

Miguel Guimarães
Os verdadeiros ventiladores do SNS

■ P. 5

Alexandre Lourenço
A covid-19 e o Hospital Público

■ P. 5



Siga-nos
just news

GASOXMED+

Cuidados
Respiratórios
Domiciliários

24 horas/365 dias
800 50 60 90
GRATUITO

PUB

HOSPITAL Público

A PARTILHA DE BOAS PRÁTICAS

Entrevista a Fernando Araújo, presidente do CA do CHUSJ

Falta de investimento e de autonomia na gestão condiciona evolução dos hospitais do SNS

Considerando que apresentam resultados clínicos "excelentes", o ex-governante deixa claro que esse é, no seu entender, o grande problema dos hospitais públicos. Afirma ainda que todos os profissionais do CHUSJ "podem ser agentes importantes na revolução interna que está a ser feita".

■ P. 12/17



Medicina Intensiva de Santa Maria

■ P. 28/33



João Miguel Ribeiro, o diretor do Serviço de M. Intensiva do CHULN, garante: "Temos camas disponíveis para receber todos os doentes que precisam de nós e não há qualquer critério de triagem só para casos de covid-19." Na foto (ao lado), com o enfermeiro José Alexandre Abrantes.

Tratar o doente como um todo e antecipar o dia seguinte

UCI POLIVALENTE DO HOSPITAL DOS COVÕES EXCLUSIVA PARA CASOS DE COVID-19

A grande mais-valia da enfermagem na reabilitação do doente crítico

O CHUC privilegia a integração dos especialistas de ER, nomeadamente, nas equipas de Cuidados Intensivos do Serviço de Medicina Intensiva. Com a diminuição dos dias de internamento e a redução das complicações, saem beneficiados os doentes e não só.

■ P. 42/45

Serviços Farmacêuticos do Beatriz Ângelo



Promover novos métodos de quantificação e valorizar a intervenção farmacêutica

Cláudia Santos, a sua diretora desde o primeiro dia, afirma que a razão do sucesso da Farmácia do HBA reside na "equipa de sonho" que conseguiu formar.

■ P. 38/41

Hospitais públicos locais de eleição para formação de novos psiquiatras



Maria João Heitor (na foto) é a nova presidente da Sociedade Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental

■ P. 18/20

CARLA BENEDITO

Takeda integra aliança em busca de terapêutica para a covid-19

■ P. 24



A grande dificuldade dos profissionais de saúde em pedir ajuda psicológica

O recém-criado Serviço de Psicologia do CHUSJ, cujo diretor é Eduardo Carqueja (na foto), está disponível para dar apoio a funcionários, doentes e familiares/cuidadores.



■ P. 22/23

João Marques-Teixeira no XIV Congresso Nacional de Psiquiatria:

"Saúde Mental é um eufemismo para designar a doença mental" ■ P. 46

EM 2020

CONTINUAMOS A PROMOVER A INTEGRAÇÃO DE CUIDADOS.

PUBLICAÇÃO DE REFERÊNCIA NA ÁREA DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS.



JORNAL DISTRIBUÍDO AOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DAS UNIDADES HOSPITALARES DO SNS.

Publicações

www.justnews.pt





Miguel Guimarães
Bastanário da Ordem dos Médicos

Os verdadeiros ventiladores do SNS

Mal tínhamos entrado em 2020 quando percebemos que nada seria como esperávamos. A emergência de saúde pública criada pela covid-19 mudou-nos como sociedade, criando uma pressão sobre a economia e os serviços de saúde para a qual ninguém estava preparado. A normalidade que queremos recuperar dificilmente será a mesma – perdemos vidas humanas e isso é algo que nunca se pode recuperar, sem esquecermos efeitos sociais, físicos, psicológicos, culturais, económicos... No meio de tantas dúvidas, encontremos em Charles Darwin alguma inspiração: Não é o mais forte que sobrevive, nem o mais inteligente, mas o que melhor se adapta às mudanças.

Cabe-nos a todos – do poder político aos profissionais de saúde e à sociedade civil – minimizar o impacto imediato e futuro do surto, e não me refiro apenas aos doentes infetados pelo novo coronavírus. O impacto nos outros doentes pode ser mais difícil de mensurar, pelo que as correções podem chegar tarde. Adaptarmo-nos às mudanças implica mudar o sistema para responder à pandemia – mas sem deixar outras doenças graves de fora, aumentando as desigualdades sociais, a morbilidade e a mortalidade. E num SNS fragilizado isso é tarefa difícil.

Esta crise chegou-nos numa altura em que gastávamos, na saúde, menos de metade da média da União Europeia *per capita*, numa diferença de 1297 euros para 2609 euros, em paridade de poder de compra. Esta crise chegou-nos numa altura em que os médicos já faziam mais de 6 milhões de horas extraordinárias por ano e em que, mesmo assim, as pessoas a aguardar cirurgia tinham passado de perto de 192 mil, em 2016, para mais de 245 mil, em 2019, com 30% das consultas a serem feitas fora do prazo, mesmo em situações prioritárias ou muito prioritárias. Esta crise chegou-nos quando as mãos não chegavam para tudo e quando poucos ouviam os nossos gritos de alerta.

O SNS, apesar de debilitado, soube adaptar-se à pandemia, independentemente de falhas como a falta de equipamentos de proteção individual adequados para proteger a vida dos doentes, evitando que quem cuida deles adoça. Mas ficou à vista de todos que o grande ventilador do nosso SNS e do país são, como sempre foram, os médicos, os enfermeiros, os farmacêuticos, os assistentes operacionais, os técnicos superiores de diagnóstico e terapêutica, os secretários clínicos, entre muitos outros profissionais de saúde. São eles que têm estado na linha da frente – mesmo estando há várias semanas longe de casa para protegerem as famílias.

Este esforço está a permitir responder aos nossos doentes em condições extraordinariamente difíceis. Mas o foco político na covid-19 e o facto de não se ter seguido a recomendação da Ordem dos Médicos de ter hospitais e/ou áreas bem definidas dedicadas à pandemia também trouxe outros problemas. Muitos cidadãos com doenças graves ou urgentes, que não deviam ver a sua ida à urgência adiada, ou os exames, consultas e cirurgias desmarcados, não estão, em muitos casos, a ter a resposta adequada. Ninguém pode ficar para trás. É urgente criar uma *task-force* para preparar o sistema para continuar a responder-lhes, é preciso ter uma visão global e integrada que não ignore o setor privado e social.

Precisamos de todos. O Milagre de Portugal nesta pandemia são e vão continuar a ser os profissionais de saúde e todos aqueles que cuidam de nós, bombeiros, forças de segurança, autoridades judiciais, militares, cuidadores... Mas o Milagre de Portugal são também os portugueses, a sociedade civil, que souberam interpretar a gravidade da situação. Que souberam adaptar-se.

Adaptarmo-nos às mudanças implica mudar o sistema para responder à pandemia – mas sem deixar outras doenças graves de fora, aumentando as desigualdades sociais, a morbilidade e a mortalidade.



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

A covid-19 e o Hospital Público

O Hospital Público não recuperou da última crise, vivendo em permanente sobressalto e manifestações de descontentamento. Chega à pandemia de covid-19 bastante limitado, enfrentado graves problemas estruturais.

A covid-19 alterou as perceções sobre o sistema de saúde. Principalmente sobre a relevância dos profissionais de saúde. Como comunidade, percebemos a importância de ter um serviço de saúde universal e de ter um corpo profissional empenhado e qualificado.

Contudo, a memória é curta – as pessoas que criticavam o SNS e os profissionais de saúde são as mesmas que agora batem palmas e que se sentem muito emocionadas com a resposta dos profissionais de saúde. Face à iminente crise económica e fiscal, veremos se a perceção da importância do SNS se mantém. Face às crescentes necessidades em saúde, dado o empobrecimento inevitável, com maior reflexo nos mais frágeis, veremos a prioridade dada ao SNS. Infelizmente, o comportamento dos agentes é mais oportunístico do que reflexo de convicções.

A tentação para desinvestimento no SNS vai ser tremenda. Mesmo dada a complexidade em manter um sistema dual em funcionamento: cuidados específicos para a covid-19 e cuidados gerais. Foi necessário vivermos uma crise com esta dimensão para o Ministério das Finanças desagrilhoar as instituições hospitalares. Nada de mais. O medo do colapso deu lugar à vontade política que tanto faltou nos últimos anos.

Não é possível continuar a aceitar que a gestão de topo não seja avaliada. Não é mais aceitável que o Hospital Público seja gerido por curiosos, por carreiristas, por arrivistas.

Antes da tentativa de redução do financiamento, que vai surgir, há uma oportunidade para o Hospital Público promover a sua reestruturação. A transformação digital e a integração de cuidados de saúde (entre níveis de cuidados) e cuidados sociais permitem inovar os seus modelos de prestação. Os centros de responsabilidade integrados têm potencialidade para melhorar a qualidade e o acesso a cuidados de saúde.

Mas, mais do que tudo, é necessário atalhar o problema estrutural de governação do Hospital Público, que limita tudo o resto. Não é possível continuar a aceitar que a gestão de topo não seja avaliada. Não é mais aceitável que o Hospital Público seja gerido por curiosos, por carreiristas, por arrivistas. Não é possível gerir o Hospital Público sem considerar a participação da comunidade, das universidades, dos doentes e suas famílias, e dos profissionais de saúde. A covid-19 trouxe-nos novos problemas, sem que tenhamos resolvido os do passado. Ninguém tenha dúvidas de que entramos numa nova fase de problemas mais complexos. Como vamos gerir a conjugação da gripe sazonal com a covid-19? Como vamos garantir recursos humanos para o sistema dual? Como vamos enfrentar as desigualdades sociais? Como vamos garantir o acesso a cuidados de saúde?

O Hospital Público precisa de liderança e de compromisso. De liderança para mostrar o caminho por entre a tormenta. De compromisso para não ser abandonado pelo poder político.

Nós, o Hospital Público, aqui estaremos, como sempre estivemos. Com e sem covid-19.

Miguel Paiva reconduzido como presidente do CA do CHEDV



Miguel Paiva (1) foi reconduzido, em fevereiro, no cargo de presidente do CA do CH de Entre o Douro e Vouga, tal como a vogal Rita Moutinho e a enfermeira di-



retora **Sara Pereira (2)**. A equipa inclui ainda a vogal Helga Magalhães Lima e o diretor clínico **Carlos Carvalho (3)**, otorrinolaringologista. Miguel Paiva ocupa este cargo no CHEDV desde 2015, tendo anteriormente integrado o CA do CH do Médio Ave e o CD da ARS Norte.

Hospital Público

Diretor: José Alberto Soares **Assessora da Direção:** Cláudia Nogueira **Assistente de Direção:** Coretti Reis **Redação:** Maria João Garcia, Miguel Anes Soares, Susana Catarina 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, feita de registo na ERIC, ao abrigo do Decreto Regulamentar 8/99 de 9/06, Artigo 12º nº 1A **Tiragem:** 15.000 exemplares **Preço:** 3 euros **Depósito Legal:** 426553/17 **Impressão:** TYPPIA – 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



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



Bolsa D. Manuel de Mello para psiquiatria

Miguel Bajouco, professor da FMUC e psiquiatra do CHUC, foi o vencedor da Bolsa D. Manuel de Mello, no valor de 50 mil euros. O projeto de investigação premia-



do tem como objetivo melhorar o prognóstico e a qualidade de vida das pessoas (23,6 milhões em todo o mundo) que sofrem de doenças mentais graves, como a esquizofrenia. Miguel Bajouco lidera uma equipa de investigadores do CIBIT – Coimbra Institute of Biomedical Imaging and Translational Research, da Universidade de Coimbra e do Centro de Responsabilidade Integrado de Psiquiatria do CHUC.

A despedida de Manuel Barbosa...

“Sem um apoio sólido da Enfermagem não é possível qualquer exercício clínico da Medicina nos dias de hoje.” As palavras são do imunologista Manuel Barbosa, que deixou de ser, por limite de idade, diretor do Serviço de Imunoalergologia do CHU Lisboa Norte no passado dia 17 de fevereiro, na véspera de completar 70 anos. Foi entre colegas e amigos que presidiu à última reunião do Serviço, 17 anos depois de o “herdar” de Antero da Palma-Carlos.

Em declarações à *Just News*, faz precisamente questão de salientar que “médicos e enfermeiros têm que ter objetivos comuns para se conseguir fazer um bom trabalho em prol dos doentes”, acrescentando:

“No CHULN temos o privilégio de contar com o apoio de enfermeiros com uma formação altamente qualificada. A Unidade de Técnicas e o Hospital de Dia não funcionariam sem eles.”

Manuel Barbosa: “A partir dos 70 anos não devemos manter-nos como diretores, mas poderíamos, como noutros países, continuar a dar formação e a ver doentes.”

O especialista realça ainda o papel de outros grupos profissionais, como os nutricionistas, por causa das alergias alimentares. É mais: “Os



Elisa Pedro, Manuel Barbosa e Ortélia Dias (enfermeira gestora)

técnicos também têm um papel fundamental. Hoje em dia, a Medicina exige uma equipa que seja multidisciplinar e multiprofissional.”

Olhando para o futuro da equipa de Imunoalergologia, não se mostra

Um percurso também marcado pela Medicina Interna

Manuel Barbosa fez questão de relembrar que, antes de ser imunologista, é internista. “Todos os dias estudo Medicina Interna.” Natural de Braga, formou-se em Medicina na FMUL, conheceu Antero Palma-Carlos quando era aluno do 5.º ano e foi convidado para dar aulas de Propedêutica Médica, tarefa que manteve até hoje. Em 2003 foi nomeado diretor do Serviço de Imunoalergologia do CHULN, integrado no Departamento de Medicina, tendo apostado na diferenciação e na criação de unidades funcionais.

Notícia



veis, e acredito que nos próximos 20 a 25 anos não haverá problemas significativos em termos de recursos humanos.”

Na sua opinião, e além dos doutorados, “temos internos de grande qualidade e, face à nossa vertente formativa e de investigação, integrada num hospital universitário, vamos continuar a ser uma referência a nível assistencial, de ensino e de investigação”.

VIH E COVID-19

ViiV Healthcare apoia investigação e comunidades

A ViiV Healthcare, empresa global especializada na infeção por VIH, anunciou a criação do Fundo Global de Resposta a Emergência VIH e Covid-19. Esta bolsa, de cerca de 3,5 milhões de euros, vai apoiar “projetos de investigação que visem estudar o impacto médico e científico que a covid-19 está a ter nas pessoas que vivem com VIH”, mas não só. A iniciativa pretende também “ajudar a combater desafios específicos da comunidade VIH criados pela pandemia global”.



Deborah Waterhouse

Deborah Waterhouse, diretora executiva da ViiV Healthcare, esclarece o que motivou esta decisão: “A nossa missão é não deixar nenhuma pessoa que vive com VIH para trás e, neste pe-

ríodo sem precedentes, é mais importante do que nunca que utilizemos os nossos recursos e competências para fazer precisamente isso.”

Refere a responsável que, através deste fundo, “podemos apoiar investigação sobre o impacto da covid-19 nas pessoas que vivem com VIH, que é urgentemente necessária. Teremos também a capacidade de apoiar organizações comunitárias locais focadas na resposta à pandemia e naqueles que foram impactados pela covid-19”.

O Fundo Global de Resposta a Emergência VIH e Covid-19 será dividido equitativamente entre dois programas e os donativos serão entregues através de um processo de pedido de proposta.

Assim, o Fundo de Investigação de Resposta a Emergência disponibilizará até metade da verba para apoiar investigação científica sobre o impacto da covid-19 nas pessoas que vivem com VIH. Já o Fundo Comunitário distribuirá a outra metade, cerca de 1 milhão e 750 mil euros, com o propósito de “apoiar atividades comunitárias que permitam abordar os desafios específicos que as pessoas que vivem com VIH enfrentam durante esta pandemia”.



Harmony Garges

Harmony Garges, diretora médica da ViiV Healthcare, recorda que, “uma vez que a covid-19 é causada por um novo vírus, não temos dados científicos para responder a algumas das questões importantes que estão a ser levantadas pelas pessoas que vivem com VIH e pelos seus médicos.”

Assim, a responsável médica avança com algumas das questões a que procurarão dar resposta: “Será que a infeção por VIH aumenta o risco de ter covid-19? Será que as pessoas que vivem com VIH correm maior risco de desenvolver uma infeção grave? Estará a pandemia a impossibilitar que as pessoas que vivem com VIH compareçam às consultas e recebam o tratamento e cuidados de saúde de que necessitam?”

Fórum Internacional de Psicanálise realizou-se em Portugal pela 1.ª vez

Decorreu, pela primeira vez em Portugal, o XXI Fórum Internacional de Psicanálise. Promovido pela Federação Internacional das Sociedades de Psicanálise (IFPS), teve como organizador local a Associação Portuguesa de Psicanálise e Psicoterapia Psicanalítica.

Segundo **Patrícia Câmara**, membro da Direção da APPPP, “a psicanálise é uma leitura em profundidade dos acontecimentos intrapsíquicos e, nessa medida, dos eventos relacionais. Devemos ter cada vez mais voz em várias áreas, inclusive, na melhoria da relação médico-doente”.

O psicanalista Carlos Amaral Dias, recentemente falecido,



acabou por ser recordado, ele que foi, juntamente com Coimbra de Matos, fundador da APPPP, “daí que a presença do seu legado tenha estado em cada um dos palestrantes”.



Elementos da Comissão Organizadora

Cardiopneumologista do CHUCB obtém certificação europeia em ecocardiografia transtorácica de adultos

No âmbito da participação no EuroEcho-Imaging 2018, o maior congresso de imagens cardiovasculares do mundo, que decorreu em Milão, a técnica superior de Cardiopneumologia do CHU Cova da Beira **Ana Sofia Rodrigues** submeteu-se a um processo de certificação europeia, tendo concluído o mesmo agora em fevereiro.

Através deste processo, obteve assim a certificação total em ecocardiografia transtorácica de adultos, outorgada pela European Association of Cardiovascular Imaging (EACVI) e pela European Society of Cardiology (ESC), uma diferenciação que comprova a competência desta técnica de saúde na realização, interpretação e relato deste tipo de exames de diagnóstico. Ana Sofia Rodrigues trabalha desde 2013 no Laboratório de Ecocardiografia do CHUCB, área sob a responsabilidade dos cardiologistas Luis Oliveira e Anne Delgado, do Serviço de Cardiologia dirigido por António Peixeiro. O laboratório em causa conta ainda com mais dois técnicos de Cardiopneumologia, Carla Pina e Filipe Patrício. Neste laboratório são realizados mais de 3000 ecocardiogramas anuais, entre eles ecocardiogramas transtorácicos, transesofágicos e de stress farmacológico.



Conversa com Luís Portela – Viagem Pela Espiritualidade

Coube a Guilherme D'Oliveira Martins, administrador executivo da Fundação Calouste Gulbenkian, fazer a apresentação da última obra de Luís Portela, uma edição da *Modo de Ler*, lançada recentemente no Porto.

Conversa Com Luís Portela - Viagem Pela Espiritualidade transcreve uma conversa que reuniu Isabel Ponce de Leão, Luís Carlos Amaral, Luís Miguel Bernardo, Luís Neiva Santos, Manuel Novaes Cabral e Sobrinho Simões em torno do tema da espiritualidade e que teve como mote o último livro de Luís Portela, *Da Ciência ao Amor - Pelo esclarecimento espiritual*, que já vai na sua 12.ª edição.

De forma multidisciplinar, os intervenientes debateram a espiritualidade com base nas ideias que Luís Portela tem explanado neste domínio, as linhas da investigação científica atual na vertente da parapsicologia e a reflexão que faz no seu último livro sobre a evolução do ser humano no mundo em que vivemos.

ULS da Guarda prossegue reflorestação

A Unidade Local de Saúde da Guarda prossegue com mais uma fase da reflorestação do Parque da Saúde, espaço verde onde se insere o Hospital Dr. Sousa Martins. O projeto, que se iniciou em 2018, no âmbito de um desafio do Rotary Club da Guarda, contempla agora a plantação de 150 novas árvores – castanheiro, azevinho, pinheiro bravo, carvalho e sobreiro.

A reflorestação da vasta área tem contado com os apoios da Câmara, do Instituto de Conservação da Natureza e das Florestas e do Rotary Club local. Nas fases anteriores foram plantadas outras 250 árvores, de espécies autóctones.



Candidatar a Relação Médico-Doente a Património Imaterial da Humanidade!

Apoiar uma futura candidatura à Unesco foi um dos objetivos da edição da obra *A relação médico-doente: um contributo da Ordem dos Médicos*.

De acordo com José Poças, editor do livro, contribuir para ver a Relação Médico-Doente considerada Património Imaterial da Humanidade terá sido mesmo um dos propósitos do lançamento deste livro. A cerimónia decorreu, dia 17 de fevereiro, no Salão Nobre da Câmara Municipal de Setúbal.

José Poças, que é diretor do Serviço de Doenças Infecciosas do CH de Setúbal, afirmou, no decorrer da sessão, que se trata de “uma reflexão escrita que não se restringe à explanação dos principais e perenes fundamentos em que o exercício da Medicina se deve basear”.

E acrescentou: “Pretende também transmitir a noção de que a atividade clínica vive sobretudo dos seus contextos, nos quais avultam necessariamente sentimentos e realidades antagónicas, como êxitos e



reflexões sobre o tema da relação médico-doente, na sua maioria de médicos, mas incluindo também alguns nomes do mundo cultural português.

O filósofo e professor universitário enumerou o que considera serem “as quatro ideias força” do livro, a primeira das quais tem que ver com o facto de se fazer

ser o médico que certamente todos os estudantes de Medicina querem ser se a motivação para seguir essa carreira não tiver sido o apelo, uma vocação.”

A terceira característica do livro, segundo Viriato Soromenho Marques, é que, “pela inteligência autocrítica que exercita, está na contracorrente da lógica dominante da nossa civilização contemporânea, que consiste na incapacidade de perceber a diferença entre calcular e pensar”.

A quarta “ideia força” relaciona-se com o binómio entre relação e desempenho: “A nossa sociedade tecnológica, acelerada, nasceu de uma utopia moderna de desempenho da performance tecnológica que foi exacerbada nos últimos 30/40 anos.”

Na cerimónia, em que esteve presente o bastonário da OM, Miguel Guimarães, intervieram ainda a presidente da CM de Setúbal, Maria das Dores Meira, a representante da editora By The Book, Ana Albuquerque, e o presidente da Sub-Região Sul da OM, Daniel Travancinha.



Viriato Soromenho Marques, José Poças, Maria das Dores Meira, Ana Albuquerque e Daniel Travancinha



Miguel Guimarães com José Poças

derrotas, esperanças e frustrações, sofrimento e alegria.”

Viriato Soromenho Marques foi convidado a fazer a apresentação da obra, que em mais de 700 páginas transmite cerca de oito dezenas de

uma meditação sobre a prática da Medicina no âmbito da condição humana.

A segunda prende-se com o seguinte: “Ser médico é uma profissão, mas dificilmente se poderá

Covid-19: psiquiatras cuidam de quem cuida

Médicos, enfermeiros, farmacêuticos, técnicos, administrativos e outros profissionais de saúde contam com o apoio de mais de 200 psiquiatras, de norte a sul do país, através de videochamada.

“O objetivo principal é apoiar todos os que estão sujeitos a uma enorme pressão e sobrecarga de trabalho por causa do combate à pandemia covid-19”, explica o psiquiatra **Pedro Morgado**, responsável pelo “Cuidar de Quem Cuida”.

O projeto foi criado pela Escola de Medicina da Universidade do Minho (EMUM) e consiste na realização de consultas de Psiquiatria gratuitas, em sistema de teleconsulta, podendo ser disponibilizada intervenção psicoeducativa, psicoterapêutica breve, de suporte ou psicofarmacológica.

O “Cuidar de Quem Cuida” conta com o apoio do Programa Nacional de Saúde Mental da DGS, da OM, da Sociedade Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental (SPPSM) e da Associação Portuguesa de Internos de Psiquiatria.

Pedro Morgado, psiquiatra e professor da EMUM, alerta para os sintomas a que os profissionais devem estar mais atentos: “Estados ansiosos, alterações do sono e do apetite e dificuldade em encontrar recursos para gerir esses sintomas, que



prejudicam as tarefas do dia-a-dia e a resolução de problemas. Face a isto, deve-se pedir ajuda.”

Numa situação como a que se vive neste momento, “os profissionais dos serviços de Saúde Mental têm de estar atentos à morbidade psicológica acrescida e dar respostas concertadas, a diferentes níveis”, afirma a presidente da SPPSM.

“Mas não chega disponibilizar apoio psicológico e psiquiátrico”, sublinha Maria João Heitor, frisando ser “fundamental, desde já, e numa atitude preventiva, investir na promoção da saúde

mental positiva e do bem-estar destes profissionais”.

A presidente da SPPSM faz questão de sublinhar “a relevância” da iniciativa “Cuidar de Quem Cuida”, a que aquela Sociedade se “juntou de imediato, colaborando, inclusive, na sua divulgação”. O mesmo sucedeu, aliás, relativamente “a todas as iniciativas locais e regionais que estão a ser desenvolvidas e são cruciais”.

Maria João Heitor aproveita para adiantar que no Hospital Beatriz Angelo, em Loures, está já mobilizada uma equipa de intervenção constituída por profissionais do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental, que dirige.

Quem necessitar de consulta deverá preencher o formulário disponível em www.p5.pt/apoio.

ORL do CHUA volta a formar especialistas

O Colégio da Especialidade de ORL da OM voltou a conferir idoneidade formativa ao Serviço de ORL do CHUALgarve, passando esta instituição a poder formar especialistas nesta área. Para além de otorrinos, neste momento, o CHUA tem capacidade de formar nos seus serviços médicos internos nas especialidades de Anestesiologia, Cardiologia, Cirurgia Geral, Doenças Infecciosas, Gastrenterologia, Ginecologia/Obstetrícia, Medicina Física e de Reabilitação, Medicina Intensiva, Medicina Interna, Neurologia, Neurocirurgia, Oncologia Médica, Patologia Clínica, Pediatria, Pneumologia, Psiquiatria, Radiologia, Reumatologia e Urologia.



CHULN 2 anos de telemonitorização na IC

Fausto Pinto, diretor do Serviço de Cardiologia do CHU Lisboa Norte, aproveitou o 2.º aniversário do lançamento do projeto de telemonitorização na insuficiência cardíaca para lembrar que foi “a grande vontade de fazermos o melhor pelos nossos doentes” que levou à sua concretização.

Na sessão participaram muitos dos utentes incluídos no projeto de telemonitorização e seus familiares.

“A telemonitorização é realmente eficaz na prevenção das descompensações de IC, na redução das hospitalizações e na mortalidade”, afirmou, ressaltando, contudo, que a mesma “deve ser dirigida a populações específicas, constituída por doentes de alto risco, devendo ser implementada e monitorizada de forma a assegurar uma utilização e uma adesão elevadas”. O grande objetivo é, afinal, “conduzir e melhorar os cuidados prestados ao doente”.



Fausto Pinto

Fausto Pinto, que também dirige o Departamento de Coração e Vasos do CHULN, que o Serviço de Cardiologia integra, fez questão em agradecer a todos os profissionais envolvidos no projeto. “Têm sido dois anos de dedicação total de uma equipa multidisciplinar que tem, de facto, desenvolvido um trabalho muito estimulante e com resultados muito bons”, afirmou.

Luis Pinheiro, diretor clínico do CHULN, representou o CA na cerimónia e deixou expresso que “a telemonitorização é um dos paradigmas daquilo que deve ser o hospital do presente e do futuro, que olha para fora de si mesmo”. E insistiu: “O hospital tem que começar a assumir-se como uma instituição que extravasa completamente os seus limites em termos físicos.”

O cardiologista Afonso Nunes Ferreira integra o RICA-HF Team e coube-lhe apresentar alguns dados relacionados com o projeto de telemonitorização iniciado no final de 2017 e que permite seguir em suas casas cerca de três dezenas de doentes com IC, 24 horas por dia, 7 dias por semana. “Contámos com uma adesão de 92% na transmissão de dados, de acordo com o protocolo estabelecido, e aquilo que verificámos foi que houve uma redução bastante significativa de 73% nas hospitalizações e na mortalidade quando comparámos este grupo com o do acompanhamento usual”, reportou.



Médicos, doentes e cuidadores assinalaram os 2 anos de vida do projeto de telemonitorização na IC

Dulce Brito, que coordena a Unidade de Internamento Geral do Serviço de Cardiologia do CHULN, tem sob a sua responsabilidade não só a gestão do projeto de telemonitorização mas também do próprio programa estruturado de seguimento de doentes com IC em que aquele está inserido: o RICA-HF Team (Registo de IC Aguda – Heart Failure Team).

“Promover a prevenção da IC passa, antes de mais, por dar informação às pessoas sobre o que é e que tipo de comportamentos é que podemos ter para prevenir, ou pelo menos limitar, o aparecimento desta patologia”, afirmou Luis Filipe Pereira, presidente da AADIC – Associação de Apoio aos Doentes com Insuficiência Cardíaca.

Infeciologia no Montijo desde dezembro

A valência de Infeciologia do CHBM iniciou a sua atividade no Hospital do Montijo, no final de 2019, com uma consulta para doentes da especialidade, que é feita, em parceria, por elementos da Medicina Interna e de Infeciologia, como forma de melhorar o acesso aos utentes residentes na zona oriental da área de influência direta do CH Barreiro Montijo. A consulta é realizada em articulação com os Serviços Farmacéuticos, por forma a garantir que os utentes têm acesso à dispensa da terapêutica no mesmo dia. No ano de 2019, a valência de Infeciologia realizou um total de 3755 consultas no CHBM, mais 6,3% do que no ano anterior.

Mulheres do norte pioneiras da Imunoalergologia hospitalar homenageadas no Porto

“São um exemplo para todos”, afirmou João Almeida Fonseca, ao abrir a sessão de homenagem que reuniu, na Secção Regional do Norte da OM, umas dezenas de colegas e amigos das imunoalergologistas Marianela Vaz e Maria da Graça Castel-Branco.

O professor da FMUP diria mesmo que as duas médicas foram “fundamentais na vida profissional, e não só, de tantos de nós”. Opinião, aliás, também subscrita por Luís Delgado, igualmente docente da FMUP.

Os dois imunoalergologistas foram os mentores de uma homenagem “a duas grandes mulheres da Medicina que seriam, de facto, as pioneiras da Imunoalergologia hospitalar em Portugal, nomeadamente no norte do país”, explicou à *Just News* João Almeida Fonseca.

Tal como Luís Delgado, que presidiu à Sociedade Portuguesa de



Maria da Graça Castel-Branco, Luís Delgado, Marianela Vaz e João Almeida Fonseca



Alergologia e Imunologia Clínica no triénio 2014-2016, outros ex-presidentes da SPAIC estiveram presentes na cerimónia: Rosado Pinto, Mário Morais de Almeida e Elisa Pedro. Manuel Branco Ferreira, professor da FMUL, que entretanto assumiu a presidência da SPAIC em dezembro, para cumprir um mandato que só



terminará no final de 2022, também se deslocou ao Porto.

Marianela Vaz, que obteve o título de imunoalergologista em 1984, quando a especialidade foi reconhecida pela OM, sucedeu a Antero Palma-Carlos (falecido em 2019) como presidente da SPAIC, assegurando o cargo durante dois mandatos, entre 1986 e 1992.

Maria da Graça Castel-Branco presidiu à SPAIC nos anos de 1999 a 2001, altura em que foi assinalado o 50.º aniversário da Sociedade, que havia sido criada em 1950. Também em 2000 (julho) realizar-se-ia em Lis-

25.º aniversário do Hospital de Santo André

O CH de Leiria assinalou os 25 anos da inauguração do Hospital de Santo André, que foi criado em 22 de abril de 1995. Em abril de 2011 juntou-se ao HSA o Hospital Distrital de Pombal, constituindo-se assim o CH de Leiria-Pombal. Em setembro de 2013, a integração do Hospital de Alcobaca Bernardino Lopes de Oliveira daria origem ao CH de Leiria.

Licínio de Carvalho, presidente do CA do CHL, aproveitou a ocasião para sublinhar que o reconhecimento da população servida pela instituição “se deve inteiramente à dedicação e empenho dos milhares de profissionais que trabalham e trabalharam nos últimos 25 anos nas três unidades do CHL”.



O CHL, acreditado pela Joint Commission International em 2015, tem uma área de influência que abrange uma população na ordem dos 400.000 habitantes, residentes nos concelhos de Alcobaca, Batalha, Leiria, Marinha Grande, Porto de Mós, Nazaré, Pombal, Pedrógão Grande, Figueiró dos Vinhos, Castanheira de Pera, Ansião, Alvaiázere e parte dos concelhos de Ourém e de Soure.

1.ª edição da WM de 2020 dá a conhecer a presidente da PoNTOG

Janeiro marcou o início do mandato de 2 anos de Marta Moreira como presidente da PoNTOG – Portuguese Network of Trainees in Obstetrics and Gynaecology, organização que representa os internos de Obstetria e Ginecologia. A

interna do 5.º ano do Centro Materno Infantil do Norte, que sucede no cargo a Pedro Brandão, foi entrevistada pela *Just News* para a última edição da *Women's Medicine*. O Conselho Executivo da PoNTOG é formado por cinco elementos.



Marta Moreira, Helena Fachada, Margarida Cal, Maria Liz Coelho, Sara Nunes



Nossa Senhora do Rosário com tecnologia LED

O CH Barreiro Montijo substituiu a iluminação atual por tecnologia LED, no Hospital de Nossa Senhora do Rosário (Barreiro), ao abrigo do Programa Operacional de Sustentabilidade e Eficiência no Uso de Recursos (POSEUR). A operação implicou um investimento de 435 mil euros.

Está igualmente prevista a colocação de painéis fotovoltaicos e de painéis solares térmicos; a instalação de um sistema de “gestão técnica centralizada” (GTC); novos *fan coils* para climatização das enfermarias; e a substituição dos chillers, das Unidades de Tratamento de Ar (UTA) e das caldeiras atuais por equipamentos mais eficientes.

Prevê-se que o investimento com este programa venha a ter um impacto na redução dos consumos do CHBM na ordem dos 45% de energia, num montante global de cerca de 310 mil euros/ano.

Carlos Francisco Silva

Ao contrário do que se poderia pensar lendo esta notícia publicada na última edição do *Hospital Público*, Carlos Francisco Silva não mudou de nome... e é mesmo muito provável que nunca o venha a fazer! Por isso, aqui se deixa claro que o médico e investigador do Serviço de Imagiologia do CH de Setúbal que em 2019 editou o livro *Value-based Radiology – A Practical Approach* (uma publicação Springer Publisher) se chama Carlos Francisco Silva.



Hospital de Ovar com classificação máxima na Cirurgia de Ambulatório



O Hospital Dr. Francisco Zagalo – Ovar mantém a classificação máxima (três estrelas) na área de Cirurgia de Ambulatório, no contexto da avaliação da “Excelência Clínica”, promovida pela Entidade Reguladora da Saúde. “Estes resultados constituem um reconhecimento do excelente trabalho desenvolvido no nosso hospital, até porque a cirurgia de ambulatório representa 75% da nossa atividade cirúrgica”, afirmou o presidente desta unidade hospitalar, Luis Miguel Ferreira. Importa acrescentar que, também na dimensão “Excelência Clínica”, a área de Ortopedia (artroplastias totais da anca e do joelho) obteve duas estrelas.

PR entrega a Luís Portela Grã-Cruz da Ordem da Instrução Pública



No discurso de encerramento da cerimónia de entrega da primeira edição do *BIAL Award in Biomedicine*, dia 3 de março, Marcelo Rebelo de Sousa surpreendeu o presidente da Fundação BIAL com a condecoração que visa galardoar altos serviços prestados à causa da educação e do ensino. Luís Portela tinha sido já agraciado como Comendador da Ordem do Mérito (1992) e com a Grã-Cruz da Ordem do Mérito (2002).

Santiago Zelenay e Caetano Reis e Sousa (por esta ordem, na foto) receberam o prémio das mãos do Presidente da República. O imunologista português, do Laboratório de Imunobiologia do Francis Crick Institute, em Londres, lidera um trabalho de investigação na área da imunoterapia do cancro que envolve mais uma dezena de elementos de várias nacionalidades.

O prémio instituído pela Fundação BIAL tem o valor de 300 mil euros e visa reconhecer o que de mais notável e relevante tem sido descoberto na área biomédica.



Psiquiatra Maria João Heitor tomou posse como presidente da SPPSM

Maria João Heitor, diretora do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do Hospital Beatriz Angelo, tomou posse, no passado dia 7 de março, como presidente da Sociedade Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental, sucedendo no cargo a João Marques-Teixeira.

O psiquiatra do Porto, eleito para o triénio 2016-2018, acabou por cumprir mais um ano de mandato, facto que resultou da realização em Portugal, em 2019, do 19.º Congresso Mundial de Psiquiatria. Falando já na qualidade de presidente, Maria João

Heitor mostrou-se segura de que “a Sociedade pode continuar a contar com mais uma excelente equipa, motivada, que vai conseguir, de uma forma sábia e sensata, conjugar os valores e a tradição da SPPSM com a inovação e o progresso”.

Garantiu também: “Vamos dar o nosso melhor pelo conhecimento científico, pelos psiquiatras, pelos outros profissionais de Saúde Mental e, acima de tudo, pelos doentes, famílias e comunidades mais alargadas onde estão inseridos.”



Corpos Sociais da SPPSM – Triénio 2020-2022

DIREÇÃO Presidente: Maria João Heitor Vice-presidente: Luís Madeira Presidente eleito: João Bessa Presidente cessante: João Marques-Teixeira	ASSEMBLEIA-GERAL Presidente: Carlos Ramalheira Vice-presidente: Susana Almeida Secretário: Lurdes Santos	CONSELHO CONSULTIVO António Pacheco Palha Maria Luísa Figueira
Tesoureiro: Ricardo Coentre Vogais: João Marques, Joaquim Cerejeira e Manuela Abreu	Secretário-geral: Ema Conde Presidente: Luís Câmara Pestana Vice-presidente: Sónia Ramos Secretário: António Bento	



Ex-presidentes: António Pacheco Palha (2009-2012) e Maria Luísa Figueira (2013-2015)
Presidente cessante: João Marques-Teixeira (2016-2019)
Presidente: Maria João Heitor (2020-2022)
Presidente eleito: João Bessa (2023-2025)

FERNANDO ARAÚJO, PRESIDENTE DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO DO CENTRO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO DE SÃO JOÃO (CHUSJ):

“O grande problema dos hospitais públicos prende-se com a falta de autonomia ao nível da gestão, aliada à necessidade de investimento”

O MÉDICO E EX-SECRETÁRIO DE ESTADO FERNANDO ARAÚJO, 53 ANOS, É O ATUAL PRESIDENTE DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO DO CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO DE SÃO JOÃO E FOI NESSA QUALIDADE QUE DEU ESTA ENTREVISTA AO *HOSPITAL PÚBLICO*. AO LONGO DAS PRÓXIMAS PÁGINAS, FICA-SE A SABER, POR EXEMPLO, QUE O INCOMODA BASTANTE UM DOENTE ANDAR “PERDIDO NO SISTEMA” E ADMITE MESMO QUE ESTE “NÃO É MUITO AMIGÁVEL PARA OS UTENTES”. CONTA QUE TEVE “TOTAL LIBERDADE” DA MINISTRA PARA ESCOLHER OS ELEMENTOS QUE O ACOMPANHAM NO CA E CONSIDERA QUE OS HOSPITAIS PÚBLICOS SÃO, DO PONTO DE VISTA DOS RESULTADOS CLÍNICOS, “MUITO BONS”. VALORIZA AINDA A GESTÃO INTERMÉDIA, PARTICULARMENTE NUMA INSTITUIÇÃO COMO A SUA, E REMATA COM UM CONSELHO: “NÃO PODEMOS DESPERDIÇAR AS OPORTUNIDADES, DEVEMOS APROVEITAR, EXPERIMENTAR, FAZER DIFERENTE.” DEIXA CLARO AINDA QUE OS HOSPITAIS DO SNS PRECISAM MESMO QUE NELES SE INVISTA MAIS E QUE TAMBÉM SE LHES DÊ MAIS AUTONOMIA AO NÍVEL DA SUA GESTÃO.

A data para a realização desta entrevista (4 de março) foi marcada dia 16 de fevereiro, numa altura em que a situação em Portugal estava, apesar de tudo, ainda relativamente calma no que diz respeito à pandemia. Cinco dias antes a OMS tinha anunciado que a nova doença já tinha nome (*corona virus disease 2019*, ou covid-19) e na véspera tinha-se registado a primeira morte oficial na Europa (um turista chinês com 80 anos).

A 2 de março eram confirmados os primeiros dois casos no nosso país, precisamente no São João. No dia seguinte, surge um terceiro, de novo no São João. Fernando Araújo começa a libertar a agenda de compromissos que já havia assumido algum tempo antes. Mas a entrevista confirmase. “Mantemos a reportagem amanhã, logo veremos em que termos”, informou.

O presidente do CA do CHUSJ chamava reportagem à entrevista porque, realmente, tínhamos combinado não só dar também a conhecer cada um dos outros elementos do Conselho como igualmente fazer referência a áreas do hospital a que estivessem particularmente ligados e de que todos se orgulham.

A diretora clínica, Maria João Baptista, levar-nos-ia à Hemodinâmica, onde dias antes tinha sido realizado, pela primeira vez em Portugal, um novo procedimento. A enfermeira diretora, Filomena Cardoso, haveria de conduzir-nos ao piso da Neurocirurgia, para mostrar como duas estruturas intermédias de gestão (Cuidados Intensivos e Cirurgia) se articulam no sentido de agilizar o percurso dos doentes ali intervenções. Entretanto, a vogal executiva Sofia Leal faria questão de nos mostrar as obras da nova Ala Pediátrica, um projeto tão aguardado.

Entretanto, no decorrer da entrevista à *Just News*, na manhã de 4 de março, Fernando Araújo explicou que o CHUSJ é uma das unidades hospitalares de referência para as denominadas doenças emergentes e confirmou: “Estamos agora com três casos positivos de covid-19 e preparados para ir dimensionando o plano de contingência de acordo com o necessário, alargando o espaço e os meios para doentes infetados e que precisem de internamento.”

“Muitos dos cidadãos portugueses que estão infetados serão assintomáticos, outros terão uma doença muito frustre, mas haverá doentes que precisarão de cuidados mais diferenciados, doentes com outra gravidade, que terão pneumonias mais complicadas. O hospital tem que estar preparado, e está, para responder a esses casos com enorme cuidado e muita segurança, para evitar a contaminação de outros doentes e dos próprios profissionais de saúde. Temos um papel muito relevante, principalmente nesta primeira fase do processo”, sublinhou.

As semanas seguintes foram complicadas. “Os tempos não estão pacíficos...”, dizia Fernando Araújo, a 11 de março, sugerindo adiar nova visita da *Just News* ao hospital. “Nesta fase, o CHUSJ está a viver dias exigentes”, desabafoa, agora já a 3 de abril.

Regressámos ao São João dia 7 de abril, nomeadamente, para recolher declarações do membro do CA que faltava ouvir, o vogal executivo Luís Porto Gomes. Com o pelouro financeiro a seu cargo, o eclodir repentino da covid-19 veio apenas confirmar aquilo que já sabia muito bem: “Estamos num setor em que, claramente, não se consegue fazer um planeamento e uma previsão atempada das necessidades.”



O acesso de não profissionais ao Hospital de São João é sujeito a preenchimento de inquérito epidemiológico e medição da temperatura corporal.



Fernando Araújo: “2019 foi um ano de combate às listas de espera mas foi também aquele em que mais se produziu desde sempre”

Just News (JN) – Faça-nos uma rápida apresentação do centro hospitalar que dirige há cerca de um ano.

Fernando Araújo (FA) – O CHUSJ tem dois grandes polos, este aqui, no Porto, e o de Valongo, cujas instalações se pretende rentabilizar ao máximo, com alguma especialização de cuidados, promovendo a proximidade à população local, que é para nós um fator crucial. Temos dinamizado ali as consultas externas e a cirurgia de ambulatório, arrancámos com o hospital de dia e estamos a construir a Unidade de Hemodiálise. O São João é um hospital, do ponto de vista da diferenciação, cada vez mais complexo, com exigências crescentes sob o ponto de vista da qualidade, seja ao nível da humanização de cuidados como no aspeto técnico-científico. No total, somos cerca de seis mil profissionais.

JN – O Hospital Nossa Senhora da Conceição de Valongo fica a que distância do Hospital de São João?

FA – São cerca de 10 km. Este é um hospital do Estado, o outro é da Misericórdia e está subaproveitado. No São João, por outro lado, há falta

de espaço. A procura tem aumentado e a produção também tem crescido. Em 2019, um dos grandes problemas que tínhamos prendia-se com o acesso. Havia listas com tempos de espera muito longos, fruto de uma maior procura. Em 2016, a realidade era bem diferente, mas depois foi implementada a Lei de Livre Acesso e o hospital teve uma forte procura, sem a correspondente oferta.

2019 foi um ano de combate às listas de espera e foi também aquele em que mais se produziu, desde sempre. Eu recordo que o ano passado aumentámos o número de primeiras consultas em 7-8% e o das cirurgias em 16%, apesar de termos tido mais de 1 mês de greves logo no início do ano. Deve ter sido dos hospitais que mais aumentou a produção e que mais reduziu as listas de espera.

A dimensão da espera é muito importante para os utentes. Vamos continuar a trabalhar no sentido de a diminuir, para além da procura da sustentabilidade. Uma terceira grande área que temos dado uma particular atenção é a da requalificação das estruturas e dos equipamentos. Durante

(Continua na pág. 14)

CHUSJ em números (ano de 2019)

- Serviços clínicos **50**
- Consultas (médicas e não médicas) **810.000 (773.000 médicas e 37.000 não médicas)**
- Cirurgias (programadas e urgentes) **49.322**

Recursos Humanos (a 31/12/2019)

Total	6209
Média etária	42 anos
Dirigentes	31
Médicos especialistas	924
Internos	535
Pessoal técnico superior de saúde	16
Enfermeiros	2392
Assistentes técnicos	407

Dados covid-19 (a 16/4/2020)

- **169** recuperados
- **165** internados, dos quais **48** em intensivos
- **1471** a serem seguidos em ambulatório
- **20.446** testes realizados, dos quais **3136** positivos (parte deles para instituições para as quais prestamos serviços)

15 Centros de Referência Nacionais

- Cardiologia de Intervenção Estrutural (CIE)
 - Cardiopatias Congénitas (CCG)
 - Coagulopatias Congénitas (CPC)
 - Doenças Hereditárias do Metabolismo (DHM)
 - ECMO - Oxigenação por membrana extracorpórea (ECMO)
 - Epilepsia Refratária (EPR)
 - Fibrose Quística (FQ)
 - Neuroradiologia de Intervenção na Doença Cerebrovascular (NRI)
 - Oncologia de Adultos - Cancro do Esófago (ESO)
 - Oncologia de Adultos - Cancro do Reto (RET)
 - Oncologia de Adultos - Cancro do Testículo (TES)
 - Oncologia de Adultos - Cancro Hepatobiliar-Pancreático (HBP)
 - Oncologia Pediátrica (OPD)
 - Transplante de Coração (TXC)
 - Transplante de Rim - Adultos (TXR)
- | | |
|---|----------------------|
| Pessoal farmacêutico | 37 |
| Pessoal de diagnóstico e terapêutica | 357 |
| Pessoal técnico superior | 157 |
| Pessoal informático | 22 |
| Outros | 16 |
| (inclui membros do CA (5) e do Conselho Fiscal (3)) | |
| Distribuição por género | |
| feminino | 4569 - 73,59% |
| masculino | 1640 - 26,41% |

CA DO CHUSJ FERNANDO ARAÚJO, PRESIDENTE

A experiência de gerir instituições locais, regionais e nacionais

Licenciado e doutorado pela FMUP, tem uma pós-graduação em Gestão pela Universidade Católica

Portuguesa. Especialista em Imuno-Hemoterapia, Fernando Araújo possui a Competência em Gestão

de Serviços de Saúde pela OM. É professor auxiliar convidado da FMUP.

Já exerceu diversos cargos no CHUSJ: diretor do Serviço de Imuno-Hemoterapia, diretor do Centro de Medicina Laboratorial, coordenador do Centro de Biologia Molecular, adjunto da Direção Clínica, gestor dos Projetos Saúde XXI e presidente da Comissão de Avaliação Clínica dos Sistemas de Informação.

Foi sucessivamente vogal, vice-presidente e presidente da ARS Norte. Integrou o XXI Governo Constitucional como secretário de Estado adjunto e da Saúde. Entre outras múltiplas responsabilidades, presidiu ao Colégio da Especialidade de Imuno-Hemoterapia da Ordem dos Médicos.



(Continuação da pág. 12)

vários anos, fruto da crise, não houve capacidade de renovar o equipamento médico que, por um lado, tem um tempo de vida relativamente curto, e, por outro, apresenta um custo muito elevado. Tem que haver esse planeamento e essa capacidade de renovação, que é o que temos tentado fazer.

JN – O que explica que em 2019 os tempos de espera tenham melhorado tanto?

EA – Foi um ano impressionante. Em matéria de consultas externas, reduzimos em 35% os tempos de espera, passando de uma média de 140 para 91 dias. Houve uma aposta clara em termos de estratégia, mas, acima de tudo, foi o resultado do trabalho e do empenho dos vários grupos profissionais. Todos eles responderam a este apelo e conseguiram, em produção normal, aumentar a efetividade dos blocos e dos consultórios. Recorreu-se também a alguma produção adicional. O que sucedeu com o tratamento da obesidade é um bom exemplo: duplicaram as consultas e as cirurgias.

JN – Isso deveu-se simplesmente à criação do Centro de Responsabilidade Integrado da Obesidade (CRI)?

EA – Tem sempre a ver com as pessoas. O CRI garantiu pagamentos adicionais com objetivos muito precisos em termos de atividade, de indicadores de qualidade, de eficiência. De alguma forma, estimula a definição de metas concretas e permite-nos poder pagar de forma diferenciada, de acordo com os resultados. Isso também ajudou. Naturalmente que se os profissionais não estivessem vocacionados, motivados e interessados no projeto não ia resultar. A liderança também tem sido muito capaz.

JN – Quantos CRI tem o CHUSJ?

EA – Neste momento, há apenas esse. Estamos agora em fase de aprovação de mais três. Um tem a ver com a Consulta do Sono, na Pneumologia, outro com o Serviço de Urgência, e vamos também tentar fechar o CRI de Diálise, que vai utilizar a unidade em construção em Valongo.

JN – Qual a maior dificuldade na criação de um CRI?

EA – O ponto fundamental é a liderança. Como em tudo na vida, ela faz a diferença. É preciso encontrar a pessoa certa para liderar o projeto e depois identificar um conjunto de profissionais motivados, porque nada acontece apenas por uma decisão do nosso lado. Nós temos é que dar condições, remover obstáculos e deixá-los trabalhar. Começámos por áreas em que havia muita procura e pouca oferta, em que o CRI trouxesse a diferença. No caso da diálise vamos tentar, de alguma forma, concorrer com os privados diretamente, temos que ter um modelo de gestão diferente.

JN – E é complicado segurar as pessoas?

EA – Se não tivermos mecanismos que possam, de alguma forma, estimular os profissionais haverá, com certeza, mais dificuldade em os reter. Mas eles não ficam só pela parte económica, precisam de um



O atual CA iniciou funções, oficialmente, a 5 de abril de 2019

projeto de vida do ponto de vista profissional, de diferenciação, de mais especialização, de ligação à própria faculdade...

JN – Essa questão é transversal aos vários grupos profissionais?

EA – Os médicos são sempre os mais procurados, por haver menos disponibilidade no mercado. Mas temos o mesmo problema com enfermeiros e com técnicos. E até com assistentes técnicos e operacionais especializados, a quem é reconhecido um enorme valor. Em todo o caso,

a parte económica aqui é relevante, não conseguimos concorrer com outras instituições. Por vezes, acabamos por perdê-los!

JN – O hospital que encontrou quando assumiu a presidência do CA era o mesmo que já conhecia?

EA – A vantagem é que todos nós já estávamos ligados a esta instituição. O hospital é muito grande, é complexo, eu diria que nunca ninguém o conhece totalmente, mas tínhamos essa vantagem.

JN – O facto de ser um ex-governante constituiu uma dificuldade acrescida?

EA – Não dificultou, nem facilitou, se quer que lhe diga. São momentos muito diferentes, são áreas e equipas distintas. A circunstância de ter passado pelo Governo dá-nos mais experiência sobre como lidar com alguns problemas. Porventura,

dá-nos mais alguma resiliência, que é bem precisa, por vezes.

“É IMPORTANTE PARA O DOENTE NÃO ANDAR PERDIDO NO SISTEMA”

JN – Quem são os utentes do CHUSJ?

EA – São os da nossa área de referência, uma zona da cidade a que chamamos Porto Oriental e os concelhos da Maia e de Valongo. Estes são os diretos... Mas depois temos uma quantidade muito grande de doentes que vêm de toda a região norte, como, por exemplo, os que recorrem à Unidade de Queimados. Temos três linhas de referência: a primeira tem que ver com os utentes daqueles três concelhos, a segunda está ligada aos hospitais da nossa zona de referência direta (Matosinhos, Póvoa do Varzim/Vila do Conde, Viana do Castelo, Tâmega e Sousa, Braga e Guimarães) e depois há uma terceira linha, em áreas muito específicas, que vai até Bragança, por exemplo. Acabamos por servir, nalguns casos, cerca de 3,5 milhões de habitantes, mas os da nossa zona de referência mais direta são 300 a 400 mil.

JN – Mas acabam por atender gente de todo o país...

EA – É verdade. Chegam a vir doentes de Lisboa e de Faro, o que sucede, nomeadamente, em matéria de procriação medicamente assistida. A cirurgia da obesidade também é um bom exemplo, porque há poucos centros no país. Na verdade, temos pedidos de muitos pontos do país para especialidades diferentes. As pessoas vêm atrás da mais-valia técnica ou científica que reconhecem à instituição e aos seus profissionais.

JN – Isso não cria situações complicadas?

EA – No ano passado, tínhamos tempos de espera excessivos. Tentámos adequar a oferta à procura e estamos a conseguir um certo equilíbrio. É um trabalho que temos que continuar a fazer, até porque, do ponto de vista económico, parte da sustentabilidade do hospital depende desta produção. Nós somos financiados pela produção, portanto, para podermos manter uma estrutura com esta dimensão equilibrada financeiramente, também temos que



conseguir tratar e seguir os doentes de forma adequada. Essa procura pode ser importante para o hospital desde que seja equilibrada e que consigamos dar uma resposta em tempo útil e com qualidade aos utentes.

JN – O que acha que aconteceria se este centro hospitalar se transformasse numa unidade local de saúde?

EA – Não tinha problemas de maior. A relação com os cuidados de saúde primários é para nós fundamental. É importante para o doente não andar perdido no sistema, de médico para médico, de enfermeiro para enfermeiro, de técnico para técnico, à procura de uma resposta. Não veria como uma ameaça, eventualmente até o consideraria um desafio interessante. Consideramos que a articulação com os CSP é uma vertente fundamental, em relação à qual ainda há muito para explorar e para trabalhar.

Temos que conseguir fazer isto de uma forma equilibrada, ou seja, os CSP não podem pensar que nós vamos utilizá-los para o que não queremos ou como mão-de-obra para áreas em que temos mais pressão. É preciso perceber exatamente qual o seu papel. As equipas de família, se estiverem a trabalhar de forma adequada, resolvem uma grande parte dos problemas. E conseguimos depois, para aqueles que têm necessidade de recorrer ao hospital, fluxos muito mais adequados, com os doentes perfeitamente orientados.

JN – Mas identifica-se com o modelo de funcionamento das ULS?

EA – Novamente, acho que, mais do que o modelo utilizado, o que importa são as pessoas. Eu já observei boas articulações entre cuidados primários e cuidados hospitalares sem existir qualquer ULS. Mas temos a ULS

de Matosinhos mesmo aqui ao lado e que funciona muito bem. Mais do que o modelo legal que aplicarmos, eu acho que são as lideranças de cada um dos lados que interessam, percebendo as vantagens de trabalharem em conjunto. Não é preciso haver uma ULS formal para que a relação com os CSP seja boa e tenha frutos para os utentes.

“A VERDADE É QUE O SISTEMA NÃO É MUITO AMIGÁVEL PARA OS UTENTES”

JN – A resolução de um dos grandes problemas dos hospitais, as urgências, passa pelos CSP, certo?

EA – Penso que devemos potenciar os CSP naquilo em que são muito bons. Acompanham de forma muito adequada as famílias, promovem a saúde, previnem a doença, seguem de forma muito efetiva os doentes crónicos (diabéticos, hipertensos, com pro-

blemas cardíacos), grávidas e crianças e são um instrumento fundamental para Portugal obter os resultados clínicos de que nos orgulhamos. Os CSP podem ter um papel interessante relativamente à questão das urgências hospitalares. Por exemplo, temos estado a trabalhar com o ACES Porto Oriental na referênciação de doentes azuis e verdes para consultas não programadas na sua equipa de família, que podemos marcar diretamente. São casos menos graves, que tentamos orientar para serem atendidos no local mais adequado. Vamos também começar a fazer esta articulação com o ACES Maia Valongo. A relação com os CSP não se resume, bem pelo contrário, à questão das urgências. A gestão dos doentes crónicos, por exemplo, é dos desafios mais relevantes.

JN – O utente deve estar mesmo no centro do sistema?

EA – Há muitos anos que todos



farmácia e da própria filosofia de funcionamento, com marcações. O projeto Farma2Care foi criado com esse objetivo de colocar os medicamentos próximo da casa de cada doente. Começámos, nesta primeira fase, com os anti-retroviricos para doentes com VIH. Pretendemos agora alargar o projeto aos doentes com esclerose múltipla e aos doentes oncológicos que façam medicação oral.

JN – O CHUSJ tem um protocolo com a Faculdade de Motricidade Humana que consiste em pôr doentes da área da Saúde Mental a fazer exercício físico...

EA – A Saúde Mental tem tido alguns projetos muito interessantes, um pouco “fora da caixa”. É importante que se consiga inserir o doente na comunidade, retirar o estigma, reabilitar e reintegrar. Eles têm conseguido isso e esta questão da atividade física é apenas uma das vertentes. Ainda agora assinámos um protocolo com a própria Universidade do Porto no sentido de apoiar os estudantes, muitos deles desinseridos da família.

“TIVE TOTAL LIBERDADE PARA ESCOLHER A MINHA EQUIPA”

JN – Como descreve os elementos que consigo integram o Conselho de Administração do CHUSJ?

EA – Trata-se de uma equipa que, desde logo, conhece muito bem o hospital. São profissionais que se complementam, oriundos de áreas muito diferentes de atuação, com uma grande experiência e enorme dedicação a esta causa.

A diretora clínica é desta casa. É a Prof.^a Maria João Baptista, que continua a assegurar a Consulta de Cardiologia Pediátrica com os seus doentes, a fazer hemodinâmica. É uma pessoa muito dedicada, tanto aos profissionais como aos utentes, a quem é reconhecida uma enorme capacidade de diálogo, de abertura, com enorme bom senso e equilíbrio, muito ponderada, e que acaba sempre por encontrar soluções clínicas para os problemas – e são muitos – que vão surgindo. É a primeira vez que integra um CA, mas já tinha tido a experiência de gerir o Departamento da Saúde da Mulher e da

(Continua na pág. 16)

CA DO CHUSJ MARIA JOÃO BAPTISTA, DIRETORA CLÍNICA

Unidade de Hemodinâmica: uma das grandes mais-valias

Fez o curso de Medicina na ICBAS e obteve o doutoramento em Ciências da Saúde na Universidade do Minho, sendo atualmente professora auxiliar convidada de Pediatria na FMUP. Com a tarefa acrescida de ser diretora clínica do CHUSJ, Maria João Baptista, 49 anos, interrompeu toda a sua atividade privada e não só: “Passei a ter menos tempo para me dedicar à investigação, que para mim sempre foi complementar com a atividade clínica!”

Mantém os cateterismos (“Esses estão lá e estarão sempre!”) na área da Cardiologia de Intervenção Pediátrica e não consegue desligar-se dos Cuidados Intensivos (também) Pediátricos.

Está convencida de que Fernando Araújo a convidou para o

CA muito pela “plasticidade” que a sua especialidade proporciona, pois, obriga a um contacto entre muitas áreas hospitalares, como a Pediatria, a Cirurgia Cardíaca, a Cardiologia e a Imagiologia. A experiência adquirida enquanto diretora do Centro Materno Pediátrico, cargo que assumiu em janeiro de 2017, na altura em que eclodiu o tão mediático “caso do Joãozinho”, também terá contribuído para estar onde está agora.

A visita à Unidade de Hemodinâmica, que integra o Centro de Referência em Cardiologia de Intervenção Estrutural, justifica-se porque “esta área é uma das grandes mais-valias que nós temos aqui no hospital”. Aliás, dias antes fora ali utilizada, pela primeira vez em Portugal,



uma técnica revolucionária para o encerramento de foramen ovale patente com pontos de sutura por cateterismo cardíaco, sem necessidade de cirurgia.

Maria João Baptista não quis deixar de se referir também aos procedimentos híbridos que se fazem na Unidade de Hemodinâmica – “rescritos a centros muito diferenciados, num patamar claramente europeu” – e que juntam equipas da Cardiologia (Pediátrica ou de Adultos) e da Cirurgia Cardíaca.

E também lembrou que o Centro de Referência de Cardiopatias Congénitas, por exemplo, que ela própria coordena, é o único na região norte a tratar malformações cardíacas, tanto pediátricas como em adultos.

CA DO CHUSJ FILOMENA CARDOSO, ENFERMEIRA DIRETORA

A particularidade estrutural do espaço destinado aos doentes neurocríticos

Filomena Cardoso já tinha trabalhado anteriormente no São João e regressou em 2012, tendo integrado o CA presidido por António Oliveira e Silva em fevereiro de 2016. Durante esse período de ausência, foi, por exemplo, enfermeira diretora na Maternidade Júlio Dinis (1998-2007) e vogal do Conselho Diretivo da ARS Norte (2009-2011) que, aliás, tinha como presidente Fernando Araújo.

Diz que nem pensou duas vezes quando o ano passado foi convidada a acompanhá-lo novamente num projeto de gestão, desta vez no São João. E tem sido uma missão fácil? “Quando a equipa é boa, quando o projeto é sedutor, quando nós sabemos que é possível fazer um bom trabalho, poderá haver cansaço, mas não há desmotivação”, garante Filomena Cardoso.



Reconhecendo ter “uma grande responsabilidade para com os enfermeiros, nomeadamente, procurando criar condições de trabalho com segurança e qualidade, com aquilo que é necessário para podermos prestar bons cuidados aos utentes, isso não pode ser afastado ou separado do que são os objetivos globais da instituição, um exercício que implica um trabalho em equipa do CA”.

O Serviço de Neurocirurgia do CHUSJ ainda começou o ano de 2019 instalado em contentores, mas antes do verão já estava a funcionar no novo espaço, que impressiona pelo seu bom aspeto, mas principalmente porque se apostou em criar uma estrutura que “torna tudo mais fácil e mais cómodo, para os doentes e para os profissionais”, frisa a enfermeira diretora.

Trata-se de uma área integrada que tem, ao mesmo tempo, internamentos, bloco operatório, cuidados intensivos e cuidados intermédios, com a particularidade de obrigar a que haja uma articulação – “que funciona muito bem”, segundo Filomena Cardoso – entre duas estruturas intermédias de gestão. Estas acabam por assegurar, de forma coordenada, todo o percurso do doente que ali entra com um diagnóstico que indica necessitar de cirurgia e de onde sairá diretamente para casa.

“Os serviços de Neurocirurgia e de Medicina Intensiva são muito pró-ativos, detetando muito bem as situações, e com antecipação mostramos aquilo de que vão precisar”, refere Filomena Cardoso (na foto, com o diretor da Neurocirurgia, Rui Vaz).

(Continuação da pág. 15)

Criança, que inclui a Ginecologia, a Obstetrícia e a Pediatria. Ela tinha demonstrado já uma capacidade e um saber nessa gestão que levou, naturalmente, a que fosse escolhida para este projeto.

A Enf.^a Filomena Cardoso é a nossa enfermeira diretora e já o era no anterior CA. Temos mais de dois mil profissionais de enfermagem e ela conhece boa parte deles pelo nome...

É uma coisa incrível! Consegue rentabilizar ao máximo o trabalho dos enfermeiros e motivá-los. Tem sido um elemento fundamental no Conselho. A enfermagem é um dos grupos profissionais mais relevantes e a forma como se faz a sua gestão é fundamental para os resultados que temos tido.

Temos depois o Dr. Luís Porto Gomes, gestor da área económica, que também já pertencia ao anterior Conselho. Ele já foi do antigo IGIF, depois passou para a ACSS, já esteve na ARS, conhece os vários níveis da gestão, nacional, regional e local. É alguém muito robusto do ponto de vista financeiro, com muita facilidade de nessa área e em quem nós confiamos totalmente para tomar conta das finanças desta casa.

Quanto a Dr.^a Sofia Leal, eu já a conhecia da UAG dos Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica, onde fez um excelente trabalho. Depois teve uma experiência única de dirigir o ACES de Barcelos, que deve ser dos mais exigentes aqui no norte, e fez um trabalho espetacular, com múltiplos projetos, vários prémios e conseguindo aproximar muito os cuidados primários dos cuidados hospitalares. É uma trabalhadora incansável, que nos ajuda realmente. Este hospital é muito complexo, cada vez que se resolve um problema surgem logo mais dois ou três. É muito importante poder contar com o contributo de alguém que tem essa dedicação à causa e em cujo trabalho deposito enorme confiança. Tem tido um papel fundamental nesta coesão do próprio grupo.

JN – Como é que o CA foi constituído? Foi uma escolha pessoal sua?

EA – A senhora ministra fez o convite e deu-me liberdade total para formar o Conselho. Escolhi as pessoas com quem eu gostaria de trabalhar,

nomes que lhe apresentei para saber se estava de acordo. Depois seguiu-se o processo normal de avaliação por parte da CReSAP, a aprovação pelas Finanças e a nomeação pelo próprio Conselho de Ministros. Tive realmente total liberdade para escolher a minha equipa.

“OS HOSPITAIS PÚBLICOS SÃO, DO PONTO DE VISTA DOS RESULTADOS, MUITO BONS”

JN – O que pensa dos hospitais públicos portugueses?

EA – Considero que os hospitais públicos são, do ponto de vista de resultados, muito bons. Apesar de tudo, mesmo com meios limitados, quando se olha para os indicadores e para os rankings europeus e mundiais, nós temos conseguido resultados clínicos excelentes. E com um nível de investimento muito reduzido face àquilo que se verifica noutros países. Neste momento, o grande problema dos hospitais públicos prende-se com a falta de autonomia ao nível da gestão, aliada à necessidade de investimento que já referi, quer em termos de despesa corrente, como em infraestruturas e equipamentos. Eu diria que os hospitais portugueses têm tido resultados que nos podem deixar orgulhosos em termos de SNS, mas considero que há ainda um potencial de poderem evoluir, caso haja mais autonomia e outra capacidade económica.

JN – No seu entender, devia-se apostar mais nos hospitais do interior?

EA – Os hospitais do interior têm problemas muito diferentes dos do litoral ou daqueles que se localizam nas grandes áreas metropolitanas. Temos, por isso, que arranjar soluções e políticas diferentes. Um dos constrangimentos é a falta de especialistas nas várias áreas. Acima de tudo, a questão aqui é conseguir cativar os profissionais a ir para Braga, para Beja ou para o Algarve. Ter a capacidade para isso e depois para os manter. Não é fácil e os resultados estão à vista. Há que valorizar a sua disponibilidade, do ponto de vista financeiro. É verdade que as vagas que têm sido abertas e com esse reforço financeiro têm conseguido estar ocupadas, mas isso não chega. A Medicina está sempre em evolução e nós



“Eu diria que os hospitais portugueses têm tido resultados que nos podem deixar orgulhosos em termos de SNS”, afirma Fernando Araújo

também temos que apoiar esses profissionais na sua renovação e na sua diferenciação.

O receio que os colegas mais novos muitas vezes têm é de irem para um hospital do interior e ao fim de 10/15 anos estarem totalmente desatualizados. Temos que conseguir estimulá-los e, ao mesmo tempo, apresentar-lhes um projeto técnico-científico, de modo a que possam – eventualmente, através de parcerias com hospitais integrados em áreas metropolitanas, hospitais escolares e faculdades de Medicina – estagiar, trabalhar e evoluir. O ficarem sozinhos é um sentimento que, por vezes, leva ao desânimo e à desmotivação e nós temos que dar-lhes esse respaldo.

Os problemas dos hospitais localizados nos grandes centros urbanos

também são cada vez mais relevantes, desde logo porque os doentes mais complexos acabam por vir para as instituições de maior dimensão e precisamos de ter meios para lidar com eles. Portanto, há que haver aqui um equilíbrio entre dotar de meios os hospitais mais do interior – porque isso significa investir na proximidade às populações –, mas também proporcionar aos mais centrais a capacidade de responder aos problemas mais complexos e exigentes.

Paralelamente, há que saber lidar com os próprios profissionais, com as ordens, com os sindicatos, tentar encontrar soluções mais flexíveis. A administração pública é muito rígida na sua forma de pensar. Também nesta matéria temos que ter alguma abertura e uma certa disponibilidade para encontrar respostas, conside-

rando que, por vezes, tal até pode implicar a deslocação da família mais próxima dos profissionais.

“A GESTÃO INTERMÉDIA É FUNDAMENTAL A NÍVEL DE CADA SERVIÇO OU DE CADA DEPARTAMENTO”

JN – Que objetivos traçou para o seu mandato de 3 anos?

EA – Teoricamente, o mandato terminará em dezembro de 2021. Vai ser um pouco menos de 3 anos. Nós fomos obrigados a fazer um plano integrado de orçamento para este período e com objetivos anuais, que entretanto submetemos aos ministros da Saúde e das Finanças. Incluí objetivos muito concretos, nas várias dimensões – produção, acesso, qualidade, investimento, recursos huma-

res e até pessoas fora da área que têm feito um trabalho muito interessante. Há profissionais de saúde, médicos e não só, que também o têm feito. É importante que quem assuma a responsabilidade de presidir a uma instituição deste género tenha conhecimentos de gestão, porque estes hospitais são grandes, muito complexos, com regras de uma empresa pública, de um ponto de vista legal, económico e de gestão, muito exigentes.

Portanto, quem nunca teve qualquer experiência de gestão poderá ter, eventualmente, dificuldade em adaptar-se a este mundo, porque se é certo que a componente técnica é muito relevante a de gestão também o é. Agora, eu diria que não é obrigatório ter uma determinada licenciatura ou especialização. Depende muito da liderança. Esse, sim, é um aspeto muito importante. Eu acho que há bons exemplos de gente capaz de liderar um projeto com estas características em diferentes grupos profissionais.

JN – E qual é o papel da gestão intermédia no funcionamento de um hospital?

EA – A gestão intermédia é fundamental a nível de cada serviço ou de cada departamento onde se faça despesa efetiva. No caso do CHUSJ, estamos a falar de uma estrutura com 6 mil funcionários, que trabalha 24 horas por dia, 365 dias por ano. Estes hospitais grandes têm uma despesa anual de centenas de milhões de euros! Estamos a falar de estruturas que realmente são muito exigentes. Gerir 300 ou 400 milhões, que é aquilo que temos previsto para este ano aqui no CHUSJ, implica necessariamente ter uma capacidade de delegação das responsabilidades e da função de gestão, de modo a tirarmos o máximo partido desse esforço que está a ser feito. Até porque, cada vez mais – e bem! –, um euro que seja aplicado num hospital é avaliado tendo em conta o resultado que traz.

JN – O que pensa do facto de boa parte dos CA não ser presidida por administradores hospitalares?

EA – No meu entender, não é a formação base que faz, no final, o sucesso do projeto. Temos excelentes administradores e gestores hospitala-

res e até pessoas fora da área que têm feito um trabalho muito interessante. Há profissionais de saúde, médicos e não só, que também o têm feito. É importante que quem assuma a responsabilidade de presidir a uma instituição deste género tenha conhecimentos de gestão, porque estes hospitais são grandes, muito complexos, com regras de uma empresa pública, de um ponto de vista legal, económico e de gestão, muito exigentes.

Portanto, quem nunca teve qualquer experiência de gestão poderá ter, eventualmente, dificuldade em adaptar-se a este mundo, porque se é certo que a componente técnica é muito relevante a de gestão também o é. Agora, eu diria que não é obrigatório ter uma determinada licenciatura ou especialização. Depende muito da liderança. Esse, sim, é um aspeto muito importante. Eu acho que há bons exemplos de gente capaz de liderar um projeto com estas características em diferentes grupos profissionais.

JN – O CHUSJ tem apostado muito nos departamentos?

EA – Sim, nós aqui chamamos-lhes unidades autónomas de gestão, UAG, que têm um Conselho Diretivo, em geral, formado por um médico, um gestor e um enfermeiro. Agregam vários serviços que tenham afinidades e tenta-se, naturalmente, nesse nível de gestão, promover a melhoria de rentabilidade dos recursos e o incremento da qualidade dos serviços prestados. É uma força muito relevante do ponto de vista de gestão hospitalar.

“NÃO PODEMOS DESPERDIÇAR AS OPORTUNIDADES, DEVEMOS APROVEITAR, EXPERIMENTAR, FAZER DIFERENTE”

JN – É natural de onde? EA – Do Porto.

JN – Viveu sempre aqui? EA – Sim. Em diferentes locais, mas sempre no Porto.

JN – A ideia de ir para Medicina surgiu como?

EA – O meu irmão, que é mais velho, influenciou-me bastante. Acho que acabei por seguir muito as pisadas dele. Não estou nada arrependido. Temos dois anos de diferença.

JN – Escolheram especialidades próximas...

EA – Sim, mas aí já foi mais obra



“Procuro ser, acima de tudo, pragmático. O que importa é fazer acontecer as coisas.”

do acaso. Cada um tem as suas áreas de que gosta mais, e que acabam por ser mais ou menos conexas, mas por razões aleatórias.

JN – Depois acabou por seguir outro rumo, mais ligado à gestão.

EA – Sim. Nada disso foi procurado, as coisas foram acontecendo, foram surgindo. Quando fui para Medicina, e depois de ser médico e a seguir me tornar especialista, nunca pensei em ir para outra área. Por isso, quando volto às funções de médico, sinto-me sempre extremamente satisfeito, porque é aquilo que eu sempre gostava de ser, e gosto de ser.

JN – Nunca teve receio de vivenciar experiências novas, como, por exemplo, quando foi para o Governo?

EA – Acho que nós não podemos desperdiçar as oportunidades, devemos aproveitar, experimentar, fazer diferente, desafiar-nos a nós próprios. Ficar na nossa zona de conforto é o mais fácil. O mais difícil é nós sairmos, expormo-nos, agarrar novos projetos e correr o risco de falhar, mas julgo que a vida também é isso mesmo.

JN – Da sua experiência como secretário de Estado, o que salienta como mais positivo?

EA – Houve uma área de que eu gostei bastante, menos explorada, que tinha a ver com saúde pública, estilos de vida, promoção da atividade física e da alimentação saudável, combate ao tabaco e ao consumo excessivo de álcool... Na minha opinião, essa área tem sido menos trabalhada ao longo do tempo no Governo porque também tende a dar resultados só passados muitos anos. Os governantes acabam por estar muito ligados aos problemas do dia-a-dia: tempos de espera para a Urgência, listas de espera para a Cirurgia, falta de recursos humanos na Pediatria.

JN – Quando esteve no Governo a sua vida pessoal alterou-se? Como foi esse período?

EA – Não foi nada fácil porque mantive a minha vida no Porto. Ia sempre para Lisboa no domingo à tarde/noite e voltava normalmente à sexta à noite, exceto quando tinha atividades políticas no fim de semana. Foi muito uma tropa, no sentido de uma dedicação grande à causa, durante a semana. Mas, realmente, do ponto de vista pessoal e familiar, tem um impacto muito significativo.

JN – Como é constituída a sua estrutura familiar mais próxima?

EA – O filho, pais, sobrinhas e sobrinho, irmão e cunhada. Tenho um filho com 21 anos que vive comigo e que neste momento está a concluir uma pós-graduação em Gestão nos EUA. Ele não pensa em administração hospitalar, está mais ligado à ciência dos dados.

JN – Aqui no Porto, reside na área de influência do São João?

EA – Não. Por acaso, é na do Santo António.

JN – Nos tempos livres, há alguma coisa que goste especialmente de fazer?

EA – Gosto muito de correr. Ultimamente, tenho-o feito menos. E gosto muito de cinema. Tive mais tempo livre quando exercia como médico. Este hospital trabalha 7 dias por semana, 24h/dia, e há sempre questões para resolver.

CA DO CHUSJ SOFIA LEAL, VOGAL EXECUTIVA

A construção da Ala Pediátrica: o projeto mais emblemático para o CH

Sofia Leal, que fará 42 anos na última semana de maio, confessa-se “apaixonada pela área da prestação de cuidados”, admitindo que tenha sido isso que a levou a tirar o curso de Enfermagem. Consciente da importância da gestão organizacional, toda a sua formação pós-graduada foi direcionada para esta área.

Com especialização em Administração Hospitalar pela Escola Nacional de Saúde Pública, em 2004, dois anos depois era contratada pelo Hospital de São João, onde acabaria por ficar uma década, trocando de vez Lisboa pelo Porto. Estava desde 2016 como diretora executiva do ACES Barcelos Esposende quando Fernando Araújo a desafiou a fazer parte do seu CA.

Recorda que não hesitou “nem



um segundo!”. Tinham trabalhado juntos 4 anos e, para além disso, “é alguém com quem me identifico totalmente em termos de metodologia de trabalho, de objetivos organizacionais”, reconhece. Tem a responsabilidade das instalações e equipamentos, do aprovisionamento, da área operacional dos recursos humanos e até da farmácia.

Vai acompanhando ao pormenor aquele que é, neste momento, “o projeto mais emblemático para o CH, com um impacto social muito significativo e importante”: a chamada Ala Pediátrica. “As pessoas querem saber que as suas crianças têm boas condições para serem atendidas, uma vez que já temos dos melhores profissionais do mundo para prestar essa assistência”, justifica Sofia Leal.

A obra arrancou em outubro de 2019 e deverá estar concluída no primeiro semestre de 2021. “A particularidade que a torna extremamente complexa tem a ver com a execução de uma grande intervenção em edificação hospitalar em funcionamento”, comenta, especificando:

“É muito mais difícil, por todo o impacto que tem na organização dos serviços, na deslocação de doentes, no próprio ruído, no ambiente perturbador que se gera. Também é uma obra que exige demolição de estruturas, precisamente para depois fazermos o reforço de outras componentes, e isso gera perturbação nos doentes, nas pessoas que circulam à volta do hospital e nos profissionais, que estão horas e horas sujeitos a isso.”

CA DO CHUSJ LUÍS PORTO GOMES, VOGAL EXECUTIVO

A enorme dificuldade de previsão e planeamento das necessidades

A “grande dor de cabeça” (chamamos-lhe assim) de Luís Porto Gomes é a questão financeira: “Talvez o maior dilema do setor da saúde prende-se com a enorme dificuldade de previsão e planeamento das necessidades e, consequentemente, do financiamento que elas exigem.” E pronto, está tudo dito!

Filho de dois engenheiros, Luís Porto Gomes formou-se em Gestão de Empresas e trabalhou em consultoria fiscal nos primeiros cinco anos da sua vida profissional. Entra na área da saúde em 2006, pelo IGIF, contratado pelo IGIF, testemunha a passagem daquele organismo a ACSS e em 2009, quando Fernando Araújo sobe de vice a presidente da ARS Norte, en-

tra para o Conselho Diretivo como vogal executivo, juntamente com Filomena Cardoso.

Trabalharam os três juntos até outubro de 2011, voltando a reencontrar-se em abril de 2019, agora no CA do CHUSJ, depois de o gestor ter cumprido um mandato como vogal do CA do Centro Hospitalar do Porto, mudando-se para o São João no início de 2014, acompanhando depois António Oliveira e Silva no seu mandato (2016-2019) como presidente do CA.

Luís Porto Gomes tem aplicado sempre um princípio que está estabelecido como sendo de boa prática: é responsável pela área financeira e, consequentemente, não acumula com as compras, com o aprovisionamento, nem mesmo com as obras.



“Acabo depois por ficar com algo que também me é familiar, a área dos sistemas de informação, para além da responsabilidade pelo planeamento e o controlo de gestão”, esclarece.

Na sua opinião, “um dos problemas da saúde é que qualquer euro aplicado nesta área normalmente é visto como um gasto em vez de ser considerado um investimento, cujo retorno não se vê no hospital, mas sim na vida ativa que as pessoas recuperam, acabando esse valor por ser depois introduzido na economia do país”. Para si, o desafio diário é claro: “Passa por não deixar de prestar os cuidados de saúde a quem nos ‘bate à porta’, de uma forma o mais eficiente possível, gerindo os recursos que temos, sabendo de antemão que não serão os suficientes.”

MARIA JOÃO HEITOR, PRESIDENTE DA SOCIEDADE PORTUGUESA DE PSIQUIATRIA E SAÚDE MENTAL (SPPSM):

“Os hospitais públicos são locais de eleição para a formação das novas gerações de psiquiatras”

A NOVA PRESIDENTE DA SPPSM CONSIDERA QUE OS SERVIÇOS DE PSIQUIATRIA “SÃO MELHORES SE TIVEREM INTERNOS”, MAS TAMBÉM ENTENDE QUE OS MÉDICOS EM FORMAÇÃO DEVEM SER INCENTIVADOS A PREOCUPAR-SE, SIMULTANEAMENTE, COM “A FORMAÇÃO E O SEU DESENVOLVIMENTO COMO MÉDICOS E COMO PESSOAS”. EM ENTREVISTA À *JUST NEWS*, MARIA JOÃO HEITOR APRESENTA-SE, FALA DA ESPECIALIDADE QUE REPRESENTA, DO POSICIONAMENTO DOS PSIQUIATRAS NOS HOSPITAIS PÚBLICOS E DAS “SETE LINHAS MESTRAS” NA ATUAÇÃO DA SOCIEDADE QUE AGORA LIDERA, PARA CUMPRIR UM MANDATO DE TRÊS ANOS.

Maria João Heitor, que é diretora do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do Hospital Beatriz Ângelo e que tomou posse como presidente da Direção da Sociedade Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental no passado dia 7 de março, defende que os hospitais públicos “deveriam estar munidos das condições necessárias para proporcionar uma formação mais ampla na prática psiquiátrica”. Em abordagens biológicas, psicoterapêuticas e psicossociais, “de acordo com o modelo biopsicossocial e numa perspetiva pluralista da doença mental”.

“Os hospitais são locais de eleição para a formação das novas gerações de psiquiatras. Além disso, os serviços são melhores quando há internos, dado que estes são catalisadores no sentido da formação contínua e obrigam a que todos estejam permanentemente mais atentos ao seu desempenho”, afirma Maria João Heitor.

Mas sublinha que se assiste, por vezes, a uma “preocupação excessiva” dos profissionais mais jovens, “não tanto com a formação e o desenvolvimento como médicos e como pessoas, mas antes mais centrados nas classificações obtidas, que tendem a nem ser diferenciadoras”. Deixa um aviso: “Temos todos de colaborar para inverter esta tendência.” E tem uma certeza: “Isto vai obrigar a uma mudança no padrão de seleção e seriação dos candidatos a emprego no SNS, após a conclusão da especialidade”.

Para a presidente da SPPSM, “a identidade da Psiquiatria no hospital geral, em particular no hospital

público, está bem definida”. No seu entender, é preciso “equilibrar diferentes pesos, fundamentais”, enumerando alguns: ciência e humanismo; as charneiras entre a Psiquiatria e a Neurologia; o papel do psiquiatra nas equipas multidisciplinares, na ligação com as outras especialidades, com os cuidados de saúde primários, na interface com profissionais não médicos e com a comunidade.

Prosseguindo, fala na atividade assistencial multifacetada, “que consome grande parte do tempo e energia dos médicos”, e na atividade não assistencial de formação e investigação, “que cada vez mais está melhor representada nos serviços de Psiquiatria”. E não esquece o papel no enquadramento ético das institui-



“Os serviços são melhores quando há internos, dado que estes são catalisadores no sentido da formação contínua”, reforça Maria João Heitor

ções, no que respeita à bioética e aos conflitos éticos assistenciais e organizacionais.

Fazer da consulta “um momento de empatia, de compreensão e de ajuda”

Do “manicóquio” aos modernos serviços de Psiquiatria, “tem ocorrido uma enorme evolução”, sublinha Maria João Heitor, destacando a integração da especialidade nos hospitais gerais, em 1992, quando até então a presença dos serviços dedicados à saúde mental estava pratica-

mente reduzida aos hospitais universitários. Tal contribuiu para “uma aproximação” entre a Psiquiatria e as outras áreas médicas e cirúrgicas.

A nossa entrevistada lamenta os constrangimentos ao nível dos modelos de financiamento, algo que se reflete “em dificuldades na prestação de cuidados, em especial comunitários”: visitas domiciliárias, articulação mais estreita com os agrupamentos de centros de saúde, com IPSS e ONG ligadas à saúde mental, e com as autarquias e outros setores.

“Estes constrangimentos acentuam-se em certos hospitais do SNS,

por exemplo, no caso das parcerias público-privadas, em que nos próprios contratos com o Estado não foi prevista a Psiquiatria Comunitária”, salienta. E defende que há que alterar a obrigatoriedade do número de primeiras consultas, com impacto negativo nas subsequentes, bem como nos tempos alocados às consultas médicas em geral.

De qualquer forma, “mesmo que tenhamos menos tempo parametrizado para uma consulta, podemos fazer desse período um momento de

(Continua na pág. 20)

As “linhas mestras” do mandato

Com um mandato de três anos (2020-2022) pela frente, Maria João Heitor refere que desenhou um plano de ação orientado por “sete linhas mestras”, a primeira das quais tem a ver com a intervenção e *advocacy* junto da sociedade civil e da classe política. “Um aspeto importante prende-se com a comparticipação de antipsicóticos, que a Direção é o presidente cessante defende e promoveram”, sublinha.

A continuação do investimento na formação pós-graduada, seja no congresso e encontros nacionais, seja em novas edições de cursos dirigidos sobretudo a internos de Psiquiatria, mas também, por exemplo, a espe-

cialistas de Medicina Geral e Familiar, e na internacionalização de alguns desses cursos, é outra das prioridades daquela responsável, que tenciona igualmente investir na criação do Observatório de Saúde Mental, preferencialmente, em parceria com a DGS.

Apostar numa estratégia de comunicação para o exterior e para o interior da própria SPPSM, envolvendo todos os seus sócios e captando mais, investir na divulgação da cultura científica (por exemplo, com a *Revista Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental*), criar novas secções dentro da Sociedade — como a Secção de Saúde Mental da Mulher ou a Secção de Psiquiatria Comuni-

tária — e continuar disponível para informar todos os doentes, famílias e população em geral que procuram a Sociedade constituem outros dos objetivos de atuação.

A nova presidente quer continuar a investir na representação da SPPSM junto da European Psychiatric Association (EPA) e da World Psychiatric Association (WPA), na relação com sociedades de Psiquiatria dos PALOP e Brasil, e em parcerias com a Associação Portuguesa de Internos de Psiquiatria (APIP) e outras.

Maria João Heitor diz que tenciona recorrer, de uma forma mais regular, ao Conselho Consultivo da Sociedade, que integra os ex-presidentes

António Pacheco Palha (2009-2012) e Maria Luísa Figueira (2013-2015). De acordo com os estatutos, além de João Marques-Ferreira, na qualidade de presidente cessante, e de João Bessa, como presidente eleito, a atual Direção reúne psiquiatras de diversas regiões do país.

Finalmente, sublinha que a SPPSM está a preparar-se para os atuais e futuros desafios sociais e na saúde, de rápida instalação, nomeadamente e na qualidade de sociedade científica, a novas formas de atuação digital, *e-learning* e telemedicina, contribuindo para o enquadramento científico dos profissionais e outros interlocutores.



(Continuação da pág. 18)

encontro, de empatia, de compreensão e de ajuda com a pessoa em sofrimento que nos procura”.

Maria João Heitor faz questão de valorizar a Psiquiatria de Ligação que, “nas suas vertentes clínica, de formação e de investigação, tem sido um instrumento muito importante na aproximação entre a Psiquiatria e as outras especialidades, na redução do estigma hospitalar associado à doença mental”.

“Há uma visão redutora da Psiquiatria, sem a sua extensão à saúde mental”

Maria João Heitor acredita ser resiliente, garante que respeita os outros e diz que procura dar o seu melhor no dia-a-dia com os doentes e na liderança de equipas. Faz uma reflexão rápida e justifica a razão por ter escolhido a Psiquiatria como especialidade médica: “Gosto das pessoas e gosto de cuidar. E sou fascinada pelo cérebro humano e por todos os contextos e ambientes de vida em que as pessoas estão inseridas e se movem.”

Para além disso, “a Psiquiatria é, provavelmente, a mais transversal das disciplinas médicas. Tem a ver com o comportamento, com escolhas e motivações, tão importantes para a saúde em geral. É aquela especialidade médica em que o modelo biopsicossocial é mais nítido”.

“Um psiquiatra tem de ter conhecimento da doença mental e da saúde mental em todas as suas vertentes: promoção da saúde, prevenção da doença, tratamento, reabilitação psicossocial e integração sociofamiliar, escolar e profissional. Por vezes, isso não acontece. Há uma visão algo redutora da Psiquiatria, sem a sua extensão à saúde mental. E isto também se reflete, por vezes, nas dificuldades sentidas por alguns colegas, e outros profissionais, no trabalho em equipas multidisciplinares”, considera Maria João Heitor.

Outro aspeto é que perante uma pessoa em sofrimento, muitas vezes com comorbilidades psiquiátricas e somáticas, além de estar inserida em contextos sociais, familiares e culturais extremamente diversificados, “não podemos apenas olhar para cada paciente numa base populacional ou de séries clínicas”.

“Hoje em dia, na prática clínica, alguns internos e psiquiatras mais jo-

MARIA JOÃO HEITOR:

“Não chega saber diagnosticar, tratar e reabilitar”

Licenciada pela FMUL, Maria João Heitor repartiu o seu internato de Psiquiatria pelo Miguel Bombarda e hospitais do Reino Unido. Em Portugal, já trabalhou em diversas instituições hospitalares, estando no Beatriz Ângelo desde a sua abertura (2012). É também psiquiatra na Casa de Saúde da Ildanha.

Entre outras funções, foi diretora de serviços de Psiquiatria e Saúde Mental da DGS, membro do Conselho Nacional de Saúde Mental, responsável pela Unidade de Promoção da Saúde do INSA e representante portuguesa junto da OMS e da Comissão Europeia para os assuntos da saúde mental e álcool. É doutorada em Medicina Preventiva e Saúde Pública.

As suas áreas de interesse são múltiplas e abrangentes, desde a psicosse e a reabilitação psicossocial de pessoas com doença mental grave, e a psiquiatria comunitária, até à psico-oncologia, não esquecendo as patologias mais prevalentes e com mais impacto na sociedade e na produtividade: a depressão e a ansiedade.

“Não chega saber diagnosticar, tratar e reabilitar as pessoas com

perturbações psiquiátricas. Considero que o psiquiatra tem de ter conhecimentos e atuar, sempre que possível, como agente promotor



da saúde, em particular da saúde mental, e como peça fundamental integrante de equipas multidisciplinares”, afirma.

Maria João Heitor adora ler e viajar, sobretudo com a família, que considera um “pilar fundamental” na sua vida, embora nem sempre seja fácil a conciliação entre o trabalho e a componente pessoal e familiar.

vens focam-se em aplicar *guidelines* internacionais, que são importantes desde que baseadas na melhor evidência disponível, mas isso não chega”, sublinha.

Maria João Heitor: “Temos de calibrar a nossa abordagem numa decisão clínica individual e personalizada.”

Lembrando que o estigma “é o principal obstáculo à integração das pessoas com doença mental”, diz ser necessário combater algo que “os

próprios serviços e os profissionais de saúde – mesmo de saúde mental – ainda sentem e manifestam... e isso não pode acontecer”. Entretanto, um dos aspetos positivos, segundo Maria João Heitor, foi a aproximação entre os serviços de alcoologia e que tratam as toxicodependências e os serviços de Psiquiatria, com “uma melhor articulação amplamente desejável”.

“As doenças mentais representam uma grande fatia da carga global de doença. Pertencem, na sua maioria, às patologias não transmissíveis, que tendem frequentemente para a cronicidade, embora com períodos de agudização. Podemos falar de ‘síndemias’, em que há uma interação entre a doença e o contexto socioeconómico no qual o indivíduo está inserido. Para responder a estas ‘síndemias’, temos de ter uma abordagem menos redutora e mais global e sustentável”, conclui a presidente da SPPSM.

pública”. E sublinha que se trata de uma ameaça que “coloca desafios físicos, pessoais, sociais e emocionais aos profissionais de saúde e ao público em geral”.

Alerta que “há populações particularmente vulneráveis”, como as pessoas com doença mental grave e com deficiência mental, que apresentam “dificuldades ao nível das medidas de proteção no distanciamento social”. Ou os sem-abrigo, “na sua maioria, com doença mental e abuso de substâncias, como álcool e drogas, que estarão mais desprotegidos”.

Além disso, foi necessária uma

reorganização dos cuidados e, nesse sentido, considera que “muitos serviços de saúde mental”, inclusive o Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do Hospital Beatriz Ângelo, onde trabalha, “estão a dar uma excelente resposta às novas necessidades e realidades”.

No entanto, adverte: “É fundamental continuar a garantir o acesso aos melhores cuidados especializados de Psiquiatria aos doentes, já em seguimento ou a novos doentes. E temos de estar preparados para o impacto da crise económica, sobretudo, nestas populações mais vulneráveis.”

CARLOS DAS NEVES MARTINS:

“Modelo de gestão do SNS está ultrapassado”

“The money follows the patient” deveria ser, de acordo com Carlos das Neves Martins, o princípio base do modelo de gestão do SNS, que hoje em dia faz “aumentar a ineficiência da oferta pública, a desmotivação dos profissionais e a pressão dos cidadãos”.



O ex-administrador hospitalar foi um dos oradores da sessão de apresentação do livro *Da Gestão, em Saúde*, que prefaciou. A eficiência da gestão em saúde é um tema cada vez mais crítico, como de resto sublinha Carlos das Neves Martins, que presidiu ao CHU Lisboa Norte. Na sua opinião, o modelo atual de gestão do SNS “está completamente ultrapassado e dissociado da realidade que é hoje o sistema nacional de saúde”.

E afirma serem precisos “objetivos de gestão plurianuais, com avaliação independente, prémios à instauração e incentivos aos profissionais, penalizações ao gestor e à equipa de gestão, com autonomia contratual dentro do *business plan* aprovado e planos de investimento inovadores, com abertura para partilhas de risco”.



Carlos das Neves Martins

Apresentado como um livro de testemunhos de casos de sucesso na primeira pessoa, o seu lançamento aconteceu no âmbito de uma sessão promovida pela Alumni Association Católica-Lisboa – cuja presidente, Leonor Machado, se encarregou de abrir – e por Edições Sílabo, tendo como palco o Auditório Cardeal de Medeiros, da Universidade Católica Portuguesa.

“A ideia deste projeto é dizer que na saúde há muito a melhorar em termos de gestão, mas a verdade é que, nesta matéria, já existem excelentes exemplos. O que se pretende é precisamente dar a conhecer um conjunto de casos práticos, organizados de Psiquiatria aos doentes, já em seguimento ou a novos doentes. E temos de estar preparados para o impacto da crise económica, sobretudo, nestas populações mais vulneráveis.”

Ao longo de uma dezena de capítulos, surgem depoimentos de representantes de entidades como o CHUC (Fernando Regateiro), a ARS Centro (João Rodrigues) ou o Hospital da Ordem Terceira (Luís Alvíto).



João Ralha

Carlos das Neves Martins sublinhou “a importância objetiva que este livro tem nos dias de hoje, ao demonstrar o quanto é possível fazer com liderança estratégica, com autonomia real, com participação informada, com controlo de gestão e planeamento dinâmico, desde o setor social ao setor público”.

“A importância da gestão estratégica”, ou a procura de “um planeamento cada vez mais dinâmico, mais sistematizado e mais informado” são aspetos que, segundo Carlos das Neves Martins, se distinguem ao longo das páginas de *Da Gestão, em Saúde*. “Tal como visualizamos o profícuo modelo de gestão participativa”, frisa.

Classificando de “irresponsabilidade preocupante” o não assumir que, “sem colocar em causa a importância e o papel do SNS, os fantásticos indicadores de que nos orgulhamos no presente em muito se devem também aos setores social e privado”, afirma, mais à frente: “O modelo atual do SNS condiciona o sucesso da gestão pública e potencia as oportunidades de sucesso da gestão social e privada.”

Voltando a referir-se ao modelo que defende (“The money follows the patient”), Carlos das Neves Martins sublinharia: “O gestor público deve ter autonomia para, respondendo pelas suas decisões com resultados operacionais e financeiros, contratualizar e protocolar com o setor social e com o setor privado respostas integradas e complementares, comprando mas vendendo serviços, logo tendo maior eficiência na produção e melhor eficácia na gestão.”

Na sessão de apresentação de *A Gestão, em Saúde* intervieram também Stephen J. Spann (Faculdade de Medicina de Houston), Francisco Salvado (FMUL) e Francisco Velez Roxo, coordenador dos programas na área da Saúde da Católica Lisbon e ex-presidente do CA do Hospital Fernando Fonseca. Adalberto Campos Fernandes, ex-ministro da Saúde, encerrou a conferência.



Resolver um dilema com o lançamento de um fármaco inovador: o patirómero



Sílvia Gomes

Diretora de Acesso ao Mercado da Vifor Pharma em Portugal

O progresso da terapêutica farmacológica tem vindo a identificar múltiplas classes de fármacos capazes de diminuir a morbimortalidade, modificando assim, de forma positiva, o prognóstico da doença cardiovascular e renal. Os inibidores do sistema renina-angiotensina-aldosterona (RAASI), que englobam quatro classes de fármacos (IECA, ARA, ARM, ARNI), correspondem a classes farmacológicas reconhecidas como modificadoras de prognóstico na insuficiência cardíaca (IC) com fração de ejeção (FEVE) reduzida, na doença renal crónica (DRC) e na hipertensão arterial (HTA).

Os RAASI foram rapidamente incorporados nas recomendações internacionais para o tratamento crónico das doenças cardiovasculares e renais. Mas a hipercaliemia, que ocorre numa percentagem importante destes doentes (10-20%), é um efeito adverso deste grupo de medicamentos e representa uma das maiores limitações à sua utilização.

Ao favorecer o aparecimento de distúrbios cardíacos graves e potencialmente fatais, a hipercaliemia associa-se a um aumento da morbimortalidade. Até agora, na ausência de terapêuticas para tratar a hipercaliemia crónica, os clínicos, recosos dos efeitos adversos, optam frequentemente por diminuir a dose dos RAASI ou por descontinua-los / não iniciá-los.

Esta atitude terapêutica tem consequências clínicas graves para os doentes com IC e/ou DRC, HTA ou diabetes, objetivamente demonstradas em registos de vida real que mostram o efeito negativo sobre o prognóstico, com aumento do risco de morte e de hospitalizações ou aumento da progressão da doença renal crónica para estágio terminal.

Assim, e até à data, o clínico tem-se deparado frequentemente com este dilema: como proporcionar o cuidado necessário ao doente com

doença cardiovascular e/ou renal e indicação para receber RAASI? Aceitar o risco de desenvolvimento de hipercaliemia, com consequências potencialmente fatais, ou aceitar o risco de não tratar o doente com a terapêutica que reduz hospitalizações e aumenta a sobrevivência?

A Vifor Pharma, através do seu Departamento de Investigação e Desenvolvimento Clínico, já há vários anos tem vindo a apostar na área cardiorenal. Vai agora lançar em Portugal o Veltassa® (patirómero), aprovado pela FDA em 2015 e pela EMA em 2017. É um novo captador de potássio para o tratamento da hipercaliemia. O programa de desenvolvimento clínico, que inclui os ensaios clínicos OPAL-HK, AMETHYST-DN, PEARL-HF, TOURMALINE e AMBER, mostrou que o patirómero foi eficaz tanto na redução como na manutenção da concentração de potássio sérico. Trata-se de um fármaco bem tolerado e com baixa incidência de efeitos adversos.



A Vifor Pharma inaugurou recentemente uma nova fábrica em Portugal

O patirómero permite, assim, a otimização da terapêutica com RAASI em doentes que desenvolvem hipercaliemia, conseguindo-se, desta forma, resolver o dilema.

A Vifor Pharma optou por submeter o pedido de financiamento de Veltassa® (patirómero) através de um processo de avaliação prévia hospitalar. A aprovação deste financiamento assegura o acesso dos doentes com hipercaliemia a um medicamento que alterará o paradigma de tratamento da IC e da DRC em Portugal. Como referido, a introdução de Veltassa® (patirómero), concomitantemente à otimização dos RAASI, torna possível e viável o cumprimento do regime

terapêutico na sua globalidade. Em caso de interrupção do tratamento com Veltassa® (patirómero), um doente que esteja sob um regime ótimo de RAASI ficará em risco de desenvolvimento de um episódio *rebound*, potencialmente fatal, de hipercaliemia. Existe igualmente a necessidade de educar os doentes quanto à importância do cumprimento da terapêutica.

Os doentes que beneficiarão do tratamento com Veltassa® (patirómero) são seguidos regularmente em consultas de especialidade hospitalar. Torna-se evidente a importância da monitorização e seguimento destes doentes, para garantir a adesão à terapêutica. Dado o risco elevado de hipercaliemia, os doentes não deverão interromper a terapêutica com patirómero, sob risco de distúrbio fatal ou morte súbita.

O Veltassa® (patirómero) destina-se a ser dispensado pela farmácia de ambulatório hospitalar,

permitindo complementar o acompanhamento clínico com o acompanhamento especializado pelos farmacêuticos hospitalares.

Esta abordagem será geradora de maior eficiência na afetação dos recursos de saúde pelo SNS, fruto quer da mitigação dos eventos de hipercaliemia (distúrbios e morte súbita), quer da otimização da terapêutica com RAASI e seus benefícios (redução do risco da mortalidade, das hospitalizações por IC e da progressão da DRC).

A insuficiência cardíaca atinge cerca de 400 mil doentes em Portugal e representa a principal causa de internamentos acima dos 65 anos. 25% dos doentes são reinternados 30 dias após a alta, atingindo os 30% nos 60 a 90 dias após a alta hospitalar; a taxa de sobrevivência a 5 anos é de cerca de 48%, um valor mais baixo do verificado em vários tipos de cancro; cerca de 60% dos doentes são hospitalizados, pelo menos, duas vezes por ano – com

e decisores, trabalhar para disponibilizar as melhores e mais atuais opções terapêuticas. Paralelamente, existe a necessidade de evidenciar os ganhos em saúde e em prognóstico e de desenvolver esforços para que os fármacos úteis aos doentes – e que na prática geram poupança de recursos – possam entrar mais rapidamente na prática clínica diária.

A insuficiência cardíaca e a doença renal crónica estão entre as principais prioridades da Vifor Pharma e tudo faremos para proporcionar mais e melhor vida aos doentes que dela padecem.

No caminho trilhado da investigação e desenvolvimento, a Vifor Pharma inaugurou recentemente uma nova fábrica em Portugal, traduzindo o investimento no futuro global, do nosso país e dos nossos doentes. Esta unidade fabril representa um investimento de mais de 12 milhões de euros e é exclusivamente para o fabrico do patirómero para Portugal e para o resto do mundo, incluindo os EUA. O investimento aqui feito resulta da certeza de que este inovador medicamento se posicionará como um grande passo em frente e um marco importante no compromisso que assumimos: mudar o atual panorama da IC e da DRC em Portugal.

A IC e a DRC estão entre as principais prioridades da Vifor Pharma e tudo faremos para proporcionar mais e melhor vida aos doentes que dela padecem. Querendo posicionar-se como líder nesta área, a Vifor Pharma continuará a trabalhar para assumir novos “compromissos” terapêuticos que, no futuro, se posicionem e sejam reconhecidos como verdadeiras mais-valias pela sociedade, no seu todo. Essa é a nossa obrigação e o nosso dever: num trabalho conjunto, mudar o atual panorama destas doenças em Portugal, diminuindo o seu peso sobre os profissionais de saúde, os doentes e a sociedade em geral.

Responder à covid-19 educando a população, fortalecendo a resiliência dos profissionais e reajustando serviços e cuidados

A nova presidente da SPPSM considera que “a saúde mental tem um papel insubstituível, embora muitas vezes ignorado”. Perante a atual pandemia de covid-19, “tem uma função que deve ser dirigida a diferentes alvos, nomeadamente, na educação da população em confinamento, com medidas de autocuidados e melhoria da literacia em saúde, e no fortalecimento da resiliência pessoal dos profissionais da área da saúde”.

Maria João Heitor lembra que “estamos num período particularmente difícil, de incerteza, resultante de mais uma ameaça à saúde

mental”. E sublinha que se trata de uma ameaça que “coloca desafios físicos, pessoais, sociais e emocionais aos profissionais de saúde e ao público em geral”.

Alerta que “há populações particularmente vulneráveis”, como as pessoas com doença mental grave e com deficiência mental, que apresentam “dificuldades ao nível das medidas de proteção no distanciamento social”. Ou os sem-abrigo, “na sua maioria, com doença mental e abuso de substâncias, como álcool e drogas, que estarão mais desprotegidos”.

Além disso, foi necessária uma

reorganização dos cuidados e, nesse sentido, considera que “muitos serviços de saúde mental”, inclusive o Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do Hospital Beatriz Ângelo, onde trabalha, “estão a dar uma excelente resposta às novas necessidades e realidades”.

No entanto, adverte: “É fundamental continuar a garantir o acesso aos melhores cuidados especializados de Psiquiatria aos doentes, já em seguimento ou a novos doentes. E temos de estar preparados para o impacto da crise económica, sobretudo, nestas populações mais vulneráveis.”

EDUARDO CARQUEJA, DIRETOR DO SERVIÇO DE PSICOLOGIA DO CHUSJ:

“Os profissionais de saúde têm dificuldade em aceder, por eles próprios, ao pedido de ajuda psicológica”

“SENTEM QUE NÃO É UMA PRIORIDADE”, DIZ O PSICÓLOGO EDUARDO CARQUEJA, PARA JUSTIFICAR A AFIRMAÇÃO DO TÍTULO DESTES TEXTOS, SUSTENTADA POR ESTUDOS REALIZADOS. CRIADO MUITO RECENTEMENTE, O SERVIÇO DE PSICOLOGIA DO SÃO JOÃO TEM UMA EQUIPA DE 28 ELEMENTOS EMPENHADOS EM DAR APOIO AOS PROFISSIONAIS DO HOSPITAL E TAMBÉM AOS PRÓPRIOS DOENTES E SEUS FAMILIARES. A PANDEMIA DE COVID-19 VEIO JUSTIFICAR AINDA MAIS ESSA INTERVENÇÃO.

O Centro Hospitalar Universitário de São João já tinha uma “linha de apoio” com 16 psicólogos específicos disponíveis para atender qualquer profissional da instituição que sentisse a necessidade de a ela recorrer. Na verdade, até seria mais correto falar em “16 linhas”, uma vez que o contacto é feito via telemóvel para o nome da lista escolhido por quem faz a chamada.

Na segunda semana de março, com as coisas a complicarem-se por causa da covid-19 – com a crescente afluência à Urgência de casos suspeitos e de doentes mais ou menos graves, muitos deles a necessitar de internamento –, o diretor do Serviço de Psicologia, em articulação com a Direção do SU, concluiu ser necessária alguma pró-atividade:

“Os estudos dizem-nos que os profissionais de saúde têm dificuldade em aceder, por eles próprios, ao pedido de ajuda psicológica. Achem que depois resolvem, que a coisa passa. E também porque, naturalmente, estão muito atarefados e quando chegam a casa querem é descansar. A componente psicológica fica muitas vezes para depois e só quando adoecem é que têm mesmo de parar. Não é que não estejam disponíveis, mas sentem sempre que ‘ainda não é uma prioridade’, o que, aliás, também é típico da população em geral.”

Foi então feito o levantamento dos mais de 200 profissionais do SU e respetivos contactos telefónicos, ficando cada um dos 28 psicólogos do Serviço com a tarefa de enviar uma mensagem tipo para 7 ou 8 daqueles elementos – médicos, enfermeiros, assistentes operacionais, etc. Todos haveriam de a receber, em simultâneo, na sexta-feira 27 de março.

“Caro colega, informo que o Serviço de Psicologia do CHUSJ disponibiliza, a partir de hoje, um canal de comunicação direto para os profissionais de saúde do SU que necessitem, pelo contexto particularmente desafiante criado pela atual situação de pandemia pelo SARS-CoV-2 (covid-19), de al-

gum tipo de apoio ou intervenção psicológica. Se este tipo de resposta lhe fizer sentido, agora ou em qualquer outro momento durante este período de contingência, poderá contactar-me para este número, pela via mais confortável para si (chamada ou SMS). Aceite o meu sincero agradecimento pelo seu esforço e dedicação. Estarei ao dispor, caso necessite.”

“Tivemos algumas respostas que nos ajudam, no fundo, a perceber que estamos no bom caminho, manifestações de sentimento de gratidão, o que para nós é muito importante”, contou Eduardo Carqueja, quando deu esta entrevista à *Just News* no início de abril, uns 10 dias depois do envio da mensagem, acrescentando: “Os contactos que recebemos não ficam registados, funcionando numa base muito pessoal. É evidente que nos casos em que há necessidade é recomendado o apoio psiquiátrico.”

“Os níveis de intervenção na covid-19 estão a aumentar e nós vamos alargar este apoio a todos os profissionais que estejam mais diretamente envolvidos, que serão em número superior a 500. Uma coisa que temos procurado fazer é dar algum suporte a quem, de um momento para o outro, por necessidade de recursos, é deslocado do seu serviço para lidar com doentes com covid-19. Isto cria um impacto muito forte e também



O Serviço de Psicologia trabalha em estreita colaboração com os elementos dos Cuidados Paliativos no apoio a doentes e familiares/cuidadores



Eduardo Carqueja: “É o sentimento de segurança que oferece muitas vezes a tranquilidade de que os profissionais de saúde precisam”

nos compete dar alguma ajuda, para que possa ser mais fácil lidar com a situação”, refere Eduardo Carqueja.

O psicólogo admite que os assistentes operacionais talvez sejam, “provavelmente, o grupo que mais precisa de apoio neste contexto, pois, muitos deles não têm formação específica na área da Saúde, o que os deixa mais expostos, para além de sentirem que o seu trabalho não é reconhecido”.

“...Sabe que os médicos é que são os psicólogos dos doentes!”

Natural de Gondomar, Eduardo Carqueja é o primeiro a achar o seu percurso profissional “extremamente curioso”. Ainda concluiu o 1.º ano de Engenharia Química antes de resolver mudar para Enfermagem, que acabou depois por exercer durante dez anos, sempre no Serviço de Urgência do Hospital de São João, onde entrou em 1987. Enquanto trabalhava, foi tirando o curso de Psicologia (“Percebi que podia estar mais confortável nesta área!”), que concluiria em 1997.

Ainda hoje se lembra da resposta que ouviu quando propôs ao diretor do Serviço de Oncologia Médica – “o Dr. Silva Ferreira, um homem com uma visão muito consistente da Oncologia, nas suas diversas dimensões” – criar uma Consulta de Psicologia: “O Carqueja, psicólogos aqui tudo bem, mas sabe que os médicos é que são os psicólogos dos doentes!”

“Eu sei que sim, mas há coisas que são muito mais prementes para os médicos fazerem e se tiverem cá um psicólogo ficam libertos dessa envolvimento”, argumentou o nosso entrevistado. “Apresente-me um projeto”, ouviu de volta.

“Os doentes e os familiares. Foi sempre uma vertente que eu impregnei nas minhas atividades todas”, comenta Eduardo Carqueja, de certa forma justificando o facto de no seu Serviço existir uma consulta de Psicologia específica para os cuidadores. “Para todos os cuidadores dos doentes das mais diversas áreas, porque acho fundamental que exista este olhar para quem cuida”, diz.

Entretanto, no âmbito do mestrado que fez na Universidade Católica (em 2006/2007), ao querer perceber se havia suporte religioso no lidar com a dor, analisando doentes oncológicos e não oncológicos, acabou por concluir, de acordo com a amostra estudada, que “quem tinha mais suporte familiar e social sofria mais do que quem não tinha, ao nível do sofrimento relacional”.

“Quem estava só sofria menos. E porquê? As pessoas que tinham gente ao seu lado sofriam e faziam sofrer os outros e esse facto acarretava-lhes mais sofrimento, o que foi uma conclusão curiosa, quando nós sabemos que o suporte social e relacional dos doentes é fundamental”, lembra.

“Cerca de 70% da nossa intervenção é feita nas diversas áreas médicas, nomeadamente, sobretudo na Oncologia e nos Cuidados Paliativos, entre muitas outras”, refere o diretor do Serviço de Psicologia do CHUSJ.

“Perceber como é o morrer na vida das pessoas”

Percebe-se que Eduardo Carqueja tem uma ligação muito especial aos cuidados paliativos, não surpreendendo, portanto, que a tese do seu doutoramento em Bioética tenha sido desenvolvida nessa área, pela qual se interessou muito antes da criação, em novembro de 2008, do Serviço de Cuidados Paliativos no CHUSJ.

“Através do capelão que estava cá na altura, por volta de 2000, houve todo um trabalho de envolvimento e compreensão de como as pessoas morriam nesta casa. E a morte acontecia muitas vezes numa solidão muito grande”, recorda. Seguiu durante um ano, no hospital, um grupo selecionado de doentes em fim de vida: “Acompanhei-os para procurar perceber como era o mor-

“Sou um homem muito feliz”

Com 57 anos (fará 58 em meados de agosto), Eduardo Carqueja garante que tem “uma vida fantástica” e que é “um homem muito feliz”. E jura que nunca precisou de apoio psicológico, embora não esconda que viveu duas situações “muito intensas” – as mortes dos seus pais –, “de forma um bocadinho duras”.

Diz que tem que “estar bem com a vida”, até porque, irisa, “antes de ser diretor do Serviço, sou pessoa e sou psicólogo dos Cuidados Paliativos. As pessoas morrem-nos todos os dias e eu tenho de estar bem comigo para poder estar com elas!” Porque não é fácil lidar com doentes paliativos, certo? “É um desafio!”

“Eu todos os fins de semana, exceto agora, por causa do confinamento, tenho amigos lá em casa, cozinho, vou às compras... Isso alivia muito a carga diária de lidar com o sofrimento das pessoas”, assegura.

Casado com a atual presidente da Associação Nacional de Profes-

sos, Eduardo Carqueja tem uma filha de 20 anos que estuda Comunicação e um rapaz de 25 que está a finalizar Arquitetura.

Os seus dias são algo preenchidos. Quando não está no São João, é provável que esteja a dar aulas numa de várias escolas: FMUP, FMUC ou FMUL; Católica do Porto ou de Lisboa, Politécnico de Castelo Branco ou de Leiria. E também assegura a presidência da Delegação Regional do Norte da Ordem dos Psicólogos Portugueses desde dezembro de 2016.

Para além disso, o telemóvel toca mesmo muitas vezes, como se viu durante a entrevista que deu à *Just News* – “Era uma colega que está a precisar de ajuda...”; “Era um enfermeiro a pedir ajuda para a familiar de um doente que morreu!”, “Agora era uma médica a pedir ajuda para uma doente internada que está a ser acompanhada por nós!”

rendo, como eu lhe chamo, como é o morrer na vida das pessoas.”

“Curiosamente, foi muito interessante perceber que no fim da vida muitos destes doentes estavam numa solidão enorme e quem ficava a cuidar deles era o cônjuge, pois, os amigos praticamente desapareciam. Por vezes, eram mesmo os próprios doentes que não queriam que eles os visitassem”, reporta Eduardo Carqueja, destacando “a dificuldade de quem se encontra de fora de poder estar com quem está no seu tempo de morrer”.

Por outro lado, “o que emergiu neste meu estudo não foi tanto a dimensão da psicopatologia, da ansiedade, dos estados depressivos, mas sobretudo esta dimensão do aumento da dependência, da perda da autonomia, que depois se traduzia, de facto, nesses vetores mais psicopatológicos”. A conclusão estava à vista: “Se eu conseguir diminuir a perceção da dependência dos doentes provavelmente estes não vão estar tão emocionalmente alterados.”

Eduardo Carqueja verificou que os doentes que tinham o controlo da situação mas a perceção de que não o tinham sofriam mais dos que, apesar de não o terem, estavam convencidos de que controlavam as coisas.

Sendo um doutoramento em Bioética, a questão das decisões tomadas em fim de vida não podia deixar de ser abordada no seu trabalho de investigação, concluindo-se que, frequentemente, “os profissionais da saúde e a família do doente nem sempre o envolvem nas decisões que a ele dizem respeito, contrariando muitas vezes aquela que era a sua vontade. Mesmo debilitados, devem ser sempre ouvidos”.

Eduardo Carqueja: “Os nossos protocolos de intervenção, seja com os doentes, as suas famílias ou os profissionais, têm sido disponibilizados aos colegas de outros hospitais.”

- Cerca de 23.000 profissionais estão inscritos na Ordem dos Psicólogos Portugueses, ou seja, em condições de exercer.
- Menos de 1000 integram o Serviço Nacional de Saúde.
- 25% estão nos cuidados de saúde primários.
- 75% trabalham nos hospitais públicos e outros serviços do SNS.

Um Serviço estruturado de uma forma “muito consistente” em apenas 4 meses

Foi o atual presidente do CA do CHUSJ quem, enquanto secretário de Estado da Saúde, esteve na origem do Despacho de dezembro de 2017 que veio promover a formação de unidades/ serviços de Psicologia nos hospitais públicos segundo um modelo de organização e funcionamento dotado de autonomia científica, técnica e funcional

O Serviço de Psicologia do São João foi formalmente criado em julho de 2019 e a nomeação do diretor aconteceu no dia 22 de novembro, tendo começado a funcionar nessa data, embora continue sem ter um espaço físico próprio. Estava a ser preparado, mas com o surgir do novo coronavírus “foi preciso atender outras necessidades mais urgentes”, o que em nada preocupa o seu diretor: “Uso o gabinete que está vago, desinfecto bem o computador e pronto!”

“Em 4 meses, conseguimos ter o Serviço estruturado de uma forma muito consistente e com delegação de funções bem estabelecida, com três unidades distintas”, salienta Eduardo Carqueja.

Para além, naturalmente, da área assistencial, o diretor quis apostar na investigação pura na área da Psicologia em interação com os outros serviços. Nesse sentido, criou o Núcleo de Investigação e Formação, tendo já três projetos entre mãos, dois dos quais tem muito a ver com a crise da covid-19.

Eduardo Carqueja explica que o objetivo é criar uma aplicação através da qual seja possível aos profissionais de saúde monitorizarem o seu estado de ânimo em alturas mais complica-

das, estando previstos três níveis de intervenção: “dar-lhes competências na resiliência prévia, acompanhá-los durante o período mais crítico e continuar a apoiá-los para que não venham a desenvolver stress pós-traumático”.

“Esta app vai dar-nos a possibilidade de encontrar uma forma muito individual de cada um fazer a gestão da sua situação, com recurso, naturalmente, a todos os conteúdos psicológicos. Dinamiza e promove a resiliência de cada profissional. É uma abordagem diferente da mais tradicional, que tem o foco em escalas de ansiedade, escalas de depressão e na dimensão psicopatológica”, esclarece, prosseguindo:

“Imaginemos que o que me está a causar grande sofrimento é não conseguir estar com o meu filho já há duas semanas. De que forma posso diminuir esse sofrimento? Utilizando a videochamada! Então vamos potenciar isso, utilizar os meus recursos internos em função das minhas vivências.”

Serviço de Psicologia do CHUSJ
Diretor: Eduardo Carqueja

Unidade da Infância e da Adolescência
Coordenador: Paulo Almeida

Unidade do Adulto e do Idoso
Coordenador: Marta Figueiredo
Área da Saúde – dedicada às vertentes Médica e Cirúrgica
Área Clínica – alocada totalmente à Psiquiatria

Unidade de Neuropsicologia
Coordenador: Cláudia Sousa

Eficiência do SNS requer valorização do conhecimento científico

A CONVICÇÃO DE QUE A EFICIÊNCIA ORGANIZACIONAL EXIGE UMA BOA COMUNICAÇÃO E MOTIVAÇÃO JUSTIFICOU O TEMA DO DEBATE DO IV ENCONTRO DE ENFERMAGEM DO CHUC.

A enfermeira diretora do CH Universitário de Coimbra, Áurea Andrade, que presidiu ao evento, foi muito clara quando referiu, na intervenção que proferiu na sessão de abertura, que o desempenho das organizações de saúde, em particular de um centro hospitalar como o seu, “requer, sem qualquer dúvida, um forte e intencional investimento na valorização do conhecimento científico dos seus profissionais e na sua fidelização”.

No seu entender, esse será um aspeto essencial a salvaguardar numa estrutura como a do CHUC, que “é referência no SNS e que se distingue, sobretudo, pelos elevados padrões de humanização, pela excelência e qualidade dos cuidados e pela competência e diferenciação técnico-científica dos seus profissionais”.

“Pensar a eficiência organizacional exige reflexão sobre os processos comunicacionais e motivacionais”, afirmou Áurea Andrade. E ela também só se concretizará “se houver uma forte consciência do



Áurea Andrade

valor da multiprofissionalidade e interdisciplinaridade na abordagem dos processos de trabalho e na sua gestão aos diferentes níveis”.

Quanto à motivação das pessoas, “o capital mais precioso nas organizações”, a enfermeira diretora do CHUC referiu alguns fatores co-



Elementos da Comissão Organizadora do Encontro

Notícia



Mudar o paradigma para “gerar maior eficiência”.

nhecidos, como o sentido, a ética, a autonomia, o reconhecimento, o relacionamento e o prazer. Citou mesmo Confúcio: “Escolhe um trabalho de que gostes e não terás que trabalhar nem um dia na tua vida.”

Para “manter vivo e saudável o SNS” será necessário, no entender de Áurea Andrade, que se verifique “uma mudança de paradigma na gestão das organizações e na prestação de cuidados, de forma a gerar maior eficiência”.

Por outro lado, “é preciso que as instituições se abram para além dos seus muros”. E ainda “investir na integração e continuidade de cuidados e encontrar formas inovadoras, através das novas tecnologias, para reinventar e desburocratizar os atuais modelos de organização e de prestação de cuidados”.

O contributo para a transformação do SNS passará pela “inovação e implementação de processos de prestação de cuidados em rede, com particular enfoque na proximidade ao cidadão e à rede de apoio familiar”.

Para além de António Sales, secretário de Estado da Saúde, Rosa Reis Marques, presidente da ARS Centro, e da vereadora Regina Bento, da CM de Coimbra, a sessão de abertura também contou com a presença de Fernando Regateiro, presidente do CA do CHUC.

CARLA BENEDITO, DIRETORA-GERAL DA TAKEDA PORTUGAL:

“A probabilidade de uma terapêutica para a covid-19 é maior com esforço conjunto”

UM CONJUNTO DE EMPRESAS UNIU-SE PARA DESENVOLVER UMA SOLUÇÃO DERIVADA DO PLASMA PARA O TRATAMENTO DA COVID-19 DESIGNADA COVIG-19. SEGUNDO A DIRETORA-GERAL DA TAKEDA PORTUGAL, CARLA BENEDITO, A EXPECTATIVA É QUE ATÉ AO FINAL DO ANO POSSA ESTAR DISPONÍVEL UM TRATAMENTO POTENCIAL PARA SER USADO.

“Estamos numa corrida contra o tempo, daí que só faça sentido trabalharmos coletivamente, sem medir esforços e reunindo os melhores e mais avançados recursos da indústria”, considera a diretora-geral da Takeda Portugal, frisando: “A melhor forma de apoiarmos os profissionais de saúde que estão na linha da frente é realizarmos esforços conjuntos. A probabilidade de desenvolvermos uma terapêutica com potencial para a covid-19 é maior se trabalharmos juntos.”

A aliança formada pela CSL Behring e pela Takeda, à qual se uniram as empresas Biotest, BPL, LFB e Octapharma, dando origem à *CoVig-19 Plasma Alliance*, “está comprometida em encontrar, no mais curto tempo possível, soluções como a imunoglobulina hiperimune (H-Ig) para tratar a covid-19”.

“Juntámo-nos às empresas e instituições com foco em terapêuticas derivadas do plasma para apoiarmos esta aliança, pela sobrevivência e luta contra a pandemia do século. Se há uma coisa que aprendemos até ao momento com a covid-19 é que, juntos, podemos conseguir mais”, afirma Carla Benedito.

Segundo esta responsável, as empresas que constituem a *CoVig-19 Plasma Alliance* operam em mais de 500 centros de colheita de plasma, só nos EUA, abrangendo 50% da população de doadores elegíveis.

“Até ao momento, a resposta tem sido muito positiva, com outras empresas de plasma a integrarem a aliança, assim como empresas de fora da indústria farmacêutica que têm dado um apoio importante, como a Microsoft e a Uber Health, entre outras”, refere.

A diretora-geral da Takeda Portugal entende que “a pandemia de covid-19 é uma situação extraordinária, que exige respostas extraordinárias, a todos os níveis”. E acrescenta: “Há muitas mortes e infetados em todo o mundo e queremos poder contribuir para que esses números caiam ou até desapareçam rapidamente.”

Na opinião de Carla Benedito, é importante reconhecer o “excelente” trabalho de medidas e políticas de saúde pública implementadas pela Direção-Geral da Saúde, Ministério da Saúde e Governo, que, sublinha, “garantiram que Portugal poupasse o SNS e mantivesse o número de fatalidades, por comparação com outros países, relativamente baixo”.

“Também nós na Takeda tivemos, desde logo, como principal preocupação mantermos a saúde e a segurança dos nossos colaboradores, implementando medidas de teletrabalho que o asseguraram. De forma a contribuímos no apoio à sociedade, disponibilizámos também doações à Cruz Ver-



Carla Benedito: “Tempos extraordinários exigem soluções extraordinárias”

melha e à Linha de Apoio Financeiro recentemente criada pela APIFARMA, em articulação com a Ordem dos Médicos e a Ordem dos Farmacêuticos, para apoiar os profissionais de saúde que combatem a covid-19”, conta.

Por outro lado, a Takeda juntou especialistas nacionais em várias áreas para poderem, através de *webinars*, ajudar a população e os doentes a ficarem mais esclarecidos sobre a pandemia.

“Na Takeda, temos o conhecimento e 239 anos de experiência a desenvolver terapêuticas para prevenção e tratamento de doenças, o que nos deixa muito empenhados nesta missão para a saúde pública mundial”, garante Carla Benedito.

Desenvolvimento de terapêutica dependente das pessoas que recuperaram da covid-19

As H-Igs são terapêuticas derivadas de plasma que, no passado, se mostraram eficazes e seguras no tratamento de infeções respiratórias agudas graves. Carla Benedito lembra que a Takeda desenvolveu, em 2009, uma H-Ig para o H1N1 (gripe suína).

“Acreditamos firmemente que CoVig-19 pode ser uma opção eficaz e precoce não apenas para tratar os doentes mais vulneráveis em estado crítico, mas também para possivelmente prevenir doenças pulmonares nas pessoas expostas a um risco maior de infeção, como, por exemplo, alguns profissionais de saúde”, aponta.

E salienta que o desenvolvimen-

to de uma terapêutica bem-sucedida está dependente de outra colaboração importante, “talvez a mais importante de todas”, que envolve as pessoas que recuperaram da covid-19, que têm anticorpos contra o vírus que causa a doença. “O principal objetivo desses anticorpos é neutralizar o vírus e impedir que infete novas células dos doentes”, frisa.

Presente em mais de 80 países, a Takeda tem 18 centros de Investigação e Desenvolvimento e mais de 30 fábricas em todo o mundo. A isto somam-se mais de 40 medicamentos em pipeline.

Segundo refere, na prática, existem dois cenários em que o plasma convalescente pode ser utilizado como um potencial tratamento: administrado diretamente a doentes num hospital ou usado para fazer um

grande exigência para a nossa equipa local, com tudo o que um processo de integração acarreta ao nível de múltiplos processos, sistema legal, tecnológico, processual, de recursos humanos, entre tantos outros”, salienta Carla Benedito.

Globalmente, a empresa está muito focada no desenvolvimento de H-Ig para o tratamento da covid-19, mas os avanços noutras áreas são também entusiasmantes, seja pelo surgimento de novos medicamentos, seja pela criação de soluções visando melhorar o acesso aos produtos inovadores, constantes no portefólio da Takeda.

Um exemplo é o facto de estar prestes a introduzir no mercado o primeiro tratamento único e inovador com células estaminais aprovado pela EMA para tratar doentes com fistulas perianais complexas – uma terapia viva que tem uma durabilidade de 72 horas a partir do momento em que sai da fábrica, em Espanha, até ser aplicada/administrada no doente.

“É uma necessidade urgente das pessoas com esta doença e que não têm outra opção terapêutica, tratando-se de um medicamento verdadeiramente *breakthrough*”, menciona.

Entretanto, já está disponível o primeiro tratamento para a síndrome do intestino curto, “uma nova terapêutica que pode melhorar a vida destes doentes e das suas famílias, pois, permite libertar os doentes da nutrição parentérica, dando-lhes mais liberdade e qualidade de vida”.

Por outro lado, a empresa tem também trabalhado com as autoridades de saúde e os hospitais em “soluções de acesso que permitem disponibilizar, da melhor forma, a sua inovação aos doentes”.

A Takeda Portugal conta com uma equipa de cerca de 50 pessoas, sediadas na Quinta da Fonte, em Oeiras. No mundo, são atualmente cerca de 30 mil colaboradores da Takeda.

medicamento contra a doença por via de H-Ig.

Takeda reforçada pela aquisição da Shire

Desde 1 de abril que a Shire e a Takeda são uma única entidade comercial e legal, a Takeda Portugal, que tem agora um portefólio de soluções terapêuticas altamente inovadoras e centrado em quatro áreas terapêuticas: Oncologia, Gastroenterologia, Hemofilia e Plasma e Doenças Raras Genéticas. Além do investimento em I&D direcionada para Neurociências e Vacinas.

“Este foi, sem dúvida, um ano de

75 anos de experiência no desenvolvimento de produtos derivados do plasma

A Takeda é líder em terapêuticas derivadas de plasma, que desenvolve há mais de 75 anos, pelo que, de acordo com Carla Benedito, “tem a experiência necessária para pesquisar, desenvolver e fabricar medicamentos com este potencial”.

“Identificámos capacidades relevantes em toda a empresa e esperamos poder expandir as opções de tratamento para doentes com covid-19 e para os profissionais de saúde que cuidam deles”, indica, salientando:

“As terapêuticas derivadas do plasma são medicamentos essenciais, que salvam vidas, dos quais milhares de pessoas com doenças raras e complexas dependem todos os dias em todo o mundo.”

“A nossa herança, combinada com a nossa escala, experiência e capacidades, coloca a Takeda numa posição única para desenvolver todo o potencial de terapêuticas derivadas de plasma”, conclui Carla Benedito.

O gráfico apresenta uma coleção de logótipos de departamentos médicos da Takeda Portugal, organizados em uma grade. Os logótipos incluem:

- LIVE MEDICINA FÍSICA e REABILITAÇÃO**: Aparece em múltiplas instâncias em tons de verde e laranja.
- Coração e Vasos**: Logótipo em tons de laranja e verde, com o subtítulo "DEPARTAMENTO DE CORAÇÃO E VASOS DO CH UNIVERSITÁRIO LISBOA NORTE".
- LIVE MEDICINA INTERNA**: Logótipo em tons de verde e laranja.
- WOMEN'S MEDICINE**: Logótipo em tons de laranja e verde.

Na base do gráfico, o logótipo da **justNews** é exibido em tons de vermelho e preto.

SERVIÇO DE MEDICINA INTENSIVA DO CENTRO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO LISBOA NORTE

Tratar o doente como um todo e antecipar o dia seguinte

O TÍTULO DESTA REPORTAGEM DEFINE, EM MEIA DÚZIA DE PALAVRAS, O QUE É PARA JOÃO MIGUEL RIBEIRO A MEDICINA INTENSIVA, ALGO “SUBSTANCIALMENTE DIFERENTE” DE CUIDADOS INTENSIVOS. MAS ESSA QUESTÃO DOMINOU APENAS PARTE DA CONVERSA DE MAIS DE DUAS HORAS COM O DIRETOR DO SERVIÇO DE MEDICINA INTENSIVA DO CHULN E CUJO RELATO SE ESTENDE AO LONGO DAS PRÓXIMAS PÁGINAS. OUTROS OITO PROFISSIONAIS DA SUA EQUIPA DEIXARAM-SE CONHECER E CONTARAM À JUST NEWS COMO TÊM CONVIVIDO COM A COVID-19, OU, MAIS PROPRIAMENTE, COM O VÍRUS QUE A ORIGINA. IMPORTA DIZER QUE AS ENTREVISTAS FORAM REALIZADAS NA SEMANA ANTERIOR À PÁSCOA, ENTRE OS DIAS 6 E 9 DE ABRIL.

Com uma unidade polivalente no piso 1 de Santa Maria com 11 camas, uma segunda no piso 3 (mais 11 camas) e ainda uma unidade dedicada à patologia neurocrítica no piso 9, o Serviço de Medicina Intensiva do CHU Lisboa Norte “tem de base 31 camas dependentes da sua gestão”, esclarece João Miguel Ribeiro. Talvez o mais correto seja dizer que tinha porque, na verdade, “ao dia de hoje, 9 de abril, agora às 13h30, temos 56, e espero que daqui a uma semana possa dizer que o número é maior”.

“Temos camas disponíveis para receber todos os doentes que precisem de nós e não há qualquer critério de triagem só para casos de covid-19”, sublinha. E também faz questão de acrescentar que “nenhuma instituição consegue fazer repli-

car de repente camas de cuidados intensivos, pois, tal obedece a um plano faseado, em que é preciso fazer determinadas intervenções nos espaços e dotá-los de todo o equipamento indispensável”.

“Naquilo que foi a necessidade de adequar a nossa resposta institucional ao surto pandémico, procedemos à reconfiguração das três unidades que já tínhamos e, adicionalmente, fomos resgatar áreas adicionais do hospital, nomeadamente enfermarias, para criar outras cinco unidades. De acordo com o plano aprovado para a chamada primeira fase integrada, deveremos atingir assim as 80 camas”, refere João Miguel Ribeiro.

Em janeiro, o ano de 2020 não se adivinhava muito diferente, com as 22 camas do Serviço de Medicina



Intensiva mais as 9 sob sua gestão destinadas aos doentes neurocríticos sempre ocupadas. Atualmente, apenas a unidade situada no 9.º piso está dedicada à patologia não associada à covid-19... e tem sido suficiente.

“Há menos trauma, as pessoas estão mais em casa, suspendeu-se a atividade regular dos hospitais e, portanto, diminuiu aquilo que é a

produção habitual de doença crítica”, justifica o diretor, que aponta outra razão de peso para explicar esta situação e que, aliás, o deixa “muito apreensivo”: “Penso que estamos a acumular a montante pessoas com manifestações de doença que não estão a procurar os hospitais, o que deverá ter um impacto grande na fase subsequente à que vivemos.”

Médicos com uma capacidade de decisão e de intervenção extraordinária

João Miguel Ribeiro teve o primeiro contacto com o Serviço de Medicina Intensiva em 1997, quando o CHU Lisboa Norte ainda não tinha sido criado e o próprio Serviço nem sequer o era. A ligação à então denominada Área Funcional de Cuidados Intensivos manteve-se durante a sua formação em Medicina Interna, acabando por integrar o mapa de pessoal do Serviço – em regime de dedicação total – escassos meses depois de aquele ter sido formalmente criado, em 2002.

Assumiu o cargo de diretor na primavera de 2018, mas já há muitos anos que tinha obtido a subespecialidade de Medicina Intensiva e, mais recentemente, a própria especialidade, entretanto criada, em 2015. Conhecia bem a equipa e a equipa conhecia-o.

Adora o que faz e isso percebe-se ao fim de cinco minutos de con-

“O Serviço de Medicina Intensiva tem uma responsabilidade formadora muito, muito, muito significativa”, sublinha o diretor.

versa. Aborrece-o bastante que se considere que Medicina Intensiva seja o mesmo que Cuidados Intensivos – como adiante se verá, neste texto – e sente-se particularmente incomodado com o facto (talvez se possa dizer assim) de o seu Serviço não estar à altura do hospital que serve, ou, melhor dizendo, “dos doentes e dos cidadãos em geral que o CHULN serve.”

“Este Serviço de Medicina Intensiva tem uma dimensão em termos de número de profissionais e de estrutura objetivável que não corresponde às necessidades de uma instituição como Santa Maria, que tem 1000 camas de internamento de agudos e uma responsabilidade em termos assistenciais própria de um hospital de fim de linha”, afirma.

“Com uma estrutura de 31 ca-

JOÃO MIGUEL RIBEIRO, DIRETOR DO SERVIÇO:

“Beethoven não foi um personagem inerte na história da Humanidade...”

“... As pessoas podem conhecer melhor, podem conhecer pior, podem gostar mais, podem gostar menos, mas a verdade é que Beethoven foi um dos personagens mais influentes da Cultura ocidental, como o foram alguns filósofos. E porquê? Porque foi um indivíduo fortemente produtor ou promotor dos conteúdos e das reflexões que emanaram do espírito revolucionário da Revolução Francesa, da deposição das monarquias e dos poderes absolutos para os poderes democráticos. Para além de que transporta depois, para tudo aquilo que são os anos vindouros, a grandeza da sua música e a sua influência.”

“Neste momento, quase esquecemos completamente o facto de este ano se comemorarem os 250 anos do nascimento de Beethoven”, lamenta João Miguel Ribeiro. Mas até compreende: “Nós estamos totalmente absorvidos e quase com uma dedicação exclusiva ao coronavírus.” E está esperançado de que “talvez a 16 de dezembro estejamos já suficientemente pacificados para se poder dar a verdadeira relevância a esse evento”.

O diretor do Serviço de Medicina Intensiva do CHULN considera ser, “em certa medida, um produto típico de Santa Maria”. Sublinha que esteve sempre ligado a este hospital, desde os tempos de estudante na FMUL e mesmo durante “um pequeno interregno” na sua vida, em que “razões até de decisão política” o colocaram a trabalhar noutra instituição.

Nasceu em Lisboa no dia 24 de outubro de 1968 e garante – quando questionado a esse respeito – que não foi “uma decisão absolutamente inquestionável” ou algum “apelo missionário” que decidiram o seu futuro profissional. “O certo é que comecei na Medicina e continuo na Medicina”, remata.

O interesse pela Medicina Interna já o consegue fundamentar: “Ao longo da minha formação pré-gra-

duada, durante a licenciatura, fui construindo em mim uma perceção da prática da Medicina que necessariamente se viraria para uma perspectiva mais integradora, mais holística, em detrimento de uma visão focada numa área muito concreta.”

rou o cargo até à primavera de 2018. O atual diretor não é pessoa para se furtar a dizer o que pensa sobre as mais diversas matérias e, por isso, faz questão de deixar claro que rejeita “em absoluto a tipificação que atualmente se faz dos pro-



“Percebi também, desde uma fase relativamente inicial, que era possível conciliar esta perspetiva muito integradora, muito global, da prática da Medicina com uma área de saber mais dedicada àquilo que era a expressão mais crítica de uma série de processos fisiopatológicos”, explica.

A sua dedicação total à Medicina Intensiva coincide, praticamente, com a criação oficial, em 2002, do Serviço que agora dirige. Mas o facto é que este já existia como área funcional há uns dois anos quando, em 1997, João Miguel Ribeiro iniciou uma colaboração regular. Haveria de obter mais tarde o título de subespecialista de Medicina Intensiva e, finalmente, o de especialista, na sequência da criação da especialidade, em 2015.

Carlos França, “o grande promotor da área funcional dos cuidados intensivos”, foi diretor do Serviço até 2015, tendo-lhe sucedido a médica Zélia Costa e Silva, que assegu-

Assinalam-se, a 16 de dezembro de 2020, os 250 anos do nascimento de Ludwig van Beethoven (1770-1827).

fissionais de saúde como heróis”. Afirma: “Não há heroísmo nenhum. Eu venho trabalhar com o mesmo espírito de missão com que vinha há um mês, ou há um ano!”

João Miguel Ribeiro tem a certeza de que “este tempo que vivemos produzirá reflexões e conteúdos que não se ter algum impacto, não sei de daqui a 2 anos ou daqui a 20, mas alguma coisa resultará, porque isso é inevitável”.



mas, o que é manifestamente insuficiente para um hospital diferenciado como este, não acredito que no cenário posterior, quando se declarar a pandemia controlada, haja uma retração para aquilo que tem sido a nossa linha de base. Há que pensar naquilo que é fundamental – os equipamentos são um dos componentes, a arquitetura é outro, os recursos humanos são absolutamente cruciais”, salienta João Miguel Ribeiro, prosseguindo:

“Como é óbvio, este hospital não vai ter capacidade de multiplicar o

(Continua na pág. 30)





(Continuação da pág. 29)

número de médicos de Medicina Intensiva em poucos meses, mas vai ter que ser feito um esforço para identificar as necessidades efetivas. Não vamos poder continuar a trabalhar apenas com os 14 médicos que somos no Serviço.”

No seu entender, “são médicos com uma capacidade de decisão e de intervenção extraordinária, mas devo reconhecer, em rigor, que três deles estão numa fase inicial da sua formação em Medicina Intensiva, enquanto outros três aguardam apenas pelo reconhecimento formal do título”.

Relativamente aos internos, “são um recurso profissional de extraordinária valia, estão integrados nas nossas equipas e nos nossos processos funcionais, mas carecem de formação,

não tendo uma bolsa de competências própria de um especialista. Para além disso, as ações formativas ocupam tempo e recursos, que acabam subtraídos à atividade assistencial”. Ainda são formados adicionalmente, por ano, mais de três dezenas de internos de outras especialidades que fazem os estágios de Medicina Intensiva”.

Os cerca de 80 enfermeiros e 30 assistentes operacionais, a que se juntam três assistentes técnicos, têm sido também “manifestamente insuficientes” para dar resposta às necessidades do Serviço, obrigando a “aumentar o número de turnos”.

1.º doente com covid-19 continua internado

João Miguel Ribeiro lembra-se perfeitamente do primeiro doente



com covid-19 que deu entrada no seu Serviço, logo nos primeiros dias de março, até porque foi ele mesmo que o recebeu. “Relativamente jovem”, na faixa etária entre os 50 e os 60 anos, “estava muito crítico” e, apesar de não apresentar na altura “nada de muito significativo em relação a outros problemas”, continua ali internado (ou pelo menos continuava

no dia em que esta conversa aconteceu). Apresenta “uma condição clínica que não permite vislumbrar uma perspectiva de recuperação rápida”, sedado desde o primeiro minuto.

“Nós bem sabemos que há fatores de risco... Doentes com covid-19 que tenham hipertensão arterial, diabetes, algumas condições de imunocompromisso, asma ou doenças respiratórias, por exemplo, estão mais suscetíveis às formas graves. O mesmo sucede em faixas etárias progressivamente mais elevadas. Mas quando olhamos para um caso em concreto e nos perguntamos porquê esse doente, a resposta é que não sabemos”, reconhece o nosso interlocutor.

Por aquilo que se tem visto nos casos que têm sido atendidos no Hospital de Santa Maria, há um padrão semelhante, que se reproduz de doente para doente. Numa fase inicial (5 a 7 dias), apresentam algumas manifestações da infeção: febre, dor de garganta, tosse, dores musculares, prostração, astenia... Num segundo período (também habitualmente de 5 a 7 dias), alguns doentes começam a desenvolver sensação de dispneia, falta de ar, hipoxemia...

“Habitualmente, numa primeira avaliação hospitalar, percebe-se que há dificuldade de oxigenação sanguínea e

colegas de outros serviços, que se disponibilizaram a ajudar e são, atualmente, um importante reforço”, sublinha Maria do Céu Rocha.

Salienta que “o papel dos assistentes operacionais é essencial na higienização e descontaminação de equipamentos e da unidade do doente, bem como na manutenção e limpeza do restante espaço físico do Serviço”. E frisa: “Se nós não sentirmos segurança quer dizer que alguma coisa não está bem!” A verdade é que na UCIP 3 ainda ninguém se infetou com covid-19.

Os AO são 12 (incluindo um reforço), havendo mais 4 colegas de outros serviços que ali estão para conhecer as particularidades das suas tarefas, no que se refere aos doentes com covid-19. Com uma média de idades bem mais alta, “é também notável a capacidade de aprendizagem e adaptação da equipa de AO a esta nova realidade”, frisa a enfermeira, que destaca ainda a importância do “forte espírito de equipa presente nesta UCI”.

Pelas suas contas, até ao dia em que falou com a *Just News* (6 de abril), terão passado pela UCIP 3 um total de 20 doentes, 7 dos quais se mantêm ali internados e um faleceu. Casada com um cirurgião de Santa Maria e com dois filhos que vivem consigo, o mais velho dos quais iniciou agora o Internato (também) no mesmo hospital, Maria do Céu Rocha justifica o seu ar tranquilo dizendo que “tem que ver, sobretudo, com os cuidados que nós praticamos aqui diariamente”.



MARIA DO CÉU ROCHA, ENFERMEIRA EM FUNÇÕES DE GESTÃO: “O papel dos assistentes operacionais é fundamental”

Nascida no Fundão há 55 anos, Maria do Céu Rocha veio para Lisboa quando ainda mal sabia andar e nunca mais saiu da capital. O último estágio que fez no âmbito do Curso de Enfermagem da Escola da Cruz Vermelha foi em Cuidados Intensivos e Urgência, no Hospital de São José. Adorou. Acabou a ingressar na Urgência de Santa Maria, em outubro de 1989, ali ficando 9 anos.

Seguiu-se a UCI da Cirurgia Vascular, a UCI do piso 1, o Serviço de Urgência Básica de Loures, a abertura da Urgência do Beatriz Ângelo e o regresso a Santa Maria para inaugurar, como enfermeira em funções de gestão, a segunda UCI Polivalente do Serviço de Medicina Intensiva, no piso 3, exatamente no dia 18 de outubro de 2013.

Com o eclodir da epidemia originada pela covid-19, foi necessário em poucos dias reorganizar o espaço da UCIP 3. Com uma lotação de 11 camas, com capacidade instalada para 6 doentes de cuidados intensivos e 5 de cuidados intermédios, passou a uma lotação de 8 camas de intensivos. Esta alteração prendeu-se com dois aspetos essenciais: aumentar a capacidade de tratamento de doentes em situação crítica e responder à necessidade de reestruturação do espaço físico existente, permitindo definir áreas de internamento de doentes e de circulação dos profissionais (áreas “vermelha”, “amarela” e “verde”).

Maria do Céu Rocha refere ser fundamental que todos os profes-

sionais cumpram rigorosamente as orientações emanadas pela DGS e pelo GCL-PPGIRA no que concerne à circulação de doentes e que, nomeadamente, utilizem de forma correta o equipamento de proteção individual (EPI), com o objetivo de prevenção e controlo da infeção.

Contando consigo, são 32 os enfermeiros (incluindo 6 reforços) que asseguram os três turnos (8h00-15h30, 15h00-23h00 e 22h30-8h30). Maioritariamente do sexo feminino, têm uma média de idades que não deve ultrapassar muito os 30 anos.

“Esta equipa de enfermagem tem sido extraordinária, rapidamente os seus elementos se adaptaram à nova realidade, saíram da zona de conforto e todos os dias dão o seu melhor para cuidar de quem aqui está internado. Assim como os



João Miguel Ribeiro: “Medicina Intensiva como área disciplinar não tem nada a ver com Cuidados Intensivos.”

observam-se alterações na radiografia ao tórax que traduzem pneumonia. Alguns doentes ficam neste patamar, regra geral, internados na Medicina Interna”, refere João Miguel Ribeiro, acrescentando haver depois “uma forma de expressão da doença que, de facto, evolui de forma muito rápida”.

“A pessoa tem a percepção de falta de ar, dá entrada na Urgência e em 24 horas, às vezes não muito mais do que 48 horas, evolui para uma situação tão grave que obriga ao internamento na Medicina Intensiva.”

Foi o caso do primeiro doente que ali deu entrada, em que a passagem pela enfermaria geral foi muito rápida. O diretor do Serviço diz que não o segue preferencialmente, mas revela que pouco antes de receber a *Just News* estivera mais uma vez a avaliar a situação, até porque, “pelo percurso e pela gravidade de que a sua doença se reveste, tem merecido alguma atenção”.

Mas, afinal, que meios tem um intensivista à sua disposição para tratar um doente destes?

A obrigação de contribuir para a prevenção, o diagnóstico e o tratamento da doença crítica

João Miguel Ribeiro diz que a questão é interessante e não hesita na resposta: “Numa visão simplista, falando-se muito de ventiladores, dá a ideia de que a Medicina Intensiva é uma área funcional do hospital onde os doentes ficam deitados, em coma, ligados a um ventilador, e não se faz mais nada. Mas Medicina Intensiva não é isso!”

“Nós temos a obrigação de contribuir para a prevenção, o diagnóstico e o tratamento da doença crítica, entendendo-se como tal um estado de alteração da condição de saúde

em que existem determinados aspetos que predominam. E que aspetos são esses? São os que resultam da disfunção da fisiologia humana, com órgãos e sistemas ameaçados. Podem não estar declaradamente em falência, mas estão ameaçados. Se nós conseguirmos intervir numa fase precoce, podemos evitar a transição da ameaça para o estado declarado de falência de órgão”, explica.

A Medicina Intensiva tem ao seu dispor um conjunto de recursos tecnológicos que permitem substituir, transitoriamente, um órgão que esteja em falência. E um órgão vital nessa situação, “por definição, conduz inexoravelmente à morte se não for alvo de uma intervenção”. Veja-se o que uma insuficiência respiratória grave pode originar, se um ventilador não ajudar a que o oxigénio chegue às células.

Mas essa é apenas, frisa João Miguel Ribeiro, a “componente muito operacional” da Medicina Intensiva de substituir órgãos e sistemas, até porque “o ventilador, por si só, não trata nada, não cura nada”. E destaca “a complexidade orgânica que é preciso ter em consideração quando se faz Medicina Intensiva”.

(Continua na pág. 32)



ANDRÉ MADEIRA, ENFERMEIRO CHEFE DE EQUIPA: “Quem trabalha nesta área tem que estar apto e permanentemente em atualização”

A formação de André Madeira como enfermeiro foi-se fazendo ao longo dos anos, em boa verdade, desde pequenito. Filho de enfermeiros já reformados (o pai trabalhou em Santa Maria e a mãe no Pulido Valente), “quando chegou a altura de optar, fiz a opção lógica, não havia mais nada que me despertasse interesse”. Os cuidados intensivos são a sua “área de eleição”.

Com 34 anos completados agora dia 25 de março, conta que fez o curso na Universidade Católica (Escola Superior de Enfermagem São Vicente de Paulo), passou pelo Hospital Pulido Valente (primeiro na Medicina e logo a seguir na UCI), acabando a fazer parte da equipa que arrancou com a UCIP 3 em Santa Maria.

De uma coisa não tem dúvidas: “Quem trabalha nesta área tem que estar apto e permanentemente em atualização. Não se formam enfermeiros em Cuidados Intensivos em meia dúzia de meses. Há uma componente de treino e de saber estar que só se obtém mesmo com a prática diária.”

E lidar, por exemplo, com um ventilador é uma coisa simples? “É necessária prática. E implica olhar-mos para o próprio doente, principalmente para o doente, são coisas diferentes olhar para o doente e olhar para o ventilador. Isto requer anos de prática, muito estudo”, garante.

André Madeira é um dos cinco chefes de equipa da Unidade 3 do Serviço de Medicina Intensiva do CHULN: “Sou o elemento que faz

a ligação entre as equipas médica e de enfermagem. Tecnicamente, sou responsável pela distribuição do pessoal, pelas rotações em termos de dotação e de recursos e também, por exemplo, por todo o serviço extra de pedido de materiais.”



Na manhã do dia em que falou com a *Just News*, tinha passado quatro horas na sala mais pequena da UCI “a fazer a integração de um novo elemento que chegou ao Serviço”. Uma das alterações que a covid-19 trouxe foi precisamente a necessidade de utilizar um equipamento de proteção individual quase extrema sempre que se acede a uma zona vermelha, de grande contacto de proximidade com os doentes infetados. “É altamente claustrofóbico e cansativo”, assegura.

MARILI VITORINO, ENFERMEIRA: “Foi bom ver que estão bem. Isso tranquiliza-me”

Quando era pequena, Marili Vitorino perguntou à mãe qual era a profissão que ajudava as pessoas a tratar as feridas, ou que as auxiliava quando caíam. A resposta definiu-lhe o futuro profissional. Estava decidido: seria enfermeira! “Não me imagino a fazer outro tipo de trabalho”, confessa.



Natural da zona da Lourinhã, formou-se em Lisboa e trabalha em Santa Maria desde 2014. Esteve 3 anos na Medicina 2D e há 3 anos mudou-se para a UCIP 3, depois de ter feito uma pós-graduação na área do doente crítico e um estágio ali

mesmo. “Foi quase uma espécie de integração”, diz.

Marili Vitorino, que fez 30 anos em abril, partilha com a sua colega Susana um apartamento — que fica a poucos minutos a pé do hospital —, disponibilizado pela proprietária, que está a residir no Reino Unido e se ofereceu para ajudar profissionais de saúde. Ela vinha todos os dias de Torres Vedras, Susana estava preocupada por viver com a mãe, já de idade avançada.

“Não é nada fácil estar longe dos meus pais, que são agricultores. Fui ter com eles há 15 dias, mas vim-mos no jardim da casa, não houve qualquer tipo de contacto, e eles emocionaram-se. Nesse dia, por acaso, também vi a minha sobrinha, de 3 anos, muito de longe, e foi difícil conter as lágrimas. “Foi bom ver com os próprios olhos que realmente eles estão bem. Isso tranquiliza-me”, reconhece.

Entretanto, Marili Vitorino recorda o dia 16 de março, quando a UCIP 3 começou a receber doentes covid-19, recordando que trabalhou logo 16 horas seguidas. O receio inicial de entrar na chamada zona vermelha da unidade desapareceu: “Sinto-me mais tranquila, confortável e segura lá dentro do que cá fora.”



Parte da equipa de enfermagem da UCIP 3



(Continuação da pág. 31)

“Estes doentes têm um maior risco de evoluir para estados de desnutrição graves e perdem força muscular, o que pode comprometer a reabilitação no período posterior à fase mais aguda da doença crítica. A sua fragilidade origina complicações adicionais, um maior risco de contraírem infeções, de sofrerem tromboembolismos venozos e hemorragias. São doentes muito mais sujeitos a processos de desconforto, de dor, de percepção de despersonalização, etc., o que exige um conjunto de modelos de atuação que nós temos que garantir.”

O médico não hesita na conclusão: “Medicina Intensiva é tratar o doente como um todo, antecipando o que vai ser o dia seguinte.”

Prevenir a doença crítica

“Com cada vez mais doentes acompanhados em ambulatório, nós temos hoje internada nos hospitais uma população com doença aguda que compromete mais a sua fisiologia. Isso, naturalmente, obriga a que tenham uma capacidade de dar segurança a estes doentes completamente diferente da que existia no modelo hospitalar dos anos 60, 70, 80... Nós ainda temos uma orgânica hospitalar muito dependente da herança desses tempos. Ora, isso tem que ser revisito”, considera João Miguel Ribeiro, prossequindo:

“Quando eu digo que a Medicina Intensiva tem um papel crucial

é porque temos a obrigação de saber – e isso faz parte daquilo que é o exercício da nossa área disciplinar – que doentes podem, com uma intervenção precoce, evitar transitar daquela fase inicial em que os órgãos e sistemas estão ameaçados, mas ainda não entraram em falência. Há um conjunto de intervenções que, se forem desencadeadas, efetivadas e promovidas nesta altura, permitem-nos evitar que a condição do doente progrida para um estado de falência declarada dos órgãos. Se conseguirmos fazer isso, muitos doentes já não precisarão de ser internados em Medicina Intensiva ou sê-lo-ão apenas durante um, dois ou três dias. É completamente diferente.”

De acordo com o médico, “é obrigação da Medicina Intensiva promover, desenvolver e implementar no hospital processos organizados de resposta assistencial que previnam a doença crítica”. E isso é feito. João Miguel Ribeiro tem tido reuniões regulares com os responsáveis da enfermaria onde estão doentes com infeção por coronavírus relativamente estáveis, ao cuidado da Medicina Interna.

“Procuramos assegurar que esse processo assistencial de natureza mais preventiva, ou pelo menos de sinalização precoce de doença mais grave, ocorra de uma forma que responda às necessidades dos doentes e que permita uma intervenção o mais precoce possível”, diz.

Feitas as contas, até ao fim de semana da Páscoa, já tinham passado

pelo Serviço de Medicina Intensiva 46 pessoas com covid-19 (com claro predomínio do sexo masculino), tendo-se registado 5 mortes e 9 transferências de volta para a enfermaria. O doente a que nos temos vindo a

referir nesta reportagem foi sedado logo no primeiro dia em que ali chegou e assim permaneceu. “Ainda não tive hipótese de conversar com ele”, comenta o diretor. A mulher, professora, também contraiu a infeção, mas tratou-a em casa.

Mais formação e investigação na área da Medicina Intensiva

Susana Fernandes acredita que, “neste momento, para os doentes que não estão sedados, verem-nos vestidos da forma como nos vemos deve ser uma experiência muito assustadora. É com certeza muito difícil porque as nossas caras estão tapadas, as expressões ficam escondidas”.

Uma das consequências da pandemia pela covid-19 tem que ver com a ausência de contacto pessoal dos profissionais e dos próprios doentes com os familiares, algo que vem contrariar a prática comum nos serviços de Medicina Intensiva.

“A boa prática da Medicina Intensiva exige a presença dos familiares, que é muito apaziguadora para os doentes. Na situação atual, é impossível”, lamenta João Miguel Ribeiro.



MARIA OTÍLIA COSTA, ASSISTENTE OPERACIONAL:

“Vivo com o meu pai, de 83 anos, e preocupo-me bastante...”

É evidente a preocupação que Maria Otília Costa tem com o seu pai, de 83 anos. Não precisa de ser médica ou enfermeira, ou sequer de ver as notícias que encham as televisões e os jornais, para saber que a covid-19 atinge particularmente os mais idosos. Afinal, é isso que constata, diariamente, no seu local de trabalho, a UCIP 3.

A sua única filha está casada e “tem a casa dela”. Divorciada e tendo a mãe falecido há 4 anos, vive com o pai e admite: “Preocupo-me bastante. Pode acontecer! Nós nunca sabemos como saímos daqui. Tentamos resguardar-nos ao máximo, procuramos equipar-nos o melhor possível, para não nos infetarmos, mas...”

Percebe-se que a sua rotina é sagrada: “Quando chego a casa, tenho os meus chinelinhos logo à entrada. Tiro os sapatos à porta e uso um pano grande que está sempre enbebido em lixívia para os desinfetar. Os sapatos e a mala são sempre os mesmos e tento não mudar muito de roupa. Só uso dois casacos, um

impermeável e outro que não é. Quando isto passar, acho que vai mesmo tudo para o lixo!”



Maria Otília Costa, 54 anos, mantém sempre uma certa distância do pai: “Ele come numa ponta da mesa, eu na outra. Ele está sentado num sofá e eu noutro mais afastado. Procufo não me cruzar com ele a pro-

curar nesta reportagem foi sedado logo no primeiro dia em que ali chegou e assim permaneceu. “Ainda não tive hipótese de conversar com ele”, comenta o diretor. A mulher, professora, também contraiu a infeção, mas tratou-a em casa.

Natural de Alcobaca, onde nasceu há 39 anos, foi na adolescência que decidiu ser médica. Por um lado, porque o avô tinha insuficiência cardíaca e isso marcou-a, mas também pela “vertente científica associada” à profissão. Fez o curso na FMUL. No 2.º ano do internato da especialidade de Medicina Interna, o estágio de Medicina Intensiva cativou-a para este campo da Medicina.

Entretanto, ainda durante o internato, surgiu a oportunidade de fazer o doutoramento em Imunologia, na área do VIH. “Foi uma experiência absolutamente fantástica porque me permitiu contactar pessoas de outros

centros de investigação e com um pensamento muito distinto daquele a que estamos habituados enquanto médicos, como biólogos e bioquímicos”, recorda.



Susana Fernandes, médica

Susana Fernandes acabou por terminar o internato em 2014 e o doutoramento em 2015, o mesmo ano em que iniciaria a titulação em Medicina Intensiva, sendo especialista desde 2017.

“A Medicina Intensiva e a avaliação do doente crítico não integrava a formação pré-graduada na FMUL. Os alunos interessados tinham a oportunidade de fazer uma formação de uma semana, mas isso era notoriamente pouco. Agora, todos os alunos do 5.º ano passam já pelo menos uma manhã connosco e quando acontecer a reforma do ensino clínico, agora adiada, nós passaremos a dar formação, com um aumento significativo de aulas teórico-práticas”,

ANTÓNIO ALVAREZ, MÉDICO: “Nem relação com as famílias dos doentes conseguimos ter”

António Alvarez começa por recordar que entrou para a FMUL em 1983 e que, no final do curso, “tendo uma nota que me permitia escolher a especialidade que me apetece, optei pela Medicina Interna, e especificamente neste hospital”. Acabou por fazer o estágio de 6 meses obrigatório em Medicina Intensiva no São Francisco Xavier e foi aí que “tive uns mentores que me fizeram entusiasmar muito por esta área”.

Quando volta a Santa Maria, depois de um estágio de 6 meses em Barcelona, começa a fazer urgências na Unidade de Cuidados Intensivos. “Desde 1996 que estou cá, portanto, há 24 anos”, sublinha, acrescentando que o Serviço de Medicina Intensiva só haveria de ser criado exatamente a 31 de janeiro de 2002.

Reconhece estar a viver uma experiência nova na sua relação com estes doentes, até porque entra apenas uma ou duas vezes por dia nas salas das três unidades onde eles estão. “Mal lhes vemos a cara e eles não nos veem, seja porque simplesmente estão sedados, ou porque vamos de tal maneira equipados que ficamos irreconhecíveis. Neste momento, nem relação com as suas famílias conseguimos ter!”, lamenta António Alvarez.



Enfermeiros da UCIP 1 durante a mudança de turno

esclarece Susana Fernandes, que é professora auxiliar e responsável pela Clínica Universitária de Medicina Intensiva.

De acordo com a médica, o eclodir da covid-19 não veio alterar aquilo que os especialistas do Serviço já observavam: uma mortalidade “francamente elevada” entre os casos de síndrome de dificuldade respiratória aguda. “Cerca de 40% dos doentes com ARDS que vêm para nós vão acabar por morrer”, sublinha.

Com o objetivo de saber mais sobre a lesão pulmonar associada à infeção por SARS-CoV-2, em colaboração com o Instituto de Medicina Molecular, “lançámos três projetos nesta área, um dos quais tem como

objetivo compreender o perfil imunológico destes doentes, algo importante a nível de terapêutica ou de uma eventual vacina”. Os outros dois prendem-se com o registo de dados clínicos e com o armazenamento de amostras biológicas.

Casada com um infeciologista de Santa Maria, que, aliás, participou na elaboração das primeiras normas relacionadas com a covid-19 elaboradas pelo hospital, também viram as suas rotinas diárias, a nível pessoal, alteradas, acumulando já várias semanas de separação física dos seus dois filhos, um rapaz com 11 anos e uma miúda de 3. De resto, como diz, “não temos preocupações especiais”.



JOSÉ ALEXANDRE ABRANTES, ENFERMEIRO GESTOR: “Todos temos a obrigação de nos policiar uns aos outros”

Há algo que, de certa forma, tranquiliza José Alexandre Abrantes, o enfermeiro gestor da UCIP 1: o facto de nenhum dos elementos da sua equipa, entre enfermeiros e assistentes operacionais, apresentar sintomas de covid-19. “Vale o que vale...”, comenta.

“Todos nós nos controlamos uns aos outros. Aqui não há médicos, enfermeiros, assistentes operacionais... Todos têm a obrigação de se policiar. Primeiro, não queremos que alguém fique doente e, por outro lado, quebrar as regras de segurança pode ser mau para quem o fizer mas também para o resto da equipa”, frisa.

O destino profissional de José Alexandre Abrantes ficou traçado por alturas do 11.º ano de escolaridade, por causa da cadeira de Socorrismo — a professora, que era enfermeira da Cruz Vermelha Portuguesa, teve um papel decisivo. Concluído o curso, entrou em Santa Maria.

Esteve ligado ao Serviço de Anestesiologia e ainda passou pela Cirurgia Cardiorrástica antes de ir tirar a especialidade de Enfermagem de Reabilitação. Regressado ao “ativo”, esteve meia dúzia de anos na Urgência. Enfermeiro Chefe desde 2001, esteve cinco em Ortopedia e dois anos no Bloco Operatório Central. Na Medicina Intensiva está desde 2007, com

toda a satisfação de quem sempre gostou muito da área do doente crítico.



A ligação ao INEM (continua, aliás, a fazer pelo menos um turno por semana na VMER) permitiu-lhe ter já estado em vários cenários de catástrofe, nomeadamente em África, durante a epidemia de ébola.

Feitas as contas, José Alexandre Abrantes tem 35 enfermeiros a trabalhar consigo, dez dos quais com a especialidade de Reabilitação, tal como ele próprio. Aliás, reconhece que essa acaba por ser “a especialidade que melhor veio complementar aquilo que eu já sabia, porque ter optado antes pela Enfermagem Mé-

dico-Cirúrgica seria muito ir buscar um certificado daquilo que, afinal, já faço todos os dias”.

Infelizmente, “não consigo ter um número de colegas suficiente para colocar alguns elementos apenas dedicados à Reabilitação”. A equipa sofreu uma “redução muito grande nos últimos 2 a 3 anos”, o que faz com que 40% tenham menos de três anos em Cuidados Intensivos e pelo menos 10% menos de um, apesar de haver depois profissionais com mais de 20 anos.

Pelo menos desde o início de março que José Alexandre Abrantes, 55 anos, não vê os seus dois filhos, já adultos, e que não tem contacto físico com os pais, ambos octogenários. “Passei pela casa deles para levar algumas compras e foi da rua para a varanda da vivenda que lhas passei”, conta.

O nosso interlocutor assegura que o não poderem contactar fisicamente os familiares mais próximos e o estarem mais sujeitos do que a população em geral a contraírem a covid-19 “faz com que os profissionais se sintam psicologicamente afetados pela situação”. “Nem tudo é negativo pois estão a emergir novos líderes em resposta à crise”.

“Há algo que, por vezes, nós não conseguimos controlar que é o medo e a maneira como gerimos esse medo”, assegura José Alexandre Abrantes.

Técnica de rinoplastia do CHUP distinguida

The *Laryngoscope*, publicação científica de referência mundial na área da Otorrinolaringologia, dedicou a capa da sua edição de dezembro de 2019 a uma técnica revolucionária no âmbito da rinoplastia de preservação desenvolvida, nos últimos anos, pelo cirurgião Miguel Gonçalves Ferreira no Centro Hospitalar Universitário do Porto (CHUP).



Miguel Gonçalves Ferreira

O artigo científico agora divulgado por esta prestigiada revista norte-americana, fundada em 1896, tinha sido aceite para publicação um ano antes, em dezembro de 2018, e apresenta os resultados de um estudo prospetivo envolvendo 100 doentes submetidos a rinoplastia de preservação de superfície.

Miguel Gonçalves Ferreira, responsável pela Consulta de Rinoplastia e Cirurgia Facial do CHUP, esclarece que esta técnica cirúrgica que começou a aplicar em 2014 já tinha sido apresentada noutros artigos entretanto publicados, mas reconhece que “este foi o mais importante”.

Daí que se tenha optado por submetê-lo a uma revista com o “peso” da *The Laryngoscope*, líder no *ranking* da Otorrinolaringologia mundial (medido pela *Google Scholar Metrics*) e uma taxa de rejeição de artigos muito grande, perto dos 90%. A escolha para ser tema de capa dá a este artigo, admite, “uma visibilidade planetária”. Dentro em breve, acrescenta, “sairá um outro, mais abrangente do ponto de vista técnico”.

Em termos estatísticos, a queixa mais importante da população caucasiana relativamente ao nariz prende-se com a chamada bossa, em que o seu terço médio é mais alto do que o normal.

Miguel Gonçalves Ferreira explica que “corresponde exatamente a uma zona de transição entre o osso e a cartilagem, a mais crítica da estrutura do nariz”. Os especialistas chamam-na de “área K”, abreviatura de keystone, a pedra angular que sustenta o arco de uma ponte, sem a qual a estrutura acaba por ruir.

“Trata-se de uma área extremamente frágil, destruída por todas as técnicas antigas para retirar a bossa. O nariz colapsava, caía para dentro. Durante muitos anos, esse problema foi sendo resolvido com enxertos, aplicando-se, assim, uma técnica de destruição/reconstrução que,

apesar de tudo, foi sendo bastante aperfeiçoada ao longo do tempo, havendo, hoje em dia, quem a faça muito bem”, refere o especialista.

No entanto, “embora esta solução funcione razoavelmente na pele grossa, mais tarde, na pele intermédia ou fina, os enxertos acabam por se notar na maior parte dos casos”.

Entretanto, a denominada rinoplastia de preservação implantou-se, procurando manter a suavidade de um dorso natural enquanto se faz a sua correção.

O que Miguel Gonçalves Ferreira resolveu fazer foi, usando palavras suas, “trabalhar por baixo, ou seja, diminuir a altura do pilar, neste caso o septo, sem mexer na ponte”. E garante ser uma intervenção “mais rápida, evitando a utilização de enxertos ou retalhos”. Chama-lhe técnica de preservação de superfície, concretizada em “três passos”: baixar o nariz, aplanar para o tornar reto e proceder a um refinamento final.

A equipa de Miguel Gonçalves Ferreira está a trabalhar em conjunto com o Departamento de Engenharia Mecânica da Universidade do Minho no aperfeiçoamento da técnica. Que assegura ser “mais rápida, mais previsível, com melhores resultados, sem enxertos ou retalhos”.

Foram os 100 doentes submetidos a esta intervenção e selecionados para integrar o estudo prospetivo (33 homens e 67 mulheres, com uma idade média de 32,8 anos) que fizeram uma autoavaliação do seu nariz em três momentos: antes da cirurgia, no mês 3 e no mês 12 após a mesma. Tiveram em conta os aspetos funcional e estético, numa escala de 0 a 10. O resultado foi “muito bom”, comparativamente com o obtido em estudos do género: a avaliação, em média, partiu de um 3,4 para 8,4.

Miguel Gonçalves Ferreira: “Esta cirurgia envolve soluções de engenharia muito interessantes.”

Miguel Gonçalves Ferreira faz questão de esclarecer que a septorinoplastia é uma cirurgia diferente da rinoplastia estética, invocando a sua experiência clínica para afirmar que 70% dos doentes que opera têm toda a justificação para o serem no âmbito do SNS “porque o nariz torto faz com que respirem mal”.

A primeira autora do artigo agora publicado pela *The Laryngoscope* e selecionado para tema de capa foi Marilene Santos, interna de Otorrinolaringologia do Serviço de ORL do CHUP – Hospital de Santo António, que teve a seu cargo a elaboração deste estudo e do respetivo artigo, sob a coordenação de Miguel Gonçalves Ferreira e intitulado: “*Spare Roof Technique in Reduction Rhinoplasty: Prospective Study of the First One Hundred Patients*”.

PAULA CAMPOS, PRESIDENTE DO COLÉGIO DE FARMÁCIA HOSPITALAR DA OF:

“Tem de existir proximidade com a Farmácia Comunitária”

FOI SOB O LEMA “INOVAR O FUTURO” QUE SE REALIZARAM, EM LISBOA, AS XII JORNADAS DE FARMÁCIA HOSPITALAR, ORGANIZADAS PELO COLÉGIO DE FH DA ORDEM DOS FARMACÊUTICOS.



Ana Paula Martins, António Faria Vaz e Paula Campos

“**T**em de existir proximidade entre a Farmácia Hospitalar (FH) e a Farmácia Comunitária (FC), porque o nosso trabalho é de complementaridade e não de rivalidade”, afirmou à *Just News* Paula Campos, presidente do Colégio da Especialidade de Farmácia Hospitalar da OF.

Tendo como temática central “Inovar o Futuro”, um dos assuntos que marcou o primeiro dia da reunião foi a segurança, eficiência e sustentabilidade do medicamento de uso hospitalar. Para Paula Campos, esta será uma das questões mais importantes dos próximos tempos,



Paula Campos



Conselho do Colégio de FH da OF: Pedro Soares, Ondina Martins, João Ribeiro, Paula Campos, Maria do Sameiro Lemos, Luísa Pereira e João Rijo

defendendo, “para o bem dos doentes”, a proximidade entre a FH e a FC.

“Muitos dos medicamentos de dispensa gratuita no ambulatório já estão disponíveis nas FC, fazendo todo o sentido que assim o seja para se evitarem situações complexas, como a de alguém ter de percorrer mais de 300 km, todos os meses, para levantar a sua terapêutica”, exemplificou Paula Campos.

No seu entender, para que a proximidade seja prática corrente em todas as regiões do país, “faltam determinadas condições, como uma plataforma informática que permita maior partilha de informação e outro tipo de financiamento”.

A proximidade foi também defendida pelos restantes participantes numa mesa-redonda sobre o tema. O presidente da Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares (APAH), Alexandre Lourenço, realçou a importância de se refletir sobre “o contributo da FH no desenvolvimento do hospital do futuro”, assim como na forma como esta “se vai adaptar à nova realidade, que implica, sobretudo, cuidados mais centrados no doente”.

Notícia



Delfim Rodrigues

Continuando: “Portugal mantém uma centralização muito grande na dispensa do medicamento nas FH, mesmo na área do ambulatório, sendo mesmo mais pesada do que o internamento. É preciso encontrar novas estratégias a nível mais local – em farmácias comunitárias e centros de saúde – que permitam maior proximidade, a fim de se favorecer a adesão terapêutica.”

Outro dos intervenientes na sessão foi Fernando Araújo, presidente do CA do CHU de São João, que apresentou o projeto FarmazCare, referindo que “no Porto, em Braga e em Viana do Castelo, os doentes do CHUSJ podem levantar medicamentos de uso hospitalar nas FC, mantendo-se a segurança clínica e a qualidade ímpar.” O projeto também tem ajudado “na redução do desperdício e no combate à fraude”.

A mesa foi moderada por Francisco Ramos, ex-secretário de Estado e professor da Escola Nacional de Saúde Pública. Numa breve intervenção, fez questão de dizer que a segurança do medicamento de uso hospitalar “não é um problema”, contrariamente à eficiência e à sus-

tentabilidade, que lhe suscitam algumas questões.

Nas Jornadas, que decorreram em fevereiro, foram ainda abordadas outras temáticas, como o papel da FH na hospitalização domiciliar. Em declarações à *Just News*, Delfim Rodrigues, coordenador

do Programa Nacional de Implementação das Unidades de HD, afirmou:

“Os serviços farmacêuticos são, porventura, os que funcionam melhor em ambiente hospitalar, quer no internamento como na ligação com outras áreas,

mantendo toda a dinâmica assistencial e de contacto com os doentes.”

No caso específico da HD, “os farmacêuticos hospitalares são absolutamente imprescindíveis ou não se estivesse a falar num ponto muito sensível que é o uso de me-

dicamentos de dispensa hospitalar na própria casa dos doentes”. Delfim Rodrigues ainda acrescentou que “a FH não só contribui para um sentimento de confiança e de segurança por parte dos doentes e familiares mas também da própria equipa de HD”.

Na sessão de abertura entrevistaram Ana Paula Martins, bastonária da OF, e António Faria Vaz, vice-presidente do Infarmed.

Homenagem a Odete Isabel

Como habitualmente, o segundo dia das Jornadas de Farmácia Hospitalar foi marcado pela entrega do Prémio Pegadas – Deixe a sua Marca no Percorso da FH, que este ano homenageou a farmacêutica Odete Isabel.



Nascida em 14 de julho de 1940, em Montouro, no distrito de Coimbra, residiu desde muito cedo na Mealhada. Tendo terminado a licenciatura em Farmácia na FFUP em 1964, planeou e organizou os Serviços Farmacêuticos do então Centro Hospitalar de Coimbra, que dirigiu até 1994, tendo assumido, de seguida, a direção dos SF dos HUC até 2010, ano em que foi galardoada com a Medalha dos Serviços Distintos do Ministério da Saúde, Grau Ouro.

SERVIÇOS FARMACÊUTICOS DO HOSPITAL BEATRIZ ÂNGELO

Promover novos métodos de quantificação e de valorização da intervenção farmacêutica

HÁ OITO ANOS ERA INAUGURADO O HOSPITAL BEATRIZ ÂNGELO, QUE FUNCIONA EM REGIME DE PARCERIA PÚBLICO-PRIVADA (PPP), GERIDO PELO GRUPO LUZ SAÚDE. COM A ABERTURA DESTA UNIDADE HOSPITALAR DE LOURES, INICIARAM ATIVIDADE, NOMEADAMENTE, OS SERVIÇOS FARMACÊUTICOS (SF), DIRIGIDOS POR CLÁUDIA SANTOS DESDE O PRIMEIRO DIA. A RESPONSÁVEL ADMITE QUE COMEÇAR DO ZERO NÃO FOI FÁCIL, MAS TROUXE VANTAGENS, COMO OS LAÇOS QUE SE CRIARAM ENTRE OS VÁRIOS PROFISSIONAIS QUE FIZERAM PARTE DA EQUIPA INSTALADORA E QUE PERMITIRAM QUE O TRABALHO FLUÍSSE ADEQUADAMENTE.

Foi um pouco antes de o hospital abrir que Cláudia Santos e Eugénia Marques começaram a pensar como organizar os SF. A primeira pertença ao Grupo Luz Saúde desde 2002 e, nessa altura, estava a chefiar os SF do Hospital da Luz. Aliás, aquela farmacêutica tem vindo a dar o seu contributo para a abertura das várias unidades do Grupo ao longo destas quase duas décadas.

“O HBA foi um novo desafio para o Grupo Luz Saúde que, até então,

“Na altura da abertura do HBA, não havia em Portugal outra PPP na mesma situação, uma vez que as restantes envolviam hospitais já existentes. Aqui foi tudo de novo, foi como um desenho numa página em branco. Todas as equipas, das várias especialidades, que aqui entraram vieram de sítios diferentes”, realça, acrescentando que “o primeiro desafio de todos os colaboradores do hospital foi consensualizar métodos e procedimentos de trabalho”.

tava, à partida, um desafio. No entanto, não pensou muito, embora estivesse no Hospital de Santa Maria (CHULN) a trabalhar numa área de que gosta bastante – Farmacocinética – e no HBA fosse coordenar toda a área clínica. Oito anos depois, garante não estar arrependida: “Tem sido um desafio trabalhoso, mas muito positivo.”

A abertura da Farmácia contou com o “importante” apoio de Artur Vaz, administrador hospitalar, Rui Maio, que era na altura o diretor clínico, e José Pimenta da Graça, que dirige o Departamento de Medicina. “Bons maestros são um fator muito importante para o sucesso de uma orquestra”, salienta, prosseguindo: “Sempre mantivemos o apoio incondicional dos grandes pilares da estrutura deste hospital. Hoje, com o nosso atual diretor clínico, Edgar Almeida, o espírito de equipa permanece.”

Há histórias que Cláudia Santos não esquece, como a que relata: “O último serviço a abrir foi a Urgência. Naquele dia, no final de fevereiro de 2012, todos trabalharam 24 horas, desde os administradores aos médicos, enfermeiros, farmacêuticos, técnicos, administrativos e auxiliares. Estávamos todos presentes quando aquele serviço abriu portas. O primeiro doente que entrou teve toda a atenção! Queríamos participar naquela experiência e desejávamos, sobretudo, que tudo funcionasse na perfeição.”

A equipa dos SF, constituída por 43 profissionais, inclui farmacêuticos hospitalares “altamente qualificados e especializados”, que desenvolvem a sua atividade em estreita colaboração com técnicos de farmácia, administra-



Os SF do HBA dispõem de um equipamento que ajuda à dispensa, gestão e armazenamento de medicação. Tem dose unitária para todas as camas de internamento, com recurso a estes automatismos.

tivos e auxiliares. Estão envolvidos em todo o circuito do medicamento, contribuindo para “garantir os melhores resultados terapêuticos, com a máxima segurança para os nossos doentes”.

Uma grande percentagem do volume de medicamentos de maior rotação é guardada em dois armazéns rotativos verticais. Adicionalmente, é utilizado um sistema pneumático para envio de fármacos urgentes para todas as áreas clínicas. No ambulatório existem armários RFID, que têm a particularidade de ser cor-de-rosa, precisamente a cor que identifica a área de ambulatório dos SF.

Farmacotecnia, “uma das áreas nobres da farmácia hospitalar”

Cláudia Santos classifica a Farmacotecnia como “uma das áreas nobres da Farmácia Hospitalar”. “Hoje em dia, ela vai muito para além da área de manipulação de terapêutica oncológica e formulações galénicas, e não esqueçamos que foi aqui que nasceu a FH”, diz.

“Cada vez mais o recurso a medicamentos biológicos com necessidade de manipulação se estende a outras áreas que não a Oncologia, fazendo crescer a necessidade da nossa intervenção não só na sua manipulação, mas também na sua monitorização. A Oftalmologia, a Dermatologia, a Pediatria e a Neonatologia são especialidades que requerem igualmente grande intervenção, precisando de terapêuticas mais personalizadas, o que se impõe pelas características dos doentes e das patologias”, esclarece.

Filipa Costa Ching está ligada aos SF do HBA desde 2013, tendo come-

çado por trabalhar no setor de Farmácia Clínica, assumindo em 2016 a coordenação da área de Farmacotecnia. “A medicina personalizada é cada vez mais o que se pretende, tanto na Oncologia, que é uma das áreas fortes da Farmacotecnia, como noutras novas que estão agora a surgir. É o caso da Oftalmologia, em termos de solicitação de medicação totalmente adaptada ou não disponível no mercado comercial”, indica a profissional, que se formou na Faculdade de Farmácia da Universidade de Lisboa.

“O nosso *mindset* era sobretudo a Oncologia e a Neonatologia, com a terapêutica parentérica para neonatos. A Oftalmologia era o ‘parente pobre’ da Farmacotecnia, mas está a ganhar um espaço cada vez mais significativo”, acrescenta a farmacêutica de 41 anos, natural de Lisboa.

Os profissionais que trabalham neste setor também têm a responsabilidade de tratar os circuitos especiais, nomeadamente os estupefacientes,

(Continua na pág. 40)

CLÁUDIA SANTOS, DIRETORA DOS SF DO HBA:

“Sinto-me um pouco ‘mãe’ da área da Farmácia e do Medicamento no Grupo Luz Saúde”

Nasceu a 25 de maio de 1976, em Lisboa. Licenciou-se no Instituto Superior de Ciências da Saúde, na Universidade Egas Moniz, onde fez depois o mestrado. Concluiu a especialidade pela Ordem dos Farmacêuticos em 2008.

Entre diversas formações, fez pós-graduações na área da Gestão na Nova SBE, em Liderança e em Farmácia Clínica, tendo realizado também o Programa de Alta Direção de Instituições de Saúde (PADIS) na AESE, tendo ainda realizado outros cursos, como, por exemplo, *Leadership Strategies for Evolving Health Care Executives*, na Harvard School of Public Health, Harvard University, Boston USA.

Iniciou o seu percurso profissional no IPO de Lisboa, tendo integrado o Grupo Luz Saúde em 2002, onde se mantém, como diretora dos SF do HBA e diretora central da Farmácia e do Medicamento do GLS. Teve grandes referências na área da Farmácia Hospitalar, em particular Odete Isabel e Paula Almeida. Além disso, refere ter estado no “sítio certo à hora certa”.

“Quando comecei a trabalhar no Grupo Luz Saúde, tínhamos duas unidades. Fui tendo o privilégio de acompanhar a evolução deste Grupo e de crescer como profissional, com líderes cuja visão me inspira e na qual me revejo. O Conselho de Administração confiou sempre no meu trabalho e proporcionou-me as condições para aquisição dos *skills* fundamentais ao desempenho eficiente das minhas funções, dando-me

deste cedo autonomia na minha área. Só desta forma se consegue ter equipas motivadas e robustas”, indica.

Outras pessoas importantes no percurso de Cláudia Santos foram José Roquete, diretor clínico do Hospital da Luz desde a abertura da unidade até há cerca de um ano, e Isabel Vaz, CEO do Grupo Luz Saúde.

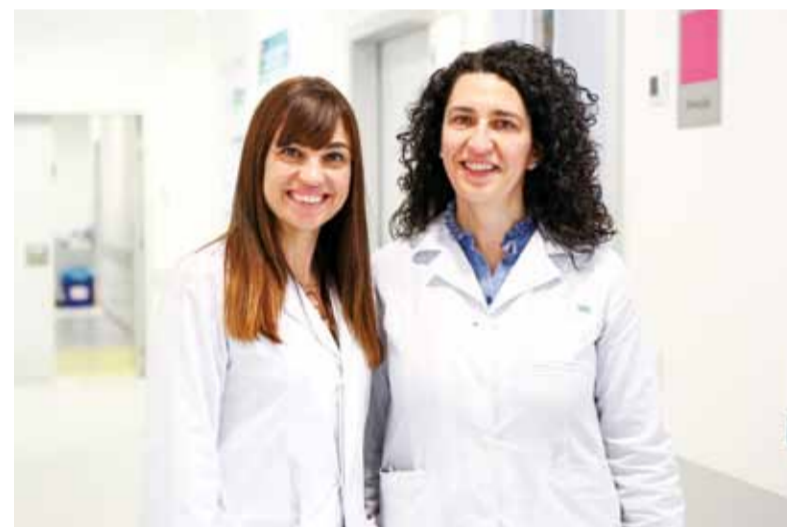
“Acabei por gostar muito do curso, e sobretudo dos colegas, que ainda hoje são o meu grande grupo de amigos”, confessa, admitindo que o percurso que se seguiu “foi uma constante de oportunidades que a vida me foi apresentando, que agarrei com total dedicação”.

“Sinto-me, sem dúvida, um pouco ‘mãe’ da área da Farmácia



Quis ser veterinária durante algum tempo, tendo chegado a ser colocada no curso respetivo, em Trás-os-Montes, mas acabou por escolher fazer a licenciatura em Ciências Farmacêuticas na atual Universidade Egas Moniz, influenciada pelo seu pai, que tinha esse sonho.

e do Medicamento neste Grupo. É muito gratificante trabalhar no HBA, o espírito que aqui se vive é de grande união e respeito entre todos os profissionais. O caminho que percorremos levou-nos até aqui. É hoje, reconhecidamente, o maior grupo português privado de saúde”, realça.



Cláudia Santos e Eugénia Marques

centrava toda a sua atividade no setor privado de prestação de cuidados de saúde. A gestão desta PPP trouxe para o setor público a eficiência e a excelência da marca Luz Saúde e o foco no cliente”, afirma, explicando:

“Um cliente é quem nos procura, um utente é aquele que tem direito a usar os nossos serviços. Esse foco pode mudar, por si só, a forma como olhamos para a organização da prestação de cuidados de saúde e para a maneira como o fazemos. Tenho a profunda convicção de que até hoje não perdemos esse foco.”

As duas farmacêuticas já se conheciam há alguns anos, por se cruzarem em formações e cursos, sobretudo internacionais. Um dia Cláudia Santos ligou a Eugénia Marques e convidou-a para tomar café. “Apareci-lhe na cantina do Hospital da Luz com umas plantas gigantes debaixo do braço, coloquei-as em cima da mesa e disse-lhe: ‘Não vamos abrir um hospital em África, mas vamos abrir um em Loures e quero desafiar-te a participar neste projeto.’ (Nessa época, a Eugénia dizia que se eu abrisse um hospital em África ela queria participar)”, conta a diretora dos SF.





Filipa Costa Ching

(Continuação da pág. 39)

psicotrópicos e hemoderivados. “A Farmacotecnia obriga a um conhecimento técnico muito grande de áreas muito distintas. Temos pessoas que obrigatoriamente têm de ter a especialização em Farmácia Hospitalar”, diz.

Medição de *outcomes* e *follow up* dos doentes são os principais projetos

Relativamente ao futuro, Cláudia Santos adianta que os projetos passam, fundamentalmente, por consor-



ROSANA GONÇALVES, MEMBRO DA DIREÇÃO CENTRAL DE FARMÁCIA E DO MEDICAMENTO E COORDENADORA DOS TÉCNICOS DE FARMÁCIA DO GRUPO LUZ SAÚDE:

"Ainda que os desafios tenham sido muitos, foi extremamente compensador abrir os SF do HBA"

Rosana Gonçalves entrou para a equipa dos SF do Hospital da Luz pouco tempo depois da sua abertura, onde assumiu o cargo de técnica coordenadora. Está no HBA desde que foi criado, tendo assumido igualmente a função de técnica coordenadora até há seis meses, altura em que passou o testemunho a Margarida Martins. Atualmente, apesar de se manter na equipa, a sua presença física é mais limitada, pois, aceitou o desafio que Cláudia Santos lhe propôs, a coordenação central dos técnicos do Grupo Luz Saúde.

“Ainda que os desafios tenham sido muitos, foi extremamente compensador abrir os SF do HBA. Não tem comparação quando todos trabalhamos desde o início para o mesmo e quando chegamos a um sítio em que os processos já estão a decorrer. A ligação



entre as equipas não é tão forte”, comenta.

Com 34 anos, Rosana Gonçalves é natural de Proença-a-Nova, sendo

cêutica, que é feita numa série de especialidades: “São recolhidas algumas informações importantes no seguimento dos doentes. Depois, referenciamos para a equipa médica que, por sua vez, os referencia para a nossa consulta.”

“Trabalhamos num ambiente sinérgico não só com a equipa médica mas também de enfermagem. O objetivo é darmos informação complementar que beneficie o doente, nomeadamente na adesão e na monitorização da terapêutica”, afirma.

Além disso, “também é feita uma monitorização de *outcomes* em diversas terapêuticas específicas, assim como o *follow up* dos doentes através de metodologias próprias, que foram desenvolvidas e apresentadas e contam com o total suporte da Comissão de Farmácia e Terapêutica”.

Formação e investigação são duas áreas fortes

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

“Em 2019, tivemos uma produção científica tremenda”, destaca Cláudia Santos, adiantando que foram desenvolvidos 18 trabalhos (seis apresentações orais, dois artigos e 10 posters), tendo sido apresentados em vários eventos nacionais e internacionais, não só da especialidade de

Farmácia, mas também de outras.

Os SF também contribuem para a formação de futuros farmacêuticos e TSDT, assumindo a orientação de estágios curriculares e extracurriculares de cerca de 15 alunos por ano.

O foco dos profissionais na sua própria formação também é grande. Prova disso é que 13 dos 16 farmacêuticos que integram a equipa são especialistas e os três que não o são estão a terminar a especialização.

Farmácia Clínica no ambulatório e no internamento

De acordo com Eugénia Marques, há uma ideia generalizada de que a Farmácia Clínica se aplica apenas a doentes em internamento. No HBA, tenta-se que ela tenha uma vertente mais transversal. “Faz-se FC no ambulatório e no internamento”, justifica.

Licenciada pela Faculdade de Farmácia da Universidade de Lisboa, Eugénia Marques é coordenadora da área de Farmácia Clínica, que inclui todo o circuito que se inicia na prescrição e que contempla também a reconciliação terapêutica e a colaboração com médicos e enfermeiros, para além de assumir a direção dos SF na ausência da diretora.

“Temos quase 100% das camas do internamento (435 é a capacidade mínima, que pode aumentar, em caso de necessidade, para aproximadamente 500) em dose unitária, independentemente do período do ano”, revela, acrescentando que também é preparada dose unitária para as camas da Urgência e, duas vezes por dia (9h30 e 14h30), para os do-

entes que ainda não foram transferidos para internamento.

A profissional de 45 anos destaca também a presença de um farmacêutico na Urgência, na passagem de turno da manhã: “Deixamos informações importantes, escritas no programa de validação, aos colegas que são depois responsáveis por validar os outros serviços de internamento. Todas as intervenções farmacêuticas são registadas no processo clínico de cada doente.”

Questionada sobre os planos futuros para a área da Farmácia Clínica, Eugénia Marques menciona que o principal objetivo é prosseguir com o trabalho que tem vindo a ser desenvolvido, procurando promover novos métodos de quantificação e valorização da intervenção farmacêutica.

Rentabilizar o internamento e valorizar o ambulatório

Miriam Capoulas, coordenadora das áreas de Investigação e de Ambulatório, iniciou o seu percurso académico com uma licenciatura em Biotecnologia, tendo ingressado depois na Faculdade de Farmácia da Universidade de Lisboa, onde realizou o mestrado integrado. É especialista europeia em Radiofarmácia e em Engenharia Biomédica.



Começou por trabalhar no Hospital Curry Cabral, tendo passado depois por Santa Maria, onde fez a especialidade, antes de regressar ao hospital de origem, onde esteve até abril de 2012, altura em que se mudou para o HBA.

Miriam Capoulas considera que as farmácias hospitalares ainda estão muito presas à distribuição: “Na minha opinião, anteriormente, havia pouco aporte de recursos humanos no ambulatório, o que obrigava os farmacêuticos a ter uma atividade muito reduzida e pouco aliciante, de dispensa “pura e dura”.

A farmacêutica conseguiu implementar um projeto que estende o ambulatório aos farmacêuticos que estão na área do internamento: “Conseguimos rentabilizar o internamento e começar a valorizar o ambulatório e a motivar as pessoas, porque o ambulatório não é dispensar.”

Também nos ensaios clínicos, Miriam Capoulas fez esforços no sentido de as pessoas se dedicarem a uma área específica, ou seja, de se especializarem. “Aqueles países que estão mais à frente em termos de farmácia hospitalar estão tendencialmente a ir para a especialização”, justifica.



Miriam Capoulas

No setor de ambulatório, além da dispensa de medicação, é feita a consulta farmacêutica, que foi desenhada com o objetivo de monitorizar e promover a adesão à terapêutica: “Avaliamos a população que tínhamos, verificamos as necessidades e que tipo de monitorização e de acompanhamento é que poderiam



estar a precisar. A partir daí, montámos um momento em que, em vez da dispensa ser feita ao balcão, o utente é convidado a entrar numa sala e em proximidade temos uma conversa com ele, de acordo com o tipo de medicação.”

Farmacêuticos nos Cuidados Intensivos e no PPCIRA

Farmacêutico na Unidade de Cuidados Intensivos, Luís França, 45 anos, é elemento do Grupo Coordenador Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos (GCL-PPCIRA) do HBA e gestor da Qualidade dos SF.

O seu dia começa habitualmente às 8h30, com a participação numa reunião de passagem de informação que se realiza entre a equipa médica dos Cuidados Intensivos que esteve durante a noite e o grupo que vai ficar durante o dia, na qual se transmitem



Luís França

as informações clínicas relevantes e é discutida a terapêutica. Em seguida, desloca-se rapidamente à Farmácia e regressa à UCI, onde está toda a manhã a realizar a validação e intervenções de farmácia clínica, colaborando com os médicos e enfermeiros, numa relação muito próxima. A tarde dedica-se, sobretudo, à área cirúrgica.

“A minha intervenção está fundamentalmente relacionada com a validação de prescrições, o ajuste das posologias, nomeadamente de antibióticos, que estão a ser feitos nos doentes críticos e que exigem acertos de acordo com doseamentos séricos ou com alterações da função renal, da função hepática ou condições que o doente tenha que exijam ajustes de dose ou outras alterações terapêuticas. Mas prende-se, também, com a identificação de outros problemas, tais como interações e contraindicações, sempre com o objetivo de otimizar a farmacoterapia”, explica.

Relativamente ao GCL-PPCIRA, Luís França conta que no hospital foi desenvolvida uma ferramenta de monitorização que começa no momento da prescrição dos antibióticos. “Temos um sistema configurado de acordo com as indicações que estabelecemos”, aponta, mencionando que esta solução foi desenhada pelo grupo e implementada em conjunto com uma equipa de informáticos que foi responsável por padronizar o sistema de prescrição.

“Este sistema permite sinalizar prescrições de antibióticos que consideramos que exigem uma monitorização mais próxima por estarem associados a resistências importantes”, explica, acrescentando:

“Analisamos as prescrições, vemos se há enquadramento para

SF do HBA em números (2019)

Medicamentos distribuídos
7.313.903 unidades

Camas preparadas em DU/ano
145.200

Medicação preparada individualizada (doentes/dia)
máximo de 559

Prescrições validadas
163.353
(correspondendo a 97,95% das prescrições totais)

Notificações ao Gabinete de Gestão de Risco
≈ 722 reports por trimestre

Doentes atendidos em ambulatório (por mês)
1650
(+ 1406 consultas ano)

Ensaio clínico
30 ativos

Os Serviços Farmacêuticos do HBA localizam-se no Piso -1 do edifício.

Os SF são certificados pela norma ISO9001 desde março de 2012 e no final do ano seguinte o HBA foi acreditado pela Joint Commission International (JCI).

utilizar determinado antibiótico e, sempre que necessário, fazemos intervenções junto dos prescritores, no sentido de otimizar a terapêutica, sugerir alternativas, combinar outros antibióticos, descalar a terapêutica antibiótica quando já sabemos qual é o microrganismo que está a causar a infeção.”

Há depois outras tarefas relacionadas com o PPCIRA, nomeadamente, reuniões semanais para analisar

SÍLVIA DIAS, COORDENADORA ADMINISTRATIVA: "É necessário um contacto regular com os nossos fornecedores"

Coordenadora administrativa desde a abertura do HBA, Sílvia Dias está neste momento responsável pela realização das compras. Questionada sobre os principais desafios, a profissional de 38 anos, que integra uma equipa com mais dois administrativos, refere: “Temos alturas em que não conseguimos ter sempre um produto igual durante o ano e é preciso alterar o fornecedor quando há estas roturas. É necessário um contacto regular com os nossos fornecedores para saber se está tudo bem com a entrega.”



FRANCISCO FERNANDES, AUXILIAR COORDENADOR: "Todos os fármacos que aqui entram passam pelas nossas mãos"

Francisco Fernandes é auxiliar coordenador nos SF do HBA desde o primeiro dia. Já tinha aberto com Cláudia Santos a Farmácia do Hospital da Luz e anteriormente tinha exercido a mesma função no Curry Cabral. Com 37 anos completados em janeiro, conta que a diretora dos SF faz questão de passar muita responsabilidade para os auxiliares, o que acaba também por ser “motivador.”

“Todos os fármacos que entram na Farmácia passam pelas nossas mãos. São sujeitos a conferência, tanto de quantidade como da qualidade, picagem de QR code e todo o seu armazenamento”, destaca, mencionando



que todos os auxiliares estão formados para trabalhar com os fármacos.

MARGARIDA MARTINS, TÉCNICA COORDENADORA: "Aqui não estagnamos, porque estamos a fazer coisas novas"

Depois de três anos em Farmácia Comunitária, Margarida Martins integrou os SF do HBA como técnica superior de Diagnóstico e Terapêutica no ano em



Margarida Martins

que abriu. Desde há seis meses que assume a função de técnica coordenadora. “Aqui não estagnamos, porque estamos sempre a fazer coisas novas, nomeadamente na produção. No início, produzíamos o básico e agora já estamos a fazer coisas diferentes”, destaca a profissional de 33 anos, que se formou na Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa.

Margarida Martins e Rosana Gonçalves realizaram um curso de metodologia Kaizen, tendo aplicado os conhecimentos não só ao nível da organização da equipa (como a atribuição de tarefas) como da organização do espaço (identificação de áreas específicas para determinadas atividades, por exemplo).

que abriu. Desde há seis meses que assume a função de técnica coordenadora.

“Aqui não estagnamos, porque estamos sempre a fazer coisas novas, nomeadamente na produção. No início, produzíamos o básico e agora já estamos a fazer coisas diferentes”, destaca a profissional de 33 anos, que se formou na Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa.

Margarida Martins e Rosana Gonçalves realizaram um curso de metodologia Kaizen, tendo aplicado os conhecimentos não só ao nível da organização da equipa (como a atribuição de tarefas) como da organização do espaço (identificação de áreas específicas para determinadas atividades, por exemplo).

os problemas da atualidade, como, por exemplo, o covid-19 agora ou o ébola há alguns anos. “Sempre que há uma pandemia, é preciso assegurar que temos as condições ideais para gerir os casos suspeitos e evitar a transmissão hospitalar”, refere o nosso interlocutor.

Luís França licenciou-se pela

FFUL, em 2001, e concluiu, em 2008, o Mestrado em Doenças Infecciosas Emergentes na FMUL. Trabalhou no Hospital Curry Cabral durante seis anos. Fez a especialidade no Hospital dos Capuchos, que teve a duração de três anos, onde se manteve até 2012, altura em que integrou a equipa que abriu o HBA.

INTEGRAÇÃO DOS ESPECIALISTAS DE ER NAS EQUIPAS DE CUIDADOS INTENSIVOS É UMA REALIDADE NO CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO DE COIMBRA

A grande mais-valia da enfermagem na reabilitação do doente crítico

NA UCI POLIVALENTE DO HOSPITAL GERAL (COVÕES), QUE INTEGRA O SERVIÇO DE MEDICINA INTENSIVA DOS CHUC E É, NESTE MOMENTO, EXCLUSIVA PARA CASOS DE COVID-19, A MAIOR PARTE DOS ENFERMEIROS ESPECIALISTAS EM REABILITAÇÃO TEM MUITOS ANOS DE EXPERIÊNCIA EM CI, INTEGRANDO A EQUIPA DAQUELA UNIDADE. SÃO FATORES ADICIONAIS QUE TORNAM AINDA MAIS RELEVANTE A PRESTAÇÃO DESTES CUIDADOS A DOENTES CRÍTICOS. COMO JÁ ALGUÉM ESCREVEU, “NA BUSCA DE ACRESCENTAR ANOS À VIDA, INÚMERAS VEZES É ESQUECIDA A NECESSIDADE DE ACRESCENTAR VIDA AOS ANOS”. AS FOTOS DESTA REPORTAGEM QUE RETRATAM PROCEDIMENTOS FORAM ASSEGURADAS PELOS PRÓPRIOS PROFISSIONAIS.

Marco China, 43 anos, assume, de certa forma, o papel de “porta-voz” do grupo de enfermeiros de reabilitação que, pelo menos na data da realização desta reportagem, no início de abril, estavam colocados na Unidade de Cuidados Intensivos do velho Hospital dos Covões, há quase dez anos fazendo parte do CHUC. Natural de Coimbra, integra esta UCI desde 1999, quando terminou o curso de Enfermagem, e testemunhou, portanto, a inauguração das novas instalações, em 2001, altura em que passou de 4 para 6 camas, número que subiu posteriormente para 9.

Era um dos cinco enfermeiros especialistas em Enfermagem de Reabilitação (ER) que em fevereiro ali prestavam este tipo de cuidados, a que se juntou, já em março, uma colega da equipa que, entretanto, concluiu a especialidade. No contexto da covid-19, chegou um reforço de mais três profissionais, do mesmo Serviço de Medicina Intensiva, mas transferidos da UCI Polivalente do polo HUC.

Marco China terminou a especialidade de ER em 2015, quando já tinha, portanto, uma convivência diária de muitos anos com doentes críticos. Aliás, terá sido por isso mesmo que escolheu ER: “Para mim, foi um passo lógico, porque fui observando, ao longo do tempo, que esta especialidade pode oferecer muito ao doente crítico. Nós temos intervenções específicas com as quais podemos proporcionar ganhos em saúde. Através da otimização da ventilação e da oxigenação, da limpeza das vias aéreas, facilita-se o desmame ventilatório. Também a redução da incidência de fraqueza muscular adquirida nos CI e a prevenção de riscos têm uma influência direta na qualidade de vida do doente.”

A ER evoluiu muito ao longo dos últimos 10 ou 20 anos. Relativamente ao acompanhamento do doente crítico, verificou-se ser importante que o enfermeiro integresse a equipa de CI, “porque lhe permite conhecer muito melhor o doente”, e que tivesse experiência nesta área.

“Cada vez mais as unidades de CI têm enfermeiros de reabilitação que pertencem à própria equipa, o que para nós é o que faz sentido, ser um elemento dessa equipa e ter toda

a informação do doente. Por outro lado, quando se especializam em ER, a maior parte dos colegas já tem muitos anos de CI”, explica Marco China.



Marco China

No caso dos doentes que nas últimas semanas têm sido internados com covid-19 no polo Hospital Geral do SMI, a intervenção da ER faz-se principalmente ao nível da respiração, promovendo a limpeza das vias aéreas e a melhoria da ventilação e das trocas gasosas. Depois na área motora, prevenindo as complicações inerentes à imobilidade, como a rigidez articular e a atrofia muscular, entre outras. A reabilitação cognitiva justifica-se porque “estes doentes também precisam de ser estimulados”.

Estas intervenções permitem que se realize o desmame ventilatório o mais precocemente possível, conquistando, assim, o doente a sua autonomia respiratória.

E é mais fácil para um enfermeiro de reabilitação lidar nos CI com um doente com covid-19 sedado ou consciente?

“Nós prescrevemos as nossas intervenções consoante os diagnósticos de enfermagem e a situação clínica do doente. Quando um doente está sedado algumas das preocupações são a limpeza das vias aéreas (retirar as secreções a nível dos pulmões), procurando melhorar a ventilação, para incrementar as trocas gasosas. Em termos motores, nesta fase, tentamos manter a amplitude articular”, explica Marco China, acrescentando:

“Quando o doente começa a ficar mais acordado, a mobilizar-se, já podemos ter alguma participação, nomeadamente, no movimento, para ganhar tónus muscular”, pois, como explica, numa semana de internamento uma pessoa pode perder cerca de 4-5% da massa muscular.

Sessão de reabilitação demora entre 45 minutos a uma hora

O enfermeiro reconhece que uma das grandes barreiras nos cuidados a prestar a um doente acordado prende-se com todo o equipamento de proteção individual (EPI) que o profissional tem de envergurar, simplesmente porque “o doente só nos vê os olhos, não consegue distinguir a nossa cara”. E orientá-lo no espaço e no tempo “é fundamental”. Numa situação normal, o que não é o caso porque não são permitidas visitas, “os familiares são envolvidos e ver uma cara conhecida é muito importante para o doente”.

O próprio EPI utilizado pelos profissionais acaba por ser uma dificuldade de peso na sua atuação, não só devido ao embaciamento dos óculos e das viseiras, por exemplo, mas também ao desgaste físico que origina. “Tentamos não ficar mais de três horas dentro da sala e depois temos que fazer um período de descanso”, diz Marco China, esclarecendo que, “em termos de execução de técnicas ao doente, não há grande diferença em termos ou não com o equipamento”.

Uma sessão de reabilitação da parte respiratória e motora demora, em média, entre 45 minutos a uma hora: “Um doente que já esteja um pouco acordado está em condições

Marco China: “Quando um doente é extubado temos cuidados especiais para controlar a dispersão de aerossóis.”



de ajudar a realizar alguns exercícios e aí nós vamos tentar usar técnicas que aumentem a força muscular, o que consumirá mais tempo.

“Depois de concluída uma sessão, é feita a mudança de EPI, como o avental e as luvas, higienizamos as mãos e estamos em condições de passar para outro doente, depois de fazer os registos no processo do anterior. Em três horas conseguimos trabalhar, em média, com três doentes e depois temos que vir cá fora para uma pausa e voltarmos a parametar”, descreve o nosso interlocutor, confirmando que “o ato mais perigoso é mesmo a desparamentação, pois, é quando corremos mais riscos de entrar em contacto com uma zona que esteja conspurcada”.

Não admira que Marco China, casado e com 2 filhas, chegue a casa e durma sozinho num quarto, tenha o seu próprio WC e use sempre máscara. E que logo à entrada exista uma “zona suja”, onde deixa os sapatos e o casaco, enquanto a roupa usada vai para lavar.

Equipa experiente em CI dá formação e apoio

Helena Rodrigues, 47 anos, também nasceu e estudou Enfermagem em Coimbra como Marco China, mas teve de passar 2 anos em Lisboa, primeiro em Santa Maria e depois no Curry Cabral, onde começou nos CI. Mudou-se em 1996 para os Covões e permaneceu 5 anos na UCI Coronários, antes de ir inaugurar, com o seu colega, as novíssimas instalações da UCI Polivalente. Há uns 5 anos foi chefiar os enfermeiros e assistentes operacionais da Medicina F (também nos Covões), até que em janeiro des-

te ano assumiu idêntica responsabilidade na UCI do SMI, que já conhecia muito bem. Começou dia 15, quando ainda não se falava de covid-19.

Muito rapidamente chegou o dia em que foi necessário transferir os doentes internados naquela Unidade e preparar o espaço para receber, em exclusivo, casos de covid-19. “Come-



Helena Rodrigues

çámos por ter que perceber os circuitos que tínhamos que fazer para cuidar destes doentes, a logística em termos de proteção dos profissionais, aquilo que nos era exigido em termos de recursos materiais e humanos. Foi uma reviravolta muito grande”, recorda a enfermeira gestora.

Também foram recebidos depois doentes da Figueira da Foz e de Aveiro, mas os iniciais vieram do polo HUC, incluindo uma senhora com mais de 70 anos, que Helena Rodrigues confirma ter sido a primeira com covid a ser ali internada, dia

A enfermeira gestora da UCI do SMI localizada nos Covões também é, desde 2007, especialista em ER.

12 de março. Vinha transferida da Urgência e foi logo ventilada e, portanto, sedada, assim se mantendo à data desta reportagem, embora com evolução positiva: “Tem vindo a melhorar, já não está com suporte ventilatório, respira por ela. Estamos a ver se recupera o suficiente para ser transferida para uma enfermaria.”

Helena Rodrigues tem a seu cargo a responsabilidade de gerir os enfermeiros e assistentes operacionais necessários para assegurar os cuidados a prestar a um total de 19 doentes, entre as 10 camas do SMI-HG mais outras 9 no espaço contíguo adaptado da Sala de Recobro do Bloco Operatório. Mas a sua equipa também tem estado a dar formação e apoio aos profissionais que deverão assegurar a utilização de mais uma dezena e meia de camas noutras duas unidades dos Covões, mais precisamente na Sala de Recobro da Unidade de Cirurgia de Ambulatório e na UCI Coronários.

Passaram 20 anos e muita coisa se alterou

Isabel Parente, que nasceu em Arazede, a 30 Km de Coimbra, fez em janeiro 59 anos. Trabalhou 6 meses



Enfermeiros de reabilitação no apoio a doentes críticos: Carina Monteiro, Helena Antunes, Miguel Pires, Fernanda Viseu, Helena Pires, Helena Rodrigues, Maria Loureiro e Marco China

nos Covões no Bloco Operatório e 17 anos no Hospital de Cantanhede. É então que opta pela ER e torna-se especialista em 1999. Iniciou funções no Centro de Saúde de Montemor-o-Velho, onde se manteve 6 meses.

Já nos Hospitais da Universidade de Coimbra, fez a integração no Serviço de Medicina Física e de Reabilitação e após 3 meses foi colocada nos Cuidados Intensivos Polivalentes, atual Serviço de Medicina Intensiva. “No dia seguinte estava a fazer reabilitação. Contrariamente ao que era esperado, ainda hoje aqui estou”, comenta.

Passaram 20 anos e garante que muita coisa se alterou, como, por exemplo, no que respeita às barre-

Um percurso já longo de reconhecimento da sua importância



Áurea Andrade
Enfermeira diretora do CHUC

O trabalho dos enfermeiros de reabilitação no CHUC, no contexto específico das unidades de Cuidados Intensivos, tem um percurso já longo de reconhecimento da sua importância. Nos últimos anos, foi possível incrementar as horas de cuidados de Enfermagem de Reabilitação, aspeto que tem evidenciado ainda mais o seu papel nos ganhos em saúde. No Serviço de Medicina Intensiva, os enfermeiros de reabilitação têm uma intervenção inquestionável nas funções respiratória, cardíaca e neuromotora, aspetos que a experiência nos diz

dução de conhecimento próprio através da investigação na prática, evidenciou a sua necessidade e importância para a pessoa/família e comunidade.

Temos, hoje, enfermeiros especialistas que cuidam com o mais elevado e atualizado nível de evidência científica, adaptando-se às necessidades de quem cuidam.

A reformulação/construção do seu perfil de competências e dos seus padrões de qualidade parece-me também um fator facilitador desta evolução que, pela sua regulamentação mais aprofundada, reflete e intervém de uma forma mais consistente.

Por outro lado, a associação entre os enfermeiros mais experientes, com a prática baseada na evidência e experiência clínica consolidada, e os jovens enfermeiros especialistas, detentores de um core de capacidades de produção e mobilização de conhecimento teórico, é também um aspeto que creio justificar esta evolução. Temos, hoje, enfermeiros especialistas que cuidam com o mais elevado e atualizado nível de evidência científica, adaptando-se às necessidades de quem cuidam, tendo sido recentemente definido que o seu percurso formativo terá o grau de mestre, validando ainda mais as suas competências.

Os gestores não podiam ficar alheios a esta evidência, pelo que tem havido também uma preocupação em dotar os contextos de cuidados com mais enfermeiros de reabilitação.

Têm sido efetuados no CHUC, ao longo dos últimos anos, diagnósticos de situação sobre as necessidades de cuidados de Enfermagem de Reabilitação e alocados enfermeiros especialistas aos contextos, ainda existindo áreas que pretendemos melhorar.

Em relação à formação especializada, tem existido a preocupação de apoiar os profissionais que decidem enveredar por esta formação. Apoio que tem sido operacionalizado por via da concessão do estatuto de trabalhador estudante, com atribuição de horas para a execução dos seus trabalhos de investigação/teses.

MARIA LOUREIRO, MEMBRO DO COLÉGIO DA ESPECIALIDADE DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO DA ORDEM DOS ENFERMEIROS:

“Começou a perceber-se que era muito importante seguirmos os doentes”

CONHECER BEM A CLÍNICA DO DOENTE CRÍTICO PARECE SER UM ASPETO FUNDAMENTAL NA ATIVIDADE DO ENFERMEIRO DE REABILITAÇÃO. ATÉ PORQUE, COMO ESCLARECE MARIA LOUREIRO, DO COLÉGIO DE ER DA ORDEM DOS ENFERMEIROS, “NÃO SE TRATA DE UMA INTERVENÇÃO INÓCUA”.



CHUC tem sido uma das instituições onde os enfermeiros de reabilitação têm gradualmente vindo a integrar alguns dos serviços,

nomeadamente o de Medicina Intensiva. Para Maria Loureiro, do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação da OE, “percebe-se que

essa integração nas equipas tenha vindo a acontecer gradualmente um pouco por todo o lado porque está demonstrado que representa uma mais-valia na prestação de cuidados, neste caso, ao doente crítico”.

“Até porque não se trata de uma intervenção inócua. Todas as técnicas que nós usamos e, no fundo, tudo aquilo que fazemos tem riscos, como qualquer outra terapêutica. Porque é de cuidados terapêuticos que estamos a falar”, sublinha Maria Loureiro.

“Se eu for ter com o doente só para fazer a reabilitação e não conhecer o contexto prévio, até posso achar que ele não tem capacidade, ou que lhe falta motivação, quando afinal podem ser questões hemodinâmicas, clínicas, ou até de ordem emocional que o estão a condicionar relativamente à disposição para fazer uma sessão de reabilitação”, exemplifica. E acrescenta que a presença continuada do enfermeiro no contexto em que o doente se encontra “é muita vantajosa, seja nos CI, nos cuidados intermédios, ou no internamento”.

Deverão estar a surgir, em média, 200 novos especialistas em ER por ano em Portugal.

Criada há cerca de meio século, a especialidade de ER como que renasceu nos últimos 10 ou 20 anos, tendo o número de especialistas vindo a subir de forma significativa. Consequentemente, “passámos a ser muitos mais, a poder estar mais horas com os doentes, com uma disponibilidade que não havia há uns anos”.

Maria Loureiro cita o exemplo da ULS Matosinhos, que “tem enfermeiros de reabilitação na maioria dos serviços e equipas de ER ao domicí-

lio”, tendo mesmo sido já ali criado um Núcleo de Enfermeiros de Reabilitação, sendo certo que esse tipo de grupo de trabalho já existe também



Maria Loureiro

no Hospital de São João e até no próprio CHUC. Espera que no IPO de Coimbra venha a ser formado mais um destes núcleos:

“O IPO de Coimbra é uma instituição relativamente pequena, mas já tem neste momento 12 colegas de reabilitação, assistindo-se progressivamente ao seu incremento. Vê-se uma evolução significativa. O foco tem sido sobretudo a preparação pré-cirúrgica dos doentes e no pós-operatório, sobretudo de cirurgia da mama, pelas limitações funcionais do lado operado, que comprometem o autocuidado da pessoa. Nos cuidados paliativos, por exemplo, o foco é o controlo de alguns sintomas e a promoção do bem-estar e autocuidado, existindo também enfermeiros de reabilitação noutros serviços.”

Atenções focadas no doente com covid-19

As atenções estão neste momento muito focadas no doente com covid-19. Aliás, o próprio Colégio da Especialidade de ER da OE produziu um documento com um conjunto de

recomendações sobre parâmetros de segurança e o tipo de intervenções que o enfermeiro de reabilitação poderá fazer neste doente em CI, no

internamento e até nos cuidados de saúde primários.

O documento em causa vai sendo atualizado, tendo em conta que estão permanentemente a ser publicados artigos a nível internacional, estando a China na vanguarda da informação produzida e os EUA destacando-se já também com algumas recomendações.

“O doente covid-19 tem concentrado mais as atenções pelos desafios que coloca, por ser um tipo de doente que não se enquadra, do ponto de vista de segurança, nos parâmetros a que estamos habituados. Normalmente, num doente em CI trabalhamos aerossoloterapia, ventilação não invasiva e técnicas de fisioterapia respiratória, que na infeção por covid-19 podem não ser recomendadas”, refere Maria Loureiro, prosseguindo:

“Mas, por outro lado, há que perceber-se, apesar de tudo, se poderá ir um pouco mais além e até submeter o doente a uma drenagem postural, ou recorrer a algum outro posicionamento que eventualmente poderá, em termos globais, não estar aconselhado. Por isso é que a pericia do enfermeiro

MARIA LOUREIRO

Dedicada à reabilitação pós-cirurgia cardíaca e transplantação

A ideia lá por casa era que fosse ser advogada, mas fez “uma mudança de muitos graus” e, para surpresa da família, foi estudar Enfermagem, em Coimbra. Natural de Resende, distrito de Viseu, e prestes a fazer 37 anos (em junho), Maria Loureiro acabou o curso e logo começou a trabalhar nos HUC, no Serviço de Medicina Interna.

“A população a que nós prestávamos maioritariamente cuidados eram pessoas com mais de 70 anos, que do ponto de vista funcional via-se que iam perdendo muita capacidade. Percebi que era possível ter uma intervenção que podia parar ou minorar essa situação”, recorda. Foi fazer a especialidade de Enfermagem de Reabilitação, que acabou em março de 2010, e

começou a exercer na Medicina Interna.

Mais à frente, Maria Loureiro decidiu que queria trabalhar na Cirurgia Cardiorrástica, “porque a reabilitação cardíaca dentro da ER é uma área muito desafiadora, muito inovadora”. Tem-se dedicado mais à reabilitação pós-cirurgia cardíaca e transplantação. Fez o mestrado nesta área e está a preparar a tese de doutoramento, que consiste precisamente na elaboração de um programa de reabilitação cardíaca fases 1, 2 e 3 para doentes transplantados ao coração.

Maria Loureiro integra a equipa de enfermagem da Unidade de Cuidados Intensivos do Serviço de Cirurgia Cardiorrástica e Transplantação de Órgãos Torácicos do CHUC.

de reabilitação que está nos CI – ou no internamento, ou no domicílio – é tão importante. Nós possuímos as competências e agora temos o desafio de nos ajustarmos a este novo contexto.”

Maria Loureiro chama a atenção para um facto: “De tudo aquilo que tem saído em termos de literatura científica, e daquilo que vamos vendo, os doentes não saem saudáveis no pós-covid. Eles recuperam, mas existe toda a parte ventilatória, que passou por um percurso de doença que faz com que tenha depois de ser trabalhada e que deve ser uma preocupação e um alvo da nossa intervenção. Assim como a parte funcional, condicionada após a pessoa passar por um período de internamento em CI.”

A forma de trabalhar também não é comum: “Eu estou habituada a estar sem pararamentação e o relacionamento com o doente, por exemplo, na reabilitação respiratória, é de muito contacto. Estando eu com o

equipamento de proteção individual, terei necessariamente de proceder de uma forma algo diferente... Nós já lá estamos. O desafio agora é ver como é que, dentro daquilo que já sabemos fazer, vamos conseguir potenciar a melhoria do doente.”

Maria Loureiro: “Toda a gente percebe os ganhos em saúde pela diminuição do número de dias de internamento, pela redução das complicações...”



Isabel Parente

O facto de, hoje em dia, se produzirem *guidelines* de atuação e de ser possível quantificar os ganhos em saúde com a intervenção da ER deixa Isabel Parente muito satisfeita e otimista quanto ao futuro da Enfermagem de Reabilitação

quanto ao futuro da Enfermagem de Reabilitação

Pensar no doente como um ser social

Se tivesse um doente com covid-19 à sua frente, o que faria? Isabel Parente responde:

“Primeiro teria que o avaliar, olhar para os seus parâmetros ventilatórios, hemodinâmicos... Sei que são doentes extremamente sensíveis em termos ventilatórios e que a sua fisiopatologia é distinta da dos casos de síndrome de dificuldade respiratória no adulto. As alterações ao nível do alvéolo pulmonar são diferentes, fragilizando-os. Também sei que têm *shunts* muito elevados, havendo, portanto, uma grande quantidade de sangue que passa sem ser oxigenado. Estarei, com certeza, perante um doente muito instável, mas que quando em ECMO é muito mais fácil

EMÍLIA SOLA, ENFERMEIRA GESTORA DA UCI DE CIRURGIA CARDIOTORÁCICA:

“Sempre valorizámos muito o enfermeiro de reabilitação”

Emília Sola tem a sua UCI, nos CHUC, pronta a receber doentes com covid-19, isto caso seja necessário, ou seja, se todas as camas de CI do Hospital Geral – mais de três dezenas – ficarem ocupadas. É isso que está programado.

Por enquanto, continua a acolher os doentes em situação crítica no âmbito do Serviço de Cirurgia Cardiorrástica e Transplantação de Órgãos Torácicos do CHUC, que, aliás, têm sido poucos nas últimas semanas.

Natural de Sever do Vouga, foi estudar Enfermagem para Coimbra, contrariando um pouco a vontade do seu pai, que a queria “ver” advogada! Por curiosidade, muitos dos seus familiares próximos têm profissões na área da Saúde.

stress. Para além das competências científicas e relacionais exigidas, necessita de uma boa destreza técnica, pois nós temos a vida do doente nas mãos!”, exclama.

Afirma ainda: “O nosso foco principal é efetivamente assegurar a vida do doente e face a esta situação crítica instalam-se grandes défices de funcionalidade, que importa reabilitar. O enfermeiro de reabilitação é, assim, fulcral na equipa de CI.”

Emília Sola, especializada em Enfermagem Médico-Cirúrgica, esclarece que na sua Unidade sempre existiu a figura do ER” e mais: “Sempre valorizámos muito o seu trabalho, considerando-o imprescindível na recuperação do doente. Nós sabemos que este está acamado



Emília Sola

Diz que é “intensivista por natureza”. A verdade é que sempre esteve ligada a esta área e, já agora, ao mesmo Serviço, para onde entrou mal acabou o curso, pouco antes da inauguração dos HUC. Fez um estágio intensivo nos CI e por ali ficou, assumindo a chefia da UCI há uns 15 anos.

“Eu acho que o enfermeiro de CI tem que ter um perfil muito próprio. Antes de mais, um grande autocontrolo e uma boa gestão do

numa UCI e que os músculos, as articulações e toda a sua funcionalidade atrofiam se não forem trabalhados.”

Refere ainda que “muitos dos nossos doentes saem bem dos CI sob o ponto de vista cardíaco, mas, por vezes, mantêm um internamento prolongado pela necessidade de capacitar a componente respiratória e motora. Eu própria vi doentes totalmente dependentes que saíram do serviço a ‘andar’, fruto da aplicação de programas de reabilitação”.

Colégio de ER

Na sequência das eleições da Ordem dos Enfermeiros realizadas em novembro último, tomaram posse em dezembro os membros do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação da Ordem dos Enfermeiros para o quadriénio 2020-2023.

Presidente
Luís Gaspar

Secretários
Maria Loureiro
Dulce Ferreira

(Continuação da pág. 43)

nam a ser as que estão relacionadas com a situação crítica de falência de um ou mais órgãos (sendo sempre um deles o pulmão), como com o quadro clínico do doente, imposto pela agudização da sua doença crónica ou situação aguda, qualquer que seja a área, cirúrgica, traumática, neurocirúrgica, ortopédica... E, consequentemente, as alterações inerentes ao seu estado clínico: hemodinâmicas, ventilatórias, dor, *delirium*, sedação e curarização, agitação, fadiga... Bem como a presença ou não de terapias extracorpóreas, como a ECMO e as técnicas de substituição da função renal). Já a presença de dispositivos médicos para monitorização são facilitadores da implementação dos programas de reabilitação.”

Isabel Parente sublinha que “todos os doentes são diferentes e que os cuidados de reabilitação têm que ser

dinâmicos, precisando de se adaptar às características individuais de cada caso. Seja um doente com traumatismo, seja ele do foro cirúrgico ou médico, ou ainda com uma conjugação

Isabel Parente: “Foram muitas – e ainda continuam a existir bastantes – as barreiras aos cuidados de reabilitação do doente crítico ao longo destes últimos 20 anos.”

Barreiras à reabilitação

Relacionadas com o quadro clínico do doente: instabilidade hemodinâmica, desadaptação ventilatória, dor, *delirium*, sedação profunda, curarização, agitação, fadiga, obesidade, dispositivos médicos...

Estruturais: recursos humanos, equipamentos, inexistência de protocolos de mobilização precoce.

Culturais: cultura organizacional, conhecimento e treino de equipas insuficiente.

Relacionadas ao processo: falta de liderança nas equipas.

de várias situações graves, existe sempre a possibilidade de avaliar, planejar e executar um programa de reabilitação para esse doente. Posso recordar como foi esse processo de adaptação nos casos de gripe A ou quando começámos a ter doentes em ECMO.”

“No doente crítico, temos que conjugar o fator humano com a gravidade da sua doença, as comorbilidades, a necessidade de ventilação mais ou menos agressiva e a sua grande instabilidade hemodinâmica”, refere a nossa interlocutora, frisando que durante anos não se falava em reabilitação no doente crítico.

“Fui aprendendo de forma empírica, ou acedendo a alguma literatura, que era escassa, mas foi uma grande mais-valia a necessidade de me manter atualizada para anualmente ir à Escola Superior de Enfermagem de Coimbra colaborar com a opção de Reabilitação no Doente Crítico”, observa.

Até 2007, Isabel Parente foi a única

especialista em ER no Serviço de Medicina Intensiva dos HUC. Atualmente, a contar consigo, são 12, num total de 80 enfermeiros nos CI. Mas, entretanto, “três colegas foram alocadas aos CI do Hospital Geral, duas terminaram o curso há pouco tempo e uma está em processo de integração”.

No seu entender, “é muito importante que os enfermeiros de reabilitação integrem as equipas de CI, pois, isso permite uma melhor articulação com os colegas e com a equipa médica, permitindo, assim, uma relação de confiança que de outro modo não seria possível. E depois possibilita-nos conhecer o doente e a sua família e ter o *feedback* da sua evolução, favorável ou desfavorável, ao longo de 24 horas. Não podemos esquecer-nos de que se trata de um doente que, efetivamente, está ali no ‘foi da navalha’ e tão depressa está estável como no momento seguinte descompensa completamente e fica instável”.



Artigos



XIV CONGRESSO NACIONAL DE PSIQUIATRIA 2020
Jan./Fev. 2020

Neste Espaço reproduzem-se textos originalmente publicados nos Jornais do XIV Congresso Nacional de Psiquiatria 2020, podendo os mesmos incluir adaptações.

JOÃO MARQUES-TEIXEIRA, PRESIDENTE DA SPPSM NA SESSÃO DE ABERTURA DO CONGRESSO:

“Assiste-se ao uso generalizado do termo Saúde Mental como um eufemismo para designar a doença mental”

A falta de consenso na definição de Saúde Mental foi o mote para a temática do XIV Congresso Nacional de Psiquiatria e Saúde Mental, como explicou João Marques-Teixeira, presidente da Sociedade Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental, na sessão de abertura. “Assiste-se ao uso generalizado do termo Saúde Mental (SM) como um eufemismo para designar a doença mental”, afirmou.

Face a esta realidade, o psiquiatra defendeu ser “essencial uma

definição de SM”, ou não fosse esta questão “um dos maiores obstáculos à integração das iniciativas ditas de Saúde Mental nos programas globais de saúde e nos cuidados de saúde primários”.

Torna-se, assim, “absolutamente essencial repensar esta temática nas suas origens, no seu percurso e, sobretudo, o que as liga – nas relações interdisciplinares – e o que as divide – limites de atuação”.

Em declarações à *Just News*, o especialista afirmou que “a SM é um

domínio da Saúde que importa ser promovido com estratégias e planos próprios, que devem ser transversais a toda a sociedade, tendo os agentes sociais um papel a desempenhar na sua promoção”.

A acrescentou também que “a doença mental é específica de uma especialidade médica que se chama Psiquiatria, pelo que as suas estratégias e planos têm uma especificidade própria e distinta da SM.”

João Marques-Teixeira realçou “a necessidade de discutir estas questões

de forma aberta e sem preconceitos, de modo a perceber-se quais são as ligações e as disjunções que existem entre a SM e a Psiquiatria”.

Neste Congresso, o presidente da SPPSM disse esperar que durante estes três dias se consiga promover uma reflexão sobre o assunto, tendo, inclusivamente, sido convidadas também pessoas de outras áreas de conhecimento, mas que não deixam de trabalhar em SM. “Esperamos que saia alguma luz em relação a este complexo tema”, referiu.

Prémio para lutar contra o estigma

João Marques-Teixeira anunciou a instituição de um Prémio, a ser entregue no próximo Congresso (2021), para o melhor trabalho jornalístico no domínio da Psiquiatria e da Saúde Mental.

Além de João Marques-Teixeira, a mesa de abertura incluía Maria Luísa Figueira, da Comissão Organizadora do Congresso, António Gamito, diretor do Departamento de Psiquiatria e de Saúde Mental do CH de Setúbal, e Ricardo Oliveira, em representação da CM de Setúbal.



A CO do XIV Congresso da Sociedade Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental



Manuela Abreu, Carlos Ramalheira, Pedro Zuzarte, Pedro Varandas, Maria Luísa Figueira, Maria João Heitor, João Bessa e João Marques-Teixeira

Luiz Gamito fez de Pilatos!

O lançamento de *A Paixão de José Ajudado*, da autoria de António Roma Torres, foi uma espécie de peça de teatro improvisada na Sala 1 do Centro de Congressos de Troia porque o texto do livro é... uma peça de teatro. Luiz Gamito, por exemplo, fez de Pilatos. A seu lado esteve Gabriela Moita, com outros “atores” que não aparecem nesta foto: João Paulo Albuquerque e Sara de Sousa. Maria Luísa Figueira e o próprio Pilatos apresentaram a obra.



Psiquiatra João Bessa vai ser presidente durante 9 anos

No Congresso de Troia, João Bessa viu aprovada a sua candidatura a presidente da SPPSM para o triénio 2023-2025, sucedendo a Maria João Heitor, que agora inicia a sua presidência. Feitas as contas, terá pela frente 3 anos como presidente eleito, outros 3 como presidente efetivo e ainda mais 3 como presidente cessante, integrando durante 9 anos a Direção da Sociedade Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental.

O psiquiatra, 42 anos de idade, disse à *Just News* que espera “poder reforçar o seu contributo junto da



SPPSM”. Licenciado em Medicina pela FMUP, fez o internato da especialidade no Hospital de Braga, a que continua ligado, embora a tempo parcial. Doutorando em Ciências da Saúde no domínio das Neurociências no ICVS da Universidade do Minho, é professor auxiliar da Escola de Medicina da UM.



Antropologia digital – relevância para as humanidades médicas



Luís Madeira
Assistente hospitalar de Psiquiatria.
Prof. auxiliar de Psiquiatria da UL.
Membro do CNECV

Antropologia digital promove a compreensão do significado e impacto do digital no nosso dia-a-dia, incluindo relações sociais e costumes, para dessa forma melhor compreender, apontando incongruências de preconceitos positivos ou negativos, os usos e consequências do digital nas diversas populações no mundo.

O digital é definido como “novas tecnologias que podem ser reduzíveis ao código binário” e que se manifestam em novos “artefactos culturais” – artefactos que são mais reproduzíveis e partilháveis. Exemplos de questões incluem: “Será que as *selfies* ou o uso de telemóveis transforma a nossa humanidade?”; “Será que o *big data* nos transformará em objetos generalizáveis?”; “Será a Inteligência Artificial um

passo para uma mudança positiva/negativa no trabalho?”; “Irá o digital resolver problemas de saúde ou ajudar-nos nas consequências climáticas?”.

As questões podem incluir a forma como a nossa vida se transforma (impacto no atual) ou serem transformadoras da própria natureza da Antropologia, com objetos de estudo que não surgem do passado, e assim não têm precedentes, e até situações em que parece mudar a natureza do ser humano. Apesar disso, o digital não é apenas abstração (construtivista), considerando a pletoira de objetos, formas e processos digitais que determinam a nossa diferenciação cultural – novas formas de estar que transformaram o ambiente familiar, de grupo e de trabalho.

Assistimos hoje aos nómadas digitais, que podem trabalhar de qualquer lugar, bem como ao colapso de vários comércios tradicionais e até à possibilidade da paternidade e maternidade à distância (populações que permanecem num país de origem e em que familiares migram para outros países mantendo contacto com os seus filhos).

É relevante ponderar sobre o impacto na natureza dialética da cultura – a vida no digital, sendo paradoxalmente mais aberta, mas também com novas barreiras e trazendo novas possibilidades de abstração sobre distância e proximidade. Considerar a interação com o mundo financeiro, quer promovendo o capitalismo, quer alterando a dinâmica de poder institucional, condicionando um sentido de maior participação (equidade e criatividade).

As questões podem incluir a forma como a nossa vida se transforma (impacto no atual) ou serem transformadoras da própria natureza da Antropologia.

Sugere-se que o digital nos traga quer um mundo mais mediado e com menor autenticidade, quer novas possibilidades de aceder imediatamente a um mundo radicalmente novo e novas formas de materialidade. E sobre as novas vivências do espaço e tempos no virtual, com novos fenómenos e novos locais – onde se pode “estar visível/invisível”, imerso com perda da noção do tempo ou ainda com um aumento do sentimento de presença.

Antes de afirmações “ptolemaicas” que temos de ideias preconcebidas dos nossos próprios *backgrounds* culturais, é compre-

ender como o digital não tem vindo a reduzir o analógico/mundo anterior mas antes trazer novas metáforas. A relevância de estudar este campo para a Psiquiatria prende-se com a forma como o digital modela a apresentação de certos sintomas, agrava certas no-

A relação com sintomas depressivos inclui uma correlação com diagnóstico prévio de depressão bem como de um futuro diagnóstico de episódio depressivo aos 6 meses.

sologias ou até pode determinar o aparecimento de novos fenómenos e categorias. Utilizadores excessivos do digital mostram ora sintomas obsessivos ora depressivos ora ansiosos, porém a evidência é contraditória – por exemplo, alguns estudos apontam para o declínio das relações significativas, confiança e competências e suporte social enquanto outros o contrário.

A relação com sintomas depressivos inclui uma correlação com diagnóstico prévio de depressão bem como de um futuro diagnóstico de episódio depressivo aos 6 meses. Parecem ainda relacionar-se sintomas dissociativos, de remoção social, de impulsividade e conflitos intra e interpessoais à utilização abusiva de jogos de computador.

É, hoje, fundamental o estudo interdisciplinar e transdisciplinar do digital, de forma a melhor compreender as suas narrativas sociais, diagnosticar criando critérios de diagnóstico e tratar com novas formas de intervenção dos elementos biológicos e psicológicos que acarreta.

Depressão e ansiedade perinatal



Ana Telma Pereira
Psicóloga, FMUC

O período perinatal (gravidez e doze meses após o parto), devido a uma combinação única de stressores neuro-hormonais e psicossociais, aumenta a vulnerabilidade das mulheres para depressão e ansiedade.

Estas são as perturbações mentais mais comuns no período peri-

natal (Pereira *et al.* 2019a) e a sua prevalência e comorbilidade (mais de metade dos casos) são ainda mais elevadas do que noutros períodos da vida da mulher (Xavier *et al.* 2019).

Utilizando as versões para a gravidez e o pós-parto da *Diagnostic Interview for Psychological Distress* (DIPD; Pereira *et al.* 2017), estimámos a prevalência da depressão maior/DSM-5 no período perinatal entre 4% (gravidez) e 8% (pós-parto). A ansiedade perinatal, apesar de só recentemente ter começado a ser valorizada, é tão ou mais prevalente. Com efeito, nos nossos estudos epidemiológicos, atinge cerca de 7% das mulheres no período perinatal, com claro predomínio da perturbação de ansiedade generalizada.

Se considerarmos as percentagens de mulheres com sofrimento clinicamente relevante devido a estas perturbações psicológicas (com pontuações acima dos pon-

tos de corte em questionários de rastreio validados), estas triplicam, chegando aos 20-25% (Pereira *et al.* 2018).

Estes resultados são coincidentes com os apresentados na mais robusta investigação internacional (e.g. Falah-Hassani *et al.* 2016; Fairbrother *et al.* 2016).

Devido não apenas à elevada prevalência, mas também à subdetecção, estigma e impacto negativo em toda a família, a perturbação psicológica perinatal (PPP/depressão e ansiedade) é um grave problema de saúde pública, que, segundo a Associação Mundial de Psiquiatria e a Marcé Society, justifica rastreio e prevenção sistemáticos (Pereira *et al.* 2016).

No Instituto de Psicologia Médica da FMUC validámos instrumentos de rastreio da depressão e ansiedade, desenvolvidos especificamente para o período perinatal. Isto é importante, pois, o contexto da gravidez e do pós-parto influen-

A perturbação psicológica perinatal (PPP/depressão e ansiedade) é um grave problema de saúde pública.

cia o conteúdo de processos cognitivos como a preocupação e a ruminação, que moldam a manifestação dos sintomas e exigem adaptações no modo como são avaliados (Pereira *et al.* 2014).

Os nossos estudos psicométricos e operativos têm revelado que a Es-

cala de Rastreio da Depressão Perinatal/Pós-parto (Pereira *et al.* 2013) e a Escala de Rastreio da Ansiedade Perinatal (Pereira *et al.* 2019b) têm boa validade, fidelidade e acuidade (com sensibilidade e especificidade > 90%).

Para além da sua utilidade nos cuidados de saúde primários, estes instrumentos têm-nos permitido avançar na investigação da PPP. Confirmámos que a sua etiologia é multidimensional e que inclui correlatos e fatores de risco fixos e potencialmente modificáveis. Ao compreendermos as potenciais vias de influência entre variáveis sociodemográficas, obstétricas, psicossociais, da história clínica, dos traços de personalidade e dos processos de regulação emocional, vamos obtendo pistas para a melhoria da sua prevenção e intervenção precoce, a implementar desde logo na gravidez, que é quando têm início cerca de metade dos casos de PPP.

BASEADO EM TERAPIAS COGNITIVO-COMPORTAMENTAIS

Eficácia do programa de prevenção e intervenção MiM (*Mother in Me*)



Mariana Marques
Psicóloga, CHUC

Na gravidez e pós-parto as mulheres estão mais vulneráveis a desenvolver depressão. A Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC), a Terapia Cognitiva baseada em *Mindfulness* e as intervenções focadas na compaixão têm efeitos benéficos na depressão perinatal (eg. Bardacke, 2012; Hall *et al.* 2016; Stuart & Koleva, 2014).

Poucos são os estudos controlados aleatorizados (RCT) que

testaram a eficácia de programas baseados nestas intervenções em mulheres grávidas. O programa *Mother in Me* (MiM), que desenvolvemos e manualizamos, visa a prevenção e intervenção precoce da/na perturbação psicológica perinatal (depressão, stress e sintomas de ansiedade). Baseia-se em programas de intervenção focados em *mindfulness* (eg. *Mindfulness Based Childbirth and Parenting*) e autocompaixão e inclui psicoeducação, exercícios de TCC, *mindfulness* e autocompaixão. Contempla oito sessões semanais, a realizar em grupos de aproximadamente oito mulheres entre o 2.º e o 3.º trimestres de gestação.

Neste resumo apresentamos os resultados relativos ao RCT piloto. Setenta e seis mulheres portuguesas foram recrutadas na Maternidade Bissaya Barreto (critérios de inclusão: entre a 22.ª e 30.ª semanas de gestação, sem risco médico; poder participar em sessões e avaliações de seguimento, no segundo e sexto meses após o parto; ter mais do que 18 anos; ter pelo menos um dos seguintes fatores de risco, identificados

na gravidez: história de depressão ao longo da vida; insónia; afeto negativo e elevada sintomatologia depressiva.

Todas preencheram questionários validados: PPIRP - Perturbação Psicológica Perinatal – Instrumento de Rastreio e Prevenção (Pereira *et al.* 2019) – avalia história de depressão/DSM-5 e os outros fatores de risco previamente identificados pela nossa equipa (Marques *et al.* 2017); inclui a Escala de Rastreio da Depressão Perinatal, a Escala de Rastreio da Ansiedade Perinatal e o Perfil de Estados de Humor-30 (afeto negativo e positivo).

Nos diversos momentos de avaliação e seguimento utilizámos também instrumentos validados para medir os níveis de autocompaixão e de *mindfulness*. A *Diagnostic Interview for Psychological Distress-Postpartum* (entrevista clínica semiestruturada/DSM-5; Pereira *et al.* 2017) foi usada para avaliar a Perturbação Depressiva Major no pós-parto.

Depois de excluirmos quarenta e quatro mulheres, trinta e duas participantes foram aleatorizadas em dois grupos (experimental vs. controlo). As comparações entre grupos na gravidez e pós-parto não revelaram diferenças significativas. A comparação participante a participante pré vs. pós intervenção (*Reliable Change Index*), no 2.º/3.º mês após o parto, mostrou que 25% melhorou

nos diversos momentos de avaliação e seguimento utilizámos também instrumentos validados para medir os níveis de autocompaixão e de *mindfulness*. A *Diagnostic Interview for Psychological Distress-Postpartum* (entrevista clínica semiestruturada/DSM-5; Pereira *et al.* 2017) foi usada para avaliar a Perturbação Depressiva Major no pós-parto.

Depois de excluirmos quarenta e quatro mulheres, trinta e duas participantes foram aleatorizadas em dois grupos (experimental vs. controlo). As comparações entre grupos na gravidez e pós-parto não revelaram diferenças significativas. A comparação participante a participante pré vs. pós intervenção (*Reliable Change Index*), no 2.º/3.º mês após o parto, mostrou que 25% melhorou

A melhoria clínica fidedigna nos sintomas depressivos em metade do grupo experimental motiva-nos a continuar a aplicar o MiM.

nas aptidões de *mindfulness* e autocompaixão, e que metade vivenciou diminuição dos níveis de depressão e afeto negativo.

O *feedback* qualitativo geral foi muito positivo. A melhoria clínica fidedigna nos sintomas depressivos em metade do grupo experimental motiva-nos a continuar a aplicar o MiM.



SIMPÓSIO LUNDBECK NO XIV CONGRESSO NACIONAL DE PSQUIATRIA

Investigadores portugueses partilham a sua experiência no estudo da depressão

NO ÂMBITO DO XIV CONGRESSO NACIONAL DE PSQUIATRIA, A LUNDBECK PROMOVEU, DIA 30 DE JANEIRO, UM SIMPÓSIO SUBORDINADO AO TEMA "INVESTIGAR SOBRE DEPRESSÃO", TENDO CONVIDADO TRÊS INVESTIGADORES PORTUGUESES A PARTILHAR A SUA EXPERIÊNCIA NESSA MATÉRIA. O PSQUIATRA JOÃO BESSA, DE BRAGA, QUE TAMBÉM PRESIDIU À SESSÃO, FALOU SOBRE "NOVAS PERSPETIVAS TRANSLACIONAIS NO TRATAMENTO DA DEPRESSÃO: DA NEUROPLASTICIDADE À CONECTIVIDADE CEREBRAL". PEDRO ZUZARTE, PSQUIATRA DE LISBOA, ABORDOU O TEMA "INTERSECÇÕES FISIOPATOLÓGICAS ENTRE HUMOR, COGNIÇÃO E DOENÇA CARDIOVASCULAR". FINALMENTE, GONÇALO COTOVIO, INTERNO DE PSQUIATRIA DE LISBOA, DISSERTOU SOBRE "(DES)EQUILÍBRIOS HEMISFÉRICOS NAS DOENÇAS AFETIVAS: LATERALIZAÇÃO DA EXCITABILIDADE CORTICAL EM DEPRESSÃO MEDIDA POR ESTIMULAÇÃO MAGNÉTICA TRANSCRANIANA".



Intersecções fisiopatológicas entre humor, cognição e doença cardiovascular

Segundo Pedro Zuzarte, psiquiatra e professor na Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, "a fisiopatologia das perturbações do humor ainda precisa de ser clarificada. Embora os clínicos considerem que existem diferenças claras entre depressão e doença bipolar, muitos autores defendem que há um contínuo fisiopatológico entre ambos. Isto torna-se evidente na clínica quando se administram certos fármacos que são eficazes em ambas as condições".

Existem intersecções entre perturbações do humor e doença cardiovascular (CV), e isto é particularmente verdade para patologias específicas, como depressão e insuficiência cardíaca (IC). "A depressão pode estar presente em até 40% dos doentes com IC e associa-se a um aumento de mortalidade, hospitalizações e reinternamentos", afirmou.

Os objetivos do seu trabalho foram investigar (i) o papel dos mecanismos de stress oxidativo, stress nitrosante e alterações neurotróficas na fisiopatologia da depressão maior e em várias polaridades do humor na DM (estável, depressiva e hipomaníaca), por um lado; e (ii) vias fisiopatológicas entre IC e depressão, utilizando marcadores de prognóstico CV (NT-proBNP), por outro.

Ao longo de 6 anos, foram analisados 525 doentes, 139 dos quais bipolares (DB) tipo I e II (86 DB-I e 52 DB-II), 120 depressivos e 386 com IC (120 dos quais com depressão e 128 sem depressão).

"Verificámos que os níveis do marcador de fase precoce de peroxidação lipídica (hidroperóxido lipídico, LPH)

eram mais elevados em doentes do que em indivíduos saudáveis, enquanto o marcador de fase tardia de peroxidação lipídica (4-HNE) não se encontrava significativamente alterado entre doentes e controlos. O aumento dos níveis de LPH em doentes eutímicos mais velhos com DB sustenta a hipótese de um efeito persistente de espécies reativas de oxigénio ao longo da sua vida de evolução da doença", detalhou Pedro Zuzarte.

Num outro estudo, os autores demonstraram uma redução de 5,4% do volume do giro denteado esquerdo (CA4) em doentes versus controlos e que 2,4 anos depois se mantinha uma redução de 1,1% do volume do giro denteado. Estes resultados evidenciam um "papel para o giro denteado na fisiopatologia da DB e sugerem que episódios depressivos e stress oxidativo elevado podem contribuir para a diminuição do volume hipocampal".

Verificou-se que "doentes com episódios depressivos ao longo dos 2,4 anos de seguimento foram os que

Os marcadores de peroxidação lipídica periférica podem refletir alterações cerebrais nas desordens bipolares.



Pedro Zuzarte

apresentaram maior perda de volume do hipocampo". Parece, assim, que a depressão "prediz a perda de volume nesta região cerebral (média de 0,8% de perda por episódio depressivo em T1), o que constitui um dado extremamente significativo para a clínica".

Nesta população de doentes mais jovens e com vários polos de humor, observou-se que o marcador de fase tardia 4-HNE estava "aumentado nos doentes, mas não nos controlos, e quanto maior era o índice de peroxidação lipídica menor era o volume do hipocampo nos doentes. Isto revela que o mecanismo pode contribuir, em parte, para a perda de volume que se verifica nestes doentes ao longo do tempo".

O estudo mais recente feito por esta equipa de investigadores sugere que o marcador CV NT-proBNP é um potencial mediador entre fração de

ejeção reduzida e sintomas depressivos em doentes com IC, podendo representar um biomarcador na identificação de doentes com IC reduzida com alto risco de depressão, progressão da doença e mortalidade. Verificou-se que "sintomas de depressão clínica se associavam de forma direta a NT-proBNP e que quanto mais severa era a intensidade desses sintomas mais elevados eram os níveis do marcador", explicou Pedro Zuzarte.

O seu grupo de investigação avaliou ainda a efetividade e segurança do *The Heart Failure Disease Management Program* (HFDMP), cujo objetivo é tratar doentes com IC em ambulatório, confirmando a sua efetividade e segurança. "Constatámos ainda que 46% dos doentes com IC admitidos

Existem vias clínicas e fisiopatológicas comuns entre depressão e insuficiência cardíaca.

no programa ao longo de 12 meses tinham sintomas de depressão clínica, o que é altamente significativo, e que 49% dos doentes tinham má qualidade de vida. Isto, por sua vez, associado a uma maior taxa de hospitalizações (21%)", esclareceu Pedro Zuzarte.

Mensagens-chave:

- A peroxidação lipídica tem um papel importante ao longo do espectro de humor, estando presente nas formas agudas e crónicas e na depressão unipolar.
- Ao longo de uma vida de depressão bipolar, há uma compensação da atividade redox por parte do organismo, evitando que ela se torne crónica.
- Existe uma correlação entre índices periféricos de peroxidação lipídica e volume do hipocampo.
- Há uma correlação entre episódios depressivos e perda de volume do hipocampo.
- Marcadores de peroxidação lipídica aumentados pioram clinicamente a performance cognitiva destes doentes.

Novas perspetivas translacionais no tratamento da depressão: da neuroplasticidade à conectividade cerebral

João Bessa, psiquiatra e professor associado da Escola de Medicina da Universidade do Minho, abordou a neuroplasticidade numa perspetiva translacional, "do laboratório para a clínica", focando o trabalho que tem desenvolvido ao longo de uma década de investigação.

"A depressão é uma perturbação do humor, mas associa-se a sintomas cognitivos que vão desde alterações mnésicas e executivas até alterações mais cognitivas, como a ideação suicida", começou por lembrar. A ansiedade é uma comorbidade associada à condição, devendo ainda considerar-se sintomas do tipo neurovegetativo, nomeadamente alterações dos ritmos circadianos e padrões alimentares. "Ao analisar a depressão, devem ser consideradas não só estas dimensões isoladas, mas também as suas possíveis intersecções", fundamentou.

O grupo de investigação liderado por João Bessa começou por demonstrar, em modelos animais, que existia um aumento do número de novos neurónios no hipocampo, os quais se tornavam neurónios maduros e funcionais, e que isso não estava

A neuroplasticidade é a capacidade de o cérebro se adaptar a diferentes situações ou de reagir a patologias e seus tratamentos.

diretamente ligado a ações de natureza mais comportamental associadas aos antidepressivos (ADT). Foi investigada a morfologia de diferentes regiões cerebrais e identificada uma clara atrofia dendrítica das células do hipocampo e córtex pré-frontal, córtex em exposição ao stress, que era revertida com tratamento prolongado com ADT. Noutras regiões mais subcorticais, como o núcleo accumbens, observou-se uma hipertrofia dos neurónios espinhosos, que também era

revertida com tratamento com ADT.

A equipa debruçou-se depois sobre a utilização de duas técnicas específicas na modulação destes circuitos: otogenética e neuroimagem. Através da primeira, investigou *in vivo* "de que forma o comportamento dos animais era alterado por estimulação luminosa do núcleo accumbens". Através de neuroimagem funcional multimodal em humanos, "foi investigada a exposição ao stress e, através de uma análise imagiológica longitudinal, foi analisado como é que alterações de conectómica se processavam em modelos animais em resposta ao stress". Na realização destes estudos recorreu-se a ressonância magnética para "tentar perceber de que forma é que diferentes regiões cerebrais são ativadas em momentos distintos e o padrão dessas ativações em repouso, definindo assim mapas, ou 'conectómeros', cerebrais".

Em doentes com depressão maior (DM), tentou-se perceber qual o efeito dos ADT sobre este mapa de conectómica. Foram recrutados doentes com um primeiro episódio depressivo, não previamente tratados com ADT, nos

quais foram distinguidos diferentes redes de repouso, verificando-se a ocorrência de fenómenos agudos com potencial valor preditivo de resposta.

"Por exemplo, constatámos que com paroxetina existem padrões que estão mais ligados a doentes não respondedores ao tratamento e que vão mudando ao longo do tempo. Observámos ainda que, para além das regiões

temporais e frontais, existem núcleos do cerebelo com muita força nessa rede de conectómeros e que há diferentes regiões cerebrais, implicadas em diferentes funções, que são diretamente moduladas por estes fármacos. De forma muito importante, identificámos uma correlação entre regiões frontais muito bem definidas do cerebelo e ideação suicida, o que é muito relevante na compreensão da neurobiologia da ideação suicida em doentes com DM", descreveu João Bessa.

Foi observada uma correlação significativa entre a variação do score de uma escala de Hamilton e a ativação do córtex fusiforme quando o doente via imagens positivas. Isso sugere que, "para além do estado de repouso, também durante a realização de tarefas podem existir diferenças com valor preditivo de resposta aos ADT", explicou.

O seu grupo analisou ainda a integridade da substância branca através de *diffusion tensor imaging*, demonstrando que "existem diferenças significativas na *baseline* (antes do tratamento) entre os doentes que respondem ao tratamento 6-8 semanas depois e os que não respondem".



João Bessa

(Des)Equilíbrios hemisféricos nas doenças afetivas

Gonçalo Cotovio, interno de Psiquiatria do Centro Hospitalar Lisboa Ocidental, focou a lateralização da excitabilidade cortical em depressão medida por estimulação magnética transcraniana (TMS).

"Existe evidência de que as funções emocionais estão lateralizadas no cérebro", começou por referir. Os estudos demonstram que lesões à direita se associam a mania, tanto do ponto de vista topográfico como de conectividade funcional, e lesões à esquerda associam-se a depressão. "A sustentar isto, as técnicas de tratamento de estimulação cerebral atualmente utilizadas, nomeadamente TMS, são aplicadas de forma lateralizada", afirmou.

A TMS é efetiva em diferentes sintomas depressivos e em populações distintas.

Estudos iniciais demonstraram que a TMS altera a atividade neuronal por indução eletromagnética no córtex cerebral. A eficácia desta técnica na depressão refratária foi demonstrada num ensaio aleatorizado de 2007, que comprovou também o seu perfil de efeitos secundários favorável.

A TMS é particularmente importante nas funções executivas de memória e atenção, podendo também ser um tratamento útil para populações específicas, nomeadamente a dos idosos. Para além disso, é um tratamento duradouro, produzindo respostas antidepressivas de longa duração, e o tratamento de manutenção aumenta a probabilidade de respostas sustentada no tempo. A TMS provou ainda ser útil noutras indicações para além da depressão, nomeadamente, na perturbação obsessiva compulsiva e na perturbação de stress pós-traumático.

A TMS pode ser utilizada para aquisição de medidas neurofisiológicas, nomeadamente excitabilidade cortical, em humanos *in vivo*, sendo a avaliação feita através da medição do limiar motor. "Num



Gonçalo Cotovio

Preditores de excitabilidade cortical à esquerda

- Dextralidade → preditor de maior assimetria.
- Género feminino e depressão bipolar → preditores de menor assimetria.

indivíduos deprimidos revelavam uma lateralização à esquerda".

"Observámos uma diminuição da excitabilidade cortical à direita em indivíduos maníacos e a regularização dessa assimetria quando eram tratados e uma menor excitabilidade cortical à direita em indivíduos com episódios maníacos", explicou.

TMS – Mensagens-chave

- Tratamento útil para doenças psiquiátricas, nomeadamente depressão.
- Método válido de avaliação de parâmetros neurofisiológicos, nomeadamente excitabilidade cortical, no ser humano *in vivo*.
- Doentes com depressão respondedores a TMS têm um aumento da excitabilidade cortical ao longo do tratamento.
- Medidas de excitabilidade cortical são lateralizadas nas doenças afetivas:
 - depressão: ↓ excitabilidade cortical à esquerda.
 - perturbação maníaca: ↓ excitabilidade cortical à direita.

SIMPÓSIO ANGELINI DEBATEU OS DESAFIOS ATUAIS E AS SOLUÇÕES FUTURAS

O impacto cognitivo e metabólico no tratamento da esquizofrenia exige reflexão e novas atitudes

DURANTE O SIMPÓSIO “ATUAIS DESAFIOS E SOLUÇÕES FUTURAS NO TRATAMENTO DA ESQUIZOFRENIA”, ORGANIZADO NO DECURSO DO XIV CONGRESSO NACIONAL DE PSIQUIATRIA, TORNOU-SE EVIDENTE, PELAS INTERVENÇÕES DO PSIQUIATRA PEDRO MORGADO E DO PSICOFARMACOLOGISTA DAVID TAYLOR, QUE O PARADIGMA DO TRATAMENTO DOS DOENTES ESQUIZOFRÊNICOS ESTÁ A MUDAR, FRUTO DA NECESSIDADE DE GERIR OS PROBLEMAS COGNITIVOS E METABÓLICOS QUE PODEM SER POTENCIADOS QUER PELOS ESTILOS DE VIDA E CONTEXTOS AMBIENTAIS, QUER PELOS FÁRMACOS USADOS NO CONTROLO DA DOENÇA. DAÍ A IMPORTÂNCIA DE ESCOLHER ANTIPSICÓTICOS COM O PERFIL MAIS ADEQUADO.

Nesta sessão promovida pela Angelini e moderada por Sofia Brissos, do Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa, foram analisados em detalhe os principais desafios cognitivos e metabólicos suscitados pela esquizofrenia, que só muito recentemente têm vindo a ser suficientemente valorizados pela comunidade médica e implicam uma reavaliação integral das estratégias terapêuticas definidas para estes doentes.

Pedro Morgado, psiquiatra do Hospital de Braga e professor de Psiquiatria e Comunicação Clínica na Escola de Medicina da Universidade do Minho, recordou que “as alterações relacionadas com esta doença começam muito antes dos doentes aparecerem na prática clínica”. Lembrou também que a esquizofrenia está condicionada por um conjunto vasto de fatores de risco genéticos e ambientais que “predispõem as



Sofia Brissos

personas para o desenvolvimento de uma clínica muito característica, que quando nos surge em consulta já deu origem a substanciais alterações cerebrais nos doentes”.

Todos os psiquiatras têm como objetivo principal, no acompanhamento dos doentes esquizofrênicos, travar a disfunção estrutural e funcional já presente no cérebro. Em complemento, é também uma meta a melhoria da sua capacidade funcional e de autonomia sempre que possível.

No âmbito dos desafios suscitados pela doença, destacam-se dois com especial nota e relevância, de acordo com Pedro Morgado: “Nestes doentes, encontramos défices cognitivos que se vão instalando com o tempo e um risco metabólico e cardiovascular real. Não há qualquer dúvida de que os doentes esquizofrênicos têm um risco cardiovascular mais elevado do que a população em geral.”

O risco cardiovascular acrescido na esquizofrenia é um dado conhecido e comprovado desde há muitos anos pela comunidade científica, ainda não totalmente explicado, mas que pode estar relacionado com a possibilidade de a esquizofrenia ser uma doença com componentes inflamatórios sobreativados. “O facto de existirem nestes doentes mais citocinas pró-inflamatórias acaba por justificar o risco acrescido de doença cardiovascular. Também encontramos alguma evidência de que alterações do metabolismo dos ácidos gordos livres nestes doentes contribuem para um maior número de indivíduos

insulinorresistentes”, explica Pedro Morgado.

Eleição do antipsicótico certo pode alterar o percurso do doente

Apesar do risco metabólico e cardiovascular enfrentado pelos doentes esquizofrênicos ter origem, na maioria dos casos, na fisiopatologia da doença e em estilos de vida inapropriados, autoimpostos ou resultantes de condicionantes sociais, a verdade é que a escolha dos fármacos usados no tratamento desempenha um papel fundamental no agravamento ou na atenuação de tal risco.

“Uma meta-análise publicada em janeiro deste ano na *Lancet Psychiatry* (Pillinger T. et al. 2020) reviu o efeito cardiovascular e metabólico dos diferentes antipsicóticos e confirma algumas ideias que já havíamos retirado da prática clínica. Todos nós tínhamos a noção de que medicamentos como a clozapina, a olanzapina ou a zotepina eram fármacos associados a um maior aumento de peso, maior risco cardiovascular, maior risco de dislipidemias e síndrome metabólica”, referiu Pedro Morgado, acrescentando:



Pedro Morgado

“O que esta meta-análise nos vem confirmar é que quando selecionamos este ou aquele fármaco para o nosso doente estamos, igualmente, a expô-lo a diferentes níveis de risco de doença cardiovascular, algo de muito significativo não só para a sua qualidade de vida mas também para a sua funcionalidade e risco de morte.”

“Por razões relacionadas com a própria doença, mas também devido a efeitos secundários dos antipsicóticos, os doentes com esquizofrenia praticam menos exercício físico do que a população em geral”, sublinhou Pedro Morgado.

“Verdadeiramente nova do ponto de vista científico e muito interessante é a correlação sugerida por vários estudos entre o maior risco metabólico – ou diagnóstico de síndrome metabólica – verificado nos doentes com esquizofrenia e o funcionamento cognitivo destas pessoas”, avançou o psiquiatra do Hospital de Braga.

Pedro Morgado reforçou a importância de os médicos vigiarem esta vertente da doença, até porque “muitas *guidelines* internacionais recomendam (mesmo que tal não aconteça em alguns dos centros de referência) que se traga a questão do risco metabólico para a prática clínica e se garanta que

os nossos doentes são avaliados regularmente, de maneira a que possamos decidir de modo mais informado sobre o tratamento a prosseguir”.

Défice cognitivo da esquizofrenia pode ser “mapeado” no cérebro com precisão

Se o risco metabólico e cardiovascular aumentado nos doentes esquizofrênicos tem vindo a ser negligenciado, ao longo das últimas décadas, algo de similar pode ser dito acerca da disfunção cognitiva, embora desde as primeiras descrições modernas da doença se conheça que, sobretudo quando não são devidamente tratados, estes doentes apresentam um declínio cognitivo (acompanhado por alterações da estrutura do cérebro) à medida que a doença evolui. A complexidade que preside a esta disfunção é enorme e o conhecimento científico gerado nesta área, em particular com recurso a estudos imagiológicos, é também vasto.



(37 mg/d) é equivalente a olanzapina ao nível do score total da *Positive and Negative Syndrome Scale* (PANSS) e do score na *Clinical Global Impression of Severity Scale* (CGI-S).

Da mesma forma, quando comparada com quetiapina, a lurasidona registou resultados sobreponíveis no score da escala PANSS, com melhores resultados face à quetiapina no que respeita à probabilidade de recaída após um ano em tratamento (23,7% versus 33,6%) e à probabilidade de hospitalização após um ano de tratamento (9,8% versus 23,1%).

Lurasidona demonstra menor impacto cardiometabólico do que os demais antipsicóticos

Segundo o professor de Psicofarmacologia, embora a lurasidona não escape à realidade dos efeitos indesejados, revela melhor perfil do que outros antipsicóticos, sobretudo no domínio cardiovascular. “É o fármaco com evidência mais forte na sua classe para a ausência de efeito no prolongamento do intervalo QT”, garantiu, sublinhando que a lurasidona “aparenta não afetar os níveis de prolactina, como sucede com a risperidona”.

Reportando-se a um estudo publicado na *International Clinical Psychopharmacology* (Citrome, L et al. 2012), David Taylor esclareceu que esta diferença é notória em ambos os géneros e sustentada ao longo do tempo: “Nos homens, verifica-se um

aumento da prolactina à sexta semana de tratamento com risperidona, efeito esse que se mantém aos doze meses de tratamento, enquanto no mesmo período se assiste a um decréscimo dos níveis de prolactina no grupo tratado com lurasidona. Já entre as mulheres, regista-se uma quebra nos níveis de prolactina com tratamento centrado em risperidona entre as seis e as doze semanas, depois de um incremento inicial, mas depois, e até aos doze meses, os níveis de prolactina permanecem elevados, de forma sustentada, algo que não sucede com a lurasidona. De facto, a longo prazo, não se regista qualquer impacto nos níveis de prolactina dos doentes tratados com lurasidona.”

Para sistematizar todo este conhecimento (e perceber melhor que regiões do cérebro estão envolvidas na referida disfunção cognitiva), Pedro Morgado produziu, em conjunto com outros colegas, uma meta-análise (neste momento em fase final de escrita para publicação) que selecionou 55 artigos de um total de 1207 que reportam alterações cerebrais em doentes com esquizofrenia.

“Verificámos que as áreas críticas do cérebro, quer para a disfunção executiva, quer para a disfunção emocional, são muito mais seletivas do que se pensaria à partida. Isto permite-nos olhar para a doença de uma forma muito mais específica e propor intervenções mais dirigidas. Deparamo-nos, pois, com o desafio de começarmos a atuar mais especificamente nos sintomas cognitivos dos doentes com esquizofrenia”, concluiu.

Que contributo traz a lurasidona?

David Taylor, professor de Psicofarmacologia no King's College London, diretor de Farmácia e Patologia



David Taylor

no Hospital Maudsley e editor chefe da *Therapeutic Advances in Psychopharmacology*, abordou neste simpósio as potencialidades do tratamento dos doentes esquizofrênicos com lurasidona. Um fármaco que já demonstrou comparativamente, por exemplo, à olanzapina, quetiapina e risperidona, eficácia no controlo de

sintomas, segurança do ponto de vista cardiovascular, com impacto negligenciável no peso e parâmetros metabólicos do doente, ínfima taxa de efeitos adversos relacionados com o incremento de prolactina, ao mesmo tempo que apresenta baixo risco de hospitalização.

“A lurasidona é um antagonista dos receptores de dopamina (D₂) e dos receptores de serotonina 5-HT_{2A} e 5-HT_{1A}, sendo que esta última ação pode ajudar a explicar o seu impacto positivo na função cognitiva. É igualmente um agonista parcial dos receptores serotoninérgicos do subtipo 5-HT_{1A}. Este fármaco apresenta um pico de concentração sérica uma a três horas após a administração, uma semivida de eliminação de 20 a 40 horas e permite atingir concentrações estáveis sete dias após o início do tratamento”, explicou David Taylor. Estudos clínicos comparativos que envolveram a lurasidona, com resultados de eficácia significativos e que contribuíram para a sua aprovação na Europa, demonstraram que uma dose diária de lurasidona

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

Utilização de novas tecnologias no tratamento das perturbações psiquiátricas



Joaquim Gago

Assistente graduado de Psiquiatria do CHLO. Prof. auxiliar de Psiquiatria, NMS/FCM-UNL



Leonor Santana

IFE de Psiquiatria no CHLO. Docente afiliada da NMS/FCM-UNL

ciativa *Be Healthy, Be Mobile* para melhorar o acesso aos cuidados de saúde nos países em desenvolvimento.

Em 2017, a WHO lançou a iniciativa *Be Healthy, Be Mobile* para melhorar o acesso aos cuidados de saúde nos países em desenvolvimento.

A Psiquiatria não tem sido exceção e existem atualmente disponíveis para *download* mais de 300.000 *apps* a nível mundial, surgindo de dia para dia um número cada vez maior, sendo uma das categorias em mais rápido crescimento. A elevada procura prende-se com a visão de que estas poderão ser uma forma de melhorar a doença e aliviar os sintomas. São utilizadas nas perturbações depressivas, na ansiedade, na perturbação afetiva bipolar, na ideação suicida e até nas perturbações psicóticas,

como a esquizofrenia. São utilizadas para monitorização de sintomas em tempo-real e como plataforma de tratamentos adjuvantes, como a psicoeducação, sendo consideradas pelos doentes como uma forma de autoajuda e de suporte.

Apesar de serem muito utilizadas pelos utentes, a grande maioria destas aplicações não foram testadas e validadas, não utilizam informação clínica baseada na evidência, nem foram desenvolvidas por profissionais de saúde, podendo conter mesmo informação errada, não sendo alvo de qualquer regulamentação. Isto coloca os profissionais de saúde mental numa posição delicada pelo desconhecimento da segurança, eficácia e qualidade das *apps* utilizadas pelos seus utentes.

A utilização de novas tecnologias é uma área em rápido crescimento. Apesar da evidência clínica que suporta o uso de aplicações móveis em Psiquiatria ser limitada, estas estão altamente disponíveis e são utilizadas pelos utentes, que cada vez nos questionam mais sobre estas ferramentas. O desenvolvimento de *apps* específicas para uso em Psiquiatria torna-se, pois, uma necessidade.

Assim, e reconceptualizando nos limites da atualidade, dão-se os primeiros passos para trazer a Psiquiatria portuguesa para o futuro digital, inovador e de última geração.

Dão-se os primeiros passos para trazer a Psiquiatria portuguesa para o futuro digital, inovador e de última geração.

No XIV Congresso Nacional de Psiquiatria foi apresentado um simpósio que visou discutir esta temática, assim como apresentar dois novos projetos portugueses em desenvolvimento para uso nas perturbações de ansiedade (Dr. Daniel Neto) e nas perturbações afetivas bipolares - *App BEEP MOOD* (Dr.ª Leonor Santana e Prof. Dr. Joaquim Gago).

Neste simpósio também participou a Prof.ª Dr.ª Sofia Pinto, do Instituto Superior Técnico, que falou sobre Inteligência Artificial na Saúde Mental, e o Dr. Sérgio Paixão, sobre a perspetiva dos utilizadores, recorrendo aos resultados de um questionário realizado a membros da ADEB.

“Every once in a while, a revolutionary product comes along that changes everything.” Steve Jobs

Há pouco mais de 10 anos, os *smartphones* surgiram no nosso dia-a-dia. Sem nos apercebermos, ocuparam as palmas das nossas mãos, passaram a ocupar um lugar na nossa mesa e muitas vezes até na nossa almofada. Utilizados por nós diariamente, os *smartphones* e as suas *apps* são acessíveis, fáceis de utilizar e com milhares de funcionalidades. São o nosso relógio, o

nosso despertador, lembram-nos dos aniversários dos nossos familiares e são uma das nossas principais formas de entretenimento, entre muitas outras utilidades.

Neste contexto, surgiu o conceito de *mHealth*, que se baseia no uso de *smartphones* no âmbito da saúde pública. Várias *apps* relacionadas com Saúde têm surgido, funcionando como lembretes de toma da medicação, mas também para ajudar na gestão de certas doenças crónicas, como a asma, a diabetes e até na cessação tabágica. Em 2017, a WHO lançou a ini-

apresentação clínica polimórfica e com surgimento recorrente nas gerações seguintes, ao qual deu o nome de *Bouffée délirante*. Estes episódios psicóticos breves não tiveram espaço no modelo dicotómico das principais psicoses endógenas (*Dementia praecox* e *Loucura maniaco depressiva*) caracterizado por Kraepelin.

Ainda assim, ao longo do século XX, prevalece o interesse na descrição e estudo das psicoses breves, mantendo na sua base o mesmo paradigma de apresentação: início súbito, quadros psicopatologicamente muito floridos e com remissão completa em poucos dias a semanas. A conceptualização destes episódios adquiriu inúmeras versões nas diferentes escolas de Psiquiatria por todo o mundo, com termos como psicoses

cicloides, psicoses reativas, psicoses psicogénicas, psicoses atípicas, psicoses emocionais, estupor benigno, esquizomania, estado esquizofreniforme, entre outros termos.

As atuais classificações internacionais de doença mental contemplam estas perturbações em dois grupos: na CID-10 são integradas nas perturbações psicóticas agudas e transitórias e no DSM-5 correspondem às perturbações psicóticas breves, divergindo ambos ligeiramente nos seus critérios temporais e na apresentação clínica.

Nas últimas décadas, a complexidade das experiências psicóticas breves aumentou. Com o desenvolvimento do estudo de estados pré-psicóticos em unidades de acompanhamento de doentes em *clinical high risk* para

psicose foram considerados novos conceitos operacionalizáveis, como os BIPS (*brief intermittent psychotic symptoms*) e os BLIPS (*brief limited intermittent psychotic symptoms*).

A luz do conhecimento atual, as opiniões divergem relativamente à natureza das perturbações psicóticas breves. Se, por um lado, é defendida a solidez destas perturbações enquanto uma entidade nosológica singular, por outro, alguns estudos apontam que possam corresponder a episódios psicóticos ainda pouco claros na sua natureza e que encobrem no seu âmago outra perturbação psicótica nem sempre revelada pelo tempo. A reorganização diagnóstica futura destes conceitos poderá proporcionar um novo traçar da sua evolução e prognóstico.

Dos estudos de neuroimagem à intervenção nas perturbações do espectro do autismo



Miguel Castelo Branco

Coordenador do Instituto Biomédico de Investigação da Luz e Imagem (IBILI). Vice-diretor do Instituto de Ciências Nucleares Aplicadas à Saúde (ICNAS)

Existe hoje um forte investimento em estratégias de investigação centradas na ciência dos dados que poderão vir a ter um impacto substancial na descoberta de marcadores de neuroimagem em Neuropsiquiatria. Estes modelos de pesquisa têm procurado compreender a relação entre o autismo e outras doenças do neurodesenvolvimento, quer precoces, quer tardias, em ligação a abordagens baseadas em modelos genéticos.

Existe hoje o enorme desafio de integrar estas estratégias com a procura de novas formas de tratamento no autismo, não só farmacológicas como baseadas em novas tecnologias, como

Temos estudado mecanismos básicos de alteração da inibição neuronal em modelos animais e humanos, bem como a questão se estes constituem efetivos alvos terapêuticos.

os jogos de realidade virtual, a neuroestimulação e o *neurofeedback*.

Estas últimas técnicas usam direta ou indiretamente abordagens de neuroimagem como ferramenta de validação de efeitos ou estão mesmo no centro da abordagem de intervenção. A nossa investigação aborda estas vertentes e a sua relação com teorias de disfunção neural centradas no equilíbrio entre inibição e excitação cerebral, que se tem postulado estar alterado em síndromes do espectro do autismo.

Temos estudado mecanismos básicos de alteração da inibição

Desenvolvemos ainda técnicas de inteligência artificial que usam marcadores de EEG associados à inibição neuronal e com utilidade diagnóstica no autismo.

neuronal em modelos animais e humanos, bem como a questão se estes constituem efetivos alvos terapêuticos. A compreensão da relação entre alteração da inibição neuronal e comorbilidades frequentes nestas condições, como a epilepsia, representa um objetivo importante.

Os estudos têm usado técnicas de imagem molecular e funcional, bem como de testes de terapias em modelos animais e em pessoas com perturbações do espectro do autismo e doenças do neurodesenvolvimento. Desenvolvemos ainda técnicas de inteligência artificial que usam marcadores de EEG associados à inibição neuronal e com utilidade diagnóstica no autismo. A combinação de diferentes estratégias terapêuticas originou dois ensaios clínicos para tentar reabilitar défices de cognição social e comunicação no autismo, usando interfaces homem-máquina centrada em EEG e/ou neuroimagem.

Reconceptualizar os limites e as ligações



Pedro Varandas

Vice-presidente da SPPSM. Comissão Organizadora do XIV Congresso Nacional de Psiquiatria

Depois de 13 congressos nacionais em que a Sociedade Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental procurou explorar um conjunto de temáticas importantes para a Psiquiatria, quer do ponto de vista do conhecimento

científico quer da prática clínica, quer do posicionamento ético ou da organização de serviços, no XIV Congresso o tema central foi a Saúde Mental, nomeadamente no aspecto central da promoção e prevenção.

Em paralelo, e subjacente à temática da Saúde Mental, o programa do Congresso discutiu a íntima e controversa relação da Saúde Mental com a doença psiquiátrica. Neste sentido, pareceu oportuno à organização o título “Reconceptualizar os limites e as ligações” para caracterizar esta relação entre a Saúde Mental e a Psiquiatria e assim permitir, durante o Congresso, a reflexão e discussão deste tópico pelos participantes.

O programa apresenta-se com um conteúdo muito rico, tendo sido convidados inúmeros participantes nacionais e estrangeiros com formação “fora das áreas médicas”, como da Psicologia Social, Sociologia, Filosofia, Arquitetura, etc., que

pela sua atividade e reflexão têm contribuído e contribuirão para o desenvolvimento de uma sociedade com melhor saúde mental. Para além disso, e como sempre, o Congresso procurou também atualizar todos os participantes no conhecimento clínico e terapêutico mais inovador.

O formato das apresentações foi constituído por palestras magistrais, simpósios, grupos de trabalho, cursos, comunicações livres e pósteres. Sobre este aspeto, foi mais uma vez um evento científico que demonstrou a vitalidade da Sociedade Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental na sua intervenção pública em prol da melhoria do conhecimento, da melhoria da qualidade da prática clínica e da melhoria da Saúde Mental em Portugal.

Com este XIV Congresso, a Sociedade Portuguesa de Psiquiatria manteve assim o cumprimento da sua missão.

Experiências psicóticas breves



Ludgero Arruda Linhares
IFE de Psiquiatria, HSM-CHULN

Ao longo da história da Psiquiatria, assistimos a uma constante procura de entidades nosológicas capazes de abarcar as mais variadas apresentações clínicas de cada época. A integridade desses mesmos constructos nem sempre resistiu à passagem do tempo. A observação de novos fenómenos psicopatológicos e de possíveis constelações dos mesmos parecia trazer um novo entendimento, pondo em causa os conceitos prévios e conduzindo a uma reformulação fiel aos conhecimentos mais recentes.

A evolução das perturbações psicóticas seguiu o mesmo trajeto. Inspirado pela Teoria da Degeneração de Morel, no final do século XIX, Magnan descreve de modo detalhado um quadro psicopatológico caracterizado por início súbito, com



