

HOSPITAL Público

A PARTILHA DE BOAS PRÁTICAS

Imunoalergologia do CHULN quer criar 1.ª Unidade de Asma Grave

Consulta foi criada em 2017 e segue 300 doentes



■ P. 26/28



Presidente do CA do CHU do Porto em entrevista

Paulo Barbosa afirma que, ultrapassado o desafio da integração de diversas instituições, "as pessoas sentem-se parte deste CH"

■ P. 8/15

Alexandra Matias

Livro torna evidente que a raridade nos gémeos monozigóticos é serem completamente iguais



■ P. 16



HOSPITAL DE SÃO JOÃO

■ P. 20/25

Modelo cooperativo no tratamento do doente neurocrítico

Os serviços de Neurocirurgia e de Medicina Intensiva do CHUSJ funcionam de forma articulada num espaço renovado. Rui Vaz e José Artur Paiva (na foto) consideram exemplar este processo assistencial integrado.



UCI Neonatais do CHEDV reforça capacidade com novas incubadoras

■ P. 30/31

CH do Tâmega e Sousa

■ P. 18/19

Recém-criada Unidade de Reumatologia inaugura Consulta de Artrite Reumatoide

O grande objetivo é servir melhor os mais de 500.000 habitantes da zona de influência do CHTS. O seu coordenador, Tiago Meirinhos (à dir.ª, na foto), quer ver a Unidade evoluir para Serviço e obter idoneidade formativa.



Serviços Farmacêuticos do CH de Lisboa Ocidental

Um funcionamento **uniforme** com procedimentos **iguais...**

...em três localizações distintas (São Francisco Xavier, Egas Moniz e Santa Cruz), sob a direção de Fátima Falcão

■ P. 32/39



Alexandra Duarte

Os assistentes sociais como agentes de mudança

■ P. 17

Ana Filipa Gomes



■ P. 29

A enfermeira fala da importância da colaboração dos utentes na melhoria dos cuidados de saúde



Colocar a Saúde em Dia, não mascarar os números

“O maior inimigo do conhecimento não é a ignorância, é a ilusão do conhecimento.” A frase inspiradora pertence a Stephen Hawking e foi recordada na apresentação de um estudo feito no âmbito do projeto “Saúde em Dia – Não Mascare a Sua Saúde”, um movimento promovido pela Ordem dos Médicos e pela Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares, com o apoio da Roche. Nunca é demais reconhecer que a pandemia surpreendeu todos os países e todos os sistemas de saúde e que ninguém pode dizer que estava preparado. Contudo, volvidos sete meses desde que foi diagnosticado o primeiro doente em Portugal, é importante alertar que o Ministério da Saúde tem estado muito longe do terreno e demasiado desligado de quem faz o Serviço Nacional de Saúde acontecer todos os dias, para poder liderar com conhecimento de causa este desafio, que exige um esforço extraordinário e o empenho de todos.

As conferências de imprensa da tutela, totalmente focadas nos números da covid-19, continuam a ser uma constante. A Ordem dos Médicos está naturalmente preocupada com a pandemia e com os números crescentes que indicam que estamos a entrar numa segunda vaga, com os hospitais a darem já sinais de grandes dificuldades. Mas a Ordem dos Médicos não esquece, nem pode esquecer, todos os outros doentes. A saúde não pode confinar de novo. Não podemos mascarar os números de quem tem ficado para trás – tampouco se gere uma pandemia com uma mera enumeração de indicadores e sem operacionalização de uma coordenação que continua a faltar. Quem vê a sua diabetes descompensar, quem é confrontado com um novo diagnóstico de cancro ou quem nem sequer consegue aceder a um médico para saber o que pode ter, tem o mesmo direito de ser tratado com qualidade e em tempo útil.

No âmbito do movimento “Saúde em Dia – Não Mascare a Sua Saúde”, temos procurado conhecer a realidade e fazer recomendações. Começamos com uma fotografia preocupante feita pela consultora MOAL: podemos chegar ao final de 2020 com menos 10 milhões de consultas presenciais nos centros de saúde, menos dois milhões nos hospitais e menos 214 mil cirurgias. Aliás, só até julho, já ficaram por fazer 17 milhões de exames complementares de diagnóstico e terapêutica.

Um estudo à população, conduzido pela GfK, com mais de 1000 entrevistas presenciais, corrobora esta dificuldade no acesso, com 57% dos portugueses a considerarem que a pandemia dificultou o contacto com os serviços de saúde. Foram mais de 210 mil os portugueses que se sentiram doentes durante a pandemia e que evitaram recorrer a cuidados de saúde. Os idosos e os doentes crónicos – justamente quem mais precisa – foram os mais afetados. Claro que os contactos telefónicos com os médicos foram uma ajuda importante, mas não podemos chamar-lhes telemedicina ou achar que são a solução final, a não ser para efeitos estatísticos, dando a ilusão que registando tudo como consulta os resultados serão os mesmos. Só menos de 5% das teleconsultas envolveram imagem e dois terços dos portugueses reconhecem que teriam preferido um contacto presencial.

Se queremos colocar a saúde mesmo em dia, precisamos de um plano absolutamente extraordinário e que envolva todos. Precisamos de uma coordenação regional e nacional, que não continue a fazer depender o sucesso da pandemia do empenho individual dos médicos e dos outros profissionais de saúde, que recorrem às suas redes informais de contactos para resolver as situações caso a caso. Isto não é sustentável, muito menos quando o inverno se aproxima a passos largos.

Precisamos de libertar os médicos de família das suas múltiplas atividades centradas na covid-19, para que possam exercer em pleno a sua função junto dos seus doentes não covid-19. É urgente que se chame a este desígnio nacional todo o sistema nacional de saúde e todos os profissionais de saúde, trabalhem eles no setor público, privado ou social. Porque, não nos enganemos, se a nossa economia colapsar, se o nosso País entrar numa crise sem precedentes, seremos todos afetados. E nessa altura será muito difícil justificar que tenhamos alimentado divisões e preconceitos que colocaram o futuro de todos em causa. Não podemos deixar ninguém para trás.

Hospital Público e a busca do tempo perdido

A definição de políticas públicas faz-se através de conhecimento.

Desde abril que são apresentados estudos de diferentes entidades para o excesso de mortalidade por causas não relacionadas com a covid-19. Entidades como a Escola Nacional de Saúde Pública, a Faculdade de Medicina do Porto ou a Faculdade de Medicina de Lisboa alertaram. Mais tarde, o Instituto Nacional de Estatística confirmou.

A 16 de abril, escrevo no *Público*: “A resposta à covid-19 secundarizou a prestação regular de cuidados de saúde (...) o adiamento da prestação de cuidados de saúde conduziu a perdas significativas na saúde e bem-estar das populações ainda não totalmente conhecidas.” Neste artigo, apelo à criação de condições para a reativação da atividade regular dos serviços de saúde de uma forma organizada, através de um SNS dual. Nesta altura, já dezenas de milhares de cirurgias e centenas de milhares de consultas tinham ficado por realizar.

A 7 de maio, a Ministra determina, por despacho, que “cuidados de saúde primários e hospitalares do Serviço Nacional de Saúde devem assegurar a identificação e reagendamento de toda a atividade assistencial programada não realizada por força da pandemia covid-19”. A 6 de junho, através de Resolução do Conselho de Ministros, é aprovado um par de medidas para retomar a atividade, através de incentivos aos profissionais: 7,7 milhões de euros para “recuperar toda a atividade de primeira consulta perdida” e 26 milhões de euros para “recuperação de 25% da atividade cirúrgica de doentes em LIC acima da TMRG”. Após várias insinúas, em plenas férias de verão, precisamente a 14 de julho, é publicada a portaria que permite aos hospitais aplicar os incentivos.

A 31 de julho de 2020, quando comparamos com 2019, ficaram por realizar:

- menos 4,6 milhões de consultas médicas presenciais nos cuidados de saúde primários (-38%);
- menos 40 mil consultas médicas ao domicílio (-34%);
- menos 437 mil utentes que não tiveram pelo menos um contacto com o seu médico (-7%);
- menos 2,3 milhões de contactos de enfermagem nos cuidados de saúde primários (-21%);
- menos 17 milhões de atos realizados em meios complementares de diagnóstico e terapêutica (como exames, análises clínicas ou tratamentos na área da Medicina Física e de Reabilitação);
- menos 26 mil mulheres com mamografia realizada; menos 30 mil rastreios ao cancro do colo do útero; menos 26 mil no rastreio do cancro do cólon e do reto;
- menos 998 mil consultas médicas hospitalares (-14%, nos hospitais os contactos telefónicos não são distinguidos de consultas presenciais);
- menos 99 mil cirurgias (-24%).

No mesmo período, fizeram-se 3,9 milhões de contactos médicos não presenciais (+71%) e mais 400 mil contactos não presenciais de enfermagem (+54%). Essencialmente, telefonemas. Nos hospitais foram realizadas mais 6732 consultas de telemedicina (+40%).

Ao nível dos serviços de Urgência, verificamos uma redução de 990 mil episódios, particularmente triados em emergentes (-18%), muito urgentes (-21%) e urgentes (-27%). Por outro lado, verificamos um crescimento anómalo ao nível de pouco urgentes ou não urgentes. Tem sido sugerido que este crescimento se deve à falta de acesso ao nível dos cuidados de saúde primários. Falta de acesso que implica uma redução das referências para primeiras consultas hospitalares e, consequentemente, das propostas cirúrgicas e outros planos terapêuticos. Contudo, não vimos iniciativas ao nível dos cuidados primários. Mesmo os proclamados incentivos para os hospitais pecam por escassos face à dimensão do problema (e.g. a atividade cirúrgica dos hospitais públicos vale mais de mil milhões de euros e o incentivo é de 26 milhões).

Conscientes do problema, a 8 de setembro, a Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares e a Ordem dos Médicos, com o apoio

(Continua na pág. 6)

Ana Castro preside ao CA do CHUAlgarve

A especialista em Oncologia Médica Ana Castro é, desde 17 de julho, a nova presidente do CA do Centro Hospitalar Universitário do Algarve. Natural de Lisboa, onde nasceu no dia 15 de junho de 1977, é licenciada em Medicina pela Faculdade de Ciências Médicas da UNL. Com competência em Gestão de Serviços de Saúde pela Ordem dos



Médicos, tem uma pós-graduação em Gestão de Serviços de Saúde pela Universidade Católica do Porto. O seu percurso profissional incluiu o Hospital de Braga, o IPO do Porto, o Hospital Beatriz Ângelo e o CHU do Porto, por esta ordem.

Juntamente com Ana Castro, tomaram posse o diretor clínico Joaquim Correia, diretor do Serviço de Neurocirurgia do CHUA, a enfermeira diretora Mariana Santos, a vogal Patrícia Rego, administradora hospitalar, e o vogal Paulo Neves, licenciado em Direito.

O CHUA é constituído pelos hospitais de Faro, Lagos e Portimão e ainda pelo Centro de Medicina Física e de Reabilitação do Sul.

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, 1900-766 Lisboa **Hospital Público é uma publicação da Just News**, de periodicidade bimestral, dirigida a profissionais de saúde, isenta de registo na ERC, ao abrigo do Decreto Regulamentar 8/99, de 9/06, Artigo 12º nº 1A **Tiragem:** 15.000 exemplares **Preço:** 3 euros **Depósito Legal:** 42633/17 **Impressão:** TYPIA – Grupo Monterreina, Área Empresarial Andalucía 28320 Pinto, Madrid, Espanha **Notas:** 1. A reprodução total ou parcial de textos ou fotografias é possível, desde que devidamente autorizada e com referência à Just News 2. Qualquer texto de origem comercial eventualmente publicado neste jornal estará identificado como “Informação”.

Publicações



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

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



Publicação Periódica Híbrida

Continuamos

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





A wide-angle shot of a large audience seated in a theater. The audience members are wearing face masks and are looking towards the front of the room. The theater has blue seats and a stage area visible in the background.

“Vem, assim, preencher uma lacuna de diagnóstico rápido na fase inicial da infecção, e que ocorria com os testes sorológicos de anticorpos IgG e IgM, já que dispõe de uma janela de detecção similar à dos testes PCR”, sublinha Carlos Jorge Monteiro.

PAULO BARBOSA, PRESIDENTE DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO DO CENTRO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO DO PORTO:

“A integração de diferentes instituições é sempre complexa, mas, hoje em dia, as pessoas sentem-se parte deste CH”

O INTERNISTA PAULO BARBOSA, 58 ANOS, JÁ PERCORRE OS CLAUSTROS DO HOSPITAL DE SANTO ANTÓNIO HÁ TRÊS DÉCADAS E HÁ 11 ANOS QUE INTEGRA O CA DO CENTRO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO DO PORTO, PRIMEIRO COMO DIRETOR CLÍNICO E NOS ÚLTIMOS TEMPOS COMO PRESIDENTE. POR SUA SUGESTÃO, O DIRETOR CLÍNICO E OUTROS SEIS MÉDICOS DO CHUP, DE DIFERENTES ESPECIALIDADES, FORAM CONVIDADOS PELA *JUST NEWS* A ASSOCIAR-SE A ESTA ENTREVISTA.

A conversa com Paulo Barbosa aconteceu dia 8 de julho, exatamente uma semana antes de se assinalar o 250.º aniversário do lançamento da 1.ª pedra do Hospital Real de Santo António. Estávamos então em 1770, muito longe da sua inauguração, que ocorreu apenas mais de 50 anos depois, em 1824.

O Santo António é hoje a estrutura base do Centro Hospitalar Universitário do Porto, que agrega o Centro Integrado de Medicina de Ambulatório, inaugurado em maio de 2011, o Centro de Genética Médica Doutor Jacinto de Magalhães, integrado em 2013, e o Centro Materno Infantil do Norte, cuja inauguração parcial ocorreu em 2014, tendo sido finalizado em 2016.

Voltando um pouco atrás no tempo, importa referir que o atual CHUP foi criado em setembro de 2007, como Centro Hospitalar do Porto (CHP), resultando da fusão do Hospital Geral de Santo António com o Hospital Central Especializado de Crianças Maria Pia e a Maternidade Júlio Dinis. Em 2010, absorveu também as valências do Hospital Joaquim Urbano, especializado em

doenças pulmonares e infecciosas.

Paulo Jorge Barbosa Carvalho, que nasceu a 30 de março de 1962, licenciou-se em Medicina pela FMUP, em 1986, mas o internato complementar de Medicina Interna já foi feito no Hospital Geral de Santo António, chegando a ser diretor do Serviço de MI entre setembro de 2008 e junho de 2009. Nessa altura, já era professor auxiliar convidado da disciplina de Clínica Médica do 5.º ano do ICBAS.

Foi diretor clínico do CHUP entre junho de 2009 e novembro de 2016. Sem nunca deixar o Conselho de Administração, assumiu oficialmente as funções de seu presidente a 10 de fevereiro de 2017, sucedendo no cargo a Fernando Sollari Allegro. Este gastroenterologista, que acabou por ser homenageado com o descerramento do seu busto, dirigiu de forma marcante a instituição durante 14 anos, em dois períodos, condicionado pela doença que o atingiu.

Paulo Barbosa, que terminou o mandato no final de 2019, é acompanhado no CA pelo diretor clínico José Barros, 59 anos, neurologista e diretor do Departamento de Neuro-

ciências; o enfermeiro diretor Eduardo Alves, 61 anos; e a vogal executiva Rita Moreira, 40 anos, licenciada em Gestão de Empresas, vice-presidente da ARS Norte até janeiro de 2019. A vogal executiva Élia Costa Gomes, administradora hospitalar, aposentou-se entretanto.

A entrevista decorreu no gabinete de trabalho de Paulo Barbosa, um local do Santo António onde se pode observar como se modernizou o interior de um edifício já tão antigo.

Just News – Assinalam-se neste mês de julho os 250 anos do lançamento da primeira pedra para a construção do Hospital Real de Santo António...

Paulo Barbosa – É verdade. A obra teve início em 1770, no entanto, só terminou oficialmente em 1824, já depois das Invasões Francesas. O arquiteto inglês que projetou o edifício, e que acabou por nunca vir a Portugal, imaginou-o com a fachada em pedra e o resto em tijolo, mas, como este local onde foi erguido era uma antiga pedreira, entendeu-se que devia



ser todo em pedra. Ora, isso fez com que não só se esgotasse mais rapidamente a matéria-prima como fez disparar os custos com a mão-de-obra, fazendo esgotar os fundos disponíveis. Na realidade, só entre o final do séc. XIX e o início do séc. XX é que foi completamente terminado como está agora.

JN – Será, com certeza, um dos hospitais mais antigos do país!

PB – Penso que, em funcionamento, será mesmo o mais antigo. Porque há edifícios anteriores, mas que não foram construídos de raiz para serem hospitais. Começaram por ser mosteiros ou conventos, por exemplo.

JN – É um hospital antigo, mas não velho...

PB – É muito antigo, mas tem sido reformulado e remodelado ao longo dos anos. Nas últimas duas décadas, tem sido feito um esforço muito grande em procurar retomar

o traço original interior do edifício. No exterior não se pode tocar, é um monumento nacional. Particularmente durante a primeira metade do séc. XX, sofreu muitas alterações, sem grandes preocupações estéticas. Hoje em dia não. Começando pelo local onde estamos, vemos bem que houve uma preocupação enorme em manter o aspeto original, adotando uma funcionalidade moderna. Não ocorreu o mesmo em todo o hospital, mas, se formos a muitos serviços, estão completamente reabilitados, mas sem ter sido desvirtuado o espírito do edifício.

JN – O espaço é perfeitamente funcional.

PB – Funcional, mas preservando a história e a traça. Isso traz-nos desafios enormes, desde logo em relação a algumas das obrigações atuais, nomeadamente no que respeita à qualidade do ar. Colocar condutas de ar condicionado e de exaustão e manter a traça não é propriamente fácil. E acarreta custos adicionais.

“Nas últimas duas décadas, tem sido feito um esforço muito grande em procurar retomar o traço original interior do edifício.”

“SOMOS, NESTE MOMENTO, UM CONGLOMERADO DE VÁRIAS INSTITUIÇÕES DE SAÚDE, DAS MAIS VARIADAS ORIGENS”

JN – O hospital acabou depois por crescer para fora do edifício original...

PB – No fim da década de 90 do século passado foi construído o denominado Edifício Dr. Luís de Carvalho, um projeto que já vinha do final da década de 70. Esse, sim, é

(Continua na pág. 10)

CALDAS AFONSO, DIRETOR DO CENTRO MATERNO-INFANTIL DO NORTE

Eis o local onde, desde há um ano, nascem mais portugueses e portuguesas

Caldas Afonso faz um ar de visível satisfação e orgulho quando fala da instituição que dirige, particularmente quando afirma, com ar solene: “Somos uma referência nacional e, desde há um ano, de uma maneira cada vez mais sustentada, o local onde nascem mais portugueses e portuguesas”. Situação que, aliás, criou uma dificuldade adicional, se pensarmos que o acréscimo de nascimentos se verificou, em parte, durante os meses mais críticos da pandemia.

Enquanto, por todo o país, a atividade hospitalar foi reduzida ao mínimo, centrada que esteve na resposta à covid-19, no CMIN houve uma área que, nunca podendo fechar, acabou por ter de ser re-

forçada. “Curiosamente, ou não, o número de partos aumentou comparativamente com o período homólogo de 2019. Com a dificuldade de recursos humanos que tivemos, neste caso, não pudemos sequer criar equipas espelho...”, comenta Caldas Afonso.

O diretor reconhece que, durante dois meses, “90% da nossa atividade esteve preferencialmente direcionada para fazer face à questão da covid”. Houve grávidas com covid-19 que tiveram que ser atendidas e momentos mais críticos de gerir devido a alguns casos de profissionais infetados, que depois levava a que muitos outros tivessem de ficar em quarentena. E, relativamente às crianças, “apesar de



a gravidade sintomática e clínica e de o grau da infeção ser menor, a verdade é que febre e tosse é critério para testar e a grande maioria delas apresenta precisamente es-

ses sintomas quando vem ao médico”.

Na data em que aconteceu esta conversa, no início de julho, Caldas Afonso dizia à *Just News* que o objetivo era “retomar a atividade normal e, o mais rapidamente possível, até ao fim do ano, repor tudo aquilo que teve que sofrer um processo de abrandamento ou mesmo de paragem”. O que, como sublinha, “não é de todo simples, nomeadamente na atividade cirúrgica, ao contrário das consultas, em que é mais fácil por haver ferramentas que antes não utilizávamos e que fazem sentido”.

Caldas Afonso faz questão de deixar claro que a missão do Centro Materno-Infantil do Norte não se li-

mita à parte assistencial: “A nossa responsabilidade em termos de instituição também inclui as componentes formativa e de investigação, através da ferramenta que é o ICBAS.” Aliás, na sua opinião, “só se consegue um bom desempenho assistencial se existir igualmente uma boa atividade de investigação e de formação”.

Se na área da criança e do adolescente a principal responsabilidade do CMIN se prende com a gestão do doente crónico, Caldas Afonso destaca, no âmbito da mulher, “as três unidades de referência, de grande diferenciação nacional e internacional”, ligadas à cirurgia laparoscópica, ao diagnóstico pré-natal e à procriação medicamente assistida.

TERESA COELHO, COORDENADORA DA UNIDADE DE PARAMILOIDOSE

Quando a história da doença em Portugal é muito a história do HG de Santo António

Teresa Coelho nasceu em Lisboa (outubro de 1956), fez o curso de Medicina na Faculdade de Ciências Médicas, mas depois... foi viver e trabalhar para o Porto, mais precisamente, para o Hospital Geral de Santo António. Diz que toda a vida tinha pensado em ir para Medicina Interna, contudo, acabou por ser “captada pela Neurologia” e depois... “identifiquei-me com a paramiloidose, com as doenças mais do sistema nervoso periférico”.

“No final dos anos 80, a paramiloidose era uma doença terrível, que não se tratava, em que os doentes eram considerados muito difíceis”, recorda a neurologista, que afirma ser protagonista de “uma história de muita sorte”. É que, de repente, em



1990 – ano em que, aliás, se tornou especialista –, “os suecos tiveram a ideia brilhante de fazer transplante hepático para tratar estes doentes e logo a seguir começaram os ensaios

com medicamentos que foram tendo algum sucesso”.

Um tanto ou quanto inesperadamente, “uma patologia terrível, que ninguém queria, transformou-se numa doença tratável, com uma grande projeção internacional, e eu ali estava, no meio! Chama-se a isso estar no sítio certo à hora certa!”

A Unidade de Paramiloidose só surge com esta designação há uns 7 anos. Com efeito, Corino de Andrade, que identificou a doença, deixou como herança o denominado Centro de Estudos de Paramiloidose, a funcionar fisicamente no HGSA, mas propriedade do Instituto Nacional de Saúde Ricardo Jorge.

“Ao longo dos anos, foi-se percebendo que era preciso criar uma entida-

de que fizesse a assistência aos doentes, mas que pertencesse ao HGSA. Surgiu assim, em 1993, a Unidade Clínica de Paramiloidose”, explica Teresa Coelho, que em 1997 assumiu a sua coordenação, que mantém ainda hoje.

É fácil perceber a razão pela qual a médica considera que a história da doença em Portugal é muito a história do HG de Santo António. Foi aquele que era, na altura, o seu único neurologista, Corino de Andrade, que “fez o que se considera ser a primeira descrição da doença”. Foram depois dois investigadores do HGSA (Pinho Costa e Maria João Saraiva) que “determinaram o erro genético causador da doença”. Para além disso, em Portugal, “este hospital foi sempre visto como o que se

dedicava à paramiloidose, as famílias sabiam isso e procuravam-nos”.

Na Unidade de Paramiloidose do agora CHUP são seguidos, por ano, 1200 doentes e portadores da mutação sem sintomas e 400 são submetidos a terapêutica medicamentosa, sendo diagnosticados 50-70 novos casos por ano.

Como unidade multidisciplinar, integra mais de duas dezenas de especialistas de várias áreas, 5 enfermeiros e meia dúzia de profissionais que dão apoio em matéria de investigação e ensaios clínicos. Só a assistente técnica e a assistente operacional estão em exclusividade.

E é com orgulho que Teresa Coelho diz: “Os doentes têm uma relação muito próxima connosco!”

(Continuação da pág. 9)

um edifício moderno de 7 pisos. Entretanto, em 1975, ficámos com as instalações do que foi outrora um quartel, cedido pelas Forças Armadas, e onde posteriormente se construiu um edifício para acolher as Consultas Externas. Já neste século, edificou-se o Centro Integrado de Cirurgia de Ambulatório, neste momento, um dos polos fulcrais da produção do hospital, porque mais de 60% das nossas cirurgias são ali realizadas.

Mais recentemente, com base na estrutura da antiga Maternidade Júlio Dinis, construímos o Centro Materno Infantil do Norte, o primeiro do género, integrando a Saúde da Mulher e da Criança. É o edifício mais moderno deste CH, que resultou da extinção do Hospital Especializado de Crianças Maria Pia, do final do séc. XIX, e da Maternidade Júlio Dinis, dos anos 30 do século passado.

“O CICA funciona, de facto, como um hospital, num edifício próprio, e toda a cirurgia de ambulatório do CHUP realiza-se ali.”

Também passámos o Hospital Joaquim Urbano aqui para o 6.º piso, onde estão os serviços de Doenças Infecciosas e de Pneumologia, em instalações modernas e funcionais, que respeitam todas as normas atuais e que incluem quartos de isolamento de pressão negativa. É um bom exemplo da reforma que tem sido feita, de integração das funcionalidades e das exigências da medicina moderna dentro de um edifício neoclássico, sem que se dê por ela.

Isto não é *panache* exclusivo nosso. Os ingleses já o fazem há muito tempo. Os americanos também têm edifícios do séc. XIX que foram readaptados e mantêm a funcionalidade de hospitais, e realmente resulta

bem e é interessante. Claro que, sob o ponto de vista de construção, é mais fácil criar de raiz um hospital moderno, mas isso nem sempre é possível. Torna-se difícil imaginar este edifício transformado noutra coisa que não seja um hospital, quando já tem uma história de 250 anos.

JN – As obras no 6.º piso foram feitas especificamente para acolher as especialidades do Joaquim Urbano?

PB – Todo esse piso, aqui por cima, foi construído de raiz por nós, de forma a para aqui se poder transferir o Joaquim Urbano, o que aconteceu em 2016. Nós ainda temos um outro hospital, melhor dizendo, uma outra valência, que é o Instituto de Genética Médica Doutor Jacinto Magalhães, que também integra o CHUP desde 2013. Somos, neste momento, um conglomerado de várias instituições de saúde, das mais variadas origens.

JN – A integração foi fácil?

PB – A integração de diferentes instituições é sempre complexa. Cada uma delas tem a sua filosofia, o seu bater do coração, e é muito difícil congregar diversas culturas, ainda mais quando têm um historial marcante, como era o caso. O desafio foi grande, mas conseguiu-se. Hoje em dia, as pessoas sentem-se todas parte deste CH.

JN – O Centro Materno Infantil do Norte tem uma autonomia especial?

PB – Não é só o CMIN. Isso também acontece com o Centro Integrado de Cirurgia de Ambulatório. O CMIN, nomeadamente, é maior que muitos hospitais da ARS Norte em número de camas e de profissionais. Nós estamos organizados em departamentos, sendo um facto que o da Mulher e da Criança tem, naturalmente, uma autonomia um pouco diferente. Todos eles têm um plano de atividades com investimentos, contratações, etc., havendo um planeamento que é feito que tenta dar a maior autonomia possível e responsabilizar cada uma dessas áreas. Naturalmente que o CMIN, sendo um hospital em si, inclusivamente, instalado num edifício separado, possui uma logística que, embora integrada na nossa, tem que funcionar autonomamente em muitos aspetos. Terá que ter, obviamente, algum grau

de autonomia, de outra forma seria disfuncional.

JN – Também vê o Centro Integrado de Cirurgia de Ambulatório como um hospital?

PB – O CICA funciona, de facto, como um hospital, num edifício próprio, e toda a cirurgia de ambulatório do CHUP realiza-se ali, incluindo perto de 90% das cirurgias pediátricas. Estamos a falar de 66% da atividade cirúrgica deste Centro Hospitalar, que é muito significativa. Nós fazemos cerca de 33 mil cirurgias por ano.

“VOLTAR A SER UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DEU UM IMPULSO ENORME AO SEU CRESCIMENTO”

JN – Este não é só, pelos vistos, o hospital mais antigo em funcionamento. Foi também o maior do Porto, até à inauguração do São João, em 1959!

PB – Sim. Nessa altura, foi uma fase complicada para o Santo António porque os quadros do São João saíram todos daqui, foi uma autêntica sangria, tal como se perdeu a Faculdade de Medicina, o que teve forte impacto. Só em 1979 se voltou a ter uma faculdade, com a criação da licenciatura de Medicina no ICBAS – Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, inaugurado em 1975. Temos que louvar, nomeadamente, o Prof. Corino de Andrade e toda a área das Neurociências, e não só, como o Dr. Rui Branco, da área da Cirurgia, que resistiram e conseguiram tornar este hospital novamente grande, porque ficou aqui um núcleo fundamental de investigação e, efetivamente, isso foi crucial para a sobrevivência do Santo António.

O voltar a ser um hospital universitário deu, naturalmente, um impulso enorme ao seu crescimento. O ensino é fundamental em tudo na vida. Traz investigação e ainda outra coisa que é muito importante: jovens com um pensamento diferente. Pessoas que formamos, que são irreverentes e, portanto, nos trazem novos desafios não deixam o hospital adormecer porque querem sempre fazer coisas novas. Estimulam os mais velhos para não ficarem para trás. O facto de ser um hospital escola é fundamental para a posição que ocupa atualmente. Eu



acredito que se não tivesse voltado a ter uma Faculdade de Medicina não estaria onde está hoje em dia, sob o ponto de vista do desenvolvimento tecnológico.

O CHUP é a instituição hospitalar que mais aposta em investigação. Já há bastantes anos. Isso tem trazido frutos. Estabelecemos parcerias com diversas faculdades, dos mais diversos ramos. Temos patentes próprias... Isso é muito importante para a dinâmica do próprio hospital.

JN – Como é que explica que o CHUP se destaque no investimento em investigação?

PB – Se olhar para a dimensão do CHUP, é menor, em número de camas, do que o CHU Lisboa Norte e do que o CHU de São João, ou do que o CHU de Coimbra, mas em volume de produção não é tão inferior assim. E há áreas, nomeadamente no ambulatório, em que nós estamos a par desses hospitais, até somos superiores em

produção. Grande parte dos casos que, hoje em dia, seguimos não é de internamento. Felizmente, são doentes de ambulatório, ou seja, pessoas que não precisam de estar internadas para serem diagnosticadas ou tratadas. Veja-se o grande volume de doenças crónicas que temos, em grande parte devido ao envelhecimento da população, que fez crescer muito o ambulatório. Neste aspeto, somos claramente um hospital de enorme dimensão, portanto, é natural que isso traga muita investigação. Temos 16 centros de referência e eles estão, naturalmente, vocacionados para promover a investigação.

JN – Pode-se dizer que o CHUP é o CH n.º 2 do Porto?

PB – Nada disso. O que se passa é que nós somos mais diferenciados numas áreas e o CHUSJ noutras. Veja-se a questão dos transplantes hepáticos, que só são realizados aqui, no Santo António, ou, por exemplo, a cirurgia cardiotorácica, que se realiza



Conselho de Administração do CHUP. Paulo Barbosa (presidente) ❶, José Barros (diretor clínico) ❷, Rita Moreira (vocal) ❸ e Eduardo Alves (enfermeiro diretor), ausente da foto



no São João. Também depende, por vezes, da história de cada instituição. No caso da paramiloidose, por exemplo, doença para cuja identificação, a nível mundial, o Prof. Corino de Andrade contribuiu de forma decisiva, existem dois centros de paramiloidose no país, aqui e no Hospital de Santa Maria. Por razões regionais, epidemiológicas, grande parte destes doentes é da bacia da Póvoa de Varzim ou da Figueira da Foz, o que faz com que mais de 90% sejam seguidos aqui no Santo António. É realmente uma área muito diferenciada e em que, hoje em dia, os tratamentos disponíveis têm um impacto gigantesco na fatura com a terapêutica administrada em ambulatório.

“ERA PRECISO CRIAR UM NOME COM O QUAL TODA A GENTE SE IDENTIFICASSE”

JN – Quem é que, em 2007, “batizou” este CH como Centro Hospitalar do Porto?

PB – Isso deve-se ao Dr. Sollari

(Continua na pág. 12)

Produção em 2019

- Lotação: 765 camas (taxa de ocupação de 96,2%)
- Doentes internados: 33.489
- Doentes operados: 40.140 (66% em ambulatório)
- Partos: 3523 (26% de cesarianas); maior matemidade de Portugal.
- Consultas médicas: 701.227 (27% primeiras)
- Consultas não médicas: 19.670
- Sessões de hospital de dia: 72.679
- Sessões de hemodiálise: 7296
- Investimento em I&D: 8 milhões de euros/ano (dados da Direção-Geral de Estatísticas da Educação e da Ciência).
- Artigos indexadas na PubMed: 218/ano; 31% no primeiro quartil; 995 pontos cumulativos de FI.

Estrutura clínica

- Centro de Genética Médica Jacinto de Magalhães
- Centro de Transplantação
- Centro Integrado de Cirurgia de Ambulatório
- Centro Materno Infantil do Norte Dr. Albino Aroso
- Departamento de Anestesiologia, Cuidados Intensivos e Emergência
- Departamento de Cirurgia
- Departamento de Imagiologia
- Departamento de Medicina
- Departamento de Neurociências
- Departamento de Ortofisioterapia
- Departamento de Patologia
- Serviço de Urgência
- Departamento da Qualidade
- Departamento de Ensino, Formação e Investigação
- Departamento do Ensino Médico Pré-Graduado

Centros de Referência

- Cancro do esófago
- Cancro hepatobiliopancreático
- Cancro do reto
- Cancro do testículo
- Coagulopatias congénitas
- Doenças hereditárias de metabolismo
- Epilepsias refratárias
- Fibrose quística
- Implantes cocleares
- Neurorradiologia de intervenção no AVC
- Paramiloidose
- Sarcomas de partes moles e ósseos
- Transplante hepático
- Transplante de pâncreas
- Transplante renal pediátrico
- Transplante renal de adultos
- Em redes europeias: 6

SEVERO TORRES, DIRETOR DO SERVIÇO DE CARDIOLOGIA

Acesso a 1.ª consulta conseguido a 100% no tempo máximo de resposta garantido

Com um total de 16.587 consultas realizadas em 2019, o Serviço de Cardiologia do CHUP orgulha-se de ter conseguido assegurar a acessibilidade a uma primeira consulta em 100% dos casos dentro do tempo máximo de resposta garantido.

Essa é uma das particularidades que Severo Torres destaca quando procura apresentar o Serviço de que é diretor desde 2008. Confirma que o número de doentes “tem aumentado progressivamente” e com situações de “maior complexidade”, até porque, como se sabe, verificou-se um aumento da esperança média de vida.

Natural de Monção, Severo Torres, 62 anos, fez o curso de Medicina na FMUP. Cumpriu o internato geral no São João,



mas a especialidade já foi conseguida no Santo António, em 1991, cinco anos depois de ali ter entrado, em janeiro de 1986.

“Quando aqui cheguei, o Serviço era muito diferente, a todos os níveis. Acompanhámos a significativa evolução das doenças cardiovasculares dos últimos anos, preparando recursos humanos diferenciados, subespecializando-se em várias competências, dotando-o das mais recentes e sofisticadas técnicas de diagnóstico e intervenção terapêutica, com a necessária adaptação e renovação do espaço físico”, afirma, acrescentando:

“Naturalmente, o Serviço cresceu e evoluiu em todas as áreas da sua atividade, assistencial, formativa e de investigação”, sublinha, fazendo referência aos 23 cardiologistas, 5 internos, 20 técnicos de Cardiopneumologia, 43 enfermeiros, 16 assistentes operacionais e 3 assistentes técnicos que inte-

gram os seus recursos humanos.

O Serviço de Cardiologia do CHUP recebe doentes “de todas as áreas”, para tal contribuindo, por exemplo, o facto de, no âmbito do tratamento do enfarte do miocárdio, estar integrado na Via Verde Coronária, com assistência 24 horas por dia, 7 dias por semana. “A Cardiologia de Intervenção é uma área de excelência no nosso Serviço no tratamento do enfarte”, sublinha Severo Torres, aproveitando para destacar também o programa de intervenção percutânea vascular pulmonar e a terapêutica de ressincronização cardíaca.

Também merecem referência, pelo diretor, a área da Arritmologia Invasiva, as consultas diferenciadas de insuficiência cardíaca, miocardiopatias e para-

mioidose, bem como a Unidade de Reabilitação Cardíaca, “com uma equipa multidisciplinar completa, sendo um dos centros nacionais com o maior número de doentes incluídos e tratados”.

Com formação diferenciada em Ecocardiografia, Severo Torres salienta a excelência desta técnica no Serviço que obteve em 2013 “a acreditação pela Sociedade Europeia de Cardiologia, tendo sido o primeiro Laboratório de um hospital público português a merecer esta distinção”.

Uma última nota: 70% dos médicos do Serviço de Cardiologia do CHUP estão ligados ao ensino. “Esta é uma componente importante, muito motivadora, que vai depois refletir-se positivamente na nossa qualidade assistencial”, conclui o diretor.

EURICO CASTRO ALVES, DIRETOR DO DEPARTAMENTO DE CIRURGIA

Produção cirúrgica em julho a 105% relativamente a 2019

O cirurgião Eurico Castro Alves, 59 anos, estava entusiasmado quando falou com a *Just News* dia 8 de julho. “Apesar de ainda condicionados pelo fenómeno da pandemia, nós, hoje, já estamos a produzir ao mesmo ritmo de idêntico mês do ano passado”, garantia, corrigindo: “Aliás, estamos com 105% de produção!”

E como foi isso possível? “Através da reorganização dos serviços, da redistribuição dos blocos operatórios, do aumento das horas de trabalho. Contamos também com uma grande disponibilidade dos profissionais, quer dos médicos como dos enfermeiros. Há muito o sentido institucional e, portanto, as

pessoas estão mobilizadas para esta situação, que é também de emergência, em termos da nossa capacidade de resposta.”

O diretor do Departamento de Cirurgia do CHUP diz que fez contas e arrisca afirmar que, “durante o primeiro semestre do próximo ano, vamos conseguir ter um número de cirurgias realizadas igual ao que teríamos se não tivéssemos parado três meses”.

“A nossa prioridade, neste momento, é exatamente recuperar o que se perdeu em relação aos doentes não covid”, explica Eurico Castro Alves. Tendo em conta que mais de 60% das cirurgias do CHUP são feitas em ambulatório, é fácil



concluir que o êxito desta “operação” depende muito da produção de uma estrutura que dá pelo nome

de Centro Integrado de Cirurgia de Ambulatório.

A construção do edifício onde se encontra instalado o CICA foi proposta pelo médico e o Conselho de Administração do CHUP, presidido na altura por Fernando Sollari Allegro, fez o necessário para que o projeto se concretizasse. Até a sua própria estrutura cilíndrica foi ideia de Eurico Castro Alves, para que, simbolicamente, tudo estivesse centrado no doente. No dia da inauguração, em 2011, muitos continuavam a achar que acabara de se erguer um autêntico “elefante branco”.

Enganaram-se os descrentes. Ali se operam mais de 100 doentes

por dia. E, por ser em ambulatório, “é muito melhor para o doente e fica mais barato para o hospital, coisa rara em medicina”, sublinha o cirurgião, que já foi membro do Conselho Diretivo da Entidade Reguladora da Saúde, presidente do Infarmed e secretário de Estado da Saúde.

Eurico Castro Alves não tem dúvidas: “Nós teríamos uma lista de espera muito menor em Portugal e uma eficiência muito maior no âmbito da prestação de cuidados cirúrgicos se tivéssemos uma unidade igual a esta em cada região do país, 4 ou 5 estruturas colocadas estrategicamente junto a hospitais.”

(Continuação da pág. 11)

tação na cidade, nomeadamente, junto das populações mais carenciadas.

Éra preciso criar um nome com o qual toda a gente se identificasse. Como se tratava de instituições localizadas no centro do Porto histórico, daí o nome Centro Hospitalar do Porto. Foi uma ideia que resultou, porque permitiu aproximar os profissionais pelo nome da cidade. Resultou bem. Note-se que, hoje em dia, já não tratamos só pessoas

“É possível concluir que a teleconsulta de monitorização foi um sucesso, bem como a distribuição ao domicílio da medicação para os doentes crónicos.”

do Porto, pois, a cidade de Gondomar passou a fazer parte da nossa área de referência direta em 2009.

Tendencialmente, nós seguimos a população do ACES Porto Ocidental e também de Gondomar, o que foi importante porque havia necessidade de redimensionar a nossa área hospitalar. Trata-se de um concelho muito extenso, com zonas de população mais idosa e outras, próximas da cidade do Porto, com gente mais



nova. Faz aqui uma mescla que foi relevante para o crescimento do CHUP. Pelo menos desde há uma década que temos protocolos em comum e uma colaboração estreita com Gondomar.

JN – Pode exemplificar?

PB – Por exemplo, nós fazemos consulta de Psiquiatria Comunitária em instalações que nos foram cedidas pelo ACES Gondomar. Te-

mos alguns protocolos envolvendo a Cardiologia e também consulta de aconselhamento com outras especialidades. A nossa teledermatologia nasceu de um protocolo assinado com Gondomar muito antes de se falar em teledermatologia e o projeto foi depois estendido ao Porto Ocidental, conseguindo-se, na altura, reduzir de forma muito significativa a lista de espera de primeiras consultas. Os cuidados hospitalares devem

estar mais próximos dos cidadãos. Os CSP não foram pensados para terem valências hospitalares, mas é nosso objetivo começar, progressivamente, a ter algumas consultas de especialidade em ligação com os ACES. E há igualmente essa vontade tanto por parte de Gondomar como do Porto Ocidental.

JN – Essa articulação com os ACES e com o próprio CH de São



João também se verificou no caso da covid-19?

PB – A articulação com os CSP já vem de longa data. Com o CHUSJ, clinicamente, temo-nos vindo a aproximar. Temos um Centro de Referência em comum, o de Neurorradiologia de Intervenção, que funciona muito bem. Damos resposta em conjunto e isso tem sido uma boa experiência. Com o IPO de Lisboa, acontece que os sar-

comas infantis são todos operados aqui por nós e depois transferidos para Lisboa. É uma parceria com cerca de 5 anos e que tem funcionado muito bem. Na área da Urologia, temos um Centro de Referência partilhado com o IPO do Porto. Tal como com os CHUC na área dos implantes cocleares. As relações e o trabalho em comum têm sido muito frutuozos.

Em relação à covid-19, efetivamente, foi muito importante o contacto próximo com outros hospitais na montagem das estratégias e na resposta a algumas questões. Houve uma articulação muito grande.

JN – Como é que as coisas correram aqui no CHUP?

PB – Os resultados mostram que as coisas correram bem. A atividade normal foi interrompida, com exceção da cirurgia oncológica e de outras cirurgias urgentes. Houve alguns surtos internos, tivemos profissionais de saúde que foram infetados no hospital, um ou outro doente também, mas muito poucos. Isso foi possível porque todos os circuitos covid estavam isolados do restante hospital. Chegámos a ter 140 camas de enfermaria ocupadas com doentes covid e a acompanhar mais de 30 casos em simultâneo nos Cuidados Intensivos. Foi preciso transformar os Cuidados Intermédios em Intensivos, equipá-los e dotá-los de profissionais, tendo em conta que nestas áreas os profissionais têm uma diferenciação muito específica.

Tivemos o primeiro caso de covid-19 no início de março e quando chegámos à Sexta-feira Santa já tínhamos 180 camas abertas, com a

perspetiva de ter que preparar mais 40. Felizmente, o surto abrandou. Mas chegámos a abrir uma unidade com 38 camas num dia de manhã e ao fim da tarde já estava cheia! Também houve um momento em que seguíamos em ambulatório 700 doentes, que contactávamos telefonicamente no domicílio duas vezes por dia. Dezenas de internos assumiram essa tarefa. Também é possível concluir que a teleconsulta de monitorização foi um sucesso, bem como a distribuição ao domicílio da medicação para os doentes crónicos.

JN – Foi fácil abrir uma Urgência exclusiva para doentes covid?

PB – Houve muitos ajustes que tiveram que ser feitos. Logo a meio de janeiro, percebemos que o vírus ia chegar à Europa, que isso era inevitável. Preparámos então uma área específica, que já existia precisamente para responder a uma situação de catástrofe – uma zona anexa à Urgência, com acessos separados –, para fazer o atendimento exclusivo de doentes covid, com capacidade para ventilar, caso fosse necessário. Quando a infeção chegou à comunidade e,

portanto, todos os casos com febre e sintomas respiratórios podiam ser covid, começou a ser mais difícil fazer uma triagem. Houve que alterar alguns procedimentos, como, por exemplo, passar a isolar os doentes sujeitos a terapêutica com aerossol.

“CONTINUO A SER MÉDICO DE FORMAÇÃO E DE CORAÇÃO”

JN – É natural do Porto?

PB – Sou. Nasci e sempre vivi aqui, tirando alguns momentos específicos. Sou internista, mas com

especialização em doenças autoimunes. Grande parte do meu trajeto profissional enquanto médico foi na área da autoimunidade. Nesse âmbito, trabalhei fora de Portugal, como complemento da minha formação. Hoje em dia, continuo a ser médico, nunca deixei de o ser. De formação e de coração.

JN – O que o levou a escolher Medicina?

PB – Desde muito cedo que quis ser médico, portanto, acho

(Continua na pág. 14)

PEDRO MENERES, DIRETOR DO SERVIÇO DE OFTALMOLOGIA

50.000 consultas, 15.000 urgências e 11.000 cirurgias por ano

Criado há mais de 120 anos, o Serviço de Oftalmologia do CHUP regista uma atividade assistencial anual que se traduz na realização de 50 mil consultas e na observação de mais de 15 mil doentes na Urgência, tendo-se ultrapassado, em 2019, as 11 mil intervenções cirúrgicas, um recorde!

Responsável por cerca de 30% das cirurgias efetuadas neste CH, a percentagem das intervenções realizadas em ambulatório ainda é superior, representando metade do total. Mais inovadoras, menos invasivas e com melhores resultados, mais de 90% das operações não implicam internamento.

Pedro Meneses, que é diretor do Serviço de Oftalmologia desde 1 de julho de 2013, acrescenta que, mesmo assim, se registam mais de mil internamentos, “no caso de cirurgias com maiores necessidades de cuidados no pós-operatório imediato, ou porque envolvem doentes que vêm de longe”.

Os transplantes de córnea e os descolamentos de retina são situações mais delicadas. Por outro lado, “damos apoio aos distritos de Vila Real e de Bragança, para além de termos protocolos com ilhas dos nossos arquipélagos”. E depois “ainda partilhámos com o CHSJ a Urgência Regional de Oftalmologia, que abrange 4 milhões de pessoas durante a noi-



te” prestando assistência a traumatismos de múltiplas gravidades.

É com evidente entusiasmo que Pedro Meneses revela à *Just News* ter sido inaugurado 2 dias antes (6 de julho) o novo LASER de femtosegundo, que se veio juntar ao LASER de excimer, ali instalado há menos de 5 anos. “Esta aquisição permite-nos dispor da tecnologia de ponta mais avançada a nível mundial. Os avanços na área cirúrgica têm sido realmente extraordinários”, comenta.

Lembrando estar à frente de um Serviço “com muita tradição na implementação de inovações que a tecnologia foi possibilitando”, nomeadamente no que respeita ao

transplante de córnea, à cirurgia de miopia, retina ou glaucoma, sublinha o facto de 50% das suas instalações terem sido renovadas desde que assumiu a direção do mesmo e de o projeto da remodelação da restante área estar perto da concretização.

Para além da participação em várias linhas de investigação, nomeadamente, em matéria de degenerescência macular ligada à idade e de retinopatia diabética, Pedro Meneses faz questão de referir a vertente formativa do Serviço de Oftalmologia do CHUP, quer no ensino pré-graduado, quer no pós-graduado: “200 alunos do ICBAS que estudam Medicina passam por aqui anualmente e temos também os internos que formamos para se tornarem especialistas.”

Com 40 médicos, incluindo 28 oftalmologistas, internos de formação específica e outros que vêm fazer estágios em áreas concretas no Santo António, o Serviço tem hoje apenas 6 camas, um número muito inferior às 50 que Pedro Meneses ali encontrou quando iniciou o internato, no dia 1 de janeiro de 1995. Eis uma das razões para tal: “A cirurgia da catarata era com corte e (no fim) delicada costura, com uma incisão superior a 1 cm. O doente tinha de ficar imobilizado durante um dia ou dois, até estar estável.”

RUI SARMENTO E CASTRO, DIRETOR DO SERVIÇO DE DOENÇAS INFECIOSAS

Diagnóstico e tratamento facilitados graças ao contacto com outras especialidades

Nas reuniões que foram acontecendo para preparar a integração do Hospital Joaquim Urbano no CHUP, Rui Sarmento e Castro foi sempre alertando para o facto de se perder, dessa forma, a possibilidade de isolar e manter os doentes vítimas de uma epidemia ou de uma pandemia longe dos grandes hospitais gerais.

Mas o infeciologista admite, hoje em dia, que se ganhou algo muito importante com essa decisão: “Veio permitir o convívio e o contacto com outras especialidades, algo que contribui, inclusive, para desenvolver conhecimentos e facilitar o diagnóstico e o tratamento dos doentes.”

O diretor do Serviço de Doenças Infecciosas do CHUP, que chefia 11 especialistas, reconhece ainda que “foram ouvindo sempre as nossas opiniões e, de facto, o internamento ficou muitíssimo bem e estamos contentes por isso”. Conseguiu-se igualmente que o espaço destinado à consulta externa fosse ampliado o suficiente para que se pudessem receber os milhares de doentes com infeção por VIH ou hepatite que ali são seguidos.

Foi este Serviço que acolheu inicialmente os doentes com co-



vid-19 (o primeiro caso deu entrada no dia 1 de março) e foi pedido a Rui Sarmento e Castro que coordenasse a resposta do hospital à pandemia. “Houve uma altura em que tivemos uns 112 doentes internados ao mesmo tempo. Globalmente, pelas nossas enfermarias e pelas UCI terão passado para cima de 350. Faleceram-nos dezenas, sobretudo pessoas mais idosas e, de facto, com comorbilidades associadas”, recorda o infeciologista, acrescentando que cerca de 750 doentes recuperaram em casa porque não tinham sintomatologia que justificasse o internamento.



(Continuação da pág. 13)

que tive a felicidade de vir a ser aquilo que sempre desejei. Fiz o curso na FMUP. Depois vim para o Hospital Geral de Santo António logo no início da minha carreira e aqui fiquei.

JN – A opção pela Medicina Interna surgiu em que altura?

PB – Foi durante o internato geral. Considero a Medicina Interna um desafio enorme, porque fica com as doenças complexas, com o doente multidisciplinar. Tem uma flexibilidade e uma abrangência enormes. Possui uma visão da medicina que outras especialidades não têm. Tenho a dizer que isso foi, para mim, um *bandicap* positivo relativamente à minha carreira enquanto diretor clínico e agora como presidente do CA, porque deu-me uma visão diferente da medicina e da instituição hospitalar. O internista conhece o hospital todo e não há nenhuma especialidade que não peça o apoio da Medicina Interna. Os problemas não são de um órgão,



mas de um sistema de órgãos de um corpo humano, e a MI lida com isso. Dediquei-me depois a algo mais específico, a autoimunidade e a imunologia. Hoje em dia, neste momento, sou um gestor.

JN – Foi relevante ter sido diretor clínico antes de assumir a presidência do CA?

PB – O diretor clínico tem um papel fundamental na gestão técnica de um hospital e isso dá uma prepa-

“O diretor clínico tem um papel fundamental na gestão técnica de um hospital e isso dá uma preparação importante quando se assume a presidência do CA.”

ração importante quando se assume a presidência do CA.

JN – E é difícil ser diretor clínico?

PB – É. Temos, desde logo, que lidar com os óbvios desejos dos profissionais de saúde, cada um querendo o melhor para a sua área, para o seu serviço. O diretor clínico tem que olhar para o hospital como um todo. Isso é uma tarefa muito complicada. Por vezes, as expectativas são mais do que legítimas, mas o dinheiro não chega para tudo. O diretor clínico tem que saber calibrar as opções que existem em cada momento.

JN – Quando é que assumiu essas funções?

PB – No final de 2009. Numa primeira fase, foi com o Dr. Pedro Esteves como presidente e só depois com o Dr. Fernando Sollari Allegro.

JN – O seu antecessor tornou-se uma referência no CHUP...

PB – É uma referência porque foi fundamental para a modernização deste hospital. O Dr. Sollari Allegro representa um ponto de viragem. Embora tenha sido uma coincidência, a criação do Centro Hospitalar aconteceu durante a sua presidência. Mas, antes disso, tinha iniciado um processo de mo-

JOSÉ BARROS, DIRETOR CLÍNICO DO CHUP

Um CH dedicado à assistência, ao ensino, à formação, à inovação e à investigação

José Barros, 59 anos, natural de Irivo (Penafiel), é, desde 1974, o 8.º médico da área das Neurociências a ocupar o cargo de diretor do HGSA e/ou diretor clínico do agora CHUP. Vale a pena recordar os nomes de Coríno de Andrade (Neurologia), Luís de Carvalho (Neurocirurgia), Gameiro dos Santos (ORL), Paulo Mendo (Neuroradiologia), Castro Lopes (Neurologia), Bastos Lima (Neurologia) e Martins da Silva (Neurofisiologia).

investigação clínica e científica.”

Considera o HGSA, associado ao ensino médico há quase 200 anos, “a nossa matriz”, mas garante: “Incorporamos também o património cultural da Maternidade Júlio Dinis, do Hospital de Crianças Maria Pia, do Hospital de Doenças Infecciosas Joaquim Urbano e do Centro de Genética Médica Jacinto de Magalhães.”

Os números também são importantes: “A cada dia que passa, temos



É com convicção que afirma que as Neurociências se tornaram “uma marca forte do HGSA, na assistência, na investigação, no ensino e na política hospitalar”. Mas José Barros, neurologista, diretor do Departamento de Neurociências do CHUP e professor catedrático convidado do ICBAS, fala à *Just News* na qualidade de diretor clínico e o orgulho não diminui nem um pouco quando afirma: “Definimo-nos como um CH dedicado à assistência, ao ensino, aos internatos médicos, à formação, à inovação e à

cerca de 100 internamentos, 2900 consultas, 140 cirurgias programadas, 420 urgências, 300 episódios de hospital de dia e 10 partos.” E mais: “A cada semana, acolhemos um novo ensaio clínico multicêntrico internacional e indexamos quatro artigos científicos na PubMed.”

Recorda como tendo sido, até agora, um dos principais marcos do CHUP no grupo E (hospitais centrais universitários) em todas as edições anuais “TOP 5”, organizadas pela IASIST.

dernização do hospital, primeiro enquanto diretor clínico e depois como presidente do CA. Teve, por exemplo, um papel crucial na promoção da investigação ao decidir criar um Departamento de Ensino e Formação e de a ele agregar a Investigação. O Dr. Sollari Allegro assumiu um papel muito importante na construção do hospital moderno que temos hoje em dia.

JN – Como reagiu quando foi convidado para lhe suceder?

PB – Tive que pensar. Este não é um cargo que se aceite de ânimo leve. É de muita responsabilidade. Suceder ao Dr. Sollari Allegro não era fácil. Seguramente, havia que ponderar bem. Agora, que o mandato já terminou, posso dizer que mantivemos o rumo e conseguimos continuar a inovar e a delinear o futuro.

JN – Neste momento, não tem atividade clínica...

PB – É verdade, mas quando fui diretor clínico mantive a atividade clínica, embora reduzida. Entretanto, continuei a dar aulas.

JN – Tem filhos?

PB – Dois. Um com 22 anos e outro com 18. Nenhum deles escolheu a área da Saúde. O mais velho é formado em Gestão e o mais novo vai agora estudar Engenharia.

Recursos Humanos (a 31/12/2019)

Conselho de Administração	5
Dirigentes	22
Conselho Fiscal	3
Médicos especialistas	746
Internos	439
Pessoal técnico superior de saúde	30
Pessoal farmacêutico	34
Enfermeiros	1468
Técnicos superiores de diagnóstico e terapêutica	308
Pessoal técnico superior	99
Assistentes técnicos	404
Assistentes operacionais	933
Pessoal de informática	17
Pessoal docente	3
Pessoal religioso	1
Total	4512
Distribuição por género	
feminino	3411 - 75,6%
masculino	1101 - 24,4%
Média etária	43,58 anos

Nota: Considerados todos os colaboradores com relação jurídica de emprego ao Centro Hospitalar Universitário do Porto

CHVNG/E: a necessária e merecida reclassificação no Grupo E do SNS



Horácio Costa

Diretor do Serviço de Cirurgia Plástica Reconstructiva Craniomaxilofacial Mão e Unidade de Microcirurgia do CHVNG/E. Diretor do Departamento de Formação, Ensino e Investigação do CHVNG/E

reveladoras e factuais. A análise de desempenho do CHVNG/E nas 22 variáveis utilizadas no processo de Grupos Hospitalares, de 2012 a 2018, documenta uma melhoria muito significativa em todas as variáveis, sendo estas superiores à média dos hospitais do Grupo E. Acresce que o CHVNG/E tem afiliações com as universidades do Porto e Aveiro, institutos politécnicos e escolas de Enfermagem, colaborando e garantindo ensino pré e pós-graduado, formação e investigação.

A reclassificação do CHVNG/E no Grupo E é, portanto, necessária à saúde da região, sendo benéfica para a população. É merecida pelo desempenho e diferenciação da instituição, sendo fundamentada pelo relatório comparativo da ACSS 2012-2018. O CHVNG/E tem índices dentro das 22 variáveis de avaliação acima da média dos hospitais de nível E, sendo o *case-mix* um claro exemplo. Esta reclassificação significa uma alavanca para a motivação de todos os profissionais da instituição e, mais importante ainda, eleva e equilibra o SNS a nível regional e nacional.

Notas históricas

Os excelentes sanatórios portugueses tiveram início no tempo da Monarquia e são as raízes do CHVNGE. Nos tempos atuais da República, existe como baluarte do nosso SNS pela dimensão e diferenciação, com reconhecimento nacional e internacional na assistência, formação, ensino e investigação.

O **Sanatório Marítimo do Norte** foi construído durante o tempo da 1.ª Guerra Mundial, a meia dúzia de metros da praia de Francelos, e inaugurado em agosto de 1917. Destinado à helioterapia em crianças com tuberculose óssea, a sua construção foi feita por benévola associação fundada pelo Dr. Joaquim Ferreira Alves. O Sanatório prestava cuidados continuados nas duas amplas enfermarias, sendo as necessárias cirurgias efetuadas no apetrechado bloco cirúrgico.

Foi doado ao Estado português a 14 de junho de 1975, tendo a escritura pública sido concretizada a 8 de março de 1978, na freguesia de Valadares. A sua designação oficial passou a ser Hospital Ortopédico Joaquim Ferreira Alves, tendo sido integrado, em 1977, no CHVNG.

O **Sanatório D. MANUEL II** foi idealizado há 112 anos no Palácio dos Carrancas, tendo a sua construção sido promovida pela rainha D. Amélia, mãe de D. Manuel II, a 11 de novembro de 1908, na sua benemérita missão de organização da luta contra a tuberculose em Portugal.

D. Amélia nunca imaginou o longo calvário de 40 anos necessário para a concretização da obra. Volta à estaca zero com o advento da República.

Em janeiro de 1931, uma isenta comissão, presidida pelo Conde de Lumbrals e o Dr. Carteador Mena, identifica terreno de dimensão adequada no Monte da Virgem. A 1.ª pedra é lançada e aspergida

com água benta, a 1 de maio de 1933, numa cerimónia presidida pelo bispo do Porto.

O projeto de construção tinha a capacidade para 250 camas, que se inicia a 1 de junho de 1936. Em 1938, a rainha D. Amélia decide visitar “in loco” a construção e doa 500.000 escudos para a sua finalização. Em janeiro de 1946, as 250 camas são já insuficientes. A construção de mais dois pavilhões avança, com 250 camas cada. Inicia funções em março de 1948 e atinge rápida credibilidade. A sua capacidade de internamento foi esgotada nos primeiros meses.

A inauguração oficial ocorreu a 11 de junho de 1949, em cerimónia presidida pelo então ministro do Interior, Eng. Canceledo de Abreu, tendo o seu discurso ressaltado um agradecimento veemente à rainha D. Amélia. O Centro Sanatorial D. Manuel II, assim designado, em 1970, pela sua excelência, dispunha de todas as valências médicas e cirúrgicas. Era um hospital com 700 camas, dividido em 4 pavilhões. Por Decreto-Lei de 20/1977-16 março, foi integrado no CHVNG.

O **Hospital da Misericórdia de Gaia**, por sua vez, foi construído em 1966. A administração era da responsabilidade da Mesa da Misericórdia e o funcionamento dos Serviços Gerais e de Enfermagem da Ordem Religiosa. O Movimento da Democratização dos Hospitais, na revolução de abril de 1974, passa a gestão para o Estado, tendo o controlo sido retirado aos seus legítimos proprietários. Designado então por **Hospital Distrital de Gaia**, vive em finais dos anos 70 um realinhamento de relações intra e inter-institucionais. O Serviço de Urgência é estruturado. Funcionou como Hospital da Misericórdia até 28 de março de 1975, data da transferência de poderes, com a assinatura de protocolo entre a Comissão Instaladora nomeada pelo Ministério da Saúde e a Mesa da Misericórdia de Gaia. Em 1977, foi integrado no CHVNG.

O **Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia** tem a sua génese nestas 3 instituições, que apenas tinham em comum o tratamento de doentes em regime de internamento e de ambulatório. Face à existente mediocre funcionalidade da política de saúde e na procura da excelência da organização, a sua criação surge através do Decreto 20/1977. O funcionamento coordenado e integrado dos hospitais de Gaia elevou a assistência médica e cirúrgica. A região sul do Rio Douro passou, assim, a ter um centro hospitalar organizado e de alto desempenho no SNS.

O **Hospital da Misericórdia de Espinho** foi fundado em 1 de setembro de 1941, na rua 8, tendo o atual edifício sido construído e inaugurado na Avenida 24, em 1 de julho de 1957, sob o nome de **Hospital Nossa Senhora da Ajuda**. Em 1975, foi também nacionalizado e incluído na rede do SNS. Em 2007, foi integrado no CHVNG, ali funcionando os Cuidados Continuados e o Centro de Cirurgia de Ambulatório.

ALEXANDRA MATIAS, GINECOLOGISTA E OBSTETRA, COM SUBESPECIALIDADE EM MEDICINA MATERNO-FETAL:

“A raridade nos gémeos monozigóticos é serem completamente iguais”

APÓS MAIS DE 15 ANOS DE DEDICAÇÃO À TEMÁTICA DOS GÊMEOS MONOZIGÓTICOS, ALEXANDRA MATIAS ORGULHA-SE DE TER PUBLICADO, EM MAIO ÚLTIMO, UM LIVRO QUE PRETENDE EVIDENCIAR AS SUAS DIFERENÇAS. NESTA ENTREVISTA À *JUST NEWS*, FICA A CONHECER-SE O SEU PERCURSO PROFISSIONAL E O GRANDE DESEJO DE “TRAZER A ARTE PARA A MEDICINA”.

“O fenótipo é um conjunto de forças balanceadas entre o genótipo, a epigenética e o ambiente”, afirma Alexandra Matias, especialista em Ginecologia/Obstetrícia do CH Universitário de São João e professora da FMUP. Se, por um lado, verifica que o património genético dos gémeos é diferente, a especialista sublinha que também os fatores ambientais contribuem para esta diferença.

“A exposição ao sol, a influência das dietas ou o crescimento em lugares distintos torna-os diferentes”, explica, referindo que “gémeos mono- zigóticos separados à nascença, em que um cresce na Europa e o outro nos EUA, com formas de estar, culturas e religiosidades distintas, vão ser diferentes porque viveram em ambientes que não eram iguais”.

Quanto à componente psíquica, apesar de afirmar que também aí os gémeos diferem, a médica reconhece existir “uma telepatia incrível”, apresentando o exemplo de dois irmãos mono- zigóticos residentes nos EUA: Louis e David Keith. Numa ocasião, estavam divididos entre Chicago e Berlim, e enquanto um deles era diagnosticado com uma pielonefrite, com dor renal e febre, o outro, a mais de 7000 km de distância, começou a sentir os mesmos sintomas. “Há o misticismo, a magia, e depois há as coisas reais...”, observa.

As 22 fotografias da autoria de Tiago Martins que figuram no livro, quando se fala de gémeos, confirmam a ideia de que “o serem completamente iguais é que é raro”.

Natural do Porto, Alexandra Matias dividiu o seu percurso académico e profissional entre a cidade materna e alguns outros locais no mundo. Após fazer o curso de Medicina e o internato geral na Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, foi na Alemanha, aos 23 anos, que iniciou a experiência da investigação básica em ratos. “Criei um modelo e ganhei um prémio ao desenvolver ratos com hipertensão por um bloqueio crónico dos recetores da adenosina”, esclarece.

Dessa experiência, recorda “o ano maravilhoso, num lugar onde havia cultura”, algo que tanto preza e que a fez repensar o regresso a Portugal. “Só o fiz porque, senão, teria de voltar a fazer o exame de acesso à especialidade e em Portugal já tinha

entrado no internato, no Hospital de São João”, admite.

Quanto à escolha da Ginecologia/Obstetrícia, admite ter sido uma decisão difícil e tardia porque, “como todo o médico de Medicina, queria ser um Dr. House”. Só com a passagem pela Medicina Interna e pelo mundo dos AVC, das pneumonias e das demências é que Alexandra Matias identificou que essa seria “uma Medicina muito triste”, que diverge bastante da sua personalidade. Hoje, admite ter feito a escolha certa, considerando que seria uma internista “profundamente infeliz”.

O diagnóstico pré-natal é “a arte da doença”

As suas atenções rapidamente se dirigiram para o diagnóstico pré-natal, que caracteriza como “a arte da doença”. O primeiro interesse foi “tentar perceber por que razão a translucência da nuca estava aumentada nos bebés com trissomia 21”, afirma, recordando a “onda completamente estranha num desses fetos”, que identificou como sendo “sinal de insuficiência cardíaca”. Depois de verificar a presença dessas mesmas ondas em fetos com trissomia 18 e 13, depressa concluiu que “em muitos dos casos com translucência aumentada havia uma cromossopatia”, o que a levou a enveredar pelo estudo dos fenómenos do ducto venoso no 1.º trimestre da gravidez.

Esta sua constatação foi apresentada e premiada no Congresso Mundial em Ultrassonografia Obstétrica e Ginecológica (ISUOG), em Roterdão, lugar onde conheceu o Prof. Kypros Nicolaides, tido como “o ‘Deus’ da Medicina Materna e Fetal”. Para seu espanto, surgia um convite na primeira pessoa para trabalharem juntos em Londres os fenómenos do ducto venoso, que culminou na publicação de dois artigos com mais de duas mil citações. “Consegui fazer em três meses o que em Portugal teria demorado três anos a conseguir!”, exclama.

É o fenómeno do ducto venoso, em combinação com a translucência da nuca aumentada, que leva a especialista a aplicar esses conceitos aos gémeos, em particular aos mono- zigóticos. “Percebemos que nos mono- zigóticos, essas alterações não levavam a mais cromossomopatias, mas



Alexandra Matias: “Existem pelo menos 14 mecanismos que podem potenciar as diferenças nos gémeos”

Alexandra Matias: “Foi o ducto venoso que me fez conhecer muitos países e andar nestes últimos 20 anos a falar por esse mundo fora. Foi uma experiência incrível porque aproveitei para lidar com culturas diferentes, outras pessoas e formas de trabalhar distintas.”

ao desenvolvimento de síndrome de transfusão feto-fetal”. É neste contexto que Alexandra Matias conhece o Prof. Isaac Blickstein, um dos obstetras com mais publicações, com quem viria a partilhar a edição do livro *Developmental and Fetal Origins of Differences in Monozygotic Twins*.

“O Prof. Isaac foi alguém que me deu mesmo a mão nesta minha especialização em gémeos”, recorda, triste por o colega e amigo não ter conseguido ver a obra publicada em vida.

ALEXANDRA MATIAS:

“A Arte Contemporânea é mesmo a minha paixão”

Alexandra Matias nasceu no dia 19 de junho de 1964, no Porto. Desde cedo que começou a aprender várias línguas, por influência da mãe. Conhece bem o francês, o alemão, o espanhol, o inglês e o italiano. Com um interesse especial pelas artes, viu o seu coração balançar entre Medicina e Arquitetura no momento de escolher o curso superior. Considerando que Arquitetura podia fazê-la aos 40 anos e que a Medicina não a conseguia aprender sozinha, enveredou por esta última, sem arrependimentos. Hoje, almeja levar Arte para dentro da FMUP, onde leciona. “A Arquitetura ficou pelo caminho, mas a Arte Contemporânea continua mesmo a ser a minha paixão”, afirma. Seguindo os passos da mãe, o filho nasceu no mesmo dia do ano, também é poliglota e decidiu dedicar-se à Medicina. A filha tomou o rumo das Artes e da Comunicação. “São mesmo meus filhos!”, diz.

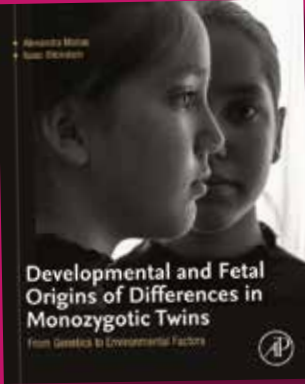
A ideia de editar um livro surgiu em 2011, depois de Alexandra Matias sugerir a uma mestranda o estudo dos mecanismos de discordância dos gémeos mono- zigóticos e perceber que existia muita matéria para explorar. Contando com a colaboração de especialistas nacionais e estrangeiros, o objetivo era explorar, em conjunto, “as diferenças no crescimento fetal, genótipo, genética, comportamento ou desenvolvimento”. Este projeto editorial haveria de ter uma gestação de quatro anos.

Além de abordar a própria questão científica, o livro contempla uma componente jurídica, em que se discute a “problemática de, perante um crime cometido por um gémeo, o queixoso afirmar reconhecer o seu autor quando, inicialmente, tinha identificado o outro gémeo, sendo,

assim, impossível prender o verdadeiro culpado”. Neste ponto, Alexandra Matias afirma estarem a ser estudadas “novas formas de, pela íris ou por metilação do ADN, tentar chegar às provas e saber quem é quem”.

Também a matéria histórica e mitológica teve direito a um capítulo neste livro, o que foi propiciado pelo gosto da nossa interlocutora pela Arte. “Enquanto nós, europeus, reagimos com ‘São dois, é giro!’, os índios da Califórnia, os esquimós ou os ainus japoneses, geralmente, cometiam infanticídio, aceite dentro da comunidade e justificado pela pobreza”, conta Alexandra Matias. A médica lembra também que “muita da mitologia inclui gémeos”. Por exemplo, Jacob e Isaías estão descritos na Bíblia como ‘um que saiu vermelho e outro branco’,

Um projeto “a 80 mãos”



Alexandra Matias e Isaac Blickstein são os editores deste livro publicado pela Elsevier, que reúne um conjunto de textos de autores portugueses e estrangeiros das mais diversas áreas. Ao longo de 360 páginas, distribuídas por 22 capítulos, estendem-se os textos de 40 coautores de 10 países diferentes. Publicado e disponível na Elsevier, este livro também se encontra à venda na Amazon e na Barnes & Noble.

“Este livro é um puzzle que tem corpo e faz sentido para uma série de pessoas”, refere Alexandra Matias.

um caso de síndrome de transfusão feto-fetal”.

Apesar de reconhecer que o percurso de construção do livro foi feito de muitas vicissitudes, Alexandra Matias frisa que foi a sua resiliência, combinada com “capítulos de extrema qualidade, escritos com o coração”, que permitiu chegar ao resultado final, sem nunca desistir.

“Desistir” é uma palavra que não tem cabimento no seu desejo de “levar a Arte para a Faculdade de Medicina do Porto”, onde leciona. Acreditando e tendo como base variados estudos que provam que “médicos expostos a Arte são melhores profissionais”, por desenvolverem “a capacidade para ver o detalhe, terem sensibilidade e serem mais humanos”, a especialista tem já um projeto pensado para três anos, que engloba “aulas de teatro, fazer fotografia, ir a museus ou identificar doenças em determinados quadros”. “Quero médicos mais humanos e renascentistas”, remata.

ALEXANDRA DUARTE, DIRETORA DO SERVIÇO DE AÇÃO SOCIAL DO CHU DE SÃO JOÃO:

“Os assistentes sociais são agentes de mudança”

AGENTE ATIVA NA MUDANÇA DE PARADIGMA QUE SE TEM VIVIDO NO SERVIÇO DE AÇÃO SOCIAL DO CENTRO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO DE SÃO JOÃO, NO CAMINHO DA PREVENÇÃO E DO TRABALHO EM EQUIPA, ALEXANDRA DUARTE PARTILHA COM A *JUST NEWS* A NECESSIDADE DE IMPLEMENTAÇÃO DA ORDEM DOS ASSISTENTES SOCIAIS E A URGÊNCIA DE POLÍTICAS DE SAÚDE QUE GARANTAM CONDIÇÕES DE VIDA DIGNAS AOS IDOSOS EM PORTUGAL.



Alexandra Duarte: “A nossa intervenção é muito importante no apoio e no acompanhamento psicossocial dos doentes e dos seus familiares”

Há mais de 16 anos a trabalhar no Hospital de São João, Alexandra Duarte começou por integrar o Serviço Social – composto, à época, por 10 a 15 assistentes sociais –, prestando apoio ao Serviço de Psiquiatria, “uma área muito interessante na componente social e clínica”. Dois anos depois, viria a dar apoio à Medicina Interna, juntamente com três colegas.

A diretora do Serviço de Ação Social do CHUSJ admite ser a proatividade a principal característica diferenciadora da equipa do Serviço Social, que se destaca pela metodologia de trabalho adotada, no sentido de atuar por indicadores de vulnerabilidade/risco social.

A nível do seu percurso profissional, Alexandra Duarte já integrou o Serviço de Medicina B-Homens e a Unidade de AVC, tendo tido ainda a seu cargo a Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos e o Serviço de Imunoalergologia.

“Não podia dedicar-me em exclusivo aos doentes da Medicina Interna devido ao rácio inadequado de assistentes sociais no hospital”, aponta. Aliás, a necessidade de mais profissionais é reconhecida por todos. A título comparativo, note-se que os 25 assistentes sociais que, atualmente, desenvolvem atividade no São João são em menor quantidade de que em qualquer outro hospital central.

E uma coisa é certa: “É impossível haver um assistente social por cada 60 camas.” Importa não esquecer que, para além do internamento, o Serviço Social tem de acorrer às consultas externas e aos centros de referência, por exemplo, além de integrar várias equipas multidisciplinares, como a dos Cuidados Paliativos, ou a do Núcleo Hospitalar de Apoio a Crianças e Jovens em Risco.

A nova abordagem do Serviço Social no CHUSJ

O Serviço Social existe no CHUSJ desde a sua fundação, na década de 50. No entanto, no decurso dos anos, foi sofrendo alterações organizacionais, de acordo com as orientações internas definidas pelas várias administrações.

Em 2009, o Serviço Social integrou o Serviço de Humanização (HUM) e passou a designar-se “Unidade de Ação Social (UAS)”.

Na opinião de Alexandra Duarte, a nível nacional, além da própria Associação dos Profissionais de Serviço Social – que já existe –, “faz falta um organismo que se preocupe com a organização e normalização dos conceitos” e que, após 20 anos de esforços, está finalmente a implementar-se, sob a forma de Ordem dos Assistentes Sociais, oficialmente criada em março de 2019.

Serviço Social é reconhecido e valorizado pelas outras especialidades

Assumindo em 2019 o cargo de diretora do Serviço de Ação Social, Alexandra Duarte salienta que, neste momento, a equipa encontra-se numa fase de “reorganização e im-

plementação de novas metodologias de trabalho”, nomeadamente, com “uma maior participação nas equipas multidisciplinares, o trabalho por indicadores de vulnerabilidade/risco social e a implementação de projetos de investigação”. E não tem dúvidas de que o Serviço Social é “reconhecido e valorizado pelos colegas das outras especialidades”, considerando os elementos que coordena verdadeiros agentes de mudança.

Quanto às questões que mais a preocupam, elas relacionam-se com a integração das pessoas mais velhas em ambiente protegido: “Muitas apresentam doenças graves e não têm retaguarda familiar, ficando reféns do Sistema, a aguardar uma resposta condigna, de qualidade e respeito.”

“As políticas sociais que temos em Portugal não acompanharam a evolução do próprio envelhecimento”, considera Alexandra Duarte.

Quando esta entrevista foi realizada, no início de julho, 29 doentes com alta clínica aguardavam resposta da Segurança Social. “O último doente que saiu, esta semana, estava cá desde 2018. Foram 642 dias de vida suspensa!”, refere a assistente social.

Alexandra Duarte frisa que, muitas vezes, o aumento da longevidade “não está associado a uma maior qualidade de vida da pessoa, mas a doenças crónicas para as quais as estruturas não estão preparadas para dar resposta”. E observa: “Esquecem-se de preparar o ciclo de vida de um envelhecimento saudável.”

Além de se comprometer, assim, a qualidade de vida e a própria dignidade que é devida ao doente, potenciando “múltiplas infeções e problemas psicológicos”, a nossa entrevista acrescenta que essa situação acarreta igualmente “um custo muito mais elevado ao Estado”. Até porque “a despesa diária com uma pessoa internada num Serviço de Medicina Interna paga em dois ou três dias a mensalidade de um lar”.

Alexandra Duarte destaca a mais-valia que representaria a promoção de cuidados integrados na comunidade, “conjugando o acompanhamento social com um apoio de saúde e ainda com cuidados domiciliários alargados e personalizados, que não se cingissem às respostas clássicas de higiene e alimentação”.

A importância do trabalho em equipa

Alexandra Duarte iniciou a sua carreira profissional no Hospital de São João no ano de 2004. Se inicialmente começou por integrar o Serviço de Psiquiatria, ao longo dos anos, foi passando por outras áreas, até vir a assumir, em 2019, a direção do Serviço de Ação Social.

Neste momento, o Serviço encontra-se organizado de forma a desenvolver uma intervenção em parceria permanente com outros profissionais da equipa de tratamento, com o doente, com as famílias e com as instituições comunitárias, no sentido de serem diagnosticadas as necessidades sociais o mais precocemente possível.

HOSPITAL PADRE AMÉRICO, EM PENAFIEL, É O ÚNICO DA REGIÃO NORTE COM ESTA CONSULTA DIFERENCIADA

Recém-criada Unidade de Reumatologia do CH do Tâmega e Sousa inaugura Consulta de Artrite Reumatoide

A CRIAÇÃO DE UMA CONSULTA DE ARTRITE REUMATOIDE DEMONSTRA A APOSTA CLARA DO COORDENADOR DA UNIDADE DE REUMATOLOGIA, TIAGO MEIRINHOS, E DO PRÓPRIO HOSPITAL NA DIFERENCIAÇÃO DESTA NOVA ÁREA NO CH DO TÂMEGA E SOUSA. O GRANDE OBJETIVO É SERVIR MELHOR OS MAIS DE 500.000 HABITANTES DA ZONA DE INFLUÊNCIA DO CHTS.

Desde julho de 2019 que os doentes com doenças reumáticas da área de influência do CHTS passaram a poder contar com a especialidade de Reumatologia neste centro hospitalar. Nessa data, foi também implementada uma referência externa, via AlertP1, para a recém-criada Unidade de Reumatologia.

“Procurei aproximar-me de muitos serviços aqui do nosso centro hospitalar, que identifiquei como potenciais referenciadores”, refere Tiago Meirinhos, citando os exemplos da Ortopedia, da Gastroenterologia e da Medicina Interna. Tal permitiu, segundo o médico, “não apenas a divulgação do projeto, mas também estabelecer uma ligação pessoal”.

Integrado na estrutura de um hospital que, até há pouco mais de um ano, não tinha a valência de Reumatologia, aquele responsável promoveu, inclusive, sessões de esclarecimento para a comunidade médica da instituição, com o objetivo de dar a conhecer a Unidade de Reumatologia.

Ao mesmo tempo, “criámos uma linha de referência direta para os Cuidados de Saúde Primários”, que progressivamente tem vindo a ser mais utilizada, muito devido a “uma aproximação constante, pelos cursos que fazemos em conjunto, pelas tro-

cas de contactos...”. Tiago Meirinhos reconhece a importância dos CSP, considerando que “são essenciais, uma vez que constituem a porta de entrada no SNS”, e que os Cuidados Hospitalares “devem apenas desempenhar a função de consultores”.

Curiosamente, muitas dos pedidos de consulta que a Unidade de Reumatologia recebe vêm de fora do perímetro de referência. Chegam de Valongo, do Porto, da Maia... São casos que, eventualmente, deveriam ser referenciados para outros centros hospitalares, mas, “pelo projeto, ou por uma questão pessoal”, é feita uma opção pelo CHTS.

Apesar das adversidades vividas nos últimos meses, motivadas pela pandemia de covid-19, Tiago Meirinhos considera que as teleconsultas realizadas até ao final de maio permitiram manter o acompanhamento dos doentes. No entanto, o mês de junho foi vivido com alguma intensidade, procurando-se “realizar as

A Consulta de Espondiloartrites deverá arrancar em janeiro de 2021.



Tiago Meirinhos



primeiras consultas urgentes”, por que, sendo a Reumatologia “uma especialidade sistémica, que se dedica às doenças musculoesqueléticas, a história clínica e o exame físico assumem uma preponderância que não é atingível nas consultas por via telefónica”.

Para o coordenador da Unidade de Reumatologia, “não faz sentido existirem hospitais que não tenham esta especialidade”.

“A Reumatologia tem um papel a dizer na discussão e seguimento dos doentes e, acima de tudo, no fator qualitativo”, aponta Tiago Meirinhos, que não tem dúvidas de que “a intervenção na qualidade de vida é o futuro”.

“Na abordagem à queixa musculoesquelética não traumática, o reumatologista devia estar na linha da frente”

Se, em 2012, quando Tiago Meirinhos ingressou no internato de Reumatologia, apenas existiam oito vagas disponíveis, em 2019 já eram duas dezenas. Resultado: o número

“A Reumatologia acrescenta qualidade à observação dos doentes”, considera Tiago Meirinhos.

de especialistas em Portugal tem vindo a aumentar gradualmente, atingindo atualmente as três centenas, com uma média de idades muito baixa.

Em Espanha e França, por exemplo, o panorama é algo diferente, caracterizado por “um maior rácio de especialistas e, portanto, uma maior acessibilidade dos doentes”, explica o nosso interlocutor. “Por essa Europa fora, o doente tem uma dor e vai ao reumatologista; em Portugal, a reação é dirigir-se ao ortopedista”,



salienta, destacando que em França a especialidade é de tal forma reconhecida pelos doentes que “há mesmo a visão teórica do reumatologista de família”.

Esta valorização prende-se, na ótica de Tiago Meirinhos, com o facto de “metade das pessoas sofrem de doença reumática” e de “as doenças musculoesqueléticas serem a principal causa de absentismo laboral na Europa”, sendo vital o papel da Reumatologia “na prevenção e no tratamento médico”. O responsável defende que, “do ponto de

“A artrite reumatoide, além de ser a doença articular inflamatória mais prevalente, é o ex-libris desta área, onde podemos atuar com diferentes tipos de terapêuticas biológicas”, afirma João Lagoas Gomes.

vista da abordagem à queixa musculoesquelética não traumática, o reumatologista devia estar na linha da frente”.

Grandes patologias merecerão consultas dedicadas

Caracterizada por Tiago Meirinhos como uma “consulta diferenciada, com protocolos de atuação específicos e um enfermeiro próprio”,

a Consulta de Artrite Reumatoide é coordenada por João Lagoas Gomes, 34 anos, que chegou ao Hospital Padre Américo em março.

“Se há quem acredite que a especialidade já é suficientemente focada para se subdividir ainda mais, também há quem pense o contrário, reclamando que devem existir consultas dedicadas às grandes patologias dentro da especialidade”, começa por contextualizar o coordenador da consulta, afirmando partilhar esta opinião com Tiago Meirinhos.

“Identificámos uma necessidade que não estava a ser respondida dentro da população que o hospital serve”, revela João Lagoas Gomes. E explica que uma consulta totalmente dedicada à artrite reumatoide permite “aperfeiçoar o conhecimento da doença, através da criação de *cohorts* prospetivas, incrementar a dedicação de outros profissionais de saúde à patologia e, acima de tudo, melhorar a qualidade de vida dos doentes”.

Foi o seu gosto por esta patologia e a possibilidade de poder participar num projeto praticamente desde o seu início que levaram o recém-especialista a entusiasmar-se com a ideia de integrar o quadro de pessoal do CHTS um ano após a conclusão da sua formação específica, que fez no Centro Hospitalar Lisboa Ocidental.

João Lagoas Gomes assinou contrato com o CHTS exatamente a três dias de ser decretado o estado de emergência. Acabou a voluntariar-se para acompanhar os doentes



João Lagoas Gomes

covid-19 positivos. Recorda que foi “uma experiência distópica, em que a sensação era a de ter regressado ao primeiro ano de internato, na Medicina Interna”. Juntava-se “a incerteza do desconhecido e o afastamento, durante quase dois meses, da noiva e do filho, que ainda não tinha completado um ano de vida, por receio de os contagiar”. E desabafa: “Foi um desafio muito intenso!”

Ambição: evoluir para Serviço e obter idoneidade formativa

A contratação de Tiago Meirinhos pelo CHTS, em julho de 2019, com o objetivo de criar uma Unidade de Reumatologia, conferiu-lhe uma autonomia e uma responsabilidade que há muito idealizava.

Em março de 2020 chegaria João Lagoas Gomes, para se dedicar de forma particular às consultas de Artrite Reumática e de Técnicas Reumatológicas, cujo arranque acabaria um pouco condicionado pela pandemia de covid-19.

O Colégio da Especialidade de Reumatologia da Ordem dos Médicos estabelece que a entrada de um terceiro especialista permitirá que a atual Unidade possa evoluir para Serviço. Obter idoneidade formativa será o passo seguinte. E depois... “daqui a dois anos, gostava que fôssemos no mínimo quatro reumatologistas e dois internos”, assume Tiago Meirinhos.

Só em meados de maio é que, verdadeiramente, veio a integrar a Unidade de Reumatologia e, umas semanas depois, a inaugurar a Consulta de Artrite Reumatoide e a Consulta de Técnicas Reumatológicas. Apesar de não existir uma maior incidência de casos na zona de Penafiel, João Lagoas Gomes sublinha que, devido à maior exposição de uma parte da população a minerais — decorrente da atividade mineira —, há uma maior prevalência de “silicose e, consequentemente, da síndrome de Caplan, uma doença pulmonar que surge em associação à artrite reumatoide”.

Além da patologia inflamatória, o especialista refere ainda a prevalência de variadas doenças degenerativas a que a Reumatologia está capacitada para dar resposta, como a osteoartrite ou as doenças periartriculares, motivadas pela caracterização populacional “muito idosa, rural e fabril, que trabalhou muitos anos com o corpo”.

Afetando 1% da população, a artrite reumatoide é uma doença deformante, erosiva e rapidamente progressiva. Se não for bem tratada, provoca um sofrimento atroz.

CARLOS ALBERTO, PRESIDENTE DO CA DO CHTS:

“A criação da Consulta de AR demonstra o crescimento da Unidade de Reumatologia”

Carlos Alberto, presidente do CA do CH Tâmega e Sousa, afirma que tem sido feito “um trabalho gradual no sentido de ser garantida a assistência à população, eliminando a necessidade de recorrer permanentemente aos grandes hospitais do Porto”.

“A criação da Consulta de Artrite Reumatoide demonstra o crescimento da Unidade na intervenção e na diferenciação, para o qual também contribui a jovialidade da equipa, que se traduz numa dinâmica e irreverência próprias”, considera este responsável.



OBRAS REALIZADAS NO 8.º PISO DO HOSPITAL DE SÃO JOÃO, CONCLUÍDAS EM 2019, FORAM FUNDAMENTAIS PARA MELHORAR ESTE PROCESSO ASSISTENCIAL INTEGRADO

Modelo cooperativo da Neurocirurgia e da Medicina Intensiva no CHUSJ promove um contínuo de cuidados no tratamento do doente neurocrítico

A FORMA ARTICULADA COMO A MEDICINA INTENSIVA E A NEUROCIRURGIA DO CHUSJ LIDAM COM O DOENTE NEUROCRÍTICO É UM EXEMPLO A PARTILHAR. NESTA REPORTAGEM SURGEM ALGUNS PROFISSIONAIS QUE CONTRIBUEM PARA O ÊXITO DE UM MODELO DE PRESTAÇÃO DE CUIDADOS QUE COMEÇOU A SER APLICADO HÁ 20 ANOS.

Historicamente, a articulação entre a Medicina Intensiva e a Neurocirurgia do Centro Hospitalar Universitário de São João não é de agora. Tem, pelo menos, duas décadas. No entanto, em bom rigor, quando o século XX estava a terminar, não só o CHUSJ ainda não existia como nenhuma das duas áreas era representada por um serviço autónomo naquele hospital. Como adiante se verá, anteriormente, eram os neurocirurgiões e os neuroanestesistas que acompanhavam os doentes neurocríticos nos Cuidados Intensivos.

Setembro de 2000 é a data oficial de criação do Serviço de Neurocirurgia do agora CHUSJ e Rui Vaz o seu diretor desde o primeiro momento. No entanto, à entrada do mesmo, no 8.º piso, é prestada homenagem àqueles que são apresentados como os fundadores da Neurocirurgia no São João: Celso Cruz, que participou, ainda como estudante, na primeira intervenção cirúrgica (setembro de 1960) e os seus dois principais apoios, Barata Feyo e Rui Faria. O quarto elemento com direito a destaque é Maia Gonçalves, que impulsionou a Neurocirurgia Pediátrica.

Rui Vaz classifica de “excelente” o entendimento entre os dois serviços, o que “permite uma colaboração enorme”, que diz ser biunívoca: “Vai da Neurocirurgia para a Medicina Intensiva e da Medicina Intensiva para a Neurocirurgia”. Considera que, “genericamente, a articulação funciona de forma exemplar”.

Há duas décadas que este modelo de integração foi adaptado à realidade do Hospital de São João e parece não haver dúvidas de que vingou. É muito simples: os doentes críticos submetidos a cirurgia programada no Bloco Operatório do Serviço de Neurocirurgia são, logo após a mesma, entregues aos cuidados dos médicos e enfermeiros da unidade que o Serviço de Medicina Intensiva possui no 8.º piso; numa segunda fase da sua recuperação, são encaminhados para uma enfermaria da Neurocirurgia, antes de, mais tarde, regressarem a casa.

As obras, por cuja concretização os profissionais (e os doentes!) do Serviço de Neurocirurgia esperaram, em contentores, durante 12 anos, vieram permitir, em maio de 2019, “pôr as coisas a funcionar em linha”, como diz Rui Vaz. O seu Serviço ocupa agora um espaço completamente renovado do 8.º piso e pensado,

sublinha o diretor, “naquilo que é o interesse do doente”.

“Tudo funciona num circuito muito pequeno em termos de distâncias. Não há elevadores, não há transportes... O doente crítico com cirurgia programada, por exemplo, entra e fica internado numa das enfermarias; é depois operado no nosso Bloco, aqui ao lado; faz o pós-operatório nos Cuidados Intensivos; poderá então passar pelos Intermédios, se necessitar ainda de uma vigilância apertada e de algu-



José Artur Paiva com Rui Vaz

ma monitorização, antes de regressar ao Internamento. Dali seguirá para casa quando estiver em condições de ter alta”, descreve Rui Vaz.

José Artur Paiva: três processos assistenciais que envolvem diretamente os dois serviços

José Artur Paiva, diretor do Serviço de Medicina Intensiva do CHUSJ, defende que “os hospitais serão tanto melhores quanto a cultura de silos por especialidades e por serviços desaparecer e tivermos a capacidade de pensar o tratamento do doente em termos de processo assistencial integrado e, portanto, exigindo a cooperação de várias áreas e especialistas”.

O responsável enumera, de forma muito clara, os três processos assistenciais em que o seu Serviço intervém e que envolvem diretamente a Neurocirurgia, um dos quais tem que ver com o doente que é operado eletivamente pela Neurocirurgia e depois recebido pela Medicina Intensiva após a cirurgia, “para ser acompanhado na fase crítica do pós-operatório, com a adequada monitorização e tratamento”. Finalmente, é “devolvido” ao Serviço de Rui Vaz.

“Outro processo assistencial prende-se com o doente com AVC grave, que entra pela Urgência e é recebido na nossa sala de Emergência. Uma característica deste hospital é que temos aí, em permanência, um intensivista que avalia esse doente – que pode estar em coma, outras vezes com insuficiência respiratória, frequentemente com ambas –, em colaboração com a equipa da Unidade de AVC e com a Neurocirurgia. Faz depois o trajeto para dentro do Serviço de Medicina

Intensiva, no 8.º piso, eventualmente, após fibrinólise, tratamento endovascular ou uma cirurgia para abordagem de uma hemorragia intracerebral”, descreve o médico.

O terceiro processo assistencial, que também surge pela Urgência, envolve o grande traumatizado craniocéfálico, que acaba internado na UCI Neurocríticos do Serviço de Medicina Intensiva, depois de uma avaliação que inclui, muitas vezes, para além da Neurocirurgia, a Cirurgia Geral e a Ortopedia.

“Trata-se de um formato de funcionamento da Medicina Intensiva com uma grande presença, constituindo um Serviço próprio no organograma hospitalar, mas que procura sempre participar em processos assistenciais em que outras especialidades são fundamentais, com uma cooperação e uma abertura muito grandes”, afirma José Artur Paiva.

Rui Vaz: os “motivos de orgulho” no Serviço

Há datas marcantes na vida do Serviço de Neurocirurgia do CHUSJ, como o ano de 2002, quan-



do ali se fez a primeira intervenção cirúrgica para o tratamento da doença de Parkinson, coordenada por Rui Vaz. “Foi o nosso hospital que começou a fazer esta cirurgia em Portugal e continuamos a ser o Serviço com mais experiência, com um número de casos operados muito superior a 300”, sublinha, referindo que das 2 intervenções

realizadas em 2002 se “saltou” para 42 em 2019.

A atividade do Serviço aumentou significativamente em 20 anos. “O número de doentes tratados, operados e internados é praticamente o triplo”, revela o diretor, afirmando que tal acontece não por os doentes serem mais, mas porque “haverá o triplo de diagnósticos, para além de a

capacidade de tratamento ter melhorado muito”.

Há dois aspetos que encham de orgulho Rui Vaz, um das quais tem que ver com o facto de o seu Serviço ser o único no país com certificação europeia (revalidada em 2019) para o treino, “permitindo que um alemão, um holandês ou um belga possam fazer o seu internato

Anualmente, são operados no Bloco de Neurocirurgia cerca de 500 doentes com patologia da coluna e 250 com tumores.

connosco”. Também é o único em Portugal reconhecido como centro europeu de excelência em cirurgia da coluna.

Para tal diferenciação terá contribuído, com certeza, a estratégia de organizar o Serviço em unidades, a primeira das quais foi a de Cirurgia Funcional e Doenças do Movimento e a mais recente a Unidade Funcional de Patologia Raquidiana. A Neuro-Oncologia, a Cirurgia Vascular e da Base do Crânio, a Traumatologia Cranioencefálica e a Neurocirurgia Pediátrica são exemplos de outras áreas de especialização, a última das quais, diga-se, é centro de referência em termos de tumores cerebrais, sendo realizados cerca de 25 por ano.

“A melhor coisa que podemos

Em junho, o Serviço de Neurocirurgia tinha 24 médicos, entre especialistas (18) e internos (6).

oferecer a um doente é um cirurgião experiente”, considera Rui Vaz, mostrando-se contra a criação de “mini-serviços de Neurocirurgia”, exatamente por isso “não permitir aos profissionais adquirirem a experiência suficiente para garantir à população a qualidade que, hoje em dia, deve ser exigida”.

Os quase 12 anos em que esteve “temporariamente” instalado em contentores – com exceção do Bloco Operatório, que se manteve no 8.º piso –, e mantendo as 44 camas de internamento, terão significado o período mais difícil na vida do Serviço. “Eram condições completamente deploráveis de funcionamento”, recorda Rui Vaz, que nem sabe dizer ao certo quantos contentores eram no total, embora se lembre que a sala de trabalho dos médicos ocupava 3, a sala dos enfermeiros ou-

RUI VAZ, DIRETOR DO SERVIÇO DE NEUROCIRURGIA DO CHUSJ

Conciliar o gosto pelas Neurociências com a atração pela atividade cirúrgica



Rui Vaz nasceu no Porto no dia 22 de junho de 1953 e ali tem vivido desde então. Diz que escolheu Medicina por paixão. Frequentou a FMUP entre 1971 e 1976 como aluno e é hoje professor catedrático convidado. Começou a trabalhar no Hospital de São João no dia 1 de janeiro de 1977. Nunca deixou de aparecer no Bloco mesmo durante o Serviço Médico à Periferia, em 1979, e depois regressou ao HSJ para se tornar especialista, ficando definitivamente em exclusividade no então Serviço de Neurologia e Neurocirurgia.

Foi no 5.º ano da faculdade que sentiu atração pelo cérebro e pelo seu funcionamento. “Conciliar o gosto pelas Neurociências com a atração pela atividade cirúrgica re-

sultou, como era óbvio, na opção pela Neurocirurgia”, afirma, acrescentando que “é uma especialidade jovem e, como tal, tem uma progressão enorme”.

Foi notícia em 2002 porque liderou a equipa que realizou, em Portugal, a primeira cirurgia para o tratamento da doença de Parkinson. Também mantém um interesse especial pela cirurgia da coluna, pelo menos desde que, nos anos 80 do século passado, esteve em Bordéus a aprender as técnicas mais evoluídas da altura. “O esforço de atualização é constante”, assegura.

Tem uma filha farmacêutica, um filho designer e uma filha mais nova que é interna de Medicina Física e de Reabilitação. Netos são 6.

tos 3 e cada enfermaria de 8 camas uns 5 ou 6.

Em novembro de 2017, “desanimado” por as obras nunca mais arrancarem, o diretor decidiu apresentar o pedido de demissão, que haveria de retirar quando teve a confirmação de que as mesmas iam, finalmente, iniciar-se.

Isabel Dias, enfermeira gestora do Serviço de Neurocirurgia: “A equipa é excelente, dinâmica e dedicada”

Especialista em Enfermagem de Reabilitação, casada com um enfermeiro, três filhas e 58 anos feitos em julho, Isabel Dias é a enfermeira gestora do Serviço de Neurocir-

gia há apenas 4 anos. E dizemos apenas porque o facto é que esteve três décadas noutra área do hospital, ligada à cirurgia programada e ao recobro.

Para além dos assistentes operacionais, compete-lhe gerir os 52 enfermeiros que tem no Internamento mais os 15 do Bloco Operatório, que formam uma equipa própria, com uma responsável, a enfermeira Isabel Figueiredo, cuja experiência nessa matéria não hesita em reconhecer.

Mas Isabel Dias acaba por elogiar toda a equipa de enfermagem, que classifica de “excelente, dinâmica e dedicada”. E acrescenta: “São pessoas

(Continua na pág. 22)

(Continuação da pág. 21)

que gostam mesmo do que fazem, o que tem tornado a minha tarefa mais fácil. Estão sempre muito disponíveis para novos desafios.”

Isabel Dias: “Nesta altura, estamos com muitos idosos internados vítimas de quedas. Caem nos lares, em casa...”



Isabel Dias

Com 4 enfermarias de uma cama (quartos individuais) e outras 13 com 3 camas cada, a permanência dos doentes no Internamento do Serviço de Neurocirurgia “é muito variável”: “O normal serão 24 ou 48 horas, no caso da cirurgia da coluna, e, quando tudo corre bem, às vezes, 5 dias na cirurgia de crânio. Os que ficam mais tempo são os doentes dos traumatismos

cranioencefálicos, porque normalmente são pessoas de idade, com uma série de outras complicações e que depois não há como irem para casa. Têm que ser referenciadas para a Rede de Cuidados Continuados e o tempo de espera, por vezes, é de 3 meses.”

Na altura da reportagem, a meio de junho, pelo menos 5 das 43 camas estavam ocupadas com casos desses. A enfermeira esclarece que, como há sempre muitos doentes da área de Matosinhos ou da zona de Penafiel, “quando o doente está numa fase que já não é tão aguda, tenta-se a transferência para o Hospital Pedro Hispano ou para o Hospital Padre Américo, que é o que ainda vai aliviando. É que depois fazem-nos falta as camas para os doentes cirúrgicos...”

António Cerejo, neurocirurgião: “Há uma conjugação de esforços muito grande”

Foi quando começou a fazer urgências, no internato geral, que António Cerejo se apercebeu do trabalho dos neurocirurgiões, entre os quais o próprio Rui Vaz. Decidiu, nessa altura, qual a especialidade que iria seguir. Tinha acabado o curso de Medicina em 1984 e em 1987 começou a trabalhar no Serviço que — como faz questão em sublinhar — ainda era conjunto com a Neurologia.

Com 59 anos e dois filhos engenheiros, toda a vida morou na Póvoa de Varzim e a sua relação com os UCI Neurocríticos vem desde sempre, ou seja, começou quando, em 1989, foi criada a primeira unidade, no 5.º piso do edifício, com os doentes a serem acompanhados por neurologistas e neurocirurgiões do Serviço.

O papel de elo de ligação à Medicina Intensiva foi assumido por António Cerejo precisamente quando, em 1998, a coordenação da unidade foi entregue a uma intensivista (Celeste



António Cerejo

Dias) que já tinha acumulado anos de experiência como neuroanestesiologista e para quem estes doentes não eram propriamente desconhecidos.

Na verdade, nem os doentes, nem os próprios neurocirurgiões...

“Nós damos todo o apoio de neurocirurgia aos CI. Qualquer doente que tenha uma situação que obrigue a tomar a decisão de operar ou não, de efetuar uma drenagem ou fazer uma limpeza cirúrgica, geralmente, Essa decisão passa por mim. Somos nós, da Neurocirurgia, quem tem que a tomar”, esclarece António Cerejo, que noutra altura da conversa chega a admitir sentir “algum gosto pelos CI”.

Depois de ter passado 12 anos nos contentores e, portanto, fisicamente distante da Medicina Intensiva Neurocríticos 8, António Cerejo está a “dois passos” da sala envidraçada dos Cuidados Intermediários e bastam mais “meia dúzia de metros” para entrar no espaço de quem exige mais atenção e, por isso, ocupa uma cama dos CI. Aliás, pelo menos uma vez por dia vai ter com os colegas intensivistas para fazerem, em conjunto, o ponto da situação de cada um dos doentes que ali se encontram. “Nós temos uma grande conjugação de esforços”, garante.

Quando António Cerejo não está disponível é Pedro Alberto Silva que o substitui na ligação à Medicina Intensiva, sublinhando: “É importante para nós sabermos que temos sempre, mais ou menos, o mesmo tipo de atuação perante determinado quadro clínico.”

disponível é Pedro Alberto Silva que o substitui na ligação à Medicina Intensiva, sublinhando: “É importante para nós sabermos que temos sempre, mais ou menos, o mesmo tipo de atuação perante determinado quadro clínico.”

Eduarda Pereira, intensivista, coordenadora da UCI Neurocríticos: “A minha paixão é de longa data”

Eduarda Pereira, 55 anos, natural de Valença do Minho, emigrada nos EUA entre os 4 e os 18 anos, licenciada em Medicina pela FMUL, confessa que escolheu Anestesiologia — de que, em todo o caso, “gostava imenso” — porque sabia que “era a forma mais rápida de chegar aos Cuidados Intensivos”.

Recorda os anos 90 do século passado e a existência de uma Uni-



Eduarda Pereira

dade de Cuidados Pós-Operatórios que era da responsabilidade da Neurocirurgia: “Nós, os anestesiologistas que fazíamos parte do grupo da Neu-

roanestesia, dávamos algum apoio durante o dia, mas esses doentes ficavam basicamente ao cuidado dos neurocirurgiões que estivessem na Urgência. Se precisavam de apoio ao nível da ventilação, por exemplo, pediam ajuda aos anestesiologistas de Urgência.”

Conclusão: “Não havia um fio condutor nestes doentes. Houve um período em que havia também neurologistas a dar apoio de manhã, mas não existia quem pegasse nos doentes do início ao fim e que fizesse o seguimento de CI que, com o passar dos anos, hoje em dia, todos reconhecemos como necessário.”

Lembra-se bem como, a certa altura, foi acordado que a Anestesiologia colocaria uma equipa médica a acompanhar esses doentes 24 sobre 24 horas. Eduarda Pereira e Celeste

(Continua na pág. 24)

ISABEL FIGUEIREDO, ENFERMEIRA RESPONSÁVEL PELO BLOCO OPERATÓRIO:

“Aquilo que se nota quando um doente aqui chega é o medo do desconhecido”

Depois de se saber que a decisão de Isabel Figueiredo em tornar-se enfermeira teve bastante que ver com a sua experiência na adolescência, enquanto doente — e que se prolongou “durante um período longo, com várias complicações” —, compreende-se a sua preocupação em “procurar perceber o que o doente precisa” de si. “Só o facto de pensar que vai dormir e que não sabe se volta a acordar...”, observa.

“Aquilo que se nota quando um doente aqui chega é, basicamente, o medo do desconhecido. É aí que tentamos, logo na sua admissão, fazer com que fique mais tranquilo, esclarecendo-o sobre receios e dúvidas que tenha que não sejam da área clínica, explicando como é o ambiente do Bloco e de que forma vamos proceder”, explica.

Isabel Figueiredo aproveita para revelar que os enfermeiros do Bloco e do Internamento do Serviço de Neurocirurgia estão articulados no sentido de concretizar um projeto denominado de visitação pré-operatória. Este consiste, basicamente, em levar o doente que vai ser intervencionado a conhecer os profissionais que o vão receber no Bloco antes do dia da cirurgia.

A enfermeira nasceu no Porto a 12 de outubro de 1969. Terminou o curso de em 1994 e logo começou a trabalhar no Hospital Magalhães Lemos — onde ficou um ano — e no Hospital de São João, onde optou por ficar de forma definitiva e em exclusividade. Interessava-lhe o Bloco ou os Cuidados Intensivos. Curiosamente, ficou ligada ao Bloco Central e à especialidade de Neurocirurgia. Entretanto, “como era das mais jovens”, acabou transferida para o Bloco de Urgência e por ali ficaria 6 anos.

Mas, como “o stress constante e diário não faz bem a ninguém”, voltou ao Bloco Central, passou pela Cirurgia Vascular e retornou à Neurocirurgia, que ficava, na altura, 7.º piso e tinha uma sala alocada no Bloco Central, no 5.º piso. Estávamos em 2003.

Isabel Figueiredo explica que o Bloco Operatório de Neurocirurgia está fisicamente no sítio onde o vemos agora, no 8.º piso, exatamente há 8 anos. Diz que, na sua construção, negociou algumas coisas com os engenheiros, “apesar das limitações físicas, pelo facto de se tratar de uma estrutura antiga”, e que se preocupou especialmente em que fosse um local “onde se zela pela segurança e qualidade dos cuidados a prestar ao doente”.

Covid-19 obrigou a adaptações

A nossa interlocutora tem a responsabilidade de coordenar uma equipa que, a contar com ela própria, é formada por 15 elementos,

sendo que inclui apenas um colega do sexo masculino, transferido do Internamento de Neurocirurgia “para concretizar um desejo que tinha há muito de trabalhar no Bloco”. Isabel Figueiredo reporta a



Isabel Dias, a enfermeira gestora do Serviço.

Segundo os planos iniciais, este Bloco deveria ter apenas uma sala — com janelas e, portanto, dispondo de luz natural —, mas o crescimento do Serviço levou a que, menos de 2 anos depois da sua inauguração, fosse aberta uma segunda sala, ligeiramente mais pequena e interior.

Naturalmente, durante o período mais agreste da pandemia de covid-19, também a atividade do Bloco de Neurocirurgia do CHUSJ foi bastante reduzida, tendo sido preciso fazer adaptações no que à assistência pós-operatória ao doente dizia respeito.

“Como não havia disponibilidade em UCI nem em Cuidados Intermediários, por estarem ocupadas com doentes com covid, equívocos, com material da sala 2, um dos quartos do internamento, transformando-o numa pequena unidade de cuidados de nível 2, entretanto adaptado para ser um espaço de recobro. Foi desta forma que conseguimos continuar a operar os nossos doentes, embora num número mais reduzido”, refere Isabel Figueiredo, esclarecendo ainda:

“Embora todos os doentes fossem testados para a covid-19, e salvaguardando a possível existência de falsos negativos, tomámos precauções como se fossem sempre portadores do vírus, o que implicava equiparmo-nos devidamente. Essa foi outra das alterações que se registaram durante esse período.”

Isabel Figueiredo salienta igualmente que, durante mais de 2 meses, duas enfermeiras da sua equipa, que tinham vindo da UCI de Neurocríticos há uns 6 anos, “disponibilizaram-se para ir trabalhar para essa unidade e também para a UCI Polivalente do 6.º piso, a acompanhar doentes covid”.



Profissionais do Serviço de Neurocirurgia e do Serviço de Medicina Intensiva numa “foto de família”



CELESTE DIAS, INTENSIVISTA, EX-COORDENADORA DA MEDICINA INTENSIVA NEUROCRÍTICOS 8:

“A forma como a família interage com o doente ajuda o cérebro a recuperar”

Na conversa com a *Just News*, Celeste Dias, uma das especialistas de Medicina Intensiva que integram a equipa da UCI Neurocríticos, fez questão de deixar um apelo: que se consigam gerar circuitos dentro do hospital que permitam trazer de volta as famílias, porque fazem muita falta aos doentes.

A médica referia-se especialmente aos doentes neurológicos, desde logo os que se encontram em situação mais crítica e que, por isso mesmo, acabam internados em Cuidados Intensivos. “Para o doente neurológico, o contacto com a família não é apenas uma questão de afeto, é algo fundamental para a sua reabilitação. É a forma como os familiares interagem com ele que ajuda o seu cérebro a recuperar. Nesta fase, está a ser difícil termos que lidar com a falta da família, não só do ponto de vista humano, mas, em particular no doente neurológico, como uma forma de reabilitação da função cerebral”, reconhece.

“Quando tratamos o cérebro, verdadeiramente, estamos a tratar a identidade da pessoa. É o cérebro que define quem nós somos, quem fomos e, eventualmente, quem



vamos ser. Nunca nos podemos esquecer que, perante um doente neurológico, estamos a tratar o eu daquela pessoa. Para nós, médicos e enfermeiros, o nosso desejo é tentar recuperar o órgão cérebro doente mas também aquilo que representa em termos da essência da pessoa”, alerta.

Natural do Porto, Celeste Dias, 58 anos, reconhece que até poderia ser economista ou engenheira, em vez de médica, mas também logo

acrescenta que, para si, a engenharia e a matemática “são duas componentes indissociáveis” da sua vida de investigadora e de ligação à faculdade. Para além de que, trabalhando em cuidados intensivos na área dos neurocríticos, “faz-se muita monitorização cerebral, que está bastante ligada à tecnologia e com inúmeros dados para analisar”.

Colocada no São João como interna de Anestesiologia, Celeste Dias nunca mais deixou o hospital, onde, recorda, foram os anestesiologistas que estiveram na base da Medicina Intensiva, que a certa altura se autonomizou, levando-a a optar por esta especialidade. Acabou por ficar alguns anos integrada numa UCI Polivalente.

Em 1998, uma década depois da criação da Unidade de Cuidados Pós-Operatórios de Neurocirurgia, com o apoio aos doentes assegurado por neurologistas e neurocirurgiões, “chegou-se à conclusão de que não era fácil lidar com estes casos mais complexos sem uma base de Medicina Intensiva”.

Foi então decidido criar a UCI Neurocríticos — “ou UCI Neurológicos, porque foi mudando várias vezes

de nome”, explica a médica —, tendo sido convidada para assumir a sua coordenação. Tarefa que aceitou, ciente de que “estes doentes mereciam um tratamento diferenciado” e consciente de que “o cérebro tem muita capacidade de recuperação se nós lhe dermos essa oportunidade e com o tratamento correto para o poder restaurar”.

Celeste Dias foi “à procura de rumos”. Fez um estágio em Espanha, mas o modelo que encontrou, “muito centrado na pessoa e pouco

na equipa”, não lhe agradou. Esteve na Alemanha, mas achou esse modelo “muito focado na Neurocirurgia e pouco na Medicina Intensiva”. Foi em Cambridge que encontrou o tipo de funcionamento que lhe pareceu mais adequado para uma UCI desatada, baseado na equipa médica e de enfermagem de Medicina Intensiva, com a consultadoria diária da Neurocirurgia. “Fazia sentido!”, diz.

Da Universidade de Cambridge haveria de trazer igualmente, mais



tarde (em 2011), um *software* que ali foi desenvolvido e que permite “fazer o tratamento individualizado de cada caso de acordo com a evolução que vai tendo”. No seu entender, “a introdução dessa ferramenta de apoio à decisão clínica veio transformar completamente a nossa forma de trabalhar e de ver o doente, a nível médico e de enfermagem”. Profissionais de outras unidades do país têm tido, entretanto, oportunidade de fazer formação na UCI Neurocríticos do São João na utilização desse *software*.

Envolver a Matemática e a Bioengenharia em projetos de investigação

Celeste Dias deixou a coordenação da MI Neurocríticos 8 no início de 2019, 20 anos depois de a ter assumido e com um doutoramento pelo meio que incluiu a apresentação de uma tese em que procurou demonstrar que o trabalho ali realizado está ao nível do melhor que se faz nos países mais desenvolvidos.

Mais concentrada no ensino e na investigação, participa em vários projetos, sobretudo com a Faculdade de Ciências da Universidade do Por-

to, nomeadamente com o Centro de Matemática: “Estudamos a alteração do sistema nervoso autónomo decorrente da lesão neurológica, algo muito pouco investigado a nível mundial e que exige um conhecimento de análise de sinal e de análise matemática relevante. Só com o apoio da Matemática pura conseguimos fazer isso.”

Por sua vez, com a Faculdade de Engenharia da UP, em particular com a Bioengenharia, “estamos a trabalhar o grande volume de dados de monitorização cerebral dos nossos doentes, recorrendo a tecnologias de *deep learning* e Inteligência Artificial, para ver se conseguimos descrever os conhecimentos que já temos e, eventualmente, chegar a outros novos”.

Na prática, Celeste Dias gere um laboratório clínico na sua UCI que, não tendo ainda um nome formal, bem se poderia chamar, no seu entender, Unidade de Investigação em Neurocríticos. “Um dos objetivos finais é poder chegar à institucionalização de uma eventual Unidade de Investigação em Neurointensivismo dedicada aos doentes neurológicos”, refere. Foi nessa linha, aliás, que a professora auxiliar convidada da FMUP lançou este ano a

Unidade Curricular Optativa de Neurointensivismo, no âmbito do Mestrado Integrado de Medicina.

Habitualmente, passam todos os meses pela UCI Neurocríticos uns 6 a 7 internos em formação, oriundos de todo o país.

Nesta UCI que Celeste Dias montou e coordenou durante duas décadas, e que tem um dos lados virado a nascente e o outro a poente, há muita luz natural durante o dia e uma luz indireta de noite. “Procuramos alternar a atividade do dia com a calma da noite, para que o cérebro seja estimulado de acordo com o ritmo circadiano normal e, com isso, permitir uma reabilitação mais adequada dos doentes”, explica.



(Continuação da pág. 23)

Dias foram as primeiras a avançar. A ideia era ficarem durante um ano e prepararem os colegas neurologistas e neurocirurgiões para assegurarem depois o funcionamento daquela UCI. Estávamos em 1998. Nunca mais de lá saíram. Celeste Dias acabou por vir a coordenar a UCI Neurocríticos durante 20 anos. “A minha paixão pelos neurocríticos é, portanto, de longa data”, conclui Eduarda Pereira, que, entretanto, assumiu aquele cargo em fevereiro de 2019.

Com uma equipa fixa de 6 médicos seniores, na Medicina Intensiva Neurocríticos 8 são tratados cerca de 700 doentes por ano, com um internamento médio que ronda os 8 dias. O número tem-se mantido ao longo do tempo, a característica dos internados é que se tem alterado – muitos dos traumatizados eram jovens acidentados, agora são idosos vítimas de quedas.

“Esta não é uma unidade neurocirúrgica. Nós damos apoio ao Bloco, obviamente, mas os doentes operados eletivamente são apenas 35 a 40% de todos os que recebemos, sendo os restantes doentes vítimas de AVC hemorrágicos, por exemplo, e traumatizados”, sublinha Eduarda Pereira.

Na altura da reportagem (meados de junho), a UCI Neurocríticos tinha 4 formandos (3 internistas e 1 cardiologista) a fazer a subespecialização em Medicina Intensiva e ainda 6 internos.

Na sequência da pandemia de covid-19, as 6 camas da sala de Inter-médios foram dotadas de ventiladores (em junho), tendo agora capacidade para receber quem necessite de CI. Em todo o caso, a coordenadora explica que esse espaço será preferencialmente ocupado por doentes sujeitos a uma menor monitorização, requerendo apenas cuidados pós-operatórios,

sem precisarem de ventilação, numa fase avançada de desmame do ventilador, ou que, previsivelmente, no dia seguinte serão extubados.

Rosa Moreira, enfermeira em funções de chefe da MI Neurocríticos 8: a cultura de um Serviço de Medicina Intensiva

“Quando um doente tem alta temos a preocupação de falar com a equipa do Serviço de destino, para que possam conhecer a sua condição, de forma a que, quando chega ao Internamento do Serviço de Neurocirurgia, já estejam alinhados com as suas especificidades e seja garantida a continuidade de cuidados”, esclarece Rosa Moreira, enfermeira em funções de chefe da Medicina Intensiva Neurocríticos 8, especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica (2000), com o mestrado em Direção e Chefia de Serviços de Enfermagem e uma pós-graduação em Bioética.



Rosa Moreira

Natural de Vila do Conde, 46 anos, estudou na Escola Superior de Enfermagem do Porto e foi fazer o que queria: trabalhar em Cuidados Intensivos. Acabaria por ficar 15 anos na UCI Polivalente do Serviço de Urgência do Hospital de São João. Foi depois chefe, durante 3 anos, a UCI Polivalente Geral que o Serviço de Medicina Intensiva tem no piso 6. Finalmente, em 2016, foi incumbida de assumir idêntica responsabilidade, mas agora na MI Neurocríticos 8.

“Conheço bem as três unidades. É uma perspetiva muito enriquecedora, pois, são muito diferentes. As características das equipas têm alguns pontos semelhantes e na forma de trabalhar procura-se que existam protocolos comuns de atuação. Mas depois cada uma tem a sua cultura e a

forma como nasceram até foi peculiar, embora exista cada vez mais a cultura de um Serviço de Medicina Intensiva”, garante Rosa Moreira.

Pedro Alberto Silva, neurocirurgião: “Há uma relação muito estreita”

Pedro Alberto Silva, que fará 38 anos no final de setembro, confirma haver “uma grande interação” entre a Neurocirurgia e a Medicina Intensiva, fruto de “uma relação muito estreita com pessoas que nós conhecemos bastante bem”. E deixa claro ter consciência de uma coisa: “A oportunidade de conviver com a UCI Neurocríticos tem sido estruturalmente uma base para qualquer sucesso que eu tenha na minha carreira hospitalar.”

“A confiança que existe relativamente a profissionais com experiência que compreendem, de facto, o cérebro de maneira muito específica e que, além disso, têm um ótimo *rapport*, um contacto estreito comigo, permite-me libertar um doente após a intervenção cirúrgica, sabendo que ele ainda precisará de muitos cuidados e que estes influenciarão completamente a manei-ra como vai recuperar”, afirma, assegurando: “Para mim, seria muito difícil fazer o que faço sem ter este apoio, que é importantíssimo.”

Pedro Alberto Silva salienta mesmo que tem como rotina, quando termina uma cirurgia, sentar-se com o colega da UCI e conversar sobre o doente que acabou de operar, relatar o que aconteceu durante a intervenção e comunicar alguma complicação que possa comprometer o pós-operatório imediato. “Há uma continuidade muito grande no tratamento que me deixa francamente mais descansado como médico”, conclui.

Natural de Jovim, no concelho de Gondomar, Pedro Alberto Silva nasceu na Maternidade Júlio Dinis, fez a maior parte dos estudos e reside no Porto, é casado com uma farmacêutica hospitalar e tem 2 filhos, de 5 e 8 anos. Diz não ter dúvidas de que foi influenciado na escolha do curso pelo facto de o pai ser médico e também porque, embora tendo exercido Pediatra a nível hospitalar, aquele acabou por se dedicar à clínica privada num consultório junto de casa, sendo que a maior parte dos seus doentes eram adultos.

Resultado: “Cresci literalmente na sala de espera, a brincar com eles. Talvez por isso, para mim, a Medicina foi sempre muito orientada para a perspetiva clínica de lidar com a pessoa.”

“Literalmente, nós podemos percorrer o corredor em qualquer momento e debater aspetos específicos relacionados com um doente”, diz Pedro Alberto Silva.

Ambicionando dedicar-se a uma atividade cirúrgica diferenciada, acabou no Serviço de Neurocirurgia, confessando que a sua escolha valorizou mais o local da formação e a equipa de trabalho do que propriamente a especialidade. Já participava em reuniões e assistia a cirurgias durante o internato geral.

Viria a dedicar-se à cirurgia vascular e aos tumores da base do crânio, “algo historicamente desafiante, no sentido em que estamos a lidar com situações que envolvem cirurgias tecnicamente delicadas, prolongadas e em que o dano potencial para o doente está muito presente”.

“Os aneurismas que nós tratamos, e que podem matar uma pessoa, medem muitas vezes apenas 3, 4 ou 5 mm e nascem sobre artérias



Pedro Alberto Silva e Osvaldo Sousa

muito finas e que são terminais”, frisa o neurocirurgião. E adianta: “As artérias que nós manipulamos lidam com uma zona do cérebro específica, o que significa que se nós as fecharmos, por algum motivo, originamos um AVC. Grande parte da nossa intervenção consiste, na



verdade, em tentar criar as condições de segurança para podermos abordar o aneurisma.”

Por sua vez, na área dos tumores da base do crânio, “temos que lidar com a agressividade sobre um tumor que envolve estruturas que são importantes para o cérebro mas que também o são muito em termos de visual, para a estética, para a função normal da cara”.

Estando o Serviço de Neurocirurgia num processo de se organizar estatutariamente em unidades funcionais, há áreas que, embora se comportando já como tal – e dispondo, inclusive, de médicos diferenciados –, não têm ainda um nome atribuído. No que lhe diz respeito, Pedro Alberto Silva admite que lhe soa bem a designação Unidade Funcional de Neurocirurgia Vascular e da Base do Crânio. Fica registado!

Osvaldo Sousa, neurocirurgião: a “dinâmica bastante elevada” da cirurgia da coluna.

A Unidade Funcional de Patologia Raquidiana do Serviço de Neurocirurgia do CHUSJ tornou-se um dos primeiros dez centros cirúrgicos

Natural de Santo Tirso, com 34 anos e casado com uma especialista de Medicina Interna, tirou o curso na Covilhã e logo voltou à zona do Porto. Fez todo o internato da especialidade, que terminou em 2018, apanhando a “fase dos contentores”, considerando que a mudança para as renovadas instalações “é uma vitória para o Serviço, mas principalmente para os doentes”.

A acreditação europeia do Serviço para o tratamento cirúrgico das patologias de origem degenerativa, tumoral, infecciosa ou vascular da coluna e a existência de uma consulta própria acabam por contribuir para que o número destes casos encaminhados para o São João seja significativo.

“Temos imensos doentes que nos são referenciados, principalmente pelos Cuidados de Saúde Primários e, portanto, acabamos por ter uma dinâmica cirúrgica bastante elevada, com cerca de 12 a 14 doentes operados por semana. Temos sempre pe-

Osvaldo Sousa: “Cerca de 80 a 90% dos doentes com patologia degenerativa da coluna chegam-nos diretamente dos CSP.”

didos de outras especialidades, mas o principal contributo vem, de facto, da Medicina Geral e Familiar”, reporta Osvaldo Sousa.

Selecionar melhor os casos observados na consulta, de forma a poder torná-la mais eficiente, é um objetivo, pode dizer-se, prioritário. Até porque os doentes chegam um

pouco de todo o lado, de Trás-os-Montes ao Algarve. Para o nosso interlocutor, atingir esse objetivo passará por fazer com que os CSP “percebam um pouco melhor quais são os critérios preferenciais de seleção das situações e referenciar para a consulta, pois, algumas delas terão, com certeza, como indicação um tratamento conservador, que não seja cirúrgico”.

Manuel João Pinto, interno de Neurocirurgia: “É um Serviço muito estimulante”

Manuel João Pinto, 32 anos, entrou no internato da especialidade em 2015 e transitou este verão para o 2.º ano. É um dos 7 internos do Serviço. Parece estranho, mas três parágrafos adiante perceber-se-á o que andou a fazer durante 4 anos!

“Sempre gostei muito de Neurociências e da sua aplicação clínica. Foi, em parte, por esse meu fascínio pela interação do organismo com a doença e pela forma que nós temos de manipular as patologias e de tentarmos, usando várias estratégias, ajudar as pessoas que sempre tive interesse pela Medicina”, justifica, acrescentando: “Como desde cedo percebi que queria ser cirurgião, aliando os dois factos, a Neurocirurgia tornou-se, obviamente, a minha área de maior interesse.”

Manuel João Pinto entrou no internato de formação específica em 2015, mas só o começou precisamente no dia 1 de junho de 2019, um sábado, apresentando-se no Serviço de Neurocirurgia na segunda-feira seguinte, uma semana depois da inauguração do novo espaço. Situação acordada, como é óbvio, com o diretor, Rui Vaz. Fugiu assim aos contentores!

O facto é que, na altura, já tinha iniciado o denominado Programa Graduado em Áreas da Biologia Básica e Aplicada, um plano doutoral da Universidade do Porto no âmbito do qual se candidatou a fazer a sua tese no estrangeiro. Haveria de escolher um laboratório da Universidade

de Basileia que estuda circuitos do sistema nervoso relacionados com o controlo do movimento. Por lá ficou 4 anos.



Manuel João Pinto

“Mais especificamente, a minha tese era sobre circuitos que controlam a nossa capacidade de marcha, cujas alterações constituem um dos principais sintomas da doença de Parkinson. Os doentes como que congelam durante a marcha e, portanto, têm uma grande propensão a quedas, originando uma enorme morbilidade. É um dos sintomas mais difíceis de tratar e que responde menos bem às terapêuticas atuais”, explica.

E está Manuel João Pinto a gostar do Serviço?

“Foi sempre para onde eu quis vir. Na minha opinião, e acho que na de muita gente, presta uma assistência neurocirúrgica de muito boa qualidade, não só do ponto de vista clínico, mas também científico. É um Serviço muito estimulante e o Prof. Rui Vaz é uma pessoa bastante interessada e que fomenta imenso a investigação.”

MARIA ALICE ROCHA, ASSISTENTE OPERACIONAL DO SERVIÇO DE NEUROCIRURGIA:

“Sinto-me bem aqui. Ainda tenho genica para trabalhar”

Quando Maria Alice Rocha começou a trabalhar no São João ainda não tinha 20 anos. É fácil fazer as contas: nasceu a 3 de abril de 1954 e entrou no hospital dia 6 de fevereiro de 1974. É, neste momento, a funcionária mais antiga da instituição.



Natural de Marco de Canavezes, começou a trabalhar com 14 anos, num restaurante do Porto. Ainda passou pela cozinha do São João, mas esteve lá pouco tempo. Pediu transferência e foi parar ao

Proseguindo:

“O Serviço funciona muito bem em várias áreas, não só nesta componente das doenças do movimento, em que nos destacamos. Também temos muita qualidade na área do neurotrauma e destaco a importância de nos podermos aliar a parceiros como aqui os nossos colegas da Medicina Intensiva. Considero um privilégio a facilidade que temos em trabalhar com esses profissionais.”

O mesmo sucede, lembra Manuel João Pinto, relativamente aos doentes internados eletivamente para serem submetidos a cirurgias intracranianas e que frequentemente, no período pós-operatório, requerem cuidados intensivos: “Nós temos a facilidade

“Para o doente, é excelente nós acabarmos por funcionar quase como uma única unidade, apesar de serem serviços diferentes”, considera Manuel João Pinto.

de, terminadas as cirurgias, irmos ali ter com esses doentes e conversarmos com os colegas. E também discutimos os resultados dos exames pós-operatórios em conjunto.”

internamento dos traumatismos cranioencefálicos. Recorda-se perfeitamente, afirma Maria Alice Rocha, do tempo em que o atual diretor, Rui Vaz, ainda não era médico: “Lembro-me bem dele, ainda estudante...”

Embora nunca tendo deixado de lidar com os doentes internados em enfermaria, sublinha que também foi dando apoio nos Cuidados Intensivos, sempre que necessário, no tempo em que a UCI Neurocríticos era da responsabilidade da Neurocirurgia. Agora são os seus colegas assistentes operacionais da Medicina Intensiva que asseguram essa tarefa.

Confessa que se assustou “um bocadinho” com a covid-19, mas garante: “Nunca tive medo de vir!” E continua a fazer o que sempre fez: “Dou de comer aos doentes, dou-lhes banho, levo-os ao raio x e à TAC. Ajudo as enfermeiras a virá-las, a mudar as fraldas... E gosto muito de conversar com eles!”

Vivia desde os 32 anos, com uma filha e um filho que criou sozinha, agora que tem 66 anos, não hesita em afirmar: “Sinto-me bem aqui. Ainda tenho genica para trabalhar!”



SERVIÇO DE IMUNOALERGOLOGIA DO CENTRO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO LISBOA NORTE

Consulta de Asma Grave proporciona uma resposta mais diferenciada

CRIAR A PRIMEIRA UNIDADE DE ASMA GRAVE CERTIFICADA DO PAÍS É A GRANDE AMBIÇÃO DO SERVIÇO DE IMUNOALERGOLOGIA DO CHULN, QUE TEM AGORA COMO DIRETORA A MÉDICA ELISA PEDRO. A PANDEMIA DE COVID-19 FEZ ABRANDAR O PROCESSO, MAS ISSO NÃO SIGNIFICA, DE FORMA ALGUMA, QUE ESSA IDEIA TENHA SIDO ABANDONADA. ANA MENDES, A COORDENADORA DA CONSULTA DE ASMA GRAVE, CONFIRMA ISSO MESMO.

Os especialistas calculam que a asma afete 6,8% da população portuguesa, ou seja, cerca de 700 mil pessoas. O agravamento da doença ou a falta de resposta à terapêutica acaba por fazer com que 5 a 10% delas sofram de asma grave. “É uma condição clínica muito impactante, que leva a várias idas à Urgência do hospital e causa uma grande incapacidade, daí que seja realmente fundamental haver uma consulta específica”, considera Ana Mendes, coordenadora da Consulta de Asma Grave do Serviço

nais de esperança que dão ainda mais força a Ana Mendes e ao seu grupo para lutarem pela criação de uma Unidade de Asma Grave no CHULN. “É o nosso grande projeto, que está um pouco atrasado por causa da pandemia, mas que esperamos levar avante muito em breve”, promete.

A consulta especializada e um hospital de dia já existem. Faltam, contudo, alguns detalhes para a concretização do sonho de criar uma unidade, “sobretudo um espaço físi-

co que permita uma abordagem mul-



Ana Mendes

ANA MENDES, COORDENADORA DA CONSULTA: “O meu maior interesse é a asma”

Ana Mendes, 46 anos, é natural de Angola e está no Serviço de Imunoalergologia do CHULN “desde sempre”. Licenciada em Medicina pela FMUL, foi em Santa Maria que sempre prestou cuidados de saúde. Apesar de ter vacilado entre Imunoalergologia e Pneumologia, o facto de a primeira ser uma especialidade mais abrangente fê-la optar por Imunoalergologia.

Mãe de duas filhas, de 9 e 17 anos, gosta de fazer caminhadas, em contacto com a natureza, mas falta-lhe tempo. “O meu maior interesse é a asma e quando não estou no hospital dedico-me à Rede de Especialistas em Asma Grave (REAG), da qual sou uma das coordenadoras, e ao Grupo de Interesse de Asma da SPAIC”, esclarece.

Também ela asmática, sabe como é importante manter o controlo desta patologia respiratória, que “afeta pessoas de todas as idades, com repercussões nas vidas laboral, escolar e social”.

Asmáticos com patologia controlada não terão mais predisposição para a infeção por covid-19

Devido ao eclodir da pandemia, desde abril que Ana Mendes se di-

vide entre os dois hospitais do CH Universitário Lisboa Norte. Isso acontece porque, apesar de a Consulta de Asma Grave se manter em Santa Maria, fisicamente na zona das Consultas Externas, o Hospital de Dia (onde se administra a terapêutica monoclonal) foi transferido para o Pulido Valente.

“Embora apostemos nas teleconsultas, estes doentes não podem estar muito tempo sem vigilância médica, daí que tenhamos criado circuitos que permitem a sua vinda ao hospital sempre que é necessário avaliar a sua situação clínica”, sublinha a imunoalergologista.

A gestão das consultas tem passado também pelo adiamento daquelas cujos casos são acompanhados com regularidade no Hospital de Dia: “Esses doentes vêm fazer o tratamento e têm sempre acompanhamento médico. Os que fazem a terapêutica no domicílio têm mesmo de ser observados para se evitar casos de descompensação e de agudização de sintomas, com todas as repercussões que daí advêm em termos de qualidade de vida e até de prognóstico.” Sendo pacientes de elevado risco, Ana Mendes diz que se tem procurado transmitir-lhes, através de contacto telefónico, que não há razão para terem receio: “Os doentes mostram-se assustados, competindo-nos explicar que a segurança está salvaguardada. Aliás, a transferência do Hospital de Dia para o HPV aconteceu também por esse motivo.”

Além disso, acrescenta ser preciso “informar que ainda não há evidência científica de que os asmáticos com patologia controlada tenham mais predisposição para a infeção por covid-19, ou para apresentarem quadros infecciosos mais graves por essa razão”.

Investir na especialização em Enfermagem

Há 10 anos que a enfermeira Cristina Fontinha está ligada a este Hospital de Dia, que serve a Imu-

noalergologia e a Reumatologia. Trabalhando inserida num grupo multidisciplinar, lembra que o principal papel da Enfermagem não se resume aos tratamentos, pois, “também é muito importante promover a educa-

ção para a saúde e assegurar a adesão terapêutica”.

Uma tarefa que pode, de alguma maneira, ser facilitada com o sentimento de proximidade e de confiança por parte dos doentes, para quem

“o Hospital de Dia é a sua segunda casa. Cabe ao enfermeiro estabelecer uma relação empática, que crie confiança na equipa, para que as pessoas

(Continua na pág. 28)



Estrella Alonso y Gregorio, Cristina Fontinha, Elisa Pedro e Ana Mendes

de Imunoalergologia do Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte.

“Nós apercebemo-nos, sobretudo os elementos que se dedicavam mais a esta patologia respiratória, que era necessário dar uma resposta de maior proximidade e diferenciação a estes utentes, que vêm da região de Lisboa e Vale do Tejo, mas também do Alentejo, do Algarve e da região Centro do país”, refere Ana Mendes.

Imunoalergologista há mais de 20 anos, destaca os grandes avanços na área: “Há muitas terapêuticas para esta doença e no caso da asma grave já é possível dar uma resposta mais personalizada. Há cerca de 10 anos tínhamos os corticosteroides sistémicos, com vários efeitos secundários e que não permitiam proporcionar a qualidade de vida que atualmente se consegue disponibilizar com os medicamentos biológicos, como os anticorpos monoclonais.”

E dá um exemplo: “Temos um doente que recorria ao Serviço de Urgência quase diariamente e que, após um ano de tratamento com estes novos fármacos, não precisou, entretanto, de voltar à Urgência.” São estes si-

São cerca de 300 os doentes seguidos na Consulta de Asma Grave do CHULN. Criada em agosto de 2017, é coordenada desde o início por Ana Mendes.

tidisciplinar do doente, sem que este tenha que se deslocar a diferentes serviços do hospital. A contingência provocada pela pandemia impediu que se tivesse avançado já no sentido da concretização do projeto, até porque o Hospital de Santa Maria foi designado de primeira linha no atendimento a doentes com covid-19”.

A concretização deste projeto permitirá dar uma resposta mais

eficaz às necessidades dos doentes, mas também valorizar o trabalho dos profissionais, “permitindo partilhar boas práticas, além de ser uma forma de dar formação a colegas de outros hospitais que também queiram avançar com uma unidade deste tipo”.

A criação de uma unidade com estas características implica, automaticamente, a sua certificação, estando estabelecido que esse reconhecimento só poderá ser concedido por outra unidade (que Portugal ainda não tem), ou por uma sociedade médica de Imunoalergologia, se tiver de se recorrer a uma entidade de outro país, como é o caso.

A nossa vizinha Espanha já tem várias unidades dedicadas a esta patologia, esperando os responsáveis de Santa Maria poder contar com toda a experiência e conhecimento dos colegas espanhóis. Aliás, está previsto recorrer à Sociedade Espanhola de Alergologia e Imunologia

Clínica (SEaic) na obtenção da tão desejada certificação.

Acrescente-se, a esse propósito, que Ana Mendes tem, na sua Consulta de Asma Grave, um elemento cujo apoio é relevante no contacto com a SEaic. Com efeito, Estrella Alonso y Gregorio é espanhola e membro da SEaic, podendo assegurar uma ligação mais próxima àquela Sociedade.

Estando no CHULN desde o início da sua carreira, a médica nunca deixou de manter o contacto com o seu país de origem, considerando ser “muito importante haver partilha de experiências”. E acrescenta que Espanha “tem várias unidades dedicadas à asma grave, sendo visíveis os benefícios para quem tem de viver com uma patologia que é muito incapacitante — a nível pessoal, social e profissional — e que, quando tratada de forma adequada e personalizada, permite à pessoa viver bem”.



(Continuação da pág. 27)

possam expor, sem receios, as suas dúvidas em relação à doença ou até sobre outros aspetos da vida pessoal e de âmbito social”.

“Assim, é inevitável que uma relação que começa por ser terapêutica, com o passar do tempo, se torne mais pessoal”, afirma Cristina Fontinha.

A sua presença de uma década neste Hospital de Dia permitiu-lhe dedicar-se mais à patologia respiratória: “Sendo uma área tão específica, tenho que apostar na formação, quer através de pesquisas feitas por minha própria iniciativa, quer participando em congressos e outras reuniões



Cristina Fontinha

científicas. É crucial que o enfermeiro tenha bem presentes os sinais e sintomas associados à asma grave e que conheça a história do doente, de forma a detetar alterações no seu quadro clínico.”

Apesar da sua experiência, Cris-



tina Fontinha assegura haver sempre novidades: “Os avanços terapêuticos na asma grave são constantes e o enfermeiro tem que estar atualizado sobre os novos fármacos, as suas indicações e contraindicações, preparação, cuidados de administração, efeitos secundários imediatos e/ou tardios, para que preste a melhor assistência.”

Face a esta especificidade, acredita ser preciso investir na especialização em Enfermagem: “É muito importante adquirir competências. É uma mais-valia para a pessoa que vive com doença crónica poder ter um enfermeiro de referência que o acompanhe ao longo dos anos.”

Essa relação de proximidade também tem sido essencial em tempos de pandemia. “O sentimento de medo era grande, numa fase inicial, mas, com o passar das semanas e

com as medidas de segurança adotadas pelo hospital, tudo se resolveu. O nosso principal objetivo é sempre o mesmo: que o doente se sinta confiante e seguro com os cuidados que lhe prestamos”, sublinha Cristina Fontinha.

Cristina Fontinha: “Não houve desistências por causa da covid-19, apenas alguns doentes protelaram o tratamento.”

ELISA PEDRO, DIRETORA DO SERVIÇO:

“A medicina moderna implica trabalhar em rede, partilhando experiências e boas práticas”

Elisa Pedro está no Serviço de Imunoalergologia de CHULN desde que o mesmo foi criado, em julho de 2006, tendo integrado ainda a equipa da Unidade que o antecedeu. “Ainda me recordo que o Hospital de Dia era apenas uma sala pequena”, conta a diretora, que sucedeu ao seu colega Manuel Barbosa no cargo, na sequência da jubilação deste, em fevereiro último.

A médica anseia pela criação da Unidade de Asma Grave: “Será, de

facto, algo muito positivo para os doentes, em primeiro lugar, mas também para os profissionais.” A acreditação, assegurada pela SEAIC, também será uma vantagem para o Serviço: “A medicina moderna implica trabalhar em rede igualmente a nível internacional, partilhando experiências e boas práticas.”

Estando o CHULN integrado no Centro Académico de Medicina de Lisboa, a criação da Unidade faz ainda mais sentido: “Para além da ati-

vidade assistencial, temos também um papel fundamental na formação pré e pós-graduada, assim como na investigação clínica e laboratorial, em colaboração com o Laboratório de Imunologia Clínica da FMUL/IMM, além das publicações em revistas de referência.”

Tal como o seu antecessor, Elisa Pedro é a favor da “subespecialização” dos médicos do seu Serviço: “É um trabalho de continuidade, não alterei nada. Acredito que faz todo o sentido os clínicos dedicarem-se a áreas de interesse, não só por se sentirem, dessa forma, mais motivados e valorizados, mas também pelos benefícios que isso traz para os doentes. A inovação na especialidade de Imunoalergologia é uma constante e é importante que haja quem possa, inclusive, trazer as últimas novidades para a equipa e que tenha a capacidade de tomar decisões de forma autónoma. Tudo isto contribui para a valorização de todos nós e, ao mesmo tempo, para a excelência do Serviço.”

Elisa Pedro é a presidente cessante da SPAIC – Sociedade Portuguesa de Alergologia e Imunologia Clínica, tendo esse cargo sido, enretanto, assumido, em dezembro passado, por um outro especialista do Hospital de Santa Maria: Manuel Branco Ferreira.

NO 1.º ANO DE ATIVIDADE

Unidade de Hospitalização Domiciliária do CHOeste assistiu 285 doentes

A UNIDADE DE HOSPITALIZAÇÃO DOMICILIÁRIA (UHD) DO CENTRO HOSPITALAR DO OESTE COMEMOROU O SEU 1.º ANIVERSÁRIO EM JUNHO. NESTE PRIMEIRO ANO DE ATIVIDADE, A UHD DO CHOESTE PRESTOU CUIDADOS DE SAÚDE NO DOMICÍLIO A 285 DOENTES, LIBERTANDO 3022 DIAS DE INTERNAMENTO CONVENCIONAL NO HOSPITAL.

Dos 285 doentes assistidos no domicílio, registou-se uma demora média de 10,6 dias no internamento. Verificou-se ainda que 49% eram do género feminino e 51% do género masculino. A média de idades é de 70 anos, sendo que o doente mais jovem tem 18 anos e o mais idoso 102).

A UHD do CHOeste, devido às suas especificidades geográficas, tem em funcionamento duas equipas, uma na unidade de Caldas da Rainha e outra na unidade de Torres Vedras. As equipas, constituídas por médicos, enfermeiros, uma assistente técnica, uma gestora, uma assistente social, uma farmacêutica e uma nutricionista, têm a seu cargo uma lotação de 5 camas cada, traduzindo-se numa lotação total de

Os apoios da comunidade

A Unidade de Hospitalização Domiciliária do CHOeste tem tido o apoio da comunidade, nomeadamente, da Caixa Agrícola de Torres Vedras, que ofereceu uma viatura que possibilita as visitas da equipa aos doentes internados no domicílio, e da Caixa de Crédito Agrícola Mútuo de Caldas da Rainha, Óbidos e Peniche, que cedeu outra viatura. A Câmara Municipal de Torres Vedras ofereceu equipamentos fundamentais à prática da prestação de cuidados diários aos doentes internados no domicílio.



Unidade de Torres Vedras do CHOeste

10 camas. Abrange uma área de influência de Mafra até à freguesia de Benedita, no concelho de Alcobaca.

Tendo em conta o universo de doentes que usufruíram do apoio

das equipas de hospitalização domiciliária do CHOeste, 99% disseram ter ficado “muito satisfeitos”, enquanto 1% disse estar “satisfeito”.

Elsa Baião, presidente do Conselho de Administração do CHOeste, enaltece o “trabalho, empenho e dedicação” das equipas da UHD, sublinhando que “os resultados positivos ao fim de um ano de atividade assistencial reforçam a relevância deste projeto na prestação de cuidados de saúde de qualidade e de proximidade aos utentes da região Oeste”.

O Centro Hospitalar do Oeste integra os hospitais de Caldas da Rainha, Torres Vedras e Peniche, tendo uma área de influência constituída pelas populações dos concelhos de Caldas da Rainha, Óbidos, Peniche, Bombarral, Torres Vedras, Cadaval e Lourinhã e de parte dos concelhos de Alcobaca e de Mafra.

O TESTEMUNHO DA ENFERMEIRA ANA FILIPA GOMES SOBRE O PROGRAMA DE INTERCÂMBIO:

“Consegui mais-valias pessoais e profissionais ao participar no HOPE”

ANA FILIPA GOMES FOI A REPRESENTANTE PORTUGUESA NA SUÉCIA, NO ÂMBITO DO HOPE 2018. APÓS A EXPERIÊNCIA, VOLTOU PARA PORTUGAL COM IDEIAS QUE ESTÃO EM CURSO E COM UMA MAIOR CERTEZA DE COMO É IMPORTANTE CONTAR COM A COLABORAÇÃO DOS UTENTES NA MELHORIA DOS CUIDADOS DE SAÚDE. É SOBRE ISSO QUE FALA NESTA ENTREVISTA À *JUST NEWS*.

“Melhorar a qualidade dos cuidados de saúde através da experiência e das competências dos doentes: estamos preparados?” Foi a esta pergunta que se tentou responder ao longo de 4 semanas na Suécia, no âmbito do programa de intercâmbio HOPE 2018. A representar Portugal esteve Ana Filipa Gomes, enfermeira no Serviço de Cardiologia do Centro Hospitalar Baixo Vouga (CHBV).

Após candidatura ao HOPE, a enfermeira foi escolhida para dar a cara por Portugal. “Pude conhecer o Sistema de Saúde e Social daquele país, observar práticas diferentes, inovadoras, outros profissionais, organizações, estruturas e dinâmicas. Com esta experiência, consegui mais-valias em termos pessoais, mas também profissionais”, disse à *Just News*.

E uma das características que mais chama a atenção na Suécia é precisamente a participação dos utentes nas decisões relacionadas com a sua saúde. “Destaco o *Patient Centered Care*, no Serviço de Cardiologia do Hospital de Växjö, que começou em 2016 e que se traduziu numa mudança de paradigma do cuidar, permitindo a diminuição do número de internamentos, a otimização da organização e do planeamento da alta e uma maior autorresponsabilização e capacitação do doente.”

Outra razão para o sucesso está na Educação: “A população sueca tem uma boa literacia, daí que também seja mais fácil pôr em prática esta vertente da participação dos utentes de forma ativa, quando se trata de tomar decisões sobre a sua própria saúde.”

Contudo, faz questão de deixar claro que “em Portugal também se fazem coisas de muito valor, apostando-se cada vez mais na integração de cuidados e na participação dos utentes”.

Continuando: “Temos de dar valor às nossas boas práticas. Aliás, neste intercâmbio, os colegas da Suécia não se limitam a dar a conhecer a sua realidade. Ao contrário, querem saber o que se faz em cada país, para também poderem aprender e tirar ideias.”

“Começaram por falar com as pessoas idosas para saberem quais eram as suas necessidades e problemas e, a partir daí, estratificaram grupos de utentes, nunca esquecendo a ligação entre hospitais, cuidados primários, lares e as diversas instituições”, explica.

Na opinião de Ana Filipa Gomes, este tipo de iniciativas acaba por ser mais efetiva na Suécia por se ter um sistema de informação bem estruturado. “Em Portugal também há pro-



Ana Filipa Gomes lembra que a reforma dos CSP portuguesa ainda é apontada como um exemplo pela OMS

jetos deste tipo, mas existem mais dificuldades por não se ter sistemas de informação uniformizados”, diz.

Outra razão para o sucesso está na Educação: “A população sueca tem uma boa literacia, daí que também seja mais fácil pôr em prática esta vertente da participação dos utentes de forma ativa, quando se trata de tomar decisões sobre a sua própria saúde.”

Contudo, faz questão de deixar claro que “em Portugal também se fazem coisas de muito valor, apostando-se cada vez mais na integração de cuidados e na participação dos utentes”.

Continuando: “Temos de dar valor às nossas boas práticas. Aliás, neste intercâmbio, os colegas da Suécia não se limitam a dar a conhecer a sua realidade. Ao contrário, querem saber o que se faz em cada país, para também poderem aprender e tirar ideias.”

“Comunicar em ISBAR”: aplicar o conhecimento em Portugal

Numa experiência bem intensa de 4 semanas, Ana Filipa Gomes quis trazer algo para Portugal, mas nunca esquecendo o conselho dos coordenadores de intercâmbio: “Não ten-

Ana Filipa Gomes: “Empiricamente, a equipa já tentava otimizar as transições. Mas, após o HOPE, foi dada formação aos enfermeiros do Serviço para se evitar a perda de informação, diminuindo-se assim os erros e otimizando-se a gestão.”

tem mudar o mundo.” Como específica: “Algumas mudanças dependem de decisões políticas e de gestão, e obviamente que não se muda nada com um estalar de dedos.”

O grande interesse pelas doenças cerebrocardiovasculares

Natural de Praia da Mira, Ana Filipa Gomes tem 36 anos e é enfermeira há 14, sendo especialista em Saúde Comunitária há 3 anos. Licenciada pela Escola Superior de Enfermagem Dr. Ângelo Fonseca de Coimbra, tem dois mestrados: Ciências da Educação e Gestão em Saúde. Atualmente, é doutoranda em Enfermagem na Universidade Católica do Porto. As doenças cerebrocardiovasculares são a sua área de interesse, tendo sido nomeada, em novembro, embaixadora nacional da *Young Community* da Association of Cardiovascular Nurses and Allied Professionals (YoCo ACNAP) da Sociedade Europeia de Cardiologia.

menta comunicacional, otimizando desta forma a gestão da informação. Os resultados deste projeto já foram, inclusive, publicados e apresentados no Congresso EuroHeartCare2019, em Milão”, observa, continuando:

De referir que, ainda no âmbito do HOPE, Ana Filipa Gomes organizou, no passado mês de setembro, uma sessão de partilha, que contou com a presença de Jackie Barron, *disability manager* do *Louth Disability Services HSE*, em Dundalk (Irlanda), e de Dolores Retuerta, diretora clínica de Hospital Universitario de Guadalajara e responsável pelas unidades de CSP da região, que também participaram no intercâmbio.

“Esta troca de ideias permitiu, numa sessão institucional aberta, à semelhança da Conferência HOPE Agora, realizada no final de cada intercâmbio, conhecer visões sobre as mais-valias que cada um levou de volta para a sua instituição e país de origem. Estas experiências, além de serem subjetivas, estão também dependentes do programa que cada um delineou para desenvolver ao longo das 4 semanas. Foi uma oportunidade única e uma mais-valia também para todos os profissionais da instituição.”

à pandemia de covid-19, tendo sido adiado para 2021.

As candidaturas podem ser feitas no *site* da Associação Portuguesa para o Desenvolvimento Hospitalar (APDH), que é a representante do Ministério da Saúde junto do HOPE.

Federação Europeia dos Hospitais (HOPE) foi fundada em 1966

A Federação Europeia dos Hospitais (HOPE) é uma organização não-governamental sem fins lucrativos, que representa as associações de hospitais e as próprias unidades públicas ou privadas a nível europeu, sejam federações

de autoridades locais e regionais ou os próprios serviços nacionais de saúde.

Fundada em 1966, atualmente, é composta por diversas organizações da União Europeia, da Suíça e da República da Sérvia e abarca

quase 80% dos cuidados hospitalares. Está ainda ativa nos cuidados de saúde primários e no setor social.

Com o programa de intercâmbio, de periodicidade anual, pretende-se promover a partilha de

experiências e de conhecimentos. Entretanto, o 39.º Programa de Intercâmbio HOPE 2020, que decorreria entre 11 de maio e 7 de junho de 2020, subordinado ao tema “Boas práticas em gestão da saúde baseada na evidência”, foi cancelado devido

SERVIÇO DE PEDIATRIA E NEONATOLOGIA DO CENTRO HOSPITALAR DE ENTRE O DOURO E VOUGA

UCI Neonatais do CHEDV vê reforçada a sua capacidade de resposta, continuando a privilegiar a relação de confiança com os pais dos prematuros

HÁ 21 ANOS QUE NO HOSPITAL DE SÃO SEBASTIÃO, EM SANTA MARIA DA FEIRA, SE ACOMPANHAM AS CRIANÇAS QUE NASCEM NO LIMIAR DA VIABILIDADE, NUMA PARCERIA DE CUIDADOS QUE ENVOLVE SEMPRE OS PRÓPRIOS PAIS. A UCI NEONATAIS VIU AGORA REFORÇADO O NÚMERO DE INCUBADORAS.

A Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais é a única que na zona do país compreendida entre a área do Grande Porto e Coimbra dá resposta a bebés prematuros que nascem no limiar da viabilidade, ou seja, a partir das 23/24 semanas.

“Como as unidades neonatais trabalham em rede desde 1997, temos todas as condições para dar apoio a outros hospitais, se necessário”, diz à *Just News* a diretora do Serviço de Pediatria e Neonatologia do CH de Entre o Douro e Vouga, Fátima Menezes. Apenas os recém-nascidos que necessitam de vigilância por parte da Cardiologia Pediátrica ou da Cirurgia são encaminhados para outra instituição hospitalar.

Para Fátima Menezes, “não basta prestar cuidados de qualidade aos bebés, temos que dar apoio aos pais naquele que é um momento difícil da sua vida”. Na verdade, “estão angustiados e não sabem bem o que pode acontecer com os seus filhos, por isso, é fundamental criarem uma relação de confiança connosco, apostando muito na comunicação e no esclarecimento de dúvidas”.

Essa proximidade consegue-se quando acompanham os filhos na UCI Neonatais e, posteriormente, na enfermaria do Serviço de Pediatria, mas não só: “Informamos sempre os pais que podem telefonar a qualquer hora para saberem como está a sua criança. Por exemplo, se acordarem às 3h da manhã, preocupados e ansiosos, podem e devem contactar-nos.”

No Hospital de São Sebastião, considera-se que não faz sentido recorrer ao conhecido *Baby Care*: “Esse tipo de dispositivos cria, na minha perspetiva, muita ansiedade e



angústia, porque se os pais não veem a criança no berço podem achar que há algum problema, quando, na verdade, ela pode estar simplesmente a fazer um exame. Ou então não entendem certos choros ou gestos, que são normais, entrando em pânico.” Fátima Menezes prefere o método adotado no seu Serviço: “Criando uma relação de confiança, os pais sabem que podem sempre falar connosco, por telefone ou presencialmente, e que a nossa equipa está atenta ao seu filho.” A médica realça, inclusive, que os



sistemas a distância não favorecem, por exemplo, o descanso dos progenitores. “Um dos grandes desafios é convencer os pais que têm de dormir quando estão em casa sem o filho. Até porque, quando este receber alta, vão ter pouco tempo para descansar”, sublinha. Tranquilizar os pais é, assim, uma das principais tarefas da equipa. “Somos uma unidade pequena, comparativamente às dos hospitais dos grandes centros urbanos, e isso tem também a vantagem de favorecer o estabelecimento de uma relação de maior confiança com os pais e até com as crianças”, considera a médica.

“Estas crianças conseguem suportar e superar muitas coisas, lutando pela própria vida”

Exemplo desse sentimento de pertença a perdurar no tempo é o que acontece todos os anos no Dia Mundial da Prematuridade, que se assinala a 17 de novembro. “Fazemos sempre uma festa e contamos com a presença dos pais e das crianças e jovens. No ano passado, um dos nossos primeiros bebés prematuros, que já tem 21 anos, veio acompanhado da

família e da namorada. Anda agora na Faculdade!”, refere Fátima Menezes. Esta iniciativa conta com o apoio da XXS – Associação Portuguesa de Apoio ao Bebê Prematuro, que tem como mentora uma mãe que teve os bebés internados na Neonatologia do CHEDV. “Eles são fantásticos e um grande contributo para que os pais saibam lidar com esta nova realidade”, comenta.

Exemplos como este demonstram como a prematuridade não tem de ser um flagelo: “A Medicina tem evoluído muito, não só no apoio que se pode dar ao bebé, mas também à mãe. Hoje em dia, é cada vez mais comum conseguir-se evitar um desfecho mais trágico graças ao acompanhamento que se dá às mulheres com gravidez de alto risco.”

Para a diretora do Serviço de Pediatria e Neonatologia do CHEDV, os bebés são sempre os seus “super-heróis”: “Não consigo deixar de me espantar, ao longo destes anos todos, com a resiliência destas crianças, que parecem tão vulneráveis e frágeis, mas que são grandes lutadoras.”

Fátima Menezes sublinha como “elas conseguem suportar e superar muitas coisas, lutando pela própria



Paula Fontoura e Fátima Menezes

vida, quando ainda deviam estar no conforto da barriga da mãe. Por isso, o ano passado vestimo-las de super-heróis, porque é o que elas são.”

Para a médica, é essencial transmitir aos pais esta capacidade de superação, assim como a elevada taxa de sobrevivência: “Felizmente, a mortalidade é esporádica nestes prematuros. Muitos passam por situações de grande dificuldade, mas recuperam e crescem felizes.” Gosta também de realçar que cada criança é única: “Ao longo destes anos, são vários os casos de bebés que dão a volta à situação e que conseguem aguentar o que não é suposto. Os livros dão indicações gerais, mas cada bebé é diferente.”

Em suma: “Os profissionais de saúde prestam cuidados, mas não somos melhores do que a natureza: o processo de crescimento é lento, com percalços, mas a maioria dos bebés e suas famílias passa por este processo e sobrevive sem grandes limitações.”

Pandemia pôs em causa projeto domiciliário... Para já!

Estando no Serviço de Pediatria e Neonatologia desde o primeiro dia e sendo sua diretora desde 2016, Fátima Menezes passou recentemente por uma “prova de fogo” inimaginável. Pela primeira vez, teve que fazer várias adaptações no Serviço, devido à pandemia de covid-19: “Estamos muito perto das primeiras regiões mais afetadas, internámos o primeiro caso da doença em idade pediátrica, uma menina de 17 anos. E não foi fácil chegar ao diagnóstico. Só dessa vez, tivemos mais de 30 profissionais de quarentena no Serviço, entre médicos e enfermeiros, e foi preciso encerrar o Serviço de Urgência de Pediatria durante a noite.”

Foi um momento difícil também para os pais, que deixaram de poder entrar na UCI Neonatais. “Nos primeiros tempos, tivemos que nos adaptar. Além de se manter o contacto por telefone 24 horas por dia, enviávamos-lhes vídeos e fotos, para que eles se sentissem mais confiantes e próximos dos seus filhos”, conta.

Atualmente, apesar de a situação estar controlada, todo o cuidado é pouco perante um vírus que ainda



Unidade de Neonatologia do CHEDV (2019)

- Utentes/bebés: **209** (desde o limiar da viabilidade, 23/24 semanas)
- Tempo médio de internamento: **11 dias**
- Taxa de mortalidade: **1%**
- Incubadoras: **12**

Nota: A Unidade de Neonatologia do CHEDV só transfere bebés com necessidade de cirurgia ou por cardiopatias congénitas complexas.

Profissionais (agosto 2020)

- **11** médicos
- **21** enfermeiras
- **9** assistentes operacionais

FÁTIMA MENEZES, DIRETORA DO SERVIÇO DE PEDIATRIA E NEONATOLOGIA:

“Gosto mesmo muito de Pediatria. Dentro da Medicina, é o que mais me encanta”

Aos 59 anos, Fátima Menezes não se vê sem as suas crianças. E confessa: “Aprendo muito com os mais pequenos. A sua resiliência é um exemplo para todos nós!”

Natural de Vila Nova de Gaia, licenciou-se na FMUP, apesar de o sonho de ser médica só ter surgido mais na altura da candidatura ao Ensino Superior. “Pensei ser cabeleireira e até pianista”, revela. A opção pela especialidade foi fácil: “Gosto mesmo muito de Pediatria. Dentro da Medicina, é o que mais

especialidade. Além do Hospital de Santo Tirso, que lhe deu “a verdadeira noção de uma unidade distrital”, esteve 3 meses no Hospital de La Paz, em Madrid, Espanha, numa Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos. “É uma área de que gosto muito!”, esclarece.

Casada há 27 anos com “o companheiro de uma vida inteira”, tem duas filhas, uma a estudar Medicina e outra em Ciências da Comunicação. Nos tempos livres, gosta de ler, nomeadamente, História Greco-Ro-



me encanta. Não me vejo a fazer outra coisa.”

Antes de chegar a Santa Maria da Feira, passou pelo Hospital Eduardo Santos Silva, em Vila Nova de Gaia, onde fez o internato geral, e pelo São João, onde terminou a

mana, e de tocar piano. Apesar das responsabilidades como médica e diretora de um serviço, tem ainda alguma atividade política, por acreditar “numa sociedade mais justa e onde é possível a igualdade de oportunidades”.

MIGUEL PAIVA, PRESIDENTE DO CA DO CHEDV:

“A renovação dos equipamentos é uma prioridade que tem vindo a ser concretizada”

Em plena pandemia, não foi possível assinalar o Dia Mundial da Criança com as atividades habituais, mas isso não fez esquecer essa data tão especial para os mais pequenos. A Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais tem agora três novas incubadoras, no âmbito de uma estratégia de renovação de equipamentos nesta área da Pediatria. Além disso, todas as crianças e recém-nascidos internados no Serviço de Pediatria e Neonatologia receberam uma pequena lembrança.

Para Miguel Paiva, presidente do Conselho de Administração do CH de Entre o Douro e Vouga, “o investimento na renovação dos



equipamentos da nossa instituição é uma prioridade que tem vindo a ser concretizada com várias aquisições, para responder às necessidades dos vários serviços”, representando “a importância que atribuímos à saúde infantil da nossa região”.

“Graças à experiência dos nossos profissionais e à dotação tecnológica da UCI Neonatais, podemos resolver localmente a grande maioria das situações que possam surgir, sem necessidade de ter que transferir qualquer recém-nascido para outra unidade de saúde”, frisa aquele responsável.

Miguel Paiva realça ainda o facto de, como centro hospitalar de periferia, ter a vantagem de poder “apostar bastante nos cuidados de proximidade, no humanismo e na personalização de cuidados, com expressiva ligação à comunidade”.

Novas incubadoras chegaram no Dia Mundial da Criança.

PAULA FONTOURA, ENFERMEIRA EM FUNÇÕES DE CHEFIA:

“Eles sabem que cuidamos bem dos seus filhos”

Paula Fontoura é a enfermeira em funções de chefia do Serviço de Pediatria e Neonatologia. Com 52 anos, mãe de 4 filhos e a filha mais nova de uma família transmontana, é no meio das crianças que se sente feliz. “A chefia complementou aquilo que mais gosto de fazer: em primeiro lugar estão sempre os bebés! A Pediatria é uma grande paixão!”, afirma.

Habituada a lidar com os “pequenos heróis”, defende que o seu sucesso passa também pela boa relação com os pais dos menores. No seu entender, “eles têm que sentir confiança na equipa e acredito que assim seja. Podem telefonar às horas que quiserem, esclarecemos todas

as dúvidas. Eles sabem que cuidamos bem dos seus filhos”.

Mas, como em qualquer situação que envolva crianças, os pais podem reagir menos bem. “Costumamos resolver esses casos. Temos que compreender que estão fragilizados e assustados e cabe-nos a nós, profissionais de saúde, saber comunicar e transmitir confiança e tranquilidade”, diz.

Paula Fontoura sabe perfeitamente que não é nada fácil ter um filho doente, sobretudo nestas condições: “Sou mãe e quando os meus adoecem também não consigo reagir com a calma própria de uma enfermeira! A volta da criança há



muitas opiniões de terceiros, como tios, avós, amigos... e isso cria angústia e confusão. Cabe-nos essa tarefa de desmistificar o que é dito.”

No final, admite que o seu trabalho é reconhecido, assim como o da restante equipa. E a principal recompensa vem dos mais novos: “Quando sorriem... é maravilhoso!”

Tal como Fátima Menezes, espera que a pandemia chegue ao fim para se poder apostar no “Domus CHEDV”. É que se continuem a realizar as festas do Dia Mundial da Prematuridade e do Dia Mundial da Criança, nunca deixando de prestar “um serviço de qualidade”, até porque são a única resposta para muitos prematuros.

SERVIÇOS FARMACÊUTICOS DO CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA OCIDENTAL (CHLO)

Nunca consideramos que o Serviço esteja como gostaríamos. Estamos sempre a tentar melhorar

O TÍTULO DESTA REPORTAGEM RESULTA DE UMA AFIRMAÇÃO PROFERIDA, COM CONVICÇÃO, PELA DIRETORA DOS SERVIÇOS FARMACÊUTICOS DO CHLO. FÁTIMA FALCÃO FALA COM CLAREZA: “SOMOS UM ÚNICO SERVIÇO, EMBORA TENHAMOS TRÊS LOCALIZAÇÕES.” A *JUST NEWS* FOI AOS HOSPITAIS DE SÃO FRANCISCO XAVIER (HSFX), EGAS MONIZ (HEM) E SANTA CRUZ (HSC) E RECOLHEU DECLARAÇÕES DE ALGUNS DOS CERCA DE 80 PROFISSIONAIS QUE INTEGRAM OS SF.

O CH de Lisboa Ocidental reúne, como se sabe, três hospitais que já foram autónomos. Mas, pelo menos no que aos Serviços Farmacêuticos (SF) diz respeito, Fátima Falcão garante que o funcionamento nos diferentes locais é “perfeitamente uniforme”, que os procedimentos são “exatamente os mesmos”. Na verdade, os cuidados assegurados pelos SF no HSFX, no HEM e no HSC apenas divergem em função das patologias para cujo tratamento cada hospital está mais vocacionado, sendo, nesse aspeto, complementares.

Para se perceber quão estreita é a ligação de Fátima Falcão aos SF do CHLO é preciso recuar no tempo cerca de 30 anos, quando a então jovem farmacêutica começou a trabalhar no HSFX, em 1987, poucos meses depois de o hospital ter aberto. Em 1991, com

apenas 31 anos, assumiu a direção dos Serviços Farmacêuticos, e em 2006, com a criação do CHLO, ficou responsável pelos SF deste CH. A coordenadora dos técnicos superiores de Diagnóstico e Terapêutica Paula Fernandes acompanha-a desde essa altura.

“Durante este tempo, o Serviço tem estado em constante evolução, ou seja, nós nunca consideramos que esteja como nós queremos. Estamos sempre a tentar melhorar”, afirma a responsável, que identifica quatro momentos importantes.

Começa por recordar o início da aplicação da farmacocinética clínica no HSFX, em 1991, envolvendo uma equipa multidisciplinar que incluía, nomeadamente, o atual diretor médico do CHLO, António Carvalho

(pneumologista), Cândida Fonseca (internista e cardiologista) e a própria presidente do CA, Rita Perez (anestesiologista), bem como a sua colega e “grande amiga” Teresa Aires Pereira.

Para Fátima Falcão, a informatização da prescrição, ainda antes da criação do CH, foi um acontecimento que também não esquece, de tão relevante que foi, mesmo quando ainda se recorria a um sistema informático muito diferente do atual. A avaliação dos erros associados à transcrição da prescrição manual originou um artigo publicado em revista de referência em conjunto com Luís Campos, especialista de Medicina Interna.

Como não podia deixar de ser, a integração dos três hospitais no CHLO e a consequente necessidade de unifor-

mizar a atividade dos SF foi “o grande desafio” que Fátima Falcão enfrentou em 2006, procurando que houvesse “um objetivo único, com procedimentos e documentos comuns”.

Finalmente, a diretora destaca a acreditação dos SF pela DGS, no âmbito do Programa Nacional de Acreditação em Saúde, segundo o modelo europeu ACSA (Agência de Calidad Sanitaria de Andalucía), processo ainda não finalizado em resultado da covid-19. Note-se que, anteriormente, os SF do CHLO já tinham obtido a certificação segundo o modelo ISO 9001:2008.

“A integração foi muito fácil”

Fátima Falcão tem o seu gabinete nas atuais instalações da Farmácia do HSFX — afinal, o mesmo hospital que acolhe o Conselho de Administração do CHLO —, em cujo projeto participou e que foram inauguradas em 2002, feitas de raiz, com aspetos que destaca: “Conseguimos ter a produção completamente separada da distribuição, do armazenamento e das áreas mais clínicas. Temos circuitos completamente diferentes para docentes, profissionais e fornecedores.”

Numa das paredes da sala está exposta a fotografia que a mostra acompanhada da sua equipa de farmacêuticas no antigo espaço da Farmácia “Muitas dessas colegas já não estão no Serviço, desempenhando atualmente funções de coordenação ou de direção noutras instituições”, esclarece.



“A grande dinâmica que tivemos a nível da Oncologia foi um dos motivos que levaram, entretanto, a um reforço ao nível dos recursos humanos”, explica Fátima Falcão, justificando: “Neste momento, garantimos a dupla verificação de todas as preparações que são realizadas por nós, por uma questão de segurança na utilização dos medicamentos.” E adianta que a proximidade das equipas dos SF e da Oncologia “tem sido possível dado o empenho das duas direções”.

Há algo que a diretora dos SF do CHLO diz que não pode deixar de referir quando conversa com a *Just News*: “Temos grande vocação para o ensino e para a investigação, nomeadamente, na monitorização da utilização do medicamento em ambiente de vida real. Somos responsáveis pelas disciplinas

de Farmácia Hospitalar I (4.º ano) e II (5.º ano) do Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas da Faculdade de Farmácia da UL”, assegurado pelo Departamento de Socio-Farmácia, presidido por Rogério Gaspar.

Note-se que a disciplina de FH II inclui ensino intensivo de Farmácia Clínica, realizando-a os alunos em ambiente hospitalar, tendo cada um deles um farmacêutico como tutor. Normalmente, o HSFX disponibiliza 3 vagas, o HEM outras 3 e o HSC 2.

Quando, em 2006, se deu a junção das três farmácias no novo CH, Fátima Falcão já conhecia bem os profissionais e a realidade da atividade farmacêutica no Egas Moniz e em Santa Cruz. “Sempre funcionámos bem, mesmo em termos de entreejuda e de troca de opiniões. A integração foi fá-

Fátima Falcão: “Enfrentámos os desafios que o SARS-CoV-2 nos colocou com um bom plano de contingência e uma grande flexibilidade em relação à nossa prática habitual.”

FÁTIMA FALCÃO, DIRETORA DOS SF DO CHLO: Primeiro emprego foi na Santa Casa

Fátima Falcão, que nasceu em Viseu, a 29 de julho de 1958, foi aluna da Faculdade de Farmácia da Universidade de Lisboa, concluindo

que “foi uma experiência muito interessante”, porque a instituição tinha muitas valências e um grande volume de produção de terapêutica.



o curso em 1982. Seguir Farmácia Hospitalar foi sempre uma certeza (obteve a especialidade em 1985), até porque, confessa, a ideia inicial era ir para Medicina. Fez o doutoramento em 2013, tendo tido como orientadores José Cabrita, Margarida Caramona e Carlos Santos.

Antes de ser admitida no HSFX, pouco tempo depois de este ser inaugurado, trabalhou na Santa Casa da Misericórdia de Lisboa. Diz

Fátima Falcão esteve ligada à análise e verificação de medicamentos.

Entre outros cargos de responsabilidade que foi tendo ao longo da sua vida profissional, foi eleita para o *General Committee* da Sociedade Europeia de Farmácia Clínica, onde permaneceu entre 2000 e 2004, e integra a Comissão Nacional de Farmácia e Terapêutica desde 2016. É professora auxiliar convidada da Faculdade de Farmácia da UL.

cil”, assegura, constituindo, neste momento, “uma equipa coesa, com um objetivo comum, e cujos elementos têm crescido em conjunto”.

A sua rotina habitual inclui reservar um dia da semana para se deslocar ao HEM e outro para ir até Carnaxide, contactar com os profes-

sionais dos SF. Periodicamente, realiza reuniões de caráter mais formal, com as coordenadoras Helena Farinha (HEM), Ana Mirco (HSC) e Erica Viegas (HSFX), bem como Ana do Rosário, a consultora sénior da equipa. Mas os encontros acabam por acontecer todas as semanas.

SF do CHLO em números (2019)

- Consultas farmacêuticas: **417**
- Doentes em programa de farmacocinética clínica: **1.545**
- Monitorizações farmacocinéticas: **5.517**
- Pareceres farmacêuticos (medicamentos sujeitos a justificação/novos medicamentos ou indicações terapêuticas): **1.065**
- Visitas médicas em que o farmacêutico integrou a equipa: **912**
- Prescrições validadas: **204.144**
- Comunicações orais em congressos: **10**
- Doentes atendidos em ambulatório: **11.334**
- **1** artigo e **3** abstracts publicados em revistas com arbitragem científica e factor de impacto

Profissionais dos SF do CHLO (em agosto de 2020)

- 27** farmacêuticos
- 25** técnicos superiores de diag./terap.
- 8** assistentes operacionais
- 17** assistentes técnicos

ANA MIRCO, COORDENADORA DA FARMÁCIA DO HOSPITAL DE SANTA CRUZ:

“Tenho uma equipa jovem, motivada e com vontade...”

Ana Mirco está entusiasmada com notícias recentes que parecem indicar que agora é que é: “Dizem-me que vou ter uma Farmácia nova!”. Funcionando em instalações provisórias há quase 30 anos, a mais pequena das três estruturas que constituem os SF do CHLO poderá, daqui a uns tempos, vir a conhecer um novo espaço.

Outra coisa que a deixa não menos entusiasmada é o facto de liderar uma equipa de profissionais “jovem, motivada e com vontade”, cujos elementos “estão sempre disponíveis quando é necessário agarrar um novo desafio”. Considera mesmo que a equipa é o “ponto forte” da Farmácia do HSC.

Um aspeto que destaca imediatamente é “a organização dos SF, tudo o que está por detrás da equipa”. E recorda que, aquando da criação do

CHLO, foram uniformizadas as práticas nas três diferentes localizações dos SF, que resultou da adoção do que melhor se fazia nos três locais.

Antes de ter aceite a responsabilidade de coordenar a Farmácia de Santa Cruz, em 2011, Ana Mirco trabalhou 14 anos ao lado de Fátima Falcão no São Francisco Xavier. Considera que “sempre foi uma pessoa com muita visão estratégica, bastante inovadora, estando normalmente um passo à frente dos outros”.

“Temos linhas orientadoras comuns para os três hospitais, com processos transversais e sempre feitos da mesma forma, mas é de referir que a Prof.ª Fátima Falcão nos dá autonomia de implementar novas atividades na área da FH”, afirma a farmacêutica.

Ana Mirco, 47 anos acabados de fa-

zer, reconhece que nunca pensou ser farmacêutica hospitalar... até ter estagiado na Farmácia do HSFX. “É isto que eu quero fazer!”, pensou. Ainda começou

a trabalhar numa farmácia comunitária, mas quando recebeu o convite para in-

(Continua na pág. 34)



“Relativamente à consulta farmacêutica, selecionámos um dia específico da semana para cada área: Cardiologia, Transplante Cardíaco, Transplante Renal e Cirurgia”, refere Ana Mirco.





Ana Mirco

(Continuação da pág. 32)

tegrar a equipa de Fátima Falcão, obviamente, não hesitou. Começou no 1.º dia útil de setembro de 1997.

Em 18 de abril de 2011 foi quando assumiu a coordenação da equipa dos SF de HSC. Já conhecia as colegas farmacêuticas porque a criação do CHLO, cinco anos antes, veio contribuir para que contactassem com regularidade.

É professora na Lusófona e na FFUL e dedica parte do seu tempo ao ensino, quer de alunos, quer de estagiários.

Alexandra Atalaia, farmacêutica

Ligada à área da distribuição a nível do internamento e dos serviços de apoio e à consulta farmacêutica, Alexandra Atalaia diz que o facto de trabalhar num hospital mais pequeno permite “uma proximidade e facilidade de contacto com as equipas multidisciplinares”.



Alexandra Atalaia

Havendo no HSC doentes com uma terapêutica bastante complexa, “o farmacêutico tem um papel muito ativo porque participa nas visitas clínicas, nalguns casos diariamente”, embora aquelas tenham sido suspensas devido à covid-19.

Mensalmente, cerca de 1500 doentes, seguidos em especialidades médicas como Nefrologia, Transplante Renal e Transplante Cardíaco, des-

de Pós-Transplante Cardíaco, em parceria com os médicos da área, e apoia os serviços de Cardiologia Pediátrica e de Cirurgia Cardiorotatória. “Válido diariamente os medicamentos de uma população que inclui desde bebés com 5 dias até adultos com 80 a 90 anos. Cada um deles é muito especial”, comenta.

Liliana Calixto estudou na FFUL, é especialista em Farmácia Hospitalar e mais tarde fez um mestrado em Gestão no ISCTE. Nunca tinha tido qualquer contacto com a realidade da Farmácia Hospitalar até ter feito um estágio de 2 meses no Hospital do Barreiro. Estava há menos de três meses a trabalhar numa farmácia comunitária quando lhe perguntaram se queria ir a uma entrevista em Santa Cruz. Foi e ficou.

“Já tive oportunidade de ir para outros sítios, mas tenho uma paixão

locam-se aos SF do HSC para aceder à sua terapêutica. A cada doente é atribuído um farmacêutico de referência, que disponibiliza o e-mail e o telefone direto, de forma a facilitar o contacto.

Devido à pandemia, “a estratégia encontrada foi o envio de terapêutica para um período de 3 meses, por transportadora, para o domicílio dos doentes, alguns dos quais residem no interior alentejano, no Algarve, ou nas Ilhas”. De março a junho foram efetuados cerca de 490 envios de terapêutica, sempre com contacto telefónico prévio pelo farmacêutico, para avaliação farmacoterapêutica da prescrição e esclarecimento de dúvidas.

As consultas farmacêuticas, até então realizadas em gabinete próprio, passaram a ser efetuadas via telefone, com registo de informação no processo clínico e envio de guia terapêutica para casa dos utentes. É a farmacêutica que dá apoio ao serviço de Nefrologia e Transplantação Renal. Integra ainda a equipa de Gestão da Qualidade dos SF.

Alexandra Atalaia, 36 anos, está ligada à Farmácia do HSC desde 2 de julho de 2008 e tem uma certeza: “Eu acredito que o que faço no dia-a-dia tem um impacto positivo na vida do doente.”

Liliana Calixto, farmacêutica

Há 16 anos na Farmácia do HSC, Liliana Calixto é há muito responsável pela formação dos estagiários e dos novos colegas na farmacocinética, que considera ser uma área de excelência da Farmácia Clínica. Faz parte da equipa dos ensaios clínicos, sendo responsável por 5 dos 12 ensaios a decorrer atualmente no HSC. A realidade é hoje diferente do que foi no passado: “Há uma dinâmica completamente diferente, o farmacêutico está mais envolvido no processo e, hoje em dia, alguns ensaios clínicos requerem a vertente da preparação para administração do medicamento experimental, como acontece na Cardiologia Pediátrica e na Nefrologia.”

O Coração faz parte da sua vida. Participa semanalmente na Consulta

especial por este hospital. É muito diferente dos outros, é pequeno em tamanho, mas os doentes são de grande complexidade... Dá imenso trabalho, mas conseguimos ter uma relação muito próxima com os doentes, os médicos e os enfermeiros, o que nos torna quase como uma família”, afirma Liliana Calixto, 41 anos de idade e dois filhos pequenos. Mensalmente, também faz serviço extraordinário nas outras duas farmácias do CHLO.

Ana Macela, técnica superior de diagnóstico e terapêutica

Licenciada pela ESteSL, há 15 anos que Ana Macela faz o percurso entre Sacavém e Carnaxide. Quando começou a trabalhar no HSC ainda nem tinha sido constituído o CHLO. Oficialmente, desde 2019 que representa a coordenação dos técnicos de diagnóstico e terapêutica em Santa Cruz, mas, na prática, isso já acontecia “desde sempre”. Diariamente, acaba por fazer de tudo um pouco relativamente ao circuito do medicamento.



Liliana Calixto



Ana Macela

Explica que o “grande foco” dos técnicos no HSC é, efetivamente, a distribuição de medicamentos, até porque “temos todos os nossos serviços de internamento num sistema de dose unitária”. Para além de ser responsável por todos os serviços complementares de diagnóstico e por um serviço de internamento, Ana Macela, 36 anos, também é a responsável pela gestão do medica-



HELENA FARINHA, COORDENADORA DA FARMÁCIA DO HOSPITAL EGAS MONIZ:

“Tão importante como fazer chegar o medicamento ao doente é saber como ele o está a tomar”



O ambulatório tem um peso significativo na atividade dos SF no HEM, com cerca de 6900 doentes, aproximadamente metade do total do CHLO. À sua disposição têm o chamado Boletim de Acolhimento, que visa esclarecê-los sobre “o que está para além do gabinete personalizado onde lhes é dispensada a sua medicação”, explica Helena Farinha. A coordenadora da Farmácia do HEM aproveita, aliás, para se referir à “evolução brutal” que a Farmácia Hospitalar teve nos últimos 50 anos: “Passámos de uma prática

tendo como requisito base a realização de consulta farmacêutica.

Embora hoje muito mais vocacionada para a produção não estéril (manipulados como pomadas e xaropes, entre outros), a Farmácia do HEM deverá estar a arrancar, por esta altura de setembro/outubro, com uma unidade específica mais dirigida à preparação de medicamentos oftálmicos (ex: injetáveis intravítreos e colírios oftálmicos). O que se compreende tendo em conta que a Oftalmologia é uma das especialidades de referência no HEM, tal como o são outras áreas, por exemplo, as



Helena Farinha

muito focada no produto para uma prática centrada nos cuidados ao doente.”

Uma das preocupações que houve após o eclodir da pandemia de covid-19 foi “procurar manter sempre a consulta farmacêutica”, a qual, crescentemente, passou a ser realizada via “teleconsulta”, ou seja, através do telefone. “Tão importante como fazer chegar o medicamento ao doente é saber como ele o está a tomar”, frisa Helena Farinha, adiantando que “foram arquitetados mecanismos de proximidade” para dar resposta aos utentes sem possibilidade de se deslocarem em segurança aos SF, por exemplo, via entrega direta por transportadora certificada no domicílio do utente/via farmácia,

sentido de acrescentarem valor ao processo assistencial, promovendo a otimização da utilização das tecnologias de saúde”, afirma Helena Farinha.

Helena Farinha está ligada à Farmácia do HEM desde setembro de

1994, depois de ter estagiado no Hospital de Santa Maria. Recorda que dois meses depois começou por implementar a farmacocinética clínica na instituição, sublinhando que, de facto, “foi algo que garantiu a ‘entrada’ direta dos farmacêuticos nas

enfermarias”. Observa ainda que “os farmacêuticos hospitalares não abundam nos hospitais. Temos que ser muito eficientes nos processos, manter serviços de suporte bem ‘oleados’ e crescer de forma sustentável nas atividades clínicas, daí a importância

da polivalência em determinados setores”.

Quando o CHLO foi criado, em 2006, não hesitou em aceitar o convite para coordenar a Farmácia. Destaca “a

(Continua na pág. 36)

Farmácia do HSC

6 farmacêuticos

4 técnicos superiores de diag./terap.

2 assistentes técnicos

5 assistentes operacionais



(Continuação da pág. 35)

capacidade da Direção dos SF para, na altura, unificar processos e procedimentos”, o que considera ter sido “determinante para o sucesso da nossa intervenção”, mas também acrescenta que já havia “uma cultura de colaboração” entre os três hospitais, o que facilitou a adaptação à nova realidade. Em termos de aquisição e aprovisionamento, apesar de haver um serviço de gestão de compras centralizado, “cada instituição gere as suas necessidades de aquisição de produtos em função do seu perfil de consumo”.

Nascida em Moçambique em novembro de 1967, veio para Portugal com 7 anos, acabando mais tarde por tirar o curso de Ciência Farmacêutica na FFUL. Admite que tem “um percurso de vida muito ligado à profissão”, cumprindo o 2.º mandato como membro da Direção Nacional da Ordem dos Farmacêuticos e tendo aceiteado, por exemplo, integrar recentemente a Comissão de Avaliação de Medicamentos do Infarmed.

Pelo menos uma das suas duas filhas sentiu-se atraída por Ciências

Farmacêuticas e frequenta a faculdade onde a mãe também estudou.

João Rijo, farmacêutico

Os SF do CHLO têm praticamente três dezenas de farmacêuticos e João Rijo é o único do sexo masculino. Por aqui se vê como esta área profissional é maioritariamente ocupada por mulhe-



João Rijo



res. Com 39 anos e natural de Lisboa, diz que escolheu fazer o curso de Ciências Farmacêuticas, em parte, porque sempre gostou de Química e de Saúde.

Foi o estágio que realizou no HEM que o ajudou a perceber que, definitivamente, gostaria mesmo era de trabalhar num hospital. “Entusiasma-me a questão da inovação, de estarmos sempre em constante aprendizagem, a ligação direta com os serviços e com os outros profissionais... E conseguimos rapidamente dar resposta quer aos problemas dos utentes, quer às questões que esses profissionais nos colocam”, justifica, adiantando que começou a trabalhar no Egas Moniz em 2006, ano em que foi constituído o CHLO.

Foi logo nessa altura, embora recorrendo a um programa informático diferente, que João Rijo começou a dedicar-se à farmacocinética clínica. Diz que esse serviço prestado pelos farmacêuticos teve, desde o seu início, grande aceitação por parte de médicos e enfermeiros e que, face ao seu crescimento, houve necessidade de alargar a atividade a mais colegas, pelo que acabou por se ele a dar também formação a todos os seus colegas. Continua, aliás, a ter essa responsabilidade sempre que um elemento novo precisa de ser introduzido nos meandros da farmacocinética.

“Como nós pegamos no processo logo desde o início e como os resultados depois obtidos são bons, eu diria que os médicos se sentem confortáveis com este apoio, havendo uma grande aceitação de todos os serviços”, garante.

João Rijo também tem a seu cargo a área do ambulatório: “Sou responsável pela formação das pessoas, pela definição de circuitos, pela identificação de boas práticas, garantindo

que tudo funciona como é suposto.”

As condições de atendimento são hoje muito diferentes do que eram há 14 anos, quando chegou ao HEM: “Temos dois gabinetes individualizados para proceder à dispensa de medicação e para fazer consulta farmacêutica.

Além da privacidade associada ao próprio ato, que é necessária e desejável, dá-nos maior liberdade, a nós e ao doente, contribuindo para podermos ser, de facto, mais eficazes.”

Rosa Fernandes, técnica superior de diagnóstico e terapêutica

A técnica Rosa Fernandes tem bem presente que começou a trabalhar no HEM, mais precisamente na Farmácia, no dia 17 de setembro de 1990. Tinha na altura 22 anos. Tem hoje 52. Feitas as contas, são 30 anos dedicados à profissão e sempre no mesmo hospital, hoje em dia, centro hospitalar, o



Rosa Fernandes



que faz com que, por vezes, alguns dos seus colegas tenham que ir dar apoio à Oncologia do HSFX, por causa da rotação de equipas.

Rosa Fernandes é a representante da coordenação dos TSDT no HEM, mas isso não a impede de, tal como os restantes elementos, ir percorrendo as várias áreas de trabalho técnico da Farmácia. No seu caso, na altura em que a *Just News* ali esteve (final de julho), tinha a seu cargo o atendimento dos funcionários do hospital que ali se deslocam para levantar alguma medicação solicitada *on-line*, já depois da habitual distribuição pelos serviços.

“Antes da covid-19, era possível entrarem na Farmácia, mas agora isso já não é possível. É muito exigente, porque a campanha toca a toda a hora”, comenta Rosa Fernandes, acrescentando: “Nós criámos quatro horários de atendimento para pedidos urgentes e pontuais, mas a verdade é que, por vezes, vêm fora desse horário.

Margarida Falcão, farmacêutica

Margarida Falcão coordena uma equipa de quatro farmacêuticos dedica-

dos aos ensaios clínicos, que a pandemia de covid-19 não fez interromper – embora tivesse sido adiado o início de



Margarida Falcão

novos ensaios –, “tendo havido necessidade de fazer algumas adaptações”.

Os doentes deixaram de vir ao hospital fazer a consulta habitual e levantar a sua medicação, mas a dispensa farmacêutica foi efetuada na

Farmácia do HEM

10 farmacêuticos

9 técnicos superiores de diag./terap.

3 assistentes técnicos

6 assistentes operacionais

mesma: “As visitas de monitorização foram também efetuadas por via remota pelo investigador e a medicação enviada por transportadora para o domicílio dos doentes.” A rotina anterior foi retomada a partir da segunda quinzena de julho, relativamente aos cerca de dezena e meia de ensaios clínicos a decorrer, ainda com muitas das reuniões de qualificação e início de estudos a ocorrer à distância.

Há 11 anos que Margarida Falcão integra a Farmácia do HEM, confirmando que o número de ensaios em que estão envolvidos tem vindo sempre a subir. Existem, neste momento, “imensas solicitações”, nomeadamente, na área da Neurologia.

“Somos centro de referência a nível do tratamento da esclerose múltipla e temos, pelo menos, seis ensaios nessa área para entrar”, refere a farmacêutica, adiantando que também há vários estudos para serem iniciados nas áreas da Gastroenterologia e da Reumatologia.

Diana Gonçalves, assistente técnica

“Acho que quando chegamos cá aprendemos a dedicar-nos aos doentes. Não é só aos medicamentos em si. É nisso que nos focamos todos os dias”, afirma Diana Gonçalves, 39 anos, que faz parte da equipa da Farmácia do HEM desde 2005

“Somos três assistentes técnicos e, normalmente, estamos cá os três. Todos temos tarefas definidas, no en-

tanto, o nosso lema é ‘Nada fica para amanhã!’.

Diana Gonçalves diz que, embora não tenham contacto direto



Diana Gonçalves

com os doentes, não podem “deixar que um medicamento falte a quem precisa” quando o pedido chega à Farmácia. “Se for preciso, pedimo-lo por transferência aos outros hospitais do nosso CH. O



ERICA VIEGAS, COORDENADORA DA FARMÁCIA DO HOSPITAL DE SÃO FRANCISCO XAVIER:

“A especialização numa área clínica é muito importante, se queremos integrar verdadeiramente as equipas hospitalares”

Erica Viegas, que nasceu no Algarve a 14 de outubro de 1978, veio estudar Ciências Farmacêuticas para Lisboa e estava a acabar o estágio numa farmácia comunitária quando foi convidada a ir trabalhar para o HSFX, em cuja Farmácia tinha, aliás, estagiado muito pouco tempo antes, praticamente estreando as novas instalações. Entrou fez agora em junho 17 anos!

E é muito diferente a realidade dos SF em 2020, comparativamente com o que era em 2003? “Uma diferença imensa! Na altura, éramos 5 farmacêuticos e atualmente somos 29 no CHLO e 11 só no HSFX”, responde. Veja-se só o exemplo do Hospital de Dia de Oncologia: na altura, tinha apenas 3 cadeiros e à sexta-feira, muitas vezes, os tratamentos acabavam à hora do almoço. Agora, funciona todos os dias até às 20h e tem uma dúzia de cadeiros só dedicados à quimioterapia e uma segunda sala onde são feitas outras terapêuticas de suporte.

A coordenadora da Farmácia do HSFX, cargo que assumiria em julho



de 2012, conta que o crescimento da atividade farmacêutica foi gradual, embora a inauguração do segundo edifício do hospital o tenha impulsionado bastante, nomeadamente

Erica Viegas: “Há uma grande proximidade entre nós, coordenadoras, e a Direção dos SF. As decisões são quase sempre tomadas por unanimidade.”

“À medida que a atividade foi evoluindo, também fomos deslocando farmacêuticos para fora da Farmácia, para a Oncologia, para a Unidade de Medicina de Ambulatório, para a Hospitalização Domiciliária...”, salienta Erica Viegas.

“A nossa intervenção aqui no hospital é muito diferenciada, para além das atividades clássicas da Farmácia

que não pode é ele faltar ao doente!”, conclui.

Carlos, Diana e Luísa têm a responsabilidade de verificar se tudo bate certo quando uma encomenda chega. É preciso confirmar se é, de facto, o medicamento pedido, analisar a validade, verificar a dosagem...antes de ser feita a conferência técnica por um TSDT.

“Ninguém sai sem o trabalho diário estar feito. O meu colega Carlos Noel está cá há 35 anos e foi a mensagem que ele me passou e à Luísa Frago, que veio a seguir a mim, 2 anos depois”, conta Diana Gonçalves.

Hospitalar, temos investido em atividades clínicas. Sempre procurámos que houvesse uma especialização dos profissionais no que diz respeito às áreas clínicas”, observa, acrescentando:

“Essa especialização é muito importante se nos queremos integrar verdadeiramente nas equipas hospitalares, porque o conhecimento evolui, atualmente, a uma velocidade tão grande que é impossível a mesma pessoa dominar, em matéria de terapêutica, várias áreas clínicas. Tem que haver uma especialização semelhante à que acontece com outras profissões na Saúde. Os médicos são especialistas, os enfermeiros também, e nós procuramos igualmente acompanhar essa linha de evolução.”

A Farmácia do HSFX está, neste momento, envolvida em duas dezenas de ensaios clínicos, “uma área em franco crescimento aqui no hospital”. A Unidade de Medicina de Ambulatório, coordenada por Cândida Fonseca, está na origem de alguns deles,

(Continua na pág. 38)

(Continuação da pág. 37)

outros têm que ver com a Oncologia, a Neurologia Pediátrica, ou a Unidade de AVC, gerida pela Neurologia.

Quem reclama mais recursos da Farmácia acabam por ser a Oncologia e a Hemato-oncologia — são 3 farmacêuticos, mais uma equipa permanente de 5 técnicos superiores de diagnóstico e terapêutica. Na área materno-infantil, é a Neonatologia que reclama mais atenções, ao nível da farmacocinética (monitorizando antibióticos e o citrato de cafeína) e da nutrição parentérica.



Érica Viegas

Farmácia do HSFX

- 11 farmacêuticos
- 12 técnicos superiores de diag./terap.
- 3 assistentes técnicos
- 6 assistentes operacionais

Rosana Andrade, farmacêutica

Veio da Madeira com 18 anos para se licenciar em Ciências Farmacêuticas (era 1.ª opção!) na FFUL. Fez estágio no HEM, passou um ano e meio numa farmácia comunitária e, finalmente, entrou na Farmácia do HSFX, em maio de 2015.

Concluído o natural processo de integração, e para além de lhe ter sido atribuída a área do ambulatório, foi-lhe entregue a Consulta de Geriatria, assegurada por uma equipa de



Rosana Andrade

internistas liderada por Sofia Duque e que tem a particularidade de contar com a presença física, lado a lado com o médico, de uma farmacêutica, neste caso, Rosana Andrade.

“A nossa presença visa tentar

melhorar a efetividade dos medicamentos nestes doentes idosos e com múltiplas morbilidades, seja através da adaptação de fármacos potencialmente inapropriados, identificando interações medicamentosas, ajustando as doses, ou simplesmente procurando aumentar a adesão à terapêutica”, explica a farmacêutica, sublinhando a importância de estar presente na consulta, “que permite ajustar imediatamente a intervenção terapêutica prevista”.

Rosana Andrade também é, neste momento, responsável pela área da

a responsabilidade de gerir todos os técnicos.

A gestão das equipas, a atribuição de funções, a definição de responsabilidades, a formação, a integração de novos elementos, os estágios... Tudo isto, para além das suas funções como técnica... Paula Fernandes reconhece que, com a criação do CHLO, “a gestão tornou-se mais complexa, mas também tenho outras soluções”.

“Neste momento, a nossa mobilidade é entre os três hospitais e abrange todos os elementos, salvo algumas exceções”, reconhece,



“Em 2008, a Prof.ª Fátima Falcão, sempre com uma visão muito dinâmica, muito acertada, daquilo que tem que ser a profissão farmacêutica a nível hospitalar, achou que devia haver um farmacêutico fisicamente na Oncologia”, recorda Patrícia Cavaco.



Patrícia Cavaco

ser farmacêutica hospitalar. Não admira que tenha adorado tudo! No ano seguinte, em outubro, conseguiu trabalho na Farmácia do HSC. Quis o destino que ficasse logo na Oncologia. É fácil adivinhar o que aconteceu quando dois anos depois (2006) foi criado o CHLO e essa

é feita uma pausa a meio da manhã e outra pela altura do almoço. A rotatividade trimestral (e outras condicionantes, como as situações de gravidez) obriga, naturalmente, a recorrer com regularidade a técnicos das farmácias do HEM e do HSC.

Patrícia Cavaco, farmacêutica

Diz que gostou logo do curso quando entrou em Farmácia. Também admite que quando começou o estágio no HEM, em 2003, já tinha a ideia preconcebida de que queria



especialidade foi concentrada no HSFX. Logo no ano seguinte ficou responsável pelo Hospital de Dia de Oncologia.

“Vim para cá em maio, para este pequenino espaço que estava desaproveitado, com todas as implicações que teve a nível do trabalho do farmacêutico e da comunicação com os vários profissionais de saúde, bem como com o próprio doente. Acabamos por dar o nosso contributo muito mais *in loco* e sempre que é necessário.”

O cenário oferece poucas dúvidas: “O doente quer esclarecer alguma coisa e não é preciso estar a ligar para ninguém, desloca-se, chega cá e fala connosco. Se for preciso ver alguma medicação que esteja a fazer em casa, para confirmar se é adequada ou não, vem aqui. As consultas farmacêuticas também ocorrem neste espaço. Fomos pioneiros na sua implementação em articulação com a diretora da Unidade de Oncologia Médica, a Dr.ª Ana Martins. A proximidade dos médicos e dos enfermeiros também constitui uma mais-valia. Estamos completamente acessíveis a qualquer informação que seja necessário dar.”

Última observação de Patrícia Cavaco: “Na altura em que fizemos isto, ninguém o fazia!”

Nélson Barbosa, assistente operacional

Nélson Barbosa, 45 anos, trabalha no CHLO há 11. Mudou-se da Cardiologia do HEM para a Farmácia do HSFX há apenas 2 anos, para



Nélson Barbosa



substituir alguém, e perguntaram-lhe se queria ficar. Quis!

Conta que nestes últimos meses, assolados pela pandemia da covid-19, a Oncologia tem sido a especialidade que mais trabalho lhe tem dado a si e aos seus colegas assistentes operacionais. A Oncologia e o Bloco de Partos! Numa situação normal, seriam as Medicinas e a Cirurgia.

Curiosamente, “graças à covid-19, a circulação até é feita por outros caminhos que não era possível percorrer antes, acabando por se tornar melhor para nós. Levamos, por vezes, carros com muita carga e o circuito normal que tínhamos que fazer obrigava-nos a dar muitas voltas até chegar ao destino.

Marina Lobo Alves, farmacêutica

Depois de 4 anos em Farmácia Comunitária, Marina Lobo Alves, 47 anos de idade e mãe de 3 rapazes, passou os últimos 20 no HSFX. Já há mais de uma década que lhe foi entregue toda a parte cirúrgica do hospital, ou seja, é a farmacêutica que dá apoio ao Bloco Operatório Central, ao Serviço de Cirurgia Geral e à Unidade de Cuidados Intensivos Cirúrgicos.

“Neste momento, para além desses serviços clínicos, dou apoio à Unidade de Medicina de Ambulatório, que inclui, neste caso, o Hospital de Dia de Especialidades Médicas, a que temos associados muitos ensaios clínicos, dos quais sou responsável”, esclarece Marina Lobo Alves, que também tem a seu

vezes por semana. “Avaliamos os doentes, fazemos reconciliação terapêutica e validamos a prescrição”, explica.

Marina Lobo Alves aproveita para mostrar como a ligação estreita entre os SF e os cirurgiões pode ser profícua. Com efeito, “desenvolvemos, já há uns bons anos, um trabalho muito engraçado com os nossos cirurgiões que nos valeu alguns prémios. Com o apoio inicial da Faculdade de Farmácia de Lisboa, produzimos um gel com diltiazem que é utilizado no tratamento da fissura anal e permite alcançar resultados clínicos tão bons que os nossos doentes não precisam de ser operados. Conseguimos tratar a fissura anal sem intervenção cirúrgica.”

Catarina Freixo, técnica superior de diagnóstico e terapêutica

Catarina Freixo, 34 anos, é a representante dos TSDT no Departamento de Qualidade dos SF do CHLO, que integra também três farmacêuticos (um de cada hospital), um assistente operacional e um as-

sistente técnico. O que se pretende é que todos os grupos profissionais estejam envolvidos nesse grupo de trabalho.



Catarina Freixo

A grande tarefa dos últimos tempos tem estado relacionada com um novo processo de acreditação implementado pela Direção-Geral da Saúde, segundo o modelo europeu

ACSA. O mesmo decorreu durante o ano de 2019, tendo culminado com a realização de uma auditoria. A pandemia originada pela covid-19 tem sido a responsável pelo prolongar do processo.

“Todos os colaboradores têm estado empenhados no processo de acreditação”, afirma Catarina Freixo.

Licenciada pela ESTêSL, fez estágio no Pulido Valente e conseguiu ficar colocada no CHLO, no final de 2018. Tendo estado sempre mais ligada ao HSFX, a verdade é que também já prestou serviço no HEM e no HSC. A área da Oncologia acaba por ser a grande responsável por essa mobilidade, por causa do esquema de rotatividade trimestral e das limitações impostas em situação de gravidez e de amamentação.

Catarina Freixo esteve na preparação de citotóxicos no trimestre abril-junho e na altura desta reportagem estava dedicada à preparação de formas farmacêuticas estéreis, envolvendo a alimentação parentérica e o fármaco remdesivir para os doentes com covid-19.



