um transplante renal duplo, ou seja, os dois rins do mesmo dador foram transplantados para um só recetor. A cirurgia em causa é pouco comum e implica uma maior complexidade técnica.

Tentámos perceber o motivo que conduziu à opção de utilizar os dois rins numa pessoa só e o Dr. João Albuquerque Gonçalves, médico nefrologista da ULS de Santa Maria disponibilizou-se para esclarecer em que circunstâncias esta situação pode acontecer e que, no fundo, permite a rentabilização dos órgãos disponíveis, que de outra forma seriam perdidos.

"Respondendo a algumas dúvidas e enquanto médico nefrologista esclareço que, por vezes, por algum motivo, científico e comprovado, um rim sozinho pode não ser adequado para um transplante renal.

Desta forma seria desperdiçado.

Esta técnica permite aproveitar os dois rins do dador para um recetor.

Ou seja, nem sempre os dadores são ideais ou perfeitos. Por exemplo, os critérios expandidos para doação permitem exatamente aproveitar rins de alguns dadores que antigamente não se consideravam.

Um transplante renal em bloco, onde dois rins de um dador são transplantados para um único recetor, é realizado em situações específicas, por exemplo: rins de dadores pediátricos ou pequenos; se os rins individuais não puderem fornecer a função necessária sozinhos.

Na verdade, em situações onde um rim sozinho não seria viável para transplante num adulto devido ao tamanho ou função, usar ambos os rins evita a perda de órgãos potencialmente utilizáveis."

Maria Sá

Antes de começar o meu testemunho propriamente dito, convém contextualizar que sou portadora da Síndrome de Senior-Loken. Trata-se, resumidamente, de uma mutação genética muito rara que afeta essencialmente os olhos e os rins.

Assim, nasci cega, e comecei logo a ser acompanhada por um médico oftalmologista/geneticista, em Coimbra, pela consulta de Pediatria de Desenvolvimento do SNS e por um pediatra amigo da família. Portanto, acompanhamento médico não faltou.

Apesar de até então a doença só ter afetado a parte oftalmológica, era necessário vigiar os rins, pois sabia-se que, a qualquer momento, podiam dar sinal. Com cerca de 6 anos fiz os exames de vigilância, a pedido do oftalmologista, que revelaram apenas a presença de quistos. De resto, nas palavras do médico, tudo normal.

Paralelamente, nas consultas de Pediatria, tanto a minha altura como o peso estavam consideravelmente baixos para a idade. Comer era um pesadelo. Até que um dia, numa dessas consultas, o médico me disse: "Ou começas a comer, ou vais levar picas todos os meses".

Dito e feito. Não era todos os meses, mas mais ou menos de 4 em 4 meses lá ia eu fazer análises, para ouvir sempre o mesmo dos dois pediatras: a anemia estava a agravar.

Creatinina, ureia, potássio? Aparentemente esses conceitos eram desconhecidos para os meus dois pediatras, que nunca equacionaram, sequer, que os meus rins estivessem a falhar, mesmo conhecendo a síndrome. Cheguei, inclusive, a ir a uma consulta de Pedopsiquiatria, por recomendação da médica do SNS, que achava que podia ter anorexia.

Andámos nisto cerca de 2 anos, até que, no final do verão de 2011, e depois de ter feito mais umas análises e de ouvir a mesma lengalenga do pediatra, que sugeriu inclusive aos meus pais que me levassem à urgência e pedissem uma transfusão de sangue, fomos a casa da outra pediatra, que me mandou tomar mais 15 dias de ferro, estando eu super-intoxicada de tudo e mais alguma coisa. Mas, lembremo-nos, só a anemia importava, porque eu não comia e a culpa era inteiramente minha. Nesse dia, ao voltar para casa, lembro-me de me sentir completamente desorientada, quase sem noção da realidade.

Acontece que nessa altura a minha mãe tinha uma cirurgia marcada e pediu à médica para fazer novas análises, pois não ia descansada comigo assim. Na segunda-feira seguinte (primeiro dia de aulas do meu 4.º ano) fiz essas análises de manhã cedo e, no fim das aulas, o meu pai foi buscar-me e só me disse que estavam à nossa espera, de urgência, no Hospital Maria Pia. O que é que passou pela cabeça da médica nesse dia para de repente me mandar para lá? Nunca saberemos.

Quando lá chegámos, estava uma equipa de médicos de várias especialidades à minha espera, para perceber, afinal, o que se passava com a anemia misteriosa. Surpresa? Olharam para as análises e diagnosticaram-me em

5 segundos: insuficiência renal crónica terminal: "A sua filha precisa de um transplante".

Fui internada e comecei a fazer hemodiálise no dia seguinte. Acredito que uma das vantagens de ser diagnosticada em criança é que levamos as coisas de forma leve, pois nem nos apercebemos de nada.

Fui transplantada a 16 de maio de 2013, em Coimbra. Esperei um ano pelo transplante.

Hoje levo uma vida absolutamente normal. Estou consciente da minha doença, mas não deixo que ela me limite. Não penso no dia em que o rim falhar, mas quero aproveitar toda a liberdade que ele me dá. E é muita! ■

Maria Sá

As estações do ano e o rim

Apesar de à primeira vista parecer não existir relação entre as estações do ano e a doença renal, a verdade é que existe cada vez mais evidência de terem impacto na evolução da doença renal. A sua importância é naturalmente maior em pessoas já com doença renal prévia, dado a própria doença renal ser um fator de risco para o agravamento da função dos rins.

É expectável existirem implicações na saúde humana devido às alterações climáticas, em particular em doentes com doença renal crónica. Como exemplo, a temperatura elevada aumenta o risco de desidratação e agravamento da função renal. Na realidade parece existir uma relação direta entre exposição a temperaturas mais elevadas e um declínio mais rápido da função renal. Estudos mostraram que nos dias seguintes à função renal agravar ocorre habitualmente melhoria da função renal, seguida de uma deterioração durante os meses seguintes. Tal realça a importância de ter em conta medidas que mitiguem o efeito da exposição ao calor, em particular em grupos de risco, tais como homens, idosos e pessoas já com doença renal. As medidas incluem manter uma hidratação eficaz, evitar a exposição direta ao sol durante as horas mais quentes, utilizar protetor solar, usar roupas leves e frescas incluindo proteção para a cabeça e os olhos, descansar regularmente, evitar bebidas com cafeína, sal e álcool e evitar o consumo de medicamentos anti-inflamatórios não esteroides (ex.: celecoxib, diclofenac, etoricoxib, ibuprofeno, indometacina, naproxeno, nimesulida). É também importante não ignorar uma eventual sensação de tontura, cansaço e batimento cardíaco rápido ou irregular.

Os locais com temperatura ambiente mais elevada encontram-se associados a maior número de infeções do trato urinário, idas à urgência, internamentos devido a cálculos renais (nefrolitíase) e episódios de agravamento abrupto da função renal (lesão renal aguda). Estudos comparando vários países revelaram ser frequente existir maior incidência e prevalência de doença renal crónica em regiões com temperaturas mais elevadas. Tal verifica-se não apenas em regiões nas quais se sabe existir um maior risco de doença renal (ex.: América Central e sul da Ásia) mas também noutras regiões do planeta. O agravamento da função renal devido a exposição a temperaturas elevadas pode ocorrer não apenas em contexto ocupacional (ex.: militares, trabalhadores rurais) mas também em contexto recreativo (ex.: maratonistas). O risco é menor em locais mais amenos, tais como regiões montanhosas e em pessoas que se hidratem com soluções de reidratação oral. Por outro lado, o risco é maior quanto maior for a intensidade do exercício físico e a duração da exposição a temperaturas elevadas.

Considera-se que o agravamento da função renal em situação de exposição a temperatura elevada ocorre devido a uma combinação de diminuição reversível da quantidade de sangue que irriga o rim, ou seja, diminuição do débito de sangue renal e a uma perda irreversível do número de nefrónios funcionantes. O nefrónio é a estrutura microscópica do rim que, além de produzir urina, elimina substâncias do metabolismo do sangue, segrega hormonas, mantém o equilíbrio hidroeletrolítico e ácido-base e regula a pressão arterial e a quantidade de líquidos no corpo humano. Por este motivo o nefrónio é considerado a unidade funcional do rim e o rim tem várias centenas de milhares de nefrónios.

Na realidade, em várias doenças existe um padrão sazonal, seja na sua forma de apresentação inicial ou durante a sua evolução. Em climas moderados, é mais frequente ocorrer no inverno sépsis, pneumonia, insuficiência cardíaca, enfarte agudo do miocárdio e morte súbita cardíaca. É também mais frequente nesta estação pessoas com diabetes terem a doença menos bem controlada (ex.: níveis mais elevados de hemoglobina A1c), ser diagnosticada uma doença chamada vasculite associada a anticorpos citoplasmáticos anti-neutrófilo e, em pessoas com doença inflamatória intestinal, ocorrer agravamento da sua doença. A própria pressão arterial também varia durante o ano, sendo frequentemente mais elevada nos meses mais frios e mais reduzida nos meses mais quentes. De salientar que

existe maior risco de lesão renal aguda não apenas nos meses mais quentes, mas também nos meses mais frios, nos quais as doenças acima indicadas são mais frequentes. Neste contexto é compreensível a importância de medidas que previnam a ocorrência de lesão renal aguda também nos meses mais frios, tal como a vacinação contra a gripe (vírus Influenza), COVID-19 (vírus SARS-CoV-2) e pneumonia (bactéria *Streptococcus pneumoniae*).

Nas estações do ano nas quais seja possível nadar é importante que os doentes em diálise tenham cuidado com o acesso, seja o acesso vascular de hemodiálise ou o cateter de diálise peritoneal. Considera-se que o risco de infeções é menor no mar e em piscinas tratadas com cloro do que em charcos, lagos e rios. Enquanto que os doentes em hemodiálise que tenham cateter venoso central não devem nadar devido ao risco de infeção, os doentes em hemodiálise que tenham fístula arteriovenosa ou prótese podem nadar, mas devem lavar bem o acesso após saírem da água. Em doentes em diálise peritoneal, é importante antes de nadar o cateter ser coberto e fixado, de modo a permanecer seco e a evitar ser mobilizado. Ao sair da água, o orifício do cateter de diálise peritoneal deve ser limpo e seco.

Importa salientar que as recomendações indicadas neste texto não devem desmotivar uma pessoa com doença renal de sair de casa e realizar atividade física regular. Pelo contrário, é importante para a saúde física e psicológica poder sair, manter vida social ativa e realizar atividades variadas incluindo exercício físico. Ou seja, o ideal é tentar conciliar as recomendações com as várias atividades habituais da vida diária de modo a que a qualidade de vida seja afetada o mínimo possível pela doença renal.

Concluindo, as estações do ano têm impacto não apenas no risco e evolução da doença renal, mas também no dia a dia das pessoas com esta doença. No entanto, existe cada vez mais conhecimento e informação sobre os cuidados a ter em cada época do ano, de modo a que a pessoa com doença renal possa manter a sua qualidade de vida. ■

Dr. Miguel Bigotte Vieira
Médico Nefrologista

Soluções Alternativas no Controlo da Dor durante a Sessão de Hemodiálise

Os doentes renais crónicos em hemodiálise (HD) dispensam uma parte significativa do seu tempo nos tratamentos depurativos, sendo que, frequentemente, referem dor ao longo da sessão, o que afeta o seu bem-estar e a sua qualidade de vida. Posto isto, este desconforto deve ser valorizado, sendo que, além da dor associada ao tratamento, por exemplo, fadiga, hipotensão intradialítica, cãibras, tonturas, cefaleias, dor na punção do acesso vascular (AV) e dor lombar; uma grande percentagem destes doentes apresenta dor crónica associada às comorbilidades, incluindo dor músculo-esquelética, neuropática e dor vascular periférica.

Neste sentido, para promover a partilha de evidência científica, com foco na melhoria da qualidade dos cuidados na gestão da dor no doente renal crónico durante a sessão de HD, elaborando uma revisão de literatura, foram analisados vários artigos que descrevem as intervenções farmacológicas e não farmacológicas para o alívio e controlo da dor no doente em HD. Deste modo, de seguida, pretendo descrever várias técnicas para a gestão da dor que podem ser implementadas na sala de HD para melhorar a qualidade de vida desta população vulnerável e de alto risco.

1. Os exercícios de alongamento dos músculos dos membros inferiores realizados durante a HD otimizam a síntese e diminuem o catabolismo de proteínas musculares, o que ajuda ao alívio da dor provocada pelas cãibras musculares, que afetam os membros inferiores (mais comummente os pés), os membros superiores (mãos e dedos) e os músculos abdominais, provocando dor intensa. Alongar um músculo profilaticamente pode reduzir o risco de desenvolver cãibras musculares, promovendo um alívio significativo da dor e aumento do conforto.

2. A distração, uma das mais antigas intervenções psicológicas, tem como objetivo desviar a concentração do estímulo doloroso, o que pode reduzir o medo, a ansiedade e a intensidade da dor.

- A distração visual controla os estímulos dolorosos, induzindo no

utente a ideia de que a dor não é um sentimento completamente autónomo e pode ser controlado cognitivamente. Assim, propõe-se a exibição de um vídeo com imagens relaxantes da natureza (ex: mar, floresta, animais, etc.) cerca de 5 minutos antes de iniciar a HD.

- A música, como distração auditiva, pode desviar a atenção, reduzindo estímulos desagradáveis e controlando os sintomas psicológicos como stress, ansiedade e dor. Além disso, a música aumenta os níveis de endorfinas e adrenalina no corpo e pode aumentar a sensação de bem-estar. Deste modo, propõe-se,

antes de iniciar o tratamento, ouvir música relaxante e sons selecionados da natureza nos seus auscultadores, como, por exemplo, um rio a fluir, pássaros a cantar, o vento a soprar, barulho do mar, entre outros.

A literatura disponível evidencia que os doentes renais crónicos em HD estão expostos a stress frequente e a dor causada por, aproximadamente, 300 punções do seu AV por ano. Essa dor recorrente pode levar a depressão, diminuição da qualidade da vida e da adesão ao tratamento. Estima-se que cerca de 57% a 61% dos doentes hemodialisados apresentam dor moderada/intensa na canulação do AV. Neste sentido, seguidamente apresentam-se diversas estratégias comprovadas que ajudam a diminuir a dor durante a canulação do AV, nomeadamente através de otimização da técnica de punção, utilização

de terapias complementares e de anestésicos locais.

1. Constatou-se que, ao praticar a técnica de punção em escada ou botoeira, com bisel para baixo, utilizando agulhas frias e realizando compressão na zona anterior à punção, se reduz significativamente a dor na canulação do AV.

2. Também se confirmou que a aplicação de compressas frias ou quentes em zona contralateral à punção, distração, aromaterapia, crioterapia (sobretudo no ponto Hegu), musicoterapia e electroestimulação ajudam a controlar a ansiedade e a dor sem efeitos secundários associados, bem como não implicam nenhum custo adicional significativo.

3. Além disso, os anestésicos locais, como a aplicação tópica de creme/gel (ex: EMLA), autocolantes, injeções subcutâneas ou spray de produtos com lidocaína/prilocaína, contribuem para a redução considerável de perceção da dor neste procedimento, mas com custos mais elevados.

4. Aplicação de crioterapia (cubos de gelo) na mão contralateral ao acesso vascular, entre o indicador e o polegar.

5. Uso de um espelho, durante 10 minutos, em que o doente visualiza a mão em que não tem o AV (distanciado 30 cm), o que ajuda a desviar a atenção (distrair) e, ao mesmo tempo, alivia a dor relacionada com a inserção de agulha.

6. A aromaterapia e massagem de aromaterapia também, recentemente, ganharam popularidade no que diz respeito ao controlo da dor. A administração de óleos essenciais com massagem está associada à rápida absorção através da pele para a corrente sanguínea (em 10-30 minutos), sendo uma técnica não invasiva, barata e relaxante. Os óleos utilizados na massagem de aromaterapia podem reduzir a dor aguda pela pressão e sensação de frio na pele, bem como pelo seu aroma agradável.

Entre esses óleos, o óleo de lavanda proporciona o controlo da dor aguda, bem como efeitos sedativos e anestésicos locais e o óleo da árvore do chá reduz os problemas de pele. Os estudos evidenciam que o uso tópico de mentol e alecrim, aplicados três vezes por dia, reduz a intensidade da dor nos membros inferiores durante a sessão de HD.

7. A técnica de relaxamento de Benson (TRB), descrita nos EUA pelo médico de Harvard, Herbert Benson, na década de 1970, é uma técnica que aborda múltiplos sinais e sintomas físicos e psicológicos, o que resulta no alívio da dor e diminuição do stress, e que foi praticada na sala de HD com resultados favoráveis. O ensino da mesma deve ser realizado

antes da sessão de HD, durante um tempo prolongado, e incluir os seguintes passos:

- Primeira parte: respiração profunda, usando a seguinte técnica de respiração: inspirar em 3; parar a respiração em inspiração profunda em 3, e expirar em 4, repetindo este processo durante 5 minutos;
- Segunda parte: atenção plena, concentrando-se numa palavra à escolha por 10 minutos e redirecionando o foco quando distraído;
- Terceira parte: assistir a um vídeo sobre a execução da TRB por 10 minutos;
- Quarta parte: realização da TRB com a presença do intervencionista para garantir que todos os participantes adquiriram capacidade suficiente para realizar a técnica durante 10 minutos.

De acordo com os autores, a TRB é um tratamento alternativo conveniente e económico para diminuir os níveis da dor e stress.

8. O Reiki é uma intervenção relaxante, passiva e não invasiva, que também já se praticou na sala de HD, constatando-se que consiste num complemento promissor e holístico para o alívio da dor, sem efeitos colaterais e bastante apreciado pelos doentes renais crónicos, mas com necessidade de formação adicional para que as pessoas o possam praticar.

9. O yoga e a meditação são técnicas de relaxamento que podem ser praticadas durante a sessão de HD para reduzir a dor e controlar a ansiedade, além de deverem ser praticadas no domicílio com frequência para otimização do seu efeito. A meditação é uma forma de concentração profunda que permite relaxar e pode ser usada como uma forte ferramenta para o desenvolvimento pessoal. As pessoas que têm por hábito meditar (5-10 minutos por dia são suficientes) tornam-se mais calmas, mais carinhosas, menos stressadas, com menor tendência para a depressão e maior resistência às doenças.

Acrescenta-se que, para alcançar os resultados baseados na evidência científica, os utentes devem ser informados, de modo a poderem aplicar a estratégia mais adequada a cada um e à sua realidade cultural ou, eventualmente, combinar várias estratégias em simultâneo. Além disso, o uso de cada uma das estratégias pode depender de diversas circunstâncias: algumas técnicas necessitam de formação acrescida e de experiência dos enfermeiros, outras dependem da sua praticabilidade ou custos, bem como das preferências dos utentes. ■

Enf.ª Oksana Yurko
Enfermeira de Diálise
Hospital de Santa Maria

Dr. Tiago Carvalho
Nefrologista
Hospital de Santa Cruz

CONTRIBUA COM 0,5%
>>> DO SEU IRS PARA A
APIR Associação Portuguesa de Insuficientes Renais
>>> NIF: 500 818 924

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.

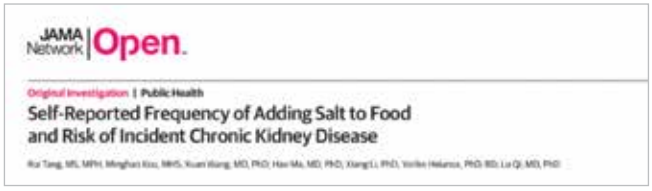
Para esta edição, selecionei um artigo publicado em dezembro de 2023 na revista JAMA Network Open, no qual foi estudada a associação entre o consumo de sal e o risco de vir a desenvolver doença renal crónica numa amostra populacional de grande dimensão e utilizando uma metodologia inovadora para aferir o consumo habitual de sal.

A associação entre o consumo de sal e o desenvolvimento de hipertensão arterial, um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento e progressão da doença renal crónica (DRC), está bem estabelecida. Desta forma, a redução do consumo de sal é uma medida amplamente aceite para o tratamento da hipertensão arterial e para atrasar a progressão da DRC.

Contudo, se o consumo de sal *per se* associa a maior risco de vir a desenvolver DRC no futuro não está tão bem estabelecido. Com efeito, a maioria dos estudos que investigaram esta relação incluíram indivíduos com o diagnóstico já conhecido de hipertensão arterial ou de outras doenças crónicas e, por outro lado, utilizaram um método para aferir o consumo de sal – a quantificação de sal excretado numa colheita de urina de 24 horas – que reflete apenas o consumo de um dia e pode não estimar adequadamente o consumo habitual de sal, uma vez que este varia de dia para dia. Talvez por estes motivos, os resultados encontrados têm sido pouco consistentes, por vezes sem qualquer associação encontrada e, inclusivamente, com associação negativa entre o consumo de sal e o risco de desenvolver DRC, o que parece contraintuitivo.

Os autores do artigo que trago a esta edição da Nefrâmea, publicado em dezembro de 2023 na revista *JAMA Network Open*, procuraram contornar estas limitações realizando um grande estudo de base populacional, com uma amostra de população geral e utilizando como método de quantificação do consumo de sal a frequência autodeclarada de adicionar sal à comida. Este hábito alimentar reflete a preferência do indivíduo por comida salgada e, apesar de semiquantitativo, tem o potencial de refletir melhor o consumo continuado de sal a longo prazo. Com efeito, já foi demonstrada a sua associação com o risco de desenvolver doenças cardiovasculares e com o risco de morte.

Frequência Autodeclarada de Adicionar Sal à Comida e Risco de Doença Renal Crónica


JAMA Network | Open.

Original Investigation | Public Health

Self-Reported Frequency of Adding Salt to Food and Risk of Incident Chronic Kidney Disease

Os autores realizaram um estudo prospetivo, incluindo mais de 465.000 indivíduos residentes no Reino Unido, recrutados entre 2006 e 2010, com idade compreendida entre os 37 e os 73 anos, sem DRC conhecida, e acompanharam-nos por mais de uma década (em média, 12 anos). No início do estudo, os participantes preencheram um questionário, no qual, entre outras coisas, lhes era perguntado com que frequência adicionavam sal à comida na mesa (isto é, excluindo o sal adicionado durante a confeção da comida), sendo as hipóteses de resposta "nunca/raramente", "às vezes", "frequentemente", "sempre" ou "prefiro não responder".

Durante o período do estudo, mais de 22.000 participantes (cerca de 5%) vieram a desenvolver DRC e o risco foi tanto maior quando maior a frequência autodeclarada de adicionar sal à comida. Comparando com os indivíduos que declararam nunca ou raramente adicionar sal à comida, mesmo os que declaram fazê-lo apenas "às vezes" apresentaram risco de desenvolver DRC 7% superior. Já os participantes que declararam adicionar frequentemente sal à comida apresentaram risco de desenvolver DRC 12% superior e os que declararam adicionar sempre sal à comida tiveram um risco 29% superior.

A análise dos vários grupos revelou que as pessoas que adicionavam sal à comida mais frequentemente eram, genericamente e logo no início do estudo, menos saudáveis – mais obesas, mais frequentemente fumadoras, com diabetes e doença cardiovascular – e apresentavam, em média, pior condição socioeconómica. Contudo, mesmo após ajustar a análise para estas e outras variáveis (incluindo etnia, índice de condição socioeconómica, índice de massa corporal, função renal no início do estudo, tabagismo, consumo de álcool, nível de atividade física, nível de colesterol, diabetes, hipertensão, utilização de medicamentos nefrotóxicos e doenças cardiovasculares, infeciosas e imunológicas), a associação entre a frequência do hábito de adicionar sal à comida e o risco de desenvolver DRC manteve-se, embora de forma menos acentuada, revelando-se 2% superior para os participantes que declararam fazê-lo "às vezes", 5% para os que declararam fazê-lo "frequentemente" e 6% para os que declararam fazê-lo "sempre", comparativamente aos que declararam "nunca ou raramente" adicionar sal à comida. Esta associação foi ainda mais acentuada no grupo de participantes com melhor função renal à partida. Por outro lado, os participantes que tinham o hábito de praticar exercício físico pareceram estar, de alguma forma, "protegidos" do efeito negativo de adicionar sal à comida, uma vez que neste subgrupo a associação não se manteve. Adicionalmente, os autores demonstraram que a associação se mantinha tanto para homens como para mulheres e tanto para jovens como para idosos. Por fim, outro dado muito relevante, e que traduz a robustez dos resultados, é o facto de a associação entre a

frequência do hábito de adicionar sal à comida e o risco de desenvolver DRC se manter positiva mesmo nos indivíduos que não eram hipertensos no início do estudo. O mesmo aconteceu para aqueles que não tinham diabetes e que não tinham doença cardiovascular conhecida.

Qual a importância deste estudo?

O consumo de sal, por si só, independentemente da pressão arterial, desencadeia uma série de efeitos negativos no organismo, entre eles a ativação de mecanismos pró-inflamatórios e oxidativos, estimulação de algumas vias hormonais responsáveis pela regulação da pressão arterial e aumento da rigidez das paredes das artérias, todos eles associados ao desenvolvimento de DRC.

Contudo, até à data, muito poucos estudos tinham investigado a associação entre o consumo de sal a longo prazo e o risco de desenvolver DRC a nível populacional e os que o tinham feito encontraram resultados pouco consistentes. Com este trabalho, os autores demonstraram que, na população em geral e em indivíduos sem DRC à partida, o hábito de adicionar sal à comida na mesa se associa a um maior risco de desenvolver DRC, independentemente de fatores socioeconómicos, outros hábitos de estilo de vida e de outros fatores de risco bem conhecidos para o desenvolvimento de DRC. Para além da amostra com mais de 450.000 participantes e do longo tempo de seguimento (mais de uma década), no meu entender, o principal ponto forte do estudo foi o método inovador utilizado para avaliar o consumo de sal. Apesar de ser um método apenas semiquantitativo e de poder traduzir, tão somente, um estilo de vida menos saudável, comparativamente ao método clássico de medir a concentração de sal na urina recolhida em 24 horas ou aos inquéritos alimentares, está menos sujeito a ser influenciado pelas variações diárias no consumo de sal e representa melhor a preferência global das pessoas por comida salgada. Com efeito, os mesmos autores já tinham demonstrado previamente a validade deste método como indicador fiável do consumo regular de sal. Possivelmente por esta razão, ao contrário de estudos anteriores, este estudo encontrou uma associação robusta.

Em conclusão, este estudo vem suportar a evicção do hábito de adicionar sal à comida como estratégia não apenas para tratar a hipertensão arterial e atrasar a progressão da DRC, mas também para prevenir o desenvolvimento de DRC. No contexto atual, em que a prevalência da DRC tem vindo a aumentar e que se estima que será a quinta causa de morte em 2040, este estudo fornece evidência científica para que sejam tomadas (mais) medidas a nível populacional que promovam a redução do consumo de sal. ■

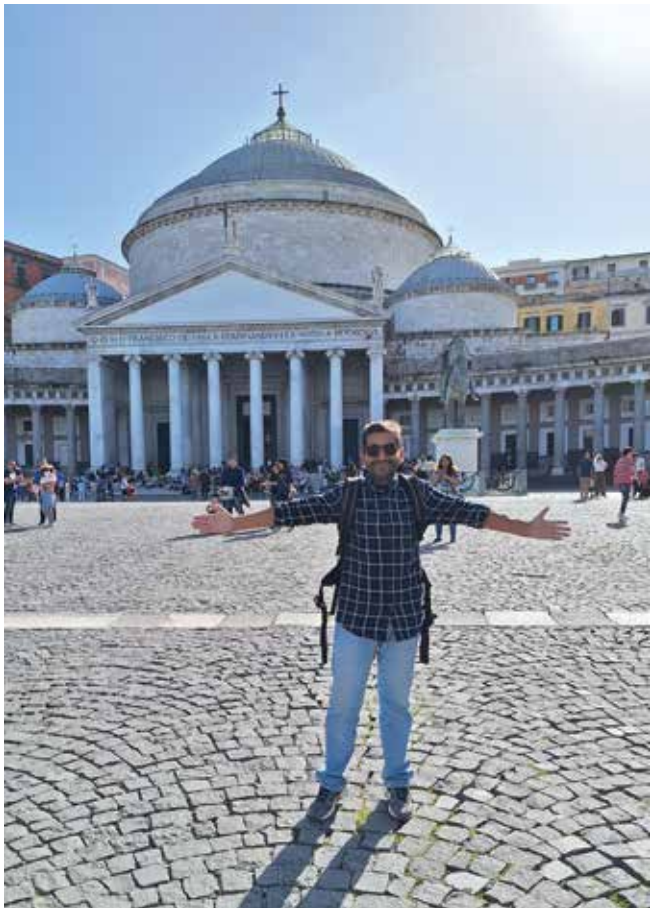
Dr. Mário Raimundo
Médico Nefrologista

IRC EM VIAGEM

Nápoles

Alguém que recebe a notícia de que a sua vida passará a depender de hemodiálise tem de lidar com um processo, por vezes longo, de perda da sua própria liberdade em troca da sua sobrevivência. A liberdade, ou a possibilidade de exercer o livre arbítrio de tomarmos as decisões por nós, fica condicionada a partir do momento em que a linha entre a vida e a morte é assegurada por um acesso vascular e dependente de uma equipa multidisciplinar e da disponibilidade de algo tão basilar na nossa vida como sejam a energia elétrica e a água.

Quanto maior o peso que carregamos no momento em que iniciamos a hemodiálise, mais difícil será lidar com este processo, porque ao longo da nossa vida damos por adquirido a liberdade de comer o que gostamos, de ir aonde queremos ir, enfim, de podermos ser quem queremos ser. Uma criança adolescente que começa



hemodiálise, para além de lidar com tudo o que um adolescente tem de lidar, tem também de fazer o seu processo de adaptação.

No meu caso, percebi que, desde que o meu pensamento fosse livre, seria sempre livre, tendo conseguido encontrar, primeiro, a minha própria liberdade nas 4 horas em que passava na sala de hemodiálise. Do cadeirão, a minha liberdade foi extravasando, com a ajuda das equipas multidisciplinares que, não interferindo, colaboraram com este meu processo de crescimento. Primeiro, usando as 4 horas para brincar com os colegas e com os enfermeiros, lendo, estudando, desenhando, tendo assim conseguido concluir a licenciatura em Engenharia Química no Instituto Superior Técnico. Depois, viajando. A minha primeira viagem foi a Helsínquia e também a primeira vez que fiz hemodiálise fora do país, lembrando-me ainda hoje do enfermeiro que me ligou e que esteve comigo praticamente as 4 horas, a conversar.

Depois desta, seguiram-se dezenas de viagens, maioritariamente pela Europa, com algumas viagens aos EUA. Embora a liberdade ao nível laboral, que não foi fácil de alcançar, e da dietética, que só muito recentemente consegui alcançar, sejam fundamentais neste processo de libertação do espartilho, para mim, viajar, caminhar e dançar são as minhas expressões máximas de liberdade. Tal como para dançar e caminhar temos de encontrar a companhia certa,

também viajar não é a mesma coisa se não tivermos do nosso lado uma companhia que complete as nossas limitações.

Conheci o Paulo Ribeiro quando ele estava transplantado há pouco mais de 6 meses, na altura ainda inseguro da sua nova condição, qual habitante de uma caverna que, periclitantemente, vê finalmente a luz do dia. Tive o privilégio de ter acompanhado o seu crescimento, juntamente com a Bina, sua companheira de vida, ao longo dos 20 anos em que caminhámos centenas de quilómetros pelas ruas de Lisboa e em que visitámos todos os museus de que a nossa capital dispõe. O interesse do Paulo Ribeiro pela história das pessoas e das coisas, que aliás é comum aos meus amigos, tornava a caminhada particularmente interessante, pois a cada porta fechada de um edifício, monumento ou igreja, à minha reserva, o Paulo avançava. Recordo-me bem de um edifício na Mouraria em que ousámos entrar num edifício com centenas de anos, mas habitado e vedado ao turista, onde encontrámos uns magníficos painéis de azulejos e entabulámos conversa com um dos moradores que nos revelou alguns segredos daquele edifício, talvez inventados, mas que deram condimento à aventura.

Lisboa tornou-se pequena, e em 2018 fizemos a nossa primeira viagem, a Itália, onde visitámos Roma, Florença e Veneza, e onde nos maravilhámos com o riquíssimo passado. Em 2022 visitámos Istambul, onde deambulámos pela história, pelos coloridos mercados e pelas inúmeras mesquitas. Este ano visitámos Nápoles, e é sobre este terceiro capítulo da nossa história que vos conto neste texto já longo, tentando não vos maçar com informação que certamente encontrarão acerca desta cidade a pedido no Google, mas com o sentimento que esta cidade nos deixou e que, no final dia, é o que verdadeiramente interessa ou, como diz um amigo meu, é o resíduo seco da vida (os químicos entenderão), as memórias.

Ora, Nápoles é uma cidade carismática e fora do roteiro das agências de viagens, a cidade:

- Património Mundial daUnesco, com mais de 400 igrejas, museus e monumentos;
- Do deus Maradona competindo nas paredes dos bairros populares com os altares de santos mais terrenos;
- Das ruelas a cheirar a roupa lavada nos estendais e da benzina dos tubos de escape dos milhares de "scooters" que zumbem e buzinam pelas ruelas napolitanas;
- Das gentes que se riem alto e escancarando as portas das suas casas para quem quiser ver e berrando a plenos pulmões '*sono napoletano, non italiano!*';
- Das igrejas e dos palácios decadentes, com os interiores tomados pelo povo para sua habitação;
- Das cores, da azáfama e do cheiro a peixe dos inúmeros mercados de rua.

Mas também é a cidade:

- Do lixo nas ruas;
- Dos prédios descuidados e grafitados;
- Dos condutores tresloucados para quem conduzir em Nápoles é confiar no olhar dos outros condutores, não nos sinais de trânsito;
- Da falta de parque verdes e, estranhamente, de árvores;

Nápoles é uma cidade decadente, que não vive sonhando com as riquezas passadas e que se recusa a submeter-se a intervenções "botox", mas que preserva o riso franco e o brilho nos olhos. Em Nápoles não há "bistrôs", "fine cuisine", "custard tarts" nem "sardines", mas há as "trattorias". Os napolitanos transferiram os seus santos das igrejas para os altares nas ruas, deixando, decrépitas ou ocupadas com habitação, as suas inúmeras igrejas.

Nápoles ignora o turista "tupperware", mas acolhe de braços abertos o viajante.

Como Pompeia teima em recordar aos napolitanos todos os dias, não há tempo para fingirmos quem não somos. Tudo é efémero e será por isso mesmo que a vida noturna dos napolitanos é efervescente, desde as "trattorias" do quarteirão espanhol aos bares de Dante.

Como notas de algibeira para eventuais interessados em visitar Nápoles: consegue-se jantar numa "trattoria" por 15€; um café fica por 1,20€, com um copinho de água a acompanhar; salvo se se pretender ter uma experiência de quase morte, NUNCA entrar num táxi.

Para quem se questiona acerca do tratamento de hemodiálise em Nápoles, posso dizer que a utilização de

linguagem "pseudo-gestual" é uma mais-valia, visto que ninguém fala inglês e o espanhol é improvisado. A clínica é gerida pela multinacional cujo nome começa pela letra 'F' e o tratamento foi efetuado em hemodiafiltração, dada a confiança que deposito na qualidade dos monitores e no tratamento de águas operado por esta multinacional.

O problema foi todo o processo gerido pelo departamento de hemodiálise em férias da dita empresa que, em Portugal, já tinha feito a cabeça em água da paciente e proativa assistente social da minha clínica de origem e que, em Nápoles, me fez andar à caça de gambuzinos nos hospitais da cidade, à busca de um impresso que teria de apresentar na clínica para evitar o pagamento da sessão de hemodiálise, e usufruir do meu direito comunitário associado ao CESD, recebendo de volta um encolher de ombros dos funcionários dos hospitais, como se estivesse a falar de bugalhos em romano. Mandei às urtigas estas orientações vazias da gestora do departamento de hemodiálise em férias da dita empresa e paguei os tratamentos, tendo sido obrigado a efetuar o pagamento em numerário, para o que tive de encontrar às 7h00 um multibanco no bairro limítrofe de Nápoles onde se

inseria a clínica. Mas são estas histórias que nos permitem criar as memórias que nos fazem viver e espero continuar a criar memórias, estando já a ser esquissada a próxima. ■

Paulo Zoio

Cartão Europeu de Seguro de Doença

O Cartão Europeu de Seguro de Doença (CESD) é um grande aliado de qualquer viajante dentro do território europeu, garantindo a assistência médica e os cuidados de saúde necessários, em qualquer um dos Estados-Membros da União Europeia, Islândia, Liechtenstein, Noruega, Suíça e Reino Unido. É emitido pelas autoridades nacionais – em Portugal, pela Segurança Social – tendo habitualmente uma validade de 3 anos.

De facto, a livre circulação de pessoas pela União Europeia, nomeadamente de pessoas que padecem de patologias crónicas, não pode ser limitada pela impossibilidade de cuidados de saúde direcionados para a sua doença. O Tribunal Europeu de Justiça decidiu que os "cuidados de saúde necessários" não se podem cingir aos tratamentos no âmbito de uma doença súbita (Processo C-326/00), mas devem abranger a continuidade de tratamentos iniciados no país de origem (residência). De acordo com a legislação europeia, existem três tipos de prestação de cuidados de saúde necessários: relacionados com gravidez e parto, relacionados com doenças pré-existentes e crónicas (onde se incluem os tratamentos de hemodiálise) e cuidados que requeiram um acordo prévio com a unidade médica especializada, que têm como objetivos permitir que os viajantes continuem a usufruir da sua estadia, em condições médicas seguras.

É o prestador de cuidados de saúde que determina a necessidade do tratamento, mediante um critério médico que avalia a necessidade do tratamento, tendo em conta a situação de saúde da pessoa em causa, a fim de lhe permitir continuar a sua estadia no estrangeiro, até à data prevista de partida, nomeadamente em Estados-Membros onde não existe um sistema nacional de saúde organizado, uma vez que a instituição saúde deve aceitar esta avaliação, para garantir a aceitação do CESD.

No entanto, para tratamentos de hemodiálise, temos verificado várias situações em que o CESD não é aceite em clínicas destes países. Na verdade, nem sempre o CESD é sinónimo de gratuitidade dos cuidados de saúde no estrangeiro. Existem várias clínicas, em países abrangidos, que não aceitam o CESD, obrigando ao pagamento das sessões

de hemodiálise, e ainda outras que exigem uma prescrição médica, emitida no país de destino, para que a clínica aceite o CESD.

Relatamos o caso de uma pessoa em tratamento de hemodiálise que decidiu passar umas férias em Posillipo (Itália): depois de agendadas as sessões de hemodiálise, a clínica, em Posillipo, informou que não aceitava o CESD e necessitava de uma prescrição médica (denominada "Impegnativa Rossa"), para que as sessões não fossem cobradas ao doente. Esta prescrição deveria ser emitida por um médico fora do âmbito da clínica de hemodiálise (na comunidade), sendo os custos dessa consulta da responsabilidade do doente. Este tipo de situações tem sido relatado com frequência no âmbito dos agendamentos de hemodiálise no estrangeiro.

Importa alertar que o CESD não é uma alternativa ao seguro de viagem e não cobre as despesas médicas se a viagem for expressamente com o objetivo de obter tratamento.

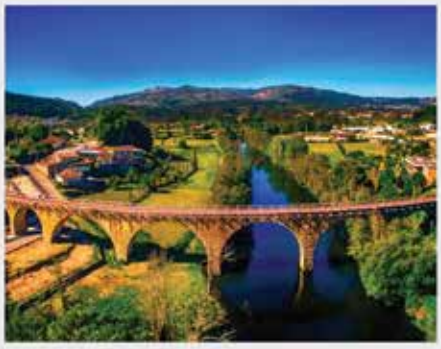
Quando viajar, informe-se se a clínica onde pretende realizar tratamento de hemodiálise (ou outro) aceita o CESD e em que condições. Esclareça as suas dúvidas e conte com o apoio da APIR e da Dravel – Viajar com Diálise. ■

Fonte: Employment, Social Affairs and Inclusion Explanatory notes on modernised social security coordination Regulations (EC) No 883/2004 & No 987/2009

Catarina Almeida
Enfermeira
Dravel, Viajar com diálise

HOTEL DO PARQUE
CONGRESS & SPA
★★★★

Oferta Especial de Verão 2024
5 Noites / 6 Dias



Inclui:
- 5 noites de alojamento
- 5 Pequenos almoços
- 5 Almoços
- 5 Jantares

Oferecemos:
- 1 Massagem Vichy Local
- Bebidas à refeição (água e vinho)
- *Circuito SPA diário
- Piscina Exterior
- Acesso ao ginásio

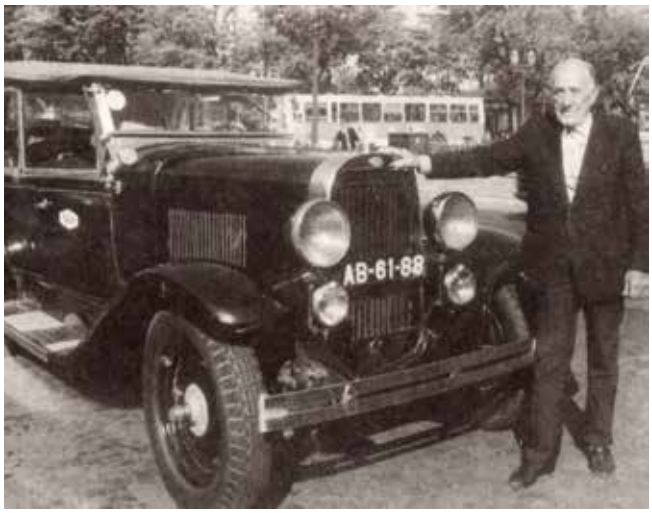
EXCLUSIVO ENTIDADES PROTOCOLADAS

Preço por pessoa em quarto duplo em pensão completa - 414€
Suplemento para individual - 95€
Preço noite extra em PC - 77€/pessoa
Suplemento Individual noite extra - 21€
Refeição: Sopa, 1 prato, sobremesa, água e vinho.

Observações:
- *Circuito SPA (piscina dinâmica, sauna, banho turco, duche sensorial, jacuzzi).
- Necessário equipamento adequado para as atividades.
- Programa válido até 30 de Setembro de 2024.

www.hoteldoparque.pt / +351 232 723 461 / geral@hoteldoparque.pt

Augusto Macedo, o mais antigo taxista de Portugal



Augusto Macedo foi o motorista de táxi mais antigo de Portugal e com mais anos no ativo, transportando passageiros e até algumas celebridades pela capital num Oldsmobile de 1928 que se tornou um verdadeiro ex-líbris da Cidade de Lisboa. Desde 1998 tem direito a uma rua sem saída com o seu nome em Telheiras, identificada por uma placa onde se lê: "Rua Augusto Macedo – Taxista, 1904-1997". Pelo nome, poucos saberão quem foi, mas ao volante do seu carro todos o reconheciam na cidade.

Nascido em 1902 numa pequena aldeia do centro do país, veio para Lisboa no ano de 1916, com apenas 12 anos, para trabalhar numa padaria onde o seu irmão mais velho era sócio. Em 1928, aos 24 anos, e após o serviço militar, pediu dinheiro emprestado e comprou o famoso Oldsmobile Cabriolet, importado dos EUA. Era o próprio Senhor Macedo que fazia a manutenção do seu carro, com todo o carinho possível. Não lhe era imaginável trocá-lo por qualquer outro.

Os primeiros táxis surgiram em Lisboa em 1907 e rapidamente se implantaram. Eram apenas quatro e instalaram-se no Rossio. Apesar de pequenos e com quatro lugares apertados, batiam em velocidade as velhas carroças puxadas a cavalo e acabaram por se impor. Nesse mesmo ano de 1928, Macedo recebeu a sua licença de táxi e ao longo dos seus quase setenta anos de carreira (1928-1996), percorreu ao volante do seu icónico Oldsmobile, mais de 2,5 milhões de quilómetros pelas ruas de Lisboa, Cascais e Sintra. Constituiu uma clientela fiel, portuguesa e estrangeira, com a qual criou fortes laços de amizade. Chegou a transportar três gerações da mesma família. Os clientes estrangeiros chegavam a reservar as viagens muito antes de se deslocarem a Lisboa. Entre os seus clientes contaram-se os escritores Fernando Pessoa e Vergílio Ferreira. Enquanto um declamava-lhe poemas, o segundo, referindo-se à provecta idade tanto do táxi como do seu condutor, comentaria a brincar com as letras da matrícula do carro (AB-61-88): "Não sei quem será mais velho. O AB da matrícula deve indicar Antes de Babilónia..."

Na década de 1990 ainda conduzia por Lisboa e entretinha os seus passageiros com uma grande coleção de histórias e anedotas. Por isso, não é de estranhar que o táxi se tenha tornado uma personagem histórica da cidade e símbolo internacional para taxistas e não só. A Auto Bild, uma importante revista de automóveis alemã, escreveu em 1987 que Macedo era "conhecido na cidade como só as estrelas de futebol o são".

Em 1996 foi a estrela do filme Táxi Lisboa, do realizador alemão Wolf Gaudlitz, que tinha conhecido Macedo dois anos antes numa viagem a Lisboa. Nesta longa-metragem documental podemos ver a vida e o quotidiano do taxista com cenas caricatas entre passageiros e paisagens da capital lisboeta. Assim, conquista aos 93 anos de idade o prémio de melhor ator amador atribuído no Festival de Pescara, mas foi o seu neto que aceitou o prémio em seu nome, uma vez que se encontrava hospitalizado por vários motivos de saúde, problemas esses que, entretanto, já o tinham obrigado a parar de conduzir o seu táxi.

O velho AB-61-88 sobreviveu, sem nunca ter sofrido um acidente. O seu proprietário viria a falecer a 17 de janeiro de 1997, precisamente no dia em que estreava em três salas de Lisboa o filme que interpretara. Nesse ano, em que caducava a sua carta de condução, Augusto Macedo era o mais antigo taxista do mundo ainda no ativo. Mais de cem táxis acompanharam o seu cortejo fúnebre.

A título de curiosidade, o filme foi exibido durante anos em cinemas alemães e suíços e o Museu de Arte Moderna de Nova Iorque comprou-o em 1997 como uma obra de arte para compor a sua biblioteca de cinema. O Táxi Lisboa foi digitalizado em 2016 com fundos do Film Fund, com o intuito de salvaguardar o património cinematográfico e em 2017 foi lançada uma nova versão nos cinemas alemães.

O táxi n.º 1 de Lisboa foi adquirido em 1998 pela Associação de Turismo de Lisboa assegurando, assim, a sua conservação na cidade e a sua utilização para fins de promoção turística. ■

Joana Gama

PROTOCOLOS

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

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

FARMÁCIAS

1. Farmácia Baptista

Lis Shopping

Rua Dr. João Soares - Fração B

2400-448 Leiria

Loja online: farmaciabaptistaleiria.pt

2. Farmácia d'Arrábida

Desconto de 5% através do código APIR5 na loja online

www.farmaciadarrabida.pt

3. Farmácias GAP

www.farmaciasgap.pt

Farmácia Uruguai

Av. do Uruguai, 18A
1500-613 Lisboa

Farmácia São Mamede

Rua da Escola Politécnica, 82B
1250-102 Lisboa

Farmácia Charneca da Caparica

Rua da Brieira, 4
2820-292 Charneca da Caparica

Farmácia Central – Pinhal Novo

Praça da Independência, 14
2955-220 Pinhal Novo

4. Farmácias Progresso

www.farmaciasprogresso.pt

Farmácia Imperial

Av. Guerra Junqueiro 30B
1000-167 Lisboa

Farmácia Jardim Real

Rua D. Pedro V 123-125
1250-093 Lisboa

Farmácia Almeida Dias

Largo da Graça 38-39 A
1170-165 Lisboa

Farmácia Progresso Benfica

Estrada A-da-Maia 64C
1500-004 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,
7750-352 Mértola

5. Farmácias STS

Farmácia Viana Darque

Avenida da Estação, nº 505
4935-278 Viana do Castelo

Farmácia Santos da Cunha

Rua de Abraão, 1 - lote 4
4705-076 Braga

Farmácia Vitória

Guimarães Shopping, loja 101/2
Alameda Dr. Mariano Felgueiras
4835-075 Guimarães

Farmácia Porto

Estrada da Circunvalação, nº 14075
4100-179 Porto

Farmácia Campus S. João

Campus S. João, loja 103/104
Rua Dr. Plácido da Costa, 410
4200-450 Porto

Farmácia do Dragão

Alameda Shop & Spot
Rua dos Campeões Europeus,
n.º 22 - loja 18 4350-414 Porto

Farmácia Moura Glicínias

Centro Comercial Glicínias Plaza,
Loja nº 40
Rua Professor Manuel Estudante
Silva 3810-498 Aveiro

Farmácia Coimbra

CoimbraShopping, Loja 119/121
Av. Dr. Mendes Silva, 211/251
3030-193 Coimbra

Farmácia Maio

LeiriaShopping, Loja 53
IC2 - Alto do Vieiro 2400-441 Leiria

Farmácia Sintra IC19

Rua Francisco Lyon de Castro, 27
2725-397 Sintra

Farmácia Alegro Montijo

Alegro Montijo, Loja 0.21
Zona Industrial do Pau Queimado
Rua da Azinheira – Afonsoeiro
2870-100 Montijo

Farmácia Baptista

Fórum Algarve, loja 0.76
Estrada Nacional 125, km 103
8000-126 São Pedro – Faro

Farmácia do Shopping

Algarve Shopping, Loja 0.162 – Piso 0
Lanka Parque Comercial e Industrial
do Algarve, Lote R, Fração 3
8200-417 Albufeira

6. SimplesFarma

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

SERVIÇOS DE SAÚDE

7. Absolute Bliss

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

8. AudiçãoActiva

Lojas em todo o país
www.audicaoactiva.pt

9. Centro Clínico Face a Fase

Praça Alexandre Giusti
45 Porta A - R/C
2635-530 Rio de Mouro
www.faceafase.com

10. Centro Médico D. Dinis

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

11. Centro Medular

Rua 5 de Outubro, 5531
4465-082 São Mamede Infesta
www.centromedular.pt

12. Clínica Médica do Restelo

Av. Ilha da Madeira, nº 22A
1400-204 Lisboa
clinicadorestelo.pt

13. Humanize – Cuidados de Saúde

Estrada da Luz, 90 – 7.º E
1600-160 Lisboa
humanize.pt

14. ISJD – Clínica S. João de Ávila

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

15. Malo Clinic

Clínicas em todo o país
www.maloclinics.com

16. Med-link

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

17. 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

18. Minisom

Lojas em todo o país
www.minisom.pt

19. Nefrovida / Grupo Sanfil Medicina

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

20. Residências emeis

Residências sénior em Chaves, Braga, Maia, Viseu, Cernache, Vila Seca, Póvoa de Santa Iria, Montijo e Azeitão
www.emeis.pt

21. Prime Dental Clinic

Travessa da Fábrica
das Sedas, 22A
1250-108 Lisboa
primedentalclinic.pt

22. Redelab

Postos de análises clínicas
em todo o país.
www.redelab.pt/pt/postos

ÓTICAS

23. Alberto Oculista

Lojas em todo o país
www.albertooculista.com

24. Optivisão

Lojas em todo o país
www.optivisao.pt

25. Óptica Médica Rogério

Lojas no norte do país
opticamedicarogerio.pt

OUTROS

26. 2Light

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

27. Bioforma

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

28. Grupo Calçado Guimarães

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

29. Hotel do Parque

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

30. HSI – Help, Soluções Informáticas

Alameda das Linhas de Torres,
n.º 221/225 – loja 1T
1750-144 Lisboa
www.hsi.pt/hsi

31. Protege Seguros

Rua Marcelino Mesquita, 11 – Loja 9
2745-134 Linda a-Velha
protege.com.pt

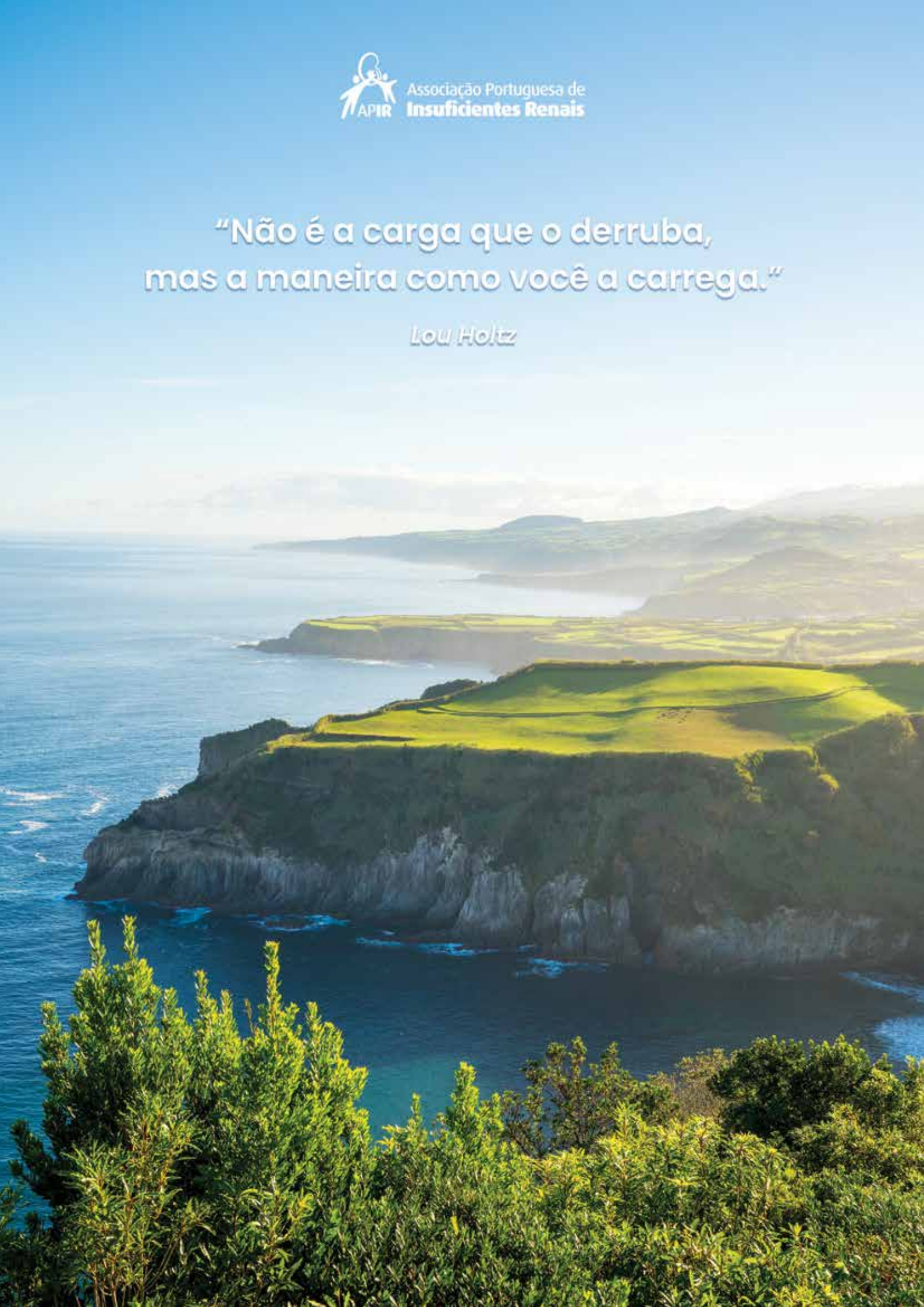
32 . Termas de Luso

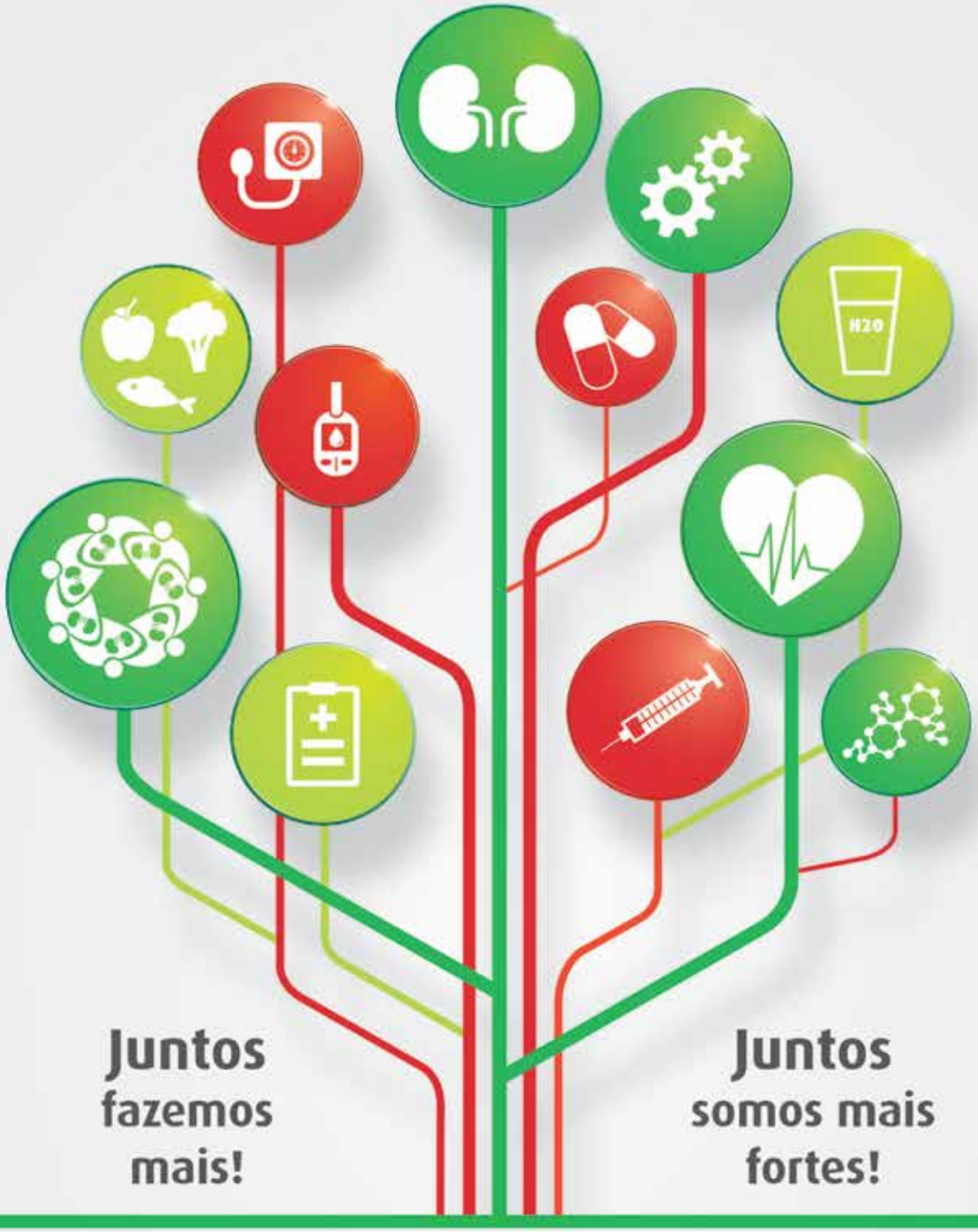
R. Álvaro Castelões
3050-230 Luso
www.termasdeluso.pt

Associação Portuguesa de
Insuficientes Renais

**"Não é a carga que o derruba,
mas a maneira como você a carrega."**

Lou Holtz





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

www.apir.org.pt | facebook.com/apir.org.pt | instagram.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: 960 073 182 | 218 371 654

Delegação Regional do Norte
Presidente: Eduardo Roxo
Sede Social: Rua do Cerco do Porto, Edifício 2, loja n.º 6 4300-117 Porto
Contactos: 926 515 459 | porto@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 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

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

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

Delegação Regional do Algarve
Presidente: Octávio Escolástico
Sede Social: Av. República Federal Alemã, nº 23 - loja Dta. 8000-084 Faro
Contactos: 963 731 077 | algarve@apir.org.pt

Delegação Regional dos Açores
Presidente: Osório Meneses da Silva
Sede Social: Canada Nova, SN (Antiga Escola) 9700-133 Angra do Heroísmo
Contactos: 295 212 211 | acores@apir.org.pt

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