

HOSPITAL Público

A PARTILHA DE BOAS PRÁTICAS

Entrevista a Rosa Valente de Matos, presidente do CA do CHU Lisboa Central
O grande desafio de manter edifícios seculares operacionais e os profissionais motivados em 6 hospitais dispersos por Lisboa

■ P. 10/15



José Vera

A necessidade de criar unidades de ambulatório para receber pessoas com VIH

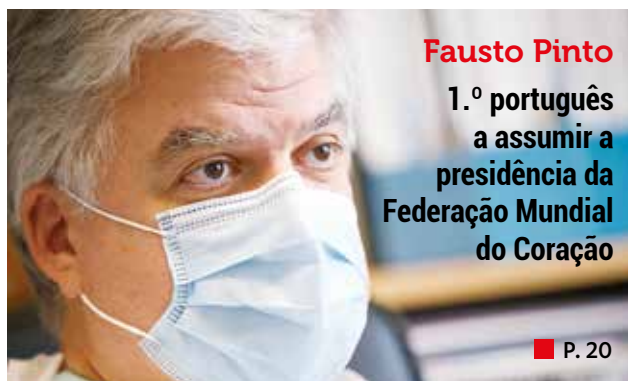
■ P. 18/19



Fausto Pinto

1.º português a assumir a presidência da Federação Mundial do Coração

■ P. 20



A experiência com o SONHO e o SClinico no IPO de Coimbra
 Revolução digital, acessibilidade e interoperabilidade

■ P. 22/23



Fernando Maltez

Uma certeza: as doenças infecciosas nunca vão acabar

■ P. 16/17



■ P. 24/29

SERVIÇO DE CIRURGIA PLÁSTICA, RECONSTRUTIVA, CRANIOMAXILOFACIAL, MÃO E UNIDADE DE MICROCIRURGIA DO CHVNG/E

Via Verde de Reimplantes inédita é apenas uma das múltiplas áreas de diferenciação

Fundado, em Vila Nova de Gaia, há duas décadas pelo cirurgião Horácio Costa, que ainda hoje o dirige, o Serviço integra um Centro de Trauma de nível 1, sendo uma referência nacional e internacional.

Farmácia do CHU Lisboa Norte

A maior do país em RH e encargos com medicação

João Paulo Lopes da Cruz (na foto) tem criado unidades especializadas e investido na preparação e distribuição robotizada

■ P. 32/37

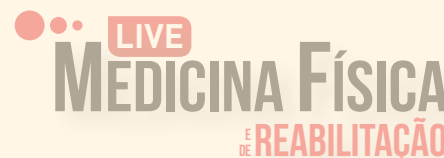


Especial 41.ª Reunião Anual da SPAIC

Com a participação de

- Manuel Branco Ferreira
- Pedro Carreiro Martins
- Célia Costa
- Luís Miguel Borrego
- Cristina Lopes
- Ana Luísa Reis Ferreira
- Mário Moraes de Almeida
- Isabel Carrapatoso
- Gustavo Reis
- Celso Pereira
- Susana Cadinha
- Joana Lopes Barradas
- Mariana Lobato

■ P. 39/47



2021: ano de esperança nas pessoas e na ciência

O ano de 2020 mal tinha começado quando percebemos que seria indubitavelmente dominado e marcado pela pandemia da covid-19. Decorria ainda a primeira vaga quando assumimos que o “novo” coronavírus não estava apenas de passagem e que, apesar de já sabermos mais sobre o SARS-CoV-2, ainda precisávamos de mais investigação científica para conseguir a única solução possível: uma vacina ou um tratamento eficaz. Vivemos o ano de 2020 de olhos postos em 2021, com esperança nas pessoas e na ciência para podermos recuperar as nossas vidas e deixar rapidamente esta sensação de estarmos presos a uma época muito difícil da nossa História – mesmo com um enorme orgulho no esforço que médicos e outros profissionais têm feito para conter a pandemia e salvar todas as vidas possíveis, num cenário complexo e nem sempre com as condições adequadas.

Miguel Guimarães
Bastonnário da Ordem dos Médicos

Os decisores políticos têm estado alheados dos médicos e dos profissionais que fazem a saúde acontecer e dos portugueses que os elegeram.

Este comportamento foi vivido de forma massificada. Nunca conseguimos um consenso tão alargado – desde os países mais ricos aos mais pobres – sobre o futuro depender da medicina e da ciência. Aliás, algumas palavras a quem tão recentemente o poder político tinha dado honras na Lei de Bases da Saúde – como a pseudociência – foram erradicadas durante este ano. Os cidadãos, quando informados, sabem fazer escolhas acertadas e é essencial que sejam ouvidos e envolvidos nas decisões para aumentar a adesão às mesmas.

Revisitemos um estudo curioso de 2018 conduzido pelo ScienceCounts, uma ONG norte-americana dedicada a impulsionar a literacia científica e a importância da investigação. Nessa altura, foi perguntado aos inquiridos qual era a primeira associação que faziam quando pensavam na palavra ciência. Um total de 63% dos inquiridos respondeu que “esperança” era a primeira palavra que lhes vinha ao pensamento. Muito distantes, só 9% escolheram a palavra “medo”.

A pandemia reforçou esta perceção e faz-nos perceber melhor a razão pela qual o Artigo 27.º da Declaração Universal dos Direitos Humanos consagra o direito à ciência, tal como o faz com o direito à saúde. São duas áreas sem as quais o nosso futuro, enquanto sociedades desenvolvidas, não se pode concretizar em pleno. Mais recentemente, já em tempos de pandemia, a consultora Povvado publicou uma sondagem interessante, com 77% de mais de 19 mil pessoas da amostra selecionada, oriunda de 19 países, a elegeram a ciência como solução para os grandes problemas que o mundo atravessa. Para 47% dos inquiridos, contudo, a sociedade não atribui à ciência a importância que deveria ter. O inquérito notava ainda que, atualmente, e em tempo de *fake news*, o acesso a fontes fidedignas de informação científica está longe de estar assegurado, com quase 50% da amostra a indicar que considera difícil aceder a informação credível sobre desenvolvimentos científicos e estudos relevantes.

A batalha da pandemia está longe de estar ganha. Temos tido nos últimos meses do ano notícias muito positivas sobre vacinas prestes a chegar e com boas taxas de eficácia. Contudo, há um longo caminho a percorrer ainda e muitas perguntas em aberto. Quais os efeitos secundários e as contraindicações de cada vacina? Quanto tempo demoraremos a conseguir, de facto, uma imunidade que nos permita poder aligeirar as outras medidas preconizadas (máscara, distanciamento, higiene das mãos, etiqueta respiratória...)? E quanto tempo durará a imunidade conferida por cada vacina? Está o país preparado para armazenar, distribuir, transportar e utilizar as vacinas em tempo útil, sem continuar a prejudicar a atividade não covid?

Os decisores políticos têm estado alheados dos médicos e dos

(Continua na pág. 6)

A gestão do Hospital Público

Em Portugal, a profissão de administrador hospitalar, então chamada de “provedor”, vem expressa no “Regimento do Hospital de Todos os Santos” de 1504. Em 1948, Coriolano Ferreira, enquanto chefe dos Serviços Administrativos dos Hospitais da Universidade de Coimbra, relança a profissão através da fundação da revista *Hospitais Portugueses*. Desde o primeiro número, diz ao que vem:

“Necessitamos não só dos edifícios e do seu receibo, mas sobretudo de bons médicos, bons enfermeiros e bom pessoal administrativo. A formação técnica dos médicos e das enfermeiras está entregue a escolas próprias. Mas o pessoal administrativo, esse é que, até hoje, não tem onde aprender nem quem o ensine (...). Entre nós, tirando duas ou três exceções, vivemos em pleno domínio do amadorismo e das improvisações que, embora bem-intencionadas, estragam muito dinheiro que é sangue da nação (...).”

A 27 de abril de 1968 é publicado o Estatuto Hospitalar e o Regulamento Geral dos Hospitais, estabelecendo pela primeira vez a natureza empresarial do hospital e o desenvolvimento dos recursos humanos, iniciando as carreiras de médico, enfermeiro, administrador e farmacêutico:

“A administração dos hospitais (...) tornou-se tarefa de profissionais, com preparação cuidada e estatuto adequado, visto que a mobilização de meios financeiros e humanos nos serviços de saúde atinge enorme volume e os prejuízos decorrentes de uma gestão pouco esclarecida podem ser importantíssimos, tanto do ponto de vista económico como social e humano.”

Em 1980 é, finalmente, regulada a carreira de Administração Hospitalar. Nesta carreira, os administradores hospitalares pertencem a um quadro único no Ministério da Saúde, sendo remunerados como técnicos superiores. Apenas através de concurso podem ser nomeados em comissão de serviço para posições nos hospitais, auferindo como administradores de terceira, segunda ou primeira classe.

Em paralelo, a carreira de Administração Hospitalar desenvolve-se em graus (quatro). A base da carreira é o 4.º grau e a progressão é feita por concurso após 3 anos no grau anterior, e avaliação positiva pela Comissão de Avaliação. No caso do 1.º grau, é ainda exigida apresentação e discussão de trabalho em sede de análise da Comissão de Avaliação.

Pode parecer estranho para muitos, mas o mecanismo de avaliação não tem repercussão direta na remuneração. Por exemplo, podemos ter administradores hospitalares no 1.º grau (topo da carreira) e ter um vencimento de início de carreira. Ou seja, para auferir como administrador hospitalar terá que concorrer e ficar colocado num hospital. Desde 2001 que não é aberto qualquer concurso nos hospitais — há perto de 20 anos que os administradores hospitalares não têm progressão com efeitos remuneratórios. Mesmo assim, a última avaliação “em grau” é de 2008.

Este esclarecimento vem a propósito do recente despacho do Senhor Secretário de Estado Adjunto e da Saúde. A maioria dos meus colegas alvo do despacho ainda se encontrava em situação de 4.º grau (uma espécie de estagiários) há mais de 20 anos. É um despacho que nos merece reconhecimento. Não por permitir aumentos salariais ou por serem aplicados retroativos, porque não permite!! Repito, não permite. Apenas por ser justo e reconhecer estes profissionais, muitos deles com provas dadas em lugares de elevada responsabilidade.

Compreendo o desconhecimento de muitos e o populismo de

(Continua na pág. 6)



LIVE Psiquiatria e Saúde Mental é o título da mais nova Publicação Periódica Híbrida editada pela Just News, cujo 1.º número está em distribuição neste final de 2020.

Trata-se de um projeto desenvolvido em conjunto com a Sociedade Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental, de periodicidade quadrimestral, ou seja, com três edições por ano. Em entrevista publicada nesta revista, a presidente da SPPSM e diretora do Serviço de Psiquiatria e do próprio Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do Hospital Beatriz Ângelo, Maria João Heitor, deixa o alerta: “Estamos a viver um ano atípico, com o risco de subvalorização daquilo que não esteja diretamente ligado à pandemia”. Nesta mesma edição, uma extensa reportagem, intitulada “Sempre próximo dos doentes, muito atento à comunidade, assumindo 50 anos de prestação de cuidados psiquiátricos em Gaia”, dá-se a conhecer o Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental do CHVNG/E, através de alguns dos seus profissionais.

Hospital Público

Diretor: José Alberto Soares **Assessora da Direção:** Cláudia Graça **Redação:** Maria João Garcia, Miguel Anes Soares, Raquel Braz, Oliveira **Fotografia:** Joana Jesus, Nuno Branco (Editor) **Publicidade e Marketing:** Ana Paula Reis **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 híbrida da Just News, impressa e em formato digital (*e-paper*), de periodicidade bimestral, dirigida a profissionais de saúde, isenta de registo na ERC, ao abrigo do Decreto Regulamentar 8/99, de 9/06, Artigo 12º, nº 1A **Tiragem:** 15.000 exemplares **Preço:** 3 euros **Depósito Legal:** 42653/17 **Impressão:** TYPHA – Grupo Monterreina, Área Empresarial Andaluçia 28320 Pinto Madrid, Espanha **Notas:** 1. A reprodução total ou parcial de textos ou fotografias é possível, desde que devidamente autorizada e com referência à Just News. 2. Qualquer texto de origem comercial eventualmente publicado neste jornal estará identificado como “informação”.

Publicações



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

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



Publicação Periódica Híbrida

Continuamos

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



A capa da última edição



CA do IPO Coimbra agradece à LPCC

O Conselho de Administração do IPO de Coimbra fez questão de agradecer publicamente toda a cooperação e espírito de solidariedade manifestados pela Liga Portuguesa Contra o Cancro, na sequência da entrega de bens e equipamentos que aquela entidade tem vindo a fazer ao Instituto, no âmbito do projeto de apoio ao doente oncológico em contexto hospitalar.

“Estas ofertas, que contribuem para a humanização da prestação de cuidados, têm vindo a revelar-se uma mais-valia para o doente oncológico pelo acréscimo de conforto e bem-estar que representam”, considera a presidente do CA, Margarida Ornelas.

Também os profissionais puderam beneficiar de equipamentos de proteção individual e de produtos alimentares que, na fase mais crítica da pandemia, “foram de extrema importância”.



ESCOLA DE VERÃO DE MEDICINA INTERNA (EVERMI)

Tempo de ser internista

Sob o lema “Tempo de ser internista”, a pandemia foi, inevitavelmente, um dos temas em debate na Escola de Verão de Medicina Interna (EVERMI), que decorreu entre 10 e 13 de setembro, mais uma vez em Albergaria, Beja.

Em declarações à *Just News*, Nuno Bernardino, diretor do curso, destaca o impacto da atual crise sanitária na formação dos internos. No seu entender,

“a pandemia da covid-19, mais que uma ameaça, foi uma oportunidade de crescimento para os internos de MI”. E explica porquê: “O que se tem vivido faz com que os mais novos adquiram maior capacidade de gestão de tempo e até de expectativas e de medos, que vão ser importantes ao longo da sua carreira como especialistas.”

Por outro lado, “a pandemia permitiu mostrar, mais uma vez, como a MI tem um

papel muito importante no contexto hospitalar, pela sua visão holística do doente, assim como pela sua flexibilidade e adaptação fácil a diferentes contextos”. Para Nuno Bernardino, “a MI tomou, de facto, as rédeas na maioria dos hospitais na abordagem da covid-19”.

Por causa das medidas de contingência, a EVERMI 2020 esteve limitada a 25 participantes.

(Continuação da pág. 5)

A gestão no Hospital Público

Alexandre Lourenço

outros nas afirmações que foram sendo proferidas. Algo é certo, quem sabe que mente apenas para aproveitamento próprio ou de classe apenas se define. Pobres daqueles que para vencer um argumento precisam de uma mentira. Por outro lado, importa destacar que os administradores hospitalares sempre defenderam carreiras dignas para os demais profissionais de saúde. Não esperamos comportamentos distintos destes para connosco.

Passados 40 anos, ao contrário das outras profissões da área da saúde, a carreira de Administração Hospitalar não mereceu revisão. Muitas vezes, devido ao pudor dos próprios

administradores em relação às outras carreiras do setor. Assim, há anos que não são avaliados, não têm concursos, não têm ingressos, os contratos individuais de trabalho não estão totalmente integrados na carreira, etc., etc., com evidente impacto na qualidade da gestão das instituições, onde continuam a imperar demasiados *curiosos* e paraquedistas.

Em 1952, dizia a revista *Hospitais Portugueses*: “Um administrador hospitalar não se faz de um momento para outro. Precisa de profundo estudo, aliado a grandes condições naturais. Estamos longe do tempo dos amadores que aprendiam do seu ofício nos próprios lugares de comando (...)”.

Sejamos claros, em 2020, a escolha permanece evidente para a gestão de unidades de saúde: profissionais preparados ou *curiosos*/paraquedistas.

Concordamos que é essencial rever a formação dos gestores de serviços de saúde, o seu recrutamento, a sua avaliação e formação contínuas. Por isso, defendemos a revisão da carreira de administração hospitalar. Não por conveniência própria, mas por acreditarmos que é essencial ao desenvolvimento do acesso universal a cuidados de saúde.

Ora, como dizia Coriolano Ferreira, na primeira edição da *Hospitais Portugueses*, em 1948: “A intuição e a boa vontade são necessárias, mas insuficientes.” O caminho da adequada gestão de serviços de saúde faz-se pela profissionalização das funções de gestão. E nesse caminho que acreditamos, encorajados pelo exemplo do passado, que nos enobrecer, e obrigados pela necessidade de resposta à população, aos profissionais de saúde, às famílias e a cada cidadão.

(Continuação da pág. 5)

2021: ano de esperança nas pessoas e na ciência

Miguel Guimarães

profissionais que fazem a saúde acontecer e dos portugueses que os elegeram. Portugal

continua a ter um problema de comunicação na forma como tem gerido a pandemia e o dossier vacina contra a covid-19 tem sido acossado pelo mesmo mal. O plano para a vacinação foi apresentado sem que a Ordem dos Médicos tivesse sido ouvida e deixou muito a desejar na forma como identificou as fases, os grupos prioritários e toda a

operacionalização. Ainda assim, sei que 2021 vai ser um ano de reforçada e renovada esperança nas pessoas e na ciência – e no humanismo e solidariedade que a relação médico-doente terá sempre, seja qual for o tempo e o lugar em que nos encontramos ou a doença e as ferramentas que temos ao nosso alcance para a debelar.

Câmara de Ourém deu apoio financeiro ao CHL no combate à covid-19

O CH de Leiria e a CM de Ourém formalizaram, no final de outubro, um protocolo de colaboração que preconiza o apoio financeiro na aquisição de equipamento médico de combate à pandemia. **Licínio de Carvalho**, presidente do CA do CHL (à esq.^a, na foto), e **Luís Albuquerque**, presidente da CMO, assinaram o documento que atribuiu uma verba de até 35 mil euros para a compra de ventiladores e outro equipamento para o tratamento da covid-19. Note-se que outros municípios da região de Leiria também apoiaram financeiramente o CHL.



Mais de 4% de cirurgias de ambulatório no Hospital de S. João da Madeira

A Unidade de Cirurgia de Ambulatório (UCA) do Hospital de S. João da Madeira, que integra o CHEDV, realizou em 2020, até ao final de agosto, um total de 3341 intervenções, o que representa mais 4% do que as efetuadas em igual período de 2019 (3210).

Os serviços com maior número de intervenções concretizadas foram o de Cirurgia Geral (854, + 8%), o de Ortopedia (428, + 3%), o de Urologia (126, + 68%). De realçar o arranque, no início do ano, das intervenções em ambulatório do Serviço de Obstetrícia, com um total de 1542 intervenções entretanto realizadas.

Em termos globais de atividade cirúrgica de ambulatório no CH de Entre o Douro e Vouga, foram realizadas 5998 cirurgias, sendo a unidade de S. João da Madeira responsável por 56% das mesmas.

Segundo Miguel Paiva, presidente do CA do CHEDV, “apesar dos constrangimentos derivados do período mais agudo da pandemia, a verdade é que conseguimos não só recuperar a atividade perdida nesses meses como registar aumentos face ao ano passado, que já havia sido o melhor de sempre, o que é notável”.

Em funcionamento desde 2009, a UCA do Hospital de S. João da Madeira é uma referência nacional em Cirurgia de Ambulatório, tendo obtido o nível de Excelência Clínica da Entidade Reguladora de Saúde. Ao longo dos anos, tem recebido, consecutivamente, a Excelência Clínica máxima, atribuída pela ERS, nesta área, demonstrando, assim, cumprir todos os critérios de qualidade exigidos, de acordo com o Sistema Nacional de Avaliação em Saúde (SINAS).

Notícias de Enfermagem do CHUC quer partilhar experiências diferenciadoras de cuidados

Acaba de ser lançado o primeiro número de *Notícias de Enfermagem do CHUC (NEC)*. A publicação, dirigida por Áurea Andrade, enfermeira diretora do CHU de Coimbra, visa “promover uma cultura de divulgação de novidades sobre o exercício de enfermagem na instituição, fomentando uma relação de proximidade e crescimento entre os enfermeiros”.

Assim, o objetivo é que em cada edição sejam divulgadas “atividades desenvolvidas por grupos de trabalho institucionais, iniciativas relevantes para a prática de enfermagem, experiências diferenciadoras de cuidados, eventos e reconhecimento do exercício profissional”.

IPO de Coimbra vence Prémio HINTT

O IPO de Coimbra conquistou o Prémio HINTT, na categoria Patient Safety, com o projeto Oncommunities, desenvolvido em parceria com o Instituto Pedro Nunes e o Instituto Catalão de Oncologia. O Prémio HINTT - Maturidade Digital pretende reconhecer e divulgar as melhores práticas de adoção das tecnologias de informação e comunicação com vista à aproximação de um ambiente paperless conducente a ganhos relevantes para a segurança do doente, apoio à decisão clínica e eficiência global.

CHOeste presenteia doentes com bolo de aniversário

No âmbito do Compromisso para a Humanização Hospitalar, o CHOeste começou a presentear com um bolo de aniversário os doentes que comemoram o seu aniversário no decorrer do internamento numa das três unidades: Caldas da Rainha, Torres Vedras e Peniche.

O primeiro bolo foi entregue, dia 28 de outubro, ao Sr. António, que completou 83 anos de vida e que naquela data estava internado no Serviço de Medicina do Hospital de Peniche.



Hospital de Bragança com novo Bloco Operatório + nova Central de Esterilização + remodelação da Patologia Clínica

A ULS do Nordeste vai fazer um investimento superior a 3 milhões de euros na sua unidade de Bragança. As obras incluem a ampliação do Bloco Operatório, a construção de uma nova Central de Esterilização e ainda a remodelação do Laboratório de Patologia Clínica.

Trata-se de um projeto cujo investimento global ronda os 3 milhões de euros, financiado em cerca de 2,5 milhões por fundos comunitários, através do Programa Operacional Regional do Norte – Norte 2020.

A vontade do CA da ULSNE em realizar este investimento tinha já sido manifestada anteriormente, tendo-se agora concretizado o primeiro passo, com o auto de consignação da obra assinado em meados de junho



O investimento permitirá a construção de raiz de um edifício com 3 pisos e uma área total de 711 m², fazendo a interligação entre o edifício principal do hospital e o Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica, ao qual dará um apoio fundamental.

O novo Bloco Operatório – que verá duplicada a sua área – passará a dispor de 2 salas de operações para cirurgias programadas e uma terceira para cirurgias urgentes), 2 salas de indução (anestesia), zona de recobro com 6 camas e diversos espaços de apoio.

De acordo com **Carlos Alberto Vaz**, presidente do CA da ULSNE (na foto), esta ampliação “possibilitará uma maior capacidade de resposta, organização, conforto e segurança na prestação de cuidados ao doente cirúrgico”.

Relativamente à nova Central de Esterilização, será dotada de “circuitos totalmente independentes de transporte de materiais, assim como de circulação de pessoas, garantindo toda a segurança imprescindível nos procedimentos desta área”.

Quanto ao Laboratório de Patologia Clínica, irá integrar um moderno posto de colheitas, com 4 salas de recolha e uma ampla sala de espera, com 60 m². Uma valência que inclui laboratórios de microbiologia, bioquímica, imunologia, hematologia e imuno-hemoterapia.

XX CONGRESSO DA SPMFR

O complemento importante da telerreabilitação na MFR

“A telerreabilitação não substitui as consultas presenciais, sendo sempre um complemento importante dos cuidados de MFR”, considera Catarina Aguiar Branco, presidente da Sociedade Portuguesa de Medicina Física e de Reabilitação (SPMFR), falando à *Just News* no âmbito do XX Congresso da SPMFR, que decorreu online, entre os dias 8 e 10 de outubro.

Uma das temáticas abordadas logo na cerimónia de abertura foi precisamente a tele saúde, que se destacou nos últimos meses. “Há muito que se falava da relevância deste tipo de intervenção, mas, de facto, a maioria dos serviços não estava preparada para esta nova forma de trabalhar, quer pela falta de infraestruturas adequadas, quer por receio de profissionais e utentes”, segundo Catarina Aguiar Branco.



Catarina Aguiar Branco

O mesmo pensa a fisiatra Paula Amorim, responsável pela Rede Nacional de TeleMFR, que lembrou o lançamento do Plano Estratégico Nacional para a Tele saúde 2019-2022 (PENTS), em 12 de novembro de 2019: “Não há dúvidas das suas mais-valias em MFR, como se viu em

plena pandemia, quando as instituições de saúde se viram obrigadas a improvisar e a adaptarem-se, em tempo recorde, a consultas e a monitorização de doentes à distância.”

doentes não-covid, lembrando um estudo recente, que demonstrou que “entre janeiro e julho deste ano foram realizados quase menos 17 milhões de meios complementares de



Comissão Organizadora: Renato Nunes, Ana Rolo Duarte, Afonso Rocha, Catarina Aguiar Branco, Maria João Carvalho, Susana Santos e Francisco Tavares (ausentes na foto: Inês Campos e Filomena Melo)

Na sua opinião, “antes desta crise sanitária, já era evidente a vantagem da teleMFR, face ao aumento crescente da complexidade organizativa e tecnológica nesta área, sobretudo na otimização da comunicação entre diferentes níveis de cuidados”. Outros pontos vantajosos prendem-se com a promoção do trabalho multidisciplinar e com a partilha de informação, que agiliza, assim, a monitorização na doença crónica. Com o PENTS, Paula Amorim espera que também fique claro que “a tele saúde não é apenas fazer consultas por telefone”.

O bastonário da Ordem dos Médicos, Miguel Guimarães, na sua intervenção, fez questão de alertar para o impacto da pandemia nos

diagnóstico do que em período homólogo de 2019, sendo que na MFR se realizaram quase menos 8 milhões de tratamentos”. Disse ainda que “todos aprendemos muito com os fisiatras, que estão habituados a trabalhar em equipa, com planeamento e uma organização exemplares”.

A cerimónia de abertura contou ainda com Pedro Cantista, presidente do Colégio da Especialidade de MFR da OM, Jorge Lains, ex-presidente da Sociedade Internacional de MFR (ISPRM), Gerold Stücki, da Universidade de Lucerna e responsável pela Secção de ICF da ISPRM, e Mauro Zampolini, presidente da Secção de MFR da União Europeia de Médicos Especialistas.



4.ª Edição do Prémio AIDFM-CETERA para o melhor artigo publicado em 2020 na área cardiovascular

Encontram-se abertas, até 15 de janeiro de 2021, as candidaturas à 4.ª Edição do Prémio AIDFM-CETERA para o melhor artigo publicado em 2020 na área cardiovascular (todas as edições estão disponíveis em <http://aidfm-cetera.com/initiatives/best-article-award-in-cardiovascular-research/>). Os candidatos serão avaliados por um júri independente e altamente qualificado na área.

Os primeiros autores dos 3 melhores artigos irão receber um prémio no valor de €1.000,00, o qual será distribuído da seguinte forma:

Autor(a) do melhor artigo: €500,00;
Autor(a) do 2.º melhor artigo: €350,00;
Autor(a) do 3.º melhor artigo: €150,00.

Receberão ainda um diploma, a inscrição no XI Congresso de Novas Fronteiras em Medicina Cardiovascular 2021 e a oportunidade de apresentar o artigo selecionado numa sessão oral do mesmo.

Toda a informação sobre o Prémio AIDFM-CETERA poderá ser encontrada em <https://bit.ly/2UwAGo3>.

Medicamento de Bial para Parkinson chegou aos EUA e Japão

O Ongentys (opicapona), medicamento desenvolvido por Bial para a doença de Parkinson, começou a ser comercializado nos mercados norte-americano e japonês, na sequência da aprovação por parte das autoridades regulamentares dos dois países. Deverá haver 163 mil pessoas com Parkinson no Japão e cerca de um milhão nos EUA, onde são diagnosticadas anualmente mais de 50.000. O fármaco já está disponível no Reino Unido, Alemanha, Espanha, Itália e Portugal.

21

MAIO 2017 – INTERNAMENTO DO SERVIÇO DE CARDIOLOGIA DO CHULN (FOTO JOANA JESUS)



ACREDITAR

Publicações
 **justNews**
www.justnews.pt

Jornal Médico
CONGRESSO

LIVE ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA
PARA O ESTUDO
CLÍNICO DA **SIDA**

LIVE
OBSTETRÍCIA
E GINECOLOGIA

Jornal
ORL

LIVE
OTORRINO LARINGO
LOGIA

LIVE
ALERGOLOGIA
E IMUNOLOGIA CLÍNICA

HOSPITAL
Público
A PARTILHA DE BOAS PRÁTICAS
CONGRESSO

LIVE
MEDICINA INTERNA

Jornal Médico
DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

LIVE
MEDICINA FÍSICA
E REABILITAÇÃO

HOSPITAL
Público
A PARTILHA DE BOAS PRÁTICAS

WOMEN'S
MEDICINE

Coração
Vasos

LIVE
PSIQUIATRIA
E SAÚDE MENTAL

ROSA VALENTE DE MATOS, PRESIDENTE DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO DO CENTRO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO LISBOA CENTRAL (CHULC):

“Faltam-nos muitas vezes os instrumentos que nos permitam motivar os nossos profissionais”

DESDE FEVEREIRO DE 2019 QUE ROSA VALENTE DE MATOS DIRIGE O MAIOR CENTRO HOSPITALAR DO PAÍS... A COMEÇAR PELO NÚMERO DE UNIDADES QUE AGREGA: SÃO JOSÉ, SANTO ANTÓNIO DOS CAPUCHOS, SANTA MARTA, CURRY CABRAL, ESTEFÂNIA, ALFREDO DA COSTA E, AINDA, SÃO LÁZARO. “UTILIZADO QUANDO É PRECISO, PORQUE ATÉ ESTÁ OPERACIONAL”. A PRESIDENTE DO CA DO CHULC DIZ QUE A SUA MAIOR PREOCUPAÇÃO É CONSEGUIR QUE OS 8000 COLABORADORES DA INSTITUIÇÃO SE SINTAM MOTIVADOS NO DESEMPENHO DAS SUAS TAREFAS, DEFENDENDO, A ESSE RESPEITO, UMA MAIOR AUTONOMIA PARA QUEM TEM A TAREFA DE GERIR AS ESTRUTURAS HOSPITALARES DO SNS.

Contas feitas, há que manter operacionais os quase 170 edifícios que o CHULC tem dispersos por Lisboa, em muitos casos estruturas antigas, com séculos de existência e a precisarem de manutenção. Com uma despesa anual muito próxima dos 500 milhões de euros, é fácil adivinhar os desafios que se colocam ao Conselho de Administração para gerir este CH.

A entrevista a Rosa Valente de Matos, que iniciou funções neste seu atual cargo no dia 8 de fevereiro de 2019, aconteceu no penúltimo dia de outubro e decorreu no seu gabinete, localizado no edifício principal do Hospital de São José. “Isto não é fácil”, foram as primeiras palavras que proferiu, reconhecendo mesmo, mais à frente na conversa, estar a ser confrontada com o maior desafio profissional da sua já longa carreira como administradora hospitalar.

“O período que estamos a viver é muito complicado, sendo preciso ter alguma resiliência, porque o conhecimento que temos sobre aquilo que nos está a acontecer não é muito”, reconhece. Admite mesmo que “exige de nós, gestores, uma capacidade e uma flexibilidade que não estávamos muito habituados a ter”.

Logo acrescenta que o mesmo sucede, aliás, com “quem trabalha nestas instituições”, em “sobrecarga” desde março, consequência da pandemia de covid-19. Rosa Valente de Matos revela mesmo a sua preocupação com “o cansaço dos profissionais”.

“Eu orgulho-me de ser uma mulher do SNS, de trabalhar no SNS e de neste momento estar a dirigir uma instituição cujos colaboradores, médicos, enfermeiros, auxiliares, motoristas, técnicos do Aproveitamento... estiveram sempre disponíveis”, salienta.

Rosa Valente de Matos mostrou à *Just News* as obras de renovação e alargamento em curso no edifício das Consultas Externas do São José, bem como a Urgência Geral Polivalente e as estruturas modelares instaladas no Pátio do Relógio. E sugeriu uma deslocação ao Curry Cabral, concretizada dias depois da entrevista, para destacar o investimento feito na Unidade de Cirurgia Ambulatória e o aspeto acolhedor da nova Unidade de Internamento Cirurgia E. Na Maternidade Alfredo da Costa, quis valorizar a criação de uma enfermaria para grávidas com covid-19.

A verdade é que, apesar da anunciada construção do Hospital Universitário Lisboa Oriental, o CHULC tem de continuar a prestar os melhores cuidados de saúde possíveis aos utentes que recorrem a algum dos seus seis polos.

“ALCANÇAR ESSE ESPÍRITO COMUM DE UM CH COM SEIS HOSPITAIS”

Rosa Valente de Matos (RVM) – Quando aceitou o desafio para presidir ao CHULC tinha noção de como iria ser o seu dia-a-dia?

Just News (JN) – Eu tenho um percurso profissional em que, praticamente, trabalhei sempre em hospitais ou em ARS, com uma ligação aos cuidados diferenciados e aos CSP muito idêntica. E estive, entretanto, 10 meses como secretária de Estado. Mas se lhe dissesse que conhecia bem aquilo que viria encontrar estaria a mentir. Devo dizer que, como presidente da ARS de Lisboa e Vale do Tejo, cargo que ocupei durante cerca de 2 anos, tinha uma visão completamente diferente daquela que tenho hoje.



Efetivamente, em termos organizacionais, presidir ao CHULC é, de facto, um grande desafio. Ou seja, há uma cultura de muitos anos, na Maternidade Alfredo da Costa, no Dona Estefânia, no próprio São José, nos Capuchos, em Santa Marta, no Curry Cabral... Foram hospitais com uma história muito rica em termos de conhecimento, de organização. Se olharmos para Santa Marta, por exemplo,

foi ali que trabalhou Egas Moniz, o nosso Prémio Nobel da Medicina! Há todo um conjunto de memórias que não se deve, e no meu ponto de vista nem se pode, apagar. O segredo está em conseguirmos juntar todo esse conhecimento destas seis instituições e constituir um todo. Um todo com o mesmo objetivo. Porque nós temos o mesmo objetivo.

Tratar bem os doentes, com qua-

lidade, inovação e conhecimento. É nisso que este CA se tem concentrado, conseguir alcançar esse espírito comum de um CH com seis hospitais. Eu até diria sete, pois, temos São Lázaro, que também é muitas vezes utilizado, quando necessário, porque ainda está operacional.

JN – Quantos edifícios tem, exatamente, este CH?



Conselho de Administração

- 1 Presidente
Rosa Valente de Matos
- 2 Diretor clínico
Pedro Soares Branco
- 3 Enfermeira diretora
Maria José da Costa Dias
- 4 Vogal executivo
Jaime Alves
- 5 Vogal executivo
Paulo Espiga

ROSA VALENTE DE MATOS, PRESIDENTE DO CA

Um percurso dedicado à gestão na Saúde



Rosa Valente de Matos dedicou toda a sua vida profissional à gestão na área da Saúde:

- Administradora do H. do Espírito Santo – Évora, responsável pela gestão dos RH (1990-1996);
- Vogal da ARS Alentejo (1996-2002);
- Administradora do H. do Espírito Santo – Évora, responsável pela área dos MCDT e serviços hoteleiros (2002-2005);
- Presidente do Conselho Diretivo da ARS Alentejo (2005-2011);
- Presidente da SUADAÇOR – Sociedade Gestora de Recursos e Equipamentos de Saúde dos Açores (2011-2016);

- Presidente do Conselho Diretivo da ARSIVT (2016-2017);
- Secretária de Estado da Saúde do XXI Governo Constitucional (2017-2018).

Licenciada em Sociologia pela Univ. de Évora (1988), fez o Curso de Gestão de RH na Saúde (1988), obteve uma pós-graduação em Administração Hospitalar na ENSP (1990), frequentou o Instituto de Defesa Nacional, onde fez os cursos de Auditores de Defesa Nacional (2002-2003) e de Gestão Civil de Crises (2011), e concluiu o PADIS – Programa de Alta Direção de Instituições de Saúde (2011).

ção, ao conhecimento. Hoje, o caminho é esse. Os jovens médicos só vão querer ir para uma instituição onde saibam que podem crescer em termos de conhecimento e que tenham um projeto profissional. É por isso que muitas vezes temos dificuldade em levar jovens médicos, e até jovens enfermeiros, para o interior do país. Eu costumava dizer que já não estamos na “geração da Vista Alegre”, que era a minha. Queríamos uma casa! Um carro! Eu tenho filhos com 20 e poucos anos e o que eles querem é ter um emprego onde possam crescer e evoluir em termos de conhecimento, com qualidade de vida.

JN – O hospital novo ainda não existe, portanto...

RVM – Mas é importante que exista rapidamente. O Hospital de Santo António dos Capuchos, por exemplo, não aguenta muito mais em termos de estrutura. Temos ali um problema e é muito urgente resolvê-lo. O mesmo se passa relativamente a São José, pois, as adaptações que possamos fazer serão sempre limitadas. Os próprios acessos a estes

Recursos Humanos (31/12/2019)

Conselho de Administração
5

Dirigentes
36

Conselho Fiscal
3

Médicos especialistas
1068

Internos
582

Pessoal técnico superior de saúde
23

Pessoal farmacêutico
51

Enfermeiros
2710

TSDT
655

Pessoal técnico superior
130

Assistentes técnicos
745

Assistentes operacionais
1894

Pessoal informático
27

Pessoal docente
9

Pessoal religioso
5

Assistente de investigação
1

Total

7944

Distribuição por género
feminino
5998 - 76%

masculino
1946 - 24%

Média etária
43

(Continua na pág. 12)

Dados covid-19 (de 03/03/2020 a 16/11/2020)

- **91.957** testes realizados
- **26.745** pessoas testadas
- **1358** total de doentes covid internados (média da idade: 62 / masculino: 60% + feminino: 40%), 305 dos quais passaram por UCI)
- **50** doentes acompanhados no domicílio (pediatria) a 16/11/2020
- **153** óbitos (mediana de 79 anos)
- **1302** recuperados

Produção em 2019

- Lotação (agudos): **1272** (taxa de ocupação: 89,4%)
CHULC tem ainda 18 camas de MFR (não são consideradas agudos)
- Transplante de Órgãos
 - Cardíaco - **4**
 - Pulmonar - **39** (único no país)
 - Hepático - **135**
 - Pâncreas - **6**
 - Renal - **59**
 - Total - **253**
- Doentes internados - **46.746**
- Doentes operados - **38.564**

- Convencional - **12.550**
- Ambulatório - **17.776**
- Urgente - **8238**
- Partos - **3262**
- Recém-nascidos - **3410**
- Consultas médicas - **730.091**
- % primeiras - **25,8%**
- Consultas não médicas - **41.632**
- Sessões de Hospital de Dia - **41.818**
- Sessões de hemodiálise - **3613**

17 centros de referência

- Transplante Hepático
- Transplantação Cardíaca Adultos
- Transplante de Pâncreas Adultos
- Transplante Renal Adultos
- Transplante Pulmonar
- Oncologia Pediátrica
- Oncologia de Adultos – Cancro
- Hepatobliopancreático
- Oncologia de Adultos – Cancro Reto
- Epilepsia Refratária
- Cardiologia de Intervenção Estrutural
- Cardiopatias Congénitas
- Doenças Hereditárias do Metabolismo
- Coagulopatias Congénitas
- Fibrose Quística
- ECMO (Oxigenação por Membrana Extracorporal)
- Implantes Cocleares
- Neurorradiologia de Intervenção na Doença Cerebrovascular
- 1 centro pertencente às redes europeias (ERN ReCONNET)

3 centros de tratamento reconhecidos pela DGS

- Centro de Tratamento para a Hipertensão Pulmonar
- Centro de Tratamento para a Tromboendarterectomia Pulmonar
- Centro de Tratamento da Terapia Laser guiada por Fetoscopia

Centros de responsabilidade integrados

- Gastrenterologia
- Urologia

Em preparação

- Oftalmologia Pediátrica
- Traumatologia Ortopédica
- Tratamento Cirúrgico da Obesidade
- Dermatologia

(Continuação da pág. 11)

muito nesta área porque queremos que o doente permaneça o menos tempo possível no hospital. Contamos, para isso, com a colaboração dos nossos cirurgiões, dos nossos enfermeiros... Ainda ontem abrimos um novo espaço de enfermaria, com 14 camas, exatamente para que, havendo necessidade de pernoita, o doente ali possa ficar.

JN – A cirurgia ambulatória vai ficar concentrada no Hospital Curry Cabral?

RVM – Vai ficar no Curry Cabral, sim. Como disse, vamos agora abrir uma nova sala, o que significa que ficaremos com 4 disponíveis, a fun-

RVM – A solução tem que partir dos próprios profissionais, não é algo que seja imposto pela Administração. Mas a criação de um CRI pode ser incentivada por nós, que é o que temos estado a procurar fazer, explicando como funciona este modelo. Foi assim que surgiram, nos últimos meses, o CRI de Gastrenterologia, em junho, e o CRI de Urologia, em setembro.

Entretanto, o CRI de Oftalmologia Pediátrica está praticamente constituído, sob a orientação do Prof. Eduardo Silva, que aceitou o desafio de deixar Coimbra e vir trabalhar para o Dona Estefânia. Também a abertura do Centro de Responsabilidade Integrado de Traumatologia Ortopédica, por proposta de alguns profissionais,

na nossa área de influência, pessoas de muitas nacionalidades.

JN – O que deve constituir um problema...

RVM – Não é um problema. É a população que temos e a qual precisamos de servir. Por isso, muitas vezes, as nossas informações, para além do português, têm que contemplar o mandarim, o inglês ou o crioulo. Aliás, existe no CHULC um grupo, integrando assistentes sociais e psicólogos, que trabalha as diversas etnias, exatamente para podermos responder da forma mais adequada a algumas das necessidades dessas pessoas, com respostas que muitas vezes não são aquelas a que estávamos habituados.



cionar todos os dias, das 8h às 22h, para servir os utentes que possam ser intervencionados em ambulatório. A nova enfermaria situa-se num pavilhão que estava sem ocupação.

“UM DOS NOSSOS OBJETIVOS ERA EXATAMENTE CRIAR ALGUNS CRI”

JN – Também decidiu investir no modelo de Centro de Responsabilidade Integrado!

RVM – É interessante falarmos nisso. Este CA iniciou funções há pouco mais de ano e meio e um dos nossos objetivos era exatamente criar alguns CRI, porque eu penso que esse modelo organizacional, para além de trazer mais autonomia, acarreta também mais responsabilidade. E permite-nos, de certa maneira, compensar as equipas pelo seu desempenho. Nós temos uma administração pública muito pouco flexível, muito antiga, que não possibilita, por exemplo, dar incentivos a quem produz mais. Os nossos vencimentos são fixos. E os CRI vêm, de alguma forma, associar o aumento da produtividade à possibilidade de podermos pagar mais aos profissionais e isso é positivo.

JN – É importante encontrar a pessoa certa para ficar à frente de um CRI?



está para breve, permitindo-nos dar uma resposta muito rápida aos doentes que chegam à nossa Urgência de São José e precisam de tratar uma fratura. Este CRI terá disponíveis 24 camas de internamento. Quanto às intervenções programadas da área da Ortopedia, essas continuarão a ser asseguradas no Curry Cabral, como até agora.

JN – O seu CH serve uma população da cidade de Lisboa bastante envelhecida...

RVM – E não só envelhecida! Temos também uma população jovem e de várias etnias. Se formos à Maternidade Alfredo da Costa, verifica-se que boa parte das nossas utentes não fala português, pois temos,

Temos gente sem documentos, grupos com 7 ou 8 elementos a viver no mesmo quarto... Acontece-nos muitas vezes queremos que a pessoa vá para casa porque não precisa de ficar internada, mas se, por exemplo, tem covid, o que fazemos? Não pode ir! Este é o nosso dia-a-dia, não é algo tão raro assim, diariamente somos confrontados com situações dessas. Temos que ter capacidade para responder.

JN – O CHULC também tem utentes que não residem propriamente na sua área de influência mais direta...

RVM – Eu diria que este CH faz coisas únicas que mais nenhum outro hospital no país consegue assegurar. Nós somos altamente diferenciados. A

RVM – Eu própria fui presidente, durante alguns anos, da Associação Portuguesa de Integração de Cuidados. Mais do que falar, é preciso fazer acontecer. Essa tem sido a nossa dificuldade, porque não há uma visão global, não há um processo pensado sobre aquilo que deve ser essa integração. Fala-se muito no que se deve fazer em termos de informática, mas a integração de cuidados é bastante mais do que isso. Temos que implementar todo este processo no terreno. E fazer o percurso do doente. Ele anda muitas vezes perdido nas nossas instituições. Eu própria, se vou ao centro de saúde, o meu médico marca-me um exame para um hospital, um exame para outro... Há aqui uma grande desarticulação! O que é que isso da integração de cuidados? É identificar as necessidades concretas dos vários grupos populacionais, é encontrar respostas centradas nas pessoas e suas famílias, é ter profissionais a trabalhar em articulação, é envolver a comunidade nas soluções que são necessárias. Temos projetos extremamente interessantes, de ligação do hospital com vários ACES. Os exemplos são muitos.

Em termos de análises clínicas, de acompanhamento... O CRI de Gastro, por exemplo, tem um processo de articulação, envolvendo o contacto telefónico. Adquirimos telefones específicos para que o médico do centro de saúde possa ligar ao colega hospitalar para tirar dúvidas, para reencenar um doente. Há imensos projetos em curso. É preciso agora pegar em todos eles, de uma forma integrada, e criar aquilo a que chamamos a integração de cuidados.

JN – Como é que isso se pode fazer?

RVM – Por vezes, as coisas têm que se tornar quase obrigatórias. Obrigatórias no bom sentido. Começando na prevenção, as unidades de CSP têm que ser a porta de entrada. A ligação ao médico de família deve fazer-se logo desde o nascimento, apesar de este ocorrer geralmente no hospital, o que já acontece. Todo o percurso de um cidadão deve assentar naquilo que é o centro de saúde, com ligação ao seu hospital de referência, ou àquele onde precisa de ser tratado, com base na que é a sua necessidade de cuidados. Muitas vezes, a saúde e a segurança social têm que ter aqui uma ligação bastante estreita, porque vai haver uma altura em que o utente, se calhar, precisa dessa integração, se chegar aos cuidados continuados, ou porque carece de assistência em casa.

JN – Há uma crescente cons-ciençialização disso?

RVM – Vai havendo essa necessidade. Porque os recursos são escassos! Eu tenho uma assistente social no hospital. Tenho outra nos CSP. Mais uma nos cuidados continuados. Outra ainda na câmara municipal. Mais outra na junta de freguesia... No fundo, tenho uma dispersão de recursos, quando o que eu preciso é de uma assistente social que conheça o meu percurso. Quanto estava na ARSIVT tinha utentes que me diziam: “Vai lá a casa o apoio domiciliário do nosso área de influência, que tem que vir cá e que precisa dessa resposta.

“MAIS DO QUE FALAR, É PRECISO FAZER ACONTECER”

JN – O que tem a dizer relativamente à tão falada integração de cuidados?

(Continua na pág. 14)

CA DO CHULC PEDRO SOARES BRANCO, DIRETOR CLÍNICO

60 dias muito difíceis, mas também bastante gratificantes

O ex-diretor do Serviço de Medicina Física e de Reabilitação do CHULC não pensou duas vezes quando decidiu abdicar da sua atividade clínica e dedicar-se a 100% à tarefa para a qual foi convidado por Rosa Valente de Matos e que iniciou muito recentemente, no passado dia 1 de setembro. Refere que têm sido “60 dias muito difíceis, mas bastante gratificantes” no cargo de diretor clínico, que é “completamente absorvente”. Pedro Soares Branco considera que, “independentemente do que lhe queiramos chamar mais, é, sem dúvida, um momento interessante da nossa vida, em termos de saúde individual e comunitária”.

A propósito da dimensão do CHULC, diz que “até podíamos considerar que são 6 hospitais que unitariamente são grandes”. É prossegue: “Temos o Hospital de Dona Estefânia, em tempos conhecido como o maior hospital pediátrico do Império, e que é, de facto, absolutamente referencial. Temos o São José, que não precisa de apresentações... E depois todos os outros, mais pequenos, mas que também são, cada um deles, uma referência. Se há algumas vantagens por estarmos dispersos por

polos, designadamente, alguma separação entre espaços covid e não covid, há, evidentemente, muitas desvantagens, desde logo, a nível dos encargos, que sextuplicam só por esse facto. É, por isso, muito importante que se construa o novo Hospital de Lisboa Oriental.”



Pedro Soares Branco revela que adotou um modelo de organização muito próprio em termos de Direção Clínica, escolhendo três adjuntos – o ortopedista João Varandas Fernandes, o intensivista Filipe For-

tuna e a internista Sofia Pinheiro –, dividindo pelos três as áreas da produção, dos recursos humanos e dos equipamentos.

Tem depois, em cada um dos hospitais, um diretor clínico adjunto: o cirurgião geral Hélder Viegas (São José), a ginecologista Clara Soares (Alfredo da Costa), a cardiologista pediátrica Fátima Pinto (Santa Marta), a cirurgia geral Paula Tavares (Curry Cabral), a imunoalergologista Paula Leiria Pinto (Dona Estefânia) e a dermatologista Gabriela Marques Pinto (Santo António dos Capuchos).

“A minha política tem sido conceder uma larga amplitude de intervenção a estes colegas porque os vários hospitais têm muitas especificidades. É bom que os diretores tenham uma afinidade clínica com os locais onde estão a exercer”, explica Pedro Soares Branco.

Com 56 anos acabados de fazer (a 25 de outubro), afirma: “Obviamente, se não gostasse de medicina não teria sido capaz de exercer e de progredir na carreira, nem de me doutorar, nem de ensinar. Mas confesso que o choque constante com a doença e com o sofrimento não deixa de exercer a sua erosão.”

CA DO CHULC MARIA JOSÉ DA COSTA DIAS, ENFERMEIRA DIRETORA

Explicando o contexto, as pessoas aderem e são parte da solução e não do problema

Maria José da Costa Dias garante que “está no genoma dos enfermeiros procurar fazer parte da solução e não do problema”. Integrando o atual CA desde o primeiro dia do mandato (8 de fevereiro de 2019), fala numa “gestão participada”, que justifica da seguinte forma: “É fundamental envolver as equipas. Temos que partilhar informação, para que todos percebam as bases que em que assenta a tomada de decisões, sobretudo quando estas são mais complexas. Perante uma adversidade, numa qualquer situação em que seja necessário dar uma resposta imediata, e explicado o contexto, as pessoas habitualmente envolvem-se e são parte da solução e não do problema.”

Nascida em Lisboa a 11 de janeiro de 1958, a enfermeira diretora do CHULC recorda que começou por entrar em Agronomia, mas o peso da Físico-Química e da Matemática “empurrou-a” para Enfermagem. Iniciou a carreira na Cirurgia Cardiorráctica/Cardiologia do Hospital de Santa Cruz e fez a especialidade em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica na sequência do convite para integrar a equipa que viria a abrir a Unidade de Cardiologia Pediátrica.

Resumindo o seu percurso profissional, integrou a Comissão

Instaladora do Hospital Fernando Fonseca, onde depois ficou alguns anos. Após uma breve passagem por Santa Maria, integrou o CA do Egas Moniz antes de assumir o cargo de enfermeira diretora do Hospital da Luz, em 2006, transitando posteriormente para o Hos-



pital da Luz Lisboa. Surgiu, entretanto, a “necessidade de fazer o doutoramento”, concretizado na Universidade Católica de Lisboa, tornando-se “um período muito gratificante da minha vida este investimento”. Faz parte do Conselho de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros.

Aceitou o convite de Rosa Valente de Matos “motivada, essencialmente, pela perspetiva de poder colaborar na abertura do futuro Hospital Oriental de Lisboa, extremamente necessário e emblemático para a cidade”. Aliás, Maria José da Costa Dias sublinha que o projeto “é importante, desde logo, para todos os colaboradores do CH, que há muito têm o ansio e o desejo de poder vir a ocupar um espaço novo, com melhores condições de trabalho e de acolhimento para os doentes”.

Todos os 6 polos do CHULC têm um enfermeiro diretor adjunto, cujos nomes são: José Abelha (São José), Ofélia Silva (Alfredo da Costa), Isidoro Faustino (Santa Marta), Manuela Santos (Curry Cabral), Palmira Silva (Dona Estefânia) e Anabela Gama (Santo António dos Capuchos).

Maria José Costa Dias conta ainda com a colaboração de dois adjuntos, a enfermeira Susana Ramos, “que tem um papel extremamente importante a nível do Gabinete de Segurança do Doente e com uma vertente na área da qualidade, matéria a que damos muita atenção”; e João Oliveira, “um jovem enfermeiro que me dá um grande apoio em termos das tecnologias de informação e comunicação”.

(Continuação da pág. 13)

RVM — Muito! Também eram outros tempos! O Alentejo representa um terço do território, a dispersão geográfica é enorme. Foi uma experiência única, até porque os recursos eram escassos, mas a articulação acabou por ser mais fácil. Foi, para mim, muito interessante essa experiência. Penso que o Alentejo — não por mim,

“Os próprios utentes também têm que ser ouvidos porque, afinal, criamos os modelos para servir os seus utilizadores. É importante ter essa noção.”



mas pela equipa que liderei — ficou um bocadinho diferente. Veja-se a rede de novos centros de saúde, a rede de Cuidados Continuados Integrados, não só em termos estruturais mas também organizacionais. A informatização foi feita nessa altura... Aliás, a ARS Norte e a ARS Alentejo foram as primeiras, em termos de CSP, a informatizar todos os centros de saúde.

JN — Identifica-se com o modelo ULS?

RVM — Teoricamente, defendo esse modelo, tanto que o apliquei na ARS Alentejo, mas tenho que reconhecer que uma coisa é a teoria e outra é a prática. Na verdade, tudo depende das próprias pessoas. Penso que o modelo ULS, tal como o

modelo USF, terá que ser, com certeza, renovado daqui a algum tempo, adaptando-o a uma nova realidade, a outras necessidades. Até porque vamos tendo mais conhecimento sobre as coisas. Eu sou muito pela avaliação, uma avaliação transparente, onde sejam envolvidas as pessoas que trabalham. Os próprios utentes também têm que ser ouvidos porque, afinal, criamos os modelos para servir os seus utilizadores. É importante ter essa noção.

Com exceção da Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano, todas as outras foram criadas quando eu era presidente da ARS e penso que estarão, de certa maneira, a funcionar, embora não existindo, admito, uma integração como era desejada...

Costumo dizer que a integração administrativa era a mais fácil de fazer, acredito que a integração clínica ainda não esteja concluída.

“TENHO UMA GRANDE LIGAÇÃO AO ALENTEJO”

JN — Nasceu no norte do país! RVM — Nasci em Avanca, Estarreja.

Devo dizer que tenho um percurso engraçado! Em miúda, vivi no Alentejo alguns anos, por questões familiares. E depois voltei para estudar. Desisti do curso que estava a tirar no Porto e fui fazer Sociologia para Évora. Eu queria ser educadora de infância e cheguei a escrever isso numa redação da 4.ª classe. Mas houve um professor de Pedagogia e Sociologia durante o

curso que estava a tirar que me fez apaixonar pela área social e acabei por ir para Sociologia, que, na altura, só havia em Lisboa e Évora.

JN — Depois de concluir Sociologia, o que aconteceu?

RVM — Desafiada por uma colega minha, concorri à Escola Nacional de Saúde Pública e vim para Lisboa tirar o curso de Administração Hospitalar, que na altura era de 2 anos. Acabei por ir fazer um estágio no Hospital do Espírito Santo de Évora. Gostaram do meu trabalho e por lá fiquei. Devo dizer que continuo ligada àquela instituição, em termos de vínculo de carreira hospitalar. Começaram por me dar o desafio dos Recursos Humanos, pelos quais seria responsável

durante 6 anos. O facto de ser mulher e de integrar uma administração só de homens levou a que me fossem também atribuídas certas áreas de apoio, como a cozinha e a lavandaria... Foi interessante porque aprendi muito. Desde logo porque, na altura, esses serviços não estavam externalizados como estão hoje, sendo assegurados por pessoal do próprio hospital.

JN — Com o passar dos anos, acabou por desenvolver uma ligação especial a Évora...

RVM — Sim, eu tenho uma grande ligação ao Alentejo. Uma ligação familiar. Os meus filhos nasceram lá, são alentejanos, um rapaz e uma rapariga. Nenhum deles se interessou pela área da saúde. Mas, de facto, as

minhas raízes estão em Avanca, Estarreja, no distrito de Aveiro. Onde vive a minha família mais direta.

JN — Veio diretamente de Évora para a ARS de Lisboa e Vale do Tejo?

RVM — Depois de Évora fui para os Açores, convidada pelo secretário Regional da Saúde. Achei o projeto interessante, falei com a família e acabei por aceitar. Era por um ano, mas acabei por ficar quatro. Tratava-se de um organismo com competências semelhantes a uma ACSS ou uma SPMS. Foi uma experiência muito interessante montar a componente informática dos centros de saúde, tratar dos sistemas de informação, da contratualização... Nessa altura, os meus filhos já estavam na faculdade, só por isso é que me lançaram esse desafio!

JN — Entretanto, regressa a Lisboa...

RVM — Estava nos Açores e o ministro Adalberto Campos Fernandes convidou-me para assumir a presidência da ARS de Lisboa e Vale do Tejo.

JN — E encontra uma ARS muito diferente da de Évora?

RVM — Com desafios diferentes, com outra dimensão. Uma ARS onde a minha equipa acabou por lançar projetos que eu já tinha implementado há 15 anos no Alentejo, como, por exemplo, os rastreios de base populacional. Conseguimos também renovar o parque de centros de saúde, que estava velhinho. Veja-se o caso de Sintra, por exemplo. Conseguimos ter mais de 30 unidades em construção nessa altura, com mais não sei quantas protocoladas, em articulação com as câmaras municipais. Posso dizer-lhe que me deu muito gozo deixar esse trabalho feito e que eu penso estar a ser continuado pelo

Dr. Luís Pisco. A Urgência Metropolitana de Lisboa também foi criada nessa altura. Penso que tem que ser alargada. Agora, sinto essa necessidade enquanto presidente do CHULC.

JN — É possível trazer de Évora uma experiência implementável em Lisboa?

RVM — Eu acho que o nosso percurso é cheio de conhecimento, mas também de coisas novas, de inovação, se não estagnamos. Eu aprendi muito no Alentejo.

JN — Zanga-se com facilidade?

RVM — Não. Diria que, com o tempo, tornei-me mais afirmativa. Por vezes, é cansativo ver e ouvir tanta palavra e tão pouca ação. É preciso fazer acontecer as coisas. Quando vejo críticas de pessoas que já passaram pelos sítios, já lá estiveram, e não fizeram acontecer, criticando quem lá está, isso causa-me alguma tristeza...

JN — Teve depois uma passagem pelo Governo...

RVM — Foi mais um desafio. Temos que responder muitas vezes a esses reptos, que sabemos não serem fáceis. Eu tinha consciência disso. Não foram 10 meses fáceis, mas seriam desafiantes. Penso que foram feitas algumas coisas interessantes, como, por exemplo, a hospitalização domiciliária, que vejo como um marco da minha passagem pelo Governo. Orgulho-me da minha equipa, do meu gabinete e das instituições do Ministério da Saúde por termos feito esse trabalho e de hoje olharmos e percebermos que não há hospital neste país que não tenha o seu processo montado relativamente à hospitalização domiciliária. Cada vez mais é esse o caminho. Sempre que o doente puder ficar na sua casa e a nossa equipa hospitalar puder lá ir é bom. É bom, desde logo, para os doentes, porque estão no seu meio familiar, e a recuperação correrá muito melhor.

Temos agora aqui no CHULC um projeto de grande valor que se chama “Mais próximo de ti”. Envolve um conjunto de senhoras voluntárias que todos os dias passam pelos vários serviços, colocando pessoas que estão internadas em contacto com os seus familiares usando um iPad. Temos tido experiências muito giras. Trata-se de um projeto inovador e que está a funcionar muito bem. Ainda no outro dia a enfermeira que está a liderar o projeto me relatava que o filho, ao falar com a mãe, percebeu que tinha que a levar para casa. Ela estava num lar e o facto de, através do iPad, poder falar com o filho levou a uma maior relação de proximidade entre ambos. Esta parte mais humanizada do projeto é muito interessante.

Em resposta à pandemia, tivemos que restringir as visitas, permitindo-as apenas em situações muito excecionais. O projeto está a funcionar em todos os hospitais do CHULC, sendo que no Dona Estefânia, por ser uma realidade diferente, permitimos a presença da mãe ou do pai, mesmo que a criança esteja internada nas Doenças Infecciosas.

“É BEM DIFERENTE TRABALHARMOS COM UMA EQUIPA QUE PODEMOS ESCOLHER”

JN — Transitou diretamente do Governo para o CHULC?

RVM — Não. Estive durante

alguns meses a assessorar o Dr. Luís Pisco na ARSINT, antes de ter sido convidada a assumir este cargo. A Senhora Ministra deu-me essa liberdade e aceitou os nomes que efetivamente lhe propus. É bem diferente trabalharmos com uma equipa que podemos escolher.

JN — O diretor clínico já não é o mesmo...

RVM — Na altura, quando convidei o Prof. Luís Nunes para assumir a Direção Clínica, e que acabou por ser o único elemento a transitar do anterior CA, presidido pela Prof.ª Ana Escoval, ele próprio me disse logo que estaria só um ano e meio no Conselho, porque depois entraria no processo de reforma. A escolha do seu substituto foi também uma decisão minha, obviamente partilhada já com os restantes elementos do CA. O atual diretor clínico é o Prof. Pedro Soares Branco, que é fisiatra e tem características que considero essenciais para integrar este grupo. Tem uma boa ligação aos colegas, é uma pessoa de diálogo, de consen-



so, mas também de alguma firmeza. E temos um bom relacionamento, o que é fundamental que exista entre os cinco elementos do CA. Acho essencial trabalharmos em equipa e esse espírito é comum a todos nós. O grande objetivo é termos um hospital voltado para as pessoas, ou seja, para os utentes e para os profissionais. Com um melhor desempenho e um acesso mais facilitado, conseguimos combater as listas de espera e aumentar a produção.

JN — É a enfermeira diretora, quem é?

RVM — É a Prof.ª Maria José da Costa Dias, que fui buscar ao Hospital da Luz de Lisboa, onde era enfer-

meira diretora. É alguém com muita competência e bom senso, que tem respeito pela profissão e pelos seus colegas. Muito conhecedora e ponderada, é um orgulho trabalhar com ela.

JN — Depois tem mais 2 vogais executivos que são...

RVM — Passaram ambos pelo Ministério da Saúde. O Dr. Paulo Espiga foi meu chefe de gabinete e o Dr. Jaime Alves foi chefe de gabinete do Prof. Fernando Araújo. O primeiro mais ligado aos aspetos da organização, dos processos e da produção, e com quem eu já tinha trabalhado quando estive na ARS Alentejo, e o segundo mais vocacionado para as questões financeiras e para os recursos humanos. São perfis complementares.

JN — Têm uma reunião semanal?

RVM — Temos reunião de Conselho de Administração à quinta-feira, onde os temas agendados são discutidos e decididos. Por exemplo,

CA DO CHULC JAIME ALVES, VOGAL EXECUTIVO

Despesa resultante da dispersão de hospitais: 60 milhões de euros

Jaime Alves, vogal executivo do CA do CHULC, diz que prefere ver a instituição como um todo, rejeitando a abordagem de que determinada unidade dá mais ou menos prejuízo do que outra, preferindo focar-se na lógica de que “nós somos 6 hospitais dispersos pela cidade de Lisboa”.

“Temos uma enorme fragmentação orgânica e de equipamentos, o que faz com que tenhamos custos que outros não têm, por exemplo, ao nível do transporte de doentes, entre hospitais, dentro do nosso CH. Ou em termos de equipamento, que a dispersão geográfica das instalações obriga a ter em redundância. São custos acrescidos que nos colocam em desigualdade com outras instituições hospitalares”, refere Jaime Alves, acrescentando: “Estamos a falar de despesa que temos que ter, na ordem dos 60 milhões de euros/ano, e que não contribui para uma maior eficiência.”

A área financeira é precisamente uma das que estão sob a sua responsabilidade como elemento do CA. Acrescenta os recursos humanos, o aprovisionamento, a área jurídica, acompanha mais de perto o Conselho Fiscal e ainda faz a ponte com a auditoria interna. A parte informática é partilhada com o seu colega Paulo Espiga.

Jaime Alves, que nasceu em Alijó, Vila Real, em fevereiro de 1972,



CA DO CHULC PAULO ESPIGA, VOGAL EXECUTIVO

A obrigação de pensar em formas de trabalhar diferentes para ganhar eficácia

Natural de Almada, onde nasceu em março de 1975, Paulo Espiga licenciou-se em Geografia e Planeamento Regional, mas... decidiu “mudar a agulha”. Quatro anos depois já era administrador hospitalar — diplomado pela Escola Nacional de Saúde Pública — e em 2003 iniciava uma carreira profissional repartida entre os cuidados de saúde primários e a área hospitalar, passando por organismos como a ACSS e o INEM.

Quando foi chefe de gabinete da então secretária de Estado Rosa Valente de Matos já Paulo Espiga tinha sido, nomeadamente, diretor executivo de dois ACES e presidente do CA da ULS do Litoral Alentejano. Questionado sobre se o atual cargo é o que lhe “dá mais trabalho”, responde imediatamente que não, esclarecendo:

“A experiência, provavelmente, mais exigente tê-la-ei vivido quando, com 33 anos, assumi a direção executiva do ACES Alentejo Litoral, “para criar o agrupamento, pôr de pé uma organização nova, com centros de saúde de zonas diferentes, numa área muito dispersa, com poucos recursos.”

Apresentando-se como vogal de produção e logística do CA do CHULC, explica ter sob a sua respon-



em parceria com a própria presidente. Em matéria de produção, refere o acompanhamento e organização dos serviços e dos blocos operatórios e ainda a questão da contratualização.

“Os transportes internos são, de

facto, algo muito próprio deste CH, até porque os hospitais são relativamente especializados, o que implica que tenhamos muita circulação de doentes para fazerem exames numa ou noutra unidade”, refere Paulo Espiga.

Ao nível da contratualização, “estamos divididos em grandes áreas em termos de prestação de cuidados, reunindo especialidades que depois têm vários serviços espalhados por 3 ou 4 hospitais. Ora, isso traz-nos, de facto, dificuldades muito grandes de acompanhamento, mas também uma riqueza de experiências diferentes”.

De acordo com o administrador hospitalar, “a circunstância de estarmos distribuídos por edifícios distintos leva-nos a replicar atividades, obrigando-nos a pensar em formas de trabalhar diferentes para ganharmos alguma eficiência, inovando na forma como trabalhamos”.

Segundo Paulo Espiga, “com a diferenciação que temos, num total de 64 especialidades, é um universo de contratualizações e de acompanhamento muito complexo”. Mas sublinha “a participação ativa das estruturas intermédias, quer médicas, quer de enfermagem, de direções técnicas e também de administradores hospitalares desta casa”.

áreas clínicas já estavam definidas. Entretanto, nós implementámos uma forma de gestão por polos, criando uma espécie de CA adjunto em cada um dos seis hospitais, que têm como função gerir, em cada local, as várias áreas ali existentes, procurando soluções que muitas vezes têm que ser rápidas, mais operacionais. Obviamente, sempre em ligação com o CA.

JN — O que a preocupa mais?

RVM — A minha maior preocupação, neste momento, são os profissionais de saúde, conseguir que venham trabalhar motivados. Esta administração pública envelhecida, pouco flexível, não nos dá, a nós gestores, a autonomia necessária. Faltam-nos muitas vezes os instrumentos que nos permitam motivar os nossos profissionais, eventualmente, com pequenas coisas que fazem a diferença e que nem têm valor monetário, mas que não temos à nossa disposição, ao contrário do que sucede numa qualquer estrutura privada. A nossa função aqui também passa



“É PRECISO PASSAR À PRÁTICA”, CONSIDERA MIGUEL XAVIER (DGS)

Apostar na reinserção das pessoas com doença mental

APOSTAR NO EMPREGO E NA REINSERÇÃO SOCIOPROFISSIONAL DAS PESSOAS COM DOENÇA MENTAL DEVE PASSAR PELA COOPERAÇÃO ENTRE OS SERVIÇOS DE PSIQUIATRIA E SAÚDE MENTAL E A COMUNIDADE.



Esta foi a mensagem-chave do Fórum Nacional de Saúde Mental, que decorreu dias 22 e 23 de outubro, em Lisboa, sob o tema “Cooperação entre respostas: desafios atuais e futuros”.

Miguel Xavier, diretor do Programa Nacional para a Saúde Mental (PNSM) da DGS, sublinhou, na sessão de abertura, que a ideia não é nova e que “basta de documentos e grupos de trabalho; é preciso passar à prática”.



Miguel Xavier

Organizado, pela primeira vez, pelo PNSM, o Fórum de Saúde Mental focou-se nas questões da reabilitação psicossocial e profissional e na Economia Social. Áreas que são há vários anos vistas como essenciais para a recuperação e reintegração das pessoas com doença mental na sociedade.

Por isso mesmo, Miguel Xavier criticou o atraso na implementação de soluções que permitam ajudar quem se vê com dificuldades em ter um emprego por causa da sua patologia: “Isto acontece em Portugal,

mas também noutros países. Como referia a *Lancet Commission*, em 2018, na saúde mental não há países desenvolvidos.”

O responsável realçou, mais do que uma vez, a necessidade de existir uma maior articulação e cooperação entre a Saúde e a Segurança Social: “A maior parte dos serviços de Saúde Mental está centrada na doença e no tratamento, não tanto na recuperação, logo as respostas para reinserção social têm que ser procuradas na comunidade, mas sempre em articulação e cooperação com esses serviços.”

O psiquiatra enumerou ainda as principais dificuldades que se sentem no terreno, como a escassez de recursos humanos e a heterogeneidade regional, que cria falta de equidade no acesso a cuidados, ou o facto de se olhar a saúde mental como se fosse o mesmo que doença mental. “As barreiras são conhecidas há anos, por isso, a questão é política e não técnica”, afirmou.

Congratulou-se, contudo, com a recente criação das primeiras cinco equipas comunitárias de saúde mental para adultos e de outras cinco para a infância e adolescência.

Ainda a nível político, Miguel Xavier mostrou-se satisfeito com o esforço que o atual Governo está a demonstrar ao querer destinar uma quantia relevante de verbas para esta área da saúde no Orçamento de Estado.

“O emprego é parte integrante do processo curativo”

À distância, online, na sessão de abertura, interveio também António Leuschner, presidente do Conselho Nacional de Saúde Mental. O psiquiatra lembrou que o bem-estar

Notícia



se mede sob o ponto de vista biopsicossocial:

“Há anos que clamamos por uma maior articulação e cooperação nas respostas a diferentes níveis porque apenas dessa forma vamos ao encontro da definição de saúde mental da OMS e que se pode resumir no direito de a pessoa ter consciência das suas capacidades, enfrentando o stress normal do dia-a-dia, sendo produtiva e contribuindo para a comunidade.”

Defendeu ainda que existe “a necessidade imperiosa de articulação da Saúde com a Segurança Social, não se dedicando esta última apenas a questões de residência e ocupação, mas também de reinserção socioprofissional”.

António Leuschner recordou ainda que “o emprego é parte integrante do processo curativo” e criticou o facto de a Rede Nacional de Cuidados Integrados de Saúde Mental (RCCISM) esquecer que a maioria dos doentes não são idosos, mas jovens adultos.

Em suma: “É preciso criar condições [na RCCISM] para que se vá ao encontro das necessidades destes doentes e para se garantir a reinserção familiar, social e laboral em casos graves e também incapacitantes.”

A reunião tem como destinatários todos os profissionais da saúde e do social que trabalham nos diversos níveis – hospitalares, cuidados continuados e setor social – tanto os do público como do privado e da Economia Social, além dos utentes e seus familiares.

FERNANDO MALTEZ, PRESIDENTE DA SOCIEDADE PORTUGUESA DE DOENÇAS INFECCIOSAS E MICROBIOLOGIA CLÍNICA (SPDIMC):

“Os avanços da medicina favorecem a ocorrência de mais doenças infecciosas”

FERNANDO MALTEZ NEM PESTANEJA QUANDO AFIRMA QUE “AS DOENÇAS INFECCIOSAS NUNCA VÃO ACABAR”. E EXPLICA PORQUÊ. FALANDO À *JUST NEWS* NA QUALIDADE DE PRESIDENTE DA SPDIMC, O MÉDICO TAMBÉM DIZ QUE PORTUGAL DEVERIA TER “QUASE O DOBRO” DOS ESPECIALISTAS NESTA ÁREA. OU MESMO O TRIPLO, SE FOSSEM ABERTOS TODOS OS SERVIÇOS DE DOENÇAS INFECCIOSAS QUE CONSIDERA FAZEREM FALTA NUMA SÉRIE DE HOSPITAIS. COM UMA CARREIRA PROFISSIONAL LIGADA AO CURRY CABRAL, NÃO TENCIONA CONTINUAR A TRABALHAR DEPOIS DOS 70.

O infeciologista começa por sublinhar que “há um conjunto de doenças inicialmente consideradas como médicas e que posteriormente se veio a descobrir que, afinal, tinham na sua base uma etiologia infecciosa”. E exemplifica: “Concluiu-se haver uma relação clara entre o linfoma e vírus Epstein-Barr. Estabeleceu-se uma relação direta entre o sarcoma de Kaposi e herpes vírus 8. Também está bem clara a ligação de papiloma vírus ao carcinoma do útero, ou da *Helicobacter pylori* à úlcera gástrica...”

“Há até quem especule se as doenças não serão todas infecciosas”, comenta Fernando Maltez, referindo que os próprios avanços da medicina levam a que os doentes permaneçam mais tempo internados, para se submeterem a determinadas técnicas de diagnóstico, para serem tratados... “Por outro lado, ao permitirmos uma sobrevivência mais longa faz aumentar, obviamente, a probabilidade de ocorrerem determinadas infeções”, observa.

Com técnicas invasivas a facilitarem as infeções nosocomiais e determinadas terapêuticas – como

as imunossupressoras, ou as que envolvem a utilização de certos anti-inflamatórios – a contribuírem para que surjam infeções oportunistas, pode-se afirmar que “os avanços da medicina favorecem, de facto, em determinadas circunstâncias, a ocorrência de mais doenças infecciosas”.

Fernando Maltez fala num “conjunto de fatores transversais” que também ajudam a isso: da desflorestação ao comércio animal entre continentes; o próprio desenvolvimento da indústria alimentar, ligado ao uso alargado de antibiótica; ou até o comportamento sexual globalizado, que promove a disseminação da hepatite B, da hepatite C e de VIH.

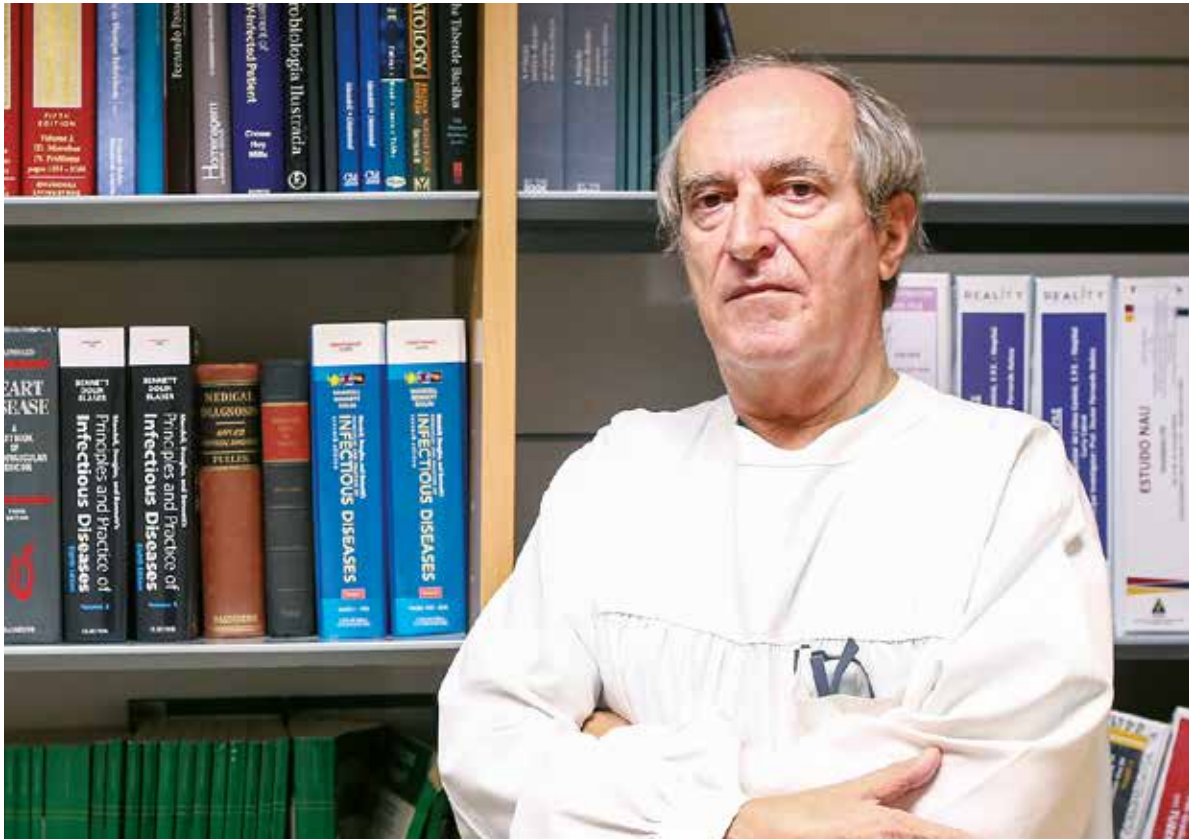
Para além de que, “hoje em dia, consegue-se dar a volta ao mundo de avião em menos tempo que o período de incubação da maior parte das doenças infecciosas”

“Precisamos de mais infeciologistas”

São muito poucos os países em que está reconhecida a especialidade individualizada de Doenças Infecciosas. Fernando Maltez diz mesmo que “se contam pelos dedos das mãos”. Cita o exemplo da França e da Áustria, mas frisa que Espanha não tem, acrescenta que ela existe no Brasil e na Guatemala, mas logo esclarece que nos EUA não.

A semelhança do que ainda sucede no país vizinho, em Portugal, era a Medicina Interna que “geria a Infeciologia”, esclarece o nosso entrevistado, até que há 30 anos a Ordem dos Médicos viabilizou a criação da especialidade de Doenças Infecciosas. Ele próprio já era, nessa altura, internista.

No seu entender, e cingindo-se à realidade nacional, “o grande problema é sermos muito poucos para darmos resposta ao desafio que estas doenças nos colocam”. Enumera as infeções emergentes e reemergentes – algumas das quais originam, como se sabe, epidemias ou até pandemias –, as “bem estabelecidas”, como as hepatites ou a sida, que “têm que ser



Fernando Maltez: “O que me está a surpreender mais nesta pandemia é a sua durabilidade”

tratadas e controladas”, mas igualmente as infeções ditas clássicas. E lembra que também são precisos infeciologistas para dar resposta a programas prioritários de saúde da DGS, como o PPCIRA ou os que têm o foco nas hepatites, em VIH ou na tuberculose.

Fernando Maltez vai mais longe: “A área das Doenças Infecciosas não se limita ao ambiente hospitalar, transvasa para a saúde pública. Precisamos, por isso, de infeciologistas que assegurem essa ligação à saúde pública. E que façam a ponte com a Medicina Geral e Familiar, não só no âmbito da formação, que me parece importante, mas também para a promoção de uma

“Há uma Rede de Referência Hospitalar para a Infeção por VIH que também tarda em ser implementada e que é preciso que o seja”, adverte o infeciologista.

estreita colaboração bidirecional no acompanhamento dos doentes.”

“Temos os casos que estão na comunidade e que precisam de ser internados e os que, ocupando camas hospitalares, podem ser perfeitamente acompanhados, a partir de determinado momento, no ambulatório.

Mandato como presidente da SPDIMC terminará em meados de 2021

A história da SPDIMC começa em maio de 1978, com a criação da Sociedade Portuguesa de Doenças Infecciosas, em Coimbra, por iniciativa de Rui Carrington da Costa. A escritura pública dos primeiros estatutos aconteceu em 1990 e o registo da Sociedade ocorreu em 2000. Em 2004, passou a designar-se Sociedade Portuguesa de Doenças Infecciosas e Microbiologia Clínica. Fernando Maltez já tinha exer-

cido vários cargos na Direção da SPDIMC antes de tomar posse como seu presidente, no final de 2017. O mandato de 4 anos terminará em meados de 2021.

A SPDIMC tem tido uma relação de grande proximidade com a Sociedade Europeia de Microbiologia Clínica e Doenças Infecciosas e com a Sociedade Brasileira de Infetologia. Tem um pouco mais de 400 associados, a grande maioria infeciologistas.

Tem que haver aqui uma ligação bem oleada”, adverte o infeciologista.

É igualmente necessário, na sua opinião, que se amplie o número de hospitais que disponham de um Serviço de Doenças Infecciosas, contemplando, desde logo, unidades do interior, de norte a sul do país. Aliás, estes e outros aspetos estão perfeitamente caracterizados num documento produzido, em 2017, por um grupo de trabalho coordenado por Fernando Maltez que visa a criação de uma Rede de Referência Hospitalar de Infeciologia.

“A nossa proposta foi aprovada pelo Ministério da Saúde. É uma questão de a implementar, de modo a otimizar a capacidade instalada que temos”, diz.

Covid-19: o envolvimento da Infeciologia

O presidente da SPDIMC faz questão de sublinhar que “a Infecio-

FERNANDO MALTEZ

Internista e infeciologista

Fernando Maltez nasceu em casa, no n.º 350 da Estrada de Benfca, em Lisboa, no dia 7 de fevereiro de 1955. Revelou-se um bom aluno logo na Escola Primária. Haveria de frequentar depois o Liceu Camões, antes de entrar na FMUL, para estudar Medicina. Admite que o facto de o pai ser enfermeiro o tenha influenciado na escolha do seu futuro profissional. Entrou no Hospital de Curry Cabral em 1981 e ali se mantém, sendo diretor do Serviço de Doenças Infecciosas do agora Centro Hospitalar e Universitário Lisboa Central.

“Eu tinha que poder tratar tudo!”, exclama Fernando Maltez, justificando assim a sua opção pela especialidade de Medicina Interna. Cumprido o internato no Curry e fez Banco em São José durante muitos anos, até abrir a Urgência no Curry Cabral. Nessa altura já era especialista no então Serviço de Medicina e Doenças Infecciosas.

A cisão das duas áreas, e a consequente criação do Serviço de Doenças Infecciosas, viria a acontecer em 2004, quando Fernando Maltez já era infeciologista e acumulava experiência, por exemplo, no acompanhamento das pessoas com VIH. Aliás, estivera particularmente envolvido na criação da primeira consulta de imunodeficiência adquirida pela infeção com este vírus. Assumiu então a direção desse novo Serviço.

Dedicado a 100% ao hospital a que está ligado há quatro décadas (desenvolveu atividade privada apenas nos dois primeiros anos como médico), afirma que não tenciona continuar a trabalhar após os 70 anos. “Depois vou ler. Gosto muito de ler. Leio de tudo!”, diz, prosseguindo:

“Todos os dias leio alguma coisa da parte médica. Estudo durante 2 ou 3 horas. Aos sábados e domingos, agora, alívio mais, mas toda a minha vida sempre me conheci a sair daqui pelas 17 horas e a ir para casa estudar até à hora do jantar.

De início, fazia-o, certamente, por necessidade. Agora, admito que o faça por necessidade e vício. Mas a verdade é que temos uma profissão que nos obriga a estudar diariamente, para estarmos atualizados.”



“Cada doente é um doente, e todos nos trazem um desafio qualquer. Muitos não nos deixam dormir, levantam preocupações...”, reconhece o médico.

Casado com uma enfermeira que exerce na área das doenças infecciosas da Pediatria de Santa Maria (CHULN), Fernando Maltez tem 3 netos, entre os 2 e os 5 anos. Quanto aos seus 5 filhos, nenhum quis seguir Medicina!

“Todos os serviços de Doenças Infecciosas do país estão envolvidos na luta contra a covid-19”, sublinha Fernando Maltez.

Pode ser uma fibrilhação auricular, uma insuficiência cardíaca ou uma miocardiopatia, devendo ser vista como uma questão da Cardiologia, ou uma úlcera péptica da responsabilidade da Gastroenterologia”, afirma.

O nosso interlocutor considera que “vivemos uma situação de tal gravidade que devemos estar unidos e colaborantes uns com os outros, de modo a minimizar os danos causados pela pandemia. Temos um interesse comum, um objetivo que partilhamos, que é tratar os doentes, minimizando os danos colaterais e a mortalidade”.

JOSÉ VERA, COORDENADOR DO NÚCLEO DE ESTUDOS DA DOENÇA VIH DA SOCIEDADE PORTUGUESA DE MEDICINA INTERNA:

“É fundamental criar unidades de ambulatório para receber as pessoas com VIH”

A PROPÓSITO DO 20.º ANIVERSÁRIO DO NÚCLEO DE ESTUDOS DA DOENÇA VIH DA SPMI, QUE SE ASSINALA EM 2020, A *JUST NEWS* FOI CONVERSAR COM O INTERNISTA JOSÉ VERA, UM DOS SEUS FUNDADORES E ATUAL COORDENADOR. O MÉDICO PARTILHOU O SEU IDEAL DE SEREM CRIADAS UNIDADES DE AMBULATÓRIO COM EQUIPAS AUTÓNOMAS, PRONTAS A RESPONDER ÀS MÚLTIPLAS CARÊNCIAS DA PESSOA COM INFEÇÃO POR VIH.



José Vera: “Temos que apostar no diagnóstico atempado e no tratamento precoce de complicações para que esta população possa ter uma esperança de vida alargada e o mais saudável possível”

Após mais de 25 anos de dedicação aos doentes com infeção pelo VIH, José Vera salienta que o número de casos provenientes da toxicodependência tem vindo a diminuir, ao contrário dos originados por contacto sexual. Note-se que a transmissão por via endovenosa mantém-se abaixo dos 2% a nível nacional.

“Esta alteração levou a que a idade média das pessoas com infeção por VIH tenha aumentado significativamente”, explica o médico. Ao mesmo tempo, “a eficácia da terapêutica atual conduziu ao aumento da esperança de vida, pelo que, hoje, o desafio é termos os doentes com infeção controlada, mas com várias copatologias que, a não serem tratadas devida e atempadamente, não irão beneficiar desse aumento de sobrevida”.

“O VIH é um exemplo de como a história natural de uma doença se pode alterar em pouco anos”, considera José Vera.

Se inicialmente a monoterapia e a biterapia eram as formas de tratamento possíveis, mas pouco eficazes, o especialista destaca que rapida-

mente se avançou para a terapia tripla. E hoje orgulha-se de afirmar que “há uma maior eficácia e simplicidade de tomas e uma diminuição dos efeitos secundários”. No entanto, é preciso “assegurar que os doentes continuam a aderir às consultas, aos exames complementares e à medicação”, ressalva.

Esta conjugação de complicações cada vez mais precoces, nomeadamente, a nível cardiovascular, metabólico e pulmonar, aliada a uma população com francas carências socioeconómicas e instabilidade laboral, “torna impossível a dispersão destes doentes por várias consultas, que representam, consequentemente, um aumento dos custos indiretos em saúde, uma maior duplicação de exames complementares e ainda um cenário de polifarmácia”.

Este é um panorama que José Vera afirma ser comum a todas as doenças sistémicas. A sua complexidade e especificidade requer, na sua ótica, “uma dedicação e competência técnica especial por parte dos profissionais de saúde, tanto da equipa médica como de enfermagem, aliada a diferentes condições de organização do trabalho”. Nesse sentido, o especialista salienta que “o surgimento de unidades de tratamento em ambulatório, com equipas dedicadas e de fácil acessibilidade para o doente que necessita de cuidados não programados deveria ser uma nova faceta a adicionar à tradicional e desatualizada orgânica hospitalar do ‘internamento – urgência – consulta externa’”.

O internista defende ainda a aposta na formação, de forma a garantir que “o especialista é polivalente e consegue dar resposta

O especialista antevê que, “daqui a 10 anos, mais de metade dos doentes terá uma idade superior a 60 anos”.

às comorbilidades, pelo menos até um determinado nível de complexidade”. Ao mesmo tempo, “é importante criar vias verdes dentro da instituição, de forma a referenciar os doentes com alguma rapidez para as especialidades onde existe um maior conhecimento específico, quando a situação está agrava-

da”. Este investimento permitiria “garantir um melhor seguimento aos doentes crónicos, evitando os internamentos e as situações de urgência”.

Curso Intensivo de Infeção e Doença VIH aberto a todas as especialidades

Os anos de 2018 e de 2019 ficaram marcados pela realização de seis reuniões temáticas dedicadas a patologias específicas, com um objetivo: “Não se pensar unicamente na carga viral e na imunidade, mas também olhar para o doente enquanto detentor de comorbilidades que, se não forem detetadas e prevenidas, causarão complicações precoces e condicionarão uma atuação que seria eficaz.”

“É crucial colocar o diagnóstico do VIH como uma prioridade de atuação da MGF, integrado na contratualização”, afirma o internista.

Na sequência destes encontros, o NEDVIH organizou, entre os dias 24 e 27 de setembro, o 1.º Curso Intensivo de Infeção e Doença VIH, com o objetivo de “reunir, num curto espaço de tempo, num local acessível, um número limitado de especialistas, para que pudessem trocar ideias e aumentar os seus conhecimentos relativamente à infeção VIH”.

O internista salienta a necessidade de “reforçar e alargar a comunidade que se dedica ao VIH a outras especialidades, nomeadamente à MGF, no sentido de investir no diagnóstico precoce da infeção”. Isto tendo em conta que mais de metade destes doentes é diagnosticada tardiamente e que grande parte corre o risco de morrer durante o primeiro ano de tratamento. Por outro lado, “há alguns campos que poderiam ser assegurados pela MGF, como o da prevenção pré-exposição”.

José Vera identifica ainda a necessidade de “formar aqueles que estão na linha da frente, quer no SU como no Internamento, a fim de, da mesma maneira que requisitam exames ao colesterol e à glicemia, solicitar o teste serológico para as doenças infecciosas”. Por esse motivo, este curso intensivo foi alargado a outras especialidades, para além da MI.

Dado o rápido preenchimento das vagas e o sucesso do Curso, o objetivo é “mantê-lo com periodicidade anual, procurando melhorar a cada edição”, avança José Vera, salientando que “é necessário alargar o seu âmbito, por exemplo, à temática da grávida, e garantir a presença de especialistas internacionalmente reconhecidos”.

Pandemia de covid-19 impulsionou disponibilização adequada de medicação

José Vera frisa que “as pessoas com infeção por VIH não têm um fator de risco acrescido em caso

de infeção pelo SARS-CoV-2. Têm sim aqueles doentes não controlados detentores de imunodeficiências ou aqueles que possuem comorbilidades, como a obesidade, a diabetes e a doença pulmonar”.

Esta pandemia, na sua opinião, trouxe um aspeto positivo a estes doentes, dado que “veio forçar os hospitais a cumprir a lei que os obriga a disponibilizar a medicação para três meses”, algo que até então não era

respeitado por muitas instituições:

“Havia um controlo desadequado do *stock* de medicação, que chegava ao ponto de existir uma disponibilização semanal, o que é incomportável.”

JOSÉ VERA

A dedicação ao VIH

Natural de Lisboa, José Vera, 67 anos, estudou na FMUL e especializou-se em Medicina Interna no Hospital de Cascais. E tal aconteceu pelo “gosto de procurar conexões entre as doenças e de fazer Urgência”.

Com o aparecimento do VIH, na década de 80, e a falta de capacidade de resposta dos hospitais que centralizavam estes doentes, o médico começou a receber doentes da área de influência do seu hospital. “Inaugurámos a consulta em 1994 e depressa passámos de 34 casos para 200, três anos depois, e para 1000, oito anos mais tarde”, revela.

Além da dimensão da consulta, havia a questão das problemáticas inerentes, a nível da toxicodependência, o que levou o internista a realizar, no Centro das Taipas, um estágio dedicado à temática.

No Hospital de Cascais, assumiu a função de coordenador da Unidade de Tratamento de VIH/sida entre 1995 e 2013. Atualmente, desenvolve atividade enquanto internista no CH Barreiro/Montijo.



José Vera já tinha sido eleito coordenador do NEDVIH da SPMI para o biênio 2006/2008 e tornou a sê-lo novamente para o período 2019/2020. O adiamento da reunião do Núcleo, agora agendado para novembro de 2021, em virtude da pandemia de covid-19, levará a que se mantenha em funções até essa data, altura em que serão realizadas eleições que determinarão quem será o próximo coordenador.

FAUSTO PINTO ASSUME A 1 DE JANEIRO A PRESIDÊNCIA DA WORLD HEART FEDERATION, DANDO CONTINUIDADE A UM OBJETIVO PRIORITÁRIO:

“Desenvolver estratégias para minorar o impacto das doenças cardiovasculares”

PELA PRIMEIRA VEZ NA HISTÓRIA DA WHF, QUE TEM MAIS DE 40 ANOS, O PRESIDENTE VAI SER UM PORTUGUÊS, O CARDIOLOGISTA FAUSTO PINTO.

Há 2 anos que se sabe que o diretor do Serviço de Cardiologia do Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte – e do próprio Departamento de Coração e Vasos em que aquele está inserido – vai ser o 22.º presidente da WHF. Tal como muitas outras entidades, também a Federação Mundial do Coração tem a figura de presidente eleito, o que permite que o seu responsável máximo possa acompanhar mais de perto o dia-a-dia da instituição durante os 2 anos de mandato do seu antecessor.

Na realidade, Fausto Pinto já conhecia razoavelmente bem o funcionamento da WHF porque, enquanto presidente da European Society of Cardiology, cargo que desempenhou entre 2014 e 2016, integrou a sua Direção, como representante da ESC, um dos membros estratégicos da Federação.

Incentivado a concorrer por um grupo de colegas, o processo decorreu de acordo com o definido nos estatutos daquela organização, isto é, um denominado Comité de Nomeações fez a avaliação e aprovou a candidatura. A sua e a de um cardiologista dos Emirados Árabes Unidos. O resultado das eleições não deixou margem para dúvidas, conseguindo 80% dos votos.

Sucedendo à sul-africana Ka-



Fausto Pinto: “A WHF tem uma atividade sobretudo facilitadora de alguma intervenção na área das DCV”

ren Sliwa, Fausto Pinto inicia o seu mandato no dia 1 de janeiro, assumindo um cargo que já foi ocupado por cardiologistas de diversas partes do mundo, os últimos dos quais foram: David Wood (Reino Unido), Salim Yusuf (Canadá), Srinath Reddy (Índia) e Sidney C. Smith Jr. (EUA).

Para além de ser o primeiro português a presidir à Federação Mundial do Coração, o especialista do CHULN é apenas o segundo ex-presidente da Sociedade Europeia de Cardiologia a ocupar esse cargo, tendo o anterior sido o inglês Poole-Wilson.

A WHF é uma organização não-governamental com sede em Ge-

Fausto Pinto considera a Federação Mundial do Coração “uma espécie de Nações Unidas da área cardiovascular”.

nebra, na Suíça. Foi constituída em 1978, tendo resultado da fusão da International Society of Cardiology (ISC) com a International Cardiology

Federation (ICF). Foi-lhe dado, na altura, o nome de International Society and Federation of Cardiology (ISFC). Viria a adoptar a atual designação em 1998.

Sensibilizar também os decisores políticos

Reconhecida pela Organização Mundial de Saúde como o seu principal parceiro não-governamental na prevenção das doenças cardiovasculares, metade dos membros da Federação Mundial do Coração são sociedades científicas como a ESC, na Europa, ou a American Heart Association e o American College of

Cardiology, nos EUA. Mas sociedades similares no Japão, na China, em África ou na América do Sul integram igualmente a WHF.

Fausto Pinto esclarece que a instituição a que agora vai presidir “tem como objetivos principais a promoção de estilos de vida saudáveis a nível global e apoiar a investigação e o desenvolvimento de estratégias para minorar o impacto das doenças cardiovasculares, que continuam a ser a causa número um de mortalidade e morbilidade”. E acrescenta que o faz “em estreita relação com a OMS e funcionando através dos seus próprios membros”.

Pretende-se dar uma atenção especial aos países de baixo rendimento, ou até mesmo de rendimento intermédio, “no sentido de a WHF poder ser uma plataforma para tornar mais visíveis os programas relacionados com a prevenção das doenças cardiovasculares nesses locais”.

Sensibilizar as populações, por um lado, mas também os decisores políticos, por outro, é uma missão que a Federação já vem levando a cabo. Fausto Pinto cita o exemplo do envolvimento do presidente do Uruguai na luta contra o tabagismo: “Foi dos primeiros países a tomar medidas nessa matéria e já apresenta resultados concretos no que respeita à redução do número de enfartes do miocárdio ou dos casos de insuficiência cardíaca, por exemplo.”

“Não podemos descurar a formação dos futuros médicos”

“A formação médica não pode parar!”, adverte Fausto Pinto, que é diretor da FMUL desde 2015. “Na preparação do novo ano letivo, planificámos as coisas de maneira a permitir, desde logo, que houvesse aulas práticas, aulas com contacto com o doente, porque isso é fundamental para a formação médica”, afirma.

“Não podemos descurar a formação dos futuros médicos. Esta é, aliás, uma oportunidade única do ponto de vista formativo, porque os alunos estão a ser treinados num ambiente em que é importante que o sejam, até porque a situação que estamos a viver pode muito bem voltar a repetir-se”, considera Fausto Pinto.

O diretor da FMUL esclarece: “Temos um sistema híbrido, em que a parte teórica é dada remotamente, mas a componente prática é assegurada presencialmente. E tem que continuar a ser assim.”

HOMENAGEM A FAUSTO PINTO EM MÊS DE ANIVERSÁRIO

Sócio honorário da Sociedade Brasileira de Cardiologia

A *Just News* conversou com Fausto Pinto no dia 12 de novembro, uma semana antes de viajar para o Brasil, nove meses depois da sua última deslocação ao estrangeiro. Admite que só mesmo um motivo muito forte o levaria a fazer uma viagem destas em tempo de pandemia.

“É para mim uma grande honra receber este título”, reconhece, referindo-se à homenagem que a Sociedade Brasileira de Cardiologia resolveu prestar-lhe, considerando-o seu sócio honorário, em cerimónia realizada no âmbito do 75.º Congresso organizado pela SBC.

“É uma reunião virtual, mas vai ter um pequeno núcleo presencial e

vão-me considerar sócio honorário, que é uma honra para mim mas, penso eu, também para a Cardiologia nacional. Receberei a distinção das mãos do presidente da SBC, com a qual temos uma excelente relação”, afirmou, na altura, Fausto Pinto, que também é membro da Académia Nacional de Medicina do Brasil.

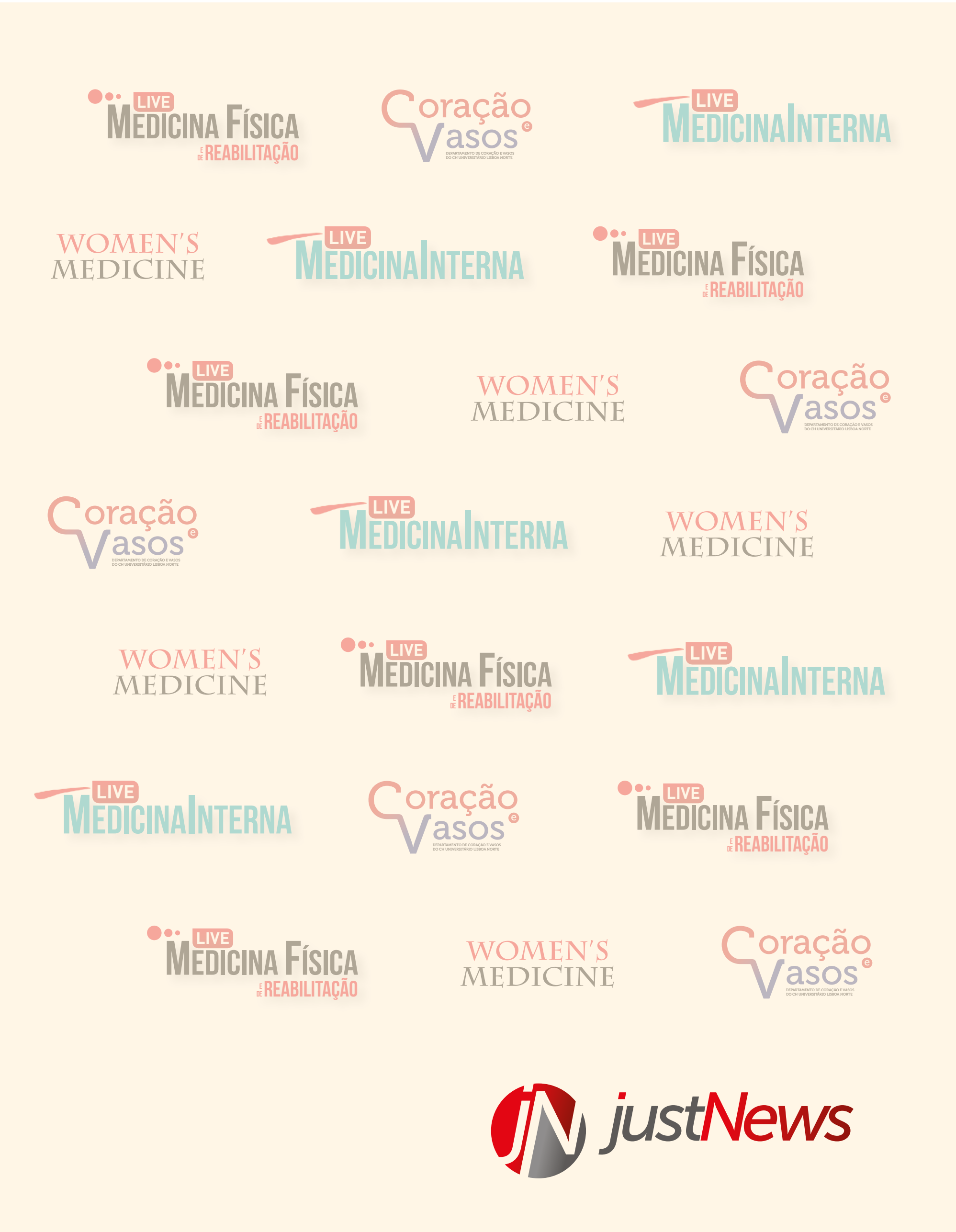
A distinção acontece no mês em que o médico celebra o seu 60.º aniversário – nasceu a 3 de novembro de 1960, em Santarém –, admitindo que, “quando se vive muito intensamente, por vezes, não damos bem pelo tempo passar”.

Em jeito de balanço, Fausto Pinto reconhece: “Tenho sido um privile-

giado, cumpri muitos dos objetivos que tinha.”

E mais: “Nada funciona se não for em equipa – tenho tido a felicidade de encontrar muita gente, ao longo da minha vida, que contribuiu para que eu pudesse alcançar esses resultados; ter boas equipas, pessoas que nos possam ajudar a cumprir os nossos objetivos, é fundamental, quer em termos profissionais, quer pessoais.”

E ainda: “Já transpus muitas barreiras – fico feliz quando olho para trás e vejo que atingi tantos objetivos que poucos conseguem... o que me dá outra responsabilidade, mas também me permite fazer outras coisas, o que tem sido bastante gratificante.”



A EXPERIÊNCIA COM O SONHO E O SCLÍNICO NO IPO DE COIMBRA

Informação integrada do doente melhora prestação de cuidados

REVOLUÇÃO DIGITAL, ACESSIBILIDADE E INTEROPERABILIDADE SÃO AS PALAVRAS DE ORDEM DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DO IPO DE COIMBRA, DESDE QUE VIRAM IMPLEMENTADO NA INSTITUIÇÃO O SISTEMA DE INFORMAÇÃO SONHO V2 / SCLÍNICO.

Exatamente no dia 25 de setembro, Dia Mundial do Sonho, a *Just News* foi conhecer os rostos de várias equipas que há um ano “vestiram a camisola” por um projeto que reconhecem ter potenciado uma melhoria da prestação de cuidados.

“Hoje, conseguimos ter uma visão integrada do doente, independentemente do nível de cuidados e da entidade hospitalar”, explica Ana Pais, médica oncologista e diretora clínica do IPO de Coimbra, referindo que a implementação do atual sistema de informação configurou um passo fundamental na comunicação com as estruturas do SNS. “Apesar de ser ‘um fato à medida’, o nosso anterior sistema de informação, apenas partilhado com o Centro Hospitalar de Leiria, não comunicava, e nós estamos na era da comunicação!”, salienta.

Rosário Reis, vogal do Conselho de Administração, reconhece igualmente as mais-valias trazidas pela Suite Hospitalar, permitindo a todas as unidades hospitalares “partilhar a mesma linguagem e os mesmos registos, homogeneizando a informação a nível nacional”. Em termos de produção, afirma que se assistiu a uma evolução positiva, nomeadamente do índice de case-mix, que distingue a diferenciação dos hospitais, com “um aumento de 2% face a 2019 e de 6% face a 2018, motivado pela facilitação dos registos”.

Também o aumento do número de doentes classificados no índice de severidade maior (18%) e extremo (32%), na sua opinião, “não significa que os doentes tenham agravado

a sua condição, mas sim que conseguimos evidenciar melhor aquilo que fazemos”. Assume que “estamos a registar mais e melhor”, fruto das vantagens destes sistemas de informação, que “digitalizam e uniformizam procedimentos e permitem que os profissionais acedam mais facilmente à informação”.

Coordenadora da implementação do SCLínico no setor da enfermagem, Soledade Neves, que trabalha na instituição há cerca de 40 anos, afirma que, “embora esta mudança obrigue a algum dispêndio de tempo por parte da equipa de enfermagem, sem dúvida que em termos de tomada de decisão de prestação de cuidados é facilitadora, porque a informação do doente está agora toda concentrada”.

Uma vez que, ao nível dos internamentos, a equipa de enfermagem já utilizava uma anterior aplicação da SPMS – o SAPE –, a enfermeira refere que a maior transformação se deu ao nível do ambulatório. Elaborados em



Rosário Reis, denotando que, neste momento, “a acessibilidade à informação é total e imediata”.

Na circunstância pandémica do momento, o atual sistema de informação veio permitir “uma capacidade de adaptação sem precedentes”,

de atividade, conseguimos saber a produção reportada no dia de ontem – número de consultas realizadas, doentes atendidos, especialidades com maior número de consultas, tipo de consulta ou número de camas ocupadas”, avalia Rosário Reis.



Equipa que coordenou a implementação do Sonho v2 / SCLínico: Soledade Neves, Pedro Couceiro, Ana Pais e Rosário Reis

papel, todos os registos passaram a ser eletrónicos, permitindo “integrar a informação do doente, não só ao nível da enfermagem, mas de todos os profissionais que efetuam registos no processo clínico” e, assim, “agilizar os atos do doente na estrutura hospitalar”.

“Procuramos que o doente, no mesmo dia, seja atendido em várias especialidades”, afirma Soledade Neves, salientando que tal implicava, em termos de papel, que o processo tivesse de acompanhar o doente entre os vários edifícios. “Muitas vezes, dava-se o caso de o doente entrar na consulta antes do processo!”, reforça

observa a vogal do CA, destacando que “se a pandemia tivesse surgido um ano antes, não teríamos conseguido registar a mesma produção”. De facto, se no anterior sistema era necessário “solicitar diversos códigos de produção”, o processo é hoje facilitado, bastando, por exemplo, “registar que o ato médico configurou o tipo de consulta sem presença do utente”.

Além das vantagens inegáveis desta Suite Hospitalar, Rosário Reis e Ana Pais expressam ainda a satisfação pelo facto de este sistema ter possibilitado a utilização do BI Hospitalar. “Face a cada uma das grandes linhas

“O BI Hospitalar é o resultado puro dos registos, que nos permite em tempo real avaliar qual é a produtividade e eficiência de cada médico e serviço”, observa Ana Pais, reforçando que tal monitorização não era possível com o sistema de informação cessante.

Uma mudança tecnológica que se estende a uma mudança de mentalidade

Implementado no dia 23 de setembro de 2019, Rosário Reis recorda que este projeto foi iniciado mais de um ano antes, procurando fazer

“O IPO de Coimbra pode orgulhar-se do espírito de equipa na construção de um caminho de informatização e digitalização que nos projeta para o futuro”, afirma Rosário Reis.

-se um “mapeamento de todas as funções da instituição, para canalizar a documentação e os registos clínicos, que tanto servem para fins médicos como administrativos”.

Apesar de estarem localizados em Coimbra, admite que “nem tudo foram rosas”, uma vez que “o período de formação aconteceu nas férias de verão, condicionando a participação dos recursos humanos, e não existia sequer conhecimento de base do Sonho v1, ao contrário do que acontecia com a maioria dos hospitais, que transitava facilmente para a versão 2”. É adianta: “Procurámos reunir com o IPO de Lisboa e com o CHUC, que já utilizavam este sistema, para podermos reter os seus conhecimentos e dificuldades.”

Recuando até ao fim de semana da migração dos dados — 21 e 22 de

rentes, agora, todos reconhecem que mudámos para melhor”, sublinha.

Configuração do IPO implica necessidades próprias

“Se antes tínhamos um sistema customizado, hoje temos de nos adaptar à realidade nacional, e nem todas as nossas necessidades são consideradas relevantes na panóplia dos hospitais do SNS”, ressalva Rosário Reis.

Também Ana Pais levanta a mesma questão: “Ganhámos na integração, mas ainda há um caminho a percorrer em termos de IPO”, reconhecendo que “este sistema não está completamente moldado à nossa perspetiva de trabalho multidisciplinar, focando-se muito no episódio do doente e não na pessoa como um todo”.

A constituição de uma versão para os IPO é algo que a diretora clínica afirma estar a ser desenvolvido pelos SPMS, visando “constituir algumas

valências que venham ao encontro das necessidades”. E exemplifica: “Já existiu uma evolução no sentido de conseguirmos entrar no processo do doente e termos uma perspetiva temporal, o que para nós é muito importante, ao trabalharmos com datas ótimas e percursos dos utentes”, observa. No entanto, “as reuniões de decisão terapêutica são algo que não conseguimos verter nesta perspetiva.”

Suite Hospitalar alavanca projetos futuros

Reconhecendo que a instituição também tem um papel ativo em termos evolutivos, Pedro Couceiro afirma que o seu Serviço tem procurado “dotar algumas especialidades que detenham *softwares* mais antigos com novas funcionalidades, nomeadamente ao nível da imagem médica”.

Neste campo, o engenheiro informático afirma terem em vista a criação de “um sistema que anteceda

a avaliação da imagem por parte do médico, e procure analisar padrões, de forma a prever quais os casos prioritários e ordenar as listas”.

Potenciada pela pandemia de covid-19, o diretor do Serviço de Gestão de Sistemas de Informação afirma que existe também um grande foco de trabalho na telemedicina. “Pretendemos implementar um sistema em que o doente possa fazer o registo diário de dados clínicos, servindo-se de sensores de peso, temperatura ou tensão arterial, e, caso haja uma variação anormal, o médico é notificado e atua”, adianta, especificando que desta forma é não só possível “reduzir o esforço das agendas, mas também o tempo de deslocações dos doentes para consultas de rotina e diminuir o gasto financeiro das duas partes”.

Em paralelo, afirma estarem também a “desenvolver esforços para, no prazo de um ano, terem uma solução de hospitalização domiciliária, que privilegie o acompanhamento remoto”.

MARGARIDA ORNELAS, PRESIDENTE DO CA DO IPO DE COIMBRA:

“A implementação do atual sistema de informação potenciou uma melhor prestação de cuidados”

“A implementação do SONHO e do SCLínico permitiu que alinhássemos com a estratégia de informação do SNS”, afirma Margarida Ornelas, frisando que “a grande mais-valia é a integração da informação clínica, de uma forma organizada, segura e fiável”, a que se soma a “maior interoperabilidade, o trabalho em rede e a acessibilidade à informação dentro e fora da instituição hospitalar”.

Para a presidente do CA do IPO de Coimbra, volvido um ano, é tempo de “prestar o justo reconhecimento aos nossos profissionais”, pelo mérito e empenho de todos num projeto que “potenciou uma melhor prestação de cuidados aos doentes, que é a nossa principal missão”.



Iniciado um processo de autêntica revolução digital, Margarida Ornelas refere que “a perspetiva da instituição é de modernidade e de estar sempre um passo à frente”, o que, para o futuro, se traduz numa “perspetiva de melhoria contínua”.

A resistência à mudança foi rapidamente ultrapassada com os resultados positivos.



SERVIÇO DE CIRURGIA PLÁSTICA, RECONSTRUTIVA, CRANIOMAXILOFACIAL, MÃO E UNIDADE DE MICROCIURGIA DO CHVNG/E

Com acreditação europeia e múltiplas áreas de diferenciação, tem disponível uma Via Verde de Reimplantes inédita no país

FUNDADO HÁ DUAS DÉCADAS PELAS MÃOS DE HORÁCIO COSTA, QUE AINDA HOJE O DIRIGE, SÃO AS MÚLTIPLAS ÁREAS DE DIFERENCIAÇÃO, ALIADAS À SUA ACREDITAÇÃO EUROPEIA E À COMPONENTE FORMATIVA, QUE CONTRIBUEM PARA O RECONHECIMENTO DESTA ESTRUTURA A NÍVEL NACIONAL E INTERNACIONAL. NESTA REPORTAGEM, REALIZADA EM MEADOS DE OUTUBRO, DESVENDAMOS AS ORIGENS DO SERVIÇO, APRESENTAMOS AS SUAS VALÊNCIAS, CONTAMOS COMO FOI A REAÇÃO À PANDEMIA DE COVID-19 E DAMOS A CONHECER O PERFIL DE ALGUNS DOS SEUS PROFISSIONAIS.

O Serviço de Cirurgia Plástica, Reconstructiva, Craniomaxilofacial, Mão e Unidade de Microcirurgia do CH Vila Nova de Gaia / Espinho é o único em Portugal a disponibilizar uma Via Verde de Reimplantes, pronta a dar resposta a situações de amputação. Integra um Centro de Trauma de nível 1, assegurando uma resposta urgente, 24 horas por dia, com a presença de um especialista e de um interno.

“Temos cenários de indivíduos que sofrem acidentes na A1 e que são encaminhados para este CH porque conseguimos, com a Cirurgia Geral, tratar um fígado roto; com a Cirurgia Plástica, dar resposta a um esfacelo da face; ou, com a Neurocirurgia, corrigir uma fratura do crânio”, afirma Horácio Costa.

Recuando no tempo, este responsável recorda-se de ter chegado em setembro de 1999 ao Hospital Eduardo Santos Silva — outrora denominado Sanatório D. Manuel II, atual Unidade 1 do CHVNG/E —, para criar uma estrutura de raiz, que “só existia no papel”. “Começámos do zero, sem uma cadeira sequer para nos sentarmos”, observa. O Serviço seria inaugurado quatro meses depois, em janeiro de 2000, com a abertura do Bloco Operatório e a alocação de quatro camas. O seu núcleo base era constituído por mais duas especialistas — Cristina Cunha e Maria da Luz Barroso — que, 20 anos depois, continuam a acompanhar Horácio Costa.

Hoje, o cirurgião plástico e reconstitutivo orgulha-se de ter constituído um Serviço que conquistou a acreditação europeia e a idoneidade formativa. Contempla diversos grupos de trabalho, dedicados particularmente às áreas do conhecimento da cabeça e pescoço, craniomaxilofacial, reconstrução mamária, remodelação corporal e pós-bariátrica, plexo braquial, linfedema, cirurgia da mão, tumores de pele e úlceras de pressão, assim como ao tratamento de queimados.

Das situações mais prevalentes, destaca os tumores da cabeça e pescoço, as deformidades congénitas e de desenvolvimento do esqueleto da face, as reconstruções mamárias, as remodelações pós-bariátricas e os linfedemas”, enquanto a nível da Urgência são mais comuns os casos de “trauma de membros e da face e queimados, com destaque para os reimplantes”.

Respondendo a situações de origem patológica e traumática, é servida, desde logo, uma área de referência de cerca de um milhão de habitantes, número que Horácio Costa afirma não corresponder ao número de especialistas, que “devia ser o dobro do que é”. Apesar da lacuna, “a dedicação de cada elemento da equipa médica a uma ou mais áreas diferenciadas, a sua resiliência e a confiança no SNS” são os fatores que aponta como alavancadores do Serviço.

No Pavilhão Central da Unidade 1 do CHVNG/E, a equipa do Serviço divide-se entre o piso 1, onde se localiza o Internamento — que, partilhado com a Neurocirurgia, “flui entre 15 a 20 camas, consoante as necessidades” —, o piso 3, onde se situa o Bloco Operatório, e a Con-

Concretizando as obras da denominada fase C no CHVNG/E, o Serviço verá duplicado o número de camas e de horas de intervenção no Bloco Operatório.



sulta Externa, sem esquecer o Serviço de Urgência.

Horácio Costa afirma à *Just News* que se dedica maioritariamente à microcirurgia reconstructiva, uma técnica que pode ser aplicada para transplantar um dedo do pé para o polegar ou para reconstruir uma mandíbula. “São cirurgias que englobam a reparação da estrutura completa, dado que as perdas traumáticas ou oncológicas englobam quer as partes moles, quer o tecido ósseo”, refere, assinalando que “o resultado é gratificante”.

Cancro oral é “um dos ex-libris do Serviço”

Integrado na cirurgia craniomaxilofacial e na cirurgia de cabeça e pescoço, o médico salienta a relevância do tratamento do cancro oral. “É a menina dos meus olhos e um dos ex-libris do Serviço”, confessa, acres-

centando que esta área é “essencial para o doente que faz uma ressecção da bochecha, da mandíbula, do maxilar ou da língua e que, se não for reconstruída, não permite uma vida de qualidade”.

“Quando nos deparamos com um indivíduo que vai ver a língua amputada e perder a capacidade de falar e de mastigar e percebemos que conseguimos transplantar um músculo da perna para a boca, permitindo que ele fique com uma língua funcional, sentimos que o nosso trabalho vale a pena!”, exclama.

A área craniomaxilofacial é a que, inclusivamente, o diretor admite ter evoluído mais dentro do Serviço, dado o desenvolvimento da biomodelação tridimensional, que “veio permitir que se possa preparar previamente a cirurgia a nível computacional, com moldes de acrílico”. Este ano ficou, entretanto, marcado pela

aquisição de um novo microscópio operatório, viabilizando “cirurgias mais complexas, como sucede no caso do cancro oral e do linfedema”, e pelo surgimento de “técnicas menos traumáticas na área da reconstrução mamária”.

Se é no Hospital Eduardo Santos Silva que se dá resposta a este tipo de intervenções mais complexas, que exigem internamentos prolongados, é no Hospital Nossa Senhora da Ajuda, em Espinho, que são seguidos os doentes em ambulatório. Aquela que é a Unidade 3 do CHVNG/E dedica-se, por exemplo, aos tumores de pele, às queimaduras e cicatrizes, aos enxertos de pele e de gordura, entre outros e a tempos cirúrgicos complementares.

Das milhares de intervenções que ali já se realizaram, Horácio Costa guarda com especial orgulho o caso de uma menina de cinco anos que “podia ficar internada três me-



moles, expondo o esqueleto. No mesmo dia, foi transplantado um músculo das costas para a perna, com ligações vasculares, através de uma microcirurgia que demorou 12 horas. Uma semana depois, fez um enxerto de pele e na semana seguinte teve alta.”

Explicando que, posteriormente, foram feitas pequenas intervenções para correção das cicatrizes, o diretor diz-se orgulhoso por “a menina ser hoje uma adulta de 24 anos com um membro reconstruído, com algumas marcas, é certo, mas, acima de tudo, com capacidade de marcha”.

A sustentabilidade do Serviço está dependente da revitalização do SNS

Ciente da falta de rejuvenescimento do SNS e, concretamente, do seu Serviço, em que “mais de

metade dos profissionais tem uma idade superior a 50 anos e aqueles que estão a assegurar o Centro de Trauma têm entre 52 e 66 anos”, Horácio Costa defende que é determinante “lutar pelo serviço público, onde se fazem as cirurgias de maior complexidade e utilidade para o indivíduo e onde se espelha verdadeiramente o espírito de comunidade do país”.

Nesse sentido, no seu entender, seria determinante que os médicos recém-formados “investissem no SNS e contribuíssem para os serviços onde se formaram, particularmente no que respeita aos centros de Trauma, que, no caso do norte do país, só existem no CHVNG/E e no CH Universitário de São João”.

Desde que foi obtida a idoneidade formativa, em 2005, já foram

HORÁCIO COSTA, DIRETOR DO SERVIÇO
A formação e a intervenção em prol da Cirurgia Plástica



Horácio Costa nasceu há 66 anos, em Vila Nova de Gaia, cidade onde cresceu. De signo touro, é a ligação à terra que diz justificar o seu antigo desejo de ser engenheiro agrónomo, que dividia com o sonho da Medicina. O dia em que presenciou — tinha então 15 anos — o esmagamento da perna de um motociclista fê-lo tomar a decisão: “Foi um clique que aconteceu na minha vida, em que tive a sensação de que podia ajudar, mas não sabia como”.

Licenciado em Medicina pela FMUP, em 1977, iniciou imediatamente o percurso da docência naquela instituição, enquanto assistente de Anatomia Patológica, que assegurou durante oito anos. “Estive perto de ser anatomopatologista, porque tive uma relação muito forte com o Prof. Daniel Serrão, mas o que eu queria mesmo era ser cirurgião”, revela. Afirma, no entanto, que “a base de Anatomia Patológica é fundamental para a prática diária, especificamente para o diagnóstico e tratamento do cancro oral”.

Do seu percurso académico, guarda boas memórias dos quase três anos que passou na Universidade de Strathclyde, em Glasgow, entre 1986 e 1989, onde desenvolveu competências concretas nas áreas de cirurgia de cabeça e pescoço e microcirurgia. Concluiu a especialidade de Cirurgia Plástica, Reconstructiva e Estética em 1990 e a de Cirurgia Maxilofacial cinco anos depois.

A sua experiência profissional começou no Serviço de Cirurgia Plástica, Reconstructiva Estética e Queimados do Hospital de São João, onde permaneceu durante nove anos. Em 1999, fundou o Ser-

viço de Cirurgia Plástica, Reconstructiva, Craniomaxilofacial, Mão e Unidade de Microcirurgia no então Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia, e no ano seguinte fez a agregação em Medicina e Cirurgia na FMUP, onde tinha obtido o doutoramento em 1995. Estas graduações académicas permitiram-lhe ser, durante dez anos, catedrático de Cirurgia Plástica no ICBAS. Atualmente, é professor catedrático e investigador na Universidade de Aveiro, tendo a seu cargo vários doutorandos e projetos de investigação.

Pai de três filhos e avô de quatro netos, Horácio Costa dedica-se, nos tempos livres, à prática de rugby e canoagem e ainda à jardinagem, leitura e agricultura.

Enquanto secretário-geral da ESPRAS - European Society of Plastic, Reconstructive and Aesthetic Surgery no período 2018-2020, tem contribuído para a meta da Sociedade de “harmonizar o treino na Europa”, procurando “partilhar o mesmo currículo, permitindo o intercâmbio de formação europeia de internos”.

(Continua na pág. 26)

(Continuação da pág. 25)

formados no Serviço dirigido por Horácio Costa 11 especialistas, dos quais apenas três se mantiveram na instituição. “Estamos a cumprir com alta qualidade a nossa missão de formação pós-graduada de cirurgões plásticos reconstrutivos e estéticos e a esmagadora maioria dos especialistas obteve acreditação europeia”, refere.

E salienta ser “absolutamente necessário que os vindouros apresentem um retorno sobre o investimento feito pelos serviços, sob pena de um dia não existirem recursos humanos diferenciados no SNS para a formação ou para a prestação destes cuidados diferenciados”.

“É fundamental que os recém-especialistas tenham um vínculo obrigatório ao SNS durante um período de tempo”, sublinha Horácio Costa.

Covid-19: “Ficámos sem um espaço físico durante 4 meses”

Com o surgir da pandemia de covid-19, a atividade de rotina diminuiu, com o adiamento das cirurgias menos prioritárias e a perda das camas de internamento. No entanto, os casos prioritários não foram descurados: “Durante esta fase, mesmo sem um espaço físico atribuído, es-

SUSANA COUTO FERREIRA, ASSESSORA DA DIREÇÃO DO SERVIÇO:

“Não há nada que não passe pelas minhas mãos”

Com uma base académica na área da Educação, Susana Couto Ferreira, 39 anos, foi durante largos anos professora de Português e Inglês num colégio privado. Após realizar uma pós-graduação em Gestão Avançada de Sistemas de Saúde, a profissional, natural de Cantanhede, decidiu, em 2012, aceitar o desafio de integrar o secretariado da Direção do Serviço, onde poderia “trabalhar num contexto mais académico, a nível de investigação”, mantendo a vertente do ensino à noite.

Nos primeiros tempos, o seu trabalho consistia em fazer a revisão linguística do grande número de artigos publicados anualmente em revistas nacionais e estrangeiras. Susana Couto Ferreira refere ter rapidamente acumulado essa função com a organização académica dos internos, em termos de estágios, a abordagem estatística do Serviço e a sua recertificação europeia, identificando que “não há nada respeitante ao mesmo que não passe pelas minhas mãos”.

O Serviço vai organizar, em outubro de 2022, o congresso quadrienal da ESPRAS.



Elementos do Serviço de Cirurgia Plástica, Reconstrutiva, Craniomaxilofacial, Mão e Unidade de Microcirurgia do CHVNG/E

forçámo-nos por manter os doentes oncológicos dentro das janelas terapêuticas, mantivemos a resposta ao nível da Urgência e continuámos a dar resposta ao tratamento do trauma.”

Aquando desta reportagem, realizada em meados de outubro, Horácio Costa afirmava estar a ser “retomada a normalidade, em termos de espaço e de funções”. E defendendo que “a covid-19 não deve interferir com o tratamento dos outros doen-

tes, tendo, sim, de existir uma adequada alocação de recursos nas áreas médicas”.

Cláudia Vieira, enfermeira em funções de chefia: “O doente nunca mais nos esquece”

Cláudia Vieira foi uma das muitas enfermeiras chamadas, na primeira fase da pandemia, para acompanhar os doentes covid-19. Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, natu-

Diariamente, dedica-se à defesa da segurança e da qualidade dos cuidados de enfermagem, realizando uma gestão operacional centrada no cidadão e na obtenção de resultados em saúde. Mas a atividade assistencial não ficou para trás: “Sempre que há necessidade, eu estou lá”, afirma, destacando que a área craniomaxilofacial é a que mais a apaixonou.

Muitas vezes, “há um processo de recuperação longo, em que o doente tem de reaprender a respirar, a falar,

ral de Vila Nova de Gaia e com 47 anos (que fez no dia em que falou com a *Just News*), assume que a decisão de ser enfermeira foi uma segunda escolha, mas rapidamente conquistou o primeiro lugar no seu coração: “Apaixonei-me pela profissão, pela arte de cuidar e nunca mais quis ser médica.”



Cláudia Vieira

Há 25 anos que está no CHVNG/E, onde começou a trabalhar logo que terminou o curso, em 1995 – quando o CH nem sequer existia como tal –, primeiro na Cirurgia Geral e só depois na Cirurgia Plástica. Procurando uma atualização constante, fez a especialização já referida e, posteriormente, o mestrado em Enfermagem e pós-graduações em Administração e Gestão de Serviços de Saúde e Gestão da Qualidade em Saúde, o que lhe permitiu, há 2 anos, aceder ao cargo de enfermeira em funções de chefia.

Partilhando o Internamento (36 camas) com a Neurocirurgia, Cláudia Vieira revela que uma das maiores ambições do Serviço é “ganhar um espaço autónomo e aumentar as equipas de enfermeiros e de assistentes operacionais para dar resposta às necessidades cada vez mais complexas dos doentes e ao aumento da procura de cuidados especializados”.

“Todo o processo de ajudar o doente a recuperar as suas funções e a gostar da sua nova imagem é apaixonante”, salienta Cláudia Vieira.

a comer e a deglutir, o que faz com que nunca mais se esqueça de nós”, observa.

Leonor Rios: “A Via Verde de Reimplantes é decisiva para a restituição do órgão”

Leonor Rios, nascida há 39 anos no Hospital Comendador Manuel Moreira de Barros, que é hoje a Unidade 2 do CHVNG/E, é uma das especialistas que asseguram a Via Verde de Reimplantes. Se houve períodos em que este Serviço disponibilizava a única via verde do país, prestando apoio a doentes de norte a sul, a situação pandémica atual obrigou a restringir essa valência à área de influência do hospital.

Idealmente a funcionar 24 horas por dia, sete dias por semana, a profissional refere que esta Via Verde “é fundamental para os doentes com amputação de membro, em que o tempo é decisivo para a sobrevivência e restituição da integridade anatómica do órgão”.

Dedicando-se particularmente ao reimplante do membro superior, Leonor Rios afirma que são os microrreimplantes as intervenções mais comuns, resultantes de “cortes que vão dos segmentos distais à articulação do punho de pessoas que traba-



lham com máquinas”.

Estas são intervenções que exigem um “elevado grau de diferenciação, nomeadamente a valência de microcirurgia e de uma equipa de enfermagem treinada” – características que, desde logo, se aplicam ao conceito de Via Verde –, sublinha a especialista. “Além do objetivo de direcionar os doentes de forma rápida, procura-se solucionar o problema de forma eficaz”, sublinha.

Se há algo por que a cirurgia e todo o Serviço lutam diariamente tem que ver com o acondicionamento correto dos segmentos que recebem do exterior. “Muitas vezes, são colocados diretamente sobre o gelo, que os queima e estraga”, refere, salientando que o correto será “cobrir primeiro a extremidade dos mesmos com uma compressa e envolver num saco impermeável”.

Cristina Cunha: “A mão é uma das áreas mais importantes e diversificadas”

Cristina Cunha pertence ao núcleo de três especialistas que funda-

Em média, realizam-se 15 consultas por semana dedicadas à mão. Em 2019, contabilizaram-se mais de 200 cirurgias.

ram o Serviço. A 1 de abril de 1998, ainda antes de Horácio Costa chegar a Vila Nova de Gaia, começou o seu percurso profissional na instituição prestando apoio à Ortopedia e à Cirurgia Geral. “São especialidades e cirurgias complexas, que muitas vezes precisam do auxílio do cirurgião plástico”, revela.

Natural do Porto, filha de um ortopedista e de uma obstetra, Cristina Cunha, 57 anos, recorda-se de ter vivido grande parte da sua infância e juventude no meio hospitalar, o



Diana Monteiro, Cristina Cunha, Ana Pinto e Leonor Rios

que a levou a “ganhar gosto e amor pela profissão e, intrinsecamente, pela área cirúrgica”.

Dos diversos segmentos cirúrgicos, dedicou-se em particular à mão, “uma das áreas mais importantes e diversificadas da Cirurgia

RUI GUIMARÃES, PRESIDENTE DO CA DO CHVNG/E: “O médico interno com melhor nota nacional escolheu formar-se neste Serviço”

Em declarações à *Just News*, recolhidas em data posterior à da realização da reportagem, o presidente do Conselho de Administração do CHVNG/E manifestou a sua satisfação pelo facto de “o médico interno de formação específica com melhor nota a nível nacional de todas as especialidades médico-cirúrgicas ter escolhido este Serviço para a sua formação”. De referir que a outra vaga foi ocupada pelo quinto melhor classificado, em mais de 2000 candidatos.

“É um indicador que nos deixa orgulhosos por vermos estes jovens médicos escolherem o nosso hospital para seguirem as missões das suas vidas”, conclui Rui Guimarães, anestesiolista de formação.

Reconhecendo as carências infraestruturais existentes, aquele responsável valoriza o facto de um Serviço com estas limitações “conseguir crescer e diferenciarse, ganhando reputação internacional”. A recente aquisição de um microscópio cirúrgico, equipamento há muito ambicionado

pela equipa, é, na sua ótica, “muito pouco para aquilo que este Serviço merece”.



Entretanto, no âmbito do projeto de requalificação do hospital, estão programadas “instalações novas logo que possível, até para que, de alguma forma, os profissionais sintam o seu esforço recompensado”.

der às sequelas desses acidentes, acompanhar o pós-operatório e atuar na patologia tumoral, congénita e reumática”.

Ana Pinto: “É essencial tratar a mão como um todo”

Natural do Porto, Ana Pinto, 52 anos, licenciou-se no ICBAS, mas rapidamente mudou a sua vida para Lis-

Dedicando-se exclusivamente a esta área há 16 anos, defende que “é essencial tratar a mão como um todo, não se restringindo a ela, mas incluindo também a articulação do punho; não tratando só os ossos, mas também as partes moles”, conceito que reteve dos estágios académicos que realizou na Europa e na América. E mais: “Temos que recuperar e manter a traumatologia da mão na Cirurgia Plástica e



boa, para seguir o sonho da Cirurgia Plástica, no CHULN. Por lá ficou durante 23 anos, tempo suficiente para se apaixonar pela componente da mão e punho e se desapaixionar pela estética. “Revejo-me a tratar doentes em que a função seja primordial face à estética”, frisa, salientando que a mão é o expoente desta máxima.

Há dois anos, aberta uma vaga para o CHVNG/E, Ana Pinto decidiu “regressar às origens”. Dos vários casos que recebe, destaca que, “além das fraturas, existem múltiplas patologias do punho e da mão, como a síndrome do canal cárpico, a doença de Dupuytren e a risartrose, que necessitam de cirurgias altamente especializadas”.

mudar a tendência de ser tratada por outras especialidades.”

Foi com este propósito, inclusivamente, que quando integrou os quadros da instituição desenvolveu vários momentos formativos junto dos Cuidados de Saúde Primários, no sentido de identificar quais as situações em que deviam referenciar para o Serviço.

Diana Monteiro: “A referência ao bebé à nascença é crucial na lesão do plexo braquial”

Diana Monteiro, 35 anos, nasceu e cresceu em Vila Nova de Gaia. Após concluir a especialida-

(Continua na pág. 28)



(Continuação da pág. 27)

de no CHUSJ, começou a atividade profissional neste Serviço em 2018. O desejo de ser médica, recorda, nasceu de um acidente de viação a que assistiu em criança, tendo ficado deslumbrada com a abordagem do INEM.

Prestando especial dedicação à questão do plexo braquial, Diana Monteiro divide-se entre os grupos pediátrico e do adulto. O doente adulto tipo é “o politraumatizado, com sequelas de acidente de viação ou desportivo, que fica paralisado do membro superior e nós, através da microcirurgia, com enxertos nervosos e transferências nervosas ou musculares de outras distâncias, conseguimos, por exemplo, reanimar uma função muscular vital para o dia-a-dia ou o próprio membro no seu todo”.

Já no contexto pediátrico, existem duas fases distintas, com diferenças significativas, quer na abordagem como no prognóstico — a lesão neonatal e a sequelar. A lesão neonatal do plexo braquial ocorre maioritariamente devido a distopia de ombros no parto vaginal, e se em 60 a 90% dos casos a médica admite estar-se perante “ruturas que cicatrizam e é recuperada espontaneamente parte ou quase toda a função através da fisioterapia”, em 10 a 40% das situações as raízes nervosas são efetivamente arrancadas. Nessa circunstância, “só através de microcirurgia, realizada dentro de determinadas janelas temporais, consegue devolver-se parte da função ao bebé, evitando-se incapacidades funcionais futuras persistentes”.

É este aspeto que mais preocupa a especialista, denotando que “é crucial que os casos sejam refe-

renciados até aos 2 anos de idade, enquanto o músculo paralisado está vivo”, sob pena de, posteriormente, “não conseguirmos reconstruir, mas apenas minimizar sequelas”. No entanto, o ideal, por que tanto luta, é que “os bebés sejam referenciados imediatamente, para que possamos acompanhar a evolução da própria lesão e a resposta do braço”, identifica, até o bebé perfazer os 3 meses, data em que geralmente se decide a indicação para intervenção cirúrgica dos episódios mais graves.

Sendo o CHVNG/E o único local a norte do Tejo a fazer este tipo de cirurgia, Diana Monteiro salienta que o mérito desta intervenção se deve também à equipa multidisciplinar, que envolve as especialidades de Medicina Física e de Reabilitação, Ortopedia, Pediatria e Anestesia. Numa articulação conjunta, conseguem propiciar “um ganho funcional e uma melhor qualidade de vida aos doentes”.

Horácio Zenha: “Fomos pioneiros na área da biomodelação pré-operatória na cirurgia craniomaxilofacial”

Horácio Zenha, 42 anos, escolheu seguir Medicina na perspetiva de fazer investigação numa área das ciências biológicas, mas aos poucos identificou que aquilo que o motivava era “algo que tivesse uma intervenção mais pragmática” — a área cirúrgica.

O primeiro contacto que teve com o Serviço foi em 2005, quando fez um estágio ainda na altura do internato. Regressou em 2016, já concluída a especialidade e depois de ter descoberto o seu especial interesse pela cirurgia reconstrutiva, nomea-

damente a microcirurgia, que define como “uma das pedras angulares do Serviço”.

É a cirurgia craniomaxilofacial, de que é responsável no Serviço, que configura uma das suas áreas de eleição, pela ampla resposta que confere a nível de “deformidades da área da cabeça e pescoço — de origem congénita ou resultante de alterações de crescimento do esqueleto facial —, traumatismos ou tumores”, associada à evolução técnica que tem surgido nos últimos anos.

Na realidade, Horácio Zenha afirma que o Serviço foi pioneiro a nível mundial na área da biomodelação pré-operatória, o que permitiu “conseguirmos ter, pré-operatoriamente, os moldes da anatomia do doente e simular as cirurgias, através do recurso à manipulação de imagens de tomografia computadorizada ou de ressonância magnética”.

Se inicialmente, em 2005, estas simulações eram feitas com modelos físicos, o nosso interlocutor refere que, de forma progressiva, passaram a ser feitas totalmente em ambiente virtual, com recurso à impressão 3D no final do processo. E especifica: “Conseguimos, por exemplo, simular onde vamos cortar a mandíbula e escolher a zona do perónio ou da bacia mais parecida e criar os moldes para a cirurgia, em conjunto com grupos de engenharia. No momento da intervenção, temos um guia que nos permite esculpir o osso a transferir e ter a reconstrução mais perfeita possível, acelerando ainda em cerca de duas horas a duração da cirurgia.”

Estas cirurgias enquadram-se, muitas vezes, num trabalho conjunto com as demais especialidades,



Horácio Zenha, Maria da Luz Barroso, Augusta Cardoso, Carolina Andresen e Gustavo Coelho

explica o cirurgião. “Temos casos em que o colega de Otorrinolaringologia faz a ressecção do tumor nasal e nós avançamos com a reconstrução”, exemplifica, destacando que “a Cirurgia Plástica é uma especialidade de fronteira”.

Por ano, são realizadas cerca de 50 cirurgias craniomaxilofaciais com recurso a estas técnicas.

Gustavo Coelho: “Idealizo realizar o tratamento cirúrgico do linfedema de forma ‘profilática’”

O tratamento cirúrgico dos linfedemas é uma abordagem a que o Serviço se dedica, sendo o único no SNS a fazê-lo, tendo sido pioneiro, sob a alçada de Gustavo Coelho, na implementação da técnica de transplante de gânglios vascularizados.

Nascido em Viana do Castelo, com 38 anos, escolheu fazer a es-



Sendo o único especialista da equipa a realizar consulta de linfedema, de que é responsável, Gustavo Coelho afirma: “Se, por um lado, é um aspeto diferenciador, por outro, traz algumas desvantagens, como uma lista de espera superior a um ano, com doentes que vêm desde Valença a Faro e das ilhas, bem como do estrangeiro.” Cenário que ainda se intensificou com a suspensão desta área em prol do doente oncológico e com trauma, no contexto da pandemia de covid-19.

A informação limitada que existe e o diminuto número de especialistas dedicados ao tema, não só em Portugal como no resto do mundo, são as principais preocupações de Gustavo Coelho.

O seu maior objetivo, admite, é que, “em condições ideais, possa fazer este tipo de tratamento cirúrgico em termos ‘profiláticos’, em que a doente que faz mastectomia e esvaziamento axilar faça no mesmo tempo operatório anastomoses linfaticovenosas, para protelar ou mesmo evitar o desenvolvimento do linfedema”, remata.

Carolina Andresen: “Hoje, privilegia-se a reconstrução imediata da mama”

À semelhança de Gustavo Coelho, também Carolina Andresen fez o internato de formação específica no Serviço de Horácio Costa e aqui se manteve, já especialista, desde 2019. “Ofereceram-me a possibilidade de trabalhar numa área de que eu gosto. Sinto que há muito potencial em termos profissionais para crescer e tenho aqui pessoas que considero amigas”, afirma.

Natural do Porto, com 33 anos, descobriu o gosto pela Cirurgia Plástica no último ano de Medicina, por “integrar, simultaneamente, uma abrangência de áreas, oferecer soluções múltiplas para o mesmo problema e incluir uma componente estética o mais próxima da Arte na Medicina”.

Na área da mama, além de tratar a patologia benigna, que pode ter um crescimento e uma invasão local significativos e provocar dor, optando-se assim por proceder ao tratamento destas patologias e posterior reconstrução, Carolina Andresen afirma que a maior parte das cirurgias que faz são relativas ao cancro da mama. E aponta uma diferença face ao passado:

“Enquanto antes a reconstru-



ção era maioritariamente diferida, hoje pensa-se, desde início, não só em tratar a doença, mas também em fazer uma reconstrução imediata da mama, porque se sabe o significado que a mulher lhe atribui em termos estéticos, sociais e psicológicos.”

“É muito raro uma reconstrução mamária ficar feita num único tempo cirúrgico”, elucida Carolina Andresen.

Numa cirurgia oncoplástica, realizada em conjunto com a equipa de Cirurgia Geral, que se encarrega de remover o tumor, Carolina Andresen afirma que, “atendendo ao tipo de corpo, doença e motivação, pode fazer-se instantaneamente a reconstrução com prótese ou com tecidos do próprio corpo, seja da região abdominal como dorsal ou da coxa”.

Além deste tipo de cirurgia, que, por norma, ocupa um dia da semana e envolve uma equipa de dois ou três especialistas, normalmente composta também por Gustavo Coelho e Augusta Cardoso, a médica denota que a sua rotina também é preenchida com reconstruções diferidas e procedimentos complementares à reconstrução.

Maria da Luz Barroso: “A cirurgia de remodelação corporal só se realiza após atingida a estabilidade do peso corporal”

Maria da Luz Barroso chegou ao Serviço um ano após a entrada do

diretor, tendo formado o trio inicial que contribuiu para a sua autonomia e diferenciação. Recuando no tempo, a especialista, natural de Braga, 53 anos, confessa que o sonho da Cirurgia Plástica surgiu do seu desejo de “poder contribuir para o bem-estar físico e psicológico das pessoas”, que ficou ainda mais patente após ter tido, durante o internato geral no CHUSJ, contacto com a realidade do trauma e da atuação em contexto de urgência. “Para mim, eram autênticas transformações milagrosas!”, reconhece.

Com o crescimento da equipa e a possibilidade de serem criadas subespecializações, Maria da Luz Barroso começou a dedicar-se mais profundamente à cirurgia de remodelação corporal, de que é responsável, no âmbito da cirurgia bariátrica. “A perda de peso massiva condiciona problemas físicos, funcionais, higiénicos e psicológicos com impacto na qualidade de vida dos doentes, que chegam a pensar ‘Eu gostava mais de mim antes’”, revela.

A cirurgia reconstrutiva de contorno corporal é parte da solução para estes problemas. O processo inclui várias intervenções cirúrgicas — em média três —, destinadas a remodelar diferentes zonas anatómicas, nomeadamente, região mamária e braços, tronco inferior (abdómen e dorso) e coxas.

Antes de se concretizar a intervenção, no entanto, há um longo percurso que tem que ser feito e que é iniciado justamente com uma consulta multidisciplinar de Obesidade, com o posterior seguimento da Nutrição. “Se atingir o peso desejado, muitas vezes, é possível e ‘fácil’”, a especialista lembra que “o grande desafio é a manutenção desse peso”. É por isso que apenas efetua a cirurgia 9 a 12 meses após ter sido atingida a estabilidade do peso corporal, que “está diretamente relacionada com a modificação de hábitos de vida”.

MARIBEL LEI, ENFERMEIRA DO BLOCO OPERATÓRIO:

“Somos mais um braço direito do cirurgião”

Filha de pais portugueses, Maribel Lei nasceu na Venezuela e por lá ficou até fazer 12 anos. Já em Portugal, começou a interessar-se pela área da Saúde e daí até escolher Enfermagem foi um pequeno passo. “Lidamos com o doente de uma forma única e, além de sermos o primeiro contacto direto, estamos muito mais presentes”, refere.

Antes de se dedicar ao Bloco Operatório, Maribel Lei recorda-se de, em 2001, quando chegou ao CHVNG, ter trabalhado no Internato e, posteriormente, na Urgência. Afirma ter começado, progressivamente, a “tomar conhecimento do universo da Cirurgia Plástica, uma área exigente, de grande complexidade, onde é necessário um conhecimento específico e uma atualização constante”, e foi uma das enfermeiras fundadoras do Bloco Operatório da especialidade, de que é responsável.

Definindo o enfermeiro de Bloco como “mais um braço direito do cirurgião e um olhar desperto para a segurança e o bem-estar do doente”, procurando, por exemplo, “que

nunca se quebre o processo de es-terilização”, observa que, “à imagem da equipa médica, os enfermeiros também formam uma equipa”.



Desempenhando igualmente as funções de enfermeira de anestesia e enfermeira circulante, Maribel Lei dedica-se maioritariamente à instrumentação. Nesta vertente, “temos que ter conhecimento das

SERVIÇO EM NÚMEROS

Recursos Humanos (outubro 2020)

Especialistas **11**
Internos da especialidade **9**
Enfermeiros **14**
Assistentes operacionais **9**
Assistentes técnicos **2**

(2019)
Internamentos
Taxa de ocupação **94,1%**
Demora média **5,34**
Doentes saídos **901**

Doentes operados
Cirurgias programadas **703 (convencional)**
1054 (ambulatório)
Cirurgias de urgência **197**

Informação

TRAVANDO A EVOLUÇÃO PARA DOENÇA RENAL TERMINAL

Canagliflozina mostra-se eficaz na proteção cardiorrenal dos diabéticos

“CANAGLIFLOZINA: A TRIPLA PROTEÇÃO E A EVOLUÇÃO DO TRATAMENTO DA DIABETES TIPO 2” FOI O TEMA DO SIMPÓSIO PROMOVIDO PELA MUNDIPHARMA NO 26.º CONGRESSO NACIONAL DE MEDICINA INTERNA. COM A MODERAÇÃO DE NARCISO OLIVEIRA, INTERNISTA DO HOSPITAL DE BRAGA E PRESIDENTE DO CONGRESSO, FORAM PALESTRANTES O CARDIOLOGISTA RICARDO FONTES CARVALHO E A NEFROLOGISTA SOFIA HOMEM DE MELO.



concentrou-se na análise dos resultados seminais do estudo CREDENCE, que englobou mais de 4 mil pacientes diabéticos com doença renal crónica. Esta investigação procurou avaliar o uso de canagliflozina (100 mg) versus placebo naquela população específica. De acordo com o cardiologista, “observou-se uma diminuição da progressão da doença renal diabética”, mas também uma redução do *endpoint* combinado hospitalização por IC + mortalidade cardiovascular, neste subgrupo de doentes de elevado risco.

Ricardo Fontes Carvalho: “Se há algo que nos têm vindo a mostrar os dados do mundo real é que os benefícios do uso da canagliflozina são idênticos, se não superiores, aos observados no âmbito dos vários ensaios clínicos conduzidos com este fármaco, quer em termos de redução dos eventos cardiovasculares, quer de controlo da hemoglobina A1c.”



Ricardo Fontes Carvalho

porcionam proteção cardiovascular e renal e permite, numa dinâmica multifatorial, controlar também a HTA, a dislipidemia e o peso”.

CREDENCE demonstrou impacto muito positivo da canagliflozina nas dimensões cardiovascular e renal

O CREDENCE, ensaio clínico aleatorizado, em dupla ocultação, teve como objetivo central avaliar o impacto da canagliflozina em *outcomes* cardiovasculares e renais e randomizou mais de 4 mil doentes com doença renal crónica estabelecida,

taxa de filtração glomerular estimada (TFGe) entre 30 a 90 mL/min/1,73 m², com macroalbuminúria e tratados com inibidores do sistema renina-angiotensina-aldosterona. Os doentes foram tratados com canagliflozina ou, em alternativa, placebo, tendo o estudo sido interrompido precocemente por ter sido revelado um benefício evidente da canagliflozina.



Sofia Homem de Melo

“O *outcome* primário (duplicação da creatinina sérica ou morte renal ou cardiovascular) foi reduzido de forma significativa (30%) no grupo da canagliflozina, independentemente da estratificação ao nível da função renal e da albuminúria”, sublinhou Sofia Homem de Melo, especialista em Nefrologia do Hospital de Braga e do Hospital das Forças Armadas (Polo do Porto).

Deixou claro que “os iSGLT2 são uma grande promessa e fonte de enorme entusiasmo na Nefrologia, porque reduzem os efeitos renais e a mortalidade cardiovascular nos doentes diabéticos com doença renal crónica”.

De acordo com a nefrologista, este importante ensaio “permitiu identificar um benefício claro nos *outcomes* renais, com redução significativa (menos 34%) no que respeita à duplicação da creatinina ou morte renal e uma redução de 32% na evolução para doença renal terminal”. O estudo expôs, ainda, uma diminuição acentuada (menos 31%) no grupo tratado com canagliflozina face ao grupo do placebo, de um *outcome* cardiovascular fundamental, que combinou as hospitalizações por IC e a mortalidade por todas as causas

cardiovasculares. “Observou-se, por outro lado, um declínio abrupto da TFGe após a introdução da canagli-

flozina, mas com a estabilização posterior da redução na ordem dos 60%, facto muito significativo e que pode

atrasar a entrada em diálise do doente por vários anos. Houve também uma melhoria significativa em termos

da albuminúria (variação de 32% face ao grupo placebo)”, concluiu Sofia Homem de Melo.

Ricardo Fontes Carvalho, do CH de Vila Nova de Gaia/Espinho (CHVNG) e docente da FMUP, recordou que os inibidores do co-transportador de sódio e glucose 2 (iSGLT2) “surgiram como fármacos para tratamento da diabetes porque se descobriu que com o bloqueio desta molécula se conseguia obter um aumento da excreção de glicose e, com isso, alcançar um efeito terapêutico desejável ao nível do controlo da hemoglobina A1c”.



Narciso Oliveira

Na sessão, ficou ainda patente que estes fármacos são também eficazes na redução da massa gorda, circunstância comprovada em diversos estudos, em particular um ensaio (*Laurence A. Leiter et al, Diabetes Care 2015 Mar; 38[3]: 355-364*) que comparou o tratamento com canagliflozina ao tratamento com glimepirida, em 1450 doentes diabéticos cuja doença não se encontrava controlada após terapêutica centrada em metformina.

“Temos, portanto, um fármaco que controla a HbA1c, com um benefício terapêutico associado, que passa pela redução efetiva da massa gorda. Ainda outro efeito benéfico adicional identificado, com a utilização da canagliflozina, envolveu a redução da pressão arterial. Ora, isto é particularmente importante no doente diabético, que muitas vezes tem HTA associada”, assinalou o cardiologista do CHVNG.

Ricardo Fontes Carvalho haveria de salientar também que, “numa fase em que falamos cada vez mais da sustentabilidade do SNS e dos custos em saúde, encontramos vasta evidência de que os iSGLT2 apresentam bons índices de custo-efetividade, por aquilo que oferecem ao nível da proteção cardiovascular e renal”.

Importa lembrar ainda que a prevenção de eventos cardiovasculares vinculada ao uso de canagliflozina em doentes diabéticos ficou comprovada pelos resultados do estudo CANVAS, publicados em 2017 e abordados neste encontro por Ricardo Fontes Carvalho: “O estudo CANVAS mostra-nos que, mais do que segurança cardiovascular, a canagliflozina permite obter uma redução significativa (14%) no *endpoint* combinado, que designamos por MACE (combinação de mor-

talidade cardiovascular, enfarte e AVC não fatal), em comparação com placebo”. O ensaio mostrou, em paralelo, que o recurso a este iSGLT2 possibilita uma diminuição do número de episódios de hospitalização por insuficiência cardíaca (IC) ou do *endpoint* combinado de IC e morte cardiovascular. “Contamos assim, pela primeira vez, com terapêuticas para a diabetes que têm impacto real nos eventos cardiovasculares major”, salientou.

Estudo CREDENCE é mais um contributo para solidificar novo paradigma no tratamento da diabetes

Uma parte substancial da comunicação de Ricardo Fontes Carvalho

Canagliflozina dá excelentes provas com doentes reais

Sofia Homem de Melo levou ao Congresso Nacional de Medicina Interna dados relevantes da sua consulta e referentes aos doentes diabéticos tratados com canagliflozina, que ilustram as vantagens do uso deste fármaco na prática clínica diária. Assim, na sua consulta do Hospital de Braga, 28 dos 96 doentes diabéticos ali seguidos iniciaram tratamento com canagliflozina, com resultados muito

favoráveis: “Como descrito nos estudos conhecidos, assinala-se nestes doentes uma redução muito significativa da tensão arterial sistólica, do peso e da proteinúria. Verifica-se também um agravamento transitório da TFGe, com aumento da creatinina, que julgo possa ser atribuído ao efeito hemodinâmico reversível dos iSGLT2, o qual, a longo prazo, deverá assegurar neoproteção aos doentes”.

Guidelines legitimam novo paradigma terapêutico para a diabetes

As mais recentes normas de orientação clínica internacionais para o tratamento da diabetes *mellitus* tipo 2 (como as emitidas pela American Diabetes Association neste ano de 2020, ou pela European Society of Cardiology, em 2019) têm vindo a transformar de modo radical a perspetiva dos médicos acerca da gestão do

doente diabético. De tal forma que se tornou absolutamente seguro assumir que estamos perante um novo paradigma terapêutico para esta doença, avançou em Braga Ricardo Fontes Carvalho: “O que nos transmitem as atuais *guidelines* é que a primeira pergunta a fazer perante uma pessoa com diabetes é se esta apresenta já

manifestações de doença cardiovascular ou renal, ou se possui alto risco de desenvolver doença renal. Quando o paciente está neste enquadramento, as *guidelines* recomendam que, independentemente dos valores da hemoglobina A1c aferidos, se devem iniciar, desde logo, terapêuticas modificadoras do prognóstico”.



SERVIÇO DE GESTÃO TÉCNICO-FARMACÊUTICA (SGTF) DO CENTRO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO LISBOA NORTE

Maior farmácia do país em RH e encargos de medicação cria unidades especializadas e investe na preparação e distribuição robotizada

APÓS DOIS ANOS DE ORGANIZAÇÃO DE RECURSOS, JOÃO PAULO LOPES DA CRUZ, DIRETOR DO SGTF DO CHULN, CRIOU RECENTEMENTE AS UNIDADES DE FARMÁCIA PEDIÁTRICA E DE FARMÁCIA ONCOLÓGICA, MODELO QUE PRETENDE ALARGAR A OUTRAS ÁREAS TERAPÊUTICAS. A MAIOR FARMÁCIA CENTRAL DO PAÍS EM TERMOS DE RECURSOS HUMANOS E ENCARGOS DE MEDICAÇÃO AMBICIONA AINDA INVESTIR NA PREPARAÇÃO E DISTRIBUIÇÃO ROBOTIZADA DA MEDICAÇÃO – A FARMÁCIA 4.0.



Por outro lado, implementou uma reunião semanal, constituiu um grupo de trabalho para organizar e libertar o espaço de arquivo, definiu coordenadores para as várias áreas e criou uma figura de coordenação no Hospital Pulido Valente. “Estamos a conseguir organizar-nos e a assumir responsabilidades, e a formação em Gestão de Recursos Humanos e *Coaching* que estamos a frequentar tem contribuído para incutir a cultura de liderança na equipa”, sublinha.

A criação de diversos setores, por exemplo, o Setor de Informação e Segurança do Medicamento, “essencial no que respeita a erros e trocas de medicação, reações adversas e farmacovigilância”, e das unidades de Farmácia Oncológica e de Farmácia Pediátrica – “áreas de competência diferenciadas muitas vezes solicitadas” – foram também algumas das conquistas da Direção do SGTF.

Com 150 profissionais, este Serviço representa a maior farmácia central do país em termos de recursos humanos. Por outro lado, é a que regista os maiores encargos com a medicação, com um valor que já atingiu os 180 milhões de euros/ano.

“Somos um Serviço misto, em que temos uma componente de gestão relacionada com aquisições, gestão de *stocks* e utilização do medicamento, aliada a uma componente técnica e clínica, que engloba a farmacocinética, a produção de citotóxicos, a segurança do medicamento, a farmacovigilância e o apoio farmacoterapêutico, em termos de validação farmacêutica, aos serviços”, explica.

Pandemia de covid-19 impulsionou projeto de entrega de medicação ao domicílio

O surgimento da pandemia de covid-19 veio acentuar a falta de recursos

humanos no SGTF e prova disso é a contabilização que o diretor do Serviço fez na última semana de outubro, que dava conta da ausência de 27 elementos, por infeção direta, assistência à família ou situações oncológicas. Neste contexto, foi possível contratar cinco novos farmacêuticos, ao abrigo do contexto da covid-19.

Em relação à restante equipa, João Paulo Lopes da Cruz enfatiza que “foi uma fase de grande desgaste e instabilidade, com o receio inicial dos técnicos de se dirigirem aos serviços que haviam identificado casos de infeção, a falta de equipamentos de proteção individual e a constante elaboração de planos de contingência”.

É nesse contexto que, com uma bolsa de apoio, o projeto de entrega de medicação ao domicílio e farmácia comunitária de proximidade, denominado Programa de Acesso ao Medicamento Hospitalar (PAM-H), passa da teoria à prática, contabilizando à data desta entrevista, que foi realizada na segunda semana de novembro, mais de 7 mil entregas a cerca de 6 mil doentes.

“Recebemos mensagens a agradecer porque muitas vezes os doentes



nem o correio recebem e nós conseguimos fazer-lhes chegar os medicamentos”, declara. E realça que, com este programa, “a farmácia hospitalar tem recebido muitos elogios e, inclusive, declarações de louvor por parte

O SGTF assegura a entrega de proximidade da medicação através do Programa PAM-H.



dos doentes e dos profissionais de saúde do CHULN”.

Esperando manter o projeto além do período pandémico, o nosso interlocutor apostou na criação da Consulta de Apoio Farmacêutico, em formato telefónico, com possibilidade de videochamada. Têve em conta a maior disposição de o doente para, em casa, “partilhar dúvidas relativas à medicação e efeitos adversos, possibilitando o reforço da adesão à terapêutica, que presencialmente na farmácia de ambulatório não conseguiriam obter porque o tempo disponível é mais escasso”.

Serviço de Gestão Técnico-Farmacêutica garante racionalização da terapêutica

“Nós temos um papel de charneira em que somos sensíveis à componente farmacoeconómica, mas também à vertente clínica”, afirma João Paulo Lopes da Cruz, explicando que o Serviço é “uma mais-valia na racionalização da terapêutica, maximizando os benefícios ao menor custo possível”.

Também “enquanto ponto fiel da balança, acabamos por transmitir a mensagem de que dado medicamento é interessante, não só porque é novo ou inovador, mas porque acrescenta valor terapêutico a custos conscienciosos”, enaltece. Para isso, identifica, “torna-se também muito importante a posterior recolha e aná-

“Temos apostado na área de outcome research, que analisa a efetividade dos medicamentos, em contexto de prática clínica real”, afirma João Paulo Lopes da Cruz.

lise da informação associada à utilização dos medicamentos durante a prática clínica (*Real World Evidence*)”.

Este envolvimento é cada vez mais reconhecido, uma vez que a área do medicamento é transversal a quase toda a instituição, explica: “Somos, a nível financeiro, a segunda rubrica com mais impacto no hospital, logo a seguir à dos Recursos Humanos.”

Investimento na robótica e na Farmácia 4.0 é aposta para o futuro

Trata-se do único Serviço a nível nacional a usufruir de um armazenamento totalmente robotizado e de um Kardex® horizontal, permitindo “uma gestão eletrónica dos processos, identificando consumos e tendências e otimizando a atividade dos técnicos superiores de diagnóstico e terapêutica”. O diretor do SGTF sublinha ainda a capacidade de, desde 2006, os Pyxis® dos vários serviços comunicarem com o Kardex®, que “procede à reposição automática dos medicamentos necessários, na quantidade exata, de cada Serviço”.

Para o futuro, João Paulo Lopes da Cruz ambiciona avançar para a segunda fase de robotização, a nível da preparação e distribuição de citotóxicos, que prevê entre em funcionamento no segundo trimestre de 2021. “Conseguiremos otimizar o trabalho e ganhar escala”, admite, frisando que “este *robot* permitirá podermos constituir como centro de referência para a preparação de quimioterapia e ainda fazer atividade de *outsourcing*”.

Para além disso, visa também apostar na preparação automatizada da dose unitária e na sua distribuição, através de um sistema de vácuo integrado nas condutas que percorrem o hospital e usando carrinhos guiados por *wireless* ou GPS – a Farmácia 4.0.

Isabel Félix: “Procedemos à reposição dos Pyxis® nos serviços”

Desde maio de 2008, fase em que se deu a mudança de instalações, que se vem observando “um crescimento exponencial no consumo de fárma-



Isabel Félix

JOÃO PAULO LOPES DA CRUZ:

“Vim para Santa Maria pelo ideal de poder fazer atividade de Farmácia Clínica”

João Paulo Lopes da Cruz, 48 anos, celebra mais um ano de vida no dia 25 de dezembro. Natural de Lisboa, foi aluno da FFUC, concluindo a licenciatura em 1996. O gosto pela vertente hospitalar surgiu logo no terceiro ano de curso.

Estagiou nos Serviços Farmacêuticos do CHUC, onde lhe foi dada também a possibilidade de passar pela Consulta Externa e pela Enfermaria do Serviço de Medicina Interna II. Após esse período, manteve-se na FFUC a trabalhar no Laboratório de Farmacologia e, ao mesmo tempo, exercia atividade voluntária no CHUC.

Em outubro de 1998, integrou os quadros dos então Serviços Farmacêuticos do Hospital de Santa Maria e encontrou umas instalações subdimensionadas e antigas. “Vim não pelas instalações, mas pelo ideal de poder fazer atividade de Farmácia Clínica, num trabalho centrado no doente”, refere.

Até 2007, assumiu o papel de farmacêutico clínico na Farmácia Satélite do Serviço de Doenças Infecciosas e começou a especializar-se na área da farmacologia do VIH, tendo dedicado o seu mestrado e doutoramento ao



tema. Posteriormente, com a centralização daquela numa única farmácia de ambulatório, integrou a nova estrutura e em 2008 assumiu a função de gestor do medicamento.

Daí passou a integrar a Comissão de Farmácia e Terapêutica e a assumir a assessoria do Conselho de Administração na área do medicamento. Em 2016, coordenou a Unidade de Gestão da Conta do Medicamento e dos Dispositivos Médicos

na Administração Central do Sistema de Saúde, lugar onde se manteve até março de 2018, quando foi convidado a regressar ao CHULN, enquanto diretor do Serviço de Gestão Técnico-Farmacêutica.

Pai de dois filhos, João Paulo Lopes da Cruz é ainda docente de duas disciplinas na FFUL (Prática de Terapêutica Clínica I e II, do 4.º ano), que “visam preparar os farmacêuticos para a visão clínica”.

cos”, segundo a coordenadora do Setor de Distribuição do Medicamento. Nos últimos anos, refere Isabel Félix, assistiu-se ainda ao “surgimento de diversos produtos biológicos e de novas moléculas, o que se refletiu na quantidade de medicamentos e levou ao subdimensionamento do espaço de armazenamento”.

Além de usufruir do único Kardex® horizontal a nível nacional, Isabel Félix adianta que o SGTF dispõe ainda de um Kardex® de frio e de armários de dispensa semiautomatizada de medicamentos. “Temos 41 pontos de dispensa nos serviços – os Pyxis® –, que são repostos pelos nossos técnicos, depois de os prepararem e acondicio-

narem, e de os assistentes operacionais os transportarem”, explica.

“Estas farmácias satélite são geridas informaticamente e de forma periódica são reabastecidas em função dos consumos”, explica, salientando que este método “é uma segurança e

(Continua na pág. 34)

(Continuação da pág. 33)

um alívio para os serviços, porque a Farmácia controla os *stocks* e procede à distribuição — é um compromisso nosso”.

O primeiro equipamento Pyxis® a chegar a Portugal, em 2000, foi dirigido à Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente de Santa Maria. A partir de 2006, foram introduzidos mais 40 equipamentos, distribuídos por várias especialidades. E se nalguns serviços, nomeadamente de Medicina, a tendência seria optar pela dose unitária, dada a estabilidade da medicação, Isabel Félix afirma que, “na altura, foi adotado este circuito e hoje ninguém quer prescindir dele”. Também para o Serviço de Urgência “é uma segurança, pois, a gestão de *stocks* é informatizada e a reposição é assegurada pelo SGTF”.

A farmacêutica estudou na FFUL, depois de identificar que gostava da área da Química. Após concluir o estágio, experimentou trabalhar numa farmácia comunitária, mas meses depois, em 1993, ingressou no CHULN. Começou por dar apoio ao Laboratório de Monitorização Sérica de Fármacos, onde se manteve durante um ano.

Rui Marques: “A automatização da preparação de citotóxicos será uma mais-valia”

Natural de Ourém, Rui Marques, 37 anos, candidatou-se a Ciências Farmacêuticas e a Medicina Veteri-



Rui Marques

mioterapia, nutrição parentérica, terapêutica de substituição enzimática, medicação dirigida à Pediatria e ainda a outras doenças para as quais o mercado farmacêutico não consegue dar resposta, como as doenças metabólicas”, explica Rui Marques.

Com três câmaras de fluxo laminar vertical em que são manipulados os citotóxicos, o Setor de Farmacoterapia incorpora ainda duas câmaras para prevenção de eventuais avarias, manipulação de outro tipo de medicamentos potencialmente perigosos, como a terapia génica com vírus — como sucedeu no caso mediático da bebé Matilde e de outras quatro situações idênticas, e ainda prestação de apoio a outros hospitais. Contabiliza-se também uma câmara de fluxo lami-

cos, que “exigem cuidados adicionais a nível farmacêutico-hospitalar”, foi criada uma Unidade de Farmácia Oncológica, a que Rui Marques também pertence, e que detalha, em representação da coordenadora, Ana Cristina Castro, que se encontrava ausente na altura em que esta reportagem foi feita.

“Procuramos humanizar a farmácia para bem do doente e para o nosso próprio bem, porque este contacto direto torna-nos melhores profissionais”, refere. E explica que, além do apoio que duas farmacêuticas já davam ao Hospital de Dia de Oncologia, decidiu-se alargar esta intervenção, que no futuro se pretende estender também ao Hospital Pulido Valente, no Serviço de Pneumologia Oncológica.

“O objetivo da Unidade de Farmácia Oncológica é dar apoio ao doente e ao profissional que com ele lida, com a realização da Consulta de Apoio Farmacêutico, o acompanhamento de sinais de toxicidade que possam suscitar a revisão da terapêutica e a própria gestão desses efeitos”, explica Rui Marques.

Para já, a aposta será “prestar um serviço adicional ao doente em ambulatório e é menos acompanhado”, com a realização de uma primeira consulta em que são identificados os efeitos secundários mais habituais dos fármacos, sinais de alerta e horários de administração, com a eventual entrega de folhetos informativos e posteriores consultas de acompanhamento periódicas.

Em julho deste ano, Rui Marques concluiu o doutoramento em

“estabelecer uma intervenção farmacêutica personalizada”. Quem o diz é Filipa Cosme Silva, 31 anos, coordenadora desta Unidade, que integra mais dois elementos, que faz questão de identificar — Sérgio Nobre e Sara Dias.

“Para nós, não é ‘o doente da cama 5’, mas o ‘Tomás ou o Martin’”, afirma, sublinhando que “o facto de se conhecer o doente e as equipas médicas e de enfermagem permite que as intervenções sejam mais eficazes”. E explica: “Se temos uma criança que tem prescrito, por exemplo, um medicamento em forma de grânulos, mas sabemos, porque já a conhecemos, que ela não gosta do sabor, vamos pedir para alterar a prescrição antes de o enviar para o Serviço”.

A nível de Cuidados Intensivos Pediátricos e Neonatais, a farmacêutica sublinha que conhecer as equipas, a sua forma de trabalhar e as suas preocupações a ajuda a “prestar um melhor apoio farmacêutico, mesmo antes da prescrição de um determinado medicamento”. E identifica que esta “é uma excelente estratégia de prevenção de problemas relacionados com a terapêutica”.

“Não há dia nenhum em que eu não vá ao Serviço de Pediatria”, avança Filipa Cosme Silva, referindo que, mesmo no contexto pandémico, em que o contacto é limitado, procedeu-se a certas adaptações, que permitiram algumas visitas clínicas, através de videochamada.

No âmbito da consulta farmacêutica, iniciada na vertente da Hipertensão Arterial, mas agora abrangendo já outras áreas, é realizada no espaço da Consulta Externa de Pediatria ou em Hospital de Dia. Filipa Cosme Silva



Filipa Cosme Silva

salienta que existe uma adaptação da linguagem não só aos cuidadores, mas também à própria criança, de forma a “envolvê-la desde cedo na terapêutica”, dado que “muitas delas são doentes crónicos”.

Antes da referida consulta farmacêutica, existe uma conversa entre diversos profissionais de saúde para que “a mensagem a passar ao doente seja só uma”, refere, sublinhando: “Trabalhamos realmente em equipa.”

Filipa Cosme Silva é natural de Lisboa e estudou na FFUL. “A vertente hospitalar é aquela que mais me apaixona e, no seu interior, é da área da farmácia clínica pediátrica que gosto verdadeiramente e onde consigo trazer algum *input*”, destaca. Após ter trabalhado dois meses num hospital pediátrico em Londres e perccionado que o farmacêutico não estava na Farmácia, mas nos Ssrviços, percebeu a importância de transportar este modelo para o seu hospital.

Ana Paula Carrondo: “Mantemos uma atividade de farmacocinética diária dirigida a mais de 40 doentes”

Natural de Castelo Branco, Ana Paula Carrondo, 56 anos, foi estudar para a FFUL, em 1983, e começou por trabalhar um ano na indústria farmacêutica, mas rapidamente conduziu o seu percurso profissional para a farmácia hospitalar: “Esta área despertou-me muito interesse, por influência da Prof.ª Manuela Luz Clara”, recorda.

Integrou este Serviço em 1990 e, desde aí, assumiu, em 2005, a coordenação do Setor de Informação e Farmacocinética Clínica, que acumulava com o apoio clínico ao Serviço de Oncologia, enquanto responsável pela área da manipulação de citotóxicos. Em 2008, implemen-

tespeita a estágios de carreira, que existiram durante alguns anos, como a estágios de pré-licenciatura, que atualmente ainda se mantém. A componente de investigação era algo que gostava de desenvolver, sobretudo nas áreas da biofarmácia e da farmacocinética clínica, relacionadas, aliás, com o seu doutoramento.

Em matéria de ensaios clínicos, Ana Paula Carrondo afirma existirem cerca de 100 ativos, que contam com o apoio da Farmacotecnia e de todas as áreas da Farmácia. No contexto pandémico, a coordenadora assegura que a atividade foi mantida: “As reuniões iniciais foram feitas através de video-



Ana Paula Carrondo

chamada, a medicação era enviada ao domicílio em caso de necessidade e as visitas de monitorização foram reiniciadas logo que possível.” No entanto, ressalva que “existiu uma quebra no recrutamento e na vinda dos doentes ao hospital e algum atraso no início de novos ensaios”.

Paula Alexandre Silva: “Dedicamo-nos às áreas da Informação, Formação e Segurança do Medicamento, incluindo a Farmacovigilância”

Paula Alexandre Silva ficou responsável por coordenar a Unidade de Informação e Segurança do Medicamento, aquando da segregação do anterior Setor de Informação e Farmacocinética Clínica, em 2018.

Nascida em Tomar, a farmacêutica de 52 anos sempre viveu em Lisboa. Logo após terminar o curso na FFUL, em 1992, ingressou neste Serviço, onde integrou as áreas da Farmacotecnia e da Nutrição Parentérica e coordenou o Laboratório de Controlo de Qualidade. Em 2000 fez um interregno para descobrir novas oportunidades, mas cinco anos depois regressou ao SGTF para desenvolver atividade em Farmacocinética Clínica.

A Unidade de Informação e Segurança do Medicamento, explica, dedica-se às áreas de Informação, Formação e Segurança do Medicamento, onde se inclui a Farmacovigilância. No quadro da Informação, procura-se “dar resposta a todas as dúvidas levantadas pelos profissionais de saúde do CH e congregar essa informação em base de dados acessível ao SGTF”.

Na vertente formativa, esta Unidade procura “organizar um plano de formação semanal relativamente a áreas que suscitam maiores carências, ou a áreas ‘core’, como Farmacoterapia ou Interações Medicamentosas, aprofundadas por um profissional externo ou interno”.

Sublinha ainda a importância do Setor a nível formativo, tanto no que



incluem informação sobre novos fármacos, sob orientação de um elemento externo. Com o surgimento da pandemia, esta vertente foi suspensa, sendo a intenção “começar a realizar-se *online*”, segundo Paula Alexandre Silva.

A componente de Farmacovigilância, além de se desenvolver através dos dois pontos anteriores, procura também “reportar reações adversas graves ou que não estão descritas, para aperfeiçoar o conhecimento relativo a estes novos fármacos”.

Salientam-se, ainda, outros aspetos de atividade, como a identificação e a prevenção de erros de medicação e a interligação próxima com o Gabinete de Gestão do Risco do CHULN.



Paula Alexandre Silva

Funcionando com a colaboração de elementos alocados a outros setores, esta Unidade presta ainda “apoio à aquisição de medicamentos, nomeadamente àqueles que aparentemente são iguais, identificando se há diferenças relevantes e se preenchem os requisitos clínicos aos quais são destinados”. Por outro lado, o setor foi responsável pela implementação da nomenclatura LASA (*Look-Alike, Sound-Alike*), com vista a “uma maior segurança no momento da prescrição e da administração”.

Mais recentemente, em 2019, implementou-se também um módulo de interações medicamentosas, que “proporciona segurança nas validações das prescrições médicas, com

um eventual contacto com a equipa médica, caso se justifique”.

Luís Guerreiro: “Procuro sensibilizar os colaboradores a partilhar sempre que algo corre mal”

Identificando-se como “o guardião do sistema da qualidade”, Luís Guerreiro, gestor da Qualidade e farmacêutico da Unidade de Planeamento e Gestão do Medicamento, controla os indicadores dos vários setores, promove ações corretivas, estabelece auditorias internas regulares e acompanha auditorias externas. Na sua opinião, esta componente é fundamental porque “o Serviço impacta todo o hospital”, ao que acresce serem “uma equipa de 150 elementos que integra um Setor de Produção com muitas preparações de citotóxicos e um Setor de Distribuição que faz a entrega de doses unitárias a dois hospitais”.

É o Setor da Preparação de Citotóxicos (Farmacotecnia) que mais preocupa o gestor da Qualidade, porque, ao existir uma administração direta, “qualquer erro que aconteça vai afetar diretamente o doente”.

“O sistema tem de estar montado para que não aconteçam erros, ou haja o menor número possível”, realça Luís Guerreiro, destacando que “o importante é que se consiga aprender com os erros, identificar as cau-



Luís Guerreiro

sas e ir continuamente melhorando”.

Procurando “sensibilizar os colaboradores a partilhar sempre que algo corre mal”, Luís Guerreiro afirma que tal é essencial, quer por “um medicamento que não foi entregue a horas e o doente esteve à espera, um fármaco que foi mal reembalado, ou um pequeno erro que pode desencadear um maior”. Na sua ótica, “é fundamental existirem várias barreiras que cortem o erro”, sendo uma delas a “rotatividade da equipa, que traz o constante questionar de procedimentos”.

Natural de Alcácer do Sal, o farmacêutico de 41 anos estudou na FFUL e estagiou no CHULN. Após

Sofia Cardoso, 47 anos, está no SGTF há 22 anos, desde que aí es-

SGTF do CHLO em números (outubro de 2020)

- Prescrições de validações: **652 (média diária)**
- Camas por tipo de distribuição:
 - Camas em equipamentos de Pyxis®: **546**
 - Camas com dose unitária: **407**
 - Camas com distribuição tradicional: **190**
- Doentes atendidos em Farmácia de Ambulatório: **250 (média diária)**
- Entregas de medicamentos em proximidade: **60 (média diária)**
- Doentes em seguimento na Farmácia de Ambulatório: **18.000**
- Preparações de citotóxicos e medicamentos biológicos: **35.500 (em 2019)**
- Medicamentos reembalados: **1.970.832 unidades (em 2019)**

Profissionais do SGTF do CHULN (outubro de 2020)

- 68** farmacêuticos
- 48** técnicos superiores de diag./terap.
- 32** assistentes operacionais
- 11** assistentes técnicos

trabalhar durante seis meses numa farmácia comunitária, regressou em 2005 e cinco anos depois assumiu a responsabilidade que ainda mantém.

Sofia Cardoso: “Fazemos os ensaios necessários para garantir que o produto manipulado está conforme”

Sofia Cardoso, 47 anos, está no SGTF há 22 anos, desde que aí es-

(Continua na pág. 36)

RICARDO PEREIRA, ASSISTENTE OPERACIONAL:

"Aqui, cresci como pessoa e conheci a minha mulher"



São já 20 anos de serviço no SGTF — metade da sua vida. “Aqui, cresci como pessoa, conheci a minha mulher e já temos dois filhos”, afirma.

Com a particularidade de serem os assistentes operacionais do SGTF a proceder à distribuição da medicação nos serviços, Ricardo Pereira explica que a reposição é feita pelos técnicos.

O surgimento da pandemia de covid-19 obrigou a algumas alterações na forma como é feita esta distribuição: “Estabelecemos o mínimo de contacto possível, da forma mais rápida, não sendo possível, inclusive, entrar nalguns serviços,

como a Neonatologia e os Cuidados Intensivos.” O único fator positivo, destaca, foi “conseguirmos fazer a distribuição de forma mais rápida”, dado que, com a limitação das visitas, “os elevadores são praticamente nossos”.

Apesar do receio de ser infetado, Ricardo Pereira afirma que este risco é inerente à profissão e adianta que, através do Serviço de Saúde Ocupacional, descobriu que tem imunidade relativamente a algumas doenças infecciosas mais comuns: “Uma das vantagens de trabalhar num hospital é, sem sabermos, irmos ganhando algum tipo de imunidade!”

(Continuação da pág. 35)

tagiou. Se inicialmente começou a sua atividade no Laboratório de Determinações Séricas de Fármacos, atualmente extinto e incorporado no Laboratório de Patologia Clínica, cinco anos mais tarde, veio a integrar o Laboratório de Controlo de Qualidade, que hoje coordena.

VALENTINA COUTO, SUBCOORDENADORA DOS TÉCNICOS DE FARMÁCIA:

"Já tenho idade para a reforma, mas prefiro continuar a trabalhar"

Natural de Cabo Verde, Valentina Couto foi com 11 anos para Moçambique e durante 12 trabalhou no Hospital Central de Maputo, enquanto responsável por uma central de medicamentos. "Lá tinha muito mais trabalho porque a distribuição era feita para todas as províncias", afirma.

Após mudar a sua vida para Portugal, em 1986, começou a trabalhar neste Serviço e, após um interregno, regressou, contabilizando-se quase 35 anos de experiência na instituição.

Enquanto subcoordenadora dos técnicos superiores de diagnóstico e terapêutica, no momento em que realizámos esta entrevista, estava a representar a coordenadora dos TSDT, Ercília Santos, que se encontrava de quarentena, o que a obrigava a "estabelecer a atribuição de tarefas e zelar pelo funcionamento da atividade". No entanto, na sua rotina diária, dedica-se à produção e reposição de medicamentos.

Da evolução tecnológica que tem vindo a surgir, Valentina Couto sublinha a importância do Kardex®, que "veio facilitar drasticamente o nosso trabalho", explicando que, "se antigamente demorávamos uma



hora a agregar os medicamentos para cada serviço, agora podemos aviar seis serviços de uma assentada".

Com a situação pandémica, ela foi uma das primeiras a avançar para a reposição na Unidade de Cuidados Intensivos destinada aos doentes com covid-19. Aos 67 anos, continua a manter o gosto pela profissão e afirma: "Já tenho idade para a reforma, mas prefiro continuar a trabalhar."

Marisa Rodrigues

pandémica, vinha a ser pensado há largos anos. "Já tínhamos identificado esta necessidade, sob a forma de um projeto que equacionava a

"Antigamente, a Produção e o Controlo de Qualidade eram as atividades mais importantes da farmácia hospitalar", sublinha, explicando que as mesmas foram ficando mais residuais com a maior resposta da indústria farmacêutica. No entanto, o Laboratório de Controlo de Qualidade continua a ter um papel determinante na análise de produtos man-

nipulados, em que "só depois de se fazerem os ensaios necessários para garantir que aquele produto está conforme é que pode ser libertado para consumo".

A análise de manipulados inclui, "sempre que possível, a identificação e o doseamento da substância ativa e outros ensaios relativos à forma farmacêutica", sublinha. Já as matérias-primas "sofrem apenas uma análise documental dos certificados do fabricante face às especificações da farmacopeia".



Sofia Cardoso

Ocupando cerca de dois dias de trabalho semanal, conforme o ritmo da Produção, Sofia Cardoso afirma que, por um lado, se sente isolada nesta tarefa, em que "não há um interlocutor pronto a falar a mesma língua e a discutir eventuais dúvidas", mas, ao mesmo tempo, é uma atividade que gosta de fazer e nos restantes dias tem oportunidade de se dedicar à área da Farmacocinética.

Filomena Marques: "Fazemos um exercício de gestão de stocks a todo o momento"

São já 39 os anos que marcam o percurso profissional de Filo-



Filomena Marques

mena Marques no SGTE. Natural de Lisboa, tirou o curso na FFUL e seis meses após trabalhar numa farmácia comunitária enveredou pela farmácia hospitalar nos então Serviços Farmacêuticos do Hospital de Santa Maria. "Tive oportunidade

de trabalhar na Direção-Geral de Assuntos Farmacêuticos (atualmente designado Infarmed) e no HPV, mas mantive-me aqui por gosto", afirma.

Após experienciar as atividades de Controlo de Qualidade, Monitorização Sérica, Informação de Medicamentos e Produção, em 1997, integrou o Setor de Aquisição e Gestão de Stocks de Produtos Farmacêuticos, que passou a coordenar em 2002. Entre as evoluções que o Serviço teve, salienta como marco "as atuais instalações, com o desafio de novos equipamentos, como o Kardex® horizontal, o Kardex® refrigeração e os Pyxis®".

"Hoje em dia, procuramos fazer uma gestão de stocks da forma mais automatizada possível e que não permita tanto o erro humano", refere Filomena Marques, sublinhando, por outro lado: "Há uma dificuldade acrescida em obter notas de encomenda e ter os produtos no momento certo, porque há questões regulamentares que antes não se co-



locavam, o que obriga a um esforço suplementar". O facto de terem "medicamentos muito caros e darem resposta a todas as patologias" são fatores que acentuam estas dificuldades logísticas.

Filomena Marques afirma que



Laura Clarimundo

o surgimento da pandemia de covid-19 obrigou a um reforço inicial de medicamentos, cenário que também acontece nesta época de final de ano. Enquanto hospital central, Filomena Marques salienta que muitos estabelecimentos de saúde recorrem a este Setor para pedir empréstimos, mas quando o papel se inverte "poucos hospitais têm medicamentos nas quantidades necessárias para nos emprestar". Esta condicionante "torna a gestão mais difícil, tentando sempre que nada falte ao doente", sublinha, elucidando que é feito "um exercício de gestão de stocks a todo o momento".

Laura Clarimundo: "Devido à pandemia, reforçamos a cedência de terapêutica para uma duração superior ao habitual"

Laura Clarimundo tem 46 anos e nasceu no estado americano de Massachusetts. "Tive aulas laboratoriais desde cedo e aí descobri o fascínio pela área", conta. Após estudar na FFUC, trabalhou nos SF de hospitais do arquipélago açoriano e num do continente. Em 2016, integrou a equipa da Farmácia de Ambulatório do Hospital de Santa Maria, que coordena.

Enquanto hospital de referência, Laura Clarimundo sublinha que recebe utentes de norte a sul e ilhas, com as mais diversas patologias. Neste contexto pandémico, salienta que "existiu uma quebra de atendimentos diários presenciais de 400 utentes para cerca de 250, mas reforçamos a cedência de terapêutica para uma duração superior ao habitual".

De forma a salvaguardar a terapêutica dos doentes, apostou-se ainda no Programa de Acesso ao Medicamento Hospitalar (PAM-H), através da sua cedência no domicílio e na farmácia de proximidade, normalmente para três meses".

Com seis pontos de atendimento, a equipa é, atualmente, composta por elementos fixos e outros do Setor de Distribuição do Medicamento, alocados de forma rotativa. Após terem, em maio de 2016, integrado as novas instalações, num espaço maior, a farmacêutica observa que "o mesmo já se torna pequeno para o atual nível de atividade e de diferenciação, que inclui o alargamento da Consulta de Apoio Farmacêutico e do agendamento da cedência de medicação presen-

cial".

O rosto dos fisioterapeutas na luta contra a covid-19

DAR A CONHECER O SEU PAPEL NA GESTÃO E TRATAMENTO DOS DOENTES COM COVID-19 FOI O PRINCIPAL OBJETIVO DA EXPOSIÇÃO ORGANIZADA PELOS FISIOTERAPEUTAS DO HOSPITAL NOSSA SENHORA DO ROSÁRIO, UNIDADE QUE INTEGRA O CH BARREIRO/ /MONTIJO. A INICIATIVA MARCOU O DIA MUNDIAL DA FISIOTERAPIA, ASSINALADO A 8 DE SETEMBRO.

“É uma data para os fisioterapeutas de todo o mundo demonstrarem o valor da profissão na manutenção e/ou melhoria da mobilidade e independência funcional dos utentes”, esclarece Cristina Brandão, coordenadora do Setor de Fisioterapia do Hospital Nossa Senhora do Rosário, que integra o Serviço de Medicina Física e de Reabilitação do CHBM.

constatou-se, durante a nossa prática, a perda de identidade de cada um dos fisioterapeutas. Achámos, então, que seria interessante que os utentes conhecessem os nossos rostos e, principalmente, os sorrisos”.

A nível ambulatório, nos últimos tempos, tem-se destacado o trabalho à distância: “O apoio via telefone ou por *e-mail* foram as ferramentas encontradas durante o estado de

presencial, nomeadamente, quem tem patologia crónica.” E salienta que “esta nova realidade realçou também a importância da autorresponsabilização por parte dos utentes no seu processo de reabilitação”.

Cristina Brandão faz questão de reforçar que, integrados em equipas multidisciplinares, “os fisioterapeutas promovem, com a sua intervenção, a manutenção e/ou



Notícia



O tema da exposição não podia ter sido outro: a reabilitação pós-covid-19 e o papel dos fisioterapeutas no tratamento e gestão de pessoas afetadas pelo vírus. Entretanto, “devido às atuais contingências impostas, que incluem a utilização de equipamento de proteção individual,

emergência e mantemo-lo ainda por existirem grupos aos quais ainda não nos foi possível dar resposta



Fernando Branco da Silva e Cristina Brandão

melhoria da mobilidade, da força muscular e da independência funcional, contribuindo assim para as altas hospitalares mais precoces, com consequente diminuição do risco de infeções hospitalares e rentabilização de camas”.

Para Fernando Branco da Silva, diretor do Serviço de MFR do CHBM, “a Fisioterapia desenvolve uma atividade absolutamente decisiva na reabilitação dos doentes, nas mais variadas patologias, nomeadamente osteoarticular, neurológica e respiratória.”

A propósito do Dia Mundial da Fisioterapia, aquele fisiatra deixa uma mensagem aos fisioterapeutas: “Continuem a preservar no espírito de equipa multidisciplinar e deem continuidade a uma postura de enorme profissionalismo, competência e dedicação pelos doentes, que tem caracterizado a vossa ação.”



PAULA DE SOUSA, PRESIDENTE DA 8.ª CONFERÊNCIA DE VALOR DA APAH:

“Períodos de crise são teste à capacidade de liderança”

PROCURAR QUE “O BRUTAL DESAFIO” DA PANDEMIA SEJA APROVEITADO PARA MELHORAR O SNS FOI O APELO DE PAULA DE SOUSA, ADMINISTRADORA HOSPITALAR COM 43 ANOS DE CARREIRA, DURANTE A 8.ª CONFERÊNCIA DE VALOR DA APAH, EVENTO A QUE PRESIDIU.

A decorrer em modelo híbrido, de forma presencial e online, entre os dias 19 e 23 de outubro, esta reunião da Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares foi subordinada ao tema “Inovar e Liderar na Incerteza”. Paula de Sousa falou aos participantes num vídeo gravado na Maternidade Bissaya Barreto, em Coimbra, onde foi administradora, realçando a importância de quem está à frente das instituições e equipas:

“Os períodos de crise são alturas de teste e de desafio à capacidade de liderança, sendo nestes momentos que nascem e se apagam líderes. Comunicação, resiliência, determinação, capacidade de ver a floresta e não apenas a árvore são as características dos verdadeiros líderes.”

Na sua intervenção, relembrou a atual situação do sistema de saúde, nomeadamente do SNS, destacando “o brutal desafio na área da Saúde Pública”, a que a Europa e o resto do mundo têm procurado dar resposta.

Mas, como mencionou, Portugal conseguiu prevenir várias situações por não ter sido afetado pelo vírus nas fases mais iniciais. “Felizmente, os nossos profissionais de saúde não se viram, como noutros países, com o dilema de selecionar doentes em Cuidados Intensivos.”

Apesar de considerar que o SNS poderá estar mais fragilizado do que antes da pandemia, disse acreditar na sua capacidade, mesmo perante o aumento de novos casos nas últimas semanas. “Temos mais testes, mais camas, mais ventiladores”, lembrou.

Na sua opinião, “impõe-se reorganizar serviços e métodos de trabalho, envolvendo as instituições e seus profissionais – que são o principal capital do SNS –, com vista à elaboração de um plano estratégico nacional que seja galvanizador e que fortaleça

o sistema de saúde”. Para o efeito, “liderar e inovar são fundamentais”.

Doentes não-covid e questões éticas

Paula de Sousa não esqueceu também os doentes não-covid, que têm tido menos acessibilidade a cuidados desde que surgiu a pandemia. E deixou mesmo uma questão: “Os doentes não-covid não terão os mesmos direitos?”



Recordou ainda os números que entretanto vieram a público dando conta que nos meses de março e abril, e comparando com idêntico período de 2019, terá havido, em Portugal, cinco vezes mais óbitos do que os atribuíveis ao coronavírus e muitos mais do que o esperado. “Há autores que consideram mesmo existirem vítimas indiretas da covid-19, o que suscita questões éticas.”

Face ao presente e ao futuro, voltou a frisar que “mesmo os tempos de crise são excelentes oportunidades de mudança”. E lançou o mote: “Seria um desperdício não aproveitar [esta crise] para se aprender e para se corrigir, com conformidade, introdu-

zindo mudanças no SNS.”

Na cerimónia de abertura, à distância, estiveram presentes também Alexandre Lourenço, presidente da APAH, e Carlos Santos, presidente do Conselho de Administração do CHUC. Ambos realçaram o papel de Paula de Sousa na Administração Hospitalar, quer na MBB como noutras unidades hospitalares, nomeadamente no IPO de Coimbra e no Hospital Garcia de Orta, em Almada.

Notícia



25 AUTORES PARTILHAM EM LIVRO A “EXPERIÊNCIA PORTUGUESA”

A Gestão de Saúde Baseada no Valor

A *Gestão de Saúde Baseada no Valor – Casos e Experiência Portuguesa* é o tema do livro lançado no decorrer da 8.ª Conferência de Valor da APAH.



Francisco Ramos e Francisco Rocha Gonçalves com alguns dos autores que colaboraram na obra

Prefaciado por Francisco Ramos, professor da Escola Nacional de Saúde Pública, a coordenação do livro esteve a cargo de Francisco Rocha Gonçalves, que considera ter sido “uma honra coordenar o trabalho de 25 autores talentosos”, desejando que a obra possa servir como “uma inspiração”.

O administrador hospitalar, que integra a coordenação do Grupo de Trabalho Valor Saúde da APAH, fez também questão de destacar ser este “o primeiro livro sobre a gestão de saúde baseada no valor em português”.

“Mesmo com cuidados de saúde de caráter público e universal, a nossa atenção pode centrar-se na questão do valor”, sublinhou Francisco Ramos na apresentação do livro, que se realizou no Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa, onde

decorreu a componente presencial da Conferência da APAH.

Para o responsável, há três pontos que são importantes destacar no livro e que caracterizam preci-



samente a gestão da saúde baseada no valor, sendo o primeiro “a recusa de se trabalhar em silos”.

De acordo com Francisco Ramos, “a atividade individual, muitas vezes superespecializada, dificulta imenso a articulação com outros participantes na prestação de cuidados e, hoje em dia, é do conhecimento comum o efeito perverso desta cultura organizacional”.

ESPECIAL

Este Especial reúne um conjunto de artigos originais relacionados com os temas abordados na 41.ª Reunião Anual da SPAIC - Sociedade Portuguesa de Alergologia e Imunologia Clínica, que se realizou entre 24 e 26 de setembro, em formato exclusivamente digital.

SPAIC

41ª REUNIÃO ANUAL DA SPAIC

24-26 Setembro 2020



41.ª Reunião Anual demonstra vitalidade da SPAIC

Assinalados os 70 anos da Sociedade

Pedro Carreiro Martins

Reunião Anual da SPAIC 2020

Célia Costa

Urticária / angioedema 360°

Cristina Lopes

Definição e classificação da urticária – diagnóstico diferencial

Luís Miguel Borrego

Prevenção das exacerbações da perda de função respiratória da asma

Ana Luísa Reis Ferreira

Update em dessensibilização alimentar/biológicos: quando e como?

Mário Morais de Almeida

Asma/doença alérgica e covid-19

Isabel Carrapatoso

Dermatite de contacto sistémica – níquel

Gustavo Reis

Asma e DPOC

Celso Pereira

Marcha atópica, microbioma e prevenção da doença alérgica

Susana Cadinha / Joana Lopes Barradas

Alergia a fármacos – agentes biológicos

Mariana Lobato

Rinite não alérgica e rinite alérgica local

f

Siga-nos
just news

ESPECIAL 41ª REUNIÃO ANUAL DA SPAIC

24-26
Abril
2020

41.ª Reunião Anual demonstra vitalidade da SPAIC

A 41.ª Reunião Anual da Sociedade Portuguesa de Alergologia e Imunologia Clínica, no final de setembro, foi a primeira na história da SPAIC a decorrer em formato *online*, quando se assinalam os 70 anos da Sociedade.



Na sessão de abertura, Manuel Branco Ferreira realçou que a decisão de se organizar o evento em formato digital teve por base um questionário enviado aos membros da Sociedade: “A SPAIC optou por ouvir os sócios, dando-lhes voz, e mais de 80% escolheram o modelo digital por causa dos riscos associados à pandemia.”

Entretanto, Pedro Carreiro Martins, vice-presidente da SPAIC, sublinhou a participação dos colegas imunológicoalergistas na reunião.



Emília Faria, Manuel Branco Ferreira, Pedro Carreiro Martins e Luís Delgado

“Apesar das dificuldades no exercício da prática clínica e das circunstâncias adversas, recebemos cerca de 100 resumos científicos, um número em linha com o dos anos anteriores.” E acrescentou: “Fica assim demonstrada a vitalidade da nossa Sociedade.”

A Emília Faria, secretária-geral da SPAIC, coube a tarefa de apresentar os vencedores dos Prémios/Bolsas SPAIC 2020, mas antes fez questão de deixar algumas palavras de homenagem a Luís Delgado, presidente de Honra da 41.ª Reunião Anual da SPAIC:

“O Professor desenvolveu um papel fundamental nos últimos anos, particularmente em duas áreas de excelência: investigação e interface clínico-laboratorial e na projeção da Imunologia nacional além-fronteiras.”

Mais do que agradecer, Luís Delgado lembrou os 70 anos da Sociedade e como “a próxima década terá novos

desafios”, por causa da pandemia de covid-19. Relembrou ainda a importância da Imunologia na saúde. “Como dizia o nosso primeiro presidente, Adelino Padesca, as doenças alérgicas não são doenças em si, daí que não haja nenhuma área na Medicina onde a alergia não tenha implicações.”

Na abertura da 41.ª Reunião foi ainda feita referência à Bolsa SPAIC de Investigação Clínico-Laboratorial Palma Carlos, cujas candidaturas decorrem até 31 de janeiro de 2021, e à sessão SPAIC/World Allergy Organization (WAO) sobre “Pandemia e alergia”, que decorreria no último dia do evento.

Quem também se juntou à Reunião foi a Associação Portuguesa de Asmáticos, a ADERMAP – Associação Dermatite Atópica Portugal, a Associação de Doentes com Angioedema Hereditário e a Associação Portuguesa de Doentes com Imunodeficiências Primárias.

VENCEDORES DOS PRÉMIOS SPAIC 2020

Prémio SPAIC-AstraZeneca

“PASMA 20-30: Paineiro online de doentes para vigilância do controlo da asma 2020-2030” - Autores: Ana Sá-Sousa, Ana Margarida Pereira, João Marques, Nuno Neuparth, João Almeida Fonseca, Cristina Jácome (estudo multicêntrico, numa parceria entre FMUP, Serviço de Imunoalergologia da CUF Porto, Serviço de Imunoalergologia do CHULC-HDE, CEDOC-NMS e Centro de Investigação do Porto)

Prémio SPAIC-Diater

1.º Prémio ex-(aequo)

“Key elements in hypersensitivity reactions to chemotherapy: experience with rapid drug desensitization in gynaecological cancer in a tertiary hospital” - Autores: Iolanda Coutinho, Filipa C. Sousa, Francisca Cunha, Cristina Frutuoso, Carmelita Ribeiro, Carlos Loureiro, Fernanda Águas e Ana Todo Bom (Serviço de Imunoalergologia e Departamento de Ginecologia, CHUC)

“Rapid desensitization to acetylsalicylic acid in patients with ischemic heart disease: 10-year experience of a Portuguese allergy department” - Autores: Rita Brás, Joana Caiado, Pedro Canas da Silva e Elisa Pedro (serviços de Imunoalergologia e de Cardiologia, CHULN-HSM)

Prémio Roxall

1.º Prémio

“Self-reported adverse reactions to subcutaneous airborne allergen immunotherapy” - Autores: Ana Margarida Pereira, Mariana Pereira, Luís Miguel Araújo, Maria Graça Castel-Branco, Ana Morête e João Almeida Fonseca (CUF Porto e CINTESIS)

2.º Prémio (ex-aequo)

“Imunoterapia com aeroalergénios em tempos de covid-19” - Autores: Joana Cosme, Amélia Spinola-Santos, Anabela Resende, Susana Marques e Elisa Pedro (CHULN-HSM)

“Imunoterapia subcutânea com aeroalergénios num hospital central em Portugal durante a maior pandemia do século” - Autores: Maria Inês Silva, Amélia Spinola-Santos e Elisa Pedro (HSM-CHULN)

Prémio SPAIC-Tecnifar

“Baixa adesão à terapêutica da asma durante a gravidez” - Autores: Cátia Santa, Eduarda Milheiro Tinoco, Daniela Machado, Inês Franco, Inês Ladeira e Ricardo Lima (serviços de Imunoalergologia e de Pneumologia do CHVNG/E)

Reunião Anual da SPAIC 2020

Pedro Carreiro Martins
Vice-presidente da SPAIC

Decorreu de 24 a 26 de setembro de 2020 a 41.ª Reunião Anual da SPAIC, subordinada ao tema: “Alergia e Saúde Global”. Foi uma reunião que começou a ser preparada há um ano e que, em virtude dos tempos conturbados em que vivemos, teve de ser reinventada para um formato totalmente digital. Nesta tomada de decisão difícil, tivemos o cuidado de auscultar a opinião dos nossos sócios, que manifestaram, na sua grande maioria, vontade de que esta decorresse num modelo à distância.

Depois da experiência da Reunião da Primavera, este ano organizada excepcionalmente no mês de julho, num formato também digital, a 41.ª Reunião Anual da SPAIC tornou-se, assim, a primeira reunião anual “virtual” da SPAIC. Foi, sem dúvida alguma, um formato menos atrativo que o de uma reunião presencial, longe do convívio e da partilha de experiências entre colegas, mas que contou com um programa de elevado nível científico, estruturado com base nas várias propostas dos grupos de interesse da SPAIC.

A reunião iniciou-se no dia 24 de setembro com a sessão de abertura e duas sessões de comunicações orais, a que se seguiram depois dois cursos: “Imunoterapia com Alergénios” e “Como tornar-se um Urticariologista”. Nos dias 25 e 26 decorreram diferentes tipos de sessões, com palestrantes de reconhecido mérito, que incluíram mesas redondas, *workshops* teórico-práticos, “*Meet the Professor*”, simpósios e sessões plenárias, que abordaram temas de grande relevância. Encerrámos o congresso numa parceria SPAIC-WAO (World Allergy Organization), com o tema “Pandemia e Alergia”.

Apesar das limitações e dos problemas técnicos inerentes a este tipo de reuniões digitais, podemos afirmar que a 41.ª Reunião Anual da SPAIC superou as nossas melhores expectativas. Começando pelo número de congressistas, mais de 400, que participaram ativamente em todas as sessões, distribuídas por duas salas virtuais.

De salientar que, apesar das dificuldades que os nossos sócios têm enfrentado no exercício da sua prática clínica, mesmo nas circunstâncias adversas em que vivemos, recebemos 100 resumos científicos, número que está em linha com anos anteriores e que demonstra a vitalidade da nossa Sociedade. Estes trabalhos

distribuíram-se por quatro sessões de comunicações orais e seis sessões de e-pósteres. A pré-gravação das apresentações, com discussão em direto no dia do congresso, foi a opção uti-

lizada na generalidade das sessões.

O sucesso da 41.ª Reunião Anual da SPAIC deveu-se, sem dúvida, a um conjunto alargado de parceiros, destacando-se o imprescindível apoio da

indústria farmacêutica e a sua imediata disponibilidade para colaborar connosco na sua realização em formato digital.

Uma palavra de agradecimento a

todos os palestrantes e moderadores pelo esforço acrescido que tiveram na preparação das suas apresentações e aos nossos sócios pela dedicação e confiança que têm na SPAIC.

Fundada há 70 anos como Sociedade Portuguesa de Alergia

Assinalar 70 anos da SPAIC é “uma honra”, mas também “um enorme sentido de responsabilidade” para Manuel Branco Ferreira, seu presidente. Em declarações à *Just News*, sublinha ainda “o percurso coletivo com provas dadas” da SPAIC, fundada em 10 de julho de 1956, com o nome de Sociedade Portuguesa de Alergia.



Manuel Branco Ferreira

“Tendo nascido da visão de alguns dos seus sócios fundadores, cresceu e desenvolveu-se de uma forma extraor-

dinária, acompanhando quer a evolução de uma ciência básica, a Imunologia, quer a necessidade crescente de prestar cuidados médicos de qualidade a uma percentagem cada vez maior de doentes alérgicos que existem nas nossas sociedades”, refere.

Para o responsável, cabe a todos os presidentes da SPAIC “tentar garantir que esse caminho continua a ser trilhado com êxito e com um crescimento sustentado”.

A assinalar a efeméride, foram organizadas várias iniciativas. No dia do aniversário, foi lançada uma *newsletter* com depoimentos dos vários presidentes e a sua visão sobre a Sociedade nos dias de hoje. Entretanto, a *Revista Portuguesa de Imunologia*, “um projeto da SPAIC com quase 20 anos de existência”, incluiu um Suplemento dedicado à Rede Portuguesa de Aerobiologia.

Foi também na data do aniversário que se iniciou a divulgação, no site da SPAIC, do repositório de publicações nacionais e internacionais que os sócios fizeram no ano anterior. E, como forma de homenagear o “pai da Imunoalergologia” e anterior presidente da SPAIC, abriu o período de candidatura à Bolsa de Investigação Clínico-Laboratorial PALMA CARLOS 2020-2022, no valor de 45.000

euros, criada especificamente para o referido triénio.

“É uma forma de assinalar o seu

papel central na nossa Sociedade e na Imunoalergologia portuguesa”, especifica Manuel Branco Ferreira,

que ainda trabalhou com Antero da Palma-Carlos no Hospital de Santa Maria, em Lisboa.

Adelino da Costa Padesca

Adelino da Costa Padesca (1887-1967) foi um dos fundadores e 1.º presidente da então Sociedade Portuguesa de Alergia. Especialista em Medicina Interna, foi professor catedrático de Patologia Médica da



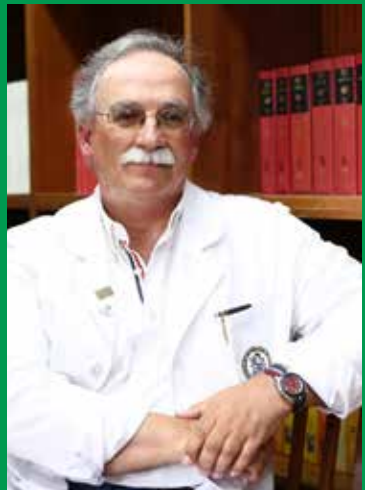
Adelino da Costa Padesca

FMUL, diretor dos Serviços de Clínica Médica dos Hospitais Cívis de Lisboa e diretor do Hospital Escolar de Santa Marta.

Quem tem acompanhado mais de perto o seu percurso é Luís Delgado, ex-presidente da SPAIC, que o considera “um ilustre médico”. Relembrando o percurso desta figura de referência, recorda que foi também dinamizador de outras sociedades científicas: Reumatologia, Cardiologia e Ciências Médicas de Lisboa.

Fez ainda estágios clínicos em Paris (Hôpital St. Antoine) e Londres (Mount Vem Hospital) e, entre as suas publicações científicas, muitas ligadas à semiologia pulmonar e cardíaca, contam-se algumas que marcam o advento da Alergologia como Ciência Médica.

Dos vários trabalhos publicados e apresentados, Luís Delgado destaca o referente à sensibilização alérgica à penicilina e ao impacto sistémico da alergia: “É notória a ideia base



Luís Delgado

que hoje ainda sentimos na nossa prática como imunoalergologistas; se a alergia não é propriamente uma doença, não há um único ramo da medicina clínica que esteja isento dos seus fenómenos.”



ESPECIAL 41ª REUNIÃO ANUAL DA SPAIC

24-28
2020

Urticária / angioedema 360°



Célia Costa

Coord. das unidades de Urticária e de Alergia Alimentar do Serv. Imunoalergologia do CHULN – HSM. Membro do Grupo Português de Estudos de Urticária e do Grupo de Interesse de Alergia Cutânea da SPAIC

Urticária/angioedema é uma síndrome heterogênea com uma grande variedade de causas subjacentes, desencadeadas por uma diversidade de fatores, com uma apresentação clínica variável, que se caracteriza pelo aparecimento de lesões cutâneas maculopapulares associadas ou não a angioedema, ou angioedema isolado.

Esta patologia é frequente, pois, afeta entre 15%-25% da população a nível mundial, pelo menos uma vez na vida, podendo surgir em qualquer idade. No entanto, quando falamos de complexidade, diferentes fenótipos e provavelmente múltiplos endótipos, impacto na qualidade de vida (QoL), elevados custos de saúde, abordagem diagnóstica e terapêutica desafiante estamos a referir-nos à urticária crónica (UC).

Embora se desconheça a real prevalência, a UC tem uma prevalência estimada de 0,5 a 5%, com uma incidência anual de 1,4% e um pico de

incidência entre os 20 e os 40 anos de idade, sendo duas vezes mais prevalente no sexo feminino. O diagnóstico é clínico, através das características das lesões cutâneas. Quando persistem por mais de 6 semanas, define-se como UC.

Esta subdivide-se em espontânea (UCE) ou indutível (UCInd), consoante os sintomas ocorram espontaneamente ou em resposta a estímulos específicos (frio, calor, pressão, etc.). Embora 2/3 dos casos sejam UCE, na maioria dos doentes coexiste mais do que um tipo de UC. A fisiopatologia da UCE é complexa, multifatorial e vários mecanismos têm vindo a ser descritos. Os mecanismos autoimunes, provavelmente presentes em até cerca de 50% dos doentes com UCE, podem ser do tipo I (autoalergia), mediados por autoanticorpos IgE anti-autoantígenos, ou do tipo II, mediados por autoanticorpos IgG anti-FcRI e/ou anti-IgE.

Os doentes com UCE não controlada têm uma diminuição significativa da QoL, devido aos seus sintomas, potencialmente incapacitantes, que podem persistir por vários anos e condicionam vários aspetos da vida diária, a nível físico, emocional, social e económico. Estudos de vida real mostram que muitos doentes com UCE continuam subtratados, com elevado consumo de recursos e impacto na QoL.

A atividade/gravidade da urticária e resposta à terapêutica, seu controlo e impacto na QoL devem ser documentados na prática clínica diária, através de questionários validados – *Patient Reported Outcomes* (PRO). O objetivo do tratamento da urticária/angioedema é, independentemente da causa, alcançar o controlo total e rápido dos sintomas com recurso a fármacos eficazes e seguros, numa escalada terapêutica progressiva, de acordo com as últimas recomenda-

ções nacionais (Grupo Português de Estudos de Urticária-GPEU) e europeias (EAACI/GA²LEN/EDF/WAO).

Os anti-histamínicos H1 não sedativos de segunda geração são os fármacos de 1.ª e 2.ª linha, na dose até 4 vezes/dia, sendo o omalizumab, um anticorpo monoclonal anti-IgE, a terapêutica de 3.ª linha, cuja aprovação em 2014 revolucionou o tratamento da UCE, pela eficácia e segurança demonstradas.

No entanto, a parcial ou ausência de resposta em alguns doentes e a atualização permanente do conhecimento da fisiopatologia da urticária/angioedema tem estimulado a procura de tratamentos alternativos.

O melhor conhecimento da fisiopatologia da urticária permite a identificação de biomarcadores de atividade, gravidade e prognóstico, assim como a investigação de terapêuticas mais adequadas ao mecanismo subjacente.



Ana Luísa Reis Ferreira

Imunoalergologista do CHV de Vila Nova de Gaia / Espinho

Alergia alimentar é uma patologia potencialmente fatal, cujo tratamento tem sido a evicção do alérgeno e o tratamento das reações. Nos últimos anos, a indução de tolerância a alimentos tem sido utilizada em múltiplos centros, tendo em conta o seu potencial modificador da doença, sendo o único tratamento ativo disponível para os doentes com alergia alimentar.

No entanto, este procedimento não é isento de riscos, podendo ocorrer reações graves, especialmente nas fases de incremento de dose, em contexto hospitalar, mas também durante a manutenção, na comunidade. O risco de reações graves e a presença de comorbidades, como asma não controlada, dificultam e, por vezes, inviabilizam a realização de indução de tolerância nos doentes com alergia alimentar mais grave e que, potencialmente, mais beneficiariam deste procedimento.

Numa tentativa de aumentar a segurança e exequibilidade da indução de tolerância a alimentos, e tendo em conta o seu mecanismo de ação e o reportado aumento da dose de alimento alergénico tolerada em doentes com alergia alimentar sob omalizumab por asma grave, foram surgindo reportes de casos e, posteriormente, ensaios clínicos com a utilização deste biológico durante a indução de tolerância a alimentos.

Estes confirmaram que a utilização de omalizumab antes e durante a fase de iniciação dos protocolos de indução de tolerância diminuiu a frequência de reações, nomeadamente, reações graves, e permitiu atingir a dose de manutenção num maior número de doentes e mais rapidamente. A utilização de omalizumab parece, particularmente, promissora em doentes com alergia alimentar múltipla, habitualmente doentes mais graves, facilitando a indução de tolerância a múltiplos alimentos.

Apesar dos resultados positivos, estes estudos vieram demonstrar que o omalizumab não aumenta a probabilidade de atingir tolerância sustentada ao alimento. Mais recentemente, estão a decorrer ensaios clínicos com outros biológicos, nomeadamente, com dupilumab e etokimab (anti-IL33), que demonstram também um aumento do limiar de tolerabilidade ao alimento alergénico.

Sendo a utilização de biológicos durante a indução de tolerância a ali-

mentos uma estratégia promissora em doentes com alergia alimentar grave, consensual nos casos em que a indução de tolerância não foi possível pela

gravidade da doença ou comorbidades, importa realçar que estão ainda por esclarecer quais os doentes que mais beneficiam desta abordagem.

É fundamental definir protocolos de utilização, nomeadamente, doses e esquemas posológicos (quando iniciar e suspender), e clarificar critérios de

gravidade, evitando gastos e terapêuticas desnecessárias, sem submeter a procedimentos de risco doentes que poderiam beneficiar desta abordagem *ab initio*.

Prevenção das exacerbações da perda de função respiratória da asma



Luís Miguel Borrego

Professor auxiliar com agregação da Nova Medical School. Diretor do Serviço de Imunoalergologia do Hospital da Luz Lisboa

Para se evitar a exacerbação, é fundamental ter um plano escrito para o doente, ter a certeza da boa adesão à terapêutica e uma técnica inalatória que seja a mais adequada.

É essencial a educação, a monitorização, a adesão terapêutica e a evicção de fumo do tabaco, do próprio e, no caso das crianças, do fumo passivo dos pais.

A prevenção das exacerbações é, por si só, um fator de prevenção da perda de função pulmonar, ainda que se reconheça que um grupo de crianças mantém sempre uma função pulmonar alterada desde o nascimento até à idade adulta.

A asma brônquica é uma doença inflamatória crónica com períodos de exacerbação.

De qualquer modo, é muito importante monitorizar a função respiratória, porquanto, permite aferir e monitorizar a adesão/eficácia da terapêutica instituída, bem como o risco de exacerbação e de perda de função pulmonar, que se deve sempre evitar.

Definição e classificação da urticária – diagnóstico diferencial



Cristina Lopes

Coordenadora do Grupo de Interesse de Alergia Cutânea da SPAIC

pode associar-se angioedema, sendo que, nestas situações, o prurido é substituído por sensação de dor ou queimadura. Quando a urticária dura até 6 semanas chama-se urticária aguda, mas se durar mais de 6 semanas designa-se como urticária crónica.

Cerca de 20-30% da população pode ter urticária, pelo menos, uma vez na vida. A maioria dos casos é de urticária aguda, cerca de 1% da população geral tem urticária crónica.

A urticária, classicamente descrita como uma doença cutânea com etiologia multifatorial, deve ser entendida como uma síndrome.

Dentro das causas mais frequentes de urticária aguda temos: infeção (vírus, frequente em crianças, mas ocorre também em adultos), alergia a alimentos, medicamentos ou picada de insetos (surge habitualmente até 2h após ingestão/exposição e desaparece em média após 8-12h; se ocorrerem sintomas de outros órgãos em simultâneo, como, por exemplo, dificuldade respiratória, dor abdominal e vômito, tonturas e prostração, deve suspeitar-se de anafilaxia).

Relativamente às urticárias cró-

nicas, a urticária crónica espontânea (UCE) é o tipo mais comum e está associada à ativação de mastócitos de forma inespecífica ou dos recetores de IgE (autoantígenos, anticorpos IgG anti-IgE ou antirrecetores de IgE). Muitas vezes não é possível saber para cada doente quanto tempo vai durar a sua urticária, sendo que o valor de IgE total, a presença de angioedema, a presença de doenças autoimunes, como tireoideite autoimune, e a pouca resposta clínica a antihistamínicos estão associados a maior duração da doença.

As urticárias indutíveis são urticárias crónicas que surgem em resposta a variados estímulos físicos e específicos: dermatografismo (por fricção ou coçar a pele surgem pápulas imediatas) ao frio; de pressão retardada, solar, ao calor, angioedema vibratório, aquagénica, colinérgica (por aumento da temperatura corporal de origem interna – febre, exercício, stress – ou externa – banho quente, calor ambiente) e de contacto (nos locais de contacto com substâncias a que a pessoa é alérgica, como animais, plantas, medicamentos, cosméticos, alimentos, etc.).

O principal diagnóstico diferencial surge quando as lesões duram mais de 24h ou estão associadas a queixas sistémicas de artralgias, emagrecimento, alterações analíticas, sendo necessário excluir doenças autoimunes, como lúpus eritematoso sistémico, ou autoinflamatórias. Outros diagnósticos diferenciais podem ser as picadas de insetos e a reação de hipersensibilidade a fármacos.



Asma/doença alérgica e covid-19



Mário Morais de Almeida
Coord. do Centro de Imunoalergologia do Hospital CUF Descobertas.
Secretário-geral da World Allergy Organization

Um novo coronavírus surgiu em Wuhan, na China, no final de 2019, tendo chegado rapidamente a outros países do mundo. Face à gravidade da situação e ao aumento de infetados nos vários continentes, a Organização Mundial de Saúde (OMS) declarou a pandemia em 11 de março de 2020.

Idosos e pessoas com doenças crónicas foram logo identificados

como mais suscetíveis à infeção, mas segundo resultados dos primeiros estudos epidemiológicos realizados na China e em Itália, aparentemente, não se identificou a asma ou as doenças alérgicas em geral como estando associadas quer a um maior risco, quer às manifestações mais graves da covid-19. As doenças cardiovasculares, a hipertensão, a obesidade e a diabetes eram, pelo contrário, comuns nas formas mais graves, estando, inclusive, associadas a maior mortalidade.

Apesar de ainda ser necessário realizar mais estudos e de se terem verificado resultados diferentes, nomeadamente nos EUA e no Reino Unido, não existe, para já, uma forte evidência de que os asmáticos alérgicos tenham um risco maior de ter formas mais graves da covid-19, apesar da incidência ser semelhante à da população em geral. Tal como em prévias síndromes respiratórias agudas severas – SARS em 2003 e MERS em 2013 –, as pessoas com asma, especialmente as crianças, parecem ter menos suscetibilidade a coronavírus. A justificação poderá estar no efeito da inflamação T2, muito frequente na doença asmática, bem como nas

medidas terapêuticas que usamos para a controlar.

Independentemente destas conclusões, que pressupõem a necessidade de se realizarem mais estudos nos próximos tempos, com particular destaque para o estudo de uma possível evolução mais desfavorável nos doentes asmáticos não alérgicos, o mais importante agora é transmitir

É fundamental que se mantenha a monitorização e o apoio ao doente asmático/alérgico, mesmo numa altura em que sabemos que o acesso aos cuidados de saúde nem sempre está facilitado.

às pessoas com asma e aos seus cuidadores que devem manter a sua asma/alergia controladas.

Inicialmente, surgiram alguns receios na comunidade científica quanto ao uso de corticosteroides inalados e mesmo aos biológicos indicados nas asma mais graves. Sabe-se que estas terapêuticas devem manter-se, podendo até ter um efeito benéfico nos casos de infeção por SARS-CoV-2.

O mesmo não acontece com os nebulizadores, que, por aumentarem o risco de transmissão do vírus, nunca deverão ser usados para administrar broncodilatadores nas agudizações asmáticas.

É fundamental, assim, que se mantenha a monitorização e o apoio ao doente asmático/alérgico, mesmo numa altura em que sabemos que o acesso aos cuidados de saúde nem sempre está facilitado. A telessaúde é, por isso, uma nova resposta neste “novo normal” para que se garanta o controlo da doença. Nos casos mais complexos, poderá optar-se inevitavelmente pelo contacto presencial, com as devidas medidas de segurança e higiene, respeitando o uso de

equipamentos de proteção individual (EPI).

Os testes de avaliação da função respiratória poderão ter de ser adiados, mas nunca deixarão de ser uma prioridade na monitorização da asma.

Caso o doente asmático / alérgico seja infetado, o tratamento para a covid-19 será provavelmente compatível com o da doença alérgica, mas a decisão de manter ou protelar a terapêutica deve ser tomada com base na situação clínica de cada indivíduo e sempre pela equipa multidisciplinar.

Em qualquer caso, e em cada momento, o médico deve sempre transmitir ao doente a importância da adesão terapêutica, do uso correto dos inaladores e da evicção de todos os agentes irritantes e poluentes que podem agravar a asma e as doenças alérgicas que são tão prevalentes, não esquecendo particularmente o tabagismo ativo e o passivo. Finalmente, deve ser garantido que existe um plano de ação escrito e que se tem acesso à medicação necessária, estimulando a prática de alguns exercícios respiratórios, e que se possa manter o contacto com o imunoalergologista.

Asma e DPOC



Gustavo Reis
Pneumologista, Hospital Distrital de Santarém

A sobreposição de asma e doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC) num mesmo indivíduo é um tema que, apesar de abordado desde a década de 50, foi alvo de interesse renovado quando em 2014 o documento da GINA (*Global Initiative Asthma*) lhe dedicou um capítulo.

Atualmente, reconhecendo-se que não constitui uma entidade própria, mas antes uma sobreposição das duas patologias, o termo “síndrome” foi abolido, designando-se apenas sobreposição asma/DPOC (ACO).

Estes doentes, em que coexistem características de uma e de outra doença, apresentam mais episódios de exacerbação e maior declínio da função pulmonar, o que acarreta mais idas às urgências e (re)hospitalizações e, por conseguinte, menor qualidade de vida e maior mobilidade e mortalidade. Face a esta realidade, é importante que os médicos estejam particularmente atentos ao diagnóstico e tratamento deste grupo específico de doentes.

Como em qualquer patologia, os estilos de vida são fundamentais.

Não havendo, por enquanto, critérios definidos para o diagnóstico, apesar das várias propostas de diferentes sociedades científicas, o documento da GINA recomenda que se procurem ativamente características de cada uma das patologias e, em caso de equilíbrio, se estabeleça o diagnóstico de ACO. Uma situação comum, a título de exemplo, é a de um indivíduo asmático desde a infância, que acaba por vir a desenvolver DPOC por exposição tabágica continuada.

Identificar corretamente estes doentes é importante não só pelo seu pior prognóstico, mas também pelas implicações que daí decorrem a nível terapêutico. Numa época em que temos cada vez mais informação sobre como personalizar a terapêutica do doente com DPOC, este é um aspeto fundamental. Se, de facto, na DPOC os broncodilatadores assumem um papel central, encontrando-se o corticoide inalado reservado para situações

cada vez melhor definidas, no caso dos doentes diagnosticados com sobreposição asma/DPOC, a terapêutica com corticoide inalado deve ser considerada.

Como em qualquer patologia, os

estilos de vida são fundamentais e, paralelamente à farmacologia, os doentes devem alterar comportamentos de risco, particularmente o tabagismo. A prática regular de exercício físico é ou-

tro ponto que não pode ser esquecido, assim como a evicção a alérgenos e a imunização com a vacina da gripe e a antipneumocócica.

Outro aspeto a não descurar e

cada vez mais pertinente com o confinamento é a qualidade do ar, quer em casa como no local de trabalho, podendo ter um impacto significativo no controlo da patologia respiratória.

Dermatite de contacto sistémica – níquel



Isabel Carrapatoso
Imunoalergologista, Serviço de Imunoalergologia do CHUC

A dermatite de contacto sistémica (DCS) refere-se a uma condição da pele em que um indivíduo que está sensibilizado por via cutânea a um alérgeno irá, subseqüentemente, reagir a esse mesmo alérgeno ou a um alérgeno de reação

cruzada, por uma via diferente/sistémica: oral, intravenosa, intramuscular, inalatória. Ocorre com diversos alérgenos, incluindo metais, medicamentos, alimentos e conservantes.

A dermatite de contacto sistémica ao níquel manifesta-se, frequentemente, como erupção cutânea no local anterior de dermatite ou de um teste de contacto positivo anterior. Outras manifestações cutâneas possíveis são eczema vesicular das mãos, dermatite das flexuras ou lesões maculopapulares, na ausência de exposição cutânea direta conhecida. Para além das erupções cutânea típicas, os doentes podem apresentar sintomas gerais extracutâneos, habitualmente de predomínio gastrointestinal, incluindo náuseas, vômitos e cólicas.

Outros sintomas, como mal-estar geral, cefaleias, rinoconjuntivite e manifestações geniturinárias, podem ocorrer. O diagnóstico de DCS deve ser considerado em qualquer doente com teste de contacto positivo para

alérgenos de contacto que apresenta dermatite em áreas anatómicas que não foram expostas topicamente a esses alérgenos. A ingestão alimentar dos alérgenos implicados pode ser responsável por sintomas não controlados ou persistentes, em doentes com dermatite de contacto prévia que não respondem à evicção tópica e terapêutica convencional da dermatite de contacto.

Os sintomas aparecem de várias horas a alguns dias após a ingestão de quantidades suficientes do alérgeno agressor e desaparecem ao longo de dias. Deve existir uma forte suspeição clínica em doentes com dermatite de contacto, com uma boa adesão à terapêutica e cuja sintomatologia não foi eliminada com a evicção da exposição cutânea.

A síndrome de alergia sistémica ao níquel (SASN) está intimamente relacionada à DCS ao níquel. Na DCS ao níquel, apenas sintomas cutâneos são considerados, mas a maioria dos autores refere que quase todos os

doentes com DCS ao níquel apresentam sintomas gastrintestinais (SASN).

O diagnóstico de DCS/SASN é estabelecido por teste epicutâneo e prova de provocação oral (PPO) positivos. Muitos outros metais são considerados indutores de dermatite sistémica, como cobalto, cromo e zinco, com manifestações cutâneas semelhantes, mas, ao contrário da sensibilidade ao níquel, não estão descritos sintomas gastrintestinais.

A terapêutica da DCS/SASN inclui, para além da evicção do contacto com o metal, cuidados cutâneos gerais, como hidratação cuidada e cremes barreira. O tratamento farmacológico sintomático compreende a toma de anti-histamínicos e a aplicação de anti-inflamatórios tópicos, nomeadamente corticoides. Nos casos mais graves pode tornar-se necessário o recurso a ciclos curtos de corticoterapia sistémica.

Quando estas medidas gerais são insuficientes, recomenda-se dieta restritiva em alimentos com alto teor em

níquel. No caso particular do níquel, foram estudadas dietas nutricionalmente equilibradas, que devem ser seguidas entre 4-8 semanas, até se comprovar a sua eficácia. A grande dificuldade reside na adesão à dieta, já que o níquel existe numa infinidade de alimentos comuns, variando de grãos de cereais, como arroz e aveia, a fontes proteicas, como feijão, lentilha e marisco, abrangendo algumas frutas, vegetais e aromas, como chocolate e café, tornando impossível eliminar completamente o consumo de níquel.

Para complicar ainda mais o quadro, a água potável de diferentes fontes pode conter quantidades muito variáveis de níquel. Cozinhar alimentos ácidos em recipientes de aço inoxidável pode aumentar o teor de níquel dos alimentos. O doente terá que manter esta dieta por toda a vida para não ter sintomas. Vários estudos têm demonstrado eficácia e segurança da terapêutica de hipossensibilização oral ao níquel na DCS/SASN.

Continuamos

a aproximar os profissionais e a valorizar as equipas dos hospitais do SNS.

ESPECIAL

41ª REUNIÃO ANUAL DA SPAIC

24-28 Novembro 2020

Marcha atópica, microbioma e prevenção da doença alérgica



Celso Pereira

Imunologia Clínica, FMUC. Coord. do Grupo de Interesse Alérgicos e Imunoterapia da SPAIC

As doenças alérgicas mediadas por IgE representam uma das patologias crônicas mais prevalentes no ambulatório, particularmente nos grupos pediátricos.

De facto, e em consequência de inúmeros fatores genéticos e de diferentes condicionantes exógenas e ambientais, muitas crianças vêm a expressar muito precocemente manifestações de doença alérgica. Com frequência, um elevado número desenvolve, nos primeiros meses de vida, alergia a alimentos e dermatite atópica, bem como sintomatologia respiratória de asma e rinite. Esta sucessão de acontecimentos clínicos com expressão em diferentes órgãos e sistemas, de uma mesma doença, é o que se se designa por marcha atópica ou alérgica.

Vários documentos do Parlamento Europeu têm manifestado preocupação sobre o que designam por epidemia alérgica, alertando para a necessidade de implementar medidas

de prevenção que até ao presente não têm surtido os resultados esperados.

A semelhança de inúmeras patologias, as implicações do microbioma humana são objeto de enorme investigação também em doenças alérgicas. Efetivamente, a correlação infeção/alergia/infeção está bem identificada na literatura e inúmeros estudos têm caracterizado a disbiose presente nas diferentes apresentações clínicas de doenças alérgicas.

De facto, no humano, cerca de 99% do DNA é exógeno e dependente do microbioma presente já em período fetal e no ambiente placentar. Porém, é no pós-parto que vem a ocorrer uma maior expressão de aquisição, especialização e substituição funcional de uma flora que vem a colonizar todas as estruturas orgânicas. Esse processo é absolutamente crítico no sentido de permitir o designado bom microbioma, que permitirá um adequado estado de saúde em contraponto a alterações precoces que vêm a sustentar e favorecer o aparecimento de doença.

As implicações do microbioma humana são objeto de enorme investigação também em doenças alérgicas.

Muitos trabalhos de investigação demonstram e caracterizam diferentes perfis de filos bacterianos no intestino, que constituem fatores de

risco para permitir muitas das doenças alérgicas que vêm a ocorrer nos primeiros anos de vida, nomeadamente, alergia a alimentos, dermatite atópica, rinite e asma.

Paralelamente, tem sido reconhecida uma estreita correlação entre a disbiose presente no intestino com um perfil, muito bem definido, relativamente à colonização presente nas mucosas alvo de doença alérgica (nasal, ocular, brônquica ou cutânea, entre outras).

Este conhecimento afigura-se de vital importância, tanto mais que poderá futuramente vir a determinar linhas de investigação que possam permitir uma manipulação do microbioma em mucosas específicas e críticas de doença alérgica, à semelhança do que já ocorre com algumas infeções intestinais de enorme gravidade.

Da mesma forma, os estudos do microbioma permitiram comprovar que no lactente uma redução súbita de diferentes géneros de *Faecalibacterium*, *Lachnospira*, *Veillonella* e *Rotifia*, entre os 3 e os 5 meses de vida, é responsável pela designada janela de tolerância imunológica. Essa comprovação veio a permitir a diversificação e a introdução mais precoce de alimentos, vindo a traduzir-se em menor risco de alergia alimentar e dermatite atópica nestas crianças e, particularmente, nas que, pelas condicionantes familiares, eram consideradas de risco acrescido.

Numa área absolutamente fascinante do ponto de vista das ciências básicas e na sua translação à clínica, aguardam-se novas linhas de investigação que possam vir a permitir uma modulação seletiva e personalizada da disbiose na alergia e, desta forma, desempenhar futuramente uma estratégia de prevenção e/ou tratamento.



Mariana Lobato

Interna de Imunoalergologia no CHU de Lisboa Central - HDE. Secretária dos Jovens Imunoalergologistas Portugueses da SPAIC (JIPS)

A rinite é uma patologia inflamatória aguda ou crónica da mucosa nasal que se pode manifestar por prurido e obstrução nasal, rinorreia e estertores. É uma das doenças crónicas mais comuns, afetando mais de 25% da população portuguesa, sendo considerável o impacto negativo na qualidade de vida das pessoas. A rinite aguda é, frequentemente, de etiologia infecciosa viral e autolimitada, acompanhando os processos de coriza.

A rinite crónica pode ser dividida em três grupos: rinite infecciosa, rinite alérgica (RA), rinite não infecciosa e não alérgica (RNA). Esta última, comumente designada apenas por “rinite não alérgica”, pode subdividir-se em vários fenótipos: rinite senil (RS), rinite gustativa (RG), rinite ocupacional (RO), rinite hormonal (RH), rinite induzida por fármacos (RIF), rinite medicamentosa (RM), síndrome de rinite eosinofílica não alérgica (NARES) e rinite idiopática (RI).

A RS aparece mais tardiamente na vida, após os 65 anos, e estima-se que afete cerca de 30% da população portuguesa, sendo o sintoma mais característico a rinorreia aquosa bilateral. A sua fisiopatologia prende-se com uma desregulação neurogénica.

A RG desencadeia-se por estímulos alimentares, muitas vezes por alimentos picantes, ou até apenas mudanças na temperatura de certos alimentos. Pensa-se que derive de uma hiperatividade neurogénica não colinérgica e não adrenérgica da mucosa nasal.

Na RO, a inflamação da mucosa é secundária à exposição a ambientes laborais específicos, associando-se a diferentes alérgenos, bem como a diferentes irritantes inalados.

A RH está associada a alterações hormonais, como o são o ciclo menstrual, a puberdade, a menopausa e a gravidez. A fisiopatologia específica não é bem conhecida e os mecanismos explicativos dependem das hormonas implicadas.

Relativamente à rinite induzida por fármacos, é importante diferenciá-la da rinite medicamentosa. A primeira ocorre como consequência da ação farmacológica de alguns fármacos (anti-inflamatórios não esteroides, beta-bloqueantes, etc.) e a segunda ocorre por abuso da utilização de vasoconstritores tópicos nasais.

A NARES é um fenótipo de rinite não alérgica, onde existe eosinofilia, sendo um dos únicos fenótipos de rinite não alérgica que responde ao tratamento com corticoides intranasais e anti-histamínicos orais.

Finalmente, a RI é a forma mais frequente de RNA crónica e é, geralmente, um diagnóstico de exclusão. Anteriormente conheci-

da como reativa ou vasomotora, os seus sintomas mais frequentes são a obstrução nasal, a rinorreia e os estertores.

Nos últimos 20 anos, identificou-se um novo fenótipo de rinite alérgica, a rinite alérgica local (RAL). Caracteriza-se por sintomas sugestivos de rinite alérgica na ausência de marcadores de atopia (testes cutâneos por picada ou IgE específicas positivas). O que permite diagnós-

A rinite é uma patologia inflamatória aguda ou crónica da mucosa nasal que se pode manifestar por prurido e obstrução nasal, rinorreia e estertores.

ticar esta entidade é uma resposta local nasal a aeroalérgenos, comprovada por uma prova de provocação nasal (PPN) positiva. Como tal, em casos de discrepância entre os resultados de sensibilização e os sintomas descritos na história clínica, a PPN pode ajudar a estabelecer a relevância da sensibilização e o diagnóstico de RAL.

Anteriormente, todas as rinites com testes de sensibilização de ato-

pia negativos eram caracterizadas como rinites não alérgicas. O aparecimento das PPN permitiu a reclassificação das rinites e o surgimento de novas possibilidades terapêuticas

destes doentes.

Estima-se que a prevalência de rinite alérgica local em doentes não atópicos seja superior a 50%. Estes doentes apresentam uma resposta

similar aos doentes com rinite alérgica com relação à terapêutica de 1.ª linha (corticoides intranasais e anti-histamínicos orais/nasais) e a imunoterapia específica já demonstrou ser

também uma boa opção terapêutica. A rinite alérgica local e a rinite alérgica podem coexistir num mesmo doente, ao que se chama agora de rinite alérgica dual.

Alergia a fármacos – agentes biológicos



Susana Cadinha

Imunoalergologista, CH de Vila Nova de Gaia / Espinho



Joana Lopes Barradas

Interna de Imunoalergologia, CH de Vila Nova de Gaia / Espinho

tas RH pode levar à descontinuação de tratamentos de 1.ª linha, pelo que o adequado diagnóstico e orientação destes doentes assume um papel fulcral.

Nas últimas décadas, diversos mAbs têm vindo a ser identificados. De acordo com a sua estrutura, podem ser classificados em quiméricos, humanizados, humanos ou proteínas de fusão. De entre aqueles mais frequentemente associados a RH, destacam-se os anti-TNF (infliximab, adalimumab e etanercept), rituximab, trastuzumab e cetuximab.

As RH a mAbs incluem reações relacionadas com a infusão/libertação de citocinas, reações de tipo I, reações mistas (tipo I/libertação de citocinas) e reações de tipo IV. As reações relacionadas com a infusão/libertação de citocinas ocorrem habitualmente na 1.ª administração, são autolimitadas na reexposição e

caracterizam-se por rubor, arrepios, febre, taquicardia, hipertensão, dispneia, náuseas, vômitos e/ou síncope.

Por outro lado, as reações de tipo I ocorrem habitualmente após mais do que uma exposição, caracterizando-se, por vezes, por sintomas

O aumento crescente de mAbs disponíveis no mercado tem-se traduzido num aumento das RH descritas.

semelhantes aos anteriormente descritos e que incluem rubor, prurido, urticária, dispneia, hipotensão e anafilaxia. As reações de tipo IV ocorrem dias a semanas após a administração, podendo traduzir-se por exantema maculopapular ou reações cutâneas graves.

A abordagem diagnóstica ainda não se encontra bem definida e depende do tipo de reação suspeita. Os testes cutâneos, por picada e intradérmicos, permitem estratificar o risco de reação e orientam a restante abordagem, no caso das reações imediatas. A prova de provocação está recomendada em doentes com testes negativos e reações ligeiras.

Em doentes com testes positivos e doentes com reações moderadas a graves, independentemente do resultado dos testes, a primeira abordagem é sempre a realização de

dessensibilização, por forma a garantir a manutenção de tratamento com o máximo de segurança possível para os doentes.

Em doentes com reações relacionadas com a infusão/libertação de citocinas, a administração regular, com recurso à pré-medicação e redução do ritmo de perfusão, permite, na maioria das vezes, que o tratamento seja bem tolerado. Em doentes com reações de tipo IV, geralmente, é necessária a suspensão do tratamento, não havendo segurança para a sua reintrodução.

Em suma, o aumento crescente de mAbs disponíveis no mercado tem-se traduzido num aumento das RH descritas. A referência a estes doentes à consulta de Imunoalergologia é fundamental, por forma a garantir um correto diagnóstico e a manutenção de uma terapêutica de primeira linha.

LIVE
MEDICINA FÍSICA
REABILITAÇÃO

Coração
Vasos

LIVE
MEDICINA INTERNA

WOMEN'S
MEDICINE

LIVE
MEDICINA INTERNA

LIVE
MEDICINA FÍSICA
REABILITAÇÃO

LIVE
MEDICINA FÍSICA
REABILITAÇÃO

WOMEN'S
MEDICINE

Coração
Vasos

Coração
Vasos

LIVE
MEDICINA INTERNA

WOMEN'S
MEDICINE

WOMEN'S
MEDICINE

LIVE
MEDICINA FÍSICA
REABILITAÇÃO

LIVE
MEDICINA INTERNA

LIVE
MEDICINA INTERNA

Coração
Vasos

LIVE
MEDICINA FÍSICA
REABILITAÇÃO

LIVE
MEDICINA FÍSICA
REABILITAÇÃO

WOMEN'S
MEDICINE

Coração
Vasos

