

Frederico Duarte
Faltas às consultas comprometem eficácia da PrEP, aumentando o risco de contrair VIH
■ P. 28

Siga-nos
just news

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

HOSPITAL Público

A PARTILHA DE BOAS PRÁTICAS

Entrevista à presidente do CA do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental

Será um fator de grande ineficiência, mas não de ineficácia, gerir um CH com três hospitais

São Francisco Xavier, Egas Moniz e Santa Cruz – Rita Perez diz que o problema é ter que se disponibilizar certos serviços em duplicado ou triplicado. Na foto, com o ginecologista Fernando Cirurgião e a enfermeira Lucinda Carvalhal.

■ P. 8/11



PUB

ANÍBAL FERREIRA



Covid-19 "trouxe" mais insuficientes renais e menos transplantes

■ P. 12/14

PSIQUIATRIA DA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA DO HSFX

20 anos
a prestar cuidados de saúde mental

■ P. 36/37

LÚCIA MONTEIRO



OncoSexologia:
encarar os problemas sexuais

■ P. 18/19



DOENÇAS INFECCIOSAS DO CURRY CABRAL

O Serviço MAIS eclético, com MAIS camas de internamento e MAIS quartos de isolamento

Fernando Maltez (na foto, com a enfermeira Marisa Chainho) tem orgulho no Serviço que dirige desde que o mesmo foi criado, em 2004.

■ P. 20/26

Serviços Farmacêuticos do IPO do Porto

Unidades de Quimioterapia e de Ensaios Clínicos
com mais capacidade de resposta



■ P. 30/35

Com um número crescente de utentes, o espaço da Farmácia vai duplicar. Na foto, a diretora dos SF, Florbela Braga

José Artur Paiva

Medicina Intensiva:
ainda está para chegar a fase mais complicada

■ P. 16/18



João Araújo Correia
Internistas:
o alicerce do internamento

■ P. 15





Miguel Guimarães
Bastonário da Ordem dos Médicos

O Ministério da Saúde, que de início ouviu os profissionais e os especialistas, nos últimos tempos, talvez por excesso de otimismo, distanciou-se e deixou muito trabalho a perder.

O boletim diário que a autoridade de saúde não faz

Em tempos de tanta incerteza, há pelo menos algo que temos certo todos os dias: o boletim diário da Direção-Geral da Saúde, que faz um ponto de situação sobre a fotografia do dia anterior em termos de novos casos de covid-19, internamentos, doentes em cuidados intensivos, testes, etc. Certo, ou quase certo – já que as notícias e conferências de imprensa vão depois denunciando e apontando aqui e ali dados do boletim que não se compreendem ou que são depois desmentidos ou corrigidos.

E, com este entretém diário, acabamos por estar cada vez mais distantes do que realmente importa. Seja reforçar a preparação do país para a vaga pandémica que ainda decorre, para uma possível segunda vaga e perceber quem estamos todos os dias a deixar para trás, a uma velocidade certamente preocupante e que nunca figurará em nenhum boletim, muitos doentes com outras patologias que estão a descompensar, a agravar ou que nem sequer são diagnosticados.

Esta não é uma preocupação ou sensação da Ordem dos Médicos. É de várias estruturas e está apoiada em dados muito concretos. Entre março e maio deste ano, foram feitas menos 378.638 primeiras consultas hospitalares do que em igual período de 2019, o que representa uma quebra de quase 41%. Nas consultas subsequentes, a descida foi de 518.014 consultas, ou seja, menos 22,7%. As cirurgias programadas sofreram um rombo de 58,5%, com menos 93.301 pessoas a serem operadas. Nas urgências os valores também caíram abruptamente.

Nos Cuidados de Saúde Primários, por excelência, aquela que deveria ser a porta principal de entrada no sistema, foram feitas menos 3.045.495 consultas presenciais (-57,2%) e menos 30 mil domicílios (descida de quase 58%). Só as chamadas consultas não presenciais subiram 83,3%, com mais 1.918.811, mas estamos longe de saber em que se traduziram, de facto, estas consultas e que condições físicas e técnicas foram dadas aos nossos médicos de família. Na verdade, da informação que nos chega, muitas vezes estamos a falar de renovação automática de recetário, de monitorização de doentes covid-19 ou de contactos telefónicos que admitimos terem sido os possíveis em tempo de estado de emergência, mas que estão longe da qualidade e segurança de uma consulta presencial. E, como é sabido, uma parte significativa dos médicos de família dedicou-se e ainda está a dedicar-se a covid-19.

Estamos perante valores assustadoramente altos e que não refletem tudo. Pior, com a situação a descontrolar-se em várias zonas do país e com as medidas de segurança que são necessárias agora nas unidades de saúde, a tendência é continuarmos a deixar doentes para trás. O Ministério da Saúde, que de início ouviu os profissionais e os especialistas, nos últimos tempos, talvez por excesso de otimismo, distanciou-se e deixou muito trabalho a perder. Ficámos sem uma estratégia nacional organizada e planeada de retoma e recuperação. Se na primeira greve cirúrgica dos enfermeiros, que levou ao cancelamento de 8000 cirurgias, levámos pelo menos três meses a recuperar, imagine-se o tempo necessário que demorará a atual crise.

Infelizmente, também não encontramos qualquer conforto ou sinal positivo em termos orçamentais que mostre que o Governo sabe que o que temos em mãos exige medidas extraordinárias. O orçamento suplementar apresentado deixa

(Continua na pág. 6)



Alexandre Lourenço
Presidente da Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares (APAH)

O reconhecimento do HP faz-se pela valorização dos seus profissionais, em termos de condições de trabalho e perspectivas de carreira.

Os queixumes do Hospital Público

Nesta 24.ª edição completamos três anos a promover o Hospital Público (HP). São três anos a divulgar o que fazemos de melhor, destacando muitos dos melhores de nós. Dando visibilidade a quem diariamente luta por um serviço público de saúde. Todos nos devemos sentir orgulhosos ao folhear as páginas destas 24 edições. Tantas mais edições não chegarão para cobrir uma fração do que de bom é feito no Hospital Público.

Na última década, assistimos a uma progressiva deterioração do HP. Como cada vez mais entendemos, não basta bater no peito e fazer juras de amor ao Serviço Nacional de Saúde (SNS). Não é a retórica que vai modernizar o HP. Não é certamente a já esquecida Lei de Bases da Saúde que vai melhorar as condições de trabalho e o acesso a cuidados de saúde. Se todas as juras fossem ação teríamos, certamente, um HP mais forte.

O reconhecimento do HP faz-se pela valorização dos seus profissionais, em termos de condições de trabalho e perspectivas de carreira. Depois do embate da covid-19, era mesmo isso que se esperava: reencetar as negociações sindicais e acelerar a revisão das carreiras e remunerações; implementar programas de captação de médicos liberais (sem remuneração, devido ao confinamento); criar índices remuneratórios para a deslocação de médicos, estabelecer a carreira de técnicos auxiliares de saúde, etc., etc. Entretanto, a Assembleia da República veio atribuir um pagamento único aos profissionais de saúde envolvidos na resposta à covid-19 e o Governo dedicou-lhes a realização da final da Liga dos Campeões, em Lisboa.

Na última edição, dedicada à resposta à covid-19, alertei para a memória curta e para a necessidade de liderança e compromisso. O orçamento rectificativo veio prever mais 500 milhões de euros para a saúde. Destes, apenas pouco mais de 100 milhões de euros se sabe onde serão aplicados: 33,7 milhões para recuperação de atividade (i.e. incentivos às equipas); 26 milhões para ampliação das unidades de Medicina Intensiva; 8,4 milhões para reforço da atividade laboratorial; 29 milhões para contratação de profissionais (912 enfermeiros, 220 técnicos de diagnóstico e terapêutica, 480 assistentes técnicos, 1320 assistentes operacionais, 63 outros). Dos restantes, perto de 400 milhões, aguardemos o plano e a sua execução, ou cativação.

Nesta coluna, nunca deixei de enunciar as dificuldades, propondo caminhos e soluções. Não é de agora a falta de liderança e compromisso efetivo com o HP. A falta de planeamento e de coordenação têm sido uma constante que se faz sentir mais acentuadamente em situações de enorme incerteza. Não falo das compras e da gestão centralizada de equipamentos de proteção individual, de ventiladores ou de testes. Não falo da preparação dos hospitais para receberem doentes covid-19. Não falo da gestão concertada de camas covid-19, evitando sobrecarga de um ou dois hospitais. Não falo dos instrumentos disponíveis para ampliar a rede de cuidados intensivos em tempo útil.

Não falo das soluções para os internamentos sociais. Não falo da contratação precária de profissionais por 4 meses e das suas renovações por 4 meses. Não falo da regulação da tele saúde. Não falo da rede covid-19 e da resposta organizada aos mais de um milhão de consultas e uma centena de milhar de cirurgias. Não falo do plano integrado para a resposta do SNS às temperaturas frias. Não falo da despartidarização e da profissionalização e da avaliação da gestão.

Falo apenas de coordenação e solidariedade. No mês passado, o protesto de uma médica sobre nunca ter existido uma reunião entre os hospitais e a sua Administração Regional de Saúde foi catalogado de queixume.

Como já demonstrámos, vamos aguentando tudo. Até uma pandemia. Juntos somos certamente mais fortes. E mais seremos com melhor liderança e compromisso.

Carlos Santos é o novo presidente do CHUC

Carlos Santos, 59 anos, é desde 25 de junho o novo presidente do CA do CHUC. Licenciado em Direito e com o Curso de Administração Hospitalar da Escola Nacional de Saúde Pública, presidiu ao IPO de Coimbra entre maio de 2017 e junho de 2018, mas já



desde 2001 que integrava o CA como vogal executivo. Ao longo do último ano, já no CHUC, assumiu os pelouros dos Recursos Humanos, Financeiro e do Aproveitamento, na Administração presidida por Fernando Regateiro, que entretanto se aposentou. Para além de **Aurea Andrade**, que se mantém como enfermeira diretora, o novíssimo CA inclui o diretor clínico **Nuno Deveza** (internista e intensivista) e os vogais **Pedro Monteiro Simões** (formado em Gestão de Empresas) e **Célia Cravo** (licenciada em Ciências Farmacêuticas e administradora hospitalar).

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:** 42653/77 **Impressão:** TYPIA – Grupo Monterreina, Área Empresarial Andalucía 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



Continuamos

a garantir a partilha de boas práticas entre os profissionais das unidades de CSP.



Área Dedicada Covid-19
Comunidade Baixo Vouga (Ovar)
Abril 2020

Jornal Médico
DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

A capa da última edição



(Continuação da pág. 5)

O boletim diário que a autoridade de saúde não faz

o SNS, literalmente, a ver aviões. Para a saúde foram destinados 504,4 milhões de euros, para a TAP 1200 milhões. O valor destinado à saúde não permite recuperar em tempo clinicamente aceitável o que se perdeu nestes três meses. Já para não relembrar a suborçamentação crónica existente há largos anos.

O que foi destinado à saúde não vai ao encontro do que os portugueses entendem como prioritário para as suas vidas e que têm vindo a reportar em várias sondagens. O que foi destinado à saúde não permite que os médicos e os outros profissionais do SNS possam, como é sua intenção e vontade, solucionar em tempo útil os enormes atrasos existentes, prestando serviços de qualidade e humanizados, apesar de ser neles que os cidadãos mais confiam. Por favor, pelos nossos doentes, reconsiderem e deixem que o SNS também tenha asas para voar.

Sara Barros é a country manager da Lundbeck em Portugal

A Lundbeck nomeou **Sara Barros** como a sua nova country manager em Portugal. Licenciada em Ciências Farmacêuticas pela FFUL, já integrava esta empresa farmacêutica mundial es-



pecializada em patologias psiquiátricas e neurológicas. Com 22 anos de experiência no setor farmacêutico, passou por empresas Schering-Plough Farma, Bristol-Myers Squibb, MSD e AbbVie.

10 profissionais do CHUSJ esculpidos em baixo-relevo



Desde o dia 19 de junho que um mural produzido por Vhils assinala, na zona da principal entrada do Hospital de São João, o papel que têm tido os profissionais de saúde na luta contra a covid-19. É um agradecimento e uma homenagem, explica o artista, que esculpiu numa parede, em baixo relevo, os rostos de uma dezena de profissionais do CHUSJ. Segundo Fernando Araújo, presidente do CA, os

profissionais deste CH "demonstraram um incedível espírito de missão e foram incansáveis na resposta à pandemia de covid-19. Este magnífico mural de Vhils, que representa os rostos que estiveram na linha da frente, corresponde a um desejo e a um desafio lançado pelo CA, como forma de reconhecimento pelo seu empenho e dedicação".

As caras do 1.º congresso híbrido na história da Medicina Interna

Aproxima-se a realização do 26.º Congresso Nacional de Medicina Interna, que terá lugar entre 27 e 30 de agosto, no Alúce Fórum Braga. Pela razão que se conhece, a edição de 2020 será híbrida, ou seja, tem também uma versão *online*.

A organização do CNMI 2020 é da responsabilidade dos internistas do Serviço de MI do Hospital de Braga, nomeadamente, **Narciso Oliveira** ¹ (presidente do Congresso), **Manuela Vasconcelos** ² (secretária-geral), **Paulo Gouveia** ³ (tesoureiro) e **Carlos Capela** ⁴ (presidente da Comissão Científica).

Já agora, sugere-se a leitura, mais à frente neste *Hospital Público*, do texto que resultou de uma entrevista ao presidente da SPMI, João Araújo Correia, que é o diretor do Serviço de Medicina Interna do CH do Porto.



Utentes do CH do Oeste já têm Portal

O Portal do Utente do CH do Oeste já está disponível para quem utiliza os hospitais de Caldas da Rainha, Peniche e Torres Vedras. Trata-se de uma plataforma *online* que disponibiliza um conjunto de funcionalidades que têm como objetivo aproximar, facilitar e poupar tempo ao Utente, quando necessita de interagir com o CHOeste.

O Utente poderá, a partir de agora, aceder a este portal através da ligação <https://portalutente-choeste.min-saude.pt/>, via computador, smartphone ou tablet. Torna-se possível agendar consultas de seguimento, ver marcações de

consultas, exames ou tratamentos, verificar eventuais taxas moderadoras em dívida, informar com antecedência da impossibilidade de comparecimento a consultas, exames ou tratamentos, apresentar justificação para as faltas a consultas e exames e requerer informação clínica do próprio ou de terceiros.

O Portal do Utente integra um conjunto de iniciativas de modernização do CHOeste, no âmbito do Projeto MA@CHO (Modernização Administrativa do CHO), financiado com fundos estruturais, que visa contribuir para centrar cada vez mais no doente a atividade



do CH. Paralelamente, pretende melhorar a qualidade dos serviços prestados, aumentar a eficiência e rentabilizar os recursos disponíveis, otimizando o aproveitamento da oferta de serviços.

Prémio Europeu de Excelência na Prática de Enfermagem para profissional do CHUC

A enfermeira e assistente convidada da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESENfC) **Márcia Pestana-Santos** foi distinguida, no final de maio, com o Prémio Europeu de Excelência 2020 na Prática de Enfermagem, atribuído pela Sigma Europa - Sociedade Honorífica de Enfermagem.

De acordo com a ESENfC, esta especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, a exercer desde 2005 no Bloco Operatório do Hospital Pediátrico de Coimbra (CHUC), "foi distinguida no âmbito de uma avaliação por nota curricular, na qual foram apreciados aspetos como a compaixão e a atenção nos cuidados prestados, a prática clínica baseada na evidência científica e a promoção de planos de atendimento individualizados".

A enfermeira, natural da ilha da Madeira (freguesia de Estreito de Câmara de Lobos), viu o prémio ser-lhe atribuído durante a 5.ª Conferência Bienal Europeia da Sigma, organizada (online) pela ESENfC e pelo Capítulo Phi Xi da Sigma, constituído na ESENfC em setembro de 2011.

Licenciada em Enfermagem (pela então Escola Superior de Enfermagem Dr. Ângelo da Fonseca), mestre em Ciências de Enfermagem pelo ICBAS e a frequentar estudos de doutoramento em Enfermagem (também no ICBAS), Márcia Pestana-Santos é docente na ESENfC e pós-graduada em Enfermagem de Anestesiologia.



CHEDV investe em novos equipamentos de ecografia

Cumprindo o plano de investimentos delineado pelo CH de Entre o Douro e Vouga, foram aplicados cerca de 350 mil euros na aquisição de 7 novos equipamentos de ecografia.

Destaque para a Cardiologia, que agora possui um ecocardiógrafo com a mais recente tecnologia, que permite a obtenção de imagens a 3D e 4D e a possibilidade de cálculos de forma mais automática.

A Ginecologia/Obstetria "ganhou" um ecógrafo com a mais recente tecnologia para a área do diagnóstico pré-natal, permitindo a realização de ecografias por ultrassons com tecnologia avançada, especializado em aplicações obstétricas e ginecológicas e oferecendo imagens em 3D e 4D.

A Radiologia, por sua vez, recebeu um ecógrafo que será utilizado para a atividade de apoio ao Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica, bem como aos doentes de ambulatório seguidos na Consulta Externa. Os Cuidados Intensivos, por sua vez, receberam dois novos ecógrafos, um deles portátil.

Cantanhede e Ovar promovem cooperação inter-hospitalar

O novo Conselho Diretivo do Hospital Arcebispo João Crisóstomo - Cantanhede visitou, em meados de junho, o Hospital Dr. Francisco Zagalo - Ovar. A delegação, constituída por **Diana Breda** (presidente), **Teresa Vaio** (diretora clínica) e **Artur Carvalhinho** (enfermeiro diretor), foi recebida pelo CD do Hospital Dr. Francisco Zagalo-Ovar.

"Este encontro entre duas instituições semelhantes, do ponto de vista da dimensão, estatuto jurídico e perfil assistencial, foi muito produtivo, permitindo a discussão de temáticas atuais, com vista à articulação de posições futuras, num momento particularmente difícil para o SNS e em que a cooperação entre todos os agentes é fundamental", afirmou **Luís Miguel Ferreira**, que preside à unidade hospitalar de Ovar e que foi acompanhado na reunião pelo diretor clínico **Rui Lopes Dias** e a enfermeira diretora **Mariana Fragateiro**.

Refira-se que a área de influência do Hospital Arcebispo João Crisóstomo - Cantanhede abrange os concelhos de Cantanhede e Mira e a freguesia de Arazede, já no concelho de Montemor-o-Velho. Estende-se ainda a algumas freguesias dos concelhos de Anadia, Mealhada e Vagos.



Chef Chakall foi ao CH de Leiria confeccionar hambúrgueres

O **Chef Chakall** foi até Leiria, numa sexta-feira de maio, para confeccionar hambúrgueres para serem oferecidos aos profissionais do CH, no âmbito da campanha solidária "*Food Trucks are Safe*". Esta ação surge pela mão da Food Trucks Factory.

O *food truck* esteve estacionado junto à entrada principal do Hospital de Santo André, durante a hora de almoço, e serviu mais de 300 refeições aos colaboradores, que poderiam escolher um de três menus, Chakburger, Heritage e Garden Veggie, com o apoio especial das empresas leirienses Angus Heritage (carne) e Panidor (pão, bebida e pastel de nata).



Guia do Internista na Consulta Externa

Ao abrigo de um projeto desenvolvido por várias coordenações do Núcleo de Internos de Medicina Interna (NIMI) da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna (SPMI), foi lançado o Guia do Internista na Consulta Externa, com edição de António Martins Baptista e o apoio da Bayer".

Para Ricardo Fernandes, seu coordenador geral, "este Guia pretende ser uma ferramenta de trabalho de fácil acesso para a prática diária da Medicina Interna no ambiente de consulta externa, sendo multi-sistémica e multidimensional".

O Guia, que tem 115 capítulos, pode ser consultado em: <https://www.spmi.pt/guia-do-internista-na-consulta-externa/>



CURSO INTENSIVO ONLINE DA SPPSM

O papel da Psicopatologia Fenomenológica no diagnóstico e tratamento dos doentes

Estão abertas as inscrições para o curso intensivo *online* "*Essentials of Phenomenological Psychopathology – Key Concepts for Clinical Practice*", organizado pela Sociedade Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental (SPPSM).

"É uma resposta ao interesse crescente pela Psicopatologia Fenomenológica nos últimos anos, reconhecendo-lhe um papel importante na Psiquiatria e nas Humanidades Médicas, particularmente no diagnóstico e tratamento dos doentes", afirma à *Just News* **Luís Madeira**.

Para este psiquiatra e coordenador do curso, "a Psicopatologia tem como objetivo principal encontrar palavras para o sofrimento humano, promovendo a clarificação desses mesmos conceitos e da linguagem que usamos". Trata-se de "uma área seminal na Psiquiatria e, apesar de no último século ter perdido influência, estamos perante o ressurgimento da Psicopatologia, numa nova complexidade, por incluir pontes para desenvolvimentos recentes das humanidades médicas e das Neurociências."

O especialista explica ainda que "o sofrimento humano é por natureza subjetivo e tem uma dimensão "ecológica"/ambiental, pelo que qualquer prática clínica despojada disso corre o risco de ser sobressimplificada, limitando a validade e fiabilidade do diagnóstico e da investigação clínica".

Precisamente para o evitar, a SPPSM organiza este curso intensivo *online*, com aulas diárias gravadas, permitindo flexibilidade e sessões de intervenção e supervisão, a iniciar-se em 1 de setembro e com duração de 1 mês.



"Será em inglês, porque o objetivo da SSPMS é a sua expansão além-fronteiras, não se cingindo apenas a participantes nacionais. Destina-se a todos os interessados, quer sejam médicos ou especialistas de outras áreas das Humanidades e Ciências Sociais".

O cerne do curso é lecionado por Luís Madeira, estruturando-se em cinco módulos: introdução, aspetos ontológicos, estruturas básicas da consciência, aplicabilidade clínica, e mais dois sobre assuntos de interseção, como a Cultura, a Filosofia e a própria Psiquiatria.

CHO aposta nas teleconsultas de Ortopedia e de MFR

Os serviços de Ortopedia e de Medicina Física e de Reabilitação do Centro Hospitalar do Oeste, passaram a disponibilizar aos seus utentes a possibilidade da realização de teleconsultas.

No início de junho realizou-se a primeira teleconsulta de Ortopedia, numa parceria com o Centro de Saúde de Mafra (ACES Oeste Sul). A de Ortopedia Infantil aconteceu, simbolicamente, no Dia Mundial da Criança, sendo efetuada por um ortopedista diretamente com o utente, sem a intermediação do médico de família.

O Serviço de MFR começou de igual modo a atividade de teleconsulta, com recurso à utilização de comunicações interativas e a presença do utente junto do seu MF, neste caso, em parceria com o ACES Oeste Norte. Em 11 de maio iniciaram-se, na Unidade de Torres Vedras, os teletratamentos na área da terapia da fala. Dia 1 de junho foi a Unidade das Caldas da Rainha que arrancou com os teletratamentos na área de fisioterapia, em algumas patologias crónicas, nomeadamente, escolioses na idade pediátrica.

Conselho Europeu de MFR reconhece o CHUSJ como centro de formação

"É um enorme orgulho para toda a equipa." Foi desta forma que Fernando Parada, diretor do Serviço de Medicina Física e de Reabilitação (EBPRB) atribuiu ao seu Serviço a valência de "centro de estágio certificado".

Em declarações à *Just News*, Fernando Parada realça que "este foi o primeiro serviço da especialidade, em Portugal, a obter este reconhecimento europeu na qual-

idade global de uma unidade de saúde". Assim, e de acordo com o médico, "o serviço aco-



Elementos do Serviço de MFR do CHUSJ

lherá médicos nacionais e internacionais para receberem formação reconhecida pela União Europeia".

O responsável esclarece que, atualmente, existem no serviço quatro médicos especialistas reconhecidos pelo EBPRM e um com o título de formador e sublinha a importância desta novidade: "Esta notícia, num momento de pandemia, é uma autêntica lufada de ar fresco. Para isso muito contribuiu todo

o trabalho desenvolvido até ao momento, assim como o programa de formação, nomeadamente de internos."

Aliás, para o fisiatra, não é apenas o seu Serviço e o CHUSJ que ganham com esta distinção. "É toda a MFR portuguesa, que, felizmente, já é reconhecida a nível internacional, pela sua qualidade, e pela participação ativa há vários anos a nível europeu, incluindo no *Livro Branco* da MFR."

RITA PEREZ, PRESIDENTE DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO DO CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA OCIDENTAL:

“Gerir um CH com três hospitais é um fator de grande ineficiência, mantendo a eficácia”

“FATOR DE INEFICIÊNCIA, MAS NÃO DE INEFICÁCIA”, SUBLINHA PRONTAMENTE RITA PEREZ, A ANESTESIOLOGISTA QUE TEM ESTADO, DESDE O INÍCIO DE 2017, À FRENTE DO CH DE LISBOA OCIDENTAL, QUE AGREGA HÁ MAIS DE 15 ANOS OS HOSPITAIS DE SÃO FRANCISCO XAVIER, EGAS MONIZ E SANTA CRUZ. DIZ-SE ENTUSIASMADA POR TER UM HOSPITAL DAS ARTES E PREOCUPADA POR AINDA NÃO TEREM ATRIBUÍDO O ESTATUTO DE UNIVERSITÁRIO AO SEU CH.

Rita Perez Fernandez da Silva, 62 anos feitos a 22 de janeiro, recebeu a *Just News* no topo da mais antiga das duas construções que formam o Hospital de São Francisco Xavier, onde tem o seu gabinete. Pelo menos, à data desta entrevista (24 de junho), ainda era um “edifício covid”. Em frente, tapando bastante a vista do rio Tejo, fica o edifício 2, batizado de “covid free”.

Mesmo não concordando com essa designação, “porque não há risco zero”, Rita Perez e o seu secretariado mudaram-se para lá durante um período curto dos últimos meses

corredores do hospital, acabe por trocar “dois dedos” de conversa com (quase) toda a gente. Até com a telefonista Cristina (14 anos de casa), que acabou por lhe apresentar o seu novo cão-guia, a CIA, com 2 anos e meio. Há sempre uma explicação para tudo: “Antigamente, os *bítps* da urgência ficavam a carregar nas telefonistas, sempre que estava de Banco, às 8h, lá ia buscar o meu (o n.º 13), atribuído ao chefe da equipa de Anestesia!”

Autêntica “especialista” em helicópteros (voou durante 10 anos no do INEM), no que a música diz respeito, é “bastante eclética”. Gosta de



Rita Perez, Cristina Figueiredo e a cadela CIA

e instalaram-se na zona das consultas de Pediatria. “Mas logo que pude vim para aqui”, esclarece.

Antes de assumir a presidência do CHLO, Rita Perez foi 3 anos diretora clínica e, antes de ter ocupado esse cargo, já tinha sido diretora médica do HSEF durante 5 anos. Mas foram os 10 anos que passou na Direção da Urgência — e, na altura, não havia equipas fixas — que lhe permitiram “conhecer toda a gente”.

Daí resulta que, ao percorrer os

música clássica e sinfónica, de ópera (teve uma avó cantora), de fado e ainda mais de rock.

Ah!, e anda sempre de bata branca, como os médicos!

Just News (JN) — Temos à nossa frente uma médica ou uma administradora hospitalar?

Rita Perez (RP) — Eu sou médica, mas, neste momento, desempenho a função de presidente do CA do CHLO. É evidente que jamais desassociaria uma coisa da outra, mas a



Rita Perez com Cândida Fonseca, coordenadora do Serviço de Medicina III

verdade é que não pude continuar a exercer logo quando assumi a Direção Clínica. Deixei de estar todos os dias no Bloco Operatório ou na Unidade de Cuidados Intensivos. Desde 2014 que não faço bancos!

Quando fui convidada para presidir a este CH, achei que estava na hora de assumir esta responsabilidade, apesar de já ter passado anteriormente por muitas direções. Julgo mesmo que já teria desenvolvido alguma sensibilidade para a gestão! Nos últimos anos, decidi aceitar abraçar, sucessivamente, três cargos: diretora médica do Hospital de São Francisco Xavier, diretora clínica do CHLO e, finalmente, presidente do CA.

JN — Como foi a experiência de ser diretora clínica?

RP — Eu acho que é um cargo

“Eu penso que os médicos poderão, inclusive, ter uma sensibilidade diferente para a gestão.”

extraordinário. Muito difícil, com uma abrangência e uma responsabilidade imensas e que modela os centros hospitalares. Gostei de ser diretora clínica, embora deva confessar que não voltarei, com certeza, a sê-lo outra vez. Devo referir que tive vários percalços durante esse período. Do meu ponto de vista, al-

gumas estruturas que representam os médicos e os enfermeiros compreendem mal o papel do diretor clínico, porque acham que é um cargo de nomeação e, por isso, de obediência. Talvez não saibam que é quase preciso pedir por favor a alguém para que assuma a Direção Clínica de um hospital.

JN — Entretanto, foi-lhe reconhecida competência para assumir a presidência do CA...

RP — De alguma maneira, sim. Devo sublinhar que todos os meus antecessores aqui no CHLO eram médicos. O cargo nunca foi ocupado, por exemplo, por um administrador hospitalar. Temos essa tradição, que tem sido bem aceite. É algo que até nos tem diferenciado. Eu penso que os médicos poderão, inclusive, ter uma sensibilidade diferente para a

chester, quando ela ainda não tinha sido implementada oficialmente em Portugal. E o que significou ser feita por enfermeiros, que não queriam assumir essa responsabilidade, enquanto os médicos, pelo seu lado, achavam que deviam ser eles a fazê-la! Acontece que eu andava muito preocupada com os doentes que esperavam na urgência para serem atendidos, sem nós fazermos ideia alguma do que tinham ou se eram críticos ou não. Apenas uns chegavam antes dos outros e eram vistos por ordem!

Por acaso, fui a Londres quando acabava de ser publicado o primeiro livro sobre a Triagem de Manchester. Passei numa livraria, comprei-o e li-o. Fiz depois a sua tradução e, durante um ano, promovemos a formação dos enfermeiros. O CA da altura deu todo o apoio. Aliás, eu penso que a Direção Clínica e o CA de uma instituição hospitalar têm por obrigação valorizar estes projetos, que são disruptivos e tendem a melhorar a prestação de cuidados de saúde. O seu arranque oficial, em 1998, contou com a presença da ministra Maria de Belém, acabando por acontecer a 3 de dezembro, que é o Dia de São Francisco Xavier.

“DEU-SE, DE ALGUMA FORMA, UMA CERTA CONTINUIDADE AO CONSELHO ANTERIOR”

JN — Foi com tranquilidade que assumiu o cargo, em 2017...

RP — É verdade, foi com alguma tranquilidade. Aliás, na prática, comecei a exercer essas funções logo a 1 de dezembro de 2016, na sequência do processo de férias e aposentação da minha antecessora. Deu-se, de alguma forma, uma certa continuidade ao Conselho anterior. A Dr.ª Maria Celeste Silva, que tem o pelouro das Compras e dos Recursos Humanos, manteve-se, tal como o Dr. Carlos Galamba, que tem a responsabilidade das Finanças. A senhora enfermeira Fernanda Rosa também continuou.

JN — O diretor clínico foi escolhido por si?

RP — Precisamente. O Dr. José Manuel Correia foi a pessoa que eu desafiei para esse cargo. Não convidei mais ninguém. Ele também já tinha tido uma experiência do género, pois, fora adjunto da Direção Médica do Egas Moniz. É pneumologista e responsável pela Unidade de Técnicas de Pneumologia.

JN — Quando iniciou o mandato, tinha uma ideia concreta do que era preciso fazer?

RP — Sabia que era necessário continuar um caminho! O CHLO é o mais pequeno dos centros hospitalares das três grandes cidades,

Lisboa, Porto e Coimbra. Por isso, tem um posicionamento um pouco diferente. Os outros têm mil e tal camas e eu não tenho nada que se pareça. Tenho tantas camas como o Fernando Fonseca, na soma dos três hospitais. Simplesmente, tenho áreas de diferenciação muitíssimo mais desenvolvidas, como a Cardiologia, em Santa Cruz, de referência a nível nacional e até, nalguns aspetos, a nível internacional. Aqui, no HSEF, temos as três urgências de toda a área do CHLO: Geral, Obstétrica/Ginecoló-

se lembra, mas eu lembro-me todos os dias!

JN — E é mais difícil gerir um CH que tem três hospitais?

RP — Quando comparo o CHLO com um hospital da nossa dimensão, como o Fernando Fonseca, eu sei que eles têm muito menos gente do que nós, no entanto, não estamos a falar de três hospitais, mas apenas de um. E tem a Urgência no mesmo edifício, o que é um aspeto facilitante. O facto de este CH ser constituído por

três hospitais é um fator de grande ineficiência. Não estou a dizer que é ineficaz, estou a dizer que é ineficiente, porque implica oferecer os mesmos serviços em duplicado ou em triplicado.

“RELATIVAMENTE À COVID-19, COMEÇAMOS A “ARRUMAR A CASA”

JN — Tinha quantas camas disponíveis em internamento quando a pandemia de covid-19 eclodiu?



gica e Pediátrica. De alguma forma, a sede do CH está localizada neste hospital, mas eu tenho um escritório ambulante, que é uma mochila com a qual tanto faço a reunião do CA aqui como numa das outras duas unidades. Reunimo-nos à quarta-feira, rodando indiferentemente entre os três hospitais.

Temos que nos distinguir dos outros CH relativamente a alguma coisa e isso tem sido conseguido graças à nossa capacidade de diferenciação, à aposta que fazemos na formação, aos novos projetos que vamos lançando e às ideias diferentes que concretizamos. São exemplos disso a criação do Hospital das Artes (São Francisco Xavier), o esforço desenvolvido na integração de cuidados, a grande diferenciação na Cardiologia (Santa Cruz) ou nas Neurociências em geral (Egas Moniz), mas também noutras áreas, como na Reumatologia. Ou nas Doenças Infecciosas, que têm contribuído, em muito, no meu mandato, para agarrar as grandes crises, como o surto de legionela que tivemos aqui neste hospital. Já ninguém

RP — Tinha 100 camas. Em Cuidados Intensivos, nessa altura, eram apenas 16, no São Francisco Xavier e 11 no HEM.

“Eu tenho um escritório ambulante, que é uma mochila com a qual tanto faço a reunião do CA aqui como numa das outras duas unidades. Reunimo-nos à quarta-feira, rodando indiferentemente entre os três hospitais.”

JN — Nalgum momento chegou a ter as camas de Cuidados Intensivos totalmente ocupadas?

RP — Nunca. E devo dizer uma coisa. Conseguiu-se aumentar a capacidade dos CI de 16 para 34 pontos de ventilação, que é disso que estamos sobretudo a falar. Há também uma outra vertente importantíssima, que tem que ver com a hemodiálise, porque uma parte significativa dos doentes críticos que são ventilados fica com insuficiência renal. E não há Nefrologia no HSEF. Aliás, os primeiros doentes que nós tivemos em grande número vinham de uma clínica de hemodiálise. De um dia para o outro, conseguimos dar resposta ao problema, adaptando um dos espaços de enfermaria adaptado a Unidade de Nível II, de forma a que quatro doentes pudes-

(Continua na pág. 10)



(Continuação da pág. 9)

sem fazer hemodiálise simultaneamente. Trabalho muito importante do Serviço de Instalações e Equipamentos, cujos elementos estiveram sempre a trabalhar durante o confinamento.

JN – Ao dia de hoje, 24 de junho, qual é o ponto da situação?

RP – Relativamente à covid-19, começámos a “arrumar a casa”. Neste momento, no Egas Moniz já não existem doentes covid. Inicialmente, pedi ao Prof. Kamal Mansinho, infeciologista, que fosse o coordenador covid do CHLO e nomeei também um coordenador dos Cuidados Intensivos, que foi o Prof. Pedro Póvoa, que é de Medicina Interna. Temos neste momento aqui internados 42 doentes covid, dos quais 13 em CI.

JN – Tinha doentes no São Francisco Xavier e no Egas Moniz...

RP – Só no início, porque depois ficaram concentrados no HSFEX. Começámos por receber os doentes covid na Unidade de Doenças Infecciosas do HEM. Foi o edifício que preparámos primeiro, logo em janeiro, porque tinha quartos com pressão negativa e não estava ocupado por necessitar de obras. Conseguimos arranjar ali 22 camas, que foram recebendo os primeiros doentes. A primeira unidade que nós adequámos para Cuidados Intensivos foi a UCIP de lá, que esteve a funcionar com 8 camas, 3 em quartos individuais e as restantes em *open space*.

“TER AQUI O HOSPITAL DAS ARTES ENTUSIASMA-ME IMENSO”

JN – Como é que o HSFEX se torna o Hospital das Artes?

RP – Foi uma iniciativa do Dr. Luís Campos, diretor do Serviço de Medicina do HSFEX, que também é um artista. Portanto, já tem essa matriz. Ter aqui o Hospital das Artes entusiasma-me imenso. Eu não sou artista, não tenho talento, mas há

essência que existe e que não é uma tontice. No outro edifício temos um grande hall, com uma obra do Pedro Calapez que é muito bonita e um piano que foi doado e se encontra ali disponível para quem o queira usar. E é mesmo usado! Por profissionais e por utentes. Há doentes que, de vez em quando, vêm a uma consulta e aproveitam para tocar piano. O ambiente melhora quando tal acontece.



muitos anos que aprecio arte, nomeadamente, pintura e música. Portanto, abracei desde logo a iniciativa. Também já existia aqui um espólio importante: os painéis de azulejos, de Querubim Lapa e de outros artistas plásticos portugueses, todos eles fantásticos.

JN – Que significado tem?
RP – É útil porque a arte é uma

O haver arte nas paredes é necessariamente uma coisa muito importante. Nós temos a sorte de ter gente cá dentro que são artistas e que doaram ao hospital algumas das suas obras. Como as fotos do psiquiatra Fernando Perez Rodrigues, que é um fotógrafo fantástico e cujas fotografias estão expostas por aí e também no Egas Moniz, onde já começámos a fazer o nosso caminho também para expor arte nas paredes do hospital.

Eu acho que a arte é importante. Se estiver doente, prefiro olhar para uma obra de arte, ainda que não goste muito dela, e tentar percebê-la, do que fixar-me numa parede branca. Esta é a ideia do Hospital das Artes e aquilo que queremos transmitir é um bom ambiente para a cura.

“ESTOU CIENTE DE QUE DEVO SER A CONSCIÊNCIA DO DOENTE QUANDO LHA RETIRO”

JN – É natural de onde?
RP – Nasci em Lisboa e sempre aqui vivi. A minha família é bipartida em relação aos ancestrais. O meu pai era beirão, mas já nasceu em Lisboa, embora estivesse registado ali na Beira Baixa, em Cernache do Bonjardim. E a minha mãe era espanhola, apesar de ter vivido sempre cá.

JN – Tem irmãos?
RP – Tenho uma irmã. Eu sou a mais nova. Mas tenho uma família grande e unida, o que para mim é muito importante.

JN – E a sua opção por Medicina?
RP – Tinha um tio-avô do lado

do meu pai que era cirurgião no Hospital de São José e tenho vários primos que são médicos, e um bisavô do lado da minha mãe. Mas acho que isso não me influenciou. Eu já dizia que queria ir para Medicina quando fiz os testes psicotécnicos e eles indicaram que devia seguir Engenharia. Mas não fiz isso, embora o meu pai fosse engenheiro. A minha mãe trabalhou toda a vida no IPO de Lisboa, mas nunca quis ser médica. Era formada em Física.

JN – Como é que um anestesiológista vê a relação médico-doente?

RP – Se você tiver que ser operado amanhã, de que é que tem medo? Quem é que toma conta de si? É o anestesista. A sua relação comigo é muito curta, mas é muito importante e é intensa. O doente tem a noção de que depende de mim e eu estou ciente de que devo ser a sua consciência quando lha retiro, quando o anestesia, e a minha responsabilidade ao poder tirar dores de um doente no pós-operatório é inquestionável, como inquestionável é o número de intervenções crescente que o anestesista tem em muitas das técnicas que se fazem fora do Bloco Operatório.

JN – Por que escolheu Anestesiologia?

RP – A primeira coisa que me ocorreu quando acabei Medicina foi escolher Hematologia. Nada mais diferente! E tive oportunidade – exatamente porque a minha mãe trabalhava no IPO – de ir para Hematologia, que era o que eu gostava. Mas per-

cebi, note-se que isto já foi há muitos anos, que era exatamente aquilo que eu não queria. Nessa altura, não havia transplante medular, não havia nada disso e, portanto, eu chegava à segunda-feira para ver quem é que tinha sobrevivido ao fim de semana. E não havia médico durante esses dois dias. Ora, isso eu não queria de todo...

Depois fiz o meu caminho. Gostei muito de Medicina Interna e pouco de Cirurgia. Acontece que eu achava que ia ser exatamente ao contrário. Durante as cirurgias, maçava-me imenso porque habitualmente não via nada, por ser o terceiro elemento, muitas vezes a dar instrumentos porque não havia enfermeiros, e fascinava-me “o outro lado do pano”. Houve algumas pessoas que eu conheci no Hospital dos Capuchos que me influenciaram no sentido de ir para anestesia.

Ainda hesitei... porque eu não sabia exatamente como era a vida de um anestesista. Trata-se de uma especialidade que leva muita gente a desistir logo no primeiro ano. Agora menos, porque vemos o resultado final: há muita oferta de emprego e, portanto, é fácil ganhar dinheiro. Mas na altura não era assim. E a vida de anestesista é muito dura. Não se veem muitos reformados a trabalhar em anestesia nos hospitais. É raro. Habitualmente, estão ligados a uma consulta, mas não a um bloco operatório.

JN – Ao longo dos anos, esta foi muito a sua vida?

RP – Sim. Nunca tive problemas com ninguém e gostei muito de ser anestesista. Nem com os cirurgiões,



Rita Perez com Manuel Chedas (diretor do Serv. de Anestesiologia) e José Maria Falcão Cunha (anestesista, coord. do Bloco Operatório I)...



... e com Rogério Matias (diretor do Serv. de Cirurgia II)...



... e com Lurdes Almeida (enfermeira gestora do Serv. de Cirurgia I)...



... e com Maria João Silva (assist. técnica do Bloco Operatório de Obstetrícia/Ginecologia)

com quem sempre me dei bem, porque também acho que esse trabalho de equipa é fundamental.

JN – Tem um particular interesse pela Emergência, pelos Cuidados Intensivos...

RP – Estive ligada à VMER desde a sua fundação, em 1991. O São Francisco Xavier foi o primeiro hospital a dispor de uma Viatura de Emergência. E Cascais também, embora nuns moldes diferentes. Eu vim para o HSFEX porque o Serviço de Anestesiologia tinha a particularidade de estar ligado a uma Unidade de Cuidados Intensivos e tomava conta da reanimação na Urgência. Foi por isso que eu vim para cá.

JN – E o que lhe agradava nisto?

RP – Era poder acompanhar, fazer a diferença logo de início, saber algumas técnicas diferentes de entubar, ventilar, pôr cateteres, acessos venosos de largo calibre... Nessa altura, a Marginal era a estrada mais mortífera da Europa. Vinha tudo parar ao HSFEX. Devo dizer que foi um acontecimento nefasto que fez com que fossem desbloqueadas verbas para colocar neste hospital um carro rá-

pido ligado ao CODU, que só existia desde 1987 na sede do INEM. Mais tarde, acabei por ser coordenadora geral da VMER, substituindo a pessoa que a tornou possível e que também era anestesista, o Dr. Falcão e Cunha. Estive depois ligada à Emergência... e à Urgência. O que me encantava aqui neste hospital era poder encontrar um doente politraumatizado na reanimação e segui-lo no Bloco e depois na UCI, coisa que não acontecia em mais hospital algum. Foi isso que me fez vir para cá.

JN – O que pensa de este ser o único CH de Lisboa que não tem o estatuto de Universitário?

RP – Tenho uma grande preocupação com essa falta. Tenho reclamado e já pedi várias vezes o estatuto de CH Universitário. Porque não faz sentido algum que não seja assim. A Faculdade de Ciências Médicas, New Medical School, da Universidade Nova de Lisboa, só existe porque o núcleo hospitalar que lhe deu apoio sempre foi o Egas Moniz, e é para nós muito importante que assim seja, dado o número de médicos doutorados e em doutoramento e dedicados ao ensino pré e pós-graduado.



Conselho de Administração do CHLO: Rita Perez (presidente) ❶, José Manuel Correia (diretor clínico) ❷, Fernanda Rosa (enfermeira diretora) ❸, Carlos Galamba (vogal executivo) ❹ e Maria Celeste Silva (vogal executiva) ❺

CHLO em números (ano de 2019)

- Serviços clínicos **51**
- Consultas médicas **464.603**
- Cirurgias (urgentes e programadas - doentes interv.) **19.558**

Dados covid-19 (a 16/7/2020)

- Total **815**
- Recuperados **288**
- Internados em hosp. domiciliária **0**
- Doentes seguidos no domicílio **51**
- Testes efetuados **21.942**
- Testes positivos **1670**

9 Centros de Referência Nacionais

- Cardiologia de Intervenção Estrutural
- Cardiopatias Congénitas
- Epilepsia Refratária
- Implantes Cocleares
- Neurovascular
- Neurorradiologia de Intervenção
- Oncologia de Adultos - Cancro do Reto
- Transplante de Coração - Adultos
- Transplante de Rim - Adultos

Recursos Humanos (a 31/12/2019)

Dirigentes*	29
Pessoal médico	570
Internato médico	371
Técnicos superiores de saúde	12
Farmacêuticos	29
Técnicos Superiores	72
Enfermeiros	1392

Técnicos superiores de diagnóstico e terapêutica **332**

Assistentes técnicos **396**
Docentes/ /investigação **5**

Informática **13**

Assistentes operacionais **929**

Capelão **3**

Total **4153**

Distribuição por género
feminino 3130 - 75%
masculino 1023 - 25%

Média etária **43 anos**

*** Inclui membros do CA (5) e do Conselho Fiscal (3)**

ANÍBAL FERREIRA, NEFROLOGISTA DO HOSPITAL DE CURRY CABRAL E PRESIDENTE DA SOCIEDADE PORTUGUESA DE NEFROLOGIA:

“A covid-19 veio trazer-nos novos doentes com insuficiência renal”

PARA ALÉM DE TER FEITO “CAIR A PIQUE” O NÚMERO DE TRANSPLANTES REALIZADOS EM PORTUGAL NO PRIMEIRO SEMESTRE DE 2020, A PANDEMIA TROUXE OUTRAS CONSEQUÊNCIAS, COMO O AUMENTO DOS CASOS DE INSUFICIÊNCIA RENAL ENTRE OS DOENTES COVID-19 QUE TENHAM PASSADO POR UMA SITUAÇÃO MAIS CRÍTICA. O NEFROLOGISTA ANÍBAL FERREIRA ESTÁ PREOCUPADO COM ESSES DOIS ASPETOS, MAS, POR OUTRO LADO, DIZ QUE SE ENTROU NUMA FASE COMPLETAMENTE NOVA EM TERMOS FARMACOLÓGICOS, COM ARMAS TERAPÊUTICAS QUE NÃO HAVIA PARA AJUDAR OS DOENTES RENAIS.

Os nefrologistas já dão habitualmente apoio a quem está internado em Cuidados Intensivos, o que se compreende quando se percebe que “qualquer UCI tem sempre 20 a 30% de doentes com insuficiência renal aguda”. Apesar de tudo, uma percentagem inferior aos “40 a 50%, se forem doentes submetidos a cirurgia cardíaca”, ou aos “70%, no caso de uma Unidade de Queimados”.

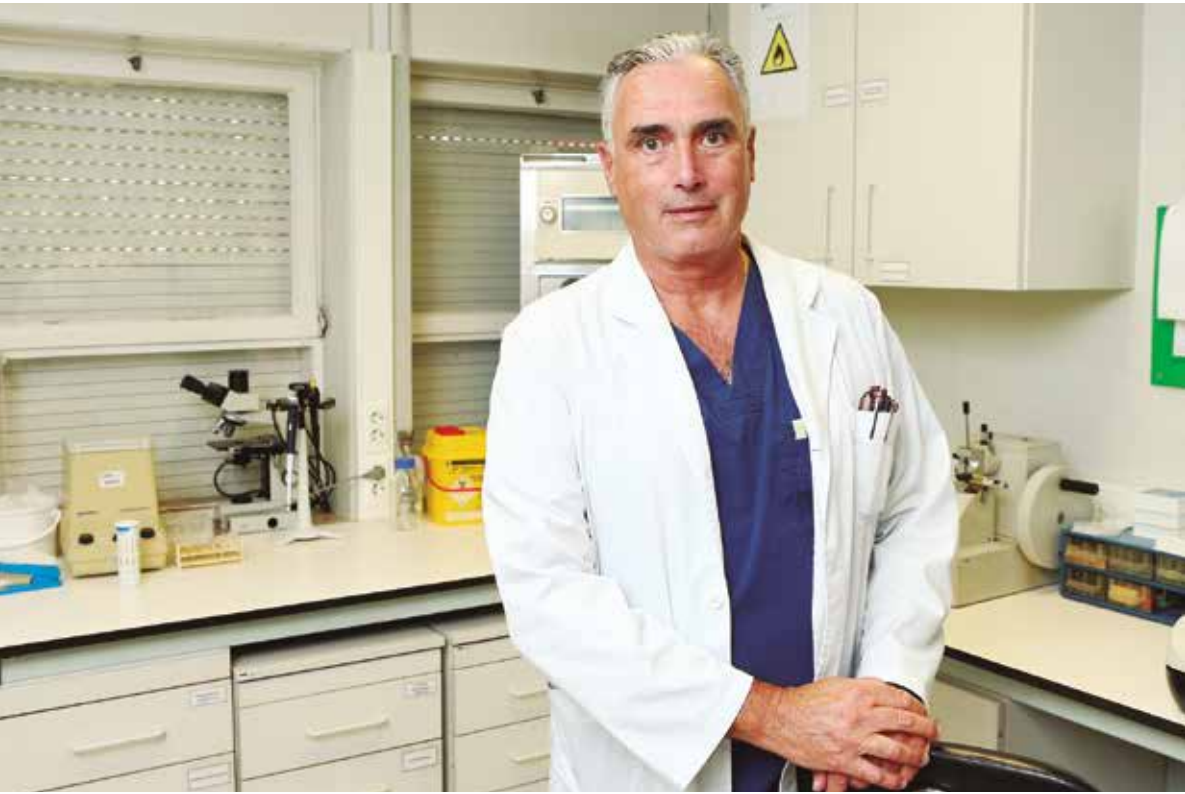
De acordo com Aníbal Ferreira, especialista do Serviço de Nefrologia do Hospital de Curry Cabral (CHULC), “30 a 40% de todos os doentes covid internados numa UCI desenvolvem um grau importante de insuficiência renal aguda”. E quando é que ela se manifesta? “Depende. Às vezes, logo no primeiro dia.”

“Muitos deles têm de fazer diálise durante esse internamento”, sublinha o médico, salientando que, no caso concreto dos doentes covid, não se sabe ainda como irá evoluir a sua função renal no futuro. Até porque, note-se, está estabelecido que uma insuficiência renal só é considerada crónica quando se mantém por mais de três meses.

Aníbal Ferreira diz que se está a verificar que “muitos dos doentes que tiveram IRA e que depois têm alta para o seu domicílio e continuam a ser acompanhados têm insuficiência renal crónica residual ou moderada, não se sabendo ainda até onde pode ir a recuperação”.

“Os dados disponíveis indicam não se ter conseguido, até agora, identificar a presença do vírus SARS-CoV-2, ou de simples fragmentos do mesmo, no tecido renal, levando a concluir que esta insuficiência resultará, sobretudo, de uma necrose tubular aguda. Pelo que foi demonstrado, essa situação terá que ver com alterações hemodinâmicas, com o estado de choque e com a perfusão renal, ou então com a resposta inflamatória do hospedeiro, ativando os mecanismos de defesa do organismo, que depois vão agredir os próprios rins”, explica.

O também presidente da Sociedade Portuguesa de Nefrologia adianta, a propósito, que uma das áreas que mais se tem desenvolvido nos últimos tempos tem que ver precisamente com o apoio às UCI no tratamento da IRA, até porque esta “tem muito a ver com os fatores pré-renais,



Aníbal Ferreira: “A Nefrologia é claramente uma especialidade pública, de hospitais públicos, ligada ao SNS”

aqueles que condicionam a irrigação do rim”.

Terapêutica inovadora facilita tratamento

Aníbal Ferreira acredita que o nefrologista irá ter, nos próximos anos, um papel mais preponderante no tratamento da insuficiência renal crónica, porque têm surgido nos últimos tempos medicamentos inovadores que vão tornar mais eficaz o controlo dos doentes que dela sofrem, sobretudo os que também são hipertensos e/ou diabéticos, na verdade, a esmagadora maioria.

Destaca, desde logo, os inibidores SGLT2, um grupo de antidiabéticos que vieram demonstrar ter um efeito positivo na redução da mortalidade cardiovascular e de causa renal, travando o desenvolvimento de insuficiência renal crónica terminal e evitando a necessidade de diálise.

“Não estamos habituados a ver

um ensaio clínico ser interrompido, como sucedeu o ano passado com o estudo CREEDENCE, por estar a apresentar muito bons resultados clínicos. Concluiu-se que quem integrava o braço placebo não podia estar vários anos à espera de poder fazer uma terapêutica que reduz tanto a mortalidade cardiovascular e a insuficiência renal”, recorda o médico, acrescentando: “Estamos a falar de uma substância utilizada sobretudo para tratar a diabetes, mas que, inesperadamente, mostra que protege o rim, reduzindo as proteínas na urina e evitando a evolução para diálise.”

“Também nos interessa fazer prevenção, tratar a insuficiência renal nos estádios iniciais, controlando muito bem a diabetes e a hipertensão, para evitar que os nossos doentes atinjam fases mais avançadas da doença e venham a precisar de diálise. No fundo, queremos otimizar a terapêutica o mais precocemente possível”, sublinha.

surgem duas linhas que, ainda por cima, se somam, que ajudam a controlar a diabetes e a hipertensão, e que ambas são protetoras do rim. É que, simultaneamente, reduzem a mortalidade cardiovascular. Este conceito de síndrome cardiorenal, que é a doença cardíaca e a renal, surge particularmente renovado com estes novos fármacos”, conclui Aníbal Ferreira.

Quebra de 40% nos transplantes de rim no 1.º semestre de 2020

Aníbal Ferreira lembra que se fazem entre 500 a 550 transplantes de rim por ano em Portugal, o que se traduz numa média de 50 a 55 por milhão de habitantes. “Se houvesse mais seria muito melhor”, diz, “porque o tempo de espera era, no início de 2020, de cinco anos e meio, sendo que anualmente entram na lista para transplante dois mil novos doentes...”

A pandemia de covid-19 veio agravar a situação, pois, houve unidades de transplante que suspenderam completamente a sua atividade, calculando o nosso entrevistado que tenha havido uma quebra de 40% no número de transplantes realizados durante o primeiro semestre.

“Se não houver uma recuperação no 2.º semestre, a queda verificada no transplante de rim vai ter reflexos futuros. O tempo médio de espera deverá aproximar-se dos 6 anos já em 2021”, considera Aníbal Ferreira.

De qualquer forma, a menor disponibilização de órgãos para transplante também terá afetado a produção de certas unidades. O nefrologista explica porque: “A necessidade de fazer toda a preparação de um dador, incluindo as provas de morte cere-

bral e as avaliações neurológicas, por exemplo, obrigam à manutenção de um dador numa cama de Cuidados Intensivos de uma forma idêntica à de um doente que ali está para se tentar reabilitar. Ocupa não só os recursos como o próprio espaço. Ora, como se

sabe, foi necessário libertar camas nas UCI e transformá-las, de uma forma segregada, em unidades covid. Obviamente, isso fez cair a oferta de órgãos para transplante. Nós, no Curry, não sentimos isso e mantivemos sempre a atividade.”

Curiosamente, se o doente não tiver contraindicações, o tempo de espera para o transplante duplo de rim e pâncreas é francamente reduzido. Pode ser de alguns meses, ou ape-

(Continua na pág. 14)

ANÍBAL FERREIRA:

“Aqui, no primeiro dia, eu fui médico”

Tirando o ano e meio em que viveu em Paris, quando começou a trabalhar na sua tese de doutoramento, Aníbal Ferreira sempre residiu em Lisboa, a cidade onde nasceu, a 22 de julho de 1961. É importante que se diga, desde já, que responsabiliza o seu pediatra, “o médico de toda a gente lá em casa”, pelo facto de ter resolvido tirar o curso de Medicina. “Ele foi a minha figura inspiradora”, garante.

Marcou-o principalmente a forma como o pediatra Felisberto Coito — numa altura em que eram comuns os domicílios, sublinhe-se — “sossegava a minha mãe e como nos apaziguava

a todos”. E lembra-se, como se fosse hoje, que a primeira coisa que o médico fazia quando chegava lá a casa (desde que não se tratasse de uma emergência) “era agarrar no nosso telefone preto e fazer para aí pelo menos dez chamadas para uma lista de mães de meninos que estariam doentes para saber do seu estado”.

“Não escolhi Pediatria, mas podia ter escolhido”, garante, admitindo que, tal como Ginecologia, aquela era “uma das especialidades que, eventualmente, teria gostado de abraçar”. Mas, depois, “pareceu-me que a Nefrologia era mais completa, tinha gostado bastante de a

estudar, tinha uma técnica... estava mais nos hospitais centrais... mais ligada à Universidade... E achei que tinha mais possibilidades de ficar cá em Lisboa!”

Aníbal Ferreira estudou na FMUL, fez o internato geral em Santa Maria e mudou-se para o Curry Cabral no início do internato complementar, em 1987. “Foi fantástico porque aconteceu ser a primeira vez que me senti médico. Mesmol, confessa. É fácil explicar porque. Depois de 5 anos como aluno, mais 2... nos mesmos lugares e com as mesmas pessoas... “acho que as enfermeiras nos continuavam a tratar como ‘meninos’, como alunos, não nos levavam muito a sério; mais do que isso, nós nunca nos levávamos muito a sério!”

“Aqui, no primeiro dia, eu fui médico! As batas eram ao contrário, abotoavam atrás... não havia praticamente alunos...”, justifica. Tinha 26 anos quando chegou ao Curry. Ali concluiu o internato complementar, concorreu a assistente graduado, tornou-se professor associado na Nova Medical School, fez o curso para assistente graduado sénior.

Doutorou-se em 2013, com uma tese que assentou no desenvolvimento de uma técnica que permite caracterizar a doença óssea nos insuficientes renais e nos doentes transplantados. Desde 1994, já foram efetuadas no Curry Cabral mais de 870 biópsias ósseas, tendo o Hospital de São João começado, entretanto, a aplicar a mesma técnica.

O Serviço de Nefrologia do Curry Cabral tem 25 especialistas e 10 internos.

(Continua na pág. 14)



(Continuação da pág. 13)

nas de poucas semanas. “Há menos dadores possíveis, porque os selecionados são sempre mais jovens, mas também o número de doentes a precisar é muito menor, pois, trata-se de diabéticos tipo 1”, clarifica Aníbal Ferreira.

Refira-se que, nesta matéria, Portugal ocupa o 1.º lugar na Europa

habitantes. Estamos 50% acima de Espanha e no lugar cimeiro na Europa. Aníbal Ferreira diz que “não se sabe porquê”, embora haja “algumas ideias”.

Uma das explicações: “Estaremos agora a colher os frutos do investimento que foi feito nos últimos 20 ou 30 anos de salvar vidas, de aumentar a longevidade, porque, se vírmos isto pelo lado positivo, que é

haver uma cobertura nacional do SNS que nos permite dar uma resposta a doentes com 80 ou 85 anos, muitas vezes diabéticos, que são sujeitos a intervenções cardíacas, muitas vezes a cateterismos e a colocação de válvulas. Ora, todos nós, a partir dos 40 anos, vamos deteriorando a nossa função renal, mas neste caso há um agravamento mais rápido, que tem que ver com esse

investimento nas idades mais avançadas.”

Finalmente: “Portugal é um dos países europeus com mais diabéticos e, sobretudo, com mais doentes diabéticos mal controlados. Vê-se isso na percentagem dos que sofrem de retinopatia diabética, ou dos que são sujeitos a amputação, neste caso, o dobro do que se verifica em Espanha. Ora, a diabetes é a principal

causa de insuficiência renal crónica entre nós.”

Aníbal Ferreira sublinha ser importante não esquecer que os critérios para colocar um doente em diálise variam de país para país, sendo que a opção pela chamada terapêutica conservadora, simplesmente sintomática, “tem graus de penetrância relativamente elevados no norte da Europa e cá praticamente não se faz”.

Promover a Nefrologia de Ligação

O “pontapé de saída” foi dado na edição de 2016 do Congresso Português de Nefrologia. Desde essa altura que o último dos três dias de reunião (sempre um sábado) é inteiramente dedicado a promover aquilo que Aníbal Ferreira chama de Nefrologia de Ligação.

“Nós organizamos realmente um programa com a participação das sociedades amigas, aquelas que estão mais perto de nós”, explica, enumerando-as: Sociedade Portuguesa de Cardiologia, Sociedade Portuguesa de Diabetologia, Sociedade Portuguesa de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo, Sociedade Portuguesa de Reumatologia, Sociedade Portuguesa de Medicina Interna e Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar.

O mesmo sucederá este ano, mas agora no final de outubro (o XXXIV Congresso decorrerá nos dias 29, 30 e 31) — adiado para essa data devido à pandemia de covid-19 —, e no local habitual (Vilamoura). A decisão está tomada: se não for possível realizá-lo 100% presencial, será uma versão híbrida, com a componente *online*.

Também como é tradicional, o Congresso Português de Nefrologia e o Congresso APEDT (Associação Portuguesa de Enfermeiros de Diálise e Transplantação) dão corpo ao chamado Encontro Renal.

Encontro Renal que — já foi decidido — passará sempre a acontecer nessa altura do ano. Entretanto, em 2021, a SPN realizará, pela primeira vez, as Jornadas da Primavera de Nefrologia, que terão sempre lugar em março.

UMA APOSTA DA SOCIEDADE PORTUGUESA DE NEFROLOGIA

Somos o país com mais especialistas com certificado europeu

A meio do segundo mandato (triénio 2019-2021) como presidente da Sociedade Portuguesa de Nefrologia, Aníbal Ferreira orgulha-se da notoriedade que a SPN tem ganho nos últimos anos, inclusive, a nível internacional, nomeadamente, com a participação em diversas associações europeias. E destaca o facto de Portugal ser, “de longe, o país com mais nefrologistas detentores da certificação europeia, mesmo em valor absoluto”.

Foi durante o seu anterior

mandato (triénio 2016-2018) que a SPN decidiu incentivar os colegas portugueses a realizar o Exame Europeu de Nefrologia, que é anual e promovido pela Secção Renal da União Europeia dos Médicos Especialistas, apoiando financeiramente a inscrição, nalguns casos até a 100%.

Uma das preocupações de Aníbal Ferreira quando tomou posse no final de 2015 foi “equilibrar as finanças” da Sociedade, o que foi conseguido logo no primeiro ano.

Também tinha decidido rejuvenescer a Direção da SPN e foi o que fez, formando uma equipa de gente jovem, “diversificada a nível nacional e com muitos deles envolvidos em projetos de investigação e com ligações à Faculdade”. A mesma equipa “transitou” para o 2.º e último mandato possível.

Haverá cerca de 450 nefrologistas, mas o número está, neste momento, a crescer a um ritmo de cerca de 40 novos especialistas por ano.

profissional que esteja longe de lhes ser agradável e gratificante, quer pelas condições que têm a nível hospitalar, quer pelo reconhecimento que têm pelo trabalho desenvolvido, como pela total falta de apoio”, lamenta.

Quanto à crise que se vive neste momento, e queixando-se de que uma das suas grandes dificuldades se prende com a gestão do tempo, considera que “vai trazer ao de cima funções que eram realmente vitais e importantes e muitas outras que eram perfeitamente supérfluas”. Por exemplo, “temos sido tão esmagados por uma quantidade tão grande de *webinars*, teleconferências, cursos *online*, etc. que eu acho que os médicos já não aguentam mais, nem têm capacidade de os ver. A saturação é tão grande que se torna contraproducente. Aí também precisaremos de algum equilíbrio”.

Mas o que deixa Aníbal Ferreira

bastante frustrado prende-se com a cadeia da Faculdade de que ficou regente há 2 anos, “Introdução à Prática Clínica”. É uma disciplina “em que os alunos têm oportunidade de lidar com simuladores de toques retais, vaginais, patologia mamária, prostática, etc. e vêm pela primeira vez aos hospitais contactar com os doentes e as suas famílias e também com os colegas, o que não aconteceu devido ao estado de confinamento causado pela pandemia de covid-19”.

“Estou no final do semestre um pouco angustiado quanto ao futuro desta unidade curricular”, reconhece, mostrando-se apreensivo relativamente a como se poderá pôr os estudantes de Medicina a lidar com os doentes em condições de segurança para todos. E alerta: “Se esta situação se mantiver por muito tempo, pode ser bastante prejudicial. Temos que ver que médicos estamos a formar!”

JOÃO ARAÚJO CORREIA, PRESIDENTE DA SOCIEDADE PORTUGUESA DE MEDICINA INTERNA (SPMI):

“Os internistas são o alicerce das unidades de internamento”

A ESCASSAS SEMANAS DAQUELE QUE SERÁ O PRIMEIRO GRANDE CONGRESSO A REALIZAR-SE EM PORTUGAL EM TEMPOS DE COVID-19, O PRESIDENTE DA SPMI SALIENTA, EM ENTREVISTA À *JUST NEWS*, O PAPEL QUE OS INTERNOS E ESPECIALISTAS DE MEDICINA INTERNA TÊM TIDO NA REAÇÃO A ESTA CRISE.

Para João Araújo Correia, “a plasticidade é a característica principal do internista e aquilo que lhe dá mais capacidade para se poder adaptar e responder às necessidades da sua instituição”. E acaba por “fazê-lo com competência porque tem uma formação básica muito sólida”.

“Com o surgir desta pandemia, os hospitais tiveram de se reorganizar completamente, protagonizando uma revolução absoluta no seu modo de funcionamento. Foi fundamental esta capacidade que realmente nós temos de ver o doente complexo e idoso, que apresenta múltiplas comorbilidades e que, no fundo, tem representado a grande maioria dos casos graves de covid”, refere o médico.

Sublinhando que “todas as unidades de internamento de covid foram enquadradas por internistas, independentemente de termos a colaboração de muita gente — e sabemos bem até que ponto todos não são demais —, João Araújo Correia afirma que os internistas são um “autêntico alicerce das unidades de internamento”.

Diretor do Serviço de Medicina do Hospital de Santo António, que integra o Centro Hospitalar Universitário do Porto, João Araújo Correia recorda que na altura mais crítica, em abril, a instituição teve 150 camas dedicadas aos doentes covid em termos de internamento de enfermaria, para além de outras 50 em cuidados intensivos.

A primeira unidade a ser ativada pertencia ao Serviço de Doenças Infecciosas, mas nela participaram também internistas. Seguiram-se duas unidades do próprio Serviço de Medicina (B e D), que ficaram exclusivamente dedicadas à covid — os doentes que lá estavam foram transferidos para unidades cirúrgicas, que entretanto suspenderam a

sua atividade. Também a Neurocirurgia disponibilizou espaço para a criação de mais uma unidade mista, enquadrada por internistas, mas com a participação de pneumologistas, infectiologistas e especialistas de outras áreas.

“Foi assim em todo o país!”, frisa João Araújo Correia, que cita um inquérito promovido pela SPMI para informar: “65% das unidades covid eram mistas, com internistas e a colaboração de colegas de outras especialidades, e as restantes 35% eram unicamente formadas por internistas, porque tiveram origem diretamente nos serviços de Medicina.”

Um aspeto que faz questão em realçar é a circunstância de o mesmo inquérito — a que responderam 74% dos diretores dos serviços de Medicina de todo o país — ter permitido concluir que a Medicina Interna acabou por atender 90% dos doentes que já via antes da covid. “Enquanto as cirurgias suspenderam a atividade, e puderam fazê-lo, nós não podemos suspender os nossos idosos, com todas as suas patologias. Tivemos que os internar na mesma”, sublinha.

“Fomos buscar internistas onde os havia”

Se dúvidas tivesse, João Araújo Correia pôde confirmar que, “numa situação de crise, as pessoas superam-se”, tendo sido precisamente isso que testemunharia no seu Serviço. Nele e fora dele. Note-se que o Hospital de Santo António tem cerca de 65 internos, mas apenas 30 integram o Serviço de Medicina e pelo menos 4 destes desenvolvem atividade, em exclusividade ou em tempo parcial, em várias comissões do hospital.

“Foi proposto ao Conselho de Administração recrutar internistas



“Acho que a covid-19 foi mais um argumento para a afirmação do modelo da Medicina Interna em Portugal”, considera João Araújo Correia

que estavam noutras áreas e essa medida foi bem aceite, inclusive, pelos próprios. Todos os elementos da Unidade de Imunologia Clínica vieram e também se juntaram a nós colegas da Unidade de Transplante Hepático. Nós fomos buscar internistas onde os havia”, esclarece o diretor do Serviço de Medicina Interna do CHUP.

A 29 de abril estavam em dedicação exclusiva à covid-19, em todo o país, 570 especialistas e internos de MI, “um número avassalador, da enfermaria aos cuidados intensivos”, diz o presidente da SPMI.

CNMI 2020: um congresso híbrido

O mandato de João Araújo Correia como presidente da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna é o primeiro com a duração de 3 anos, terminando em maio de 2021. Ficará indiscutivelmente marcado pela pandemia de covid-19. Resultou comprometido o ambicioso programa de formação desenhado para este ano de 2020, que incluía meia centena de ações, uma parte delas presenciais, e o maior evento anual passou de maio para o final de agosto.

O 26.º Congresso Nacional de Medicina Interna, que decorrerá entre os dias 27 e 30 de agosto, terá um formato inovador e realizar-se-á num espaço particularmente amplo, o Altice Fórum Braga.

“A segurança está garantida. Entretanto, decidimos colocar todas as sessões *online*, tendo acesso às mesmas, por essa via, todos os participantes que fizerem a sua inscrição presencial. Também é possível fazer apenas a inscrição *online*. Teremos

assim, pela primeira vez, aquilo que podemos designar de congresso híbrido”, afirma João Araújo Correia, que sublinha a mais-valia de um evento com estas características.

O CNMI 2020, organizado pelo Serviço de Medicina Interna do Hospital de Braga, será presidido pelo internista Narciso Oliveira. “O programa é muito desafiante e interessante. Vamos, inclusive, ter duas sessões dedicadas especificamente à covid-19”, refere o presidente da SPMI.

A estratégia seguida no Santo António foi dividir estes profissionais em três grupos completamente diferenciados, um dos quais era constituído pelos recém-especialistas e pelos internos de especialidade mais velhos, que ficaram dedicados apenas ao Serviço de Urgência, “o sítio mais perigoso de todos”. Faziam 60 horas numa semana e na seguinte apenas 20 horas de consulta telefónica. Uma dúzia de especialistas e dezena e meia de internos asseguravam, assim, a assistência médica mais arriscada.

Um segundo grupo, com pouco mais de duas dezenas de profissionais, entre especialistas e internos, ficou com a tarefa de prestar assistência aos doentes internados nas unidades covid. “Não faziam mais nada, pois, não podiam misturar-se com os do terceiro grupo, formado pelos colegas mais velhos e os internos mais novos, os do 1.º ano. E até internos de outras especialidades que vieram ajudar, como a Cirurgia Vascular ou a Pedopsiquiatria”, reporta João Araújo Correia, sublinhando a lotação de 140 camas do Serviço de Medicina Interna e o facto de nunca ter havido menos de 100 camas de doentes não covid.

“Eu fiquei absolutamente atónito e surpreendido com a atitude dos colegas da Pedopsiquiatria, que se vieram oferecer. Desenvolveram um trabalho de uma utilidade extrema, desde logo porque, de repente, tivemos que tratar o dobro dos doentes, os 100 não covid mais os covid. Durante cerca de dois meses e meio, entre meados de março e final de maio, toda a gente trabalhou de uma maneira fantástica”, regista o médico.

João Araújo Correia esclarece que foram os enfermeiros da Medicina que asseguraram os serviços que receberam os doentes covid, enquanto os enfermeiros das áreas cirúrgicas garantiram a assistência aos não covid, que, aliás, para ali foram transferidos. É garante que as coisas funcionaram muito bem:

Três constatações

É o presidente da SPMI quem as enumera:

“As camas hospitalares são um bem precioso: não podemos ter 25% das 5000 de que a MI dispõe no país ocupadas em permanência por doentes com alta clínica, a aguardarem colocação na RNCC ou em lar da Segurança Social.”

“Não é defensável e é altamente disruptivo continuar a ter 90% dos doentes que se dirigem ao Serviço de Urgência a fazerem-no espontaneamente, sem qualquer observação médica prévia.”

“Testemunhámos uma Saúde Pública a funcionar e uma MGF ativa, tendo ficado claramente definido que a doença ligeira de covid é para tratar fora do hospital. Espero que esta prática se mantenha no futuro, também com os doentes não covid.”

Segundo João Araújo Correia, 14% dos especialistas dos hospitais do SNS são internistas e estes são a maioria nos quadros permanentes das unidades privadas.

“Nós temos uma excelente enfermagem. Se a formação dos nossos enfermeiros não fosse tão sólida como é, as coisas não teriam sido assim fáceis.”

em número de transplantes por milhão de habitantes e o 4.º a nível mundial.

Voltando ao transplante único de rim, o presidente da Sociedade Portuguesa de Nefrologia mostra-se satisfeito pelo facto de a percentagem de transplantes com dador vivo ter subido de 12 para 17% entre 2018 e 2019. Considera ser “um aspeto muito positivo” e percebe-se que o diga: “Pois se o país já está suficientemente maduro para utilizar todos os órgãos possíveis na UCI, a partir daí, só lhe resta crescer à custa da doação em vida.”

Portugal lidera na hemodiálise

Se há algo em que Portugal lidera destacado é no número de doentes em hemodiálise por milhão de

o que devemos fazer, Portugal também é o país da Europa em que a esperança de vida tem aumentado de uma forma mais rápida. Temos uma população envelhecida e, por isso, também temos mais doentes a fazer diálise.”

Outra razão possível: “Passou a

Portugueses em...

Hemodiálise **12.000**

Diálise peritoneal **600/700**

Transplantados **7000**

Terapêutica conservadora **Pouquíssimos, até porque é de curta duração**

(Continuação da pág. 13)

“O Dr. Alberto Marques da Costa já era diretor do Serviço quando morreu, relativamente cedo, com uma patologia oncológica. Foi uma pena, perdeu-se a possibilidade de criar, mais precocemente, uma dinâmica maior no Serviço.”

“O Prof. Fernando Nolasco tem estado sempre ao meu lado, tanto aqui como na Faculdade, com um grande compromisso mútuo — temos várias linhas de investigação, desenvolvemos imenso trabalho em conjunto. Tem conseguido dinamizar a geração mais nova e tem sabido interpretar muito bem estes novos desafios da Nefrologia.”

“Temos que ver que médicos estamos a formar!”

Casado com uma economista, tem um filho com 30 anos, econo-



Aníbal Ferreira com Fernando Nolasco

mista como a mãe, e uma filha com 23, formada em Gestão. “Confesso que até fiquei satisfeito. Ter um filho que vá para Medicina, atualmente, é uma opção de alto risco. Se já antes

era um afunilar de alternativas, é perfeitamente possível e temível que possa acontecer que as pessoas cheguem ao fim de 10 anos de formação e se deparem com uma atividade

JOSÉ ARTUR PAIVA, DIRETOR DO SERVIÇO DE MEDICINA INTENSIVA DO CENTRO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO DE SÃO JOÃO:

“A fase mais complicada para a Medicina Intensiva está para chegar”

EM ENTREVISTA À *JUST NEWS*, O INTENSIVISTA DO HOSPITAL DE SÃO JOÃO DIZ SER PRECISO APROVEITAR O MOMENTO PRESENTE PARA “CAPACITAR A MEDICINA INTENSIVA DE FORMA REAL, SUSTENTÁVEL E NÃO TRANSITÓRIA”. O DESAFIO É RETOMAR AS ATIVIDADES ASSISTENCIAIS QUE ESTIVERAM PARADAS E MANTER, EM SIMULTÂNEO, A CAPACIDADE DE RESPOSTA AOS CASOS COVID-19. JOSÉ ARTUR PAIVA ALERTA: “A FASE MAIS COMPLICADA ESTÁ PARA CHEGAR!”

O pico de admissões no Serviço de Medicina Intensiva do CHU de São João aconteceu no final de março. Entre 10 e 15 de abril foi quando ali estiveram inter-



José Artur Paiva: “Ao longo do tempo, passou a ser claro que a Medicina Intensiva era uma área do saber médico específica e, portanto, desde 2015 que é uma especialidade médica de raiz”

nados mais doentes em simultâneo — chegaram a ser mais de meia centena. A data desta entrevista (9 de junho) eram apenas 7 as pessoas que se encontravam no maior hospital do norte do país com covid-19 ainda a necessitar de cuidados intensivos. Duas delas já com cura microbiológica, isto é, livres do vírus.

José Artur Paiva explica que alguns desses doentes mantêm-se vivos graças à oxigenação por membrana extracorpórea (ECMO), técnica em relação à qual, diga-se, o CHUSJ é Centro de Referência na sua utilização. O médico sublinha que são “os mais críticos dos críticos”. Aliás, quatro deles já tinham,

quando esta conversa aconteceu, mais de 70 dias de internamento, o que não é nada pouco quando, pelo menos no São João, o doente covid permanece na Medicina Intensiva, em média, entre 15 a 21 dias, que já é três vezes mais do que o tempo médio de internamento por outras causas: 6 dias.

JOSÉ ARTUR PAIVA:

“Apesar de ser internista, era de confiança.. e lá vim para a Medicina Intensiva”

Com exceção dos dois anos em que esteve em Londres, José Artur Paiva sempre viveu e trabalhou no Porto, onde nasceu no fim do verão de 1960. O curso de Medicina foi feito na FMUP e o internato no São João, tendo-se mantido sempre fiel a esta faculdade e a este hospital, sendo médico desde 1984.

A ligação especial que tem às doenças infecciosas aconteceu nesses tempos iniciais: “Venho de um Serviço de Medicina Interna muito ligado à infeção, dirigido pelo Prof. Cerqueira Magro, que haveria de ser, aliás, quem primeiro liderou o Serviço de Doenças Infecciosas.”

Regressado de Londres em 1992, abriu algum tempo depois, com a hematologista Maria José Parreira, uma unidade dedicada aos doentes neutropénicos: “A minha primeira experiência em unidades críticas, em Portugal, foi precisamente com doentes leucémicos. Depois lá con-

venci a Direção do hospital que, apesar de ser internista, era de confiança para trabalhar num Serviço onde só havia anestesistas... e lá vim para a Medicina Intensiva, em 1997.”

José Artur Paiva recorda a sua “fase mais televisiva” quando, em 2013, se tornou o primeiro diretor do Programa Nacional para a Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos, cargo que, entretanto, voltaria a assumir no dia 1 de março de 2020.

A interrupção na liderança do PPCIRA deveu-se a ter aceite o convite para ser diretor clínico do CHUSJ, tarefa que desempenhou durante três anos, entre fevereiro de 2016 e abril de 2019. Diz que o fez “por uma questão de missão”. Porque? “Acredito muito no SNS e acho que é preciso ajudar a refundá-lo!”. Para além disso, “a pessoa nomeada presidente do CA, o Dr. António Oliveira e Silva, era alguém que me dava garantias de uma

grande honestidade e de poder fazer um bom trabalho e que eu já conhecia bem da Direção da Urgência”. “Foi um desafio natural que abracei com muito entusiasmo e acho que se fizeram coisas muito relevantes aqui no hospital nesse período. Penso que se criou uma equipa muito boa na Direção Clínica, com a Prof.^a Ana Azevedo e o Dr. Carlos Lima Alves. Mas os tempos foram bastante difíceis, porque ainda sentíamos os efeitos da *troika* e a autonomia na gestão hospitalar era muito diminuta”, lembra, concluindo:

“Julgo que defendemos os interesses do hospital muito significativamente e que os passos que a instituição deu em qualidade e segurança foram marcadíssimos, nomeadamente, com a implementação de 15 centros de referência e a criação do Centro de Responsabilidade Integrado (primeiro CRI da instituição). Para além disso, o problema mais

complicado que tivemos acabou por ser resolvido adequadamente, com a construção da Ala Pediátrica, que está em curso.”

De uma forma ou de outra, José Artur Paiva está “à frente dos desígnios da Medicina Intensiva” do CHUSJ há cerca de década e meia, embora com o interregno da passagem pelo CA, como já se viu. Repare-se: ficou a digirir a Unidade Autónoma de Gestão (UAG) da Urgência e Medicina Intensiva quando esta foi criada, em 2006, acumulando com a Direção do Serviço de Urgência até 2009, quando se “transfere”, com idêntico cargo, para o Serviço de Medicina Intensiva. Em 2019 reassumiu esta responsabilidade.

Paralelamente, José Artur Paiva preside ao Colégio da Especialidade de Medicina Intensiva desde que a mesma foi criada, em 2015, precisamente quando esta deixou de ser uma subespecialidade, cumprindo neste momento o segundo mandato.

“Penso que há consciência de que temos que ser diferentes do que éramos antes para lidarmos com o desafio que temos pela frente”, conclui José Artur Paiva.

O médico reconhece a “enorme satisfação” de já não ter as camas do seu Serviço ocupadas da forma que o estavam no auge da crise, reconhece mesmo que “a carga de trabalho é, de facto, um bocadinho menor”, mas logo avisa que “a fase mais complicada está para chegar”.

“Esta pandemia atingiu Portugal numa altura em que a Medicina Intensiva tinha um dos mais baixos rácios de camas, 6,4 para 100.000 habitantes, enquanto a média europeia é de 11,5. Só fomos capazes de responder porque em 15 dias transformámos uma oferta que era de 629 camas em 1026. E como? Ocupando áreas cuja atividade ficou em *shutdown* completo, nomeadamente ao nível da cirurgia

eletiva, blocos, unidades pós-anestésicas...”, refere José Artur Paiva, acrescentando:

“Nós, agora, queremos atender à retoma das atividades assistenciais que estiveram paradas, mas mantendo a capacidade de resposta para covid, embora esta não tenha que ser igual àquela que tínhamos na fase de crescimento exponencial. Manter esta coabitação é muito complicado.”

E confirma que se assiste na Medicina Intensiva a um “recrudescimento significativo das situações não covid”, depois de as cirurgias programadas terem estado suspensas e também porque “o doente crónico agudizado tinha receio em vir ao hospital, aparecendo agora num estado agravado porque vem mais tardiamente”.

A eventualidade de ocorrer uma segunda onda covid torna esta fase que se vive “mais perigosa”, obrigando a que seja “muito bem planeada”, sublinha o nosso entrevistado. Está, contudo, convencido de que há neste momento a consciência, nomea-

tada pela comissão que o Ministério da Saúde criou para dar apoio à resposta desta área da Medicina foram bem recebidas.

“Foi extraordinário ver como o Serviço respondeu”

Tendo regressado à Direção do Serviço de Medicina Intensiva uns quantos meses antes de eclodir a pandemia de covid-19 — após um pouco mais de três anos na Direção Clínica do CHUSJ, José Artur Paiva classifica como “experiência formidável” o que viveu. “Foi extraordinária a forma como o Serviço respondeu!, exclama, justificando:

“Não tive uma pessoa a quem eu pedisse uma mudança de unidade ou de tarefa que me tivesse dito que não. Pelo contrário, vinham oferecer-se para fazer mais, para ajudar aqui e ali. Houve, inclusive, quem, tendo saído do Serviço há um ou dois anos, viesse oferecer a sua colaboração, nalguns casos até *pro bono*. Isso deu-me a certeza de que, de facto, este Serviço tem, para além de uma cultu-

nomeadamente, muitos enfermeiros de blocos operatórios e de Cirurgia Cardiorrástica.

Uma das adaptações aconteceu na zona dos neurocríticos, no piso 8, em que as camas de cuidados intensivos que a Medicina Intensiva ali tem foram ocupadas por doentes covid, sucedendo depois o mesmo com as de cuidados intermédios — entretanto dotadas de ventiladores —, acabando os doentes não covid por ser transferidos para as camas que estavam disponíveis na Cirurgia Cardiorrástica.

José Artur Paiva: “Tivemos uma carga de trabalho altíssima e uma resposta notável e muito adaptativa.”



damente por parte do Ministério da Saúde, de que “é preciso aproveitar este período para capacitar a Medicina Intensiva, mas tem que ser uma capacitação real, sustentável, não transitória”.

“O plano que foi apresentado consiste em passar não para as 11,5 camas por 100.000 habitantes, mas para as 9,4, o que, apesar de tudo, é um crescimento significativo, face à atual taxa de 6,4”, considera José Artur Paiva, defendendo que se deve aproveitar o momento presente para fazer uma espécie de “reconfiguração do SNS”.

Em todo o caso, mostra-se otimista, pelo menos relativamente à reformulação da Medicina Intensiva, assegurando que as ideias apresen-

ta clínica, uma cultura de atitude e de maneira de ser profissional de saúde e cidadão. Senti um orgulho muito grande!”

Em 10 semanas, entre meados de março e final de maio, o organograma de funcionamento do Serviço de Medicina Intensiva foi mudado 6 vezes. “A necessidade de adaptar a nossa oferta à procura covid a isso obrigou”, diz José Artur Paiva.

Foi preciso separar os circuitos covid e não covid, criar mais áreas dedicadas a esses doentes e reduzir o número de camas destinadas aos não infetados, transformar espaços de enfermaria normal em cuidados intensivos, modificar os grupos de trabalho, inclusivamente, integrando profissionais de outros setores,

Outro exemplo: no piso 6, uma normal área de enfermarias de Cirurgia Geral transformou-se numa UCI, as camas de cuidados intermédios foram adaptadas para intensivos e até a área do pós-operatório foi necessário ocupar no pico da crise.

A reconstituição da tipologia das unidades e a reconfiguração dos grupos de trabalho “fez com que deixássemos de conseguir fazer escalas de trabalho mensais para passar a elaborá-las semanalmente. As pessoas tinham horário para a semana seguinte, não mais do que isso, porque era impossível planear o trabalho a um prazo mais longo. Havia um

(Continua na pág. 18)

Intensivistas iguais ou diferentes?

José Artur Paiva considera ser uma “enorme riqueza” a circunstância de o Serviço que dirige ter intensivistas que eram internistas, ou anestesiológicos, que eram nefrologistas, ou cardiologistas... E mais: “Agora, temos também um grupo muito grande de internos que vão ser intensivistas sem terem tido qualquer outra especialidade antes.”

“Vai ser muito interessante comparar este intensivista do futuro — que não passou por esta maturação de uma especialidade prévia, isto é, que aprendeu a ser intensivista aos 26 anos de idade e não aos 32, o que faz uma diferença significativa — com os intensivistas da atualidade e do passado”, observa o médico.

Serão intensivistas diferentes? José Artur Paiva responde à questão começando por referir que ele foi o primeiro internista do Hospital de São João a pedir a pedir ao seu Serviço de Medicina Interna para ir “trabalhar para uma coisa diferente”. Lá foi a entrevista com o diretor do então Departamento de Anestesia e Cuidados Intensivos e pronto! Diga-se que aquele ambiente não era, de todo, novidade para si, pois, tinha acabado de regressar de um período de dois anos em Inglaterra “a aprender e a exercer em Intensivos”, para onde viajara ainda antes de terminar a especialidade de Medicina Interna.

“Em resposta a essa pergunta, quando este nosso Serviço de Medicina Intensiva começou, nos anos 90, nós éramos razoavelmente diferentes, os intensivistas internistas e os intensivistas anestesistas. Cinco ou seis anos depois já éramos mais iguais do que diferentes. Acho que foi uma riqueza enorme ter tido esse caldo, esse *pot-pourri*, mas muito importante na Medicina de culturas diferentes, porque ajudou muito o Serviço. O virem para aqui pessoas de vários saberes e de diversas culturas permitiu que cada um de nós tirasse do outro aquilo que ele tinha de melhor. Acho que a junção foi sinérgica, não só aditiva, mas sinérgica!”, afirma, rematando:

“Em relação a um intensivista da minha geração que tenha vindo da Anestesia, acho que somos mais parecidos do que diferentes, apesar de eu ter um orgulho muito grande em ter como base a Medicina Interna... Mas, na prática, acho que somos bastante iguais, e a cultura do Serviço, forte e bondosa, acaba por se introduzir em nós. E eu creio que o Serviço de Medicina Intensiva do CHUSJ tem uma cultura específica e única!”

E qual o local onde o papel da Medicina Intensiva exprime melhor esta capacidade? José Artur Paiva não hesita: “Na nossa Sala de Emergência do Serviço de Urgência, onde o doente chega muitas vezes ainda sem um rótulo de diagnóstico, apresentando um quadro sintomático, sendo então preciso construir ali um ambiente de estratificação de gravidade, de triagem, e de constituição de uma equipa que seja capaz de fazer um diagnóstico diferencial e de definir a melhor estratégia terapêutica.”

“O intensivista tem que ser um bom comunicador”

José Artur Paiva está convencido de que “os hospitais serão tan-

to melhores quanto mais a cultura de silos por especialidades e por serviços desaparecer e tivermos a capacidade de pensar o tratamento do doente em termos de processo assistencial integrado e, portanto, exigindo a cooperação de várias áreas”.

Garante que é isso que está acontecer, dizendo mesmo que é “uma pegada da forma como fazemos a medicina intensiva”. E faz questão de acrescentar que “quase parece paradoxal, mas não é” que a liderança do processo de um doente internado em Medicina Intensiva deva ser da responsabilidade do intensivista, mas só “depois de ouvir as várias especialidades envolvidas e fazendo coalescer esses vários aportes numa determinada decisão, reconhecendo que os mesmos são essenciais à adequada definição da estratégia a seguir”.

Aliás, essa questão remete para um outro aspeto que garante ser muito importante: “O intensivista, aliás, como o internista, tem que ser um bom comunicador. Tem que ser alguém que saiba criar ambientes em que as pessoas se sintam livres de dar a sua opinião, que todas percebam que essa opinião é fundamental e relevante para a estratégia construída para o doente, e depois saiba fazer a síntese e a sùmula das várias opiniões, definindo a melhor estratégia.”

“A minha geração de intensivistas é constituída por pessoas que gostam de decisões rápidas, de ações bastante concretas, de muitas intervenções técnicas — entubar, cateterizar, colocar drenos, salvar vidas! Isto continua a ser muito importante na Medicina Intensiva, a capacidade de tomar decisões sem ter a totalidade da informação. Mas na formação do intensivista torna-se cada vez mais necessária a aquisição de *soft skills* que são muito relevantes — a criação dos ambientes que referi, a capacidade de comunicação, de integrar grupos e de liderar equipas em prol da definição da tal estratégia”, remata.

E qual o local onde o papel da Medicina Intensiva exprime melhor esta capacidade? José Artur Paiva não hesita: “Na nossa Sala de Emergência do Serviço de Urgência, onde o doente chega muitas vezes ainda sem um rótulo de diagnóstico, apresentando um quadro sintomático, sendo então preciso construir ali um ambiente de estratificação de gravidade, de triagem, e de constituição de uma equipa que seja capaz de fazer um diagnóstico diferencial e de definir a melhor estratégia terapêutica.”

Breve radiografia do Serviço

Oficialmente criado a 4 de abril de 2006, o Serviço de Medicina Intensiva do CHUSJ tem 62 camas (50 de nível 3, ou intensivo, e 12 de nível 2, ou intermédio) e está distribuído por três pisos do Hospital de São João. As áreas do piso 1 (12 + 12 camas) e do piso 6 (22 camas de nível 3) são polivalentes, embora o doente cardiocrítico seja encaminhado para a segunda. A área do piso 8 (10 + 6 camas) é específica do doente neurológico, sendo este internado num dos outros dois locais se ali já não houver vaga.

O seu quadro de profissionais inclui 40 médicos seniores, 196 enfermeiros, 74 assistentes operacionais e 4 assistentes técnicos. O Serviço destaca-se por ter uma vasta atividade de formação em Medicina Intensiva, sendo mesmo o que mais especialistas de Medicina Intensiva forma, entre internos e formandos de via clássica.

(Continuação da pág. 17)

plano que foi sendo seguido, mas com adaptações, porque o foco era o propósito, não o plano”.

“Houve a capacidade de perceber que é quando somos mais precisos que mais devemos responder e que trabalhar em rede é essencial nesta situações”, frisa José Artur Paiva, aproveitando para deixar um aviso:

“Muita gente vem ter connosco porque quer trabalhar ou formar-se aqui no nosso Serviço. Eu digo sempre: ‘Podem pensar que vêm para um hospital universitário e que portanto somos muito ligados à confabulação, à academia, à ciência, à investigação... E somos. Mas a nossa principal marca é que faze-

tamente relevante. Quando o internamos, temos que pensar se pode ficar em enfermaria ou se necessita de monitorização. Ou até mesmo de cuidados intensivos... Esta decisão do local de tratamento é talvez a mais relevante e a que mais impacto tem no *outcome*.”

“O que queremos nós com isto?”, questiona, para responder logo de seguida: “Que não haja qualquer *gap* entre cuidados necessários e cuidados prestados. Temos que garantir que isso não acontece e a decisão, no caso do doente grave ou crítico, é muito tomada na Sala de Emergência.” No seu entender, “o intensivista assume-se como o líder de uma equipa de trabalho que reúne várias especialidades e que tem como objetivo tomar as



mas isso concomitantemente com muito suor. Isto é, ‘somos’ também muita atividade clínica e longas horas de trabalho, com um peso muito significativo.”

“A decisão do local de tratamento é talvez a que mais impacto tem no *outcome*”

O diretor do Serviço de Medicina Intensiva do CHUSJ reconhece que o doente covid veio obrigar a valorizar ainda mais o aspeto da triagem quando alguém dá entrada na urgência de um hospital: “A decisão mais estruturante face a um doente que recebemos na Urgência é definir em que local o vamos tratar e, se resolvemos interná-lo, em que nível de cuidados o vamos admitir. Talvez seja a decisão que mais marca o *outcome*.”

José Artur Paiva reflete sobre o assunto: “Uma das decisões mais relevantes que temos que tomar é se o doente pode ir para casa fazer o tratamento ou se tem que ficar internado. Esta dicotomia é absolu-

decisões certas relativamente ao doente crítico que entra no hospital”.

José Artur Paiva conta que houve uma fase em que pediu para que todas as decisões de internamento de um doente crítico com covid-19 passassem por si. E porquê? “Porque era preciso criar uma cultura clínica relativamente a uma situação nova para todos nós e a melhor forma de o fazer era definindo um padrão. Acho que conseguimos — sem haver nada escrito — estabelecer critérios que fossem claros e perceptíveis.”

No seu entender, “isso foi excelente, até porque a covid-19 é uma doença que não pode ser minimizada, a situação clínica do doente agrava-se com facilidade e, por vezes, até parece menos grave do que realmente é. A nossa atitude tem sido sempre muito clara. Na dúvida, admite-se o doente em Medicina Intensiva, avalia-se a sua evolução e só depois se faz, sendo esse o caso, *step down* para outra unidade”.

LÚCIA MONTEIRO, DIRETORA DO SERVIÇO DE PSIQUIATRIA E DA CLÍNICA DE ONCOSEXOLOGIA DO IPO DE LISBOA:

“Falar sobre problemas sexuais deve ser tão normal como perguntar sobre dores ou náuseas e vômitos”

O IPO DE LISBOA FOI PIONEIRO NA CRIAÇÃO DE UMA CLÍNICA PARA DAR RESPOSTA AOS PROBLEMAS SEXUAIS DO DOENTE ONCOLÓGICO. UMA DÉCADA DEPOIS, FAZ-SE UM BALANÇO POSITIVO E DÁ-SE FORMAÇÃO A EQUIPAS DE DIFERENTES ÁREAS DO INSTITUTO.

Foi há 11 anos que a Clínica de Oncosexologia do IPO de Lisboa começou a dar os seus primeiros passos. A mentora do projeto foi Lúcia Monteiro, diretora do Serviço de Psiquiatria, que faz questão de sublinhar que nessa altura, em Portugal, “nem sequer existia o conceito”.

A ideia surgiu na sequência da participação da Psiquiatria em congressos internacionais de Psico-Oncologia, onde se davam a conhecer as experiências de outros países. “Achei que fazia todo o sentido criar uma equipa especializada em Oncosexologia num centro de referência como é o IPO de Lisboa”, afirma, em entrevista à *Just News*.

Como em qualquer projeto inovador, nos primeiros tempos, foi preciso desbravar caminho, mas a tarefa até nem foi muito difícil. “Falei com colegas de diversas especialidades, que aderiram bem. Foi ainda fundamental o apoio do Conselho de Administração”, recorda.

Num grupo multiprofissional, os enfermeiros são uma das peças fundamentais. “Como estão muito próximos dos utentes e dos seus familiares, ouvem todas as queixas, mesmo as mais íntimas; é crucial que tenham formação nesta área”, refere Lúcia Monteiro.

Desde os primeiros tempos, a equipa tem crescido e a o tema deixou de ser tão tabu: “Excetuando a Urologia e a Ginecologia, pelas suas competências, a questão da sexualidade não era uma preocupação. Aliás, sempre houve muito pudor em falar sobre sexo, principalmente se o doente é idoso, de outro género, ou está numa fase avançada da doença...”

Exemplificando: “Na receção de um novo doente, os enfermeiros passam sempre um questionário que integra o processo clínico. Questionam dados da história pessoal, a situação socioprofissional, a idade da menarca, o número de gravidezes, a medicação habitual...

mo-nos à nossa própria formação em Oncosexologia e a sensibilizar os profissionais para a temática. Tivemos o privilégio de poder trazer a Portugal alguns *experts* internacionais e contámos sempre com o apoio de especialistas portugueses da área da Sexologia. Temos ainda a mais-valia de a psicóloga Cristina Nave ser terapeuta sexual pela Sociedade Portuguesa de Sexologia Clínica”, refere Lúcia Monteiro.

Mais recentemente, tem vindo a ser dada formação a outras instituições. É o caso do IPO de Coimbra, que “já abriu esta valência e pode contar sempre com o nosso apoio”.

Saber comunicar e fazer perguntas

O problema sexual mais comum no doente oncológico e nos dois sexos é a redução da libido, ou desejo hipotativo (perturbação do desejo, do interesse e da excitação, de acordo com a atual nomenclatura). Tem geralmente uma etiologia multifatorial complexa e, por isso, é também a disfunção sexual mais difícil de tratar. Outros problemas igualmente frequentes são a dispareunia, ou dor genitopélvica à penetração, na mulher, e a disfunção erétil, no homem com cancro. As causas tanto são físicas como psicológicas e podem surgir em todos os tipos de cancro.

“São múltiplas as sequelas e iatrogenias sexuais secundárias aos tratamentos oncológicos, desde os efeitos físicos da RT nos órgãos pélvicos, as modificações hormonais secundárias à QT e à HT, o efeito disfuncional de uma dor crónica, as alterações da autoimagem associadas a uma cicatriz ou mutilação, o impacto relacional de um estoma. É frequente a mulher mastectomizada, sendo desejada, bem aceite pelo parceiro, continuar a ter problemas com o seu corpo e com a sua imagem, mesmo após uma reconstrução mamária bem-sucedida”, afirma a psiquiatra.

Regra geral, são os doentes que sentem as maiores dificuldades, mas os companheiros também podem precisar de ajuda: “Uma esposa que foi a cuidadora principal de um homem dependente e fragilizado durante todo o período de tratamento ativo pode, depois, não conseguir olhar para o seu marido com o mesmo desejo sexual de outrora.”

“Nos primeiros 5 anos dedicá-



Lúcia Monteiro: “Gostáramos de poder ter a Consulta de Oncosexologia aberta ao exterior, mas para isso seria necessário ter mais recursos humanos e um espaço próprio”

Para se dar resposta a estas situações, ou até para as prevenir, os profissionais do IPO de Lisboa dão especial importância à comunicação: “É essencial saber fazer

as perguntas, introduzir o tema da vida sexual com normalidade e de acordo com o tipo de doença e tratamentos. O ideal é colocar a saúde sexual logo na ficha de caracterização clínica. A partir daí, deve-se perguntar regularmente se apareceram dificuldades quer durante o processo terapêutico quer no *follow-up*, informando que os problemas sexuais são consequências ou efeitos secundários expectáveis de muitos tratamentos oncológicos.”

Para Lúcia Monteiro, “falar sobre estas questões deve ser tão normal como perguntar sobre dores ou náuseas e vômitos. Para que assim seja, têm de se pôr de lado pudores e preconceitos. As pessoas têm que perceber que podem falar sobre

sexo com os seus médicos e enfermeiros e até solicitar ajuda técnica especializada. Para tal, deve ser o profissional a tomar a iniciativa e abordar a vida sexual em contexto de consulta. Dificilmente o doente falará no assunto de forma espontânea”.

Pretende-se manter a qualidade dos cuidados prestados na Clínica e a disponibilidade para dar formação a outras unidades hospitalares. Procurar-se-á ainda otimizar a informação junto dos utentes sobre os problemas sexuais nas diversas formas de cancro e nos vários tipos de tratamento. “É importante ter bons registos clínicos e boas bases de dados para facilitar uma futura investigação”, salienta Lúcia Monteiro, acrescentando:

I Congresso de OncoSexologia

Após vários cursos anuais, em 2019, foi decidido apostar na realização de um congresso. Nos dias 3 e 4 de outubro, a Clínica de Oncosexologia realizou o I Congresso sobre “OncoSexologia em Portugal 2019 — Prevenção, investigação e clínica”. “O nosso objetivo é que passe a ser um evento dos IPO, não se cingindo ao de Lisboa”, diz à *Just News* Lúcia Monteiro.

Em debate estiveram vários temas, como “Sexualidade humana

no século XXI — O normal”, “Sexualidade humana no século XXI - O disfuncional”, “Sexo, Sexologia e Comunicação”, “Sexualidade, envelhecimento e sobrevivência”, “Oncosexologia nos IPO” e “Inovação e Reabilitação em Oncosexologia”.

Decorreram ainda três *workshops* sobre: “Treino de comunicação em Oncosexologia”, “Problemas sexuais na mulher com cancro” e “Problemas sexuais no homem com cancro”.

LÚCIA MONTEIRO:

“É fundamental rir e fazer aquilo que nos dá prazer”

Lúcia Monteiro é diretora do Serviço de Psiquiatria do IPO de Lisboa desde 2006 e da Clínica de Oncosexologia. Licenciada pela FMUL, esteve no Hospital de Santa Maria até 2000, quando foi convidada para se mudar para o IPO. A sexualidade sempre foi um tema de curiosidade, nomeadamente na Oncologia. “É uma área de inovação e que tem sido um grande desafio”, diz.

Fora do hospital, faz ques-

tão de ter e de aconselhar “bons tempos livres”: “Digo sempre aos internos que é fundamental rir e procurar fazer aquilo que nos dá prazer. Só assim se consegue enfrentar o sofrimento e a dor com que lidamos diariamente no IPO. Ter um ambiente de equipa bem-disposto e apostar nos tempos livres são estratégias de evitar o *burnout* profissional e de tornar agradável o dia-a-dia no hospital de Oncologia.”

“Há cada vez mais sobreviventes de cancro e, destes, 50% irão sofrer de um qualquer problema sexual”, sublinha Lúcia Monteiro.

Apostar mais nesta área

Face à relevância do tema e ao “direito de se ter de volta uma sexualidade feliz”, Lúcia Monteiro defende uma maior aposta nesta área por parte dos hospitais, sobretudo dos centros de referência oncológicos. E, como realça, “não é necessário um investimento tão grande como se possa pensar”.

E explica porquê: “A formação é o mais demorado e dispendioso, mas hoje, com o nível de especialização e boa prática em Portugal, já não é obrigatório convidar professores estrangeiros, como tivemos de fazer no IPO de Lisboa, por termos sido os pioneiros. A boa prevenção e a intervenção precoce em Oncosexologia permitem muitas vezes evitar disfunções graves e complicações, cuja reabilitação já irá exigir o uso de dispositivos mais dispendiosos, como dilatadores vaginais ou próteses penianas.”

Nos IPO de Lisboa e de Coimbra, os dilatadores são compartilhados pela Liga Portuguesa Contra o Cancro. “Este apoio é muito importante porque, sobretudo no cancro pélvico, os tratamentos provocam estenose vaginal e, por conseguinte, dispareunia (dor pélvica na penetração). A melhor forma de prevenir esta atrofia vaginal é a prática de atividade sexual frequente, o que não é fácil durante a fase de tratamento ativo; na maioria dos casos, para além das massagens digitais com cremes próprios, acabamos por precisar dos dilatadores”, refere Lúcia Monteiro.



O SERVIÇO, CUJO DIRETOR É FERNANDO MALTEZ, FOI DOS ÚLTIMOS A SER CRIADO NO PAÍS, CEM ANOS DEPOIS DO PRÓPRIO HOSPITAL SER INAUGURADO

Curry Cabral tem o Serviço de Doenças Infecciosas mais eclético, com mais camas de internamento e mais quartos de isolamento

FERNANDO MALTEZ TEM ORGULHO NO SERVIÇO QUE DIRIGE DESDE QUE O MESMO FOI CRIADO, EM 2004. NESTA REPORTAGEM, QUE FOI REALIZADA QUANDO O MÊS DE JULHO JÁ IA A MEIO, FICA-SE A SABER COMO SURTIU, O QUE O DIFERENCIA, COMO POR ALI SE TEM LIDADO COM A EPIDEMIA CAUSADA POR VIH, COMO SE ENFRENTOU A PANDEMIA DE COVID-19 E QUEM SÃO ALGUNS DOS SEUS PROFISSIONAIS. O HOSPITAL DE CURRY CABRAL INTEGRA O CENTRO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO LISBOA CENTRAL.

O Serviço de Doenças Infecciosas do CHULC, fisicamente concentrado no Curry Cabral, “abriu portas” com as mesmas 36 camas que tem hoje, o que faz dele “o maior serviço do país em termos de capacidade de internamento”. Fernando Maltez lembra que, “na altura em que foi criado, até se pensou que fossem camas de mais!”. Note-se que 14 delas estão instaladas em outros tantos quartos de isolamento, por onde têm passado, ao longo dos anos, muitos casos de tuberculose, um problema que, pelos vistos, persiste.

“Essa é uma das grandes mais-valias deste Serviço e que o diferencia dos outros, o termos no mesmo espaço físico este número de isolamentos respiratórios com pressão negativa. Isso fez com que a Direção-Geral da Saúde nos considerasse centro de referência para as doenças infecciosas emergentes na zona sul do país. Diga-se, que neste momento, já todos os quartos (36 camas) têm pressão negativa”, esclarece o diretor. E mais: “Ainda temos acesso a um Laboratório de Biossegurança P3, onde é possível manusear agentes de alta infecciosidade, algo que não existe em qualquer outro hospital da rede pública.”

O ecletismo do Serviço, como lhe chama, é outra característica que Fernando Maltez releva, destacando as consultas de avaliação de risco infeccioso e para disponibilização de profilaxia pré-exposição a VIH, a consultadoria à Unidade de Procriação Medicamente Assistida da Maternidade Alfredo da Costa e o apoio ao Centro Hepatobiliopancreático e de Transplantação e ao Serviço de Nefrologia do Curry Cabral no controlo de infeções em candidatos a transplante e a transplantados hepáticos e renais.

“Damos ainda apoio a diversos serviços hospitalares, nomeadamente na contenção de doentes com infeções nosocomiais, integramos e colaboramos no Programa de Pre-

venção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos e asseguramos a assistência clínica das infeções ditas clássicas, nas atípicas, nas tropicais, e em setores de grande preocupação pública, envolvendo, nomeadamente, os programas nacionais de luta contra a tuberculose e a infeção por VIH/sida”, enumera Fernando Maltez.

Descrever toda a atividade do Serviço de Doenças Infecciosas do Curry Cabral torna-se complicado, mas pode-se referir o empenho na continuidade do projeto-piloto de dispensa da medicação antirretrovírica em farmácias de oficina, a colaboração com o Instituto de Saúde Ambiental da FMUL em projetos de rastreio e diagnóstico de doenças infecciosas em populações prisionais e de avaliação da prevalência de hepatite em ambiente de consumo injetado de drogas, ou o apoio clínico aos reclusos do estabelecimento prisional da Polícia Judiciária.

“No âmbito do ensino pós-graduado, temos formado infeciologistas e dado formação a internos portugueses de diferentes especialidades e hospitais, mas também de outras nacionalidades. Organizamos anualmente cursos sobre doenças infecciosas, tuberculose e infeção por VIH e terapêutica antirretrovírica. Desenvolvemos e ministramos no Serviço um programa anual de educação médica internacional em doenças infecciosas destinado a especialistas da América Central e do Sul, bem como do Leste da Europa, numa iniciativa que é única no país”, frisa.

Fernando Maltez refere ainda a participação, só nos últimos dois anos, em 16 protocolos de investigação clínica de âmbito nacional e internacional e a publicação de uma dezena de trabalhos em revistas indexadas com fator de impacto. No ensino pré-graduado, tem-se mantido a ligação à FMUL e ao ensino da disciplina de Doenças Infecciosas do 5.º ano, e ainda, nos últimos anos, a



Todos os profissionais do Serviço presentes no dia da reportagem posaram para a fotografia

formação de alunos de universidades de França, Roménia, Itália e Brasil.

Obtenção da idoneidade era objetivo prioritário

A Rainha Dona Amélia quis que Lisboa tivesse um hospital totalmente dedicado à tuberculose e o minis-

tro do Reino Hintze Ribeiro tratou de o mandar construir, aproveitando a estrutura do antigo Convento do Rego. Inaugurado em 1906, o Hospital do Rego seria rebatizado de Curry Cabral em 1929, adotando o nome daquele que é considerado o seu fundador, o médico José Curry da Câmara Cabral. Integrou, durante

décadas, o grupo dos Hospitais Cíveis de Lisboa.

A sua estrutura pavilionada seria adotada porque, na verdade, o hospital foi pensado para ser especializado em doenças infecciosas, o que, de facto, veio a suceder. Apenas nos anos 70 começou a receber outras valências, assumindo então o estatuto de hospital

Fora dos períodos de pandemia, os quartos de isolamento estão quase sempre ocupados por doentes com tuberculose. Todos os anos há 2 a 3 casos de TB multirresistente.

geral, mas, curiosamente, sem nunca ter um serviço dedicado à especialidade para a qual tinha sido criado.

Foi com a aposentação do seu diretor, Rui Proença, no início de 2004, que o então Serviço de Medicina e Doenças Infecciosas se “dividiu em dois”, dando origem ao Serviço de Doenças Infecciosas, cuja data oficial de criação é o dia 9 de março. Fernando Maltez seria designado responsável a 19 de março e seu diretor a 18 de junho.

O pavilhão onde tem o seu gabinete já existia, tendo sido construído de raiz um segundo, bem como a

estrutura de ligação entre os dois pavilhões. Recursos humanos também havia alguns, desde logo os médicos que já se dedicavam mais a esta área, nomeadamente, em torno de uma consulta para infetados por VIH criada nos finais da década de 80 por Fernando Maltez e outros colegas.

“O futuro veio demonstrar que, efetivamente, havia necessidade de uma maior diferenciação nas doenças infecciosas, de maior especialização nas suas diferentes áreas, como a das infeções emergentes e reemergentes, e de estarmos preparados para os desafios que estas doenças nos iriam colocar”, afirma o diretor.

A obtenção da idoneidade por parte do Colégio da Especialidade de Doenças Infecciosas da Ordem dos Médicos foi um objetivo que Fernando Maltez acabaria por conseguir algum tempo depois, o que viria a permitir a formação de novos especialistas, o primeiro dos quais seria Sara Lino, em 2009. As coisas começaram então a evoluir a outra velocidade a partir daí.

“Segui muitos miúdos hemofílicos com VIH e isso marcou-me bastante”

Fernando Maltez começou a acompanhar doentes infetados com o VIH a meio dos anos 80, quando os pri-

meiros casos surgem em Portugal. “Fiz todo o trajeto da epidemia: a evolução no que diz respeito aos números e aos desenvolvimentos terapêuticos, bem como ao prognóstico dos doentes, ao passar de uma patologia fatalmente

(Continua na pág. 22)

A vitalidade do Serviço

A cada dois anos têm lugar as Jornadas de Atualização em Doenças Infecciosas, que também servem, afirmou Fernando Maltez na sessão solene da 12.ª edição, em janeiro, para “mostrar a vitalidade” do Serviço que dirige. Vejam-se, na 1.ª pessoa, alguns dos dados que apresentou e que respeitam ao período 2018-2019:

“A atividade clínica nos dois anos que se seguiram às últimas Jornadas parece-nos relevante. Internámos 1170 doentes, realizámos 22.898 consultas de Doenças Infecciosas e atendemos em Hospital de Dia 7233 doentes, sem tempos de espera significativos.

“Recebemos por mês, em média, 7 novos doentes infetados por VIH e acompanhámos em ambulatório 3397, dos quais 3111 sob te-

Fernando Maltez é o coordenador da Infeção por VIH/sida no CHULC



Especialista e chefe de serviço de Medicina Interna e especialista e chefe de serviço de Doenças Infecciosas, com 65 anos, Fernando Maltez é o coordenador da Infeção por VIH/sida no CHULC, tendo sob a sua responsabilidade os dois polos existentes, nos hospitais de São José e dos Capuchos. É diretor do Serviço de Doenças Infecciosas do Hospital de Curry Cabral desde que o mesmo foi inaugurado, em 2004, tendo criado as condições indispensáveis ao reconhecimento da sua idoneidade.

É professor auxiliar da FMUL

e membro das equipas multidisciplinares do Grupo de Infertilidade Crónica e Procriação Medicamente Assistida da Maternidade Alfredo da Costa e do Centro Hepatobiliopancreático e da Transplantação do HCC.

Integra o Conselho Consultivo do Programa Nacional para a Infeção por VIH/sida e o Grupo de Revisão do Programa Nacional de Luta Contra a Tuberculose da DGS. É o atual presidente da Sociedade Portuguesa de Doenças Infecciosas e Microbiologia Clínica, cujo mandato termina em 2021.

O Serviço entra em agosto com um total de 9 especialistas (incluindo o diretor) e 9 internos.

tes. Inaugurámos, em abril de 2018, uma consulta para disponibilização de profilaxia pré-exposição a VIH, vulgar PrEP, onde atualmente acompanhamos 489 adultos, que motivaram 2588 consultas.”

(Continuação da pág. 21)

mortal, entre 12 a 18 meses, para uma infeção que se tornou crónica e controlável, ainda com muito estigma, mas nada como no passado”, afirma.

Diz que sim, que tem doentes desse tempo, lembra “o célebre AZT” (1987), o aparecimento da terapêutica tripla (1996) e a possibilidade de se determinar laboratorialmente a carga vírica. “Assistimos, então, a um avanço significativo do controlo e tratamento destes doentes. Até aí, foi o palmar de um caminho muito difícil. Via muita gente morrer, sobretudo nos primeiros anos da epidemia”, recorda, revelando uma das situações que mais o marcou:

“Segui, na altura, muitos miúdos hemofílicos, de 15 e 16 anos, que vinham aqui à minha consulta e que, invariavelmente, morriam todos. Isso marcou-me bastante. De facto, não tínhamos nada para os tratar. Resolvíamos o problema das infeções oportunistas, mas eles só sobreviviam um ano, um ano e pouco...”

Quando o Serviço é criado, em 2004, a infeção por VIH era a mais prevalente no internamento, algo que não se alterou, agora que passaram 16 anos, embora as doenças clássicas, como as bruceloses, as febres tifóides, as pneumonias e as endocardites, continuem a fazer parte da nossa atividade clínica diária.

“Estamos, de igual modo, vocacionados para as infeções em doentes que fazem imunossupressão iatrogénica e, portanto, para a sua prevenção, bem como para as infeções nosocomiais e para a prevenção e controlo das resistências aos antimicrobianos. E depois temos as infeções emergentes e reemergentes, que surgem de forma inesperada, com novos agentes infecciosos a desafiar os serviços de saúde e a sociedade”, lembra Fernando Maltez.

Covid-19: “O mais preocupante é a incerteza do futuro”

No Plano de Contingência para a pandemia por covid-19, ficou estabelecido que, no Curry Cabral, as camas



de internamento do Serviço de Doenças Infecciosas e do Serviço de Medicina ficavam dedicadas a esta nova doença, totalizando 36 + 32 camas.

“Em caso de necessidade, e de acordo com o plano estabelecido, estender-nos-íamos para duas enfermarias da Cirurgia e, posteriormente, para a Ortopedia, sendo possível ocupar até 300 camas”, explica Fernando Maltez.

Entretanto, uma campanha nacional de angariação de fundos, promovida pela Associação Cruz de Malta, permitiu a aquisição de um hospital de campanha com capacidade para mais 200 camas. No total, seria possível no Curry Cabral internar pelo menos 500 doentes com covid-19. Felizmente, não viria a ser necessário. Houve apenas um momento, em abril, em que foi preciso ocupar oito camas de uma das enfermarias de Cirurgia, entretanto libertadas.



No dia 14 de julho, data desta reportagem, o Serviço de Doenças Infecciosas tinha 23 pessoas internadas e o de Medicina outras 22. Trata-se, maioritariamente, de doentes com mais de 50 anos, com alguma prevalência da faixa entre os 70 e os 90 anos. Aliás, como se sabe, só muito

pontualmente têm surgido casos em idades mais jovens.

“Nós temos constatado aquilo que se descreve na literatura e que é referido noutros países, isto é, que 80% dos casos são ligeiros, 15% são de doença moderada e 5% são graves, dos quais 2,5% vão, normalmente, acabar por ne-



DR.ª DIANA PÓVOAS, INFECIOLOGISTA:

“Esta é uma área fascinante no âmbito da Medicina”

Percebeu em adolescente que queria ser médica. Frequentou a FMUL, entrou no Curry Cabral como interna em 2009, concluiu a especialidade em 2016 e nunca mais deixou o hospital. Afirma que “a Infeciologia é uma área fascinante no âmbito da Medicina e justifica: “Vejo-a como uma especialidade que consegue mesmo erradicar doenças. Tem essa particularidade, que é logo muito atrativa, e um campo de intervenção muito vasto, não sendo estritamente clínico. Vai da área social à saúde sexual e reprodutiva e intervém em políticas de saúde pública...”

Diana Póvoas, que nasceu em agosto de 1981, acabou por se dedicar mais às infeções na imunossupressão farmacológica, estando particularmente envolvida na consulta, criada há 3 anos, de avaliação do risco infeccioso na área da imunodepressão, e em relação à qual “fazemos um balanço muito positivo”.

“Desde o aparecimento da tera-



pêutica biológica, e com a evolução a que se assiste na área da transplantação, que há, de facto, um conjunto de doenças infecciosas associadas não só à patologia de base mas também ao tipo de fármacos utilizados, mostrando ser necessário adotar

cessitar de cuidados intensivos. A maior parte das situações de maior gravidade está relacionada, sobretudo, com idosos ou doentes com outras comorbilidades”, afirma Fernando Maltez.

O médico diz que o número de doentes covid-19 que tem internados não esgota a capacidade do seu Serviço, mas admite estar “muito preocupado pela incerteza do futuro”, nomeadamente, no que respeita à situação na região de Lisboa e Vale do Tejo, em que o total de novos casos diários diagnosticados, a meio do mês de julho, teima em não descer.

“Os doentes que temos aqui são

maioritariamente da nossa área de influência, mas temos tido pedidos de transferência do Hospital Fernando Fonseca, do Hospital de Cascais, do IPO e do Beatriz Ângelo. E também pedidos de apoio de hospitais particulares, como da CUF Descobertas. Por estarem sobrelotados, têm-nos solicitado, pontualmente, a transferência de alguns doentes”, confirma Fernando Maltez.

Com os circuitos covid e os circuitos não covid bem definidos, o Serviço de Doenças Infecciosas do Curry Cabral tem mantido sempre em funcionamento o seu Hospital

de Dia e o Ambulatório, sendo que muitas das consultas são agora não presenciais.

Todos os procedimentos de segurança são seguidos à risca, com um único caso de infeção por SARS-CoV-19 registado entre os elementos do Serviço, mas que ocorreu fora do contexto hospitalar.

Maria José Manata, infeciologista: “Continuaremos a conviver com o VIH”

Reconhece que a sua vida foi muito marcada por vírus da

imunodeficiência humana: “Comecei em 1990, são 30 anos a lidar com o VIH...”, confirma Maria José Manata, admitindo ser “muito gratificante” conhecer pessoas que se infetaram com o vírus da sida há mais de 30 anos e que fazem a sua vida normal.

E vamos continuar a conviver com o VIH? “Sem dúvida. Porque não deixamos de ter doentes positivos, haverá sempre novas infeções. Há muitas pessoas que nunca se testaram, não sabem que estão infetadas e tornam-se focos de infeção. Há, de facto, quem tenha comportamentos de risco, sobretudo a nível sexual.”

(Continua na pág. 24)

Três questões sobre a covid-19

Just News (JN) – Na sua opinião, o vírus SARS-CoV-2 já circulava muito antes do final de 2019?

Fernando Maltez (FM) – Não faço a mínima ideia. O reservatório destes coronavírus é o morcego. SARS veio do morcego, MERS veio do morcego, os próprios coronavírus sazonais vêm do morcego. Portanto, a passagem destes vírus para o homem é uma coisa relativamente fácil. O contacto próximo com o animal, numa situação de stress, de gravidez, de infeção ou subnutrição, favorece a ocorrência da infeção. No caso deste SARS-CoV-2, não se sabe qual é o reservatório intermédio. Ainda não se identificou, podendo até nem haver. Mas isso parece-me muito pouco relevante. Mesmo que já existisse, só agora saltou para o homem, atravessando a barreira da espécie.

JN – Pensa que o número de pessoas que já se infetaram em Portugal é maior do que aquilo que se imagina?

FM – Não admito que haja muito

mais pessoas infetadas do que aquelas que têm sido notificadas. Aceito que haja alguma percentagem de casos assintomáticos que ainda não tenham sido diagnosticados, bem como alguns infetados que não corram ao médico por não valorizarem as suas queixas, ou até mesmo casos, erradamente, diagnosticados como outras entidades clínicas, mas não penso que o número seja muito relevante. Importa referir que têm sido feitos testes serológicos que envolvem, também, pessoas assintomáticas e que a prevalência de anticorpos contra o vírus tem sido baixa.

JN – O que faz com que haja tanta incerteza quanto ao futuro?

FM – O futuro, neste momento, vai depender muito do rigor e da intensidade que nós pusermos nas medidas de contenção que foram implementadas e também da dinâmica de transmissão do vírus, que há de ser o resultado da sua variação de transmissão sazonal (conforme seja verão ou inverno, isto é, dependendo da maior ou

menor humidade e temperatura) e da presença, grau e duração da imunidade que se vier a desenvolver.

Se conseguida uma imunidade permanente, algo em que, neste momento, ninguém acredita, obviamente, a questão estaria resolvida. Se essa imunidade tiver uma duração limitada, podemos, periodicamente, ter este problema. Se a imunidade desenvolvida for longa, de 6 ou 7 anos, a pandemia pode ressurgir mais espaçadamente, digamos, por exemplo, a cada 5 anos. Se não se desenvolver qualquer imunidade, o vírus vai continuar a circular por aí e, regularmente, vamos entrar na rotina de confinamento-desconfinamento, para evitar as consequências da infeção.

O futuro só será diferente com o desenvolvimento de uma vacina, no qual acredito pouco. É mais provável, na minha perspetiva, que se consiga um tratamento antiviral eficaz. Até à data, ainda não se desenvolveu qualquer vacina para nenhum dos coronavírus conhecidos.

(Continuação da pág. 25)

não sabíamos quais eram as vias de transmissão e como a doença se ia desenrolando.”

Quem ouviu Marisa Chainho falar não imagina que a enfermeira só integrou o Serviço de Fernando Maltez em janeiro de 2018. Há uns dois anos e meio. E que até ponderou se devia aceitar o convite que lhe estavam a fazer para chefiar os enfermeiros e os assistentes operacionais das Doenças Infecciosas. Até porque, nessa altura, esta “não era, definitivamente”, a área que mais a atraía, “porque também não a conhecia!”.

Recuemos um pouco no tempo para contar que Marisa Chainho — que nasceu nos Açores, em abril de 1979, por razões circunstanciais — hesitou entre Medicina e Enfermagem, acabando por optar pela segunda, decisão de que não se arrepende nada. Terminaria o bacharelato no ano 2000, tendo partido para a licenciatura logo a seguir. Durante esses dois anos, trabalhou na Cirurgia Geral e Digestiva do Hospital Pulido Valente.

Seguiu-se a Urgência do Curry Cabral, durante 10 anos, até o Serviço fechar. Iniciou-se então um período de 7 anos de trabalho na Urgência do Hospital de São José, unidade que integra igualmente o CHULC. Entretanto, de referir que, a certa altura deste seu percurso profissional, tornou-se especialista em Enfermagem de Reabilitação.

No Serviço de Doenças Infecciosas, e sob a sua coordenação, tem perto de duas dezenas e meia de enfermeiros e uns 15 assistentes operacionais. Na fase inicial da pandemia, e sem recursos disponíveis, os profissionais de enfermagem tiveram que fazer trabalho suplementar. É fácil perceber porquê: “A partir do momento em que entrámos neste contexto, as pessoas que cá estavam

deixaram de ser suficientes porque o nível de cuidados é muito maior, nomeadamente, ao nível da segurança para os doentes e para os profissionais.”

O fecho de algumas áreas do hospital e a redução do número de

camas não covid, porque a atividade assistencial em geral diminuiu, permitiu dispor de um reforço adicional de pessoal, em termos de enfermeiros e de assistentes operacionais, que se aproxima da dezena.



Fernando Maltez:
“A tuberculose continua a ser muito prevalente e não se nota que tenha tendência para diminuir. As condições sociais não têm melhorado muito e a imigração também é bastante.”

DIANA COSTA, ASSISTENTE OPERACIONAL:

“Tem havido um cuidado muito rigoroso na desinfeção”

Natural de Lisboa, onde nasceu em junho de 1980, começou a trabalhar com 18 anos numa fábrica, até que em 2006 iniciava funções no Serviço de Doenças Infecciosas, onde se mantém como assistente operacional. É mãe de um rapaz de 21 anos e de uma menina com 3.

Diz que houve “muitas mudanças” no Serviço com a chegada da pandemia, nomeadamente ao nível da segurança: “É preciso lavar mais as mãos, estar de máscara das 8 da manhã às 4 da tarde, que é o meu horário, mudar de roupa, fazer a nossa higiene quando saímos...”

Confirma que “tem havido um cuidado muito rigoroso na desinfeção” e que “é um bocadinho complicado” trabalhar com o equipamento de proteção individual, por causa do calor. “Chego a estar com o EPI cerca de duas horas, o que dá para intervir em pelo menos quatro quartos”, explica.

Confessa que tem muito mais receio de andar nos transportes pú-

blicos do que no local de trabalho, até porque “aqui sei que tudo está a ser constantemente desinfetado com lixívia”.



Habitualmente mais ligada ao internamento, confessa que é das conversas com os doentes que tem mais saudades. “Não quer dizer que agora não fale, mas há outros cuidados!”, exclama.

ELISABETE MARTINS, ENFERMEIRA DE APOIO À GESTÃO:

“O meu filho mais velho pediu-me para deixar de ser enfermeira”

Elisabete Martins, 37 anos, nasceu em Esposende, tirou o curso de Enfermagem em Chaves e tinha um desejo: trabalhar num hospital. A solução? Procurar na zona de Lisboa, porque só os hospitais da capital respondiam aos pedidos de emprego. Ela e mais quatro colegas enviaram cartas. Estávamos em 2005. Responderam-lhes Santa Marta, o Curry Cabral e o Egas Moniz. As entrevistas eram por esta ordem. Já não foram à terceira...

“Escolhi esta área de forma muito consciente. Na altura, deram-me a opção de Infeciologia, Nefrologia e Ortopedia... e eu fui perentória!”, esclarece. O Serviço de Doenças Infecciosas tinha sido criado no ano anterior.

Depois da gripe A (2010) e do vírus Ébola (2014), e do surto de sarampo pelo meio, surge a covid-19: “No início, sabíamos que era um inimigo invisível, desconhecido, mas não tínhamos consciência de que ia tomar esta proporção a nível mundial e que ia perdurar tanto tempo, como ainda vai continuar a acontecer, infelizmente.”

A enfermeira lembra que o episódio de 2010 “começou em junho/julho, teve o seu ponto alto



em agosto e em setembro já estava resolvido”. Em 2014, “os casos suspeitos por vírus Ébola que íamos recebendo, com intervalos de tempo até bastante largos, eram de pessoas que vinham da zona do Congo”.

No final de janeiro, que foi quando recebemos a primeira suspeita de coronavírus, havia sempre aquele medo associado, obviamente, porque implica uma gestão de cuidados muito

diferenciada, mas também temos uma equipa formada e preparada”, assegura Elisabete Martins. Casada com um enfermeiro e com dois miúdos pequenos, confirma que “foi complicado, passámos uma fase em que, praticamente, só íamos a casa dormir”.

Numa fase inicial, Elisabete Martins e a sua colega Marisa Chainho estavam na prestação direta de cuidados: “Éramos nós as duas que ficávamos responsáveis, no turno da manhã, por receber os doentes com suspeita de coronavírus, até para aliviar a equipa que já tinha que dar resposta aos nossos doentes habituais, que na altura ainda tínhamos internados, e que precisava de cobrir toda uma escala de prevenção da tarde e da noite.”

“Entretanto, começámos a ter necessidade de aumentar a equipa e, desde a senhora da limpeza ao médico, quem vinha de fora precisava de fazer formação. E nós tínhamos que dar um apoio extra! O tempo que passávamos aqui era efetivamente muito. O meu filho mais velho, de 7 anos, pediu-me então para eu deixar de ser enfermeira! Estávamos na fase da teleescola e ele dizia para eu ser professora!” recorda.



FREDERICO DUARTE, INFECIOLOGISTA NA UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE MATOSINHOS:

“Faltas às consultas comprometem eficácia da PrEP, aumentando o risco de contrair VIH”

É A FALTA DE ADEÇÃO DOS UTENTES AO PLANO ESTRUTURADO DE UTILIZAÇÃO DE PREP QUE LEVA A QUE MUITOS TRATAMENTOS FIQUEM COMPROMETIDOS, COM O CONSEQUENTE RISCO DE INFEÇÃO POR VIH. O INFECIOLOGISTA FREDERICO DUARTE ABORDA A QUESTÃO.



Frederico Duarte: “Uma menor eficácia da PrEP contribui para aumentar a probabilidade de contágio por VIH”

A Direção-Geral da Saúde emitiu as primeiras normas sobre a utilização da PrEP (profilaxia pré-exposição) em 2017 e atualizou-as logo no ano seguinte. Nelas são identificados objetivamente os grupos populacionais com risco acrescido de aquisição de infeção por VIH.

Frederico Duarte, especialista em Doenças Infecciosas, confirma à *Just News* que, no panorama global, a esmagadora maioria dos utentes que procuram e/ou estão sob PrEP são homens que têm sexo com homens (HSH). E adianta que “a PrEP, na forma como a conhecemos hoje, foi autorizada com base em estudos inicialmente feitos na população de HSH, já que era um dos grupos populacionais onde a incidência mundial apresentava maior velocidade de crescimento”.

Há, neste momento, mais do que

uma posologia de utilização da PrEP: ou se faz uso diário, com um comprimido/dia, ou em toma *on demand*, dependendo dos hábitos sexuais ou dos contactos de risco que podem vir a acontecer. “A posologia é sempre explicada pelo clínico e acordada com o utente. Importa também apontar que a utilização de PrEP implica uma avaliação em consulta da especialidade e criada para o efeito, com rastreios regulares de outras infeções sexualmente transmissíveis”, explica o infectologista.

A questão é que, caso não haja adesão a este plano estruturado, de acordo com as normas existentes, o utente deixa de ter acesso ao levantamento da medicação. “É neste ponto que se verificam mais falhas na terapêutica, nas faltas às consultas e aos rastreios, o que faz baixar significativamente a eficácia da medicação e

aumentar o risco de contágio”, alerta Frederico Duarte.

Fármaco com “uma posologia revolucionária”

Não admira que o especialista encare com alguma expectativa os resultados de um estudo que foram agora apresentados nos primeiros dias de julho, no âmbito do 23.º Conferência Internacional da Sida, uma reunião que deveria ter sido realizada em São Francisco, mas que a pandemia de covid-19 levou a que acontecesse de forma totalmente virtual.

Uma das principais conclusões do estudo HPTN 083 prende-se, sem dúvida, com a anunciada eficácia superior da formulação injetável de cabotegravir, de longa duração de ação, administrada a cada 2 meses, comparativamente à terapêutica oral diária, como profilaxia pré-exposição

ao VIH. Segundo foi anunciado, esta terapêutica será 66% mais efetiva na prevenção da transmissão do VIH-1.

Frederico Duarte considera que os resultados deste ensaio clínico “são muito curiosos e animadores”. E justifica: “Era sabido que o cabotegravir tinha uma boa performance no contexto de doentes com infeção por VIH diagnosticada. Sendo de adminis-

tração injetável, permite um *bypass* à toma diária de comprimidos, podendo ter, por isso, um enorme potencial redutor de falhas na adesão ao tratamento, otimizando ainda mais a taxa de redução de transmissão do vírus em populações de risco.”

“Sendo uma novidade distinta das estratégias habituais nesta área médica, com uma posologia revolucionária, é com entusiasmo que aguardamos pela chegada do fármaco aos hospitais”, afirma o médico.

A consulta de PrEP foi oficialmente criada na Unidade Local de Saúde de Matosinhos, mais precisamente no Hospital Pedro Hispano, apenas em 2019, pelo que o número de utentes em seguimento é limitado, sendo na sua totalidade HSH.

“São jovens com vida sexual ativa e cujo risco de contágio de infeção por VIH seria considerável na ausência da PrEP”, considera Frederico Duarte, adiantando que “o principal desafio neste momento é transmitir aos utentes a noção objetiva de que a PrEP não protege de todas as infeções sexualmente transmissíveis, tornando o uso do preservativo fundamental”.

Aumento da incidência de outras IST está documentado

Aliás, essa foi uma questão que se colocou numa fase muito precoce dos ensaios clínicos que permitiram

o início da PrEP e que rapidamente se verificou acontecer na vida real das pessoas que são seguidas, tanto em Portugal como em todos os países que adotaram esta profilaxia.

“Está francamente documentado o aumento de incidência de outras IST, principalmente a sífilis e a gonorreia, mas é também frequente o diagnóstico de, nomeadamente, clamídia, herpes genital e papilomatose. Constata-se que os utentes relatam que os contactos sexuais acontecem

Frederico Duarte: “Em termos estatísticos, a maioria dos utentes que procuram e estão sob PrEP são homens que têm sexo com homens (HSH) e, numa percentagem mais pequena, trabalhadores do sexo.”

recorrentemente ao uso paralelo de tóxicos, com ingestão de álcool e sem o uso de preservativo”, esclarece o infectologista, que faz questão em chamar a atenção para o facto de a informação sobre PrEP, no nosso país, não se encontrar, como diz, “otimizada”:

“Ainda é frequente encontrar utentes, e até mesmo profissionais de saúde, que não têm conhecimento de que a PrEP existe. Que está disponível, tem critérios e normas próprias de prescrição e seguimento em consultas criadas para o efeito num nú-

mero significativo de unidades hospitalares, e trabalhando estas, muitas vezes, com organizações e grupos de ação social, como elos facilitadores de acesso à medicação.”

De referir que “o uso de PrEP em profissionais de saúde não é prática

corrente, nem está recomendado”, lembra o infectologista, acrescentando que, de qualquer maneira, “o doente, na esmagadora maioria das vezes, está sob tratamento e apresenta supressão vírica, sendo o risco de transmissão do VIH residual”.

COMPARATIVAMENTE À TERAPÊUTICA ORAL DIÁRIA

Cabotegravir injetável a cada 2 meses é 66% mais efetivo na prevenção do VIH-1

A Viiv Healthcare anunciou que os dados apresentados do estudo *HIV Prevention Trials Network* (HPTN) 083 demonstram eficácia superior da formulação investigacional injetável de cabotegravir de longa duração de ação, administrada a cada 2 meses, comparativamente à terapêutica oral diária de emtricitabina 200 mg/tenofovir disoproxil fumarato 300 mg (FTC/TDF) para a prevenção da infeção por VIH.

O HPTN 083 é um estudo de fase IIb/III aleatorizado, multicêntrico e com dupla ocultação, desenhado para avaliar a segurança e eficácia de cabotegravir injetável de longa duração de ação na prevenção da infeção por VIH (PrEP) em homens que fazem sexo com homens (HSH) e mulheres transgénero que fazem sexo com homens. A fase oculta do estudo foi interrompida em maio de 2020, na sequência de uma revisão planeada do *Data*

and Safety Monitoring Board, que demonstrou que o fármaco é altamente efetivo na prevenção da infeção por VIH na população do estudo.

A análise final confirmou, desde então, a sua superioridade, sendo 66% mais efetivo na prevenção da infeção por VIH, comparativamente à administração oral de FTC/TDF. Os resultados do estudo foram divulgados durante a 23.ª Conferência Internacional da Sida.

Para Kimberly Smith, diretora de Investigação e Desenvolvimento da Viiv Healthcare, “torna-se agora possível mudar o paradigma relativamente à prevenção da infeção por VIH, disponibilizando uma opção com taxas de efetividade muito elevadas e a comodidade de reduzir a posologia para apenas 6 vezes por ano”.

Na análise final, verificaram-se 52 casos documentados de infeção por VIH no estudo HPTN 083, dos quais 13 foram observados no braço de ca-



Kimberly Smith

botegravir injetável de longa duração de ação e 39 no braço de terapêutica oral diária com FTC/TDF. Isto traduz-se numa taxa de incidência de infeção por VIH de 0,41% no braço de cabotegravir (intervalo de confiança [IC] de 95%: 0,22%-0,69%) e 1,22% no braço de FTC/TDF (IC 95%: 0,87%-1,67%).

Uma avaliação preliminar demonstrou que a adesão a FTC/TDF oral foi elevada, com base num subgrupo aleatorizado de 372 parti-

cipantes no braço de FTC/TDF que demonstrou níveis de tenofovir detetáveis ($\geq 0,31$ ng/mL) em 87% dos participantes e concentrações de tenofovir consistentes com uma administração diária ($\geq 0,40$ ng/mL) em 75% das amostras testadas.

Apesar desta elevada adesão à terapêutica oral, cabotegravir injetável de longa duração de ação demonstrou superioridade no *endpoint* de eficácia primário da incidência de casos de infeção por VIH documentados e foi 66% mais efetivo do que FTC/TDF na prevenção da infeção por VIH, na população em estudo. Foram ambos bem tolerados, sendo a maioria dos acontecimentos adversos leves a moderados e comparáveis em ambos os braços de tratamento. Reação no local da injeção, pirexia e hipertensão foram mais frequentes no braço de cabotegravir, enquanto a náusea foi mais comum no braço de FTC/TDF.

O estudo HPTN 083 incluiu HSH e mulheres transgénero que fazem sexo com homens, não infetados por VIH, mas considerados em risco de contrair a infeção. Dois terços dos participantes do estudo tinham idade inferior a 30 anos (idade mediana de 26 anos) e 12% eram mulheres transgénero (n=567). Metade dos participantes nos EUA identificou-se como afro-americano ou de raça negra (n=844).

Myron S. Cohen, co-investigador



Myron S. Cohen

principal da HPTN e professor de Medicina, Microbiologia e Imunologia e Epidemiologia da Universidade da Carolina do Norte, em Chapel Hill, afirmou que “medicamentos que ajudem a prevenir novos casos de infeção por VIH são essenciais para a nossa atual luta para acabar com a epidemia. É motivador constatar que temos agora evidência clínica convincente de mais uma opção de PrEP efetiva, que pode desempenhar um papel crítico na redução da transmissão da infeção por VIH e, consequentemente, salvar vidas.”

De referir que está em curso um outro estudo que tem como objetivo avaliar a segurança e eficácia de cabotegravir injetável de longa duração de ação em mulheres sexualmente ativas. Até à data, mais de 3000 mulheres de 7 países africanos foram incluídas no HPTN 084, que é cofinanciado pelo NIAID, pela Viiv Healthcare e pela Bill & Melinda Gates Foundation.



CAPACIDADE DE RESPOSTA DAS UNIDADES DE QUIMIOTERAPIA E DE ENSAIOS CLÍNICOS AUMENTA DE FORMA SIGNIFICATIVA

Com 10.000 novos doentes por ano, IPO do Porto duplica a área ocupada pelos Serviços Farmacêuticos

OS SERVIÇOS FARMACÊUTICOS DO IPO DO PORTO VERÃO DUPLICADA A SUA ÁREA JÁ NAS PRÓXIMAS SEMANAS, ATINGINDO OS 1860 M². RESULTAM PARTICULARMENTE BENEFICIADAS AS UNIDADES DE QUIMIOTERAPIA E DE ENSAIOS CLÍNICOS, AUMENTANDO DE FORMA SIGNIFICATIVA A CAPACIDADE DE RESPOSTA DE AMBOS OS SETORES.

A responsável pelos Serviços Farmacêuticos (SF) do Instituto Português de Oncologia do Porto recorda-se bem de que quando ali chegou, há 31 anos, tinha à sua espera uma farmacêutica (a diretora), dois técnicos de diagnóstico, uma assistente operacional e uma assistente técnica. Só!

Em 1989, o espaço disponível era, obviamente, proporcional à dimensão dos recursos humanos — “muito diminuto”, descreve —, não ficava no edifício principal, como agora. A concentração dos SF no piso 1 — com exceção da Farmácia de Ambulatório, que fica no piso 3 do edifício principal — só viria a acontecer, aliás, em 2010, “o que veio facilitar toda a logística do medicamento”, sublinha Florbela Braga.

Nessa altura, a nossa interlocutora já era diretora há 8 anos. Também já tinha acontecido uma das alterações mais relevantes (pelo menos até agora) na vida dos SF, decidida em 2004 e que precisou de três anos para ser concluída: a centralização da preparação de toda a quimioterapia do IPO do Porto, que era feita em sete locais diferentes da instituição, entre os quais o Hospital de Dia e o Internamento.

“Fora dos SF, essa preparação era assegurada por enfermeiros, não havendo uniformidade nas práticas de manipulação. Mas o mais significativo era o desperdício que acontecia pelo facto de a quimioterapia ser preparada em tantos sítios, havendo sempre, como se imagina, doses que acabavam por sobrar”, refere.

Para além da agregação da preparação da quimioterapia, o facto de se terem colocado todas as camas de internamento em distribuição individual diária — deixando de haver grandes *stocks* nos serviços com antigamente — veio fazer toda a diferença.

“Esse foi um processo mais gradual, que teve que ver com a necessidade de desenvolver um aplicativo informático que, inicialmente, estava desenhado apenas para responder à necessidade de gerir o armazém”, esclarece Florbela Braga.

Os SF ocupam, desde 2010, o espaço do antigo Arquivo Clínico, que sofreu obras profundas de remodelação. Obras essas que permitiram também a criação da Unidade de Preparação de Estéreis. “É onde preparamos toda a nutrição parentérica. Também asseguramos toda a preparação dos dispositivos de analgesia epidural para o Bloco, que antes eram preparados pelos enfermeiros, aliviando-os dessa tarefa, para se poderem dedicar mais aos doentes”, observa.

E o número de pessoas acompanhadas no IPO do Porto não tem

parado de aumentar com o passar dos anos, com o registo de cerca de 10.000 novos utentes anualmente. Florbela Braga salienta o facto de surgirem doentes cada vez mais jovens, “sinal de que o diagnóstico precoce está a funcionar”.

Com cerca de 350 camas de internamento, é relevante o que está projetado acontecer muito em breve, fechar o circuito do medicamento através da leitura do código de barras (*data matrix*) dos medicamentos que saem dos SF e do código de barras da pulseira do doente no momento da administração.

Para que este projeto seja viável, uma das coisas essenciais já foi feita: a aquisição de uma máquina de reembalamento em grande escala, nomeadamente, de tomas orais (comprimidos e cápsulas) e de injetáveis, e a sua identificação com um código de barras de cada unidade reembalada.

Porto e, portanto, o mesmo sucedeu relativamente aos SF. A preocupação em proteger os colaboradores traduziu-se na promoção do teletrabalho e na criação de equipas que têm funcionado em espelho.

Para Florbela Braga, “foi uma experiência nova que funcionou plenamente. O acesso remoto ao nosso aplicativo informático permitiu-nos, por exemplo, assegurar as validações a partir de casa, enquanto os elementos que estavam fisicamente no hospital faziam toda a parte manual dos processos”.

Junho também marcou o lançamento de um programa próprio de entrega de medicamentos no domicílio — “prestando assim um serviço de mais proximidade” —, algo em que já se pensava sempre que, por exemplo, na Farmácia de Ambulatório se atendia um doente que vinha, de propósito, de Chaves ou de Bragança para levantar a sua medicação. A



Foto de grupo com boa parte dos profissionais que integram os Serviços Farmacêuticos do IPO do Porto

O referido equipamento estará a chegar por estes dias e a partir do momento em que, a nível informático, esteja tudo tratado, para administrar um fármaco, o enfermeiro só terá que confrontar o código de barras inserido na pulseira do doente com o que está inscrito na embalagem do medicamento, diminuindo assim a probabilidade de existir uma troca de medicação, aumentando a segurança dos doentes.

Covid-19 impulsiona lançamento de programa de entrega de medicamentos ao domicílio

O eclodir da pandemia de covid-19 não originou uma redução de atividade significativa no IPO do

“Centralizar a preparação da quimioterapia, operação concluída em 2007, representou, sem dúvida, uma mais-valia para a instituição”, considera Florbela Braga.

covid-19 deu, neste caso, um contributo importante para que o projeto arrancasse.

“Conseguimos agora garantir uma resposta efetiva aos utentes que apresentam debilidade do seu estado de saúde, dificuldade de transporte e/ou circulação, falta de cuidador/ou falta de substituto legal para efetuar o levantamento da sua medicação”, afirma Florbela Braga, esclarecendo que a Farmácia de Ambulatório do IPO do Porto atende mensalmente 2500 doentes, num total de 3000 prescrições médicas.

A diretora sublinha que esta iniciativa tem o apoio de um operador logístico, que oferece o transporte até ao final de setembro, e de donativos da indústria farmacêutica.

De qualquer forma, “vamos ter que ir avaliando como as coisas correm, inclusive, perceber se os próprios doentes sentem necessidade deste serviço”. E há outros aspetos que têm que ser tidos em conta, como a adesão à terapêutica. Por isso mesmo, “uma colega irá fazer esse controlo, através de contacto telefónico, para que o utente que está em casa perceba que é acompanhado e não se sinta distante do IPO”.

De referir que, nesta fase de pandemia, “a dispensa mensal da medicação habitual passou a ser bimestral, ou então até à consulta seguinte, isto porque grande parte dessa medicação é sempre sujeita a um controlo analítico presencial do doente antes da sua prescrição, nomeadamente,

dicação passou a ser dada para seis meses, o dobro do que era antes.

João Fraga: “O nosso dinamismo ao nível da produção vai ser outro”

O farmacêutico João Fraga, coordenador da Unidade Centralizada de Quimioterapia, tem razões para estar animado porque, particularmente no seu caso, a ampliação da área ocupada pelos SF significa também uma mudança física. “Vamos ter mais espaço e, sobretudo, mais

condições, o que irá permitir a realização de um trabalho mais fluido”, frisa.

“Embora nós orientemos tudo para que a nossa produção esteja num nível elevado, para satisfazer as exigências que temos por parte, principalmente, do Hospital de Dia, é necessária uma dinâmica de produção que se torna exigente, de forma a não frustrar as expectativas dos nossos doentes”, afirma, acrescentando: “Acredito que o nosso dinamismo ao nível da produção vai ser outro, o que nos permitirá acompanhar o

ritmo de crescimento do próprio hospital e até, quem sabe, partir para outros voos, aumentar o nosso *outsourcing*...”

A circunstância de haver cada vez mais soluções terapêuticas na área oncológica faz aumentar o volume de trabalho no seu setor: “Há muitos fármacos que não são propriamente citotóxicos clássicos, mas que, pela sua categoria e por serem administrados a doentes oncológicos, necessitam de uma preparação nas nossas ins-

(Continua na pág. 32)

FLORBELA BRAGA:

“Sou uma pessoa realizada na profissão”

Nascida e criada em Matosinhos, com 58 anos completados a 3 de maio, Florbela Braga garante ser “uma pessoa realizada na profissão”. “Sem dúvida alguma!”, frisa. Mas admite que no final da adolescência se sentia “fascinada” por uma atividade bem diferente: engenharia de minas! O facto de ter amigos que iam para Farmácia ajudou-a a definir o seu futuro profissional. Frequentou a FFUP, trabalhou 2 anos no Hospital de São João e em 1989 o IPO do Porto abriu-lhe as portas. Até hoje!

Reconhece que nunca sentiu qualquer afinidade pelas áreas da Indústria ou das Análises Clínicas e optar por Farmácia Hospitalar pareceu-lhe ser o mais óbvio, até porque desde pequena que nas conversas lá por casa havia palavras que se repetiam vezes sem conta: hospital, gestão, mercadorias, medicamentos... Isto porque o seu pai era o responsável pelo Aproveitamento do antigo Hospital de Matosinhos. Refira-se que Florbela Braga também tem uma irmã que é oncologista na insti-



tução hospitalar que lhe sucedeu, o Pedro Hispano.

Está convencida de que influenciou o mais novo dos seus dois filhos, que tem atualmente 24 anos, a licenciarse em Ciências Farmacêuticas, o que aconteceu em dezembro, e a escolher também Farmácia Hospitalar. “Ele sem-

pre me viu na profissão com muito entusiasmo”, diz, em jeito de justificação.

Florbela Braga foi durante muitos anos membro do Colégio da Especialidade de FH da Ordem dos Farmacêuticos, integrando neste momento a Direção da sua Secção Regional do Norte.

Profissionais dos SF do IPO do Porto (em junho de 2020)

19 farmacêuticos
19 técnicos de diagnóstico
7 assistentes operacionais
3 assistentes técnicos



(Continuação da pág. 31)

talações. Como tal, temos assistido a um crescimento enorme de terapias inovadoras, originando cada vez mais fármacos destinados a administração por via oral, cedidos na Farmácia de Ambulatório, mas também por outras vias, necessitando de preparação na nossa Unidade e refletindo-se num aumento de produção muito grande.”

O funcionamento da Unidade

João Fraga: “Conseguir que os doentes vivam mais tempo e com mais qualidade de vida também é fruto do nosso trabalho.”



João Fraga

Centralizada de Quimioterapia é assegurado por uma equipa de sete farmacêuticos, incluindo João Fraga, normalmente com uma presença diária de cinco elementos. Cinco técnicos superiores de diagnóstico, quatro assistentes operacionais e um assistente técnico completam o leque de profissionais que diari-

mente possibilitam que sejam feitas cerca de 250 preparações (às vezes 300!), com destino ao Bloco, ao Hospital de Dia de Pediatria, Hospital de Dia de Adultos, pisos de Medicina, pisos de Transplantes e *outsourcing* para unidades hospitalares mais pequenas.

João Fraga integra os SF do IPO do Porto há apenas um ano e meio. Com 38 anos feitos em maio, nasceu e estudou no Porto, tem uma irmã mais velha que também é farmacêutica hospitalar — e que trabalha ali mesmo ao lado, no São João — e só depois de 4 anos em Farmácia Comunitária se aventurou no mundo dos hospitais, acabando por ficar no CH de Vila Nova de Gaia/Espinho durante 5 anos. “Foi aí que adquiri bastante experiência, sobretudo na área da manipulação de citotóxicos, embora numa escala que não é comparável com a do IPO”, conta.

Dora Bernardo: número de ensaios clínicos com “crescimento exponencial”

Dora Bernardo, 45 anos, natural de Vilar de Mouros, começou a trabalhar no IPO do Porto, em 2004, com uma tarefa muito clara: implementar a Unidade Centralizada de Quimioterapia. Florbela Braga desafiou-a porque sabia do seu interesse por esta área, da experiência que entretanto adquirira nos mais de quatro anos em que esteve ligada aos SF do CH

do Alto Minho e numa altura em que até estava a fazer o mestrado em Oncologia.

A sua entrada no mundo dos ensaios clínicos no IPO do Porto aconteceu, em 2008, pela coincidência de ter engravidado (impedindo-a de manipular citotóxicos), levando à troca de área, aliada à necessidade de se expandir aquele setor dentro dos SF.

“Tem ocorrido um crescimento exponencial a nível de volume de trabalho. E como nós somos um centro oncológico de referência, em várias patologias, incluindo da área da Pediatria, temos sempre muitos promotores interessados em incluir o IPO do Porto nos ensaios”, refere a farmacêutica, que adianta:

“O interesse pelo nosso Institu-



Dora Bernardo

(Continua na pág. 34)



to também é relacionado com a capacidade de recrutamento de doentes nos EC, bem como nos cuidados altamente especializados, com uma concentração de conhecimentos, recursos e experiência. E esse é um aspeto fundamental, até porque Portugal é um país muito pequeno e que luta, neste campo, com outros que têm uma capacidade de resposta extraordinária, como é o caso de Espanha.”

Com mais de 150 ensaios clínicos ativos de diferente duração a decorrer em simultâneo, Dora Bernardo refere que o pedido de reforço em termos de recursos humanos tem sido constante. Admite precisar, “urgentemente, de mais farmacêuticos”.

Uma das áreas que vai beneficiar bastante com a ampliação das instalações dos SF é precisamente a sua. A própria diretora, Florbela Braga, é a primeira a reconhecer que “o espaço atual é muito diminuto. Precisamos de armazenar documentação e medicamentos e de poder receber em simultâneo vários monitores dos ensaios em curso, para conseguirmos uma dinâmica maior”.

Filipa Fernandes Duarte: nova reembaladora revolucionária armazenagem e distribuição

Filipa Fernandes Duarte, 41 anos, especialista em Farmácia

MARIA FERNANDA GONÇALVES, ASSISTENTE TÉCNICA: "Eu fundei o serviço administrativo"

São 40 anos de serviço, 38 dos quais nos SF. Trabalhou apenas os primeiros dois anos da sua vida fora do IPO do Porto. Em janeiro de 1981, Maria Fernanda Gonçalves, nascida em novembro de 1956, entrava para a lavandaria do Instituto, como assistente operacional, segundo a designação atual. Dois anos depois, concorreu e conseguiu entrar nos SF. “Eu fundei o serviço administrativo”, sublinha, numa altura em que “éramos apenas cinco funcionários na Farmácia”.

E o que faz no seu dia-a-dia? Dá apoio administrativo à diretora e, com outros dois colegas, “fazemos a introdução de medicamentos novos e todo o movimento da Farmácia a nível de *stock*, contactos com laboratórios, arquivo, etc.”.

Maria Fernanda Gonçalves é o elemento há mais tempo nos SF do



Maria Fernanda Gonçalves

BERTA MOUTINHO, ASSISTENTE OPERACIONAL: "Gosto muito de cá estar e de tudo o que aqui fazemos"

Natural de Rio Tinto, com 53 anos feitos agora em agosto, Berta Moutinho começou a trabalhar numa fábrica com 15 anos. Quando aquela fechou, acabou por entrar no Instituto, em 1994.

“Estive 16 anos na parte da Nutrição e entrei na Farmácia em 2010, na altura da mudança para as novas instalações. Gosto muito de cá estar e de tudo o que aqui fazemos. Temos sete setores e todos os AO passam, regra geral, uma semana em cada um deles. Fazemos um pouco de tudo. A qualquer momento, pode faltar um colega e temos que estar aptos a trabalhar onde formos precisos”, explica.

Berta Moutinho garante que gosta de qualquer uma das áreas, sendo certo que a Unidade de Quimioterapia será “a mais delicada, por causa da limpeza que é necessário fazer nas salas onde se preparam



os fármacos, duas a três vezes por dia. Tenho problemas de respiração e nós precisamos de nos equipar todos!”.

(Continuação da pág. 32)

Hospitalar (a sua 1.ª escolha!), começou a trabalhar no IPO do Porto em 2003 – a sua “segunda casa”, onde a mãe foi enfermeira por 32 anos – e em 2005 era-lhe dada a responsabilidade de coordenar o setor da Distribuição Individual em Dose Unitária.

“Tive o privilégio de implementar o alargamento deste tipo de distribuição a 342 das 353 camas do hospital, bem como participar em todo o processo que permitiu a informatização da prescrição médica de todos os doentes”. E assegura que o seu setor “é um elo fundamental para a garantia da prestação de cuidados com qualidade e segurança, através da rastreabilidade e controlo sobre a prescrição”.

Diariamente, dois farmacêuticos, cinco técnicos superiores de diagnóstico e um assistente operacional tratam da dispensa de medicamentos para 342 doentes, para um período de 24 ou de 72 horas, no caso dos fins de semana. Têm à sua disposição um sistema semiautomático *Kardex*,



SF do IPO Porto em números (2019)

Unidade Centralizada de Quimioterapia

Preparações:

65.332 para H. de Dia
9709 para Internamento
3995 para *outsourcing*
ao CH de Médio Ave

Ambulatório

Doentes atendidos:
27.147

Prescrições registadas:
32.592

Média de doentes/dia:
103

Preparações estéreis

Bolsas nutritivas
pediátricas: 961

Bolsas nutritivas de
adulto: 0
DIBS: 2448

Preparações *hazardous*:
2027

Filipa Fernandes Duarte: “Ler o código de barras na pulseira do doente acrescenta valor e segurança ao fluxo do medicamento.”

necessário um conhecimento profundo da patologia oncológica e do próprio doente.”

Filipa Fernandes Duarte e a sua colega Helena Neves estão, entretanto, a receber formação específica em cuidados farmacêuticos no doente transplantado, de forma a integra-

rem permanentemente a equipa do Serviço de Transplante de Medula Óssea. Cumpre-se, assim, um dos critérios exigidos pelo Joint Accreditation Committee, que certificou o STMO nas áreas de transplantação hematopoietica em doentes adultos e pediátricos.

que permite o acondicionamento correto e individualizado dos medicamentos.

A próxima entrada em funcionamento de uma reembaladora entretanto adquirida, e que permite o acondicionamento individualizado e a identificação com código de barras de todas as formas farmacêuticas, “irá alterar, de forma profunda, todo o armazenamento nos SF”. Possibilitará, ainda, “a implementação, até ao final de 2020, da Solução Integrada para a Validação da Terapêutica Farmacológica e Segurança Transfusional da BIC”.

O setor coordenado por Filipa Fernandes Duarte é também “um centro nevrálgico para a comunicação entre os diversos setores dos SF, bem como com os serviços clínicos”.

“Os farmacêuticos estão concentrados na validação da prescrição médica, trabalhando sinergicamente com as outras classes profissionais, de forma a garantir a adequação da

prescrição ao perfil fisiopatológico do doente. Esta comunicação é reforçada através da presença de farmacêuticos em reuniões de serviço, onde são transmitidas informações clínicas relevantes, e com a prática da reconciliação terapêutica. Para tal, é



Filipa Fernandes Duarte

FERNANDA BESSA, COORDENADORA DOS TÉCNICOS SUPERIORES DE DIAGNÓSTICO:

"A manipulação de citotóxicos é a tarefa mais exigente"

Os SF do IPO do Porto têm 19 técnicos superiores de diagnóstico, mas na altura em que esta reportagem foi feita (meados de junho) o grupo incluía mais dois colegas contratados por 4 meses... por causa da covid-19, que colocou alguns destes profissionais em teletrabalho, ou “presos” em casa devido aos filhos pequenos.

Apenas quatro são do sexo masculino. Uma desproporção que, curiosamente, não há maneira de ser atenuada, isto apesar de algumas das tarefas desempenhadas no Instituto não poderem ser asseguradas durante o período de gravidez e depois, enquanto a mãe amamenta, pela exposição a substâncias nocivas.

Fernanda Bessa nasceu em Cambinda (Angola) nos últimos dias de agosto de 1968 e veio ainda pequenita para Lisboa, mudando-se logo a seguir para a zona do Porto. Sem média para entrar em

Medicina, resolveu fazer o curso que na altura ainda se chamava de Técnico de Diagnóstico e Terapêutica, optando pela vertente de Farmácia.

Percebe-se: “Era a que se aproximava mais da área de que gostava – Saúde.” Ainda estudou Química durante 4 anos e depois esteve mais 2 em Ciências Farmacêuticas, boa parte do tempo na qualidade de trabalhadora estudante, como técnica de Farmácia no HG de Santo António.

Entrou nos SF do IPO do Porto com 4 anos de experiência, precisamente em agosto de 1995. A equipa de técnicos não era a que é hoje – Fernanda Bessa tinha apenas 3 colegas. Cinco anos depois (2010) assumiria a coordenação. Lembra-se que, então, já eram dezena e meia...

Não há falta, no mercado de trabalho, de técnicos superiores de diagnóstico: “Há muita gente a



formar-se. Vão quase todos para as farmácias comunitárias.”

Fernanda Bessa destaca o aumento de atividade que se tem verificado no setor da manipulação de citotóxicos: “Nós somos cinco técnicos na unidade, quatro de manhã e

um à tarde, e fazemos centenas de preparações por dia. Dentro dos SF, é a tarefa mais exigente. A exposição a fármacos nocivos obriga, preferencialmente, por exemplo, a uma rotatividade semanal. E temos colegas que querem ser pais e têm que se ausentar para fazer um período de descanso. O correto seria saírem seis meses antes.”

Fernanda Bessa chama a atenção para a circunstância de, ao contrário do que sucede com a radioterapia, relativamente à manipulação de citotóxicos não há legislação “em nenhuma parte do mundo”, embora existam *guidelines* que apontam para a realização de pausas com intervalos de 45 minutos a uma hora.

“Essas paragens que fazemos são essenciais para trocar as luvas, para as mãos poderem respirar e até para descansar, pois, trabalhamos com o indispensável equipamento de proteção individual”, explica.

CARLA CARLOS, COORDENADORA DA UNIDADE DE ESTÉREIS:

“O destaque da nossa produção é a preparação de misturas de analgesia”

Carla Carlos coordena a Unidade de Preparação de Estéreis, “onde preparamos bolsas individualizadas de nutrição parentérica para doentes pediátricos, visto a indústria farmacêutica não disponibilizar bolsas comerciais que satisficam as necessidades nutricionais desta faixa etária”.

“O destaque da nossa produção é a preparação de misturas de analgesia, quer em contexto do tratamento da dor aguda no pós-operatório, quer na preparação de misturas individualizadas no tratamento da dor crónica”, refere.

A farmacêutica destaca a importância do tratamento da dor crónica, “com bastante incidência nos nossos doentes, cuja origem decorre da progressão da própria doença oncológica ou está relacionada com os tratamentos administrados”. E acrescenta: “Para aqueles doentes que se encontram numa fase terminal da sua



doença e que pretendam permanecer no seu domicílio, são preparadas, sempre que necessário, misturas de analgesia, em DIB (*drug infusion balloon*) e fornecidas em regime de ambulatório.”

Tanto na Unidade de Preparação de Estéreis como na Unidade De Preparação de Não Estéreis, a equipa é constituída por um farmacêutico, um técnico e um auxiliar. “Integram um sistema rotativo, havendo pessoas com formação para trabalhar nas duas áreas”, explica Carla Carlos, que nasceu em Viseu faz este agosto 45 anos.

Conta que na adolescência queria ser engenheira química, mas, afinal, licenciou-se em Ciências Farmacêuticas pela Faculdade de Farmácia da Universidade do Porto. Ainda durante o curso, chegou a fazer um estágio numa farmácia hospitalar em Malta e, mais tarde, trabalhou dois anos nos Serviços Farmacêuticos do CH de Vila Nova de Gaia/Espinho. A oportunidade de trabalhar no IPO do Porto surgiu em 2004, permitindo testemunhar o crescimento do serviço desde aí, sempre sob a direção de Florbela Braga.

DANIELA BRANDÃO, COORDENADORA DA FARMÁCIA DE AMBULATÓRIO:

"O nosso doente é muito especial, muito resiliente e agradecido"

Foi inspirada na professora de Química, farmacêutica de formação, que Daniela Brandão, 43 anos, natural do Porto, escolheu o curso que haveria de tirar. Entrou no IPO em 2001 e foi logo para a Farmácia de Ambulatório. “Era a área que estava a crescer e onde precisavam realmente de um elemento”, recorda. Há uns dez anos que coordena esse setor dos SF, o único que fica noutra edificação, no piso 2. A equipa é constituída por dois farmacêuticos, um assistente operacional que dá apoio na receção das encomendas que vêm da Farmácia Central e um assistente técnico que repõe os stocks.

“O nosso doente é muito especial, passando por diferentes fases da doença e de adaptação a uma

nova realidade. É muito resiliente e agradecido! Acho este trabalho bastante enriquecedor, precisamente porque nós sentimos que há reconhecimento por parte do utente. E chegamos ao fim do dia com uma sensação de missão cumprida. Noto isso, independentemente da idade, do estrato social, ou do género. É transversal”, reporta Daniela Brandão, prosseguindo:

“O que nós observamos aqui é que o doente sente um apoio enorme e isso é muito gratificante. Na altura do plano de contingência, tivemos uma farmacêutica em casa, em teletrabalho, com um telemóvel que dava apoio ao Ambulatório, e eu fui uma delas. Não imagina a gratidão que as pessoas demonstravam quando nós atendíamos o telefone.”



Sentiam que não tinham sido abandonadas.”

MARIA JOÃO PELAYO, CO-COORDENADORA DA UNIDADE CENTRALIZADA DE QUIMIOTERAPIA E FARMACÊUTICA DESTACADA NO HOSPITAL DE DIA DE ADULTOS:

"Promovemos a intervenção farmacêutica"

Maria João Pelayo, 35 anos, que sempre trabalhou nos SF do IPO do Porto, é a farmacêutica que habitualmente está destacada, a tempo inteiro, no Hospital de Dia de Adultos. “Essa aproximação ao serviço clínico e aos profissionais de saúde que lá trabalham ajuda-nos a desenvolver Farmácia Clínica, que é um conceito que a nível da Farmácia Hospitalar é importante para nós. Consideramos que o caminho do futuro será por aí”, afirma, acrescentando:

“Trata-se de um hospital oncológico, a maior parte dos tratamentos é feita em regime de ambulatório e, por isso, é para o Hospital de Dia que encaminhamos parte significativa da nossa produção interna de preparações de quimioterapia.”

E mais: “Farmácia Clínica é um conceito muito abrangente, que

engloba várias ações, por exemplo, a validação farmacêutica, que consiste em fazer uma avaliação da



prescrição médica em várias vertentes; verificar se a prescrição cumpre determinados requisitos, para a podermos preparar e administrar em segurança; confirmar se é necessária alguma justificação especial para a utilização de determinado medicamento, pois, estamos a falar de fármacos muito caros e com estreita margem terapêutica.”

“Garantir que a prescrição médica reflete a intenção do médico e está de acordo com as necessidades do doente, analisando parâmetros analíticos e promovendo a chamada intervenção farmacêutica quando encontremos qualquer não conformidade” — isto é, segundo Maria João Pelayo, o que se espera do profissional dos SF destacado para o Hospital de Dia, observando-se “uma acção muito grande da parte médica e de enfermagem”.

EM 2020

CONTINUAMOS A PROMOVER A
INTEGRAÇÃO DE CUIDADOS.

Publicações



www.justnews.pt

PUBLICAÇÃO DE REFERÊNCIA
NA ÁREA DOS CUIDADOS
DE SAÚDE PRIMÁRIOS.



