ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA
DE **PORTADORES DE PACEMAKERS E CDI'S**

VISITE O NOVO SITE EM WWW.APPPC.PT

Artigo
DAR SANGUE FAZ BEM

Artigo
APPPCDI'S ESTEVE PRESENTE MAIS UM ANO NAS FESTAS DO BODO

Iniciativa
RASTREIO E CAMINHADA "CAMINHE PELO SEU CORAÇÃO"

Publicação
CARTA PARA A PARTICIPAÇÃO PÚBLICA EM SAÚDE

Artigo
FOGO QUE ARDE MAS NÃO MATA A ALMA DE UM POVO

XI COLÓQUIO NACIONAL

Museu Monográfico de Conimbriga em Condeixa

24.SETEMBRO.2017

APPPCDi's

UMA REVISTA A PENSAR NO SEU CORAÇÃO
PERIODICIDADE QUADRIMESTRAL
SETEMBRO 2017

N.º 31

16 ANOS 2001 - 2017
Em defesa dos portadores de Pacemakers e CDI's

PUB

Medtronic

Ajuda a melhorar vidas

A cada 3 segundos, a Medtronic ajuda a melhorar uma vida em todo o Mundo. Através das nossas soluções inovadoras cumprimos todos os dias a nossa Missão: aliviar a dor, restabelecer a saúde e prolongar a vida.

Para mais informação, por favor visite:
www.medtronic.pt

UC201401976a PT ©2014 Medtronic, Inc. All Rights Reserved.

António Gomes

Presidente da Direção nacional da APPPCDI'S

"Mensagem do presidente"

Caros Associados:

Procuro algum fresco em mais um dia quente, muito quente, deste verão de 2017, e sento-me mais ou menos confortável com o objetivo de escrever esta página. Tento pensar em temas diferentes mas a minha cabeça está invadida pela alegria da criação do Conselho Nacional de Saúde. Esta decisão demorada e tardia faz-me também pensar na lentidão de alguns aspetos da nossa demogracia, pois foram precisos 43 longos anos de vida democrática para que este passo fosse dado. 48 anos de ditadura fizeram "mossa" e deixaram marcas que tem demorado muito a amadurecer e a modificar. Foi isso que aconteceu com o Conselho Nacional de Saúde: idealizado e pensado há muitos anos, mas só agora ele é efetivamente criado. Este passo concretizado deixa-nos imensamente felizes, pois é sem dúvida o fruto de muitas vozes que se levantaram e gritaram que a Saúde necessita da participação e intervenção direta dos seus principais "atores" – os doentes.

Este Conselho vai então ser constituido por representantes dos doentes, e vai ser um orgão consultivo do governo, quando da tomada de decisões sobre políticas de saúde.

Há no entanto aspetos que não nos agradam. Particularmente em relação há constituição deste conselho (dedicamos um artigo deste Boletim (pág. 10) a este assunto onde apresentamos, inclusivé, o grupo de entidades que o constituem) não podemos deixar de referir que não tinha que ser o governo a decidir quem iria integrar este grupo. Ao contrário, achamos que deveriam ser as instituições representativas dos doentes a eleger os seus próprios representantes deste Conselho.

Algumas entidades escolhidas não nos parecem ser as mais representativas do leque composto por inúmeras patologias e disturbios psico-sociais que interferem com a saúde dos portugueses.

Será que a nossa democracia não amadureceu o suficiente para que estes pequenos "tiques" ditaturiais desapareçam? Não consigo no entanto realçar muito estes aspetos negativos. O meu positivísmo vem inevitavelmente ao de cima e com ele a alegria que me deu a concretização e Criação deste Conselho Nacional da Saúde. Isso sim, foi uma vitória, um objetivo alcançado que demorou demasiado tempo a chegar. Fruto provavelmente dos nossos passos curtos na vida democrática, mas conseguimos finalmente alcançá-lo.

> *O perfeito é desumano, porque o humano é imperfeito.*
>
> *Fernando Pessoa*

Agora só podemos avançar, e se a sua constituição atual não nos merece o nosso maior aplauso, o futuro corrigirá por certo erros e lacunas.

Como disse Fernando Pessoa "O perfeito é desumano, porque o humano é imperfeito".

Finalmente, uma referência ao nosso XI Colóquio Nacional a realizar já no próximo dia 24 de Setembro no Auditório das Ruinas de Conimbriga em Condeixa. Trata-se de um local repleto de simbolismo histórico pois a excelente conservação e preservação daquela antiga cidade romana faz dela um dos mais importantes recantos culturais do nosso país. Teremos oportunidade de admirar toda a sua beleza que reflete a grandiosidade de um povo que deixou marcas e influências no noso país para todo o sempre.

Agradecemos desde já o apoio e colaboração da Câmara Municipal de Condeixa e sobretudo ao seu Presidente, Dr Nuno Moita da Costa e ao Vereador António Lázaro Ferreira.

O evento é composto, como é habitual, por duas partes: a primeira que decorrerá antes do almoço, em que contaremos com preletores, reconhecidos a nível nacional na área do Pacing e Electrofiologia que nos apresentarão alguns temas do interesse de todos. Seguir-se-à o almoço convívio e visita guiada às Ruina Romanas de Conimbriga. Estamos convictos que será por certo um dia muito agradável para todos os participantes. Contamos com um elevado número de portadores e familiares, assim como público em geral.

O programa, divulgado no interior deste Boletim, refere com detalhe todos os pormenores e horários do evento. Contamos com o maior número possível de associados.

Até lá.

Saudações Associativas

Ficha Técnica

Autor Assoc. Portuguesa de Portadores de Pacemakers e CDI's
Editor Assoc. Portuguesa de Portadores de Pacemakers e CDI'S
Design Macasi by Hugo Campos
Impressão Tipografia Macasi
Tiragem 2.500 Exemplares
ISBN 978-989-95494-0-1

Dep. legal 262030/07

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE PORTADORES DE PACEMAKERS E CDI'S

Sede Nacional
Rua da Fábrica Velha
Central de Camionagem, portas 209-210
3100-438 Pombal

Tlm.: 910 916 711
tlf./fax: 236 207 228

www.apppc.pt
geral@apppc.pt

Delegação em Lisboa
Rua de Fanares, n.º 17, 2.º Esq
2725-307 Mem Martins

tlf.: 219 218 606
fax: 219 204 406

chambelcoelho@hotmail.com

Contacto: Dr. Virgílio Chambel

Dr. Viriato Horta
Médico, Especialista de Medicina Geral e Familiar
Clínica Europa - Carcavelos

Artigo

DAR SANGUE FAZ BEM

AS PESSOAS SAUDÁVEIS TÊM O DEVER DE AJUDAR AS PESSOAS DOENTES, E NESTE DEVER DE SOLIDARIEDADE INCLUI-SE A DOAÇÃO DE SANGUE. POR ISSO VALE A PENA SABER UM POUCO MAIS SOBRE A IMPORTÂNCIA DO SANGUE E O PROCESSO DA SUA DOAÇÃO. DAR SANGUE FAZ BEM E CUSTA POUCO!

O SANGUE

O sangue é um tecido muito importante do nosso organismo, **constituído por** uma parte líquida, o **plasma**, basicamente formado por água e proteínas (sobretudo albumina, globulinas e factores de coagulação) **e por elementos celulares**, os glóbulos vermelhos, os glóbulos brancos e as plaquetas. Como estas células se encontram em suspensão no plasma, o sangue tem o aspecto de um líquido espesso, viscoso, vermelho (mais ou menos escuro conforme a concentração de glóbulos vermelhos), que circula pelos vasos sanguíneos (artérias, capilares e veias), cumprindo **inúmeras funções vitais para a vida**:

- a hemoglobina dos glóbulos vermelhos, rica em ferro, transporta oxigénio dos pulmões para todos os órgãos e tecidos do corpo e recolhe o dióxido de carbono formado nos processos de combustão celular, transportando-o para os pulmões para ser eliminado;
- os glóbulos brancos (neutrófilos, linfócitos, monócitos, eosinófilos e basófilos) fazem parte do sistema imunitário, contribuindo para o combate a infecções e para o reconhecimento, neutralização e eliminação de células ou proteínas estranhas ao organismo (processos alérgicos, rejeição de órgãos);
- as plaquetas fazem parte do sistema de coagulação do sangue: quando há uma ferida, as plaquetas colam-se rapidamente umas às outras e formam uma espécie de rede que impede a hemorragia; é sobre esta rede que se forma depois o coágulo definitivo, por acção dos factores de coagulação presentes no plasma;
- o plasma transporta os nutrientes do aparelho digestivo para os seus locais de utilização ou armazenamento, recolhe os produtos de degradação do metabolismo para serem eliminados, transporta hormonas produzidas pelas glândulas endócrinas e veicula medicamentos e outros produtos químicos e biológicos; no seu todo, e por ser um fluido, o sangue contribui para a manutenção da pressão arterial e venosa (através da sua pressão osmótica e oncótica) e faz parte da reserva de água do organismo (um adulto médio tem entre 5 e 6 litros de sangue, o que equivale a cerca de 3 litros de plasma).

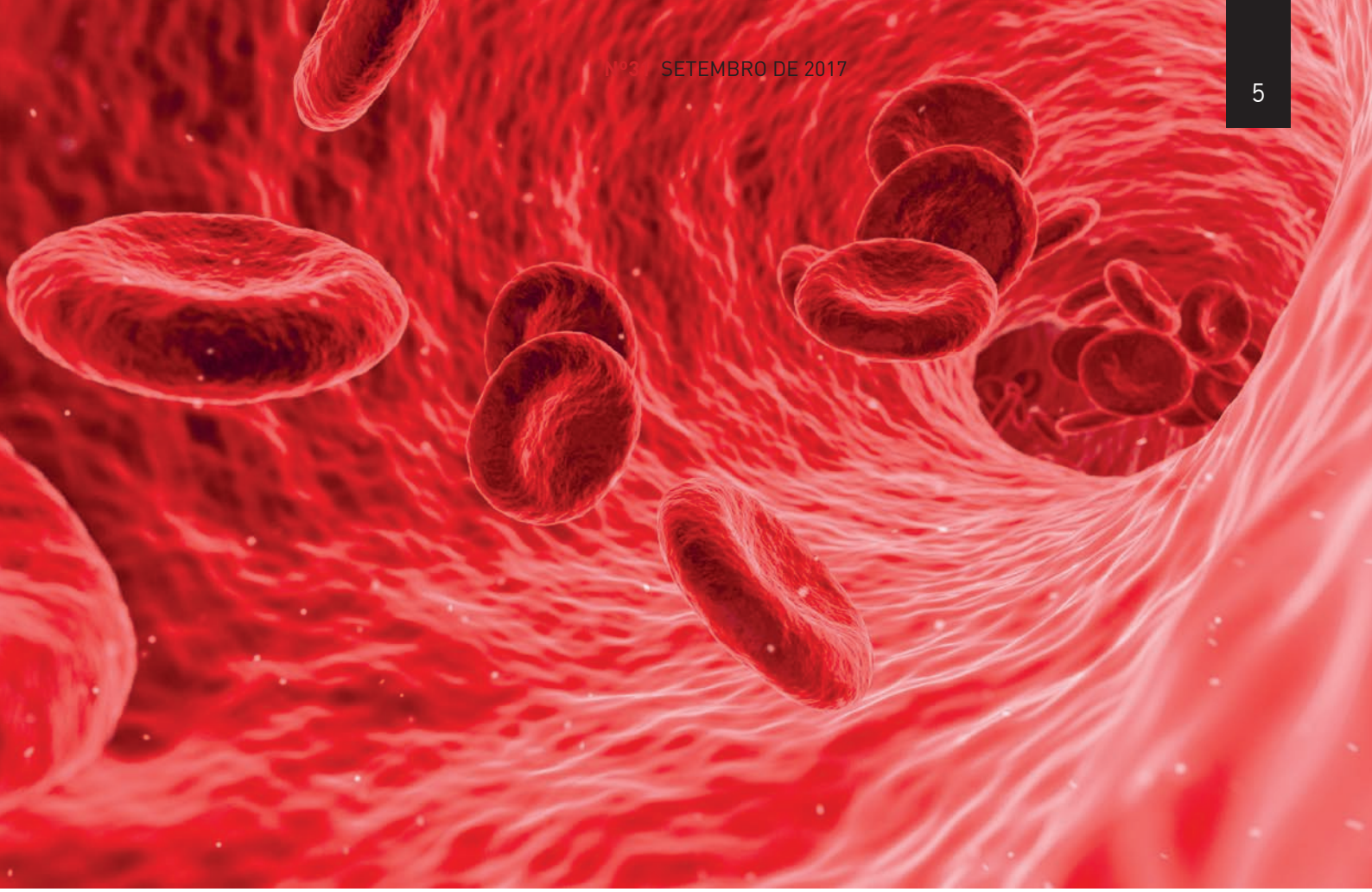
A produção das células do sangue (hematopoiese) é basicamente feita na medula óssea de alguns ossos (ilíacos, costelas, esterno, crânio, vértebras), cabendo ao baço e aos gânglios linfáticos a produção de linfócitos. A produção de glóbulos vermelhos é regulada principalmente por uma hormona produzida pelos rins (a eritropoietina) e necessita de proteínas, ferro, ácido fólico e vitamina B12 para ser eficaz. A produção de glóbulos brancos depende da presença de agentes infecciosos, tóxicos ou alergénicos. A produção de plaquetas também é regulada por uma hormona produzida pelo fígado e pelos rins (a trombopoietina), que aumenta nos processos inflamatórios e nas hemorragias.

Os glóbulos vermelhos têm uma **vida média** de 120 dias e as plaquetas de 10 dias. Os glóbulos brancos têm uma duração variável, de horas a meses. Quando chegam ao fim da sua vida, as células sanguíneas são destruídas, fundamentalmente no baço, no fígado e na própria medula óssea, e alguns dos seus componentes são reaproveitados para fabricar novas células, num processo contínuo, dinâmico e muito complexo.

QUEM PRECISA DE SANGUE

A grande complexidade do sangue, das suas funções e dos seus mecanismos de fabrico e destruição explica a **grande quantidade de situações em que um doente tem falta de sangue e pode necessitar de uma transfusão** (de sangue completo ou apenas de algumas das suas parcelas):

- **perda aguda ou crónica de sangue por hemorragias**, que podem ser naturais (menstruação), resultantes de cirurgias, acidentais (feridas, fracturas) ou patológicas (resultantes de falta de plaquetas, de deficiência de vitamina K e de doenças da coagulação, como a hemofilia);
- **deficiente produção sanguínea**, por insuficiência renal, por falta de ferro, vitaminas, hormonas ou proteínas, por doenças oncológicas (leucemias, linfomas, mieloma múltiplo, mielodisplasia), por erros genéticos ou metabólicos e por efeito de radioterapia, infecções, toxinas ou medicamentos (especialmente os citostáticos, usados para tratar o cancro);
- **situações em que as células do sangue se destroem mais que o normal**, como sucede nas **hemólises** (destruição aumentada de glóbulos vermelhos, por reacções imunitárias, infecções, defeitos da estrutura celular, deficiências enzimáticas, medicamentos ou tóxicos) e no **hiperesplenismo** (aumento do volume e actividade do baço, devido a insuficiência cardíaca, cirrose hepática, infecções, doenças metabólicas ou neoplásicas, etc.).



QUEM PODE DOAR SANGUE

Em princípio qualquer pessoa saudável, entre os 17/18 anos e os 60/65 anos (primeira vez/continuação), com peso superior a 50 Kg, valores de hemoglobina iguais ou superiores a 12.5 g/dl para mulheres e 13.5 g/dl para homens, frequência cardíaca entre 50 e 100 batimentos por minuto, tensão arterial sistólica entre 100 e 180 mm Hg e tensão arterial diastólica entre 60 e 100 mm Hg pode doar sangue.
Para além destes aspectos genéricos, **existem muitos factores específicos a ser considerados para se aceitar ou recusar (temporária ou definitivamente) um dador de sangue**: histórico de viagens, doenças actuais e passadas, alergias, vacinas, cirurgias prévias, mordeduras de animais, consumo de medicamentos, toxicodependência, hábitos sexuais, tatuagens, colocação de piercings, tratamentos de acupunctura ou mesoterapia, transfusões recebidas, gravidez, aleitamento, detenção em cadeias, participação em ensaios clínicos, etc.

Portadores de Pacemaker e CDI'S
"Ter um pacemaker não contra-indica à partida a doação de sangue, mas obriga a uma análise cuidadosa de cada caso, tal como acontece sempre que alguém se candidata a dador e tem algum problema de saúde."

Esta complexidade **resulta da necessidade de proteger o dador** (evitar que ele prejudique a sua saúde com a dádiva) **e o receptor** (minimizar os riscos de contágio de doenças infeciosas ou neoplásicas e de reacções transfusionais) e obriga a fazer **consultas especializadas de triagem clínica de dadores**, segundo normas rigorosas do **Instituto Português do Sangue e da Transplantação**, que garante e regula, em Portugal, a actividade da medicina transfusional, desde a colheita à administração do sangue e seus derivados, passando pelo seu processamento, armazenamento e distribuição.

A doação de sangue é um processo voluntário e altruísta (e por isso não remunerado), que passa por uma inscrição como dador, pelo preenchimento de um questionário pré-dádiva, associado ao consentimento informado, por uma avaliação clínica personalizada (consulta de triagem) e por análises clínicas, de modo a definir a elegibilidade do dador.

A DOAÇÃO DE SANGUE

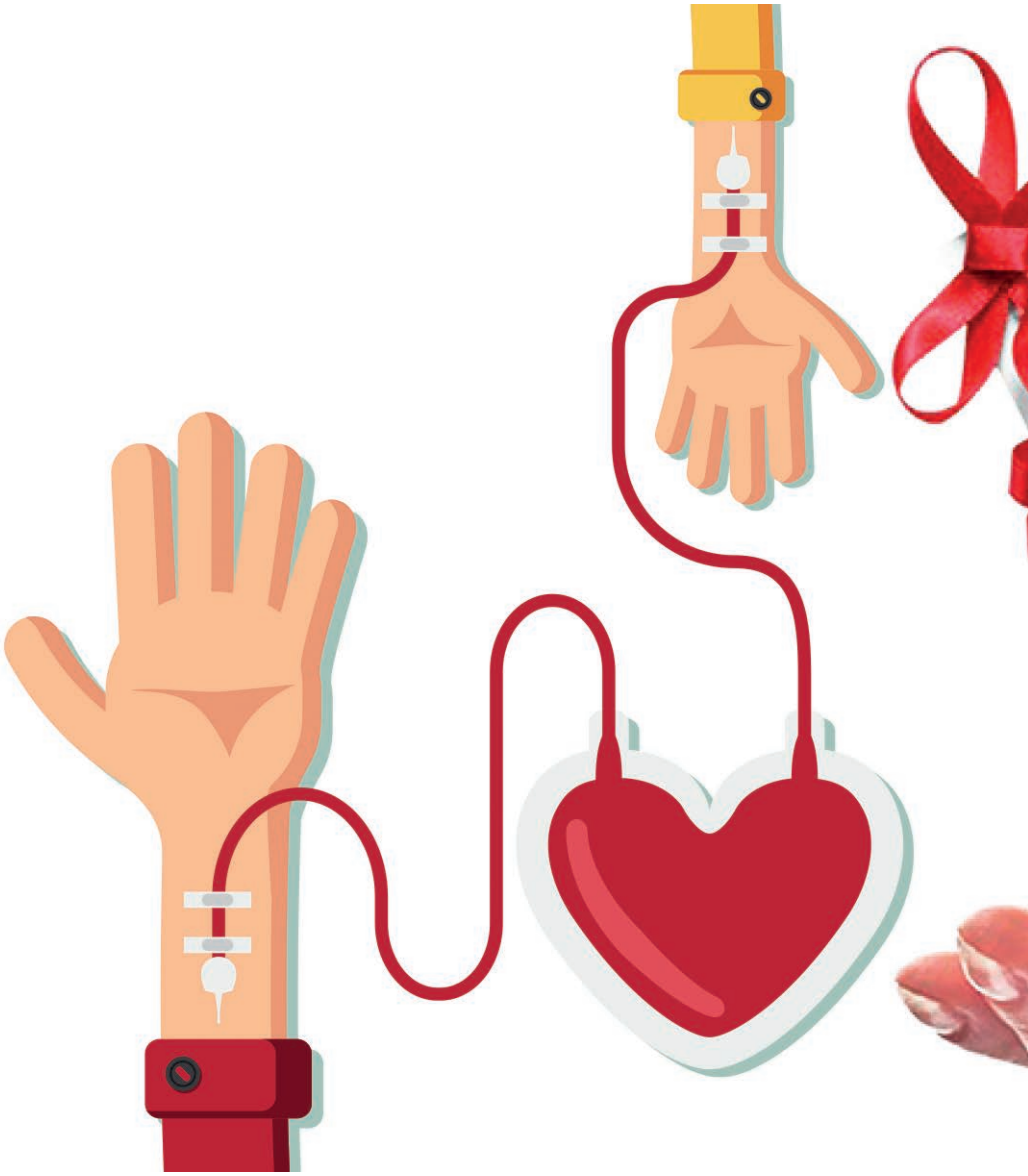
A doação em si mesma é em geral um processo rápido (dura cerca de 10 minutos), no qual se retira uma unidade de sangue do dador (cerca de 450 ml) (o que corresponde a cerca de 9% do total do seu sangue) para um sistema de sacos de recolha com anticoagulante, de modo a permitir o seu processamento posterior: **o sangue é separado por centrifugação nos seus vários componentes** (concentrado de glóbulos vermelhos, plasma, concentrado de plaquetas e crioprecipitado) podendo ainda fazer-se a **transformação industrial do plasma em hemoderivados** (albumina, imunoglobulinas, fibrinogéniocomplexos trombínicos e factores de coagulação). Os concentrados de glóbulos vermelhos e de plaquetas podem ser desleucocitados, por processos de filtração que retiram os glóbulos brancos, reduzindo a probabilidade de reacções

de rejeição por parte do receptor. Em alguns casos pode fazer-se transfusões de concentrados de glóbulos brancos, mas sempre que possível administra-se factor de produção de neutrófilos, um medicamento que aumenta o fabrico destas células.

Pode ainda fazer-se uma **recolha selectiva de partes do sangue** (apenas plasma ou plaquetas), designada **doação por aferese**. Este processo é mais demorado que o da doação simples, pois obriga a recolher sangue do dador, separar a parcela a doar e reintroduzir a parte sobrante no dador. Isto permite aumentar a frequência das doações de plaquetas ou de plasma, que se regeneram mais rapidamente e não dependem da reposição das reservas de ferro.

Para uma doação de sangue, o dador deve estar em posição reclinada (para reduzir o risco de desmaio por descida da tensão arterial), deve estar repousado, não deve estar em jejum nem ter comido demais, deve beber água antes da dádiva e contrair os músculos abdominais e dos membros enquanto o sangue é recolhido, para melhorar a circulação do sangue. Quando feita em condições adequadas, a dádiva de sangue provoca poucos **efeitos secundários imediatos no dador**: descida da tensão arterial, aceleração do ritmo cardíaco e algum pequeno hematoma no local da punção venosa.

A médio prazo, a perda dos 200 a 250 mg de ferro que cada doação de uma unidade de sangue acarreta é compensada com uma alimentação correcta e, se necessário, com a suplementação com ferro oral. Assim, os dadores de sangue devem observar um período de 3 a 4 meses antes de dar sangue de novo, de modo a permitir a completa regeneração do sangue retirado e repor as reservas de ferro do organismo. **Em geral os homens podem dar sangue 4 vezes por ano e as mulheres 3 vezes.**



OS DESAFIOS ACTUAIS DA HEMOTERAPIA

No século XX resolveram-se os principais problemas que limitavam as transfusões de sangue: a utilização de anticoagulantes seguros, a selecção do sangue consoante os grupos sanguíneos (especialmente os dos sistemas AB0 e Rh) e a conservação do sangue e derivados.

Nos últimos anos verificou-se uma **redução acentuada da necessidade de fazer algumas transfusões de sangue**, por melhoria das técnicas cirúrgicas, redução do número e gravidade dos acidentes rodoviários, utilização de medicamentos que promovem a produção de células sanguíneas, produção de componentes sanguíneos por engenharia genética (factor VIII recombinante…), recurso à esplenectomia (remoção do baço em casos selecionados de hiperesplenismo), medicação imunossupressora, transplantes de medula óssea, tratamento mais eficaz de leucemias, linfomas e outras neoplasias hematológicas, prevenção da doença hemolítica do recém-nascido e redução acentuada das complicações dos partos, entre outras.

Por outro lado, o aumento do número de idosos, o crescimento exponencial das doenças oncológicas (que obriga ao uso alargado de quimioterapia e radioterapia agressivas) e a sobrevivência de muitos doentes crónicos à custa de transfusões paliativas têm levado ao **aumento das necessidades de sangue**. Em sentido contrário, **as restrições aos dadores de sangue são cada vez mais frequentes**, devido ao número crescente de doentes com infecções crónicas (HIV/sida, hepatite B e C…), ao aparecimento de novas doenças infeciosas (dengue, Zika, Ébola…) e aos hábitos de vida de uma sociedade em que as pessoas viajam muito e por isso se infectam mais e têm de cumprir maiores períodos de quarentena, enquanto dadores.

Enquanto o "sangue artificial" não sair da fase experimental em que se encontra e for uma realidade que consiga suprir todas as necessidades de sangue, temos de continuar a apostar na boa vontade de tantos voluntários que, por todo o mundo oferecem um pouco do seu sangue para bem de quem dele precise.

É necessário manter uma rede de dadores regulares seguros (que garantam a existência de reservas suficientes de sangue e seus componentes para uso corrente e para situações de emergência e possam responder a solicitações específicas e pontuais), sem descurar a captação de dadores ocasionais, alguns dos quais passarão seguramente a dadores regulares.

Não há que ter medo de dar sangue, porque o princípio da protecção da saúde do dador é soberano e os profissionais de saúde que avaliam o dador garantem o seu cumprimento. É mais fácil um dador ser recusado (mesmo que temporariamente) do que aceite até ao esclarecimento de qualquer dúvida sobre a sua capacidade de dar sangue. O sangue faz muita falta, mas nunca deve ser obtido à custa do prejuízo de quem dá. Afinal, **dar sangue faz bem e custa pouco**!

OS "DIAS DO DADOR"

Todos os anos, quase 100 milhões de pessoas em todo o mundo dão mais de 110 milhões de unidades de sangue, o que permite salvar inúmeras vidas e melhorar a saúde e a qualidade de vida de muitos doentes (apesar de ainda haver muitos países nos quais a segurança de todo o processo tem muitas falhas).

Para homenagear e agradecer a todos os dadores de sangue, que ajudam diariamente a salvar vidas dando um pouco de si próprios, comemora-se a 14 de Junho o **Dia Mundial do Dador de Sangue** por iniciativa da **Organização Mundial de Saúde** (OMS) e o patrocínio da **Federação Internacional das Sociedades da Cruz Vermelha e do Crescente Vermelho**, da **Federação Internacional das Organizações de Dadores de Sangue e da Sociedade Internacional da Transfusão de Sangue**. O dia 14 de Junho foi escolhido por ser o dia do nascimento de **Karl Landsteiner,** médico e biólogo austríaco que recebeu em 1930 o Prémio Nobel de Fisiologia ou Medicina pela descoberta, em 1900, do sistema AB0 de classificação dos grupos sanguíneos e que mais tarde, em 1937, descobriu o factor Rhesus, resolvendo o problema das reacções transfusionais que limitavam o desenvolvimento deste ramo da medicina.

Para além de agradecer aos dadores as suas dádivas voluntárias e benévolas, o **Dia Mundial do Dador de Sangue serve ainda para realçar a importância de haver "sangue seguro"**, o que passa pela criteriosa selecção dos dadores, pelo rigoroso processo de colheita, análise, processamento, armazenamento e distribuição do sangue e dos seus componentes.

Neste contexto, **a OMS pretende, a curto prazo, aumentar o número de dadores benévolos regulares** (de modo a garantir reservas suficientes de sangue seguro) e **ocasionais** (de modo a suprir necessidades pontuais em situações de emergência, que afectam cerca de 250 milhões de pessoas por ano) "**seguros**", evitando assim o recurso à recolha remunerada de sangue, que ainda se pratica em alguns países e que acarreta maior risco de transmissão de doenças dos dadores para os receptores, sobretudo de HIV/SIDA, hepatites B e C e sífilis.

Em Portugal, o **Dia Nacional do Dador de Sangue** comemora–se a 27 de Março, considerando o presidente do **Instituto Português do Sangue e Transplantação** (IPST) que a melhor maneira de homenagear os dadores portugueses é aproveitar ao máximo e sem desperdícios o sangue doado.

O IPST é a entidade que regula e garante toda a actividade da medicina transfusional em Portugal, cabendo-lhe, entre outras funções, a promoção da dádiva de sangue, de células, tecidos e órgãos (procurando a autossuficiência nacional) e a garantia dos mais elevados padrões de qualidade e segurança de todo o processo.

O IPST disponibiliza na página da internet "**dador.pt**" informação importante sobre o sangue e a sua doação, nomeadamente os locais em que se pode fazer uma dádiva.

Abraço oceânico

Pombal

FESTAS DO BODO 2017

De origem remota, as tradicionais Festas do Bodo de Pombal perdem-se no tempo. Festa muito querida e participada pelos Pombalences, a sua popularidade mantém-se inalterável, talvez com um espírito já diluído no tempo, pois baseia-se numa lenda que já poucos conhecem os pormenores, mas preservando a tradição de serem as festas mais importantes do concelho de Pombal.

Para além da componente religiosa, cujo ponto alto acontece no domingo com a realização da missa solene e da procissão que percorre as ruas da cidade de Pombal, esta festa tem também um componente lúdico em que se procura oferecer diversões e animação de variadas formas.

Para além destes componentes, a Festa do Bodo é também, desde há alguns anos, um espaço alargado e demonstrativo da atividade económica e cultural desta região bem como, das entidades aqui localizadas.

Desta forma a APPPC, cuja sede nacional está localizada em Pombal, é convidada todos os anos a estar presente num stand em que divulga o seu trabalho e a sua atuação na área que representa.

Este ano mantivemos essa apresentação que mais uma vez agradecemos à Câmara Municipal e ao seu Presidente Dr. Diogo Mateus.

Consideramos muito importante este tipo de iniciativas pois permitem uma divulgação alargada do nosso trabalho, sobretudo junto da população mais jovem, muito frequentadora destes espaços mas pouco alertada e sensibilizada para as patologias cardíacas e sua prevenção.

Também a estimulação elétrica do coração continua a ser novidade para muitos que assim podem tomar contacto com estes temas.

Realizou-se, mais uma vez, nos dias 29 e 30 de Julho

RASTREIO E CAMINHADA "CAMINHE PELO SEU CORAÇÃO"

Realizou-se nos dias 29 e 30 de Julho, em Pombal, um Rastreio e uma Caminhada, inseridos na Festa do Bodo daquela cidade. Este evento, que habitualmente se realiza em Maio, decorreu este ano em Julho, nas referidas Festas do Bodo e teve como slogan "Caminhe pelo seu Coração", uma iniciativa da APPPCDI'S.

Dia 29 o Rastreio decorreu no Jardim do Cardal, onde se encontravam profissionais de saúde do Hospital Leiria/Pombal a que se juntaram este ano, membros da Associação de Pessoal do Centor de Saúde de Pombal que colaboraram na medição da tensão arterial e glicémia.

O rastreio foi bastante bem sucedido pois foram rastreadas quase 100 pessoas.

Dia 30, no mesmo local pelas 10 horas, concentraram-se os participantes da caminhada, que percorreu a Urbanização das Cegonhas, seguindo em direção ao Parque Verde da Cidade. Finalmente regressou ao Jardim do Cardal onde se efetuou uma aula coletiva de relachamento com a orientação do Professor de Educação Física Fernando Estrela. Mais uma vez a APPPCDI'S contou com a participação de inúmeros associados provenientes de Pombal, mas também de outros locais do país. A aula de relachamento foi igualmente animada e muito participada mostrando o empenho de todos na promoção da atividade física e no combate aos fatores de risco das doenças cardiovasculares. No final todos estavamos muito cansados e cheios de apetite, tendo-se seguido o almoço onde todos repuseram energias. Este tipo de iniciativas, muito elogiadas por todos, são um estimulo para que os hábitos de vida saúdável que tanto preconizamos, entrem no dia-a-dia de cada um de nós.

Agradecemos mais uma vez o apoio da Câmara Municipal de Pombal e do seu Presidente Dr. Diogo Mateus; do Hospital Leiria / Pombal, na pessoa do seu Presidente do Conselho de Administração, Dr. Helder Roque, bem como às Sr.as Enfermeiras: Otilia Fernandes - Chefe de Enfermagem, Luisa Meco, Carla Costa e Alexandra Teixeira do referido hospital, também às enfermeiras da Associação Pessoal Centro Sáude de Pombal, Gina Martins e Luísa Erse, que participaram no rastreio realizado no dia 29 de Julho, tendo-se disponibilizado também para acompanharem a caminhada do dia 30 de Julho.

A APPPCDI'S integra o projeto "MAIS PARTICIPAÇÃO, melhor saúde" que, ao longo do último ano participou no desenvolvimento da «Carta para a Participação Pública em Saúde», a qual pretende promover a participação das pessoas que vivem com ou sem doença e dos seus representantes na tomada de decisão em saúde, tanto a nível político, como institucional.

A participação dos/as cidadãos/ãs, pessoas com ou sem doença, e das organizações que os/as representam é, tal como o direito à proteção da saúde, um direito fundamental, consagrado na Constituição da República Portuguesa.

Para além do direito à participação, o contributo dos/as cidadãos/ãs, enquanto pessoas que vivem com doença, utentes dos serviços de saúde ou consumidores de cuidados de saúde, e das organizações que os/as representam é extremamente relevante e, por isso, indispensável. A experiência adquirida sobre a doença, os cuidados de saúde e as instituições de saúde, dão-lhes um conhecimento único, com o qual podem contribuir para a tomada de decisão em saúde.

A participação dos cidadãos/ãs e das organizações representativas permite ainda adequar os cuidados de saúde às suas prioridades e necessidades, aumentando a qualidade da tomada de decisão, contribuindo para melhores resultados em saúde e reforçando também a legitimidade e a transparência dos processos de decisão.

Recentemente, o projeto "MAIS PARTICIPAÇÃO, melhor saúde" promoveu um inquérito sobre participação em saúde, com mais de 600 cidadãos/ãs e 68 organizações de pessoas com doença, utentes de saúde e consumidores. Foi unânime a concordância com o envolvimento das pessoas que vivem com doença, mas também com a necessidade de ultrapassar as barreiras existentes.

Para que, em Portugal, o envolvimento efetivo dos/as cidadãos/ãs na tomada de decisão em saúde seja uma realidade solicitamos que seja promovida uma iniciativa legislativa que institua a "Carta para a Participação Pública em Saúde" (disponível em www.participacaosaude.com/carta-participacao-publica-em-saude), da qual são signatárias muitas organizações de pessoas com e sem doença e várias cidadãos/ãs com intervenção reconhecida na área da saúde e da participação pública.

ASSINE A PETIÇÃO ONLINE EM

PETICAOPUBLICA.COM/PVIEW.ASPX?PI=MAISPARTICIPACAO

Carta para a Participação Pública em Saúde

Todas as pessoas com ou sem doença – incluindo os seus representantes – têm direito a participar no processo de tomada de decisão em saúde (1), sendo o aprofundamento da democracia participativa[1] e o incentivo à participação democrática dever cidadão/ãs[2], assim como a gestão participada do SNS[3], consagrados na Constituição da República Portuguesa. No entanto, as pessoas com ou sem doença e seus representantes, não só têm o direito de ser envolvidos, como o seu contributo é relevante e necessário, porque têm um conhecimento experiencial único sobre o sistema de saúde, os cuidados de saúde e a doença (2–7). Neste contexto, as organizações de pessoas com doença, utentes de saúde e/ou consumidores têm também um importante papel na representação e defesa dos direitos e interesses dos seus membros (1,8).

A participação pública reforça a legitimidade, transparência, e responsabilidade do sistema de saúde (1,9,10). Por outro lado, responde também ao objetivo de adequar e alinhar a política e a prestação de cuidados de saúde, de acordo com as prioridades e necessidades não satisfeitas das pessoas e com as preferências individuais e coletivas (11–13), aumentando a qualidade dos processos de tomada de decisão em saúde (2,14–16). Desta forma, a participação das pessoas com ou sem doença e dos seus representantes na tomada de decisão contribui para: i) a orientação do sistema de saúde para a pessoa com ou sem doença, ii) a qualidade, aceitação e eficácia das políticas e programas de saúde, iii) a obtenção de melhores resultados em saúde, iv) a melhoria e o aumento da aceitabilidade das decisões, v) a melhoria da comunicação entre o sistema de saúde e cidadãos/ãs, vi) o reequilíbrio da relação entre oferta e procura, vii) a valorização da responsabilidade e autonomia dos cidadãos, viii) a contribuição para a definição de políticas de saúde e de prioridades, ix) o favorecimento do envolvimento nas atividades de promoção da saúde, x) a legitimidade das decisões sobre questões complexas relativas tanto à avaliação custo-efetividade de determinadas intervenções como aos dilemas éticos colocados pelas inovações tecnológicas (1,3,17).

Várias entidades[4] têm vindo a defender a necessidade de assegurar a participação pública no âmbito dos sistemas de saúde. São também vários os exemplos de iniciativas no sentido de promover uma maior e melhor participação na tomada de decisão em saúde, tanto a nível da União Europeia, como dos Estados Membros e também fora da Europa[5].

Em Portugal, tanto o Plano Nacional de Saúde (PNS) 2004-2010 (18), como o de 2012-2016 (8) e a revisão e extensão a 2020 (19), contemplam o envolvimento e a participação nas decisões como um direito dos/as cidadãos/ãs, e como uma das estratégias chave a implementar para maximizar os ganhos em saúde. Salientam ainda a responsabilidade e o importante papel que as organizações de pessoas com doença, utentes de saúde e/ou consumidores têm na representação dos interesses destes, no seu envolvimento e na promoção da literacia e sua capacitação e empoderamento. No entanto, embora existam já algumas iniciativas institucionalizadas de participação na área da saúde em Portugal[6], a Organização Mundial de Saúde (OMS) (20,21) tem vindo a referir que essa participação se tem revelado ativa e insuficiente, recomendando um envolvimento mais eficaz das pessoas com ou sem doença na decisão em saúde (i.e., mais precoce e em diferentes momentos, mais abrangente e mais consistente), incluindo no âmbito da atividade governamental.

[1] Artigo 2.º da Constituição da República Portuguesa.
[2] Alínea c) do artigo 9.º da Constituição da República Portuguesa.
[3] N.º 4 do artigo 64.º da Constituição da República Portuguesa.
[4] European Patients' Forum (22,23), International Alliance of Patients' Organizations (12), Active Citizenship Network(24), Conselho da Europa (1), Comissão Europeia (24,25), Organização Mundial de Saúde (26,27), Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (28)
[5] Conselhos de saúde – Austrália (29), Brasil (30), Espanha (31), Canadá (32) e Reino Unido (33-34).
Comités consultivos locais – Itália (Emilia-Romagna) (35)
Consultas públicas – EUA (Oregon) e Canadá (Ontário) (36)
Conferências regionais de saúde – França (37).
Avaliação de tecnologias de saúde – Reino Unido (National Institute for Health and Care Excellence: conselho de cidadãos, conferências e grupos de trabalho, consultas públicas, etc.) (34,38-39).
Autorização de novos medicamentos – União Europeia (Agência Europeia do Medicamento: comités científicos, grupos de acompanhamento científico, Patients' and Consumers' Working Party, etc.) (40), e EUA (Food and Drug Administration: Patient Representative Program) (41).
[6] Por exemplo, Conselhos de Comunidade dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES), Conselhos Consultivos dos Hospitais, Comissão de Ética para a Investigação Clínica (CEIC) e, mais recentemente, no âmbito do Sistema Nacional de Avaliação de Tecnologias de Saúde (SNATS).

CARTA PARA A PARTICIPAÇÃO PÚBLICA EM SAÚDE

VISÃO

MAIS PARTICIPAÇÃO, melhor saúde.

MISSÃO E OBJETIVOS

A Carta para a Participação Pública em Saúde pretende fomentar a participação por parte das pessoas com ou sem doença e seus representantes, nas decisões que afetam a saúde da população, bem como incentivar a tomada de decisão em saúde assente numa ampla participação pública.

A Carta pretende ainda promover e consolidar a participação pública a nível político e dos diferentes órgãos e entidades do Estado, em Portugal, através do aprofundamento dos processos de participação já existentes e da criação de novos espaços e mecanismos participativos.

Desta forma, a Carta contribuirá para:

- Promover e defender os direitos das pessoas com ou sem doença, nomeadamente, de proteção da saúde, de informação e de participação;
- Informar as entidades públicas sobre as prioridades, necessidades e preocupações das pessoas com ou sem doença e seus representantes;
- Tornar as políticas de saúde mais eficazes e, consequentemente, obter melhores resultados em saúde;
- Promover a transparência das decisões e a prestação de contas por parte de quem decide;
- Aproximar o Estado e a sociedade civil, aprofundando o diálogo e a interação regular entre ambos.

PRINCÍPIOS

A participação pública em saúde deve assentar nos seguintes princípios:

- Reconhecimento da participação pública como direito das pessoas com ou sem doença e seus representantes;
- Reconhecimento das pessoas com ou sem doença e seus representantes como parceiros nos processos de tomada de decisão;
- Reconhecimento da importância do conhecimento e da experiência específicos da pessoa com ou sem doença;
- Autonomia e independência das pessoas com ou sem doença e seus representantes nos processos participativos;
- Transparência e divulgação pública dos processos participativos;
- Criação das condições necessárias à participação;
- Complementaridade e integração entre instituições e mecanismos da democracia representativa e da democracia participativa.

ÂMBITO

A participação pública das pessoas com ou sem doença e seus representantes compreende a tomada de decisão no âmbito da política de saúde e outras políticas relacionadas, tanto ao nível do(s) respetivo(s) Ministério(s) (incluindo os serviços integrados na administração direta ou indireta do Estado, órgãos consultivos e outras entidades relacionadas com a saúde), como da Assembleia da República (e Conselhos Nacionais na área da saúde que funcionam junto desta) e também dos órgãos do poder local.

A participação pública das pessoas com ou sem doença e seus representantes abrange, nomeadamente, as seguintes áreas:

- Plano Nacional de Saúde e programas de saúde;
- Gestão do Serviço Nacional de Saúde (incluindo recursos humanos, materiais e financeiros) e organização da prestação dos cuidados de saúde (ACES e hospitais);
- Orçamento do Estado para a Saúde;
- Avaliação de tecnologias de saúde;
- Avaliação da qualidade em saúde;
- Normas e orientações;
- Ética e investigação em saúde;
- Direitos das pessoas com ou sem doença e seus representantes.

LINHAS ORIENTADORAS

Os processos participativos no âmbito da tomada de decisão em saúde devem respeitar as seguintes orientações:

A) Representatividade e elegibilidade

- Envolvimento de todas as partes interessadas e afetadas, incluindo as mais vulneráveis;
- Garantia da diversidade e paridade nos processos participativos;
- Estabelecimento de critérios transparentes de escolha das pessoas e organizações que participam;
- Rotatividade das pessoas e organizações que participam.

Processo

- Dinamização de processos verdadeiramente participativos e democráticos;
- Formalização dos processos participativos;
- Diversificação das formas e oportunidades de participação;
- Implementação de mecanismos adaptados a populações específicas;
- Promoção da autonomia e da independência dos processos participativos e das pessoas e organizações que participam, evitando a cooptação pelo sistema;
- Acompanhamento permanente dos processos participativos e dos seus resultados, envolvendo as próprias pessoas e organizações que participam;
- Integração entre processos participativos municipais, regionais e nacionais, quando existem.

Informação e transparência

- Divulgação pública e em tempo útil de informação relevante sobre saúde e os processos de participação (oportunidades, critérios, formas, resultados, conclusões, etc.), em linguagem simples, objetiva e em formatos acessíveis;
- Elaboração de um relatório anual sobre a participação pública em saúde, envolvendo as próprias pessoas e organizações que participam.

Condições para participação

- Disponibilização dos recursos humanos, materiais e financeiros necessários à participação;
- Eliminação das barreiras financeiras, geográficas e/ou culturais e linguísticas à participação;
- Desenvolvimento de ferramentas necessárias para envolver amplamente as pessoas com ou sem doença e seus representantes;
- Incentivo e promoção de ações e programas de apoio institucional, formação e qualificação em participação pública para decisores, profissionais de saúde, pessoas com ou sem doença e seus representantes.

Investigação e cooperação

- Desenvolvimento de programas de investigação sobre a participação pública e os mecanismos mais eficazes para assegurar a participação na tomada de decisão em saúde, envolvendo as próprias pessoas e organizações que participam;
- Dinamização da cooperação internacional na área da participação pública em saúde, através da partilha de conhecimento e ferramentas, incluindo boas práticas para a participação das pessoas com ou sem doença e seus representantes.

FORMAS DE PARTICIPAÇÃO

A participação pública na tomada de decisão em saúde deve contemplar mecanismos de participação presencial e remota, quer de iniciativa das instituições do Estado, quer das pessoas e organizações que participam.

A participação pública deve ainda ser operacionalizada de forma sistemática, através de mecanismos diversos, de forma a ir ao encontro das especificidades de todas as partes interessadas e aptas a promover uma participação ampla e diversificada, nomeadamente, através de:

- Reuniões públicas;
- Audições públicas;
- Consultas públicas;
- Representação em conselhos consultivos, comissões ou grupos de trabalho especializados ou setoriais, no âmbito da política de saúde e políticas relacionadas, tanto a nível nacional, como regional e municipal;
- Conselhos da comunidade, junto das diversas entidades e serviços relevantes no âmbito da política de saúde e políticas relacionadas;
- Comissões de utentes;
- Conselhos Municipais de Saúde;
- Conselho Nacional para a Participação em Saúde;
- Fórum Nacional sobre Participação em Saúde;
- Plataformas digitais para a participação pública em saúde.

Para além dos mecanismos mencionados, deve ser sempre contemplada a possibilidade de, a qualquer momento, serem criadas e experimentadas novas formas de participação pública.

CARTA PARA A PARTICIPAÇÃO PÚBLICA EM SAÚDE

SIGNATÁRIOS/AS

Organizações do projeto MAIS PARTICIPAÇÃO, melhor saúde

GAT - Grupo de Ativistas em Tratamentos (Promotor)

Aliança Portuguesa de Associações das Doenças Raras

Alzheimer Portugal - Associação Portuguesa de Familiares e Amigos de Doentes de Alzheimer

Associação Nacional dos Doentes com Artrite Reumatóide (ANDAR)

Associação Nacional AVC (Acidentes Vasculares Cerebrais)

Associação Portuguesa de Doentes de Parkinson (APDPk)

Associação Portuguesa de Portadores de Pacemakers e CDIs (APPPCDIS)

Associação Portuguesa para a Defesa do Consumidor (DECO)

Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal (APDP)

CASO - Consumidores Associados Sobrevivem Organizados

Centro de Estudos Sociais (CES) da Universidade de Coimbra

EUTIMIA - Aliança Europeia Contra a Depressão em Portugal

Liga Portuguesa Contra as Doenças Reumáticas (LPCDR)

Liga Portuguesa Contra o Cancro (LPCC)

RESPIRA - Associação Portuguesa de Pessoas com DPOC e outras Doenças Respiratórias Crónicas

SIGNATÁRIOS/AS (cont.)

Outras organizações de pessoas com ou sem doença

ABRAÇO - Associação de Apoio a Pessoas com VIH/SIDA

Acreditar - Associação de Pais e amigos de Crianças com Cancro

ADZC - Associação dos Diabéticos da Zona Centro

APUA - Associação de Familiares, Utentes e Amigos do Hospital de Magalhães Lemos

Associação de Mulheres com Patologia Mamária

Associação de Surdos do Porto

Associação Existências

Associação IPA/APSIA

Associação Nacional de Doentes com Artrite e Reumatismos da Infância (ANDAI)

Associação Nacional de Esclerose Múltipla (ANEM)

Associação para o Planeamento da Família (APF)

Associação Passo a Passo

Associação Portuguesa de Apoio à Mulher com Cancro da Mama (APAMCM)

Associação Portuguesa de Doença Inflamatória do Intestino (APDI)

Associação Portuguesa de Celíacos (APC)

Associação Portuguesa de Obesos-Mente-Tronco

Associação Portuguesa de Doentes com Fibromialgia

Associação Portuguesa de Doentes com Hidradenite Supurativa

Associação Portuguesa de Doentes da Próstata

Associação Portuguesa de Gagos (APG)

Associação Portuguesa de Insuficientes Renais (APIR)

Associação Portuguesa de Jovens com Fibromialgia (APJOF)

Associação Portuguesa de Neuromusculares (APN)

Associação Portuguesa de Profissionais de Saúde em Reumatologia

Associação Portuguesa de Saúde, Higiene e Segurança no Trabalho para o Desenvolvimento e Cooperação Internacional (APSHSTDC)

Associação Portuguesa para as Doenças Congénitas do Citoesqueleto (APCDC)

Associação Positivo

Câmara Municipal de Lisboa

Associação de Apoio aos Doentes Depressivos e Bipolares (ADEB)

Associação de Diabéticos do Concelho de Alenquer

Associação de Doentes com Lúpus

Associação de Jovens Diabéticos de Portugal (AJDP)

SIGNATÁRIOS/AS (cont.)

- Debra Portugal - Associação Portuguesa de Epidermólise Bolhosa
- Centro de Apoio, Treinamento e Recuperação, IPSS
- ENCONTRAR+SE - Associação para a Promoção da Saúde Mental
- Europacolon Portugal - Apoio ao Doente com Cancro Digestivo
- Sentido de Si - Associação de Saúde Mental
- SER+ - Associação Portuguesa para a Prevenção e Desafio à Sida
- Sindicato Dos Trabalhadores Da Administração Pública
- Sociedade Portuguesa de Diabetologia
- EVITA - Associação de Apoio a Portadores de Alterações nos Genes Relacionados com Cancro Hereditário
- Federação das Associações Portuguesas de Paralisia Cerebral
- Federação Nacional de Voluntariado em Saúde
- FEDRA - Federação de Doenças Raras de Portugal
- Sociedade Portuguesa de Reumatologia
- Sociedade Portuguesa para a Qualidade na Saúde
- SOS Hepatites
- Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados São Sebastião
- Fundação Portuguesa "A Comunidade Contra a SIDA"
- Fundação Professor Francisco Pulido Valente
- Hepatrix - Associação Nacional das Crianças e Jovens Transplantados ou com Doenças Hepáticas
- Médicos do Mundo
- Unidades de Saúde Familiar Associação Nacional (USF-AN)
- Viva Mulher Viva Associação
- MoveAfar - Movimento de Apoio a Laringectomizados (LPCC-HR-SvI)
- Mulherendo - Associação Portuguesa de Apoio a Mulheres com Endometriose
- Associação Nacional contra a Fibromialgia e Síndrome de Fadiga Crónica
- Opus Gay
- OUVIR - Associação Portuguesa de Portadores de Próteses e Implantes Auditivos
- Plataforma Saúde em Diálogo
- PSO Portugal - Associação Portuguesa de Psoríase
- Raríssimas - Associação Nacional de Deficiências Mentais e Raras

Cidadãos/ãs (a título individual)

Alexandre Castro Caldas
Alexandre Lourenço
Alexandre Quintanilha
Ana Figueiras
Ana Jorge
Ana Maria Pires
Ana Paula Martins
António Arnaut
António Correia de Campos
Armando Baltazar
Boaventura de Sousa Santos
Clara Carneiro
Constantino Sakellarides
Francisco Antunes
Giovanni Allegretti
Guadalupe Simões
Helena Roseta
Isabel do Carmo
João Afonso
João Rodrigues
João Semedo
José Aranda da Silva
José Manuel Boavida
Júlio Machado Vaz
Luís Mendão
Margarida França
Maria Augusta Sousa
Marina Mateus
Maria Ferreira
Nelson Dias
Pedro Lopes Ferreira
Ricardo Baptista Leite

CARTA PARA A PARTICIPAÇÃO PÚBLICA EM SAÚDE

ANEXO

Critérios de Elegibilidade para a Representação das Pessoas com ou sem Doença no âmbito da Decisão em Saúde, em Portugal

As organizações de pessoas com doença, utentes de saúde e/ou consumidores, envolvidas nas atividades do Ministério da Saúde/Serviço Nacional de Saúde (SNS), devem cumprir os seguintes critérios:

Estatuto legal

A organização deve estar constituída nos termos da lei geral, ser dotada de personalidade jurídica, desenvolver a sua atividade sem fins lucrativos, estar registada em Portugal e ser devidamente reconhecida, nos termos da legislação em vigor.

Missão e objetivos

A missão e objetivos da organização devem estar definidos de forma clara nos seus estatutos e demonstrar o interesse concreto da organização na defesa dos direitos e dos interesses dos doentes, dos utentes dos serviços de saúde ou dos consumidores, consoante se trate, respetivamente, de uma associação de doentes, de utentes ou de consumidores.

Atividades

Entre as atividades desenvolvidas pela organização, devem incluir-se atividades relacionadas com a área da saúde, as quais devem estar documentadas nos relatórios de atividades.

Representação

A organização deve representar e defender os interesses e os direitos das pessoas com doença, utentes de saúde e/ou consumidores (consoante se trate, respetivamente, de uma associação de pessoas com doença, de utentes ou de consumidores) e, preferencialmente, de âmbito nacional. A organização deve ainda demonstrar que cumpre pelo menos um dos seguintes critérios:

- A maioria dos membros voluntários da organização são:
  - pessoas com doença/utentes dos serviços de saúde/consumidores,
  - seus cuidadores ou representantes legais,
  - outras pessoas afetadas,
  - ou respetivas organizações (no caso de organizações "chapéu") com o poder de nomear e eleger os órgãos sociais da organização;

CARTA PARA A PARTICIPAÇÃO PÚBLICA EM SAÚDE

- A maioria dos membros dos órgãos sociais da organização são
  - pessoas com doença/utentes dos serviços de saúde/consumidores,
  - seus cuidadores ou representantes legais,
  - outras pessoas ligadas,
  - ou respetivas organizações (no caso de organizações "chapeu")
- A organização tem uma estrutura de governação que garante que é orientada para e pelas pessoas com doença/utentes dos serviços de saúde/consumidores, ou seja, que as necessidades e pontos de vista daqueles orientam de forma significativa, a estratégia, políticas e atividades da organização e que esta é capaz de representar as suas necessidades e os seus pontos de vista.

Estrutura democrática

A organização deve ter órgãos sociais eleitos pelos seus membros. A organização deve ainda assegurar o diálogo e a partilha de informação nos dois sentidos – de e para os seus membros – de forma a garantir a efetiva participação destes nos processos de decisão.

Responsabilidade

As declarações e opiniões da organização devem refletir as opiniões dos seus membros, as quais devem ser consultados regularmente e de forma apropriada.

Transparência

A organização deve publicar no seu website: os seus estatutos registados; os relatórios de gestão e contas, acompanhados da informação sobre as suas fontes de financiamento, tanto públicas como privadas, incluindo o nome das entidades e a respetiva contribuição, quer em termos absolutos, quer em termos de percentagem do orçamento total da organização; e os relatórios de atividades. A organização deve ainda seguir um código de conduta/política de regulação da sua relação e independência relativamente aos financiadores e a outras entidades públicas ou privadas.

No último verão, foi publicado o Decreto-Lei n.º 49/2016, que criou um órgão especialmente importante no que tange à definição de políticas de saúde.

O CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE

O Conselho Nacional de Saúde é um órgão independente, de consulta do Governo na definição de políticas de saúde. Tal órgão foi criado no contexto do compromisso do XXI Governo Constitucional que visa o reforço do poder do cidadão no Serviço Nacional de Saúde.

Pretende-se assim garantir a participação dos cidadãos utilizadores do Serviço Nacional de Saúde na definição das políticas, contando com a intervenção das autarquias e dos profissionais, bem como das universidades e institutos superiores politécnicos, para além de representantes indicados pela Comissão Permanente da Concertação Social, Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida e das Regiões Autónomas, como forma de promover uma cultura de transparência e prestação de contas perante a sociedade.

ELEIÇÃO DE MEMBROS PARA O CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE

«Resolução da Assembleia da República n.º 80/2017 - aprovado em 11 de maio de 2017

A Assembleia da República resolve, nos termos do n.º 5 do artigo 166.º da Constituição, e da alínea b) do n.º 1 e do n.º 2 do artigo 5.º do Decreto-Lei n.º 49/2016, de 23 de agosto, eleger como membros do Conselho Nacional de Saúde, os seguintes representantes dos utentes:

Efetivos

APSA – Associação Portuguesa de Síndrome de Asperger.
Associação Protetora dos Diabéticos de Portugal.
Familiarmente – Federação Portuguesa das Associações das Famílias de Pessoas com Experiência de Doença Mental.
GAT – Grupo de Ativistas em Tratamentos.
Liga Portuguesa contra o Cancro.
MUSP – Movimento de Utentes de Serviços Públicos.

Suplentes:

Europacolon Portugal – Apoio ao Doente com Cancro Digestivo.
ANDAR – Associação Nacional de Doentes com Artrite Reumatoide.
Plataforma Lisboa em Defesa do Serviço Nacional de Saúde.
Raríssimas – Associação Nacional de Deficiências Mentais e Raras.

Associação Portuguesa
de Portadores de Pacemakers e CDI' s

XI COLÓQUIO NACIONAL

Museu Monográfico de Conimbriga
Auditório

24.SETEMBRO.2017

10h00 **Abertura do XI Colóquio Nacional da Associação Portuguesa de Portadores de Pacemaker e CDI'S**
Dr. Nuno Moita da Costa Presidente da Câmara Municipal de Condeixa

10h10 **Fibrilhação Auricular: da Prevenção ao Tratamento**
Dr. Victor Sanfins - Hospital Sr. Da Oliveira Guimarães

10h30 **Monotirização Remota de Dispositivos Cardiacos, Implantáveis**
Dr. Guilherme Portugal - Hospital Santa Marta Lisboa

10h50 **Dispositivos Cardiacos Eletrónicos: Interferências e Disfunção**
Cristina Rodrigues - Cardiopneumologista do CHUC
Cardiologia B - Hospital dos Covões Coimbra

11h10 **Associação Respira - Doenças Respiratórias Crónicas**
Dr. Isabel Saraiva - Vice Presidente da Direção Respira

11h30 **Intervalo - Coffee Break**

11h45 **Ativismos em Saúde: Potencialidades e Desafios**
Prof. Dr. Ana Raquel Matos - Investigadora do Centro de Estudos Sociais da Univercidade de Coimbra

12h05 **Rede Académica das Ciências da Saúde da Comunidade de Países de Lingua Portuguesa - RACS.**
Prof. João Lobato - Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa

12h20 **Dr. Virgílio Chambel - Presidente da Assembleia Geral da APPPCDI'S**

12h40 **Encerramento: António Gomes - Presidente da Direção Nacional da APPPCDI'S**

13h00 **Almoço Convívio - Restaurante do Museu Monográfico de Conímbriga**
Visita ás Ruinas e ao Museu Monográfico de Conimbriga

APOIOS

CONDEIXA MUNICÍPIO · CONIMBRIGA RUINAS MUSEU MONOGRÁFICO · Medtronic · LivaNova SORIN GROUP · Boston Scientific Advancing science for life · St. Jude Medical · J. COSTA ESTORES

Inscrições para o Almoço Convívio e Autocarro até dia 18 de Setembro
08h45 – Autocarro junto à Biblioteca Municipal de Pombal
Tlms.: 914 855 843 – 910 916711 • geral@apppc.pt • www.apppc.pt

Evento aberto a todo o público

Artigo

FOGO QUE ARDE MAS NÃO MATA A ALMA DE UM POVO...

Dr. Virgílio Chambel Coelho
Advogado

Meus Caros,

É certo que importaria dar nota das actividades, participações e outras notícias sobre a nossa associação, mas também é importante que saibamos estar presentes noutros aspectos da vida do nosso Pais e principalmente acompanhar o sentir, o nosso sentir, sobre as tragédias que têm assolado o País. Por isso, gostaria de dividir convosco uma breve reflexão sobre as origens do Fogo e os malefícios do mesmo ao longo dos tempos e a situação presente.

Segundo se diz, somos um Povo com sentimentos derrotistas, com a tristeza sempre á flor da pele, daí expressarmo-nos através do Fado. Triste, melancólico, que canta as tristezas, histórias de desamores, desgraças, mas que também sabe ser profundo, sonhador e cantar a alma e o sentir de um Povo.

Será que existe um sentimento geral de fatalismo? será que não conseguimos como Povo olhar para as coisas e vê-las de uma forma positiva? será que não conseguimos valorizar o que é nosso? será que não conseguimos dar importância á nossa história? aos nosso feitos? e aos feitos dos nossos?

Será que não podemos ter "coisas boas" será que não podemos gerir os melhores dias e tirar partido de uma forma plena de uma vida colectiva um pouco melhor? será que não conseguimos ou não podemos ser felizes?

Será que existe esse mesmo sentimento geral de fatalismo?

Julgo que de algum modo, somos um povo especial, e que muitas vezes não consegue conviver com o que é bom. Que, por qualquer razão, quando se vislumbra uma melhoria na vida e na sociedade em geral, ocorrem, ou têm de ocorrer tragédias e desgraças. Talvez a propensão para esse fatalismo conduza a atitudes inconscientes nesse sentido.

Será que somos demasiados permissivos, sem visão nem responsabilização de quem tem poderes para gerir os nossos destinos, o destino de um País?

Em épocas de crises, é quando vislumbramos as nossas assimetrias, atrasos até, falta de rigor, visão, empenhamento e condições para evoluir, desenvolver, melhorar, desde infra-estruturas até á preservação do que é genuinamente nosso, da nossa natureza, das nossas raízes, da nossa identidade. Um Pais que não consegue preservar o que é do Povo, não é seguramente um Pais com homens de visão ao leme. Mas o Povo também tem de ser responsável, procurando evoluir sempre no sentido de preservar o que é dele, aprendendo, trabalhando e defendendo o que lhe pertence. Mas sempre com responsabilidade.

Em todas as áreas da nossa vida social e da nossa organização social, vemos graves deficiências, atrasos, maus funcionamentos, colocação de pessoas nas franjas da sociedade, sem a protecção devida e necessária, muitas das vezes por falta de meios. Veja-se na área da saúde, onde se conseguiu implementar um Serviço Nacional de Saúde no meio da insanidade e inexistência completa de um sistema de saúde, e depois não se consegue valorizá-lo sem que com isso se deixe de ser crítico, actuante, atento e defensor do mesmo com "unhas e dentes", mas devem ser valorizados os seus princípios, as suas alterações no tecido social e quem trabalha e luta nele.

O mesmo ocorre no nosso sistema de protecção social, agora no combate aos incêndios.

Mas, a verdade, é que o tal sentimento de desgraça de que não podemos ter coisas boas, de que as coisas não podem correr, está instalado em nós!

A sociedade Portuguesa, quer se queira quer não se queira, e independentemente da coloração política de cada um, ultrapassou a crise. Não só do ponto de vista económico, mas do ponto de vista do sentimento comum e em geral. Somos uma sociedade mais distendida, mais optimista, mais aberta, de certo modo mais alegre.

E, eis que no meio desse sentimento e vivência que se estava a sentir, até da existência visível de afectos, eis que começam a surgir tragédias atrás de tragédias, quer provocadas pela natureza quer pelo mau e criminoso instinto humano. Não podemos estar melhores!

É certo que é no meio dessas tragédias que são visíveis as deficiências, e vêm á superfície os desgovernos, a falta de rigor na administração da coisa pública, a irresponsabilidade de quem manda a nível local, nacional e nos órgãos ou instituições que devem garantir a segurança, bem estar, e principalmente a prevenção. Mas não se pode deixar de fora os particulares, o Povo. Se somos um Povo generoso – na tal hora da fatalidade! - também seguramente temos irresponsabilidades na administração das coisas suas (limpeza das propriedades; organização da floresta; controlo ou descontrolo das negociatas; construções ilegais etc.).

Não nos podemos esquecer que noutros países mais desenvolvidos economicamente têm existido tragédias em redor e pelo fogo destemido e horrível que tudo devasta e mata desordenadamente, e ao longo da história têm acontecido.

Seguramente, as tragédias podem servir (infelizmente "elas têm de acontecer" para se estudar, legislar e tentar alterações) para se verem as deficiências, negociatas, tudo o que de mau possa existir, mas também o bom (a entre ajuda; a solidariedade; o esforço e dedicação de um mar de gente e profissionais) sou daqueles que entendo não ser necessário errar abruptamente e irresponsavelmente, ou ser necessário existirem tragédias para se verem e resolverem problemas. Infelizmente, quase sempre assim sucede. Esperamos que não se repitam, com a violência o desespero e as consequências gravosas tendo no limite a morte. Mas não só a morte de pessoas. Outras mortes sucederam, e não falo só das físicas ou corpóreas, mas sim das outras, as não visíveis. O desespero, o medo, o arreigar do fatalismo mas principalmente a morte da alegria e bem estar, a morte da confiança e fé nos homens, no mundo e a fé.

Historicamente, podemos dizer, sem margem para dúvidas que a origem da sociedade humana, como a conhecemos actualmente, ocorreu a partir do momento em que o Homem passou a dominar o fogo. Antes do domínio do fogo, o Homem vivia de maneira similar às demais espécies animais, com uma incipiente capacidade de comunicação e com uma pequena organização social – reflexos de um intelecto pouco desenvolvido. A partir do domínio do fogo o cérebro humano desenvolveu-se abruptamente, proporcionando um salto qualitativo na nossa vida.

Antes das técnicas de controle e propagação do fogo, o Homem estava sujeito a ter e utilizar esse elemento apenas quando ocorriam queimadas por causas naturais, especialmente pelas descargas eléctricas dos raios.

O domínio do fogo permitiu inúmeros avanços, dentre os quais: possibilitou que os grupos familiares estivessem activos durante a noite; permitiu o preparo de alimentos e bebidas; foi usado em caçadas e no afugentamento de animais e grupos rivais; passou a ser empregado na agricultura e pecuária, servindo para limpeza de áreas; e foi amplamente empregado na fundição de metais. Além da grande importância do fogo através de seus múltiplos usos na actividade prática do dia-a-dia do Homem deve-se considerar também um outro aspecto extremamente relevante em relação ao fogo e a História da humanidade, que se trata de seu valor simbólico para diferentes povos e culturas.

O fogo não fala aos animais, mas, fala ao homem. Ante o fogo, o animal se espanta e foge, mas o homem espanta-se e aproxima-se. É que entre ele e o fogo, há alguma coisa que os irmana. Em todos os povos, o fogo é objecto de culto, e do culto mais profundo. **É o homem o único ser que se apropria do fogo e o domina, sem dominá-lo. Misto de bem e de mal, o homem dirige-o apenas buscando-lhe o bem que ele oferece**.

O culto do fogo encontramo-lo em todos os povos, nos lares, nas lareiras dos romanos, nas nossas noites de São João, em todos os rituais à volta do fogo, dos diversos povos. É a chama mantida pelas vestais, a chama dos lares, que simboliza a família. E a casa em que o fogo morreu e se extinguiu, perdeu a sua potência, por isso ainda conservamos, sem bem compreender o seu significado, o fogo aceso nas igrejas, as piras dos atletas, as velas acesas dos templos, como encontramos também as flamires dos romanos, a vesta, o fogo do Estado, cujas sacerdotisas, as vestais, amparavam e serviam.

O fogo do lar recebe seu culto por motivos sociais. É considerado como um ser de natureza superior, ao qual se oferecem também oferendas de alimentos, e o qual era conservado com respeito, e honrado com cerimônia, sobretudo nas festas de casamento, onde devia acender-se o fogo de um novo lar. O culto do fogo, como grande força elementar, parece que não é separável do culto ao sol, até tal ponto que as festas do sol e da vida eram ao mesmo tempo festas do fogo.

Na doutrina Hindu, que lhe confere fundamental importância. **Agni, Indra e Surya** são os fogos dos mundos **terrestre, intermediário e celeste** (ou seja, o **fogo comum, o raio e o Sol**). Além disso, existem ainda dois fogos: O da penetração ou absorção (Vaishvanara), e o da destruição (outro aspecto de Agni).

Na Bíblia Sagrada, existem dezenas de referências ao fogo, muitas das quais o tratando de forma simbólica. Uma das mais marcantes referências do fogo na Bíblia trata-se da sua associação à presença Divina na vida do cristão. Logo após a crucificação e ascensão de Cristo aos céus os apóstolos permaneceram reunidos em oração. Naquele momento de intensa devoção todos foram cheios da presença do Espírito Santo que estava manifesto sobre suas cabeças como pequenas labaredas de fogo (ver Atos dos Apóstolos 02: 2-4).

O símbolo do fogo **purificador e regenerador** desenvolve-se do Ocidente ao Japão. A liturgia católica do fogo novo é celebrada na noite de Páscoa. Há ainda as línguas de fogo do Pentecostes.

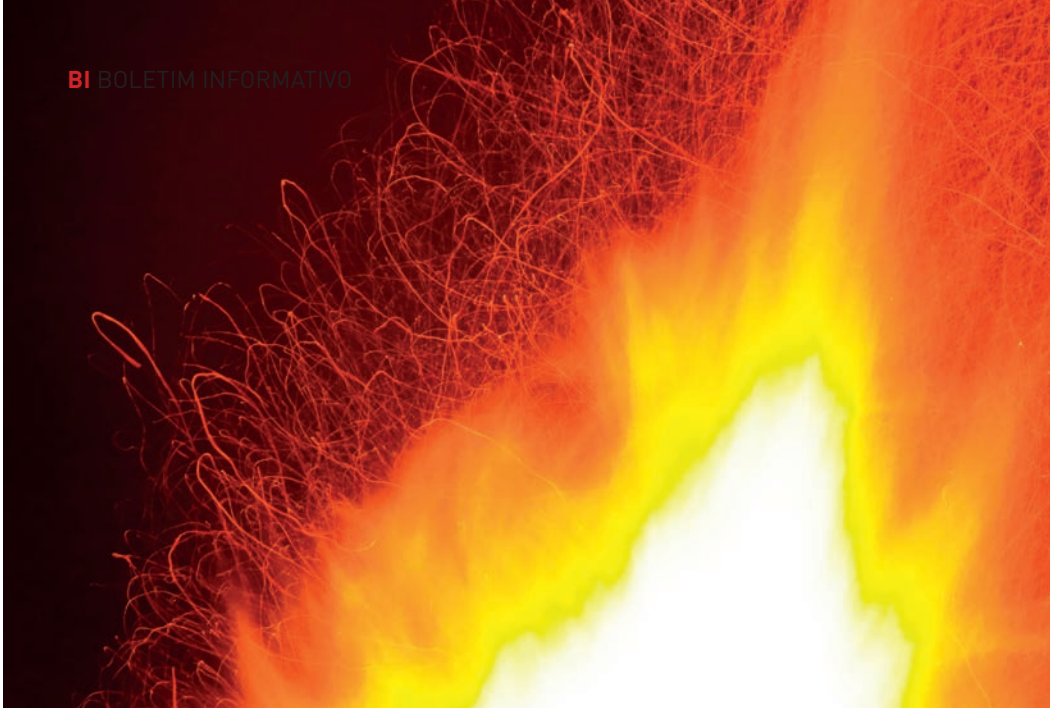
O Buda substitui o fogo sacrifical do hinduísmo pelo fogo interior, que é ao mesmo tempo, conhecimento penetrante, iluminação e destruição do invólucro: *Meu coração é a lareira e a chama é o Self (eu) domado.*

O Aspecto destruidor do fogo implica também evidentemente, um lado negativo; e o domínio do fogo é igualmente uma função diabólica.

O Fogo, nos ritos iniciáticos de morte e renascimento, associa-se ao seu principio antagônico, a Água. A Purificação pelo fogo, portanto é complementar à purificação pela água, tanto no plano micro cósmico (ritos iniciáticos) quanto no plano macro cósmico (mitos alternados de dilúvios e de grandes secas ou Incêndios). O Fogo, portanto é, sobretudo o motor da regeneração periódica.

Certos ritos crematórios têm como origem a aceitação do fogo na qualidade de veiculo ou mensageiro entre o mundo dos vivos e dos mortos. Assim na ocasião de certas festividades comemorativas de um falecimento, os Teleutas dirigem-se em procissão ao cemitério, onde duas fogueiras, uma à cabeceira do ataúde, e outra junto à base. Os Cristãos acendem velas.

O fogo, fumegante e devorador, numa antitese completa da chama iluminadora, simboliza a imaginação exaltada(supertições)… o subconsciente soberbo(Vaidade)… a cavidade subterrânea(Depressão)… o fogo infernal…



o intelecto em sua forma revoltada: em suma, todas as formas de regressão psiquica.

O fogo, na qualidade de elemento que queima e consome é também símbolo de purificação e de regeneração. **Reencontra-se, pois, o aspecto positivo da destruição**: Nova inversão do símbolo, que se desdobra em múltiplas ambivalências.

Todavia, a água é também purificadora e regeneradora. Mas o fogo distingue-se da água porquanto ele simboliza a *purificação pela compreensão, até a mais espiritual de suas formas, pela Luz e pela verdade; ao passo que a água simboliza a purificação do desejo, até a mais sublime de suas formas – a bondade*.

Posta a breve análise sobre as possíveis visões sobre o fogo, vejamos agora alguns aspectos práticos.

AnúnciosAo longo da história da humanidade, o fogo tem estado presente, com a sua capacidade destruidora, em inúmeras circunstâncias. Algumas delas, em que cidades inteiras ou parte importante das grandes cidades foram atingidas pelo fogo, permaneceram registadas na história e na memória colectiva dos povos. De seguida serão apresentados alguns dos casos mais relevantes, entre muitos outros possíveis, de incêndios ao longo do tempo, no nosso planeta: § 19 de Julho de 64 dC: "O grande incêndio de Roma" Em pleno centro de Roma, junto ao Circo Máximo deflagrou um foco de incêndio que consumiu parte da cidade durante seis dias e vitimou milhares de pessoas. A partir deste acontecimento, e já naquela época, foram impostos materiais de construção tais como pedra e tijolo, defenderam-se distâncias mínimas entre ruas para facilitar o combate e evitar o alastramento e garantiu-se que a água chegava a todos os pontos da cidade [3]. § 2 de Setembro de 1666: "O grande incêndio de Londres" Próximo das docas do Rio Tamisa, depois de um Verão quente e seco, iniciou-se um foco de incêndio numa zona pobre da cidade, que rapidamente se alastrou e consumiu todas as construções de madeira dos bairros locais. Esta catástrofe deixou cerca de 200.000 pessoas sem habitação e só foi interrompida quando se fizeram explodir edifícios em determinados locais estratégicos, impossibilitando o desenvolvimento das chamas. Após este acontecimento, foi criada a primeira companhia seguradora em matéria de incêndios, denominada Fire Company [3]. Figura 1 - Incêdio Roma, 64 Figura 2 – Incêndio Londres, 1666 3 § 1 de Novembro de 1755: "O terramoto de Lisboa" O desastre que assolou Lisboa no dia de Todos os Santos, ficou para sempre conhecido como sendo um dos maiores e mais violentos fenómenos naturais. Após o terramoto e o tsunami que lhe esteve associado, desabaram 17.000 edificações, causando cerca de 30.000 vítimas. Não menos importante foi o devastador incêndio que surgiu posteriormente. Durante 5 dias as chamas destruíram o que restou do terramoto. O seu combate foi dificultado pelos sucessivos tremores de terra com as consequentes derrocadas e perigos. Na recuperação de Lisboa manifestou-se o génio de um grande homem que viria a ser o Marquês de Pombal [3]. § 8 de Outubro de 1871: "O grande incêndio de Chicago" Após sucessivos incêndios na região, que desgastaram as capacidades físicas e materiais das corporações de bombeiros da cidade, associados a uma deficiente avaliação inicial do incêndio, resultou numa completa falta de controlo da situação que provocou a morte de 300 pessoas. A zona central da cidade foi destruída, bem como toda a sua actividade cívica, cultural e comercial, que ali se encontrava sediada. Com o decorrer dos anos e com a colaboração de arquitectos de renome, a cidade de Chicago viria a tornar-se uma atracção urbanística não apenas a nível dos Estados Unidos, mas também a nível internacional. Foi em Chicago que se construiu o primeiro arranha-céus de estrutura inteiramente metálica [3]. Figura 3 - Terramoto Lisboa, 1955 Figura 4 - Incêndio Chicago, 1871 4 § 25 de Agosto de 1988: "O incêndio do Chiado em Lisboa" Apesar de já terem decorrido 22 anos sobre este acontecimento, não existe ainda um conhecimento concreto das causas do incêndio. Sabe-se que terá começado no edifício dos Armazéns Grandela, tendo o fogo alastrado rapidamente ao longo dos andares destes armazéns, que eram amplos e sem grandes protecções contra incêndios. Devido ao facto da estrutura do edifício e em especial os pavimentos e os forros dos tectos serem essencialmente de madeira, contribuíram para o alastramento do fogo entre os vários andares. Com o colapso dos pisos, num reduzido intervalo de tempo, todos os nove andares estavam envoltos em chamas. Perante a arquitectura da época, e devido à proximidade dos edifícios adjacentes, o fogo alastrou-se tomando proporções incontroláveis. Foram atacadas várias frentes na tentativa de travar as chamas, com inúmeros equipamentos, viaturas e dezenas de homens. Este acontecimento demonstrou na altura uma boa capacidade de decisão e adaptação dos Bombeiros ao enfrentarem situações manifestamente complicadas e desesperantes. Realça também o papel da água como meio de supressão de incêndios e das bombas como instrumento para a transportar até ao foco de incêndio e assim o extinguir, com relativa segurança para os Bombeiros. Neste incêndio morreram 2 pessoas (entre as quais um Bombeiro) e ficaram feridos 43 Bombeiros. Onze edifícios foram totalmente destruídos e outros sete parcialmente. Muitas lições foram retiradas deste incêndio e a reconstrução de toda a zona foi realizada com muito detalhe, para não se repetirem os erros do passado. Este facto ilustra a evolução que a técnica e as normas de construção tiveram ao longo dos tempos, manifestando-se no mundo moderno através de materiais não inflamáveis e tecnologias quer de combate quer de detecção de incêndios [3].

Ao longo da história da humanidade, o fogo tem estado presente, com a sua capacidade destruidora, em inúmeras circunstâncias. Algumas delas, em que campos e

cidades inteiras ou parte importante das grandes cidades foram atingidas pelo fogo, permaneceram registadas na história e na memória colectiva dos povos.

Vejamos alguns dos casos mais relevantes, entre muitos outros possíveis, de incêndios ao longo do tempo, no nosso planeta. O grande incêndio de Roma: Em pleno centro de Roma, junto ao Circo Máximo deflagrou um foco de incêndio que consumiu parte da cidade durante seis dias e vitimou milhares de pessoas. A partir deste acontecimento, e já naquela época, foram impostos materiais de construção tais como pedra e tijolo, defenderam-se distâncias mínimas entre ruas para facilitar o combate e evitar o alastramento e garantiu-se que a água chegava a todos os pontos da cidade.

O grande incêndio de Londres: Próximo das docas do Rio Tamisa, depois de um Verão quente e seco, iniciou-se um foco de incêndio numa zona pobre da cidade, que rapidamente se alastrou e consumiu todas as construções de madeira dos bairros locais. Esta catástrofe deixou cerca de 200.000 pessoas sem habitação e só foi interrompida quando se fizeram explodir edifícios em determinados locais estratégicos, impossibilitando o desenvolvimento das chamas. Após este acontecimento, foi criada a primeira companhia seguradora em matéria de incêndios, denominada Fire Company.

O terramoto de Lisboa: O desastre que assolou Lisboa no dia de Todos os Santos, ficou para sempre conhecido como sendo um dos maiores e mais violentos fenómenos naturais. Após o terramoto e o tsunami que lhe esteve associado, desabaram 17.000 edificações, causando cerca de 30.000 vítimas. Não menos importante foi o devastador incêndio que surgiu posteriormente. Durante 5 dias as chamas destruíram o que restou do terramoto. O seu combate foi dificultado pelos sucessivos tremores de terra com as consequentes derrocadas e perigos. Na recuperação de Lisboa manifestou-se o génio de um grande homem que viria a ser o Marquês de Pombal.

O grande incêndio de Chicago: Após sucessivos incêndios na região, que desgastaram as capacidades físicas e materiais das corporações de bombeiros da cidade, associados a uma deficiente avaliação inicial do incêndio, resultou numa completa falta de controlo da situação que provocou a morte de 300 pessoas. A zona central da cidade foi destruída, bem como toda a sua actividade cívica, cultural e comercial, que ali se encontrava sediada. Com o decorrer dos anos e com a colaboração de arquitectos de renome, a cidade de Chicago viria a tornar-se uma atracção urbanística não apenas a nível dos Estados Unidos, mas também a nível internacional. Foi em Chicago que se construiu o primeiro arranha-céus de estrutura inteiramente metálica.

O incêndio do Chiado em Lisboa: Mesmo depois de 22 anos sobre este acontecimento, não existe ainda um conhecimento concreto das causas do incêndio. Sabe-se que terá começado no edifício dos Armazéns Grandela, tendo o fogo alastrado rapidamente ao longo dos andares destes armazéns, que eram amplos e sem grandes protecções contra incêndios. Devido ao facto da estrutura do edifício e em especial os pavimentos e os forros dos tectos serem essencialmente de madeira, contribuíram para o alastramento do fogo entre os vários andares. Com o colapso dos pisos, num reduzido intervalo de tempo, todos os nove andares estavam envoltos em chamas. Perante a arquitectura da época, e devido à proximidade dos edifícios adjacentes, o fogo alastrou-se tomando proporções incontroláveis. Foram atacadas várias frentes na tentativa de travar as chamas, com inúmeros equipamentos, viaturas e dezenas de homens. Este acontecimento demonstrou na altura uma boa capacidade de decisão e adaptação dos Bombeiros ao enfrentarem situações manifestamente complicadas e desesperantes. Realça também o papel da água como meio de supressão de incêndios e das bombas como instrumento para a transportar até ao foco de incêndio e assim o extinguir, com relativa segurança para os Bombeiros. Neste incêndio morreram 2 pessoas (entre as quais um Bombeiro) e ficaram feridos 43 Bombeiros. Onze edifícios foram totalmente destruídos e outros sete parcialmente. Muitas lições foram retiradas deste incêndio e a reconstrução de toda a zona foi realizada com muito detalhe, para não se repetirem os erros do passado.

Este facto ilustra a evolução que a técnica e as normas de construção tiveram ao longo dos tempos, manifestando-se no mundo moderno através de materiais não inflamáveis e tecnologias quer de combate quer de detecção de incêndios.

Pedrogão… Mação …verão de 2017, mesmo com todo o historial dos incêndios em Portugal ainda estão por apurar causas, responsabilidades, avaliar o que de bom foi feito, o que correu mal, o que falhou porque morreu tanta gente na fatídica estrada da morte, tanta e tanta coisa para avaliar.. tal como sucedeu nos exemplos supra referidos esperamos que surjam novas soluções de modo a evitarem-se outras tragédias ou simplesmente a minorar os desafios dos tempos e da natureza.

Com tanta desgraça os corações podem deixar de bater, alguns deixaram, sufocados, queimados outros de desgosto quase morreram, é urgente transformar essa dor e esse sofrimento em algo de novo, em novos sentimentos, de pouca, breve, mas de início de alguma alegria.

O FOGO NÃO PODE MATAR A ALMA DE UM POVO.. NÃO MATA!

O Fogo pode ser, tem de ser regenerador de ideias, decisões de posturas de politicas, de almas. Acredito nesse seu potencial de regenerador e purificador sem qualquer visão ou efeito regressivo!

A Esperança e a Confiança devem continuar presentes, na verdade o Fogo não mata a alma de um Povo.

Abraço Oceânico

SÓ MAIS UM!

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE PORTADORES DE PACEMAKER E CDI'S

É preciso levar a voz, o estímulo e o apoio a todos os doentes portadores de pacemaker e cdi's que são nossos vizinhos e companheiros quer nas consultas, quer na região.

OS APOIOS QUE DAMOS UNS AOS OUTROS SÃO A NOSSA FORÇA!

Como escreveu o poeta António Macedo "Canta, canta, amigo canta…
tu sozinho não és nada, juntos temos o mundo na mão"

É ISTO QUE PRECISAMOS DE FAZER: JUNTARMO-NOS NA APPPCDI's!

VAMOS LANÇAR UM GRANDE DESAFIO A TODOS OS ASSOCIADOS
Que cada sócio consiga, pelo menos, inscrever dois doentes
portadores destes dispositivos na APPPCDI's

Se fizermos este nobre esforço podemos aumentar
o número de associados da APPPCDI's!

Para termos mais força! Para não sermos esquecidos! Para não sermos apenas números!

Comecemos já hoje a falar com os nossos companheiros de consulta:
ser sócio da APPPCDI's não chega a 1€ por mês, custa apenas 10€ por ano.

Consulte a página da internet: www.apppc.pt, ou tlm. 914 855 843 · 910 916 711

Associação Portuguesa
de Portadores de Pacemakers e CDI' s

FICHA DE INSCRIÇÃO

NOME

MORADA

DATA DE NASCIMENTO

BI

ESTADO CIVIL

NIF

E-MAIL

TLF

TLM

É PORTADOR(A) DE

PACEMAKER

S N

CDI's

S N

DATA DO IMPLANTE

ESTABELECIMENTO HOSPITALAR

MARCA DO GERADOR

MODELO

OBSERVAÇÕES

Se deseja fazer parte da associação envie este formulário para a seguinte morada:
Associação Portuguesa de Portadores de Pacemaker e CDI' s
3100- 438 Pombal
Para mais informações, envie-nos um email para: geral@apppc.pt ou ligue 914855843

A sua inscrição só será aceite mediante o pagamento de uma quota anual de 10€.
Por favor, envie o formulário assim como um cheque para a nossa caixa de postal ou faça uma transferência bancária para a nossa conta no Crédito Agrícola nº 40199503297, ou pelo NIB 004531104019950329732

PUB

LivaNova
Health innovation that matters*

SORIN GROUP
Cyberonics

Day by day. Life by life.**

Na LivaNova esforçamo-nos para contribuir com inovações significativas na saúde, onde realmente importa.

Como uma empresa global de tecnologia médica, transformamos a inovação médica em soluções significativas, num sistema de saúde sustentável e, o mais importante, em vidas melhores e mais saudáveis.

Dia após dia. Vida a vida.

www.livanova.com

*Inovações significativas na saúde
**Dia após dia. Vida a vida.
Revisão de novembro de 2015