



Maria Luísa Figueira
Psiquiatria e Saúde Mental: dois domínios diferentes

■ P. 14



GASOXIVED+
Cuidados Respiratórios Domiciliários
24 horas/365 dias
800 50 60 90
GRATUITO

PUB

HOSPITAL Público

A PARTILHA DE BOAS PRÁTICAS



MANUEL BRANCO FERREIRA

Imunoalergologia bem inserida no meio hospitalar

■ P. 16

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Tratar casos complexos com elevada diferenciação

Fernando Regateiro, médico e professor catedrático, orgulha-se de estar à frente da "maior instituição hospitalar do país", que se distingue, entre outros aspetos, "por uma elevada diferenciação e por tratar casos complexos". E garante, em entrevista à *Just News*, que a humanização hospitalar é, por aqueles lados, uma prioridade.



■ P. 10/13

UNIDADE DE ORTOGERIATRIA DO BEATRIZ ÂNGELO



Otimizar a resposta a idosos com fratura do fémur

■ P. 26/28

Carlos Jorge Monteiro

Medicamentos e dispositivos diferenciados caracterizam posicionamento da Biojam

■ P. 18



Cardiologia de Braga quer continuar a crescer

Consolidar atividade com o foco na cirurgia cardíaca

■ P. 22/25

Jorge Marques garante que o Serviço que dirige vai continuar a crescer, com mais consultas diferenciadas. E admite que no horizonte está também o desenvolvimento da cirurgia cardíaca.

Curry Cabral

Programa de educação médica traz infeciologistas a Portugal

■ P. 20



SERVIÇO FARMACÊUTICO DO HESE

Certificação garante melhor eficiência

Há 30 anos que Luísa Pereira chegou à Farmácia do Hospital do Espírito Santo de Évora, assumindo a direção da mesma em 2005. O grande foco é agora o doente. Entretanto, a certificação garante a uniformização de todos os processos.

■ P. 30/32

CH de Setúbal assinala 10.º aniversário do GIARC



585 relatos de incidente clínico nos primeiros 9 meses de 2019

■ P. 19

ANTÓNIO MARQUES

Enfermeiros: produzir conhecimento próprio para evoluir na profissão



■ P. 42/44

EM 2020

CONTINUAMOS A PROMOVER A INTEGRAÇÃO DE CUIDADOS.

Publicações



www.justnews.pt

PUBLICAÇÃO DE REFERÊNCIA
NA ÁREA DOS CUIDADOS
DE SAÚDE PRIMÁRIOS.



Não, a violência não é normal

A atitude displicente do Ministério da Saúde perante os casos de agressões a profissionais de saúde que têm vindo a ser mediatizados faz-nos recuar aos tempos em que a violência doméstica era vivida ainda mais em silêncio, com as vítimas a sentirem-se envergonhadas, de certa forma culpadas, acreditando que tais atos eram normais e faziam parte de uma relação ou de um casamento em que o ciúme é sinal de amor.

Não, a violência não é normal. Nunca pode ser. O número de casos de agressões a profissionais de saúde não pode ser adjetivado como grande ou pequeno. Não é jamais admissível que um único profissional de saúde veja a sua própria vida ameaçada quando está a salvar vidas. A situação é ainda mais injusta quando estes mesmos profissionais são o bode expiatório de um sistema público de saúde que está em falência e de um Serviço Nacional de Saúde onde o desinvestimento gritante tem aumentado os tempos de espera, degradado as condições de trabalho e de atendimento e, por consequência, feito disparar a conflitualidade.

Miguel Guimarães
Bastonário da Ordem dos Médicos

O número de casos de agressões a profissionais de saúde não pode ser adjetivado como grande ou pequeno. Não é jamais admissível que um único profissional de saúde veja a sua própria vida ameaçada quando está a salvar vidas.

Num contexto exigente de quem está a salvar vidas e em que o respeito pela dignidade do doente e pela confidencialidade da informação leva a que o médico trabalhe fechado num gabinete, torna-se ainda mais premente garantir a segurança dos profissionais. Exige-se, assim, muito mais do que a tutela se limitou a fazer quando vieram a público os recentes casos. O mínimo que se espera de alguém é que condene a violência. Mas a quem nos lidera exige-se bastante mais do que lamentar e dizer que são "ossos do ofício".

Como forma de emendar a falta de empatia e de estratégia que estava à vista de todos, o Ministério da Saúde marcou uma reunião com o Ministério da Administração Interna. Infelizmente, do encontro apenas saiu uma manobra de comunicação que protege a ministra e que nos continua a deixar a nós, médicos, desprotegidos. Foi decidido criar um gabinete que funcionará junto da ministra e que conta com um oficial de segurança que protege a ministra e que nos continua a deixar a nós, médicos, desprotegidos. Foi decidido criar um gabinete que funcionará junto da ministra e que conta com um oficial de segurança. Chamei-lhe, satiricamente, um gabinete homeopático, já que nada mudará no terreno e, infelizmente, atrasará medidas urgentes. Do encontro entre Saúde e Administração Interna ficou de fora a Justiça, o que inviabiliza um dos caminhos importantes a percorrer neste momento: assegurar que estes crimes serão tratados como públicos e de forma ágil.

Não é preciso ir estudar o dossier. Os diagnósticos e tratamentos estão todos feitos. Aliás, na última edição da Acta Médica Portuguesa, revista científica da Ordem dos Médicos, foi publicado um estudo sobre este tema conduzido num hospital público de Lisboa. O estudo concluiu que são necessários mais agentes de segurança no terreno (e não junto ao gabinete da ministra) e diminuir os tempos de espera, e a Ordem dos Médicos tem também referido que os botões de pânico nos gabinetes, associados a segurança, são medidas a implementar no imediato. Os casos que conhecemos podem também ser apenas a ponta do icebergue: no estudo, de 41 episódios relatados, na prática, só em 23% dos incidentes as vítimas reportaram oficialmente o que aconteceu.

Não, a violência não é normal. É urgente concretizar medidas que previnam e protejam as pessoas que servem a causa pública todos os dias. E fazer com que a justiça seja mais célere.

A mudança no Hospital Público e a medicina de precisão

O discurso comum fala da necessidade em transformar o paradigma de "tratamento da doença" para uma visão de "prevenção e promoção da saúde". Qualquer pessoa de boa-fé concorda em melhorar os ganhos em saúde e reduzir o desperdício, seja pela redução de superfluos custos administrativos, de diagnósticos inadequados, da sobreprestação de cuidados ou dos tratamentos subótimos. Sendo simples proclamar vontades, mais difíceis são as suas concretizações.

As mudanças num serviço, num departamento, num hospital ou num sistema de saúde implica que uns ganhem e outros percam, esperando-se destes últimos diferentes níveis de ferocidade, de acordo com o nível de perda ou... o requinte de malvadez. De quem proclama a necessidade de mudança espera-se liderança e a estratégia para a sua implementação. Infelizmente, apenas raramente assim sucede. Será sempre mais simples proclamar do que fazer, criticar do que construir, ver os navios passar do que apontar caminhos, identificar inimigos do que construir pontes, ou declarar guerras sem promover a paz interna.

A medicina de precisão consiste numa abordagem para tratamento e prevenção da doença, tendo em consideração a variabilidade genética, o ambiente e o estilo de vida de cada pessoa. Esta abordagem chapéu, que se estende da saúde pública aos tratamentos mais sofisticados, tem sido apontada inexoravelmente como uma das estratégias a seguir para a evolução do sistema de saúde. Nestas matérias existe sempre uma de duas hipóteses: atuamos ou ignoramos.

Temos ideia da percentagem da população de doentes para a qual, em média, o medicamento de uma dada classe é ineficaz? Fica uma ideia, de acordo com o "The Personalized Medicine Report" de 2017: Asma (40%), Diabetes (43%), Artrite (50%), Alzheimer (70%) e Oncologia (75%).

A Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares (APAH), com o apoio institucional da Ordem dos Médicos e o apoio técnico da EY, envolveu vários intervenientes e apresentou uma agenda estratégica para a medicina de precisão com o objetivo de termos um guia para os próximos anos.

Nesta agenda são apresentados 5 objetivos e várias orientações estratégicas:

1. Melhorar os resultados clínicos através do acesso equitativo a cuidados de saúde personalizados, através da promoção do acesso a diagnósticos e tratamentos inovadores e capacitar centros para darem resposta a tratamentos inovadores;
2. Guiar a prática clínica através de Real-World Data, através do estabelecimento de uma política nacional de dados em saúde, investimento numa plataforma integradora de dados e ferramentas de apoio à decisão clínica, e caracterização molecular focada em subgrupos da população;
3. Garantir a sustentabilidade financeira na implementação de medicina de precisão, através da criação de uma estratégia de atração de investimento em infraestruturas, e alargamento do pagamento de cuidados de saúde com base em resultados;
4. Aumentar a capacidade de Portugal para desenvolver inovação na área da medicina de precisão, através da promoção da inovação e do fomento da colaboração nacional e internacional nesta área;
5. Reforçar a participação do cidadão na sua saúde, através da promoção da literacia em saúde e da medicina de precisão, e desenvolvimento de estratégias para o empoderamento dos cidadãos como agentes da sua saúde.

(Continua na pág. 6)



A cirurgia aberta do aneurisma da aorta toracoabdominal viabilizada graças a um modelo de colaboração entre serviços é o tema forte da edição de janeiro da revista *Coração e Vasos*, uma publicação da *Just News*. Esta intervenção, tão rara quanto complexa, só é possível graças ao bom entendimento que existe entre os serviços de Cirurgia Vascular e de Cirurgia Cardiorrástica do Hospital de Santa Maria (CHULN), que integram o Departamento de Coração e Vasos, cujo diretor é o cardiologista Fausto Pinto. O bom entendimento e... o *know-how* indispensável para a realização de cirurgias, enfermeiros, anestesiológicos e cardiopneumologistas perfusionistas. Saiba mais em www.justnews.pt.

Hospital Público
Diretor: José Alberto Soares Assessora da Direção: Cláudia Nogueira Assistente de Direção: Coreti Reis Redação: Maria João Garcia, Miguel Anes Soares, Susana Catarino Mendes Fotografia: Joana Jesus, Nuno Branco (Editor) Publicidade: Ana Paula Reis, João Sala Diretor de Produção Interna: João Carvalho Diretor de Produção Gráfica: José Manuel Soares Diretor de Multimédia: Luís Soares Morada: Alameda dos Oceanos, Nº 25, E 2, 1990-196 Lisboa Hospital Público é uma publicação da Just News, de periodicidade bimestral, dirigida a profissionais de saúde, isenta de registo na ERC, ao abrigo do Decreto Regulamentar 8/99, de 9/06, Artigo 12º nº 1A Tiragem: 15.000 exemplares Preço: 3 euros Depósito Legal: 42653/17 Impressão: TYPPIA - Grupo Monterreina, Área Empresarial Andaluçia 28320 Pinto Madrid, Espanha Notas: 1. A reprodução total ou parcial de textos ou fotografias é possível, desde que devidamente autorizada e com referência à Just News 2. Qualquer texto de origem comercial eventualmente publicado neste jornal estará identificado como "informação".

Publicações



geral@justnews.pt • agenda@justnews.pt
Tel. 21 893 80 30 • www.justnews.pt

Publicidade
geral@jlt.pt
Tel. 21 893 80 31



a partilhar informação desde 1981

www.justnews.pt



Jornal Médico
DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

MENSAL - Publicação de referência na área dos CSP, especialmente dirigida à Medicina Geral e Familiar.

(Continuação da pág. 3)

Esta agenda estratégica pretende melhorar o serviço de saúde prestado ao cidadão, procurando fundamentalmente aplicar o tratamento certo, à pessoa certa, no momento certo (Right treatment. Right patient. Right time).

É nossa convicção que o Hospital Público ainda vai a tempo de desenvolver um modelo economicamente sustentável que permita garantir melhores resultados de saúde para os doentes e o crescimento económico, através da promoção de investigação e a inovação nesta área.

O Hospital Público deve acompanhar o progresso internacional, devendo ser promovido o investimento e o compromisso com este novo paradigma, através da definição de uma estratégia coordenada e integrada a nível nacional, que tenha em consideração o envolvimento de todos os interessados.

Melhor Gestão, Mais SNS.

Um investigador da malária que também é artista

"Passagens" é o nome da exposição do entomologista médico **Derek Charlwood**, que esteve patente no Instituto de Higiene e Medicina Tropical, incluindo fotografias, quadros ou até pedaços de madeira pintados, que o autor recolheu em Linga Linga, Moçambique. "São pedaços de tronco – aqui apenas tenho os mais pequenos – que retiro do mar e que vou pintando... A Arte é muito importante para mim", diz.



Os registos fotográficos são dos vários locais por onde passou para estudar o comportamento dos mosquitos transmissores da malária, como a Tanzânia, a Papua Nova Guiné, São Tomé e Príncipe ou Moçambique. O investigador do IHMT dedica-se ao estudo do comportamento do mosquito da malária e do impacto das redes mosquiteiras.

Muita qualidade em Guimarães!

O Centro de Referência de Doenças Lisossomais de Sobrecarga do Hospital Senhora da Oliveira – Guimarães (HSOG) obteve a certificação de qualidade pela Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (ACSA), reafirmando assim a sua excelência nesta área clínica a nível nacional e internacional. Centro de Excelência desde 2013 e Centro de Referência nacional e europeu em Doenças Lisossomais de Sobrecarga desde 2016, este centro integra a Rede Europeia de Referência de Doenças Hereditárias do Metabolismo (Meta-BERN), sendo um dos maiores centros de referência nesta área a nível europeu.

A colocação do retrato de Elisa Pedro na “Galeria dos Ilustres”...



... que já foram presidentes da Sociedade Portuguesa de Alergologia e Imunologia Clínica significa, na prática, que **Manuel Branco Ferreira**, o seu sucessor no cargo, acabou de tomar posse. Foi o que, de facto, aconteceu dia 14 de dezembro. Note-se que, tal como vem referido na capa deste *Hospital Público*, mais à frente (pág. 16) publicamos uma entrevista com o novo presidente da SPAIC.



Mário Morais de Almeida vai presidir à WAO em 2024-2025

Mário Morais de Almeida, que presidiu à SPAIC - Sociedade Portuguesa de Alergologia e Imunologia Clínica durante três mandatos sucessivos (2005-2007, 2008-2010 e 2011-2013), integrava já



a Direção da WAO – World Allergy Organization, tendo sido agora eleito seu secretário para o biênio 2020-2021.

De acordo com os regulamentos da WAO, será presidente eleito daquela organização no biênio 2022-2023, assegurando depois a sua presidência nos dois anos seguintes. Mário Morais de Almeida esteve cerca de 20 anos no Hospital D. Estefânia antes de assumir a coordenação do Centro de Imunoalergologia do Hospital CUF Descobertas.

É português o novo webmaster da rede europeia ENTOG

É português o atual *webmaster* da European Network of Trainees in Obstetrics and Gynaecology (ENTOG). Manuel Gonçalves Henriques, 26 anos, interno do 1.º ano de Obstetrícia e Ginecologia do Hospital Fernando Fonseca, integra assim a nova Direção desta rede europeia de médicos internos de 33 países. A candidatura contou, desde o início, com o apoio da PONTOG, a associação portuguesa. Integram ainda a Direção da ENTOG uma jovem médica turca (presidente), uma polaca (secretária-geral), uma suíça (tesoureira) e um holandês (membro).



Agnieszka Horała, Manuel Gonçalves Henriques, Goknur Topçu (presidente), Martine Favero e Ferry Boekhorst

FERNANDO LEAL DA COSTA, HEMATOLOGISTA E EX-MINISTRO DA SAÚDE:

“O que se dá a uma pessoa pode não se dar a outra”

“A avaliação dos medicamentos é complexa, mas é preciso ter em conta o benefício para aquele doente e para a restante população.” As palavras são de Fernando Leal da Costa, hematologista e ex-ministro da Saúde, que falou sobre “Medicamentos inovadores: O caso da bebé Matilde” na última Sessão Clínica de 2019 do Hospital Beatriz Ângelo, em Loures.

Tendo por base os casos mediáticos de pedido de financiamento de fármacos inovadores de elevado custo, Fernando Leal da Costa começou por salientar que “Portugal tem dos sistemas de saúde mais universais do mundo”. No entanto, “tem de ser sustentável” e adaptar-se àquilo que são “as novas exigências (demografia, epidemiologia e tecnologia”.

Face à carga emocional associada à decisão de financiar ou não um dado medicamento, defendeu, em declarações à *Just News*, “a necessidade de se definir critérios que sejam avaliáveis para determinar qual o benefício real de dada intervenção e a capacidade de financiamento existente”.

Especificando, “nalguns casos, a mais-valia é tão significativa que se pode ir até ao limite da capacidade de financiamento, contudo, noutras situações não se justifica. Os recursos têm de ser distribuídos e na Economia e na gestão de risco não nos podemos esquecer que o que se dá a uma pessoa pode não se dar a outra”.

Torna-se assim fundamental, na sua opinião,



investir na informação: “A população tem de perceber melhor o que é feito com o seu dinheiro.” A organização da sessão esteve a cargo da Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT), que integra 4 farmacêuticos e 4 médicos, um dos quais é Edgar Almeida, diretor clínico do HBA. Na sua opinião, “perante a complexidade da decisão, deve-se ter por base o critério científico e o benefício”.

Cláudia Santos, farmacêutica da CFT, foi clara: “O *budget* é finito, logo as decisões têm de ser eficientes”, além de que “nunca se pode garantir que os resultados obtidos sejam idênticos aos dos ensaios clínicos, porque não são os nossos doentes reais”.

Na foto, **Fernando Leal da Costa** com **Cláudia Santos** e **Edgar Almeida** num momento de descontração.

Otorrinos concentrados na capital do Ribatejo

Criado em 1987, o Serviço de ORL do Hospital Distrital de Santarém, cujo diretor é Mário Galveias, esteve envolvido na organização da Reunião do Núcleo Sul da SPORL-CCP, que se realizou no final de novembro naquela cidade ribatejana, inteiramente dedicada à otorrino pediátrica.

A preparação do evento, que é o segundo mais importante no calendário anual da Sociedade Portuguesa de Otorrinolaringologia e Cirurgia de Cabeça e Pescoço, vai rodando por cada um dos seus três núcleos. Por inerência do cargo, o presidente da SPORL-CCP, Jorge Spratley (4) assumiu a presidência da Reunião. O presidente de Honra foi

Carlos Alves dos Santos (6), coronel médico reformado da Força Aérea.

De referir que a a coordenação da Reunião 2019 foi assegurada por Pedro Escada (5), diretor do Serviço de ORL do CH Lisboa Ocidental e membro da Direção da SPORL-CCP, que teve a colaboração de Sara Viana Baptista (7), coordenadora da ORL do H. da Luz Oeiras, de Paulo Vera-Cruz (9), do H. da Luz Lisboa, e do próprio Mário Galveias (8).

Entretanto, e pela primeira vez, decorreu em simultâneo o encontro anual dos internos de ORL, cuja Comissão é presidida por Jorge Canha Dentinho (3) e integra ainda Sónia Pires Martins (1) e João Fonseca Neves (2).



Primeiro bebé do CHO em 2020 é uma menina

Sofia foi a primeira bebé a nascer, no 1.º dia de 2020 – 31 minutos depois da meia-noite, com 2,775 Kg –, na maternidade do CH do Oeste, localizada na unidade das Caldas da Rainha. Os membros do CA, o presidente da CM das Caldas da Rainha e a Liga dos Amigos do Hospital desejam felicidades à família da bebé. Note-se que em 2019 nasceram 1336 crianças no CHO, mais 92 do que no ano anterior. A presidente do CHO, Elsa Baião, aproveitou

para reconhecer “o trabalho de excelência” realizado pelos profissionais do serviço de Obstetrícia do CHO, “apesar dos constrangimentos”. Foi ainda feito um balanço das medidas implementadas, nomeadamente, a aquisição de um novo *software* e de duas novas incubadoras. Para 2020, está prevista a aquisição de um ecógrafo, e a realização de obras de remodelação no Serviço de Obstetrícia, em colaboração com a CM de Caldas da Rainha.



Neurocirurgia do São João renova acreditação internacional

Foi recentemente renovada a acreditação atribuída, há cinco anos, ao Serviço de Neurocirurgia do CHU de São João pela Joint Residency Advisory and Accreditation Committee (JRAAC), comissão conjunta que integra a European Association of Neurosurgical Societies (EANS) e a Union Européenne des Medecins Specialistes (UEMS). Esta acreditação qualifica o Serviço para o treino da especialidade na Comunidade Europeia, sendo o CHUSJ “a única unidade de saúde portuguesa com esta qualificação”, afirma Rui Vaz, o seu diretor.

Apostar na humanização dos cuidados desde a formação pré-graduada

A iniciativa “Natal Diferente” teve mais uma edição no passado dia 24 de dezembro, com os estudantes de Medicina da FMUL e da NMS-FCM a visitarem doentes internados. A ideia surgiu há mais de duas décadas,



quando os então futuros médicos quiseram dar outro ânimo a quem passava a quadra natalícia no Hospital de Santa Maria. O projeto já envolve 23 unidades hospitalares. Consideram os responsáveis que a iniciativa é uma forma de se apostar na humanização de cuidados desde a formação pré-graduada. “O mais importante é não nos esquecermos de que estamos a estudar para tratar doentes e não apenas a doença.” Na foto, alguns dos futuros médicos que “atuaram” no CHULN.

UCF de Reumatologia do Centro imparável



A Unidade Coordenadora Funcional de Reumatologia do Centro, projeto pioneiro que integra o Serviço de Reumatologia do CHUC e três ACES da região, não para. Realizou já o seu 4.º *Workshop*, no final de outubro, “o mais concorrido até ao momento”, segundo José António Pereira da Silva, com a presença de 60 enfermeiros e 45 médicos de família. Ficou definido que o 5.º *Workshop* da UNFRC terá lugar em abril.

Surpreendidos a jantar juntos na festa do 80.º aniversário?

Mais ou menos! Na verdade, **João Almeida Lopes** tinha convidado António Costa, mas este, como não podia ir, pediu a **Marta Temido** que o representasse no jantar do 80.º aniversário... da Apifarma.



Ficou a ganhar o presidente da Associação Portuguesa da Indústria Farmacêutica, entidade criada em 1975, mas que, efetivamente, deu continuidade ao Grémio Nacional dos Industriais de Especialidades Farmacêuticas, instituição que nascera em 1939. Parabéns!

Recorde no São João: 17 partos em 24 horas

Os 17 partos que tiveram lugar no CHU de São João, em menos de 24 horas, a 6 de novembro, assinalam um novo recorde em termos do total de nascimentos no mesmo dia. Com 13 partos por via vaginal e 4 cesarianas programadas por indicação materno-fetal, a equipa do Bloco de Partos do Serviço de Obstetrícia – cujo diretor é Nuno Montenegro –, que colaborou e assistiu os mesmos superou assim as anteriores marcas de novembro de 2016 e agosto de 2019. O primeiro parto aconteceu às 3.06 h. e o último às 20.40 h. – foram duas meninas.

Jubas visitou a pediatria do Hospital VFX

O dia 20 de dezembro, nas vésperas do Natal, foi diferente para as crianças internadas na Pediatria do Hospital Vila Franca de Xira, ao receberem a visita da mascote do Sporting Clube de Portugal. Para as crianças e para alguns adultos! Veja-se a forma como a enfermeira-chefe da Pediatria, **Patrícia Nascimento**, deu as boas-vindas ao Jubas... Note-se como o diretor do Serviço de Ginecologia/Obstetrícia, **Rui Costa**, não resistiu a cumprimentar o leão... Observe-se bem a alegria do diretor da Cardiologia, **Carlos Rabaçal**, no abraço apertado que deu... e recebeu!



Exposição itinerante assinala 25 anos da Fundação Bial

O ICBAS, (1), a FMUL (2) e a NMS-FCM (3) são apenas algumas das escolas de Medicina do país que já receberam ou vão receber a exposição comemorativa do 25.º aniversário da Fundação Bial, a que se seguirão depois algumas instituições europeias e norte-americanas. **Henrique Cyrne de Carvalho, Fausto Pinto e Jaime Branco**, os diretores destas três faculdades, foram os anfitriões. De registar que, tal como faz questão em esclarecer o seu presidente, **Luís Portela**, “a Fundação Bial nasceu do cruzamento de duas vontades: assumir uma postura mecénica e apostar no envolvimento da Ciência na área da Saúde em Portugal”.



Nuno Clode, do CHULN, é o novo presidente da SPOMMF

“É cada vez mais importante conhecer a realidade das diversas regiões do país em relação a algumas entidades nosológicas e procedimentos na área da saúde materno-fetal”, alerta o novo presidente da Sociedade Portuguesa de Obstetria e Medicina Materno-Fetal, Nuno Clode, que sucede no cargo a Luís Mendes Graça.

Nuno Clode, do CHU Lisboa Norte, é o novo presidente da Sociedade Portuguesa de Obstetria e Medicina Materno-Fetal, sucedendo no cargo a Luís Graça, que também fez o seu percurso profissional no Hospital de Santa Maria e que entretanto se jubilou. A eleição aconteceu na AG da SPOMMF que decorreu durante o V Congresso Nacional, em novembro, na Figueira da Foz, bem como a tomada de posse.

Cumprindo o seu quinto mandato na Direção da SPOMMF (os três primeiros como secretário-geral e o último como vice-presidente), Nuno Clode diz que pretende “dar continuidade ao trabalho feito até agora”. A melhor prova está no facto de que todos os elementos da Direção são os mesmos, à exceção da vogal.

Embora admitindo que o tema possa não ser consensual, o novo presidente refere que uma das intenções é “discutir a eventual criação da figura do consentimento informado relativamente às práticas obstétricas mais frequentes, como é o caso da cesariana”.



Órgãos Sociais SPOMMF (2020-2022)

DIREÇÃO

Presidente Nuno Clode (1)
Vice-presidente Ana Luísa Areia (2)
Secretária-geral Cristina Nogueira da Silva (3)
Tesoureira Ana Paula Machado (4)
Vogal Susana Santo (5)

ASSEMBLEIA-GERAL

Presidente Nuno Montenegro
Vogais Maria do Céu Almeida, Teresa Bombas

CONSELHO FISCAL

Presidente Fátima Serrano
Vogais Inês Nunes e Teresa Rodrigues

Site da SPG vai disponibilizar imagens e vídeos na área da endoscopia ginecológica

Agora no início de 2020 deverá ficar disponível uma plataforma online de imagens e vídeos na área da endoscopia ginecológica no site da Sociedade Portuguesa de Ginecologia. O anúncio foi feito por Luís Ferreira Vicente, presidente da Secção de Endoscopia Ginecológica da SPG, em mais uma reunião daquela Sociedade, desta vez em Torres Vedras.

Para aquele médico, “os centros de

formação da especialidade, em Portugal, permitem a evolução desta técnica, mas é fulcral a partilha de experiências entre cirurgiões”. A plataforma estará disponível apenas a sócios. “Falo em partilha científica de casos clínicos – situações raras, por exemplo – que contribuam para a formação contínua”, disse à *Just News*.

Foi a pensar no projeto que neste evento foi organizado um curso sobre “Edição de imagem”, no fundo, “é preciso capacitar os médicos para que os vídeos e as imagens tenham a qualidade necessária”.

Na foto, **Luís Ferreira Vicente** com a presidente da SPG, **Teresa Mascarenhas**, e os restantes elementos da coordenação desta Secção: **Hugo Gaspar** (tesoureiro) e **António Lanhoso** (secretário).

De que fariam eles?!

Artur Condé, presidente do Colégio da Especialidade de Otorrinolaringologia da OM (ao centro, na foto) conversava “animadamente” com **Leonel Luis**, diretor do Serviço de ORL do CHU Lisboa Norte (à direita), quando surgiu o presidente da SPORL-CCP, **Jorge Spratley**, provavelmente a sugerir-lhes que fizessem uma “pausa”... O que fazia todo o sentido, até porque se cumpria um dos intervalos da Reunião do Núcleo Sul daquela Sociedade, que aconteceu em Santarém.



Primeiras médicas portuguesas concluem exame europeu de Ginecologia/Obstetrícia

Verónica São Pedro e Anabela Serranito são as primeiras médicas nacionais a obter uma certificação europeia na área da Ginecologia/Obstetrícia. Concluíram, assim, com êxito um exame cuja parte prática se realizou em Lisboa, sob a coordenação de Diogo Ayres de Campos.



“Avaliar as competências clínicas em cenários simulados” é, de acordo com aquele médico, diretor do Serviço de Obstetrícia do CHU Lisboa

Norte, o que se pretende com a realização da componente prática do exame promovido pelo European Board & College of Obstetrics and Gynaecology (EBCOG).

Há uma década que Diogo Ayres de Campos, que é secretário-geral da Federação das Sociedades Portuguesas de Obstetrícia e Ginecologia, representa a FSPOG naquela organização europeia, que agrega como membros sociedades médicas e colégios da especialidade de 37 países.

E desde o lançamento do exame, há 4 anos, que tem a responsabilidade de coordenar a parte prática do mesmo. Depois de Norwich, em Inglaterra (2016) e de Amesterdão, na Holanda (2017 e 2018), Lisboa recebeu, no passado dia 16 de novembro, os 44 candidatos que lograram ultrapassar a 1.ª fase (parte teórica), realizada em Varsóvia, na Polónia, em junho.

Na foto, o grego **Ioannis Messinis**, presidente da Comissão de Examinação do EBCOG, tem a seu lado **Anabela Serranito**, **Diogo Ayres de Campos** e **Verónica São Pedro**.

A importância do radiologista na gestão dos exames que faz

Carlos Francisco Silva, do Serviço de Imagiologia do CH de Setúbal, foi convidado a participar, no passado dia 26 de novembro, num *webinar* da Australian Healthcare and Hospitals Association, refletindo sobre o tema: *Value-based Radiology - A Modern Practical Approach in the era of Value-based Healthcare*.

Note-se que o médico e investigador publicou, em 2017, na *Acta Médica Portuguesa*, um estudo pioneiro nacional em radiologia intitulado “Volume ou Valor? O Papel do Radiologista na Gestão dos Exames Radiológicos”.

O trabalho pretendia, de acordo com o seu autor, “perceber os motivos e quantificar o número de ecografias e tomografias computadorizadas que potencialmente são desperdiçadas a nível da urgência hospitalar no CHS” e avaliar “a importância que o radiologista pode ter na gestão e triagem desses exames”. Entretanto, em 2019, Carlos Francisco Silva editou o livro *Value-based Radiology - A Practical Approach*, uma publicação Springer Publisher, a primeira a nível mundial que incide sobre esta temática e que surge, aliás, na sequência de um trabalho de investigação desenvolvido em Heidelberg (Alemanha) com Hans-Ulrich Kauczor.



O Pai Natal esteve em Leiria!

Confirma-se que o Pai Natal esteve, de facto, em Leiria, mais concretamente no Hospital de Santo André, tendo mesmo dado um salto a Pombal, ao Hospital Distrital. Aliás, a visita ao CH de Leiria aconteceu pelo terceiro ano consecutivo, no próprio dia 25 de dezembro.



O Pai Natal veio a convite da Associação Dimitri Francisco, criada por um grupo de emigrantes portugueses residentes em França que, ao longo dos anos, realizam estas e muitas outras ações de homenagem e ajuda em diversas instituições, em Portugal e em França.

Flashmob contra cancro da mama no IPO Coimbra

Profissionais de saúde e doentes participaram num *flashmob* no átrio do IPO de Coimbra com o propósito de assinalar o Dia Nacional da Prevenção do Cancro da Mama. A iniciativa, subordinada ao tema “Outubro Rosa, Causa Poderosa”, contou ainda com uma tertúlia, partilha de experiências e uma sessão de estética.

A ação, que contou com o especial empenho de um grupo de enfermeiros, reuniu um conjunto diverso de profissionais, incluindo a presidente do CA, Margarida Ornelas.

Em declarações à *Just News*, Conceição Silva, cirurgiã e coordenadora do Grupo Multidisciplinar de Patologia Mamária do IPO de Coimbra, afirmou que, “apesar de nos preocuparmos essencialmente com o diagnóstico e o tratamento, também queremos focar-nos na prevenção. Foi com esse objetivo que os enfermeiros do Serviço de Cirurgia quiseram organizar o evento.”

A foto mostra parte da equipa envolvida na organização do evento: **Conceição Silva**, **Rosário Velez** (vogal do CA), **Margarida Ornelas**, **Dulce Helena Carvalho** (enf.ª-chefe) e as enfermeiras **Ana Filipa Sousa**, **Susana Simões** e **Cristina Costeira**. Estão ausentes na foto Ana Pais (diretora clínica) Ana Vaz (médica) e Mónica Duarte (enf.ª).



Diabetes: o que podemos comer?

O livro foi lançado no 68.º aniversário da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna, a 14 de dezembro. Da autoria das nutricionistas Paula Almeida (3), Mariana Pedro (4) e Vera Dias (5), foi coordenado pelos internistas Estevão de Pape (7) e Edite Nascimento (2) e apresentado por Lélita Santos, vice-presidente da SPMI. O presidente, João Araújo Correia (1), considerou a obra como o exemplo do “papel que os internistas podem ter na prevenção da doença e na promoção da saúde”. Sónia do Vale (6), diretora do Programa Nacional para a Diabetes da DGS, esteve presente.



Fórum Dermatologia com participação recorde

A 32.ª edição do Fórum Dermatologia, que decorreu em meados de novembro, ficou marcada pelo facto de ter atingido um milhar de inscrições. Para este recorde histórico de participação muito contribuiu o trabalho de ligação aos cuidados de saúde primários que vem sendo desenvolvido pela equipa do Serviço de Dermatologia do CH Universitário do Porto (CHUP), que há 17 anos é dirigido por Manuela Selores. Em declarações à *Just News*, explica que



esta edição “recuperou os grandes temas da Dermatovenereologia Clínica, mantendo o formato clássico e renovando a sua vocação de partilha de conhecimentos e experiências com a Medicina Geral e Familiar”.

Nas fotos, **Manuela Selores** com as secretárias executivas da Comissão Organizadora – **Mónica Caetano**, **Alexandra Rodrigues** e **Susana Machado** – e com o corpo clínico do Serviço de Dermatologia do CHUP.



CH Barreiro Montijo melhora acessibilidade nas áreas de Ginecologia e de Obstetrícia

Com o objetivo de melhorar a acessibilidade das utentes seguidas nos serviços de Obstetrícia e de Ginecologia aos cuidados de saúde, foram criadas, em outubro, duas consultas abertas. O objetivo é reduzir o número de utentes com admissões repetidas na Urgência Obstétrica e Ginecológica, garantindo assim o melhor acompanhamento destas face à sua situação clínica. Em 2018, o CHBM realizou 5674 consultas de Ginecologia e outras 5076 de Obstetrícia.

CH do Tâmega e Sousa prepara acompanhamento para crianças até aos 4 anos

O presidente do CA do CHTS deu “adjudicação imediata” para o avanço de um projeto de acompanhamento das crianças até aos 4 anos, com consultas multidisciplinares,



Convidado para falar sobre o impacto que um bebé prematuro tem na família, Eduardo Sá defendeu que “não estamos preparados para ser mãe ou para ser pai, muito menos para sermos pais de um prematuro”.

“Há casais que têm um nome escolhido para o bebé e que, quando confrontados com a probabilidade de ele morrer, trocam e arranjam um nome de circunstância, para que, caso o bebé morra, não morra também o filho que eles idealizaram”, contou, para falar da importância da dimensão psicológica na abordagem que é feita pelos profissionais de saúde.

envolvendo pediatras, psicólogos e outros profissionais. Carlos Alberto respondia assim ao desafio deixado minutos antes por Eduardo Sá, na palestra sobre “Famílias Prematuras”, que decorreu dia 18 de novembro, no Hospital Padre Américo, em Penafiel.

“Devia ser obrigatório que todos os bebés fossem apoiados até aos 4 anos”, afirmou o psicólogo, para quem “é urgente dar mais importância à vida emocional dos bebés”. O administrador endereçou, de imediato, o tema para as equipas profissionais, para que definam o modelo de funcionamento e promovam a articulação com os cuidados de saúde primários, para implementação num futuro próximo.

A palestra marcou o encerramento do evento “Ser Prematuro no CHTS”, organizado pela Unidade de Neonatologia, no âmbito do projeto Crescer com Afetos, que decorreu de 15 a 18 de novembro, como forma de assinalar o Dia da Prematuridade. Contou ainda com uma exposição e um almoço com as famílias de bebés prematuros.

A foto inclui, para além de **Eduardo Sá** e **Carlos Alberto**, a diretora do Serviço de Pediatria do CHTS, **Edite Tomás**.

FERNANDO REGATEIRO, PRESIDENTE DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO DO CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO DE COIMBRA (CHUC):

“O CHUC caracteriza-se por uma elevada diferenciação e por tratar casos complexos”

NO INÍCIO DE DEZEMBRO, A UM MÊS DA DATA PREVISTA PARA O FINAL DO MANDATO COMO PRESIDENTE DO CA DO CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO DE COIMBRA, FERNANDO REGATEIRO FALA SOBRE O TRABALHO DESENVOLVIDO NOS ÚLTIMOS DOIS ANOS E MEIO. E REALÇA, ENTRE OUTROS ASPETOS, O FACTO DE O CHUC SE DISTINGUIR, SOBRETUDO, POR UMA ELEVADA DIFERENCIAÇÃO E POR TRATAR CASOS COMPLEXOS.

Just News (JN) – Formou-se em Medicina e é professor catedrático da Universidade de Coimbra. Quando é que se tornou gestor hospitalar?

Fernando Regateiro (FR) – A minha carreira de base é académica. Iniciei a atividade docente como monitor de uma disciplina do 2.º ano da FMUC, ainda no 4.º ano do curso. Quando terminei a licenciatura, fui convidado para assistente. A partir daí, fiz o doutoramento, depois a agregação e, mais tarde, o concurso para professor catedrático. Quando estava na parte final do trajeto de graduação, em determinado momento da carreira académica, comeci a olhar para a área da saúde e, em particular, para a administração do setor. Por felicidade, fui convidado, em 1999, para dirigir o Centro de Histocompatibilidade do Centro, posição que ocupei até 2005. Esta função permitiu-me um contacto grande com a gestão da saúde.

Os centros de Histocompatibilidade eram estruturas autónomas dentro do SNS, de dimensão modesta, mas com altíssima diferenciação em termos de recursos humanos, científicos e tecnológicos, ao melhor nível internacional, tendo como missão primeira a realização dos estudos para emparelhamento adequado de compatibilidade entre um doente que necessita da transplantação de um órgão, o recetor, e o dador do órgão. Existiam três centros: Norte, Centro e Sul. Em 2003, assumi as funções de vogal do Conselho Diretivo da Administração Regional de Saúde do Centro, o que veio a ser uma passagem transitória, devido à queda do Governo. Nessa época, reassumi a direção do Centro de Histocompatibilidade do Centro.

Em maio de 2005, fui convidado para voltar à ARS Centro, nessa altura como presidente, desafio que aceitei, com gosto, passando a ter a responsabilidade de gestão de topo da saúde nas suas diversas vertentes, em toda a Região Centro, que então abrangia cerca de 2,4 milhões de habitantes. O Sr. ministro da Saúde da altura, o Prof. Correia de Campos, exigente, mas expressando confiança nos responsáveis que escolhia, intitulava os presidentes das ARS como os seus “ministros da Saúde” das regiões, exatamente para transmitir a ideia de autonomia que nos foi concedida para decidir, no desem-

penho das funções confiadas. Só um sentimento claro de autonomia e o seu exercício responsável e responsabilizante permitem um adequado exercício de cargos como este.

JN – A 1 de maio de 2007 assumiu a presidência do CA dos então Hospitais da Universidade de Coimbra (HUC), onde esteve até dezembro de 2011. Regressou depois à FMUC, até maio de 2017, altura em que foi convidado para o lugar de presidente do CA do CHUC. Qual era a conjuntura nessas duas épocas?

FR – Foram momentos completamente diferentes! Mas permita-me uma contextualização. Já em 2005, também como inerência do cargo de presidente da ARS, comeci a refletir sobre toda a organização da oferta de cuidados de saúde primários e hospitalares na Região Centro, tornando-se patente a elevada relevância assistencial dos HUC, do Centro Hospitalar de Coimbra (CHC) e dos Hospitais Psiquiátricos de Coimbra, no contexto da Região Centro. Mas também sendo notória a existência de fragmentação da oferta e de redundâncias que careciam de avaliação e de decisões dirigidas para a obtenção de ganhos de qualidade e de eficiência, numa perspectiva de sustentabilidade e de reforço da atratividade da oferta de cuidados hospitalares sedeados em Coimbra.

Em 2007, a realidade dos HUC contemplava todas as especialidades hospitalares e uma elevada diferenciação e vocação para a inovação e a resolução de situações de elevada complexidade. Em 2017, vim encontrar múltiplas e significativas carências de recursos e uma significativa obsolescência de equipamentos, mantendo-se a capacidade de atuação nos patamares de elevada complexidade e de diferenciação.

JN – Que prioridades tinha em 2007, quando chegou aos HUC?

FR – Para além de uma visão que orientasse a administração e gestão dos HUC, como grande hospital geral, central e universitário, com elevada competência, saber e experiência, dotado dos mais avançados recursos tecnológicos e terapêuticos e motivado para a investigação, a inovação e o desenvolvimento, bem como o

ensino e a formação, era também necessário olhar para fora e perceber as exigências do tempo, mesmo à luz da sua história.

A assistência hospitalar em Coimbra começou com a criação do Hospital de Milreu, em 1093, junto da Alcáçova, após a reconquista cristã, por Fernando Magno. E com a criação, em 1130, por Afonso Henriques, de um hospital ligado ao ensino da Medicina junto do Mosteiro de Santa Cruz. Outros hospitais se seguiram, até que D. Manuel I, no séc. XVI, percebeu a necessidade de uma grande reforma hospitalar. Mais tarde, no séc. XVIII, também o Marquês de Pombal procedeu a outra reforma dos Hospitais de Coimbra, concedendo à Universidade a sua administração, daí resultando o nome de Hospitais da Universidade de Coimbra.

Chegado aos HUC, continuavam patentes as condições antes identificadas como presidente da ARS do Centro, sobre a necessidade de reorganização da oferta de cuidados hospitalares em Coimbra. Convictamente, concedi à visão dirigida para a fusão dos Hospitais de Coimbra um significativo empenho, esforço e energia. A fusão dos HUC, CHC e Centro Hospitalar Psiquiátrico de Coimbra viria a ocorrer em março de 2011, dando origem ao Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC), um processo alavancado pela orientação política vigente, à época, no sentido da criação de centros hospitalares. Era ministra da Saúde a Dr.ª Ana Jorge. Hoje, o CHUC é a maior instituição hospitalar do país, fazendo parte do grupo E de hospitais. Tem, também, a maior área de influência direta, com cerca de 460.000 habitantes, servindo 1.700.000, em segunda linha, sendo o único hospital de fim de linha para a Região Centro.

JN – Estamos a falar de uma grande reforma da oferta da assistência hospitalar em Coimbra...

FR – Os responsáveis por uma instituição devem ter presente de onde ela vem, perceber para onde pode ir e escolher para onde deve ir. Antes da fusão, estávamos a prestar bons serviços, mas olhando-se à volta, para o mundo, para grandes centros assistenciais hospitalares internacionais, para países com mais recursos, percebia-se que este traba-



Fernando Regateiro: “É a capacidade de antecipação de respostas que sustenta as instituições”

lho estava a ser feito noutros locais. A fusão não aconteceu por questões de imitação, mas tendo como finalidade última a criação de melhores condições para responder às necessidades dos doentes que confiam nos Hospitais de Coimbra. As necessidades em saúde e dos doentes evoluem e geram necessidades distintas que, como tal, exigem respostas diferentes.

Trata-se realmente de uma grande reforma dos Hospitais de Coimbra, por via da interpenetração de culturas, da eliminação de redundâncias e da concentração de recursos humanos e materiais, daqui resultando o fortalecimento da capacidade de resposta e ganhos de qualidade, eficácia e eficiência e, logo, de sustentabilidade.

Terminei o meu mandato como presidente do CA dos HUC em dezembro de 2011, tendo o CA subsequente dado início à fusão. Em maio de 2017, quando assumi a presidência do CHUC, a concretiza-

“Hoje, o CHUC é a maior instituição hospitalar do país, fazendo parte do grupo E de hospitais. Tem, também, a maior área de influência direta.”

ção da fusão ainda não tinha chegado a múltiplas áreas do Centro Hospitalar, pelo que, com os demais membros do CA e o empenho da generalidade dos profissionais que aqui trabalham, fizemos avançar o processo.

JN – Quantos serviços tem o CHUC?

FR – São 50 serviços.

“INVESTIMENTO DE 5 MILHÕES DE EUROS EM SISTEMAS DE INFORMAÇÃO”

JN – Quais foram as grandes mudanças que ocorreram a partir de 2017?

FR – Demos continuidade a algumas tarefas em curso e iniciámos outras que estavam por desbravar. Cito, a este propósito, a necessidade de concretizar a fusão de serviços duplicados entre o Hospital Geral (Covões) e os HUC, como a Medicina, a Cirurgia, a Cardiologia ou a Pneumologia. Foram trabalhos exigentes, levados a bom porto com a cooperação e a compreensão dos profissionais das respetivas áreas.

Outra área carecia de intervenção, como suporte crítico que é para que as “coisas” funcionem bem – os

sistemas de informação. Em meados de 2017, ainda se mantinham em funcionamento dois sistemas de informação diferentes e o *hardware* estava, em grande parte, obsoleto. Havia que mudar, tendo esta verdadeira transformação digital vindo a ocorrer no final de 2019. Implicou um investimento de cerca de 5 milhões de euros, tendo o CHUC conseguido uma participação de 85% deste montante, através de três candidaturas ao SAMA 2020.

JN – Qual a importância deste investimento?

FR – A existência de dois sistemas de informação diferentes, um no polo HUC e Maternidade Daniel de Matos e outro nas unidades que advinham do CHC, gerava dificuldades significativas na circulação dos doentes e da informação que lhes dizia respeito. Era necessário fazer escolhas e decidir. E assim fizemos com a adoção, para todo o CHUC, do sistema de informação que estava em

FERNANDO REGATEIRO:

“Tenho uma vocação intensa para o associativismo”

Nasceu em Mira, no distrito de Coimbra, a 25 de julho de 1952. Casado, pai de dois filhos, de 36 e 39 anos, e avô de dois netos, o médico Fernando Regateiro é professor catedrático da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra desde 2004. Possui a Competência em Gestão de Serviços de Saúde pela Ordem dos Médicos.

Do seu vasto percurso profissional, destaca-se o cargo de coordenador nacional para a Reforma do SNS na área dos Cuidados de Saúde Hospitalares, que ocupou entre setembro de 2016 e novembro de 2019. Entre maio de 2007 e dezembro de 2011, foi presidente do CA dos HUC. Em maio de 2017 assumiu o cargo de presidente do CA do CHUC.

É o coordenador-geral do Mestrado Integrado em Medicina (MIM) da Universidade de Cabo Verde (UnicV), desde a sua fundação (2015-2016). É membro externo cooptado do Conselho Geral da Universidade de Cabo Verde (UnicV) e do Conselho Geral da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

Entre 2005 e 2007, assumiu a presidência do CA da Administração Regional de Saúde do Centro (2005-2007), organismo de que tinha sido vogal entre 2001 e 2002, e foi também diretor do Centro de Histocompatibilidade do Centro (1999-2005). Foi pró-reitor da Universidade de Coimbra e presidente do CA dos HUC entre 2007 e 2011.

Entre outras funções que desem-

penhou, foi conselheiro do CNECV - Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida (2003-2009) e do CNE - Conselho Nacional de Educação (1995-2002), do qual foi também coordenador de uma secção. Foi refundador da Imprensa da Universidade (extinta em 1934), como seu primeiro diretor (1998-2005).

diversas associações e organizações, entre as quais a Orquestra Clássica do Centro, da qual foi o primeiro presidente, na época como Orquestra de Câmara de Coimbra. Foi também presidente da Associação de Antigos Estudantes de Coimbra, durante 6 anos.

É autor do livro *Manual de Ge-*



“Tenho uma vocação intensa para o associativismo”, afirma, revelando que foi presidente da Confederação Nacional das Associações de País, na altura com cerca de 750 associações, a nível nacional. Além disso, foi o primeiro responsável de

nética Médica, coautor de outros 15 livros e autor ou coautor de mais de 200 trabalhos publicados.

Foi condecorado pelo Governo da República de Cabo Verde com a Medalha de Mérito, em 1.º grau, em abril de 2016.



Conselho de Administração

- 1 Presidente
Fernando Regateiro
- 2 Vogal
Carlos Santos
- 3 Vogal
Manuela Mota Pinto
- 4 Diretor clínico
Francisco Parente
- 5 Enfermeira diretora
Áurea Andrade

vigência no CHC, o SONHO (agora na versão 2) / SClínico.

Os objetivos consistem, nomeadamente, na melhoria do atendimento dos utentes, na agilização dos processos de trabalho e na integração da informação clínica com os centros de saúde e com os hospitais. Por

precaução e para afinação de procedimentos, testámos a transição de dados entre o sistema de informação existente nos HUC e o SONHO v2/ /SClínico, num universo de pequena dimensão (a Maternidade Daniel de Matos). Corrigidas as dificuldades então registadas, realizada a forma-

ção de um elevado número de procedimentos e adequados e ensaiados os procedimentos para a escala imposta pelos HUC, procedemos à migração de dados no dia 23 de novembro a partir das 00h00. Cerca de dois anos

(Continua na pág. 12)

(Continuação da pág. 11)

após as primeiras decisões, o projeto está em consolidação.

Refira-se que é muito mais do que uma mudança de sistemas de informação. Tem impacto na melhoria dos processos de trabalho, com especial incidência no atendimento aos utentes, já que abrange não só a fusão de sistemas de informação, mas também a substituição de *hardware* obsoleto, a gestão documental, a cibersegurança, os quiosques eletrónicos — pré-atendimento do utente com efetivação de chegada sem ter que passar pelo secretariado, leitura do cartão do cidadão/utente, sistema automático de chamada, entre outras funcionalidades. Os SPMS — Serviços Partilhados do Ministério da Saúde —, nossos parceiros neste processo, referem que esta grande transformação digital se compara à que foi operada em grandes hospitais da Europa.

“HUMANIZAÇÃO HOSPITALAR É UMA DAS PRIORIDADES”

JN — Que outras modificações tiveram lugar ou estão em curso?

FR — Outra grande intervenção que estamos a fazer, e que também é sentida como muito necessária, tem a ver com a humanização. É evidente que isto não significa que, atualmente, haja desatenção e descuido dos nossos profissionais para com os doentes e no relacionamento entre si. Pelo contrário! No entanto, sendo a humanização uma área do foro das atitudes e dos comportamentos, exige, pela sua natureza, formação e convívio continuados, com modelos que apontem as mudanças necessárias e inspirem a sua adoção. Por isso, são necessárias equipas dedicadas, ações, processos e procedimentos que, no dia-a-dia, privilegiem estas tarefas, para o que criámos um programa e está em fase de aprovação pelo CA um plano de ação que designámos como H2 — “Humanização Hospitalar” — e que conta com uma equipa específica.

Como nota conexa com esta temática, cabe referir que, nos últimos 3 anos, tive o privilégio de ser o Coordenador Nacional para a Reforma do SNS na Área Hospitalar. Uma das áreas trabalhadas foi, exatamente, a da humanização hospitalar, para o que constitui um grupo de trabalho específico. Da sua reflexão e dedicado e intenso trabalho resultou a proposta de um “Compromisso para a Humanização Hospitalar”, que viria a ser aceite por todos os hospitais portugueses e por todos eles assinados em cerimónia pública ocorrida no CH de Vila Nova de Gaia/Espinho, em setembro de 2019.

Outra realização que também considero de superior relevância e significado foi a criação e inauguração, no átrio principal dos HUC, de um “Espaço Cidadão — Utente” e de um “Espaço Cidadão — Profissional”, ambos simbolicamente inaugurados no dia 15 de setembro, data oficial de comemoração dos 40 anos do SNS, para assinalar de forma muito expressiva a nossa homenagem ao SNS. O “Espaço Cidadão — Utente” destina-se a atender os utentes e os seus familiares em ambiente acolhedor, fornecer informações que solicitem e, concentrando funções,

facilitar o acesso a documentos de que careçam. O “Espaço Cidadão-Profissional” concentra diversas prestações administrativas para, em condições de conforto, de personalização do atendimento e com horário adequado às disponibilidades dos profissionais, os receber e lhes facilitar informação e documentos de que careçam.

Os espaços destinados a prestar cuidados aos doentes também têm vindo a ser objeto de particular atenção. Em consequência, três pavilhões degradados localizados em Celas foram encerrados, após realocação da resposta aí sedeadas. Para dois deles, já estão em curso procedimentos destinados à sua reabilitação. Está igualmente a decorrer uma avaliação, por entidade externa especializada, da segurança estrutural e contra incêndios de alguns dos edifícios do CHUC.

Também particularmente centrada no doente, gostaria de referir uma iniciativa levada a cabo nos dias 6 e 7 de junho de 2019, nos seis polos do CHUC, no âmbito do movimento internacional conhecido por “*What Matters to You*”, tendo como objetivo dar maior suporte e significado à comunicação entre os profissionais de saúde, enquanto prestadores de cuidados, e os doentes, familiares e cuidadores, como destinatários dos cuidados.

JN — Em concreto, em que consistiu a referida iniciativa?

FR — Um conjunto de profissionais disponibilizou uma parte do seu tempo para acolher doentes e familiares, perguntando-lhes como tinha corrido a consulta, o que mais valorizavam no contacto com o Hospital e com os profissionais, quais eram as principais dificuldades que sentiam, como poderiam ser resolvidos os problemas que mais os preocupavam. A iniciativa foi um sucesso e os resultados superaram largamente as expectativas. A verdade é que nunca saberemos o que pensam os doentes se não lhes perguntarmos!

“NO FUTURO, PRECISAREMOS, CADA VEZ MAIS, DE RESPOSTAS PRESTADAS POR EQUIPAS MULTIPROFISSIONAIS E MULTIDISCIPLINARES, PARA TRATAR A AGUDIZAÇÃO DE DOENÇAS CRÓNICAS”

JN — Uma das grandes apostas, nos últimos anos, foi a Unidade de Cirurgia de Ambulatório (UCA), situada no Hospital Geral. Que mais-valias trouxe?

FR — Quando o atual CA entrou em funções, em 2017, eram usadas duas salas para realizar cirurgia de ambulatório, no Bloco Operatório do Hospital Geral. Neste momento, já concentrámos uma parcela bem maior das respostas de ambulatório de diversas especialidades cirúrgicas, neste Bloco Operatório, passando das duas salas iniciais para seis. A UCA é um exemplo robusto da nossa aposta na valorização do espaço do Hospital Geral / Covões, como área imprescindível do todo que é o CHUC.

JN — Neste momento, o que existe mais no Hospital Geral?

FR — No Hospital Geral, continuam a ser usados os espaços de internamento, num total de cerca de 200 camas, distribuídas pelas

especialidades de Medicina, Ortopedia, Cirurgia, Cardiologia, Pneumologia e Medicina Intensiva. Além disso, estão a ser aqui concentradas respostas no âmbito do envelhecimento ativo e saudável, havendo já 12 camas destinadas a esta área. Os espaços das antigas enfermarias de Pneumologia e de Medicina Interna, abandonados por não reunirem condições para uso, irão ser reabilitados para fins assistenciais. Em síntese, todos os espaços com condições para serem usados para fins assistenciais estão ocupados, para internamento, hospitais de dia ou consultas.

JN — Estão a concentrar as respostas ambulatórias no Hospital Geral?

FR — Há múltiplas decisões que evidenciam a realocação, no Hospital Geral, de respostas ambulatórias para largos milhares de doentes, como sejam consultas de Pneumologia Geral, Epilepsia, Sono

ou Reumatologia, a concentração das respostas do foro da Audiologia antes dispersas pelos HUC e CHC, a diálise ambulatória, a requalificação dos espaços de Cardiologia de Intervenção, ou a substituição de um número elevado de janelas para incremento das amenidades e ganhos energéticos.

Como já referi, o CHUC é um hospital de elevada diferenciação, que resolve problemas complexos, com a correlativa tipologia de doentes. No entanto, o aumento da esperança de vida e o envelhecimento da população, a par da inovação terapêutica, que permite prolongar a vida e transformar doenças antes mortais no jovem ou no idoso em doenças crónicas, fazem subir de forma relevante o número de cidadãos com doenças crónicas, doenças que, de quando em vez, podem agudizar e carecer de cuidados hospitalares. Acresce ainda que, numa mesma

JN — De que modo pretende resolver a questão do estacionamento nos HUC?

FR — Em setembro de 2011, o CA

dos HUC entregou no Ministério das Finanças e no Ministério da Saúde um pré-projeto para colher autorização para a instalação de um silo auto na cerca destes Hospitais. Em 2017, não tinha ocorrido qualquer evolução do processo, pelo que lançámos mãos ao trabalho, determinados a resolver o problema, mais recentemente, com o apoio de uma empresa externa especializada. Neste momento, estão finalizadas as peças que, após autorização superior, permitem lançar um concurso internacional para a elaboração do projeto de um silo com 1400 lugares, e a sua construção e exploração, bem como a requalificação de toda a resposta de estacionamento de superfície e respetivos acessos.

Por outro lado, dentro da preocupação com a acessibilidade e para aliviar a pressão do estacionamento automóvel, viabilizámos as melhores condições para que o *Metrobus* atravessasse, nos dois sentidos, os terrenos da cerca dos HUC, sem interferir com

dades, desde a execução de MCDT comuns, a observação por médico da especialidade de que necessite, num muito curto prazo, ou a aplicação de tratamento já conhecido em hospital de dia, até um internamento de curta duração, acompanhado por intervenção intensiva de reabilitação física, respiratória ou cardíaca, quando indicadas.

Por isso, para além da enfermaria de 12 camas já instalada para doentes desta tipologia, os espaços para este tipo de atividade irão aumentar no futuro, nomeadamente através da requalificação da antiga enfermaria de Pneumologia, para instalar uma Unidade de Envelhecimento Ativo e Saudável (UNIESA) com 26 camas, para internamento de curta duração. O financiamento das obras, próximo de um milhão de euros, já está assegurado.

As antigas enfermarias vermelha e amarela do Hospital Geral, também sem uso por degradação, irão entrar em obras no curto prazo para aí ser

sobre dificuldades de financiamento, o que é verdade. A resposta passa pelo trabalho dirigido para a procura de novas formas de financiamento.

JN — Como, por exemplo?

FR — Refiro-lhe o procedimento que estamos a seguir para a aquisição de dois novos aceleradores lineares, num valor que ronda os quatro milhões de euros. Não tínhamos este dinheiro, mas criámos condições para os adquirir, recorrendo à locação. Para isso, envolvemos os juristas do CHUC especializados nesta área e preparámos os documentos necessários que submetemos às tutelas. Neste momento, já temos a autorização do Ministério das Finanças para a sua aquisição.

JN — Sei que há um projeto para uma Nova Urgência...

FR — Sim, neste momento, já está em fase de apreciação na ACSS. É uma necessidade premente. Tem um



instalada a Medicina Física e de Reabilitação e duas novas respostas: a Reabilitação Cardíaca e a Reabilitação Respiratória.

Falar de novos paradigmas remete para o CHUC herdeiro de um trajeto secular, em que soube adaptar-se às necessidades do tempo e conviver com grandes reformas. Seguramente, não andarei longe da verdade se ousar afirmar que a atratividade e a confiança dos doentes radicarão nesta capacidade para antecipar respostas muitas vezes pioneiras, diferenciando áreas de resposta em função das tipologias de doentes e, consequentemente, da especificidade da procura.

É a capacidade de antecipação de respostas que sustenta as instituições. É responsabilidade de quem as dirige ter uma visão e as valorizar e tentar projetar, para responder aos interesses das mesmas. Ouço frequentemente queixas

programa funcional e circuitos determinados pela complexidade das situações (baixa, média, alta e emergente), havendo ainda áreas específicas para a Cirurgia Geral, a Ortopedia e a Psiquiatria e uma outra para especialidades. A área de Emergência aumenta de cinco para sete *slots* e são criados dois quartos de isolamento. O projeto contempla áreas de pausa e quartos de descanso para os profissionais de serviço, bem como um armazém e circuitos específicos para sujos e limpos.

JN — O CHUC tem diversos centros de referência nacionais...

FR — Neste momento, temos 18 centros de referência nacionais e somos o hospital europeu integrado no maior número de redes europeias de referência. O CHUC caracteriza-se exatamente por uma elevada diferenciação e por tratar casos complexos. Cerca de 50% da prescrição hospita-

lar de ambulatório vai para fora do distrito de Coimbra, incluindo Lisboa e Porto.

“A NOSSA PROPOSTA NÃO É A EXISTÊNCIA DE UM SIMPLES SERVIÇO DE OBSTETRÍCIA, MAS DE UM EDIFÍCIO QUE ALOJE A FUNÇÃO DE DEPARTAMENTO MATERNO-FETAL”

JN — E quais são os planos para a área da Ginecologia e Obstetrícia?

FR — As maternidades provêm de um conceito antigo, que serviu bem as populações, onde era premente a necessidade de baixar a mortalidade de materna e neonatal. Contudo, a realidade de hoje é bem diferente: a idade da primeira gravidez é mais tardia e os conhecimentos e recursos assistenciais e terapêuticos permitem que gravidezes que antes resultavam em aborto cheguem a termo e que outras prossigam em situações de doença que eram incompatíveis com o desenvolvimento de uma gravidez. Seguramente, são situações que geram complexidades e exigências assistenciais diferentes.

Costumo dizer que uma mulher grávida é uma mulher saudável. Quando adocece, é uma adulta doente. No trabalho de parto, ou no pós-parto, se há uma situação aguda ou emergente, teremos uma doente adulta que também é uma grávida. Situações de emergência que ocorram numa grávida têm, por vezes, poucos minutos de janela de oportunidade para intervir. Hoje, mesmo com a localização das atuais maternidades em posição relativamente próxima do Bloco Central dos HUC, já há um número significativo de grávidas que, durante um ano, têm de fazer o parto no Bloco Central, por questões de segurança.

O Serviço de Obstetrícia do CHUC reunirá as melhores condições de segurança, sendo construído em continuidade com o Bloco Central dos HUC, para dispor do total das respostas de urgência e emergência disponíveis neste Centro Hospitalar. Neste momento, está identificado o espaço para a construção, o programa funcional está elaborado e o caderno de encargos para concurso internacional para o projeto está pronto. Sendo o único hospital de apoio perinatal diferenciado da Região Centro, o CHUC tem a obrigação de receber todas as grávidas de elevado risco da Região que o procurem.

JN — Quando refere o conceito de hospital de apoio perinatal diferenciado, a que se refere?

FR — Falo da generalidade das especialidades e dos serviços de apoio à atividade clínica, como o serviço de sangue ou de diagnóstico imagiológico e de toda uma série de respostas e de equipas em presença física. A nossa proposta construtiva não contempla apenas o Serviço de Obstetrícia, mas um edifício que aloje a função de Departamento Materno-Fetal, integrando as respostas de Obstetrícia, de Ginecologia, de Medicina da Reprodução Humana e de Neonatologia. Esta integração permite resolver as preocupações da população e dos utentes, a que somos muito sensíveis.

JN — Qual o orçamento do CHUC para 2020?

FR — É de 517 milhões de euros.

JN — Como é presidir a um centro hospitalar com a dimensão do CHUC?

FR — É um trabalho que não se esgota na rotina, é um desafio diário! O CHUC, como instituição prestigiada e grande hospital, tem responsabilidades acrescidas que decorrem, por exemplo, do seu peso e influência institucionais, do facto de ser fim de linha para várias áreas de referenciação a nível regional e, para algumas, a nível nacional, ou ainda dos reflexos que os seus resultados têm em indicadores globais.

JN — Como prevê que sejam os seus próximos anos aqui?

FR — Cabe dizer que o mandato termina a 31 de dezembro. É um privilégio administrar e gerir este magnífico Centro Hospitalar.

18 Centros de Referência Nacionais

- Transplante de Coração
- Onco-Ofthalmologia
- Transplantação Hepática
- Cardiologia de Intervenção Estrutural
- Cardiopatias Congénitas
- Doenças Hereditárias do Metabolismo
- Epilepsia Refratária
- Cancro do Esófago
- Cancro do Testículo
- Cancro do Reto
- Sarcomas das Partes Moles e Ósseos
- Cancro Hepatobiliopancreático
- Oncologia Pediátrica
- Transplante de Rim Adultos
- Fibrose Quística
- Neurorradiologia de Intervenção na Doença Cerebrovascular
- Coagulopatias Congénitas
- Implantes Cocleares

10 European Reference Networks

- ERN BOND
- ERN EYE
- ERN EURACAN
- ERN EpicARE
- ERN EuroBloodNet
- ERN ITHACA
- MetabERN
- ERN PaedCan
- RareERN RARE-LIVER
- ERN TRANSPLANT - CHILD

CHUC em números (ano de 2018)

Doentes saídos do internamento **58.126**
Demora média de internamento **8,56 dias**
Primeiras consultas **227.471** (das quais 60.673 são referenciadas pelos CSP)
Atendimentos SU Geral **206.506**
Atendimentos SU Pediátrico **63.651**
GDH Ambulatórios Médicos **9663**
GDH Ambulatórios Cirúrgicos **16.529**
GDH Internamentos Médicos **37.183**
GDH Internamentos Cirúrgicos **20.262**
Intervenções Cirúrgicas Programadas (Internamento) **13.186**
Intervenções Cirúrgicas Urgentes **7278**
Cirurgia de Ambulatório **19.287**
Partos **4742**
Nascimentos **4833**

Recursos Humanos (a 30/11/2019)

Total **7911**
Média etária **46 anos**
Órgão de Direção **5**
Dirigentes **28**
Médicos especialistas **1029**
Internos **618**
Pessoal técnico superior de saúde **51**
Enfermeiros **2979**
Assistentes técnicos **710**
Assistentes operacionais **1744**
Pessoal farmacêutico **61**
Pessoal de diagnóstico e terapêutica **499**
Pessoal técnico superior **138**
Pessoal informático **27**
Outros **22**
Distribuição por género **feminino - 74,57%**
masculino - 25,43%

MARIA LUÍSA FIGUEIRA, PRESIDENTE CESSANTE DA SOCIEDADE PORTUGUESA DE PSIQUIATRIA E SAÚDE MENTAL (SPPSM):

“A Psiquiatria e a Saúde Mental são duas disciplinas diferentes”

EMBORA ADMITA HAVER “ZONAS DE SOBREPOSIÇÃO” ENTRE A PSIQUIATRIA E A SAÚDE MENTAL, LUÍSA FIGUEIRA DEFENDE QUE SÃO DOMÍNIOS DIFERENTES. NESTA ENTREVISTA, A PROFESSORA CATEDRÁTICA JUBILADA DA FMUL TAMBÉM DIZ QUE, NA SUA OPINIÃO, “O SOFRIMENTO É O INDICADOR MAIS IMPORTANTE DA EXISTÊNCIA DE UMA DOENÇA MENTAL”.

Maria Luísa Figueira não tem dúvidas em considerar que a Psiquiatria e a Saúde Mental “são duas disciplinas diferentes”, uma opinião partilhada com muitos dos seus colegas psiquiatras. Mas também adverte que há quem pense de forma diferente e defenda que os dois conceitos são sinónimos um do outro. “Talvez porque, eventualmente, privilegiam mais a prevenção e a profilaxia das doenças e a vertente de saúde pública da Psiquiatria”, diz.

“O grande objetivo da Psiquiatria é diagnosticar e tratar os doentes. Tudo o que seja anterior ao diagnóstico e ao tratamento, como a promoção da saúde mental e a criação de condições para que haja um menor número de doenças mentais, ou pelo menos que sejam prevenidas atempadamente, já faz parte de uma área necessariamente interdisciplinar, que é a Saúde Mental”, resume a presidente cessante da SPPSM.

“A Psiquiatria é uma área eminentemente médica”, sublinha, “embora, naturalmente, para além dos psiquiatras, inclua os técnicos de saúde, os psicólogos, os enfermeiros de Saúde Mental, os assistentes sociais ou os fisioterapeutas, pois, todos eles concorrem para o tratamento e a reabilitação do doente”.

Na opinião de Maria Luísa Figueira, “não se pode, no entanto, ser radical e dizer que Psiquiatria e Saúde Mental são duas coisas completamente distintas”. “Quando temos pessoas com doenças mentais graves em casa, “se não conhecermos bem as suas condições sociais e económicas e do próprio local onde vivem,

se não tivermos dados de natureza social que nos são trazidos pela assistência social, não estaremos, com certeza, a tratá-las bem”, refere.

Numa altura em que se fala tanto de hospitalização domiciliária, a psiquiatra diz que são as demências e as psicoses que mais fazem sentir a necessidade desse tipo de intervenção.

“Eu acompanho imensos doentes com demência e faço-o com a preocupação da psicoeducação da família”, explica Maria Luísa Figueira. Quanto aos doentes psicóticos, “as famílias estão mobilizadas porque eles, muitas vezes, não podem estar sozinhos, entram em crise, podendo e devendo haver aí a intervenção de equipas de saúde mental que apoiassem as famílias e os próprios doentes”.

“A doença mental causa sempre sofrimento”

No entender de Maria Luísa Figueira, “o indicador mais importante de que poderemos estar perante um caso de doença mental é o sofrimento. E o sofrimento exprime-se de várias maneiras, não é só pela tristeza”.

“A doença mental causa sempre sofrimento. Não é só uma questão de a pessoa estar deprimida. É estar inquieta, ansiosa, irritável e explosiva de uma forma que não é habitual, pouco produtiva, com dificuldade em funcionar cognitivamente”, descreve, salientando a importância de identificar “comportamentos estranhos, não habituais naquela pessoa”.

“Não estamos a falar de traços de personalidade, mas podem ser uma acentuação muito intensa de características próprias que a determinada altura ultrapassam um certo limite. Ao mesmo tempo, a situação evolui para um estado de sofrimento”, observa a nossa entrevistada.

E a ligação entre a Psiquiatria e as outras especialidades hospitalares, na prática, funciona bem?

“Eu diria que não é uniforme em todo o país, porque não há técnicos suficientes para responder às necessidades da psiquiatria de ligação, mas nas grandes cidades sim. Há, de facto, uma integração dos serviços de Psiquiatria, em termos de resposta



“Quase todas as doenças endocrinológicas, por exemplo, têm uma vertente psiquiátrica”, afirma Maria Luísa Figueira

psiquiátrica e psicológica às necessidades das pessoas que estão internadas ou em consultas externas de outras especialidades de Medicina, ou até mesmo de Cirurgia, pois, um doente pode ficar bastante agitado no pós-cirúrgico, exigindo a observação por um psiquiatra.”

Aliás, segundo o modelo do CH Universitário Lisboa Norte, que Maria Luísa Figueira conhece bem, normalmente, a observação inicial é assegurada por um psiquiatra, que recorre ao psicólogo da equipa da

psiquiatria de ligação caso entenda que a intervenção deve ser feita por esse profissional.

“Hoje em dia, a maioria dos problemas que surgem tem que ver com o envelhecimento, com demências, com estados de agitação e confusão

mental nas pessoas mais idosas. Mas também com casos de internamento nas enfermarias de Medicina por tentativa de suicídio, ou situações de privação de fármacos em doentes internados e que têm uma crise da sua doença mental, com sintomas de

Maria Luísa Figueira:
“Não devemos falar em ‘doença mental’ porque há diversas doenças mentais.”

ansiedade ou de depressão”, explica Maria Luísa Figueira.

Adianta ainda ser muito frequente que nas enfermarias de Cardiologia surjam crises depressivas provocadas não só por uma doença que as pessoas já possam ter subjacente mas também pela própria natureza da patologia cardíaca de que padecem. Até da Neurologia surgem pedidos de intervenção da psiquiatria de ligação, para acorrer a casos de agitação psicomotora, crises depressivas delirantes ou psicóticas agudas.

Troia acolhe XIV Congresso Nacional de Psiquiatria

“Psiquiatria e Saúde Mental — Reconceptualizar os limites e as ligações” é o tema do XIV Congresso Nacional de Psiquiatria, que decorrerá no Centro de Congressos de Troia, entre 30 de janeiro e 1 de fevereiro, com a tarde do dia 29 dedicada à realização de cursos pré-congresso.

Promover o debate sobre que tipo de ligação existe entre a Psiquiatria e a Saúde Mental é um dos objetivos da próxima reunião magna da SPPSM. Por outro lado, “tem havido cada vez mais investigação na área das ciências sociais e das ciências humanas, que traz contribuições para a análise do risco e da vulnerabilidade das pessoas para a doença mental, temática que merece ser abordada”.

No Congresso vão intervir também antropólogos, sociólogos, arquitetos e pessoas ligadas às tecnologias de informação.

ções, como os maus tratos na infância, a pobreza ou as carências alimentares... Mas as ciências psicológicas, a Sociologia, a Arquitetura, a Antropologia ou a Ética trazem contribuições importantes para essa avaliação tão necessária de ser feita”, especifica Maria Luísa Figueira, acrescentando:

“As novas tecnologias, por exemplo, podem ser usadas na saúde para melhorar o diagnóstico e o tratamento, embora não tanto na Psiquiatria, por enquanto, mas vão ter um grande impacto na qualidade de vida e no estilo de vida das pessoas, podendo ter, eventualmente, impacto na saúde mental.”

Maria Luísa Figueira destaca igualmente a presença de convidados estrangeiros no Congresso de

2020, à semelhança, aliás, do que tem vindo a suceder ao longo das suas várias edições. Justifica-a com a necessidade de atualização dos profissionais portugueses relativamente a certas áreas de ponta que envolvem tecnologias muito avançadas, como os métodos de imagem, ou aspetos laboratoriais, como a Imunologia.

“Não é que não tenhamos pessoas capazes de a fazer, mas nós não temos tanta investigação nessas áreas como acontece noutros países por questões financeiras. Por outro lado, é uma maneira de incrementar as relações entre os especialistas portugueses e outras comunidades científicas”, sublinha Maria Luísa Figueira.



MANUEL BRANCO FERREIRA, PRESIDENTE DA SOCIEDADE PORTUGUESA DE ALERGOLOGIA E IMUNOLOGIA CLÍNICA (SPAIC):

“A Alergologia está bem enraizada dentro da estrutura do hospital”

MANUEL BRANCO FERREIRA É O 13.º PRESIDENTE NA HISTÓRIA DA SPAIC, SOCIEDADE QUE CELEBRA EM 2020 O SEU 70.º ANIVERSÁRIO. NESTA ENTREVISTA À *JUST NEWS*, CONSIDERA QUE A IMUNOALERGOLOGIA ESTÁ BEM INSERIDA NO MEIO HOSPITALAR, DIZ QUE HÁ BONS EXEMPLOS DE COLABORAÇÃO COM, PELO MENOS, MEIA DÚZIA DE OUTRAS ESPECIALIDADES E APRESENTA SEIS “LINHAS MESTRAS” DO SEU MANDATO.

Eleito em outubro, no decorrer da última reunião anual da SPAIC, Manuel Branco Ferreira tomou posse em dezembro e tem agora pela frente um mandato de 3 anos. Sucede a Elisa Pedro, que é sua colega em Santa Maria, o hospital a que ficará para sempre ligado o nome de Antero da Palma-Carlos, considerado “o pai da Imunoalergologia portuguesa”, especialidade oficialmente criada em 1987.

Manuel Branco Ferreira conviveu com Palma-Carlos durante 26 anos, desde 1 de janeiro de 1993, que foi quando “entrei para o Hospital de Santa Maria, mais precisamente para a Unidade de Imunoalergologia, que integrava o Serviço de Medicina 3”. Logo nesse ano começou a dar aulas na Faculdade de Medicina, como seu assistente. Estiveram juntos a última vez na véspera do seu internamento, uma semana antes de falecer, em março de 2019.

“O Serviço de Imunoalergologia do Hospital de Santa Maria surge em 2006, sob a Direção do Prof. Manuel Barbosa, a partir da anterior Unidade de Imunoalergologia, criada em 1965 pelo Prof. Palma-Carlos e integrada no Serviço de Medicina 3, dirigida à altura pelo Prof. Ducla Soares e mais tarde pelo próprio Prof. Palma-Carlos”, recorda o nosso entrevistado, acrescentando: “Nesta Unidade, e depois também no Serviço, sempre houve subjacente a ideia — e o Prof. Palma-Carlos nunca deixou de pugnar por isso — de que o imunoalergologista deve também ser, em parte, um internista. Porque o doente alérgico tem, muitas vezes, outros problemas ativos, nós devemos, dentro da nossa formação, estar capacitados para reconhecer, diagnosticar e tratar várias dessas patologias não alérgicas, para podermos fazer uma abordagem integrada e holística do doente, que por vezes falta a outras especialidades de órgão.”

Acesso a cuidados alergológicos mais democratizado

A autonomização da Imunoalergologia em serviços ou unidades fora dos principais centros — Hospital de São João, Hospitais da Universidade de Coimbra, Hospitais de Santa Maria e de D. Estefânia —, quer em estruturas

públicas como privadas, foi, no entender do presidente da SPAIC, “algo muito positivo, porque veio permitir facilitar e generalizar muito mais o acesso a cuidados imunoalergológicos”.

“Ainda falta fazermos alguma coisa para uma mais efetiva cobertura nacional, mas estamos muito melhor do que há 25 anos. Por exemplo, passámos de duas ou três vagas para especialistas por ano para 10 a 15. E este percurso que se fez permitiu ganhar massa crítica de imunoalergologistas, tornando possível não só expandir a rede de cuidados, mas também a criação de hospitais de dia e de diversas unidades funcionais, com a prestação de cuidados mais diferenciados em determinadas áreas”, refere Manuel Branco Ferreira.

A SPAIC tem mais de 600 associados, incluindo médicos de várias especialidades, enfermeiros, biólogos, farmacêuticos e profissionais que se dedicam à investigação imunoalergológica.

Uma maior capacidade de resposta da Imunoalergologia veio fazer com que a área da alergia medicamentosa, por exemplo, tenha “crescido exponencialmente”, respondendo a necessidades de outros serviços hospitalares:

“Em Santa Maria, temos uma colaboração muito estreita com a Oncologia, que também existe noutros hospitais, no sentido de se procurar ultrapassar a questão das reações alérgicas que surgem relativamente a alguns citostáticos. Com a nossa intervenção, evitamos que os doentes tenham que mudar para terapêuticas

de segunda linha, menos eficazes.”

“Este é um exemplo da inter-relação da Imunoalergologia com outras especialidades hospitalares que é imediatamente visível”, sublinha Manuel Branco Ferreira, que apresenta outros casos de “boas colaborações” existentes no CH Universitário Lisboa Norte, mas que são comuns a muitas outras instituições hospitalares.

Essa relação mais estreita também acontece, por exemplo, com a Dermatologia, “em que frequentemente nos referenciamos doentes com urticária para estudo alérgico”, ou com a Otorrinolaringologia, “em que há situações graves de rinossinusite alérgica que podem não necessitar de cirurgia se houver uma intervenção em conjunto das duas especialidades”. O médico admite, contudo, que a referência para a Imunoalergologia “é muitas vezes mais pessoal do que institucional...”

“Com a Pneumologia, estamos a tentar estabelecer parcerias para a criação de unidades multidisciplinares de asma grave, em que cada uma das especialidades poderá aportar contributos específicos e importantes. A título de exemplo, a Imunoalergologia, com a investigação de etiologia alérgica (testes cutâneos, provas de provocação), pode ajudar a decidir outras modalidades terapêuticas, e a Pneumologia, com a



Manuel Branco Ferreira: “A tendência para o crescimento da patologia alérgica tem continuado”

endoscopia brônquica, pode ajudar a perceber outras realidades”, diz Manuel Branco Ferreira.

Os exemplos sucedem-se: A Gastroenterologia solicita-nos frequentemente avaliação alérgica perante casos de gastroenteropatia eosinofílica; colaboramos com a Oftalmologia em situações de queratoconjuntivite grave (vernal ou atópica, para controlo da sintomatologia respiratória e/ou cutânea. Essa sinergia de esforços também se observa em relação à Pediatria: em diversos hospitais é a Imunoalergologia que assegura as consultas de alergia alimentar e medicamentosa e é quem efetua as imprescindíveis provas de provocação, que em muitos casos são imprescindíveis para um correto diagnóstico.”

“Estamos bem enraizados dentro da estrutura hospitalar”, conclui Manuel Branco Ferreira, ressalvando que essa harmonização poderá não ser tão fácil de concretizar nalgumas estruturas hospitalares, pois, “depende bastante das lideranças e dos antecedentes históricos que existem nos diversos locais”.

Grande evolução a nível terapêutico

O presidente da SPAIC diz-se convicto de que vai acontecer uma grande evolução a nível terapêutico: “Vamos assistir não só a um alargamento do número de

indicações para vários dos medicamentos biológicos que já temos como vamos testemunhar, muito provavelmente, o lançamento de um ou mais novos biológicos por ano.” E conclui: “Em termos de novos fármacos, julgo que assistiremos seguramente a um aumento exponencial nos próximos anos.”

“Estamos a verificar que os biológicos conseguem atingir alvos cada vez mais a montante no processo da sensibilização e inflamação alérgicas, podendo assim influenciar positivamente várias patologias. Nós poderemos talvez estar a atacar o processo alérgico muito mais próximo da sua génese e isso representará uma grande mudança de paradigma”, afirma Manuel Branco Ferreira, prosseguindo:

“É claro que temos aqui que considerar todos os constrangimentos associados aos custos, o que vai fazer com que, embora pudesse estar indicado começarmos a usar biológicos no início da doença alérgica, muito provavelmente não o vamos fazer porque nessa fase as doenças são facilmente controláveis com medicação adequada e a preços muito inferiores. Contudo, embora tal não esteja ainda demonstrado, é lógico pensar que a utilização mais precoce de biológicos poderia eventualmente prevenir a progressão para formas graves de doença alérgica.”

SPAIC: um mandato com seis “linhas mestras”

Manuel Branco Ferreira diz que a nova Direção da SPAIC vai procurar cumprir o seu mandato em torno de seis “linhas mestras”.

Reforçar a participação e a importância dos grupos de interesse: “Têm que constituir a ‘espinha dorsal’ da SPAIC e deles devem emanar as sugestões formativas e iniciativas como, por exemplo, a criação de registos de doenças, que pretendemos dinamizar.”

Para além de comunicar para o exterior, apostar mais na comunicação para o interior: “Numa perspetiva de inclusividade, pretende-se que todos os associados saibam o que se faz e possam participar ativamente nas várias ações e projetos a desenvolver.”

Investir nas parcerias com outras sociedades médicas, nacionais e estrangeiras: “Na sequência das participações recíprocas em congressos, penso que está na altura de procurarmos materializar essas colaborações em algo mais concreto e palpável. Por exemplo, começar a criar estruturas comuns intra-hospitalares envolvendo duas ou mais especialidades e promover a publicação de trabalhos multinacionais e intercâmbios de médicos internos ou especialistas.”

Dinamizar mais a Rede Portuguesa de Aerobiologia: “É um serviço totalmente gratuito que a SPAIC presta à comunidade, em colaboração com a Universidade de Évora. Queremos aproveitar a

enorme quantidade de dados que temos e, eventualmente, relacioná-los com outros parâmetros de saúde.”

Manter a sustentabilidade financeira da SPAIC: “É um ponto fulcral e em relação ao qual todos os sócios são chamados a participar, para que possamos, de uma forma sólida, manter as iniciativas em curso e implementar novos projetos.”

Apoiar e ter uma maior intervenção junto das associações de doentes: “Podemos dar-lhes mais visibilidade nas nossas reuniões e potenciar as ações destas organizações que, tal como nós, visam a melhoria das condições de vida dos seus associados e, necessariamente, dos cuidados que lhes são prestados.”

Hospitalização domiciliária arranca no CHU Lisboa Norte

O CHULN INICIA 2020 COM UMA UNIDADE DE HOSPITALIZAÇÃO DOMICILIÁRIA (UHD) QUE VAI ASSISTIR SEIS DOENTES, DEVENDO CHEGAR AOS 20 NO FINAL DO ANO.

Teresa Rodrigues, internista do Serviço de Urgência do CHULN e coordenadora do Grupo de Trabalho da UHD, lembra que “quem mais pode beneficiar deste modelo são os idosos, com doenças crónicas e multimorbilidades, apresentando já um quadro confusional, que não se adequa ao movimento próprio de um hospital”.

Outras vantagens prendem-se com a diminuição do risco de complicações e de infeções nosocomiais, menor mortalidade e menos custos, como faz questão em sublinhar Marco Narciso, especialista de Medicina Interna do Hospital Pulido Valente: “Com a UHD, consegue-se otimizar a acessibilidade ao internamento nos serviços de Medicina e centralizar os cuidados no doente.”

Marco Narciso realça ainda as vantagens do modelo em termos de segurança do tratamento agudo de um conjunto variado de patologias, nomeadamente, DPOC, celulite/erisipela e infeções adquiridas na comunidade ou hospitalares e por micro-organismos.



Daniel Ferro com António Sales

Para Daniel Ferro, no CHULN, a UHD é vista como “um terceiro hospital”.

De acordo com o médico, no âmbito deste projeto, prevê-se aumentar a médio prazo o número de camas em casa: “O objetivo é atingir as 50 em 3 anos e as 100 em 5 anos, o que obriga a ter mais equipas.” A UHD irá funcionar 24 horas por dia, com apoio médico e da enfermagem em permanência ou em prevenção. Os destinatários são os residentes na zona de abrangência do centro hospitalar e quem cumpra os critérios próprios das UHD.



Elementos da UHD: Marco Narciso (médico), Susana Martins (administradora), Matilde Godinho (enf.ª), Teresa Rodrigues (coordenadora), Célia Cardoso (enf.ª), Paula Branco (enf.ª-chefe), Marisa Silva (médica), Micaela Gomes (assist. social) e Jorge Ruivo (médico)

Na sessão de lançamento da UHD, realizada no âmbito do 65.º aniversário de Santa Maria, o presidente do CA do CHULN, Daniel Ferro, frisou que a

Na apresentação pública da UHD, o CHULN esteve presente o secretário de Estado da Saúde, António Sales.

FMUL inaugurou Edifício Reynaldo dos Santos

AO FIM DE 19 ANOS, O TÃO AGUARDADO EDIFÍCIO REYNALDO DOS SANTOS ABRIU PORTAS NA FMUL, POR DETRÁS DO EDIFÍCIO EGAS MONIZ, ONDE TAMBÉM PASSA A FUNCIONAR O CENTRO ACADÉMICO CLÍNICO DE LISBOA (CAML).



“É um dia muito especial, histórico”, disse Fausto Pinto a quantos estiveram presentes na inauguração, como o ministro da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, Manuel Heitor, e o reitor da UL, António Cruz Serra. Após o descerramento da placa, na qual participou também Fernando Medina, presidente da CM de Lisboa, e da visita às instalações, o responsável acrescentou ainda que “o novo edifício irá permitir uma expansão e reestruturação de várias áreas estratégicas da Faculdade”.

E destacou o Centro de Simulação Avançada Multidisciplinar, o Laboratório de Nutrição, o Centro de Cirurgia Experimental e o Centro de Reabilitação Cardiovascular.

Fausto Pinto realçou “alguns assuntos não resolvidos no âmbito da Medicina Académica”, um dos quais se



Cirurgião geral e urologista

Presentes na cerimónia estiveram familiares de Reynaldo dos Santos, que dá o nome ao edifício. Nascido em Vila Franca de Xira, em 1880, licenciou-se na Escola Médico-Cirúrgica de Lisboa — que antecedeu a FMUL —, tendo-se especializado em Cirurgia Geral e Urologia. Faleceu em 1970.

CARLOS JORGE MONTEIRO, FUNDADOR E ADMINISTRADOR DA BIOJAM HOLDING GROUP:

“Queremos medicamentos diferenciados, com uma forte componente de inovação”

CARLOS JORGE MONTEIRO, 53 ANOS, COMEÇOU NA INDÚSTRIA FARMACÊUTICA HÁ MAIS DE 30, OU SEJA, TEM DEDICADO BASICAMENTE TODA A SUA VIDA PROFISSIONAL A ESTA ÁREA DA SAÚDE. A CERTA ALTURA, CRIOU O SEU PRIMEIRO PROJETO EMPRESARIAL, CENTRADO NUM ÚNICO FÁRMACO. A BIOJAM NASCE NOVE ANOS DEPOIS, DANDO ORIGEM A UM GRUPO FARMACÊUTICO QUE SE DEDICA À DISTRIBUIÇÃO DE MEDICAMENTOS E DISPOSITIVOS MÉDICOS INOVADORES. ENTRETANTO, A FUNDAÇÃO BIOJAM SURGE... POR UMA QUESTÃO DE CONSCIÊNCIA SOCIAL.

O fundador e administrador da Biojam Holding Group valoriza muito a palavra inovação, repetindo-a várias vezes ao longo da entrevista. Deixa logo bem claro, no início da conversa, que, “embora não tenhamos nada contra, não somos uma empresa de genéricos, não queremos sê-lo”.

Fala com convicção: “Queremos medicamentos diferenciados, com uma componente de inovação muito forte. Esse é o nosso objetivo desde o início.”

Era o responsável máximo de uma empresa farmacêutica quando, em 2006, um conjunto de fatores o fez tomar a decisão de avançar com o seu próprio projeto, que disponibilizava apenas um produto na área da leucemia linfoblástica aguda.

Em 2015, a empresa foi “rebatizada”, nascendo a Biojam, assim designada devido à componente hospitalar muito forte de produtos biológicos – “Bio” –, a que foram adicionadas as iniciais das últimas três palavras do nome do seu fundador, Carlos Jorge Almeida Monteiro – “jam”.

“Começámos com um produto na área da leucemia linfoblástica aguda, na qual somos líderes de mercado a nível ibérico. Depois entrámos no mercado da Anestesiologia, com umas seringas pré-cheias de substâncias com princípios ativos já muito conhecidos: atropina, efedrina, fenilefrina e adrenalina”, refere o administrador da Biojam Holding Group, sublinhando que esta solução das seringas “veio aportar um índice de desperdício quase nulo, sendo pra-



“Estamos a procurar alargar os nossos horizontes em várias áreas”, garante Carlos Jorge Monteiro, que fez questão de que esta entrevista fosse realizada nas instalações da Associação Kastelo

ticamente zero do ponto de vista da farmacoeconomia e do erro médico”. Posteriormente, disponibilizámos um produto único na emergência hipertensiva. E assim fomos criando um mercado hospitalar forte, com o reconhecimento dos vários *players* e sempre apostando na componente inovação”, diz Carlos Jorge Monteiro.

Seguiram-se os suplementos alimentares diferenciados, a entrada na especialidade de Medicina Física e de Reabilitação e até no mercado da cosmética médica. Com a chegada de 2020, deverá avançar o projeto de distribuir em Portugal dois produtos à base de cânabis, com os quais se pretende proporcionar “conforto” – uma nova “indicação global”, comen-

Fundação Biojam: a vontade de contribuir para o equilíbrio social

Carlos Jorge Monteiro recorda que conheceu a AAMA – Associação de Atividade Motora Adaptada, há uns anos, porque aceitou o convite para participar num jantar de beneficência a favor dessa instituição. Sensibilizado com o que viu, decidiu de imediato proporcionar o acesso a terapias de suporte, como hidroterapia e hipoterapia, a uma das crianças. No final de 2017 já eram cinco os menores acompanhados, tendo sido então traçado o objetivo de o

apoio ser estendido a uma dezena de crianças.

“Assumimos que deveríamos alargar a nossa presença a outros projetos da dimensão, seriedade e ética da AAMA e criámos a Fundação Biojam, com o propósito de liderar cada um destes novos projetos”, explica Carlos Jorge Monteiro.

Outra instituição que entretanto começou a ser apoiada foi a Associação NOMEIODONADA – Kastelo, com o apadrinhamento de

três meninos (o Gabriel, o Rafael e o Diogo), “dando-lhes carinho e aumentando o seu conforto e qualidade de vida”.

“À medida que a empresa vai crescendo, a responsabilidade social deve ser tão importante quanto os seus resultados. Deve ser um objetivo obrigatório”, afirma Carlos Jorge Monteiro, que desafiou o seu filho Diogo Monteiro, atualmente com 25 anos e a cumprir o internato médico, a presidir à Fundação Biojam.

A Biojam Holding Group tinha, em 2015, três produtos e agora possui uma centena de referências, distribuídas por quase uma dezena de áreas.



ta o nosso entrevistado – a quem necessita de cuidados continuados ou paliativos e sofre de náuseas, dor, falta de apetite ou insónia...

Prémios Biojam Inovar

“Ao longo destes últimos anos, muitos negócios nos foram propostos e que nós não aceitámos porque seria mais do mesmo, não aportariam qualquer inovação”, frisa Carlos Jorge Monteiro.

O regresso ao Porto em 2016, depois de ali ter nascido e sido pai...

Natural do Porto, onde nasceu a 24 de abril de 1966, Carlos Jorge Monteiro entrou para a indústria farmacêutica em 1987, tendo começado na Servier e passado depois pela Bayer, pela Baxter e pela RV Biotech. Até que o contacto estabelecido no Reino Unido com uma *startup* que é hoje uma referência na área da Oncologia o coloca a representá-la em Portugal e Espanha.

Carlos Jorge Monteiro nasceu, casou e foi pai enquanto residiu no Porto, mas entretanto acabou a viver entre Lisboa e Coimbra durante perto de 15 anos, com a rotina das deslocações ao norte para ver o filho. Decidiu voltar ao Porto em 2016 e diz que já dali não sairá mais. Pelo meio, passaria por duas vezes pela Universidade Católica, em Lisboa, primeiro, para cumprir um plano avançado de Marketing e Gestão para executivos e, mais tarde, para fazer uma nova aproximação à Gestão.

Não é de admirar, pois, que entretanto tenha sido criado o Prémio Biojam Inovar, com atribuição anual e edições abrangendo várias áreas: Anestesiologia, Hematologia Oncológica, Pediatria, Farmácia Hospitalar, Enfermagem Perioperatória, Nutrição Parentérica e Medicina Física e de Reabilitação.

A vontade de inovar é tão grande que o Grupo já conseguiu colocar em comercialização o primeiro produto de marca Biojam.

“Nós investimos na área musculoesquelética, através de um centro de investigação em Madrid, adquirindo a patente de um suplemento alimentar à base de membrana do ovo, curcuma, vitamina C e magnésio. O ArtroJam é indicado em situações em que seja relevante a manutenção da funcionalidade das articulações e das estruturas musculoesqueléticas”, esclarece Carlos Jorge Monteiro.

O responsável quer deixar explícito que “a Biojam Holding Group é hoje uma empresa farmacêutica de referência na Península Ibérica, onde a inovação, desde a origem, combina com o rigor, a competência, a determinação, a ética, a resiliência e o cuidado com os demais, com valores humanos fundamentais”.

GRUPO DE INDICADORES, AUDITORIA E RISCO CLÍNICOS DO CENTRO HOSPITALAR DE SETÚBAL FOI CRIADO EM 2009

Há 10 anos que no CHS se investe ainda mais na gestão do risco e na segurança

A COMEMORAÇÃO DO 10.º ANIVERSÁRIO DO GIARC ACONTECEU DOIS DIAS DEPOIS DA DATA OFICIAL UNICAMENTE PORQUE 12 DE OUTUBRO DE 2019 FOI UM SÁBADO. A MÉDICA ERMELINDA PEDROSO E O ENFERMEIRO FERNANDO BARROSO CONTAM À *JUST NEWS* COMO SURTIU O GRUPO E COMO ELE SE MANTÉM ATIVO NO CHS, “COM O FOCO NA QUALIDADE CLÍNICA E NA SEGURANÇA DO DOENTE”.

Quando o Grupo de Indicadores, Auditoria e Risco Clínicos foi criado já o Centro Hospitalar de Setúbal (CHS) tinha quase 4 anos de existência, ou seja, os hospitais de São Bernardo e Ortopédico Sant’Iago do Outão já estavam agregados.

Ermelinda Pedroso, atual diretora do Serviço de Medicina Interna do CHS e que na altura coordenava a Unidade de Cuidados Intermédios do São Bernardo, integrava a Comissão de Qualidade e Segurança do Doente daquele hospital e admite ter “um gosto pessoal” por estas matérias. Está à frente do GIARC desde o primeiro momento.

Relativamente a Fernando Barroso, ela própria esclarece que “sempre assumiu o papel de nosso gestor de risco clínico aqui no hospital”. Especialista em Enfermagem Comunitária, é enfermeiro-chefe e está neste momento nas Consultas Externas, mas desde muito cedo na sua carreira que está ligado ao controlo da infeção e à saúde ocupacional. Há 27 anos no Hospital de São Bernardo, colaborou igualmente bastante com a Direção-Geral da Saúde, tendo integrado o Departamento da Qualidade em Saúde.

A criação do GIARC em Setúbal e de outros grupos do género noutros locais teve muito que ver, recorda Ermelinda Pedroso, “com o interesse dos hospitais em aderir a programas de acreditação”. Consequentemente, “começou a surgir a necessidade de fazer alguma coisa em termos de promoção da gestão de risco e da segurança”.

“Nesta matéria, existiam algumas atividades, mas não estavam agrupadas nem uniformizadas. Achámos importante que houvesse aqui um grupo facilitador da centralização da informação em relação ao risco e à segurança no hospital nas várias áreas”, explica a médica, deixando claro que a realidade era semelhante na generalidade das unidades hospitalares do país.

Fernando Barroso adianta que foi então decidido incluir no Grupo dois colegas do Hospital Sant’Iago do Outão, o ortopedista José Lima (que, entretanto, saiu) e a enfermeira Teresa Lopes, sendo que esta última faz, assim, parte do trio de profissionais que se mantém no GIARC desde o seu início.

Trabalhar em rede com mais de cem “elos de ligação”

Ermelinda Pedroso salienta que, nos primeiros tempos de funcionamento do GIARC, se apostou muito em formação, não só dos próprios



Ermelinda Pedroso e Fernando Barroso

elementos do Grupo mas também dos profissionais do CHS de uma forma geral. “Mas rapidamente chegámos à conclusão de que precisávamos de ter pessoas nos serviços que fossem o que nós chamamos de gestores de risco locais. São os nossos elos de ligação. Gerem os relatos de incidente, fazem o levantamento de risco, aplicam grelhas de segurança do doente...”

“São os dinamizadores, os nossos braços armados”, reforça Fernando Barroso, que frisa: “O levantamento do risco, por exemplo, uma ferramenta pró-ativa de avaliação de segurança do doente, é assegurado em muitos hospitais por um grupo específico que vai aos serviços. Nós fazemos ao contrário. Entendemos que têm que ser os profissionais de cada um dos serviços a fazer esse levantamento, para o sentirem como seu.”

Também porque são em maior número do que os médicos, constata-se que os enfermeiros são mais participativos do que os médicos. A coordenadora do GIARC justifica: “Tem que ver com a atividade de enfermagem, que reside muito nos serviços, conhecem às vezes melhor as suas particularidades, e depois têm uma relação muito direta com o doente...”

Diversos aspetos relacionados com o projeto foram sendo ajustados ao longo dos anos. “Começámos com relatórios extensíssimos de 200 ou 300 páginas e, no entanto, o que

O GIARC possui uma rede de 116 gestores de risco local, profissionais de várias áreas, incluindo médicos, enfermeiros e técnicos de diagnóstico.

entregámos ao Conselho de Administração no final de 2018 tinha apenas duas ou três páginas. Concentramos naqueles que eram os riscos com um nível mais elevado e que o CA tinha mesmo que resolver e isso é uma mais-valia para os serviços”, refere Fernando Barroso.

Procurando demonstrar que as coisas funcionam realmente, o enfermeiro apresenta o “exemplo gritante” – que os serviços, ao longo dos anos, iam identificando como fonte de risco e um perigo associado de queda – das camas dos doentes, que estavam degradadas, não baixavam em altura ou não tinham grades. “Neste momento, já temos um parque de camas praticamente todo renovado e isso é uma conquista dos serviços”, reforça.

“O terceiro pilar é a auditoria clínica, que nos permite perceber não só o que estamos a fazer mas também se o fazemos em conformidade com aquilo que é a boa prática”, refere Fernando Barroso.

“A auditoria clínica incide sobre aspetos tão variados como verificar se os doentes estão corretamente identificados, se é feita a avaliação da prevenção do risco de quedas, ou, por exemplo, constatar qual o tempo de resposta da equipa de emergência interna no hospital”, explica a coordenadora do GIARC.

Para Ermelinda Pedroso, “é necessário melhorar ainda mais no campo da auditoria clínica, até porque os próprios serviços deviam desenvolver indicadores próprios, tendo em conta as características de cada um”. Até porque “a Cardiologia não é uma Neurologia, a Neurologia não é o Serviço de Cirurgia e a Cirurgia não é uma Pediatria”.

Os elementos do GIARC

Médicos: Ermelinda Pedroso, Bárbara Lobão, João Mangualde, Lúcia Parreira e Rita Ricardo

Enfermeiros: Fernando Barroso, Diana Sousa, Luís Caldas, Maria de Jesus Bernardo, Pedro Contreiras e Teresa Lopes

Gestora: Cristina Lourenço

585 RIC nos primeiros nove meses de 2019

- Entre 1 de janeiro e 4 de outubro de 2019, foram notificados ao GIARC um total de 585 relatos de incidente clínico - RIC.
- A taxa de resposta do GIARC (com análise incluída) foi de 88,72%.
- O tipo de incidente mais relatado foi “Queda do doente”, com 144 RIC (24,62%).
- Em 40,7% dos incidentes relatados ocorreu dano para o doente.
- Foi o grupo profissional de Enfermagem (482 RIC) que enviou mais notificações.

SERVIÇO DE DOENÇAS INFECIOSAS DO HOSPITAL CURRY CABRAL (CHULC)

Programa de educação médica trouxe mais cinco infectiologistas a Portugal

O SERVIÇO DE DOENÇAS INFECIOSAS DO HOSPITAL CURRY CABRAL PROPORCIONOU, PELO SEGUNDO ANO CONSECUTIVO, UM ESTÁGIO DE DUAS SEMANAS A UM GRUPO DE INFECIOLOGISTAS ESTRANGEIROS. PARA O SEU DIRETOR, FERNANDO MALTEZ, “ESTE PROJETO, DE CARÁTER INOVADOR, PERMITE DAR A CONHECER UM SERVIÇO DIFERENCIADO, QUE É O CENTRO DE REFERENCIAÇÃO PARA AS DOENÇAS INFECIOSAS NA ZONA SUL DO PAÍS”.

Uma das características que, no entender daquele responsável, distingue este Serviço do Curry Cabral, unidade que faz parte do CH Universitário Lisboa Central, é o seu “ecletismo”. E explica porquê: “Não só nos dedicamos à tuberculose como à infeção por VIH, mas também às doenças infecciosas clássicas, e até integramos uma equipa multidisciplinar na área dos transplantes...”

Foi a grande vontade de Fernando Maltez em partilhar conhecimento e experiência que o levou a avançar, em 2018, com um programa de educação médica internacional que recebeu todo o apoio do Conselho de Administração do CHULC.

Calhou acontecer que os cinco infectiologistas que então vieram fazer um estágio de duas semanas no Serviço de Doenças Infecciosas do Hospital Curry Cabral fossem todos oriundos do Brasil, selecionados pela própria Sociedade Brasileira de Infectologia.

“As coisas correram tão bem que o presidente da SBI pediu-nos que em 2019 o estágio fosse igualmente aberto a brasileiros, o que se veio a concretizar, com especialistas que se deslocaram de diferentes zonas do Brasil, de São Paulo à Amazônia”, explica Fernando Maltez, adiantando que se trata de um programa misto:

“Tem uma componente teórica, mas é fundamentalmente um



Fernando Maltez: “O programa do estágio que promovemos é misto, mas com uma forte componente prática”

programa prático, de contacto direto com os doentes. Os colegas têm oportunidade de assistir às nossas reuniões clínicas e de nos acompanhar nos diferentes tipos de consultas que temos, e até de experimentar o equipamento de proteção individual, por exemplo.”

Os comentários entretanto feitos pelos elementos que integraram o grupo que passou pelo Curry Cabral no final de 2019, entre a última semana de novembro e a primeira de dezembro, entusiasma Fernando Maltez:

“Referem como pontos fortes do estágio a ‘estrutura assistencial e de ensino muito boa’, ‘a bagagem de conhecimentos percoretores muito forte’

e dizem que ‘os tutores foram ótimos e disponíveis’. Gostaram muito do treino para atendimento de doentes



Os cinco infectiologistas brasileiros do estágio de 2019 com alguns colegas do Curry Cabral

do Maltez refere: “Temos sempre mesas-redondas dedicadas à infeção por VIH e à hepatite C, outra à tuberculose, a que estamos muito ligados, e também às doenças emergentes e às infeções clássicas.”

As Jornadas, que vão acontecer pela 12.ª vez, foram lançadas há 24 anos, quando era diretor do então Serviço de Medicina e Doenças Infecciosas o médico Rui Proença. Na sequência da sua aposentação, viria a ser criado, em 2004, o Serviço de Doenças Infecciosas, assumindo Fernando Maltez a direção do mesmo.

O infectiologista esclarece que as Jornadas passaram, a partir dessa altura, a realizar-se noutro local em Lisboa — deixaram a Torre do Tombo e mudaram para a Culturgest — e adotaram um novo modelo de organização, com um “esqueleto” do programa redesenhado.

“A forte presença de convidados estrangeiros é uma característica própria destas Jornadas”, afirma Fernando Maltez. E destaca a palestra

Feitas as contas, de um total de perto de duas dezenas de palestrantes e conferencistas, quase 80% vêm do estrangeiro: EUA, França, Suíça, Espanha, Reino Unido, Alemanha e Brasil.

tra do francês Didier Raoult, “uma sumidade na área das doenças infecciosas”, que viaja de Marselha para abordar a evolução da rickettsiose (causadora de tifo e de febre maculosa) nos últimos dez anos.

1.ª Reunião Luso-Brasileira junta especialistas dos dois países

NA SEQUÊNCIA DE UM PROTOCOLO SUBSCRITO PELAS SOCIEDADES MÉDICAS QUE REPRESENTAM OS INFECIOLOGISTAS PORTUGUESES E BRASILEIROS, REALIZOU-SE RECENTEMENTE O PRIMEIRO ENCONTRO LUSO-BRASILEIRO.

O projeto é assumido pelo seu sucessor na presidência da SBI, Clovis Arns da Cunha, que esteve em Portugal ainda na qualidade de presidente eleito, e que toma posse em janeiro. Sérgio Cimerman cumpriu dois mandatos de dois anos cada.

Fernando Maltez, à frente da SPDIMC durante o quadriénio 2017-2020, disse à *Just News* que quando propôs ao seu colega brasileiro a assinatura do protocolo fê-lo, na verdade, com o objetivo de “reativar as boas relações que sempre houve” entre os infectiologistas dos dois países.

Faz questão de esclarecer que esse relacionamento “foi muito impulsionado” por André Villela Lomar (já falecido), que presidiu às sociedades Brasileira e Pan-Americana de Infectologia, e por Henrique Lecour, que foi diretor do Serviço de Doenças Infecciosas do Hospital de São João e que, entretanto, também faleceu, em outubro de 2019.

Já jubilado, Henrique Lecour foi, em 2006, sócio fundador — tal



Clovis Arns da Cunha



Fernando Maltez: “O protocolo privilegia as boas relações entre as duas sociedades.”

-Brasileira de Doenças Infecciosas. E fez questão de confirmar que, “nos mesmos moldes que temos aqui, mostrando a experiência dos portugueses e dos brasileiros”, a 2.ª edição acontecerá, de facto, em 2020, agregada a um dos congressos regionais organizados pela SBI, no Recife, em Brasília ou em Florianópolis.

feciosas brasileiros e vice-versa”. Estimular a presença de infectiologistas do Brasil nos congressos da SPDIMC e de médicos nacionais nas reuniões da SBI é outro dos propósitos da parceria oficializada pelas duas sociedades. “Nesse sentido, participámos agora recentemente, em setembro, no XXI Congresso Brasileiro de Infectologia”, sublinha Fernando Maltez.



Sérgio Cimerman e Fernando Maltez



SERVIÇO DE CARDIOLOGIA DO HOSPITAL DE BRAGA QUER CONTINUAR A CRESCER

Mais consultas diferenciadas e consolidação da atividade instalada, com a vontade de desenvolver a cirurgia cardíaca no horizonte

À FRENTE DO SERVIÇO DE CARDIOLOGIA DO HOSPITAL DE BRAGA DESDE JUNHO DE 2014, JORGE MARQUES GARANTE QUE O MESMO VAI CONTINUAR A CRESCER, NOMEADAMENTE, COM A CRIAÇÃO DE MAIS CONSULTAS DIFERENCIADAS. NO HORIZONTE ESTÁ TAMBÉM O TÃO DESEJADO DESENVOLVIMENTO DA CIRURGIA CARDÍACA.

O gosto pela atividade cirúrgica e de intervenção foi decisivo para que Jorge Marques acabasse por optar pela especialidade de Cardiologia e, mais tarde, por aquela que diz ser a sua “área de eleição”, a Cardiologia de Intervenção. Desafiado a assumir a função de diretor clínico nesta nova fase da vida do Hospital de Braga – que em setembro voltou a ter gestão pública –, decidiu aceitar o cargo na condição de manter a atividade clínica.

Natural de Guimarães, onde nasceu há 44 anos, Jorge Marques explica que o Serviço “tem crescido de uma forma global”, tanto na atividade de Consulta como de Ambulatório, bem como na área do Internamento, ou ao nível da Unidade de Cuidados Intermediários Cardíacos, por exemplo, que dispõe de 11 camas.

A gestão de internamento multidisciplinar que se pratica na instituição faz com que a capacidade de resposta do Serviço de Cardiologia não fique limitada às 18 camas que lhe estão adjudicadas. Aliás, a ocupação varia habitualmente entre as 16 e as 22 camas.

A equipa médica do Serviço de Cardiologia era constituída, em dezembro, por 19 especialistas e seis internos.

Às consultas de Cardiologia Geral, Arritmologia e Insuficiência Cardíaca Avançada outras se seguirão, nomeadamente a de Miocardiopatias ou a de Cardio-Oncologia, que poderá precisar de uns 2 anos para ser implementada. Esperase que também nessa altura possa estar desenvolvido o Programa de Reabilitação Cardíaca, com o envolvimento da Medicina Física e de Reabilitação.

Com uma área de influência com mais de um milhão de habitantes para algumas áreas e uma casuística muito grande, “a nível da Hemodinâmica, e apesar de nós sermos um centro de atendimento secundário, é nossa

intenção começarmos já em 2020 a fazer alguma intervenção na doença cardíaca estrutural”, afirma Jorge Marques, que esclarece:

“Não é uma competência direta dos centros secundários. Alguns já o vão fazendo de forma controlada e, nesse contexto, nós também dese-



Jorge Marques

jamos e entendemos que podemos contribuir para o tratamento de alguns doentes, naturalmente, em articulação com um ou vários centros de atendimento terciário, nos quais gostaríamos de nos apoiar para formação e consolidação dessa atividade.”

No Hospital de Braga não existe a valência de Cirurgia Cardíaca, de acordo, aliás, com o facto de, na área cardiovascular, se tratar de um centro de tratamento secundário. Contudo, como diz Jorge Marques,



Jorge Marques: “Para podermos desenvolver novas linhas de atividade e aumentar a nossa diferenciação, não podemos deixar de dar atenção à atividade formativa.”

“têm sido detetadas algumas dificuldades de resposta na área da cirurgia cardíaca no norte do país e na última revisão da rede de referênciação essa carência já ficou expressa, tendo ficado sinalizada essa eventual necessidade”.

Aliás, na sua opinião, “o hospital tem caminhado no sentido de uma maior diferenciação e, portanto, há cada vez mais condições para receber um Serviço de Cirurgia Cardio-torácica”.

“Já se justificaria haver aqui intervenção estrutural”

Diz que escolheu Cardiologia porque... “é uma especialidade em que as coisas estão muito bem definidas”, porque... “julgo que fazemos uma grande diferença na vida das pessoas” e porque... “é uma área em constante evolução”. Carlos Galvão Braga, 35 anos, natural de Vila Nova de Gaia, com o curso de Medicina tirado no ICBAS, foi fazer o internato para Braga em 2010, acabando por se especializar em Cardiologia de Intervenção.

Casado e com 3 filhos, não pensa deixar a cidade, que “adora”, nem o hospital, assegurando a Hemodinâmica com o seu colega João Costa e o próprio diretor do Serviço de Cardiologia, Jorge Marques. Para além de uma médica em formação, Catarina

Quina, destaca os 6 enfermeiros e os 2 auxiliares “que trabalham todos os dias connosco”.

Carlos Galvão Braga, que ainda esteve um ano no antigo hospital,



Carlos Galvão Braga

recorda que no novo edifício passaram a ter uma sala exclusiva para a Hemodinâmica, “o que nos permitiu aumentar o número de procedimentos realizados”. Respondendo a cerca de 300 enfartes com supradesnívelamento de segmento ST por ano, os registos indicam que se fizeram mais de 2100 cateterismos diagnósticos e 812 angioplastias em 2018. A ligeira



descida em relação ao ano anterior (860) foi compensada pelo recorde de 910 angioplastias que terão sido feitas até ao último dia de 2019.

Referindo que, nos últimos anos, a cardiologia de intervenção coronária “tem aumentado, mas mais paulatinamente”, o médico sublinha o “crescimento muito grande” registado na intervenção estrutural, nomeadamente na implantação de válvulas aórticas percutâneas. Ora, como faz questão em sublinhar, “a estenose aórtica, que ocorre sobretudo em pessoas mais idosas, é uma doença com uma mortalidade elevada se não for tratada, sendo que a solução ci-

Ultimamente, tem-se feito uma dezena de cateterismos cardíacos por dia, sendo o tempo de espera para este procedimento de 4 semanas.

rúrgica tem vindo a ser substituído pela via percutânea”.

“Estamos motivados para fazer esse tipo de intervenção estrutural, mas também o encerramento de *foramen ovale patente*, ou o encerramento de comunicação interauricular”, garante Carlos Galvão Braga, que lembra que “o Hospital de Braga serve 10% da população portuguesa, temos uma pressão de doentes muito grande”.

“Neste momento, acho que já se justificaria haver aqui intervenção estrutural e um serviço associado de cirurgia cardíaca”, conclui.

“Experiência muito enriquecedora”

Fernando Luís, 38 anos, natural da Figueira da Foz, estudou em Coimbra, onde começou a trabalhar, no Serviço de Urgência do CHC, e está no Hospital de Braga desde 2011. Passou pelo Internamento e pelos Cuidados Intensivos de Cardiologia e a certa altura passou a desempenhar funções que se distribuem pela Hemodinâmica, o Pacing e a Eletrofisiologia, sendo o único enfermeiro da Cardiologia que roda pelas três áreas.



Fernando Luís

Confessa que vive “uma experiência muito enriquecedora”, mas, por vezes, “um pouco frustrante”. Explica porque: “Os doentes chegam-nos com problemas graves (doença coronária), que o cateterismo, com a sua aparente simplicidade, em grande parte dos casos trata. É gratificante o papel que desempenhamos, porque conseguimos restituir-lhes bem-estar e qualidade de vida. Mas, frequentemente, ficamos com a ideia de que eles não têm noção da gravidade do que lhes aconteceu.”

Em matéria de *pacemakers*, refere que o enfermeiro não colabora diretamente na implantação dos dispositivos, mas tem um papel muito importante no apoio ao médico e ao doente durante todo o procedimento. É fundamental “na preparação do doente, explicando e desmistificando o procedimento”, e no intraoperató-

rio, “cateterizando um bom acesso venoso, administrando antibioterapia, fazendo a tricotomia e a desinfeção da pele, vigiando e monitorizando continuamente o doente e reunindo todas as condições para que o médico possa fazer o seu trabalho”.

No final, “fazemos o penso, acompanhamos o doente até ao recobro, fazemos as recomendações pós-implante e os ensinamentos sobre os cuidados com o dispositivo, iniciando logo ali a preparação para a alta”.

O crescimento do Laboratório de Pacing

Adília Rebelo licenciou-se pela FMUP (acabou o curso em 1990), fez o Internato Geral no São João e em 1993 entrou na especialidade de Cardiologia, precisamente em Braga, no antigo Hospital de São Marcos, cujo edifício foi entretanto reconvertido em hotel. Com o título de cardiolo-



Elementos dos laboratórios de Eletrofisiologia e de Pacing



Adília Rebelo

gista obtido em 1998, a médica ainda por ali ficou uns meses em regime de contrato de tarefa. Nesse mesmo ano, concorreu à Função Pública, conseguindo preencher uma vaga no Hospital de S. João. Pouco tempo depois, já em 1999, regressava a Braga, entrando no quadro do hospital como cardiologista.

Desde 2000 que é responsável pelo Laboratório de Pacing, que nessa altura estava longe de ser o que é

hoje, não só em termos de quantidade de dispositivos implantados, mas também na forma como era feita posteriormente a sua avaliação em consulta. “Tentei dinamizar esse aspeto e a consulta começou a ser feita com programadores específicos de cada *pacemaker*”, frisa.

“O volume de implantações foi

O número de pacemakers implantados subiu de 120 (no ano 2000) para praticamente 500 (em 2019).

crescendo, tornámo-nos um dos principais centros no norte do país e chegámos a estar nos primeiros cinco a nível nacional”, refere Adília Rebelo, que acrescenta:

“Expandimos a nossa atividade em *pacing* cardíaco, iniciando a implantação de outro tipo de dispositivos eletrónicos cardíacos, como cardiodesfibriladores implantáveis (CDI), CDI subcutâneos, sistemas de resincronização cardíaca (CRT) e registadores de eventos. Neste momento, em termos de *pacing*, fazemos praticamente tudo aquilo que é o estado da arte neste campo.”

Numa primeira fase, a cardiologista esteve sozinha, “como médica, implantadora e seguidora dos doentes” e empenhada na formação de outros profissionais, tendo hoje a colaboração de algumas colegas, nomeadamente, Sêrgia Rocha, Sónia Magalhães e Carina Arantes.

Laboratório de Eletrofisiologia abriu em 2014

Sónia Magalhães, responsável pela área de Eletrofisiologia, admite

(Continua na pág. 24)

(Continuação da pág. 23)

que tem uma autêntica paixão por esta área desde os tempos do Internato Complementar, que já fez no Hospital de São Marcos, depois de passar pelo São João, com a licenciatura em Medicina pela FMUP.

“O meu percurso foi complexo”, desabafa, desde logo porque a área que tão a atraía não existia em Braga. E prossegue: “Fiz o meu estágio opcional em Eletrofisiologia em 2005 e depois do exame da especialidade, em 2006, apresentei um projeto para criar um Laboratório de Eletrofisiologia, mas só foi aceite que eu iniciasse a formação em 2007, em Vila Nova de Gaia, com mais um ano que passei em Nancy (França). Quando voltei, continuei a insistir, conseguindo abrir o Laboratório no dia 11 de agosto de 2014.”

A equipa médica do Laboratório é, atualmente, composta por três elementos: Sónia Magalhães, Sérgia Rocha e Carina Arantes. A atividade desenvolvida foi “evoluindo de uma forma segura” no Hospital de Braga.

“Fomos fazendo as coisas e progredindo em termos de complexidade, com algumas dificuldades na aquisição de material mais diferenciado para fazer o tratamento de arritmias mais desafiantes. A partir do momento em que adquirimos



Sónia Magalhães

taquicardia ventricular por via cardíaca”, reporta Sónia Magalhães.

“Em 2019, estamos quase nos 140 procedimentos, com uma percentagem muito grande de estudos complexos. Temos tido casos em que o doente estava internado, com potencial risco de vida, e tivemos desfechos muito positivos”, refere, adiantando que, “neste momento, estamos a fazer três períodos de eletrofisiologia”.

Note-se que o Pacing e a Eletro-

formações e começam por ter períodos de integração com colegas que ali trabalham há mais tempo”. Segundo Alice Carvalho, “colaboram na implantação de *pacemakers* e desfibriladores e participam em estudos eletrofisiológicos de toda a natureza. Não consigo substituí-los por outros elementos, a não ser num único procedimento, a colocação de um *pacemaker* provisório”. Estes enfermeiros são todos fixos, à exceção de Fernando Luís, também ligado à Hemodinâmica.



O Laboratório de Hemodinâmica tem 6 elementos, igualmente com competências muito específicas na área, com estágios feitos fora e ações de formação regulares. “Também são os únicos elementos capazes de dar resposta aos cateterismos e angioplastias ali realizados”, frisa a enfermeira-chefe.

Alice Carvalho revela que uma das suas preocupações fundamentais com os enfermeiros que chefia se prende essencialmente com a formação, com a experiência que vão ganhando e a necessidade de que

fisiologia partilham o mesmo espaço físico, sendo que, “em termos de gestão, de marcações ou de decisões relativamente aos laboratórios, estamos divididos, mas no que respeita ao trabalho tentamos fazer tudo o que há”.

Três médicos dedicados à UCIC

António Gaspar, 39 anos, nasceu em França, tendo-se formado na FMUP. Integra o Serviço de Cardiologia desde 2005 e a Unidade de Cuidados Intermédios Coronários desde 2011, ou seja, encontrou uma UCIC que já na altura tinha mais vagas do que no hospital antigo (9 contra 6) e que agora possui 11 camas.

Gosta do que faz, até porque “era uma área que me interessou desde cedo, por causa da componente invasiva ou minimamente invasiva, com alguns gestos diferenciados na área dos cuidados cardíacos agudos”. A sua entrada também coincidiu com o aumento do número de vagas e com o surgir de casos mais complexos, consequência do Programa de Angioplastia Primária que entretanto arrancara em 2008 e que fez com que subisse o número de doentes referenciados no Minho para o Hospital de Braga.

São três os médicos dedica-



ponsável, Miguel Alves Pereira, e Pedro Azevedo. “E neste momento temos uma colega em formação que, porventura, também estará destinada a vir para os Cuidados Intensivos, com o objetivo de se poder vir a fazer uma cobertura



António Gaspar

mais alargada ao longo da semana. Neste momento, estamos presentes as manhãs todas e algumas tardes quando fazemos Urgência. O que sucede é que, na nossa au-



sência, são os colegas da Urgência que asseguram o funcionamento da UCIC”, explica António Gaspar.

“É preciso estudar, trabalhar, fazer muita formação”

Rui Vilaça é natural de Braga, mas a verdade é que os primeiros 8 anos de trabalho passou-os em Lisboa, ligado à Cirurgia. Regressou ao norte há 4 anos, para uma experiência nova: a Cardiologia, mais concretamente o Serviço de Cardiologia do Hospital de Braga. Os elementos da equipa a que pertence vão alternando entre a Unidade de Cuidados Intermédios Coronários e o Internamento.

“São papéis complementares. Na UCIC, os doentes necessitam de cuidados mais intensivos, requerem outra vigilância, estão mais instáveis sob o ponto de vista hemodinâmico. Aparentemente estão bem, mas a qualquer momento deixam de o estar, muitas vezes sem aviso prévio. No Internamento há um seguimento do que é feito na UCIC, os doentes já estão mais estáveis, numa fase diferente de recuperação”, diz Rui Vilaça.

“Uma das coisas novas neste Serviço, a que não estava habituado na



Rui Vilaça

prática anterior, tem a ver com os ensinamentos ao doente para a alta. Felizmente, temos tempo e qualidade para poder falar com calma, para explicar o que se passou e o que há a esperar para o futuro”, acrescenta o enfermeiro.

Reconhece que, “inicialmente, foi difícil, por ser uma área bastante complexa. É preciso estudar, trabalhar, fazer muita formação”, assegura.



TERESA MENDES, ASSISTENTE TÉCNICA:

"Recebo os pedidos de cateterismo"

Nascida e criada em Braga, Teresa Mendes trabalha no Hospital de Braga há 14 anos, ou seja, quando este ainda se chamava de São Marcos. A assistente técnica chegou ao Internamento da Cardiologia há 9 anos, transitando da Consulta Externa. “Não tem nada a ver”, garante.

“Aqui estou com os doentes internados e recebo os pedidos de cateterismo, tendo alguma autonomia para fazer as marcações consoante o calendário que nós temos”, explica, confirmando que faz a ligação aos médicos e o Secretariado do Serviço.



LUÍSA VIEIRA, ASSISTENTE OPERACIONAL:

“Os doentes são mais independentes do que na Cirurgia”

Com 47 anos, Luísa Vieira nasceu perto de Braga, em Vieira do Minho, e trabalha há 25 anos no hospital, os últimos seis no Serviço de Cardiologia, depois de ter estado na Cirurgia Geral.

“Em termos de trabalho, pouca coisa mudou”, diz, pois, “consiste em lidar com os doentes e colaborar com os enfermeiros e com os médicos, se for necessário”. No entanto, a forma de lidar com os doentes é que é diferente, desde logo porque na Cardiologia “são quase todos praticamente independentes”.

Luísa Vieira tem 15 colegas assistentes operacionais com ela na Cardiologia. Três asseguram as manhãs,



dois trabalham na parte da tarde e um sexto elemento garante o turno da noite.

COORDENADA PELA INTERNISTA LIA MARQUES E PELO ORTOPEDISTA ARMANDO PEREIRA

Unidade de Orto geriatria do Beatriz Ângelo otimiza resposta a idosos com fratura do fémur

O IDOSO QUE ENTRA NO BEATRIZ ÂNGELO COM UMA FRATURA PROXIMAL DO FÉMUR É AVALIADO POR UMA EQUIPA INTERDISCIPLINAR, NA QUAL TAMBÉM PARTICIPAM O SERVIÇO SOCIAL E A FARMÁCIA.

São muitos os idosos que dão entrada no Serviço de Urgência do Hospital Beatriz Ângelo, em Loures, com uma fratura da extremidade proximal do fémur decorrente de uma queda. Para se otimizar a resposta a estes doentes, complexos, com múltiplas patologias e várias síndromes geriátricas, exatamente há um ano, em janeiro de 2019, foi formalizada a criação da Unidade de Orto geriatria, sob a coordenação de Lia Marques, especialista de Medicina Interna com competência em Geriatria, e Armando Pereira, ortopedista.

“Somos uma equipa interdisciplinar, envolvendo a Medicina Interna, a Ortopedia, a Anestesiologia, a Medicina Física e de Reabilitação — incluindo a Fisioterapia e a Terapia Ocupacional, a Nutrição, a Farmácia Clínica, a Enfermagem, o Serviço Social e a Gestão”, enumera Lia Marques.

Para a internista, este tipo de abordagem é a mais adequada para estes doentes, que têm uma situação clínica de elevada morbimortalidade. “A queda e a fratura da extremidade proximal do fémur são apenas manifestações da enorme complexidade destes doentes, que têm frequentemente uma associação de várias patologias e síndromes geriátricas, como défice cognitivo, instabilidade da marcha, desnutrição, isolamento social e fragilidade. É esta complexidade e propensão a eventos adversos nefastos que exige a abordagem multidimensional e integrada de uma equipa interdisciplinar”, acrescenta.

A Unidade de Orto geriatria começou por dar os primeiros passos ainda em agosto de 2018, mas apenas numa fase experimental. “O objetivo era perceber quais as necessidades da população e dos próprios profissionais de saúde, para que se conseguisse criar o circuito mais adequado”, recorda Armando Pereira.

Após algumas arestas limadas, deu-se então o arranque oficial em janeiro de 2019. Como refere, “des-

de 2012, quando abriu o hospital, que dávamos especial atenção a estes doentes mais complexos, tentando incorporar várias áreas, mas com esta Unidade agiliza-se todo o processo”.



Lia Marques

E especifica: “Para um ortopedista, a fixação de uma fratura deste tipo é um procedimento habitual e simples, mas o problema é que este episódio agudo é apenas a manifestação de outras patologias pré-existentes. É fundamental envolver vários profissionais para se tratar os problemas de saúde que levaram àquela queda, caso contrário, vão voltar a cair e a situação vai piorando cada vez mais.”

Sinalizados na Urgência para avaliação multifatorial

Tudo começa precisamente na Urgência, onde se identificam e se sinalizam os doentes que devem ser acompanhados na Unidade de Orto geriatria, que tem a sua principal intervenção já no internamento em enfermaria. “Por norma, são observados pelo ortopedista, que faz o

internamento, e também por um médico internista, sendo depois feita uma avaliação multifatorial por toda a equipa da Unidade”, explica Lia Marques.

Essa avaliação não se cinge à saúde física e baseia-se na Avaliação Geriátrica Global. “São colocadas várias questões que permitem identificar problemas cognitivos e psicológicos, além de se terem em conta as condições sociais e económicas”, diz.

E continua: “Realço o papel da assistente social, que verifica se a pessoa vive sozinha, se tem apoio da família ou de terceiros, quais são as condições habitacionais e os obstáculos que podem conduzir a nova queda. Enfim, faz um diagnóstico social, já que o mesmo tem um forte impacto na recuperação.”

Após o internamento, o doente é operado, sempre que possível, em menos de 48 horas. “É o que está preconizado internacionalmente, embora nem sempre seja possível, por motivos de logística e de recursos humanos. Contudo, com esta Unidade, tem-se conseguido diminuir o tempo de espera para cirurgia”, aponta.

Cada passo dado tem em conta

Para otimizar a prestação de cuidados e estabelecer um plano de reabilitação funcional, é fundamental o papel dos familiares.

a máxima “*Bed is bad*”, como refere Lia Marques. “A avaliação multifatorial vai permitir a otimização logo no pré-operatório, não apenas para se conseguir diminuir as complicações no intra e no pós como para se iniciar a reabilitação o quanto antes.”

Outro objetivo é diminuir o tempo de internamento: “Os hospitais, como funcionam atualmente, não estão adaptados aos doentes idosos e às suas necessidades, o internamento hospitalar deve ter o tempo mínimo necessário ao tratamento da situação aguda e à definição de um plano terapêutico integrado. É particularmente importante a ocorrência de *delirium* durante o internamento, com uma incidência de 28 a 61% nesta população.”

“Quer o idoso, quer os seus familiares são parte integrante da nossa equipa, embora não seja nada fácil, já que o doente apresenta muitas vezes défices cognitivos e a



Armando Pereira

família nem sempre aceita as suas limitações prévias, sendo necessário ajustar expectativas e traçar planos de intervenção conjuntos”, indica Lia Marques.



Continuando, diz mesmo que este é um dos momentos mais difíceis: “Muitas vezes, é neste evento agudo que se confrontam com o estado de fragilidade daquela pessoa. Até aí achavam que ela não estava assim tão mal.”

Como acrescenta o ortopedista Armando Pereira, “é muito complicado gerir as suas expectativas por acharem que tudo se resolve no hospital, mas devem entender

o que realmente aconteceu, as razões por detrás da queda e as limitações a que vai ficar sujeito aquele idoso”.

Armando Pereira diz mesmo que “é a altura de pensarem que vão ter de ajudar, de ter uma participação mais ativa, para que se possa proporcionar a melhor qualidade de vida, prevenindo-se novas quedas”.

Lia Marques concorda e remata: “Na maioria dos casos são pessoas que viviam já no limite da sua estabilidade biológica e social, sem o apoio de que necessitavam, e neste momento percebe-se que essa situação vai ter que mudar.”

No momento da alta, o papel do Serviço Social e da Equipa de Gestão de Altas é fundamental, como reconhece a internista: “A pessoa não pode ficar sozinha em casa, logo é preciso acionar todos os meios necessários para que haja uma continuidade de cuidados, nunca se descurando a reabilitação. Nesse sentido, é indicada fisioterapia no domicílio, ou em ambulatório, no hospital, ou então referencia-se para a Rede de Cuidados Continuados e Integrados.”

As situações de isolamento e de fragilidade social extrema são as mais complicadas e com pior prognóstico em termos de recuperação funcional, levando muitas ve-

zes à permanência prolongada dos doentes no hospital.

Classe de Prevenção de Quedas, um projeto da MFR

O principal objetivo da Unidade de Orto geriatria é, como resume Lia Marques, “a partir de um episódio agudo, colocar em prática um plano de cuidados interdisciplinares de continuidade, que não se ficam pela Urgência e pelo Internamento”.

É aí que se torna essencial o envolvimento de diferentes grupos profissionais. Ana Andrade Borges é a diretora do Serviço de Medicina Física e de Reabilitação (MFR) e é com “muito gosto” que diz integrar este projeto. “A fratura é habitualmente um episódio-sentinel e em equipa é mais fácil dar resposta às necessidades destes doentes tão complexos e bastante fragilizados”, afirma.

Apesar de a Unidade ainda ser relativamente recente, a fisiatra já nota diferenças importantes quando os idosos chegam à MFR: “Existe um estudo prévio das suas necessidades e assim é mais fácil iniciar a reabilitação o quanto antes, sempre numa perspetiva de continuidade, a fim de se evitar a recidiva.”

Como diz ainda, “nestes casos, é fundamental apostar na prevenção, pelo que alguns irão integrar a Classe de Prevenção de Quedas, um projeto do Serviço de MFR”.

Teresa Santos, fisioterapeuta, é um dos rostos desta iniciativa: “Atualmos em diferentes níveis, com exercícios para aumentar a força muscular, melhorar o equilíbrio e a marcha,



Ana Andrade Borges

ajudar na identificação de obstáculos em casa e na rua... São vários aspetos que fazem a diferença, podendo-se evitar nova queda.”

A fisioterapeuta dá um exemplo: “Muitos idosos não sabem bem como fazer a flexão dorsal, correndo o risco de tropeçar com maior frequência, e outro ponto essencial é o que fazer após uma queda. Temos que realizar o ensino da forma correta e segura de voltarem à posição

de sentados ou à posição ortostática — se for possível — sem tornarem a cair, para que não haja um agravamento da situação.”

O papel da Fisioterapia não se cinge ao pós-operatório. “Por vezes, é necessário otimizar a capacidade respiratória antes e depois da cirurgia”, observa. No entanto, a sua principal missão prende-se com o ganho de mobilidade e a autonomia do utente no período de internamento. Os objetivos



Teresa Santos

são individualizados para cada um e definidos em equipa, envolvendo os familiares na recuperação do idoso.

No Serviço de MFR, Ana Baptista, terapeuta ocupacional, também ajuda na recuperação: “No Internamento, tento perceber de que forma o ambiente e os comportamentos do utente constituem fatores de risco para uma nova queda, para que se possa proceder a adaptações antes da alta.”

É nesse momento que a terapeuta apresenta aos utentes e familiares algumas estratégias para a

autonomia em segurança e os produtos de apoio, que não só ajudam o doente como o próprio cuidador. “Muitos ainda são desconhecidos da maioria das pessoas, como uma calçadeira de meias. Outros de uso mais comum são os cabos com esponja para lavar os pés, bancos e barras de apoio, tapetes antiderrapantes... Com a idade, as pessoas tendem a acordar mais vezes para ir à casa de banho, mas nem sempre têm uma luz à cabeceira por acharem que conhecem bem a casa...”, refere.

Existem outras estratégias de prevenção e que são ensinadas por Ana Baptista: “Devem ser retirados tapetes e tudo aquilo que possa levar a pessoa a tropeçar, como fios, além de



Ana Baptista

se ter de usar calçado adequado em casa e na rua.”

A equipa de reabilitação também se foca nos défices sensoriais: “Há

(Continua na pág. 28)

O papel da gestão

Rita Sousa Machado é gestora do Departamento de Internamento e de Especialidades Médicas do Hospital Beatriz Ângelo. Acaba por ser o elo de ligação entre todos os membros da equipa e a instituição. “Cabe-me ter uma visão mais geral, macro, para que tudo funcione dentro dos trâmites certos”, afirma.

Em suma, está atenta a tudo o que pode não correr tão bem. “Caso seja necessário algum ajuste, procedemos, no tempo adequado, sem pôr em causa os cuidados de qualidade que estamos a prestar aos doentes.” O facto de ser um hospital acreditado pela Joint Commission International também facilita este trabalho de gestão: “Estamos habituados a ser auditados — aliás, somos reacreditados pela JCI — e acreditamos que esta é a melhor forma de prestar cuidados com valor.”

Com a diminuição do número

de dias de internamentos, também são evidentes as vantagens em termos de custo-efetividade, embora Rita Sousa Machado lembre que “o mais importante é o doente, e é ele que fica mais beneficiado”.



Rita Sousa Machado

(Continuação da pág. 27)

quem ouça mal, a visão já não é a melhor, é preciso manter *check-ups* regulares, porque tudo isso contribui para as quedas.”

Nutrição: “Ainda se acredita que basta beber um copo de leite e comer umas bolachas a partir de certa idade”

Outra área que não pode ser esquecida é a da Nutrição. Sara Moço não tem dúvidas: “Os mais idosos estão muitas vezes desnutridos e isso é um fator de risco para as quedas.” Ainda no internamento, a nutricionista faz uma avaliação dos défices nutricionais porque, como salienta, “quanto mais subnutrida estiver a pessoa pior será o prognóstico”.

Por detrás deste problema de saúde estão as mais variadas razões. “A falta de apetite é recorrente, podendo dever-se a alterações no paladar e no olfato, mas também a défices cognitivos, fazendo com que a pessoa se esqueça de comer”, aponta.

Os problemas de Saúde Oral são igualmente um entrave. “Muitos destes idosos não conseguem mastigar bem os alimentos ou têm dificuldades de deglutição, o que os leva à restrição alimentar, com todas as consequências que daí advêm”, frisa.

As ideias pré-concebidas são outros obstáculos com que se depara o nutricionista: “Ainda exis-

te a ideia de que para se comer bem temos de gastar muito dinheiro, já para não dizer que ainda se acredita que basta beber um copo de leite e comer umas bolachas a partir de certa idade, porque já não se trabalha e está-se muito tempo sentado ou deitado.”



Sara Moço

Este trabalho de aconselhamento é feito também com a família, principalmente quando o idoso apresenta défices cognitivos.

Medicação inapropriada e desprescrição: “Não é nada fácil”

Tiago Lobo é farmacêutico clínico e também integra a equipa da

Tiago Lobo: “Há quem faça um fármaco para atenuar os efeitos adversos desencadeados por um outro, já para não falar das benzodiazepinas e dos antipsicóticos, que aumentam o risco de quedas.”

Unidade de Orto geriatria. Cabe-lhe uma tarefa que não é de todo simples. “Estes doentes são polimedicados e é preciso elaborar uma lista com os vários fármacos para se fazer um reajuste terapêutico e perceber se existe medicação inapropriada, utilizando como instrumentos os critérios de Beers e Start and Stop”, diz.

Na prática, pretende-se que o idoso faça apenas os tratamentos necessários. “Deparamo-nos muito com casos de pessoas que continuam a tomar determinados fármacos para patologias já resolvidas”, exemplifica.

O trabalho de Tiago Lobo passa igualmente por aconselhar a desprescrição de alguns fármacos e a alteração das doses de outros. “É difícil para a pessoa deixar a medicação à qual já se habituou e põe em causa o que dizemos”, reconhece. Apesar de o médico internista explicar na nota de alta as características de cada fármaco e o risco do mesmo, as pessoas voltam para casa e retomam a terapêutica desaconselhada. “Não é nada fácil”, admite o farmacêutico.

A sua participação na equipa da Unidade de Orto geriatria acabou por mudar a sua rotina habitual. “A presença do farmacêutico nas equipas multidisciplinares ainda está aquém do ideal, como tal, é muito gratificante poder contribuir de for-



Tiago Lobo

ma tão direta para a melhoria destes doentes, já de si tão fragilizados”, menciona.

As vantagens também assentam numa agilização da comunicação.

“Mais facilmente falamos uns com os outros, o que é um benefício para nós, enquanto profissionais, mas sobretudo para o doente, que tem um acompanhamento mais holístico.”

Enfermagem: “Não somos equipa sem a pessoa e sem a família”

A acompanhar todo o processo estão sempre os enfermeiros. Hugo Barros destaca a abordagem holística destes doentes, que permite melhorar o estado global, reduzir as complicações e diminuir o tempo de internamento. “Não vemos apenas a fratura, mas as várias patologias, a funcionalidade, as condições sociais... Enfim, o doente é observado como um ser único global”, comenta.

Além dos cuidados ao idoso, os enfermeiros têm um papel bastante ativo junto da família. “Há muitos casos complicados, com famílias ausentes. Infelizmente, deparamo-nos cada vez mais com o isolamento social, pessoas muito fragilizadas que vivem sozinhas, sem apoio.”



Hugo Barros

Hugo Barros acaba também por ser um orientador da família. “Existem muitas dúvidas, sobretudo sobre a forma como devem prestar os cuidados, o seu papel na recuperação, como é possível ter fisioterapia no domicílio, as consequências da cirurgia, a razão pela qual se altera a medicação...”

Uma tarefa árdua, mas que tem de ser feita. Como diz, “não somos equipa sem a pessoa e sem a família”.

Sendo especialista em Enfermagem de Reabilitação, acaba por ter uma noção mais concreta da importância da visão holística e da otimização do doente desde que dá entrada na Urgência. E espera que, no futuro, a equipa venha a integrar a Enfermagem de Reabilitação: “Penso que é uma mais-valia. Além disso, temos uma boa relação com os fisioterapeutas, o que nos permite trabalharmos em conjunto.”

Para os próximos tempos, a equipa espera ver consolidada a Unidade de Orto geriatria, para que se possa avançar para outro dos seus grandes objetivos. “A população está cada vez mais envelhecida e estas pessoas têm direito a viver mais anos com qualidade, logo queremos estabelecer contacto com os cuidados de saúde primários e com a comunidade para que seja dado seguimento ao nosso trabalho após a alta da reabilitação”, defende Lia Marques.

13.º SIMPÓSIO DE ENFERMAGEM DO HOSPITAL BEATRIZ ÂNGELO

Partilhar os conflitos éticos junto da equipa

“QUANDO CONFRONTADOS COM UM PROBLEMA ÉTICO E DEONTOLÓGICO, OS ENFERMEIROS DEVEM PARTILHÁ-LO JUNTO DA EQUIPA.”

Quem defende esta postura é Teresa Simões, enfermeira diretora do HBA, em declarações à *Just News*, por ocasião do 13.º Simpósio de Enfermagem da quele hospital, que se realizou dia 20 de novembro.

Tendo como temática central “A Enfermagem nas situações limite: Muitas questões... Que respostas?”, o evento reuniu perto de uma centena de profissionais.

Face à atual realidade, Teresa



Elementos da CO: Luísa Caldas, Teresa Simões, Rosa Pereira e Liliana Monteiro (ausente na foto: Vítor Vaz Pinto)

2.º CONGRESSO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO DO CHULN

Especialidade “imprescindível” para os ganhos em saúde

“Há ainda muito a consolidar e a construir na Enfermagem de Reabilitação, sobretudo com os novos desafios inerentes ao envelhecimento da população”, considera Ana Paula Fernandes.

A enfermeira diretora do CHU Lisboa Norte não podia faltar à sessão de abertura do 2.º Congresso de Enfermagem de Reabilitação do CHULN, no início de dezembro, evento que registou 400 inscrições.

Relativamente às mudanças sociodemográficas, realçou a importância das competências deste grupo de enfermeiros, sobretudo “na diminuição da demora média de internamento, na qual fazem a diferença”, quando a cronicidade das patologias e as comorbilidades contribuem para o aumento do número de internamentos e para a ambulatórioização de alguns cuidados.

“A integração de enfermeiros especialistas em Enfermagem de Reabilitação (EEER) na maior parte dos serviços hospitalares, assim como nas várias unidades funcionais dos cuidados de saúde primários, é imprescin-

Notícia
justNews.pt



Elementos da CO: Luísa Caldas, Teresa Simões, Rosa Pereira e Liliana Monteiro (ausente na foto: Vítor Vaz Pinto)

Simões enfatizou a necessidade de se partilhar os temas que podem suscitar mais dúvidas: “Inevitavelmente, as questões éticas e deontológicas tendem a surgir mais nas situações limite. A tomada de decisão acontece em equipa multidisciplinar, mas pode ser

que a solução final suscite alguns constrangimentos. Quando isso acontece, é fundamental partilhar os conflitos éticos e deontológicos individuais.”

A responsável mencionou mesmo que “no HBA queremos que os



Artur Vaz, Teresa Simões e Edgar Almeida

enfermeiros, assim como os restantes profissionais, se sintam à vontade para falar desses dilemas”.

Outro tema que se destacou no evento, e que foi de alguma forma ao encontro da Ética e da Deontologia, foi a dos sentimentos. “Não devemos trabalhar por compaixão. É fundamental sentir prazer em ajudar os outros. Devemos também sentir-nos realizados pelos sucessos, por mais pequenos que sejam, e aprender a gerir os insucessos, muitos deles associados à tal complexidade dos doentes que vivem mais tempo.”

Para Luísa Caldas, enfermeira coordenadora dos Programas Transversais do HBA e também membro da CO do Simpósio, toda esta componente de partilha é essencial na prática diária dos enfermeiros: “Trabalhamos muito e nem sempre há tempo para parar e refletir, mas é muito im-

portante conseguir-se trocar ideias e experiências.”

Na sessão de abertura da reunião esteve presente Artur Vaz, administrador executivo do HBA, que fez questão de realçar o papel da enfermagem

nos cuidados de saúde: “Os enfermeiros são um elo absolutamente essencial, quer no projeto do HBA, como na resposta que se tem de dar à atual realidade da Saúde, com doentes crónicos muito complexos face às várias comorbilidades.”

Destacou também a área dos cuidados paliativos, na qual “o *outcome* não é a morte, mas a forma como a pessoa morreu”. Apesar de tudo, Artur Vaz disse estar confiante na resposta dos enfermeiros que, segundo realçou, “nos fazem ombrear com a melhor enfermagem do mundo”.

O diretor clínico do HBA, Edgar Almeida, deu especial atenção ao reforço das competências deste grupo profissional: “Face à sua proximidade aos doentes, os médicos terão de dar um passo em frente e delegar muitas das suas tarefas nos enfermeiros, como já acontece noutros países.”

4.ªS JORNADAS DE ENFERMAGEM DE SETÚBAL

Enfermeiros com mais competências favorecem um sistema de saúde eficiente

A APOSTA NA FORMAÇÃO DOS ENFERMEIROS FOI UM DOS TEMAS EM DEBATE NAS 4.ªS JORNADAS DE ENFERMAGEM DE SETÚBAL, QUE DECORRERAM NO INÍCIO DE NOVEMBRO.

Para Carla Silva Mendes, enfermeira diretora do CH de Setúbal, “o cúmulo e aumento das competências profissionais dos enfermeiros é um importante contributo para um sistema de saúde eficiente”. E a verdade é que, “ao longo dos anos, têm aumentado as áreas de atuação, estando cada vez mais habilitados a exercer um conjunto de atividades mais complexas e que são benéficas para a população”.

Exemplo disso são os projetos desenvolvidos nos últimos 2 anos

Notícia
justNews.pt

das necessidades dos utentes.

E é precisamente nas equipas multidisciplinares que “a enfermagem tem um papel importante na gestão, outra das áreas em que mais se tem apostado nos últimos tempos”, refere Carla Silva Mendes.



Elementos das comissões Organizadora e Científica



Manuel Roque, Carla Silva Mendes, Maria das Dores Meira, Marco Batista e Bárbara Carvalho



Carla Silva Mendes

no CHS e nos quais “a enfermagem tem um papel de relevo no âmbito das equipas multidisciplinares”. É o caso da hospitalização domiciliária, da Unidade Integrada de Insuficiência Cardíaca, ou da visita domiciliária ao recém-nascido prematuro, entre outros, formas de inovar e de recriar modelos de acompanhamento que vão ao encontro dos indicadores e

Carla Silva Mendes sublinhou o papel do enfermeiro na educação para a saúde.

O papel relevante do enfermeiro

A sessão de abertura das Jornadas contou com a presença de Manuel Roque, presidente do CA do CHS, Bárbara Carvalho, diretora do ACES Arrábida, Marco Batista, em representação da Ordem dos Enfermeiros, e Maria da Dores Meira, presidente da CM de Setúbal.

Todos foram unânimes em destacar a importância da interligação entre diferentes cuidados e entidades e no papel relevante das equipas de enfermagem. “O enfermeiro é cada vez mais fundamental na prestação de cuidados humanizados, logo, a enfermagem deve ser reconhecida, valorizada e encarada como o pilar dos cuidados de saúde”, defendeu Bárbara Carvalho.

Manuel Roque destacou a necessidade de projetos de proximidade e de continuidade e de “os enfermeiros terem uma atitude proativa na definição de políticas de saúde”, face ao trabalho que desenvolvem na prevenção da doença.

Marco Batista, da OE, enfatizou a imperiosidade de formação e de desenvolvimento de atividades “dentro das suas áreas de interesse, a fim de adquirirem competências para que possam responder de forma dinâmica”.

SERVIÇO FARMACÊUTICO DO HOSPITAL DO ESPÍRITO SANTO DE ÉVORA

Certificação garante melhor eficiência na prestação de serviços farmacêuticos

OS TEMPOS MUDARAM E O SERVIÇO FARMACÊUTICO DO HOSPITAL DO ESPÍRITO SANTO DE ÉVORA (HESE) TAMBÉM. AO LONGO DOS ANOS, MUITAS FORAM AS ALTERAÇÕES QUE OCORRERAM, NÃO SÓ NO QUE RESPEITA À ATIVIDADE, MAS TAMBÉM NA PRÓPRIA EQUIPA E INSTALAÇÕES, TENDO EVOLUÍDO DE UM MODELO EM QUE NÃO HAVIA CONTACTO COM O DOENTE PARA UM EM QUE O FOCO É PRECISAMENTE O DOENTE. É CERTIFICADO PELA NORMA ISO9001 DESDE 2009, O QUE GARANTE A UNIFORMIZAÇÃO DE TODOS OS PROCESSOS, PROMOVEDO A MELHORIA CONTÍNUA DO SERVIÇO E A QUALIDADE DOS CUIDADOS PRESTADOS AOS UTENTES.

Passaram precisamente 30 anos desde que Luísa Pereira chegou ao SF do HESE, onde tem desenvolvido a sua carreira enquanto farmacêutica hospitalar. Recuando ao ano de 1989, recorda que a equipa era reduzida – três farmacêuticos, quatro técnicos superiores de diagnóstico e terapêutica (TSDT) e um assistente operacional (AO). Hoje, o número de profissionais não é ainda o ideal – são 11 farmacêuticos, 12 TSDT, 9 assistentes operacionais e dois assistentes técnicos –, mas tem sido possível dar os “passos próprios da evolução”.

A responsável assumiu a direção do SF em 2005, na sequência da aposentação de Isabel Morte. Nessa altura, ainda era uma farmácia muito vocacionada para a dispensa do medicamento e os sistemas de informação existentes estavam sedeados num administrativo e em si própria. Possuía uma aplicação que permitia apenas, ao assistente administrativo do Serviço, fazer as operações de gestão de aquisição e de movimento da dispensa.

“Não existia qualquer tipo de contacto com a história clínica do doente e toda a atividade era baseada na receção, armazenamento e distribuição do medicamento”, lembra, frisando que, “hoje, o foco é o doente”.

Com a implementação de sistemas informáticos nas instituições, a nível nacional, em 2006, as tarefas administrativas que estavam sedeadas em profissionais com apetências para essa área passaram a estar integradas nos vários profissionais. “A movimentação de *stocks*, que era feita por um administrativo, passou a ser desempenhada pelos farmacêuticos e pelos TSDT”, menciona Luísa Pereira.

Desde 2007 que a distribuição individual diária em dose unitária é feita com recurso a um sistema de armazenamento automatizado (Kardex) “para agilizar o processo, tornando-o mais seguro para o doente, permitindo uma diminuição dos erros associados a este tipo de distribuição”.

A mudança para as atuais instalações, no final de 2007, após obras de requalificação da anterior lavandaria

do hospital, foi muito importante, tendo permitido alargar as atividades (foi criada, por exemplo, uma Unidade de Nutrição Parentérica).

Em 2009, o SF implementou um Sistema de Gestão da Qualidade, ao abrigo da norma ISO9001. Luísa Pereira assumiu o papel de gestora da qualidade no primeiro ciclo (de 3 anos), sendo Joana Calisto a atual responsável, sendo que brevemente passará o testemunho a outro elemento. Para a diretora, “esta dinámi-



vo não só de promover a segurança do doente e reduzir erros da medicação, mas também de otimizar a relação custo-eficácia do tratamento.

O SF tem uma dinâmica de *roulement*, ou seja, os profissionais rodam pelas várias áreas funcionais, o que, segundo Luísa Pereira, é importante sob o ponto de vista do conhecimen-



to não só de promover a segurança do doente e reduzir erros da medicação, mas também de otimizar a relação custo-eficácia do tratamento.

O SF tem uma dinâmica de *roulement*, ou seja, os profissionais rodam pelas várias áreas funcionais, o que, segundo Luísa Pereira, é importante sob o ponto de vista do conhecimen-



Além das atividades de apoio clínico, os farmacêuticos integram, ainda, as equipas de investigação de vários ensaios clínicos (circuito do medicamento experimental), colaboram com diferentes faculdades e participam em diversos encontros científicos.

A reposição de *stocks*

Atualmente, existem duas situações de reposição de *stocks* nas enfermarias – armazéns periféricos e reposição de nível.

“Nos armazéns periféricos, há armários suportados por sistemas informáticos, através dos quais conseguimos ver o que existe disponível em tempo real, funcionando por reposição. Quando o *stock* atinge o mínimo estabelecido gera automaticamente um pedido para repor esse *stock*”, menciona a farmacêutica Sílvia Fanica, que trabalha no SF desde 2006.

Este tipo de reposição começou por ser feito nos serviços de Patologia Clínica e de Imagiologia, nas técnicas de Gastroenterologia, nas consultas



Sílvia Fanica

dose unitária, uma vez que têm uma grande rotatividade de doentes internados, ou da Pediatria, que utiliza muitos medicamentos em multidoses (gotas, soluções orais e xaropes).

Farmacotecnia: citotóxicos representam 85% da produção

O setor da farmacotecnia está sob a responsabilidade do farmacêutico Nuno Landeira, que trabalha no HESE há duas décadas. Uma das áreas de atuação é a produção estéril, que inclui preparações perigosas

(citotóxicos e outros produtos que não devem ser manipulados fora de câmaras de fluxo de ar laminar) e não perigosas (onde se encaixam a nutrição parentérica e os colírios fortificados). A outra área é a produção não estéril (os tradicionais manipulados), onde se incluem as suspensões orais, os papéis medicamentosos para a Pediatria e outro tipo de fármacos que não existem no circuito comercial. Há cerca de 10 anos foi criada uma Unidade de Nutrição Parentérica, para dar resposta ao Serviço de Cuidados Intensivos Neonatais.



Nuno Landeira

LUÍSA PEREIRA, DIRETORA DO SERVIÇO FARMACÊUTICO DO HESE:

“O conhecimento do utente relativamente ao farmacêutico avançou muito”



Natural de Évora, Luísa Pereira licenciou-se em Ciências Farmacêuticas pela Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra. Admite que sempre teve um fascínio pela área hospitalar e em especial por HESE. Não tendo sido a sua primeira opção, no entanto, desde logo se sentiu integrada e cativada pelas Ciências Farmacêuticas.

“Acho que nada acontece por acaso e tenho-me sentido realizada ao longo de todos estes anos”, garante, adiantando que “o reconhe-

cimento do utente relativamente ao farmacêutico avançou muito”, sobretudo pela Consulta Farmacêutica.

“O utente sabe que se vier ao ambulatório vai ser atendido por um farmacêutico. Na área da Oncologia, sabe que é na Farmácia que são produzidos os medicamentos”, menciona.

A ligação à equipa médica também tem vindo a crescer. Contactam frequentemente para colocar questões ao farmacêutico.

Por sua vez, em 2015, passou a existir uma Unidade de Preparação de Citotóxicos, situada junto ao Serviço de Oncologia, onde está uma equipa de dois farmacêuticos residentes, três TSDT e um AO, em tempo parcial.

“Formar equipas para estas tarefas altamente especializadas é complexo, especialmente porque o facto de estarem a trabalhar em zonas de pro-

(Continua na pág. 32)

HOSPITAL
Público
A PARTILHA DE BOAS PRÁTICAS

HOSPITAL
Público
A PARTILHA DE BOAS PRÁTICAS

HOSPITAL
Público
A PARTILHA DE BOAS PRÁTICAS

HOSPITAL
Público
A PARTILHA DE BOAS PRÁTICAS

ITAL
lico
A PARTILHA DE BOAS PRÁTICAS

HOSPITAL
Público
A PARTILHA DE BOAS PRÁTICAS

HOSPITAL
Público
A PARTILHA DE BOAS PRÁTICAS

HOSPITAL
Público
A PARTILHA DE BOAS PRÁTICAS

ITAL
lico
A PARTILHA DE BOAS PRÁTICAS

HOSPITAL

HOSPITAL

HOSPITAL

HOSPITAL

(Continuação da pág. 31)

duto perigoso faz com que algumas pessoas não tenham possibilidade de trabalhar, como é o caso das grávidas”, admite o profissional de 45 anos.

A farmacêutica Sara Machado, que é membro da Comissão de Farmácia e Terapêutica do HESE, foi contratada na altura em que foi criada a Unidade de Preparação de Citotóxicos, uma vez que foi preciso reforçar a equipa. Em declarações à Just News, destaca que a área oncológica tem vindo a ser alvo de grande desenvolvimento e investimento nos últimos anos.

Na área da Oncologia, o SF tem sido distinguido com alguns prémios

Em 2018, o SF produziu aproximadamente 14 mil preparações, entre as quais cerca de 85% eram citotóxicos e outros produtos perigosos, 10% eram de nutrição parentérica e 5% produtos não estéreis.



JOSÉ CARLOS ARRIFES, ASSISTENTE OPERACIONAL:

"Somos nós que recebemos todos os produtos e medicamentos que entram no SF"

José Carlos Arrifes, 53 anos, é um dos quatro assistentes operacionais da receção e transporte do SF, ao qual está ligado há praticamente duas décadas. Conta que o volume de trabalho tem vindo a aumentar ao longo dos anos, o que se deve ao acréscimo do número de doentes, que obrigou ao alargamento da equipa.

O profissional frisa a responsabilidade que implica o trabalho que desempenha: “Somos nós que recebemos todos os produtos e medicamentos que entram no SF. Também somos nós que os distribuímos pelos serviços”, diz, acrescentando: “Tanto na receção como na expedição, temos de ter cuidado com os medicamentos que são suscetíveis à temperatura.”



Sara Machado

em congressos da área. Recebeu já dois primeiros lugares por posters apresentados.

Nuno Landeira admite que tem um gosto especial quando é possível implementar algo produzido no SF. Por exemplo, neste momento, está a desenvolver um colírio de ciclosporina para a síndrome do olho seco, que não tem ainda resposta por parte do mercado comercial.

HESE é o único hospital no Alentejo a dispensar medicação em determinadas especialidades

A responsabilidade pela Farmácia de Ambulatório, onde são atendidos uma média de 75 utentes por dia, cabe a Inês Reis. Além da cedência de medicação, é na Farmácia de Ambulatório, onde estão habitualmente três farmacêuticos, que se

desenrola a consulta farmacêutica, em áreas como, por exemplo, as doenças autoimunes e as doenças infecciosas, assim como outras atividades de apoio às várias comissões com vista ao acesso ao medicamento e à faturação correspondente aos vários subsistemas.

“Fazemos o seguimento de doenças crónicas, para as quais dispensamos alguma medicação gratuitamente. Temos acesso ao processo clínico e podemos controlar as análises, o que obrigou à criação e manutenção de alguns sistemas de informação”, referem Inês Reis.



Inês Reis

Note-se que o SF do HESE é o único na região do Alentejo a dispensar medicação para determinadas especialidades, uma vez que tem valências que não existem em algumas cidades da região.

TSDT envolvidos em todos os processos

Mariana Pereira é a técnica coordenadora do SF do HESE. Natural de Luanda, a profissional chegou um ano antes de Luísa Pereira. Nessa al-

tura, eram quatro os técnicos superiores de diagnóstico e terapêutica.

“O nosso trabalho era fornecer medicamentos a granel, em caixas ou sacos. Faziam-se poucos manipulados e o espaço era limitado. Com a



Mariana Pereira

vinda de mais TSDT e com o acesso a novas tecnologias, foi possível introduzir a dose unitária e a seu alargamento a todos os serviços”, conta.

Existem atualmente 12 TSDT, no entanto, esse número foi difícil de alcançar e tem variado, sendo, por vezes, muito complicado dar resposta às diversas áreas de atividade, nomeadamente, na preparação de citotóxicos que, pela sua perigosidade, tem um período de *wash out* obrigatório.

A profissional de 53 anos salienta que, com a mudança para as novas instalações, houve a possibilidade de evoluir muito em vários aspetos: “Temos um trabalho cada vez mais específico. Os TSDT estão envolvidos em quase todos os processos, desde a receção de medicamentos à sua distribuição em dose unitária, em armazéns periféricos e por reposição de níveis e preparação de estéréis e não estéréis.”



Farmacocinética clínica, o próximo grande passo

Segundo Luísa Pereira, a Farmacocinética Clínica será uma nova área a desenvolver no SF, representando uma mais-valia para a segurança do doente. Como se sabe, esta atividade consiste no ajuste das doses de determinados medicamentos, de forma individualizada, com base na situação clínica dos doentes, em alguns parâmetros analíticos e nos níveis do fármaco no sangue, com vista a maximizar a efetividade do tratamento e a evitar a toxicidade. Nesta área são monitorizados, por exemplo, alguns antibióticos.

“Apesar de estarem definidos es-

quemas posológicos de acordo com a indicação terapêutica, com o peso do doente ou com a superfície corporal, há variações interindividuais que fazem com que seja necessária uma individualização da terapêutica”, explica Joana Calisto, que tem investido em formação nesta área, em Salamanca, onde recentemente entrou num programa de doutoramento.

A profissional, que integra o grupo PPCIRA do hospital, salienta que a Farmacocinética Clínica “assume particular relevância sobretudo para medicamentos de curta margem terapêutica, pelo risco de ineficácia ou de provocarem efeitos secundários”.

De referir que um dos TSDT exerce funções de coordenação, enquanto os restantes estão distribuídos por áreas, num sistema de *roulement*. Na Unidade de Preparação de Citotóxicos estão habitualmente três elementos, enquanto no edifício onde se desenrola a restante atividade estão quatro na dose unitária, um na receção, outro na farmacotecnia e os restantes estão distribuídos pelos setores da distribuição tradicional.

Ligação “aberta” com as outras farmácias hospitalares do Alentejo

Em 2019, o SF do HESE realizou o 1.º Curso de Oncologia Regional de Farmácia Oncológica, que contou com a participação de profissionais de todos os hospitais da Região do Alentejo.

“Temos uma ligação aberta com os nossos pares, ou seja, com os farmacêuticos e TSDT de todas as farmácias hospitalares do Alentejo. Ligamos uns aos outros quando surgem questões”, aponta Luísa Pereira.

A responsável faz referência à Consulta de Decisão Terapêutica de Oncologia, onde participa o farmacêutico e que envolve os vários hospitais do Alentejo, assim como a de Infecologia e ainda a de Neurologia, que está a dar os primeiros passos.

CRISTINA PALMEIRO, ASSISTENTE TÉCNICA:

"A equipa é jovem e o ambiente é bom"

A assistente técnica Cristina Palmeiro trabalha no SF do HESE há cerca de seis anos, embora a sua relação com o hospital já tenha 12 anos. A área administrativa é partilhada com Maria do Carmo Caeiro.

“Fazemos a receção em sistema de medicamentos e a conferência das faturas que nos chegam, que enviamos aos serviços financeiros”, enumera, acrescentando que são



também responsáveis pela conferência mensal das receitas provenientes da Farmácia de Ambulatório.

A profissional de 42 anos, que reside em Montemor-o-Novo, destaca que “a equipa é jovem e o ambiente é bom, trabalhamos com os vários elementos da equipa, nomeadamente farmacêuticos, TSDT e assistentes operacionais”.

LIVE
MEDICINA FÍSICA
DE REABILITAÇÃO

Coração
Vasos
DEPARTAMENTO DE CORAÇÃO E VASOS DO CH UNIVERSITÁRIO LISBOA NORTE

LIVE
MEDICINA INTERNA

WOMEN'S
MEDICINE

LIVE
MEDICINA INTERNA

LIVE
MEDICINA FÍSICA
DE REABILITAÇÃO

LIVE
MEDICINA FÍSICA
DE REABILITAÇÃO

WOMEN'S
MEDICINE

Coração
Vasos
DEPARTAMENTO DE CORAÇÃO E VASOS DO CH UNIVERSITÁRIO LISBOA NORTE

Coração
Vasos
DEPARTAMENTO DE CORAÇÃO E VASOS DO CH UNIVERSITÁRIO LISBOA NORTE

LIVE
MEDICINA INTERNA

WOMEN'S
MEDICINE

WOMEN'S
MEDICINE

LIVE
MEDICINA FÍSICA
DE REABILITAÇÃO

LIVE
MEDICINA INTERNA

LIVE
MEDICINA INTERNA

Coração
Vasos
DEPARTAMENTO DE CORAÇÃO E VASOS DO CH UNIVERSITÁRIO LISBOA NORTE

LIVE
MEDICINA FÍSICA
DE REABILITAÇÃO

LIVE
MEDICINA FÍSICA
DE REABILITAÇÃO

WOMEN'S
MEDICINE

Coração
Vasos
DEPARTAMENTO DE CORAÇÃO E VASOS DO CH UNIVERSITÁRIO LISBOA NORTE



Curso de otologia cirúrgica em Braga

Contribuir para “uma formação sólida” na área da cirurgia otológica, “abrangendo diferentes áreas”, é um dos grandes objetivos do curso que se vai realizar em abril, promovido pela Escola de Medicina da Universidade do Minho (EM-UM), instituição a que estão ligados os especialistas do Serviço de Otorrinolaringologia do Hospital de Braga.

O coordenador do I Braga Otolary Surgery Course, Miguel Sá Breda, salienta o facto de o programa ser “bastante completo”, com as componentes teórica e prática e um módulo básico, nos dois primeiros dias, e outro mais avançado, nos últimos três dias.

Integrando o Serviço de ORI do Hospital de Braga há sete anos, os últimos dois já como especialista, Miguel Sá Breda prepara este curso com a colaboração de quatro colegas seus daquele Serviço, incluindo o próprio diretor, Luís Dias.

Para além de Miguel Aristegui (Madrid) e Daniele Marchioni (Verona), a lista de formadores inclui também Victor Correia da Silva (Porto), Luísa Monteiro (Lisboa),



Daniel Miranda, Daniela Ribeiro, Filipa Carvalho Moreira e Miguel Sá Breda



Luís Dias

Pedro Escada (Lisboa) e João Elói (Coimbra).

Com a componente prática, que inclui a dissecação do osso temporal, limitada a dez inscrições e o programa teórico com acesso apenas a 30 participantes, o I Braga Otolary Surgery Course vai contar com a colaboração de Jorge Correia Pinto, coordenador dos cursos cirúrgicos da EM-UM.

A ação de formação tem o patrocínio da Academia Europeia de Otologia e Neurotologia e das so-

O curso vai decorrer durante cinco dias (20-24 abril)

ciedades Portuguesa e Espanhola de Otorrinolaringologia e Cirurgia de Cabeça e Pescoço.

Psiquiatria Forense

REGIME JURÍDICO DO MAIOR ACOMPANHADO JÁ “PROTEGE, SEM INCAPACITAR”.

“Foi um passo muito importante, que vai ao encontro da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência.” É desta forma que o psiquiatra Fernando Vieira reage ao novo regime jurídico do maior acompanhado, que “elimina os institutos da interdição e da inabilitação”.

A temática foi abordada na *Workshop* de Psiquiatria Forense, que decorreu no dia 7 de dezembro, na Ordem dos Médicos, no Porto. Uma iniciativa dinamizada pela Secção de Psiquiatria Forense da Sociedade Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental (SPPSM).



Fernando Vieira

Fernando Vieira reconhece existir ainda um longo caminho a percorrer quanto ao estigma.

Psiquiatras, internos da especialidade, psicólogos, juristas e outros profissionais de saúde ficaram, assim, a conhecer melhor a Lei 49/2018, de 14 agosto, “que prevê a nomeação de um acompanhante em vez de um tutor e curador, como era prática habitual”.

Em declarações à *Just News*, o psiquiatra Fernando Vieira, vice-presidente da Secção de Psiquiatria Forense da SPPSM, explica que, “antes da nova legislação, por razões de anomalia psíquica, surdez-mudez e cegueira, nomeava-se quem iria substituir a pessoa no exercício dos seus direitos e deveres. Atualmente, o objetivo é que alguém possa ajudar nas situações que assim o exigem.”

É exemplifica: “Quem sofre de demência vai perdendo capacidades, mas isso não acontece de uma só vez, por isso, o acompanhante dá apoio nas áreas em que a pessoa afetada já não consegue exercer direitos e deveres. No regime anterior, deixava desde logo de ter qualquer direito civil.”

Além de Fernando Vieira, a coordenação do curso esteve também a cargo do psiquiatra forense Bruno Trancas, que explica à *Just News* qual foi o objetivo central do *workshop*: “Criar condições que permitem ter

Notícia



tempo e espaço para se exporem as particularidades do novo regime, não esquecendo uma forte ligação à prática pericial, com análise de casos concretos e relatórios médico-legais.”

Questionado sobre a aplicabilidade da nova legislação, o médico realça que, “após um período um pouco turbulento na transição – que era expectável –, corre com a fluidez necessária”.

Contudo, é preciso apostar na formação. Na sua opinião, “existem efetivamente desafios na sua implementação, com reflexos na atividade pericial, alguns dos quais podem fazer perigar os benefícios aludidos”.

Desta forma, “todos os intervenientes, desde os familiares até aos juizes, e naturalmente os médicos, têm não só uma nova linguagem para aprender a usar como a mensagem que agora se deseja passar é diferente: restrição mínima, protegendo sem incapacitar (na medida do possível, naturalmente)”.

Uma realidade que leva o especialista a concluir: “Isso obriga a uma mudança de paradigma e de prática o que, para os peritos, não é fácil, dado que a tendência natural do médico é proteger e cuidar.”

Como acrescenta Fernando Vieira: “Na prática clínica ter-se-á que afinar os termos, a metodologia avaliativa, percebendo e especificando o que a pessoa consegue ou não fazer autonomamente.”



Bruno Trancas

Na ação formativa também se irá abordar o conteúdo de uma petição que antecedeu a atual legislação. “De um modo geral, foi-se ao encontro do que se pedia, mas ainda falta dar resposta a situações mais complexas. Por exemplo, quem vive sozinho e não tem mesmo ninguém para nomear como acompanhante, o que se pode fazer?”.

Esta e outras questões foram debatidas no *workshop*, que pretende também ter uma componente mais prática. A iniciativa é realizada em parceria com a Secção da Subespecialidade de Psiquiatria Forense da Ordem dos Médicos.



O PROGRAMA DE GESTÃO DE SANGUE NO CHTS UM ANO DEPOIS

Consolidar o 1.º pilar e investir no pós-operatório

O CHTS FOI UMA DAS NOVE UNIDADES HOSPITALARES A DESENVOLVER UM PROJETO-PILOTO QUE CONSISTE NA IMPLEMENTAÇÃO DE UM PROGRAMA DE PBM, VISANDO UMA MELHOR GESTÃO DO SANGUE E A MELHORIA DOS RESULTADOS EM SAÚDE DOS DOENTES. UM ANO DEPOIS, A EQUIPA MULTIDISCIPLINAR NELE ENVOLVIDA QUER CONSOLIDAR O 1.º PILAR (PRÉ-OPERATÓRIO) E APOSTAR MAIS NO PÓS-OPERATÓRIO.

Serviço de Patologia Clínica”, explica Anunciação Ruivo, prosseguindo:

“Quando essas análises demonstram que há anemia, de acordo com os valores que estão pré-estabele-

fases em que os doentes podem ser operados. “Eles podem ser referenciados do internamento sem análises PBM anteriores e também nesses nós intervimos. São igualmente abran-

Tal como definido no projeto do CHTS, estes doentes devem ser reavaliados na pós-alta – na respetiva consulta cirúrgica de reavaliação pós-cirúrgica – e, se necessário, orienta-

Consumo de concentrados de eritrócitos “francamente” mais baixo nos doentes otimizados

Na opinião de Anunciação Ruivo, terem-se registado 700 referências ao programa por parte das especialidades é positivo, embora tenha clara consciência de que esse número não representa 100% dos doentes que deviam ser referenciados. Ainda assim, enquanto não houver mais recursos humanos envolvidos, a especialista prefere “ter menos doentes referenciados, mas bem avaliados e tratados e com um seguimento adequado”.

A médica lamenta que ainda não tenha sido possível apresentar os resultados do primeiro ano, o que se deve, sobretudo, às dificuldades na transmissão entre as aplicações informáticas e respetiva extração de dados e à escassez de recursos humanos. Ainda assim, já se conseguiram mostrar os resultados dos seis primeiros meses (de outubro de 2018 a março de 2019).

Durante este período de tempo, para cada uma das três especialidades com mais cirurgias – Ortopedia, Ginecologia e Cirurgia Geral –, avaliou-se a diferença de consumo de concentrados de eritrócitos entre os doentes que foram referenciados versus aqueles que o deveriam ter sido e não foram.

“Ficou demonstrado, sem análises estatísticas porque os números nem sequer o permitiam na altura, que nos doentes otimizados o consumo de concentrados de eritrócitos é mais baixo do que naqueles que não o foram”, refere Anunciação Ruivo, acrescentando que, adicionalmente, uma das três especialidades conseguiu demonstrar que os doentes internados tiveram menos dias de internamento e menos infeções.

“Acho que a apresentação dos seis meses restantes vai dar um novo ímpeto ao projeto. Os profissionais vão perceber a importância da referência e que os resultados dos referenciados e tratados versus não referenciados e potencialmente otimizados são realmente importantes”, diz.



Anunciação Ruivo

cidos (< 12 g/dL mulheres e < 13 g/dL homens), automaticamente, é gerado um alerta e efetuam-se os doseamentos do ferro, da vitamina B 12, do ácido fólico (os défices que podem ser corrigidos para otimizar os doentes e que estão preconizados no PBM) e da proteína C reativa. Ou seja, só fazemos os doseamentos aos doentes que têm anemia, o que implica, nesta fase, uma poupança de custos.”

Todos os dias, a Imunohemoterapia e a Anestesiologia são responsáveis por gerir e registar a listagem de doentes referenciados ao PBM, de modo a que seja possível a recolha posterior de dados. Quando a anemia é passível de ser corrigida, é marcada uma consulta e os doentes são avaliados e tratados.

De acordo com Anunciação Ruivo, com o apoio da Informática, foram criados documentos específicos para que os dados sejam registados na sua totalidade, de modo a que todos os médicos do hospital possam ter acesso e verificar se um doente está em PBM e em que fase do processo se encontra.

Além disso, foram produzidos vários algoritmos para as diversas

CARLOS ALBERTO, PRESIDENTE DO CA DO CHTS:

“Queremos estar na primeira linha das novas tendências das boas práticas”

O presidente do CA do CHTS, Carlos Alberto, admite ser um defensor do programa PBM desde a primeira hora. “O CA não teve dúvidas sobre a importância do PBM, sobretudo pela evidência científica e provas dadas noutros locais, incluindo países mais desenvolvidos, onde esta temática tem sido trabalhada ao longo dos anos”, afirma, acrescentando: “Somos um hospital com mente aberta e queremos estar na primeira linha das novas tendências das boas práticas.”



De acordo com o responsável, uma das características do CHTS, que serve mais de 500 mil habitantes, é que, “embora muitas vezes não haja à partida as condições ideais para avançar com determinados projetos, prossegue-se com as condições possíveis e continua-se o esforço de melhoria posterior em busca do ideal”.

Informação

PAULA ALEXANDRA SÁ, CONSULTORA DE ANESTESIOLOGIA DO CH UNIVERSITÁRIO DO PORTO (CHUP):

“PBM é mais do que uma alternativa à transfusão”

A TRANSFUSÃO É UMA TERAPÊUTICA ESSENCIAL, MAS ESTÁ ASSOCIADA AO AUMENTO DA MORTALIDADE E DA MORBILIDADE. O PROGRAMA *PATIENT BLOOD MANAGEMENT* (PBM) NÃO DIZ RESPEITO APENAS À TRANSFUSÃO, CONSISTINDO EM ESTRATÉGIAS DE CONSERVAÇÃO E MANUSEIO DE SANGUE E HEMODERIVADOS BASEADAS NA EVIDÊNCIA, CUJO OBJETIVO É MELHORAR OS *OUTCOMES* NO DOENTE. ESTA FOI UMA DAS GRANDES MENSAGENS DA SESSÃO “PBM: *IT’S ALL ABOUT TEAM EFFORT*”, QUE TEVE LUGAR NO CONGRESSO “O NORTE DA ANESTESIA”.

Na sessão apresentada por Raul Carvalho, consultor graduado de Anestesiologia do CHUP, em representação da sua colega Paula Alexandra Sá, ficou claro que a criação do PBM não pode ser igual em todos os hospitais, mas deve ser adequada às necessidades, aos recursos e à capacidade de cada um. Numa instituição pode haver “vários” PBM e diversas formas de atuar adequadas às diferentes partes e necessidades.

Na intervenção que preparou, Paula Alexandra Sá, consultora de Anestesiologia do CHUP, lembra que existem vários riscos associados à utilização de sangue e dos seus derivados (riscos infecciosos, imunossupressão, alterações hidroeletrólíticas, reações alérgicas e imunológicas e sobrecarga de volume, entre outros) e que a importância relativa de cada uma das complicações tem vindo a mudar ao longo do tempo.

“A transfusão deve ser uma terapêutica consciente e bem ponderada, até porque estamos a falar de um recurso que é finito e que, em muitas circunstâncias, até é escasso”, adverte.

Devido à morbimortalidade e ao custo de cada unidade de concentrados de eritrócitos (CE), esse recurso torna-se ainda mais oneroso, o que representa uma despesa mais elevada para as instituições cada vez que se usa sangue e os seus derivados.

Fazendo referência ao artigo *Save Blood, Save Lives* (Anthes E. *Nature* 2015 Apr 2;520(7545):24-6), Paula Alexandra Sá lembra que o sangue é um dos medicamentos mais sobreutilizados, representando “um custo extremamente elevado”. E apresenta o exemplo do Stanford Hospital, na Califórnia, com uma despesa de sangue e derivados de 6.8 milhões de dólares por ano, que desenvolveu um sistema que fazia com que cada vez que era pedido sangue e derivados através do sistema informático surgia um lembrete com as *guidelines* para a utilização daquele recurso, pedindo-se para assinalar o motivo da transfusão.

Com esta simples medida, entre 2009 e 2013, houve uma diminuição de 24,4% das unidades de CE transfundidas, representando uma poupança anual de 1.6 milhões de dólares. Adicionalmente, o tempo médio



Raul Carvalho

de internamento desceu de 10,1 para 6,2 dias e a taxa de mortalidade dos doentes sujeitos a transfusão também diminuiu (de 5,5 para 3,3%).

Paula Alexandra Sá lembra que o conceito de PBM surgiu em 2005, tendo-o a OMS definido, em 2010, como “uma forma de promover alternativas à transfusão”. Contudo, refere, “o PBM é hoje mais do que uma mera alternativa à transfusão, assentando, sobretudo, na melhoria dos *outcomes* dos doentes”.

A anemia em si mesma é uma doença

Existem vários componentes associados ao conceito de PBM como, por exemplo, manter o valor da hemoglobina, otimizar a hemostase e minimizar a perda hemática, que só é objetivável com o recurso à cooperação das múltiplas áreas nas diferentes instituições de saúde e se todo o processo for centrado no doente.

Porquê o PBM?

- Reduz os custos desnecessários ao hospital e para o doente.
- Melhora a segurança do doente, minimizando a exposição ao sangue.
- Pode reduzir o tempo de permanência no hospital e a exposição a vírus e a outras doenças.
- Pode reduzir o risco de complicações e infeções adquiridas no hospital.
- Conserva o uso de um recurso precioso da comunidade.



Paula Alexandra Sá recorda que o PBM assenta em três pilares. O primeiro consiste na otimização da hematopoiese (diagnóstico e tratamento da anemia), o segundo centra-se na minimização das perdas/transfusão (prática de transfusão restritiva vs liberal, recurso a protocolos de transfusão maciça/algoritmos de transfusão/testes POC, recurso a anti-fibrinolíticos) e o terceiro no controlo adequado e no tratamento da anemia. Cada um destes pilares tem indicação no pré, no intra e no pós-operatório e está demonstrado que nenhum é mais importante do que o outro.

Referindo-se à importância de tratar a anemia no perioperatório, a especialista menciona que mais de 30% da população mundial é anémica (Meybohm P, 2017, *Transfusion Medicine Reviews*), embora a incidência varie com a idade e as comorbilidades.

Paula Alexandra Sá: “O PBM é um contínuo de atividades, desde as mais simples (processos de formação) até às mais complexas (com algoritmos mais complicados).”

Em Portugal a prevalência do problema ronda os 19,9% (Fonseca C, 2016, *Internal Medical Journal*).

A especialista acrescenta que nos EUA a prevalência da anemia nos doentes sujeitos a uma cirurgia é de 30,4% e na Europa é de 28,7% (Musallam KM, 2011, *Lancet; Baron*) e que a anemia pós-operatória está presente em quase 90% dos doentes submetidos a cirurgia major (Sander A, 2004, *Am J Med*).



Paula Alexandra Sá

Estudo: 13,4% dos doentes submetidos a grandes procedimentos eletivos ortopédicos no CHUP apresentam anemia pré-operatória

Paula Alexandra Sá está a terminar um trabalho que consiste numa análise retrospectiva de dados clínicos e analíticos agrupados dos doentes submetidos a grandes procedimentos eletivos ortopédicos no CHUP entre janeiro de 2015 e maio de 2019.

Foram considerados procedimentos em que a patologia subjacente é frequente, exceto quando a perda de sangue é > 500 ml e/ou a taxa de transfusão é > 10% (Muñoz M, 2017, *Anestesia*).

A análise incluiu artroplastia do joelho ou da anca, artroplastia de revisão do joelho ou do quadril da

“Sendo a anemia um fator de risco independente da morbilidade e mortalidade perioperatória, em si mesmo pode ser considerada uma doença”, indica.

Fazendo referência a duas *guidelines* – da Sociedade Europeia de Anestesiologia e da National Blood Authority da Austrália –, indica que em ambas é dado ênfase particular ao controlo/tratamento da anemia,

nomeadamente ao seu diagnóstico. “É fundamental diagnosticar o problema, para que se perceba quais são os riscos associados à hemorragia da cirurgia, e tratá-lo”, sublinha Paula Alexandra Sá.

Também as sociedades de Pediatria começam a preocupar-se com a procura e a identificação do diagnóstico da anemia antes da cirurgia, bem como com a utilização de técnicas específicas para reduzir a hemorragia e de técnicas não invasivas para

“A implementação do PBM não é fácil e depende da organização e da colaboração de uma equipa multidisciplinar. Toda a instituição deve ser envolvida, mas é fundamental que haja alguma forma de liderança”, considera Paula Alexandra Sá.

Valores de referência

Deficiência absoluta de ferro
Nível sérico de ferritina < 30 µg/L-1 ou proteína C reativa > 5 mg/L-1 e/ou saturação de transferrina < 20% + ferritina < 100 µg/L1

Sequestro de ferro
Saturação de transferrina < 20% + ferritina > 100 µg/L-1

Reservas de ferro baixas
Ferritina 30-100 µg L-1 + saturação de transferrina < 20%

controlo adequado dos valores da hemoglobina.

No que respeita ao 2.º pilar do PBM, e em concreto ao controlo da

hemorragia, a consultora de Anestesiologia do CHUP destaca a utilidade do ácido tranexâmico, que “está disponível, é de fácil acesso e apresenta

um bom perfil de segurança”.-

Relativamente à prática transfusional restritiva *versus* liberal, salienta que o importante é perceber o doente em

questão, que valores tem de hemoglobina e de que forma é que os mesmos interferem na estabilidade, na hemostase e na sua própria fisiologia.



3.º CONGRESSO ISIDOG:

“Ponto de viragem” nas infeções em Ginecologia/Obstetrícia

AS NOVIDADES SÃO TANTAS NO CAMPO DAS INFEÇÕES EM GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA QUE OBRIGARÃO OS ESPECIALISTAS “A REPENSAR QUASE TUDO O QUE TEM SIDO FEITO”. ESSA É, PELO MENOS, A CONVICÇÃO DE PEDRO VIEIRA BAPTISTA, QUE GARANTIU À *JUST NEWS* QUE, NESTE MOMENTO, “TEMOS UM GRANDE CAMINHO PARA PERCORRER”.

O ginecologista/obstetra do CHU de São João é muito claro: “Penso que chegámos ao ponto em que saímos daquela fase em que achávamos que tínhamos as coisas perfeitamente definidas.” Para Pedro Vieira Baptista, esta acaba por ser a grande conclusão a retirar no final do 3.º Congresso

ISIDOG (International Society for Infectious Diseases in Obstetrics and Gynecology), que se realizou no início de novembro, na cidade do Porto. Aquele médico integrou, aliás, a Comissão Organizadora do evento, juntamente com Ana Palmeira de Oliveira, da Universidade da Beira Interior, e o próprio presidente daquela socie-



dade, Gilbert GG Donders, sob a coordenação de José Martinez de Oliveira, da UBI. Este foi o segundo evento internacional na mesma área organizado em Portugal em 2019. Com efeito,



José Martinez de Oliveira, Ana Palmeira de Oliveira e Pedro Vieira Baptista

O transplante de flora vaginal é uma das novidades.

alguns meses antes, em fevereiro, e também no Porto, Pedro Vieira Baptista esteve envolvido na realização do I Curso Europeu da International Society for the Study of Vulvovaginal Disease (ISSVD), entidade de que é, aliás, secretário-geral. “É uma grande honra podermos promover eventos deste género em Portugal, sendo assim uma maneira de facilitar a participação nos mesmos de colegas que, por razões diversas, a eles não teriam acesso se acontecessem no estrangeiro”, afirma o especialista do CHUSJ, que sublinha ainda a importância de “proporcionar esta formação em especial aos nossos internos, que é em quem nós mais temos de investir”. Com perto de 200 participantes, “um número que superou as nossas melhores expectativas”, o 3.º Congresso da ISIDOG contou com a presença de alguns especialistas em doenças infecciosas, mas a maioria era, naturalmente, da área da Ginecologia/Obstetrícia. Em termos de palestrantes, Pedro Vieira Baptista destaca a vinda do norte-americano Jack Sobel, professor da Wayne State University School of Medicine, “referência mundial ao nível das infeções vulvovaginais”. Relativamente às temáticas abordadas durante a reunião, o médico diz que se “falou muito do papel dos probióticos, de novos tratamentos no campo dos antifúngicos, ou da infeção no parto pré-termo”.

Notícia



Informação

Experiência clínica com a vacina contra o HPV – Quem? Quando? Porquê?

NO ÂMBITO DO 3.º CONGRESSO DA INTERNATIONAL SOCIETY FOR INFECTIOUS DISEASES IN OBSTETRICS AND GYNECOLOGY (ISIDOG), A MSD PROMOVEU UM SIMPÓSIO NO QUAL FORAM ORADORES DOIS ESPECIALISTAS QUE PARTILHARAM A EVIDÊNCIA E A EXPERIÊNCIA CLÍNICA JÁ EXISTENTES SOBRE A VACINAÇÃO CONTRA O HPV.

tudos sugerem também que o efeito protetor é tardio, com a diferença a notar-se a partir dos 3 anos de vacinação”, afirmou Pedro Vieira Baptista. A lesão intraepitelial escamosa de alto grau (HSIL) anal (AIN2-3) é a lesão precursora de lesões anais e os genótipos HPV16 e 18 são responsáveis pela sua maioria. “A vacinação reduz significativamente a recorrência de HSIL anal em homossexuais VIH negativos (13,6% em vacinados *vs* 30,7% em não vacinados), sugerindo, no entanto, que pode existir uma perda de efeito com o tempo”,



Pedro Vieira Baptista

salientou Pedro Vieira Baptista. A papilomatose laringea recorrente é uma patologia muito rara. A evidência demonstra que, com a vacinação, “a necessidade de cirurgias é menor e o tempo entre cirurgias maior (número médio de cirurgias/mês: 0,35 *vs* 0,06; intervalo entre cirurgias: 7,02 *vs* 34,45 meses, respetivamente)”. Mesmo após tratamento eficaz das lesões de alto grau do colo uterino, o risco de cancro mantém-se elevado em relação à população em geral (5–10x), existindo ainda risco aumentado de outras doenças por HPV. Uma análise retrospectiva dos estudos FUTURE I e II analisou o impacto da vacinação prévia na recorrência de lesões e demonstrou que “a probabilidade de ter qualquer doença por HPV após cirurgia cervical era de 46% e de desenvolver HSIL após cirurgia cervical era de 64,9%”, sublinhou o clínico. No estudo PATRICIA, a recorrência de lesões CIN2+ em mulheres que tinham sido vacinadas foi de 0,5% versus 3,4% em mulheres não

- **Vacinação não tem:**
 - > efeito terapêutico
 - > impacto sobre a infeção prevalente
- **Resposta natural não confere habitualmente proteção contra reativações/reinfeções**
- **Mas a vacinação, mesmo após exposição:**
 - > protege contra outros genótipos
 - > protege contra reativações/reinfeções



“Há imensas oportunidades novas, muitos campos de estudo que se estão a abrir. Temos que investigar, mas vamos de certeza conseguir melhorar bastante, nos próximos anos, no combate às infeções em Ginecologia e Obstetrícia, até porque também dispomos, atualmente, de novas técnicas de diagnóstico. Estamos num ponto de viragem”, garante Pedro Vieira Baptista.

Sociedade foi criada em 2006

A ISIDOG foi oficialmente criada em outubro de 2016, agregando médicos e cientistas particularmente interessados em doenças infecciosas em Obstetrícia e Ginecologia, por ocasião do seu primeiro congresso, realizado em Riga, capital da Letónia. Para além da Letónia, outros países tiveram representantes seus no grupo de fundadores desta sociedade: Bélgica, Reino Unido, Suíça, Hungria, Áustria, França, Holanda e Portugal, através de Pedro Vieira Baptista, que integra a Direção da Sociedade Portuguesa de Ginecologia.



vacinadas, correspondendo a uma eficácia de 88% com vacinação prévia.

O SPERANZA foi o primeiro estudo prospetivo a avaliar o impacto da vacinação com Gardasil após tratamento cirúrgico por HSIL/carcinoma microinvasor do colo do útero.

Resultados do estudo SPERANZA

- » recorrência de 1,2% em mulheres vacinadas *vs* 6,4% em não vacinadas
- » redução do risco de recorrência de 81,2%
- » sem diferenças na negatificação do HPV aos 6 meses
- » no grupo vacinado, nenhuma das recorrências foi atribuída a genótipos incluídos na vacina
- » para os genótipos da vacina, a eficácia foi de 100%

Mensagens-chave

- **Indivíduo com uma doença por HPV tem risco mantido ao longo da vida de desenvolver novas lesões**
 - > Atenção sobretudo em indivíduos imunodeprimidos
- **Vacinação após tratamento de HSIL cervical reduz em 80% o risco de recorrência, seja por novas infeções ou por reativação/reinfeção pelos mesmos genótipos**
 - > Dúvidas: vacinar > 45 anos? Iniciar vacinação antes ou depois do tratamento?
- **Considerar vacinação em todos os indivíduos com uma doença atribuível ao HPV**

Vacinação contra o HPV após tratamento cirúrgico. A experiência em Espanha

Em mulheres tratadas para HSIL/CIN2-3, o risco de persistência/recorrência de CIN após tratamento é de cerca de 10% (5–25%) e o risco de desenvolvimento de uma neoplasia relacionada com HPV é 2–6 vezes maior do que o da população em geral. “A persistência/recorrência é multifatorial”, explicou Marta del Pino, do Hospital Clinic de Barcelona, em Espanha.



Marta del Pino

Mulheres que desenvolvem HSIL/CIN2+ têm risco acrescido de cancro associado ao HPV.

Vacinação contra o HPV em mulheres tratadas para SIL em Espanha

Entre 2013 e 2018 foram tratadas para HSIL/CIN2-3 no Hospital Clinic Barcelona 265 mulheres. “A vacinação é recomendada para todas as mu-

lheres no momento do diagnóstico de HSIL/CIN2+”, explicou. Das 265 mulheres tratadas para HSIL/CIN2+, 42,3% rejeitaram a vacina, sobretudo por razões de custo, e 57,7% foram vacinadas.

Vacinação e recorrência/ persistência no Hospital Clinic Barcelona

Resultados gerais:

- Foi diagnosticada doença persistente/recorrente em 3,3% das mulheres vacinadas
- Foi diagnosticada doença persistente/recorrente em 10,7% das mulheres que rejeitaram a vacinação
- O tempo médio até surgimento de doença persistente/recorrente foi de 21,6 meses

Resultados de acordo com a primeira visita de follow-up:

- Ausência de doença (= teste de HPV e Pap negativo e, se disponível, biópsia negativa): 153 mulheres (57,7%)
 - ⇒ 66 (43,2%) rejeitaram a vacina → 4 (6,1%) com doença persistente/recorrente
 - ⇒ 87 (56,8%) vacinadas → 0 (0%) com doença persistente/recorrente
- HPV/LSIL persistente (= teste de HPV positivo, ou LSIL citológico persistente, e/ou LSIL/CIN1 histológico): 101 mulheres (38,1%)
 - ⇒ 43 (42,6%) rejeitaram a vacina → 6 (14,0%) com doença persistente/recorrente
 - ⇒ 55 (57,4%) vacinadas → 4 (6,9%) com doença persistente/recorrente
- HSIL persistente (= HSIL/CIN2-3 histológico): 11 (4,2%)
 - ⇒ 3 rejeitaram a vacina → 2 (66,6%) com doença persistente/recorrente
 - ⇒ 8 vacinadas → 1 (33,4%) com doença persistente/recorrente

“Em Espanha, não é necessário efetuar o rastreio de HPV antes da vacinação. Assim, a vacina é recomendada o mais precocemente possível (se possível, antes do tratamento) para todas as mulheres com lesões pré-malignas submetidas a tratamento excisional, independentemente do estatuto e genótipo de HPV”, detalhou Marta del Pino.

Informação

A IMPORTÂNCIA DA PRASTERONA

Inovação terapêutica na atrofia vulvar e vaginal

O PROGRAMA DO 3.º CONGRESSO DA INTERNATIONAL SOCIETY FOR INFECTIOUS DISEASES IN OBSTETRICS AND GYNECOLOGY (ISIDOG) INCLUIU UM SIMPÓSIO PROMOVIDO PELA TECNIMEDE EM QUE SE DISCUTIRAM OPÇÕES TERAPÊUTICAS PARA A ATROFIA VULVAR E VAGINAL E A RELEVÂNCIA DA INOVAÇÃO CONFERIDA PELO TRATAMENTO INTRACRINOLÓGICO NO CONTROLO DESTA CONDIÇÃO TÃO PREVALENTE ENTRE AS MULHERES. FERNANDA ÁGUAS, DIRETORA DO SERVIÇO DE GINECOLOGIA DO CH E UNIVERSITÁRIO DE COIMBRA (CHUC), MODEROU A SESSÃO.

A dehidroepiandrosterona (DHEA) é um androgénio segregado sobretudo (90%) na suprarrenal, embora uma pequena parte (10%) também o seja no ovário. Existe em circulação na forma sulfato (S-DHEA), cuja semivida é maior. A DHEA pode ser convertida em androstenediona e testosterona e esta, por sua vez, por ser convertida na sua forma ativa de dehidrotestosterona ou aromatizada em estradiol.



Maria João Carvalho e Fernanda Águas

“Na pós-menopausa, há um decréscimo de estrogénios mas claramente também de androgénios, em cerca de 60% em relação aos níveis da pré-menopausa”, introduziu a ginecologista/obstetra Maria João Carvalho, do CHUC.

Os androgénios têm efeitos sistémicos (osso, músculo, pele, mama, cérebro), afetam o metabolismo glucídico e lipídico e têm também efeito ao nível da vagina. “O ideal seria o desenvolvimento de uma terapêutica hormonal específica do tecido, e é aqui que entra o conceito de intracrinologia”, afirmou.

Intracrinologia: terapêutica inovadora na atrofia vulvar e vaginal

1. Capacidade de a maquinaria enzimática local transformar uma pró-hormona em hormonas/metabolitos ativos;
2. Os metabolitos ativos vão ter ação e metabolismo intracelular;
3. Os metabolitos são depois extrusados sob a forma inativa.

A DHEA é internalizada nas células na forma inativa e só no interior é que vai gerar estrogénios e testosterona, que vão ter atuação intracelular. Posteriormente, estes são inativados dentro da célula e expelidos na sua forma inativa. “A vantagem deste mecanismo de ação é ter uma ação local através da formação de estrogénios e androgénios, traduzindo-se num efeito mais fisiológico, que é de enorme importância para o epitélio vaginal”, salientou a especialista.

Sintomas da atrofia vulvar e vaginal

- secura vaginal
- prurido e ardor
- corrimento vaginal
- dispareunia
- hemorragia vaginal pós-coital



A fisiopatologia da AVV tem por base o hipoestrogenismo.

Esta patologia afeta 40-50% das mulheres pós-menopáusicas sem terapêutica hormonal e 25% das mulheres sob terapêutica hormonal, interferindo com a qualidade de vida e a função sexual. “É uma entidade sub-relatada pelas mulheres, subdiagnosticada e subtratada. Apenas 4% relaciona os sintomas com a menopausa e apenas metade destas conhece a existência de tratamento para estes sintomas”, referiu Maria João Carvalho.

Tratamento da atrofia vulvar e vaginal

Os objetivos do tratamento da AVV são o alívio sintomático e a restauração e manutenção da função vaginal normal. “Deve ser instituído precocemente e mantido a longo prazo, sendo que o tempo de resposta à terapêutica depende do grau de atrofia no momento da apresentação”, frisou a ginecologista/obstetra do CHUC.

A prasterona, o princípio ativo biologicamente equivalente da DHEA, “foi já testada em vários ensaios clínicos, em 1552 mulheres, para o tratamento da AVV e dispareunia condicionante de disfunção sexual. Foi aprovada pela FDA em 2016 e pela EMA em 2018”.

Os estudos de eficácia e segurança evidenciaram “uma diminuição da dispareunia moderada a grave e melhoria dos sintomas de AVV, com um aumento das células de superfície, melhoria da integridade do epitélio, cor vaginal e espessura da superfície epitelial vaginal e um decréscimo do pH ao longo das 12 semanas de tratamento. O efeito secundário mais referido foi o corrimento vaginal, em apenas 2% dos casos, tendo sido esta-

belecida a segurança hepática, renal, hematológica, vascular e endometrial da prasterona”.

Nos estudos de eficácia e segurança verificou-se ainda que os níveis de esteroides não se modificam ou encontram-se no intervalo da pós-menopausa com a administração de DHEA, “corroborando a sua ação local”.



Maria João Carvalho

Comparando com outras formulações disponíveis para o tratamento da AVV, o estradiol vaginal e estrogénios equinoconjugados (EEC) associam-se a um aumento em 5 vezes do estradiol, enquanto que com a DHEA estes permanecem dentro dos níveis pós-menopáusicos.

“Há um benefício claro do tratamento a longo prazo, tendo sido ob-

A DHEA associa-se a uma melhoria de 18–38% da qualidade de vida, medida pelo MENQOL (Menopause Specific Quality of Life).

servada uma melhoria da dispareunia, secura vaginal e prurido com o tratamento durante 52 semanas versus apenas 12 semanas”, sublinhou a especialista de Coimbra.

Em termos de segurança e efeito sobre o endométrio, os estudos mostraram “não existirem sinais de hiperplasia na biópsia endometrial e a administração percutânea e oral (6 meses) de DHEA também não produziu alterações na espessura endometrial, o que parece justificar-se pelo facto de o endométrio não ter expressão de aromatase”, explicou Maria João Carvalho.

Relativamente ao cancro da mama, estudos in vivo e in vitro demonstram um efeito inibitório dos androgénios em geral e da DHEA em particular no crescimento tumoral, e em estudos em modelos animais o tratamento com DHEA atrasou o aparecimento tumoral.

Estudos epidemiológicos indicam que em mulheres com cancro da mama existe uma redução dos níveis séricos de DHEA, bem como dos seus metabolitos urinários (androsterona e etiolanolona) e dos derivados da S-DHEA e DHEA. Pelo que “não parece que os androgénios tenham efeito, mas não existe à data evidência robusta a este respeito”, salientou. Sabe-se, sim, que a S-DHEA e a testosterona se encontram em intervalo da pós-menopausa e que a concentração de estradiol não é modificada em mulheres sob inibidores da aromatase. No entanto, não existe ainda aprovação para a DHEA vaginal no cancro da mama.

Conclusões

- O tratamento da AVV melhora a qualidade de vida.
- É necessário um tratamento precoce e de longa duração.
- A DHEA diminui com a idade, em paralelo com a diminuição de estrogénios e androgénios nos tecidos periféricos.
- A DHEA estimula as três camadas da vagina, restaurando a fisiologia.
- A prasterona ativa é bioquímica e biologicamente idêntica à DHEA humana endógena.
- A prasterona melhora a maturação vaginal, pH, atrofia, dispareunia e mucosa vaginal em 12 semanas.
- Níveis hormonais sistémicos de estrogénios e androgénios encontram-se no intervalo da pós-menopausa.



ANTÓNIO MARQUES, COORDENADOR DO NÚCLEO DE INVESTIGAÇÃO DE ENFERMAGEM DO CHUC:

“A evolução da profissão de enfermeiro exige produção de conhecimento disciplinar próprio”

“TODAS AS PROFISSÕES DE NÍVEL DIFERENCIADO SÓ SE PODEM DESIGNAR COMO TAL SE FOREM AUTÓNOMAS E SE PRODUZIREM O SEU PRÓPRIO CONHECIMENTO”, AFIRMA ANTÓNIO MARQUES, COORDENADOR DO NÚCLEO DE INVESTIGAÇÃO DE ENFERMAGEM (NIE) DO CH E UNIVERSITÁRIO DE COIMBRA.

“A evolução da profissão de enfermeiro exige produção de conhecimento disciplinar próprio.” Foi com esta convicção que, em 2012, foi criado o NIE, era na altura António Marques enfermeiro diretor do CH e Universitário de Coimbra.

No âmbito do II Simposium de Investigação em Enfermagem: da Visão à Implementação”, organizado pelo NIE, e que se realizou em Coimbra entre 20 e 22 de novembro, o enfermeiro recorda como surgiu o organismo que coordena:



António Marques

“No início, o grupo era formado por sete enfermeiros, um dos quais a tempo parcial no Núcleo. Nessa época, foram criados os concursos de investigação em Enfermagem, em que era proposto a estes profissionais do CHUC que se candidatassem para produzir investigação exatadamente sobre as temáticas prioritárias nas quais queríamos que fosse feita. Informatizámos os registos em toda a instituição, que naquela altura tinha mais de 2700 enfermeiros (em cerca de 100 contextos de prática clínica), com base numa conceção de cuidados orientadora da prática.”

António Marques esclarece que o Núcleo, que é hoje constituído por 10 elementos, foi criado essencialmente para promover a investigação em Enfermagem fora do contexto académico, que se dirige à produção de conhecimento específico que se considere prioritário. E também para fazer a translação desse conhecimento, ou seja, para tirar partido do mesmo, de modo a trazer para a prática clínica melhor qualidade de cuidados.

Recuando no tempo, António Marques relata que a história da Enfermagem começou a escrever-se

com os cuidados prestados em casa pela mulher aos familiares. Passou depois pela assistência religiosa, pela colaboração com os médicos, até evoluir para uma profissão diferenciada, suportada por uma disciplina, “o conhecimento científico em Enfermagem”, que teve um desenvolvimento acentuado no século passado.

“Foi sobretudo a partir dos anos 60 que começou a haver um investimento sério a nível internacional na investigação em Enfermagem. Esta mudança de paradigma, em Portugal, ganhou um desenvolvimento adicional com a licenciatura unietápica, cursos de especialização com obrigatoriedade de investigar (a partir de 1972), mestrados e doutoramentos em Enfermagem (estes últimos só em 2001) e depois tudo se desenvolveu a uma velocidade vertiginosa”, sublinha.

Investir na melhoria contínua da prática com investigação sobre os cuidados de enfermagem nos contextos da clínica

Em declarações à *Just News*, a atual enfermeira diretora do CHUC, Áurea Andrade, refere-se à importância de promover a investigação neste setor: “A profissão de enfermeiro detém um corpo de conhecimento próprio que sustenta as funções que lhe estão atribuídas com autonomia, competência e responsabilidade.”

Além disso, de acordo com a responsável, “os normativos que regulamentam a profissão, nomeadamente, a carreira, o regulamento do



Áurea Andrade

exercício profissional dos enfermeiros, o enquadramento conceptual dos padrões de qualidade da Ordem dos Enfermeiros e as funções da enfermeira diretora, todos eles aludem

à investigação como meio para alargamento do corpo de conhecimento próprio da profissão de enfermeiro e para tornar os cuidados de enfermagem mais significativos para as pessoas a quem se destinam”.

“A inclusão da investigação no plano estratégico da enfermagem do CHUC reconhece e reforça a importância de incrementar o desenvolvimento da disciplina, em linhas de investigação centradas na melhoria da prática de cuidar adotada pelos enfermeiros do CHUC, mais especificamente, investigação dirigida a diagnósticos e intervenções de enfermagem, incluindo a translação de conhecimento para a prática clínica”, diz. E acrescenta:

“Considerando a evolução demográfica, com preponderância do aumento da esperança média de vida, assumimos o domínio do autocuidado como área prioritária de investigação.”

Para o futuro, Áurea Andrade refere que as perspetivas são de “continuar a investir na melhoria contínua da prática de investigar sobre os cuidados de enfermagem nos contextos da prática clínica, promover a apropriação precoce, pelos enfermeiros, das novas evidências científicas provenientes da investigação produzida nos diversos contextos, através da criação de espaços de partilha do conhecimento e reflexão sobre as práticas e adaptações necessárias à sua utilização translação do conhecimento”.

“Estamos a conseguir agregar no país aquilo que se faz na investigação em Enfermagem”

João Apóstolo pertence ao Conselho Geral da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEC) e, além de integrar a Unidade de Investigação em Ciências da Saúde desde que foi criada, há 17 anos, é o seu vice-coordenador

É a única unidade de investigação em Enfermagem, em Portugal, acreditada e financiada pela FCT, desde 2004. A equipa apresentada na candidatura 2017/2018 é constituída por 131 investigadores integrados doutorados, 38 investigadores integrados não doutorados e 34 colaboradores oriundos de 24 instituições nacionais da área clínica e académica.

“Estamos a conseguir agregar no país aquilo que se faz na investigação em Enfermagem”, menciona.

O CHUC é parceiro da ESEnF desde que a última foi criada, há 140 anos. Para João Apóstolo, este é



um aspeto relevante, tal como o é o facto de os hospitais trabalharem no contexto de equipas e funcionarem para desenvolver estes processos. No seu entender, a grande questão do desenvolvimento da investigação em Enfermagem passa por processos académicos com estreita ligação com a prática clínica.



João Apóstolo

“Importa não esquecer de fazer a ligação da investigação à prática clínica”, adverte João Apóstolo.

João Apóstolo destaca: “Os processos académicos são fundamentais para que as pessoas possam desenvolver as suas teses de doutoramento em projetos que estão ligados a unidades de investigação, porque só assim é que se consegue concentrar e potenciar aquilo que são os resultados e o futuro.” E acrescenta:

“Existem vários programas de financiamento, como o H2020, e são muito importantes para que seja possível desenvolver investigação”, destaca. E salienta que na legislação mais recente (2018/19) está mencionada a necessidade da ligação dos docentes a unidades de investigação acreditadas nos processos de acreditação dos ciclos de estudos, sobretudo nos programas de doutoramento. Desse modo, “o ensino e a investigação andam de ‘mãos dadas”’.

Segundo João Apóstolo, para que haja investigação é necessário pensamento, áreas prioritárias a investigar, financiamento, bem como uma estrutura montada e trabalho multidisciplinar em rede.

Estudo sobre o conhecimento dos profissionais em cuidados paliativos

Teresa Neves, 36 anos, esteve envolvida num estudo sobre o conhecimento dos profissionais de saúde acerca dos cuidados paliativos. “É fundamental promover cada vez mais os cuidados paliativos e o seu acesso à população, para que as pessoas tenham qualidade de vida e dignidade, sobretudo nas fases mais avançadas da doença”, desta-

que se encontra devidamente regulamentada. No contexto do Serviço de Pedopsiquiatria, “o enfermeiro especialista em ESMP assume um papel crucial no diagnóstico e na intervenção, perante respostas humanas

O conhecimento dos profissionais é um fator crítico para o sucesso dos cuidados paliativos, influenciando a sua intervenção e o modo como cuidam, a referenciação e a adequada orientação das pessoas com necessidades paliativas.

Na opinião de Teresa Neves, o projeto, que se encontra em fase de conclusão e divulgação de resultados, trará claras mais-valias porque,



Teresa Neves

“ao permitir caracterizar o conhecimento em áreas mais específicas, possibilitará trabalhar e desenvolver aquelas onde se encontrem algumas

(Continua na pág. 44)

Futuro da profissão de Enfermagem “interligado” com a investigação

Andréa Marques, um dos elementos do NIE, tem participado em sessões promovidas pelo Núcleo como oradora e formadora. O trabalho de investigação que tem feito deu origem à criação de uma Consulta de Enfermagem no CHUC.

“As experiências são diferentes, mas ambas bastante positivas e estimulantes. Para além da oportunidade de mostrar aquilo que estamos a realizar, temos ainda ocasião de receber *feedback* do nosso trabalho e estratégias para melhorar o mesmo. Na perspetiva de formadora, é extremamente interessante ver tantos colegas motivados para receber formação na área das metodologias de investigação e, consequentemente, motivados para realizar investigação”, menciona.

A enfermeira de 32 anos destaca a possibilidade de demonstrar aos colegas que “é possível realizar investigação em Enfermagem, estan-



Andréa Marques

Três enfermeiras distinguidas no Concurso de Investigação em Enfermagem do CHUC 2019

Tânia Morgado, Vera Lopes e Lúcia Sousa foram as vencedoras do último Concurso de Investigação em Enfermagem do CHUC. O projeto de investigação que desenvolveram tem como objetivo “avaliar a viabilidade de uma intervenção psicoeducativa sobre a ansiedade, no âmbito dos cuidados de Enfermagem proporcionados aos adolescentes no serviço de Pedopsiquiatria, nomeadamente na área da enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica”, explica Tânia Morgado.

E acrescenta: “Pretendemos capacitar os adolescentes para o reconhecimento dos sinais e sintomas de ansiedade e para a identificação das estratégias de gestão da ansiedade mais eficazes para cada um e, simultaneamente, promover a literacia em saúde mental sobre a ansiedade dos adolescentes e a sua aplicabilidade no dia-a-dia.”

Questionada sobre o significado do prémio, Tânia Morgado afirma: “Sentimos o reconhecimento institucional e a valorização da investigação na prática clínica, no âmbito dos cuidados de enfermagem prestados aos adolescentes no Serviço de Pedopsiquiatria.”

Simultaneamente, diz Vera Lopes, “vencendo o concurso, temos a colaboração e a orientação metodológica do NIE para o desenvolvimento deste projeto de investigação”. Por sua vez, Lúcia Sousa destaca o compromisso institucional de ser disponibilizado tempo exclusivo para a investigação.

A enfermeira Tânia Morgado salienta que a adolescência, enquanto transição da infância para a vida adulta, constitui-se como uma fase de vida crítica para a saúde mental: “São várias as perturbações mentais que têm o seu pico de incidência nesta faixa etária. De acordo com a OMS, aproximadamente 16% das crianças e adolescentes sofrem de alguma perturbação mental e a prevalência mundial de qualquer perturbação da ansiedade em crianças e adolescentes é de 6,5% (Child Mind Institute, 2018). Mas se, por um lado, a infância e a adolescência se constituem como uma fase de vida crítica para a saúde mental, por outro, apresentam-se como fases de vida privilegiadas para a intervenção e para a investigação.”

Vera Lopes frisa que esta é ainda uma área pouco estudada. “Na prática clínica, os enfermeiros identificam necessidades específicas de intervenção” aponta, nomeadamente, na área especializada de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (ESMP),

que se encontra devidamente regulamentada.

No contexto do Serviço de Pedopsiquiatria, “o enfermeiro especialista em ESMP assume um papel crucial no diagnóstico e na intervenção, perante respostas humanas

“Este projeto contribui para o desenvolvimento do conhecimento, da investigação e da intervenção de

o treino de estratégias de gestão e/ou resolução”, acrescenta, fazendo referência ao Regulamento n.º 356/2015.

desenvolvimento do conhecimento, da investigação e da intervenção de



Lúcia Sousa, Tânia Morgado e Vera Lopes

desajustadas ou desadaptadas aos processos de transição geradores de sofrimento, alteração ou doença mental (Regulamento n.º 515/2018) e, para além da mobilização de si mesmo como instrumento terapêutico, desenvolve vivências, conhecimentos e capacidades de âmbito terapêutico que lhe permitem, durante a prática profissional, mobilizar competências psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicossociais e psicoeducacionais”.

Salienta ainda que pretendem avaliar a viabilidade de uma intervenção psicoeducativa que promova e uniformize a prática clínica de enfermagem centrada nas necessidades dos adolescentes internados no Serviço de Pedopsiquiatria, com os diagnósticos: ansiedade e autocontrolo da ansiedade comprometido, desocultando indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem. Simultaneamente, pretendem envolver os pais/tutores legais no processo terapêutico dos adolescentes e estabelecer a ligação necessária ao ambulatório e aos cuidados de saúde primários para garantir a continuidade de cuidados.

As enfermeiras e investigadoras pretendem com este projeto contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem no Serviço de Pedopsiquiatria. Salientam que este projeto promove o desenvolvimento do seu conhecimento e competências de investigação e, através da sua motivação, gostariam de cativar a equipa a desenvolver mais investigação em enfermagem.

Lúcia Sousa acrescenta que “a psicoeducação é uma forma específica de educação que promove a compreensão e o *insight* sobre os problemas e/ou perturbações de saúde mental e a aprendizagem e

(Continuação da pág. 43)

lacunas, o que esperamos se traduza no contexto da prática, pela melhoria dos resultados em saúde e, sobretudo, da qualidade dos cuidados para a pessoa doente e para a sua família e pessoas significativas.

“Os nossos pares são os melhores para nos dar a visão da prática clínica”

Jacinta Manata é enfermeira no CHUC há 16 anos. Em declarações à *Just News*, a profissional, que se dedica à área de Cirurgia Vascular, conta que sempre se interessou pela investigação em Enfermagem. “Temos de nos fundamentar nas evidências científicas mais recentes e os nossos pares são os melhores para nos dar a visão da prática clínica”, diz.

A enfermeira especialista, que é responsável pela formação em serviço na Cirurgia Vascular, tem frequentado vários cursos promovidos pelo Núcleo de Investigação (NIE) do CHUC. Conta que tem tentado “re-criar” alguns colegas para estas formações e que o conhecimento produzido tem sido aplicado na prática.

“Por vezes, a investigação parece algo de muito académico, mas é necessário e exequível para aprender,



Jacinta Manata

“O NIE, em parceria com a direção de Enfermagem, criou as condições necessárias para o desenvolvimento de investigação nesta área. Enfermagem provém da palavra *infirmus*. O enfermeiro deve ter uma sustentação científica, na melhor evidência dos seus pares, para que se possa afirmar na sua profissão.”

II Symposium de Investigação em Enfermagem: da visão à implementação



O evento, que decorreu no Auditório dos CHUC-HUC, entre os dias 20 e 22 de novembro, começou por uma cerimónia que assinalou o fim do 1.º Ciclo de Encontros de Investigação 2018/2019. No dia seguinte, realizaram-se os cursos “Redação e divulgação de resultados” e “Investigação fenomenológica”.

O simpósio propriamente dito decorreu no último dia, com a abordagem seguintes temas “Resultados de investigação no CHUC”, “Da produção à implementação”, “Perspetivas sobre investigação em contexto clínico” e “Visão para a investigação”.



ASPETO SALIENTADO NO 5.º ENCONTRO NACIONAL DO PRIMEIRO ENCONTRO PSICÓTICO

A esperança é “fundamental” no tratamento das psicoses

“A QUESTÃO DA ESPERANÇA É MUITO IMPORTANTE” NO CASO DAS PSICOSES E EM TERMOS DE SAÚDE MENTAL DE UMA FORMA GERAL, GARANTE A PSIQUIATRA TERESA MAIA.



Diretora do Serviço de Psiquiatria do Hospital Fernando Fonseca, Teresa Maia integrou a mesa de abertura do 5.º Encontro Nacional do Primeiro Episódio Psicótico na qualidade de coordenadora Regional de Saúde Mental da ARS de Lisboa e Vale do Tejo.

Dirigindo-se particularmente à ministra da Saúde, que presidiu à sessão, sublinhou que os profissionais precisam de “respostas” para

Na cerimónia, que contou com a presença do vice-presidente da SPPSM, Pedro Varandas, o presidente da Secção, Pedro Levy, salientou que os resultados alcançados com uma intervenção precoce nas situações de psicose “são muitos”.

E lembrou que “as perturbações psicóticas são as mais graves com que a Psiquiatria se confronta, por que estamos perante situações que começam cedo e são normalmente devastadoras na vida das pessoas”. Referiu ainda que, em Portugal, “to-



Pedro Levy, Teresa Maia, Marta Temido, Pedro Varandas e Ricardo Coentre

serem “consequentes na esperança que estamos a dar aos doentes e seus familiares”.

Organizada pela Secção do Primeiro Episódio Psicótico da Sociedade Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental (SPPSM), a reunião decorreu em Lisboa no final de novembro e registou um recorde de participantes, que rondou as três centenas.

dos os anos, cerca de 2 a 4 mil pessoas iniciam um quadro psicótico, cuja evolução precisa de ser acompanhada de uma forma sistemática e estruturada”.

Teresa Maia deixou claro que “não conseguimos tratar estes doentes apenas com médicos”, pois, “precisamos de psicólogos, enfermeiros, assistentes sociais e terapeutas”, disse ser fundamental haver “uma área

Notícia



de trabalho conjunto entre a Psiquiatria de Adultos e a Psiquiatria da Infância e da Adolescência”.

Desenvolver outras competências, como, por exemplo, “saber trabalhar com as famílias”, é uma necessidade, considera Teresa Maia, desde logo pela carga genética associada a estas doenças. Tal como “a capacidade de trabalhar fora dos serviços, até porque “não é pela urgência que estes doentes devem entrar no hospital, temos que conseguir encontrá-los antes”.

A ministra da Saúde afirmou estar “consciente da necessidade de reforçar o investimento em material e em termos humanos para uma efetiva implementação” do Plano Nacional de Saúde Mental (PNSM). “Também estamos conscientes do desafio de conciliar proximidade e diferenciação”, garantiu.

Teresa Maia considera que o PNSM que existe “não precisa de ser refeito, precisa de ser aplicado”.

Nuno Madeira sucede a Pedro Levy

O 5.º Encontro Nacional marcou o final de 3 anos de mandato de Pedro Levy, do CHU Lisboa Norte, como presidente da Secção do Primeiro Episódio Psicótico da SPPSM e que teve Ricardo Coentre como vice-presidente. Sucede-lhe Nuno Madeira, do Serviço de Psiquiatria do CHU de Coimbra. A nova equipa integra ainda os psiquiatras Tiago Santos e Vítor Santos, para além dos próprios Pedro Levy e Ricardo Coentre.



Tiago Santos, Vítor Santos, Nuno Madeira, Pedro Levy e Ricardo Coentre



