

Festa de Natal de 2014

Realizou-se no dia 13 de dezembro de 2014 a festa de Natal para as crianças no Hospital de Santa Marta, promovida mais uma vez, pela Liga dos Amigos da instituição. Foram convidados para esta celebração, os filhos dos funcionários de todos os serviços com idade até aos 10 anos. Associaram-se à festa as crianças hospitalizadas durante o ano na Cardiologia Pediátrica.

A animação esteve a cargo da Operação Nariz Vermelho, tendo estado presentes a Dr.^a Valentina Valentona e o Dr. Chocapic.

Foi uma manhã muito divertida onde os Drs. Palhaços se esforçaram por substituir um Pai Natal, que este ano não pôde estar presente.

“PAI NATAAAL”...
“PAI NATAAAAAAL”...
“PAI NATAAAAAAAL”...

Chamou-se, chamou-se, gritou-se, mas a Dr.^a Valentina não conseguiu fazer ouvir-se. O Pai Natal não veio.

Contaram-se histórias, cantaram-se cantigas, dançou-se Kuduro com as crianças e com os seus pais, animou-se todo o ambiente e as gargalhadas foram muitas e intensas. A boa disposição fez esquecer que se estava num hospital e que também é possível brincar num meio tão associado à dor e ao sofrimento.

A alegria era evidente nos rostos das crianças e dos seus acompanhantes tendo terminado a festa com a entrega dos presentes de Natal pelos Drs. Palhaços de uma forma muito personalizada.

Juntamente com os presentes foi distribuído um lanche a todas as crianças.

A direcção da Cardiologia Pediátrica felicita e agradece à Liga dos Amigos do Hospital de Santa Marta, o esforço que tem desenvolvido na manutenção deste tipo de iniciativas ao longo dos anos. Salienta-se o envolvimento e a importância dados a todas as crianças que são convidadas, em especial ao utente do serviço que é levado a vivenciar uma experiência diferente da que está habituado num hospital.

A todos um bem-haja.



Piso da Administração



Recepção - Entrada



Serviço de Cardiologia



Serviço de Cardiologia Pediátrica



Serviço de Cirurgia Cardioracica



Serviço de Fisioterapia



Serviço de Pneumologia



UCIP

O serviço social nas equipas de pediatria: a experiência na Cardiologia Pediátrica

A incorporação dos assistentes sociais nas equipas de pediatria configura uma oportunidade para melhorar a intervenção à infância e à adolescência, de forma a proporcionar uma prestação de cuidados íntegros e de maior qualidade. Ao compreender e incorporar uma intervenção precoce na realização de um diagnóstico social, ao delinear um plano de intervenção, em que as necessidades psicossociais e as fases da doença conectadas com as etapas de desenvolvimento da criança e família, proporcionam um marco coerente para decidir o momento e o tipo de intervenção mais adequado, assim como a metodologia a utilizar.

O assistente social deve perceber a forma como a família se organiza para enfrentar as exigências da doença, de modo a que possa intervir com o objectivo de apoiar a recuperar o equilíbrio e minorar os impactos da doença do filho(a). É essencial ter um espaço acolhedor para prestar um apoio psicossocial efectivo, no entanto, é fundamental ter em conta que, nesta situação de crise, a família deve ter “o seu tempo” para se recompor, encontrando ela própria forma de superar a situação, dando prioridade às suas potencialidades.

O processo de Intervenção Social pode ter início de diversas formas, prevalecendo de acordo com a figura 1, a referência de profissionais da equipa multidisciplinar (53%). Seguido, da iniciativa do cuidador/familiar (20%). O seu objectivo primordial nesta primeira etapa é conhecer a família, compreender como está a lidar com a doença e qual a fase da doença em que a criança/jovem se encontra, perceber as necessidades psicossociais, informar sobre os direitos sociais (advocacia social), dar a conhecer a associação e disponibilizar-se para prestar apoio a nível psicossocial em qualquer uma das fases da doença. A intervenção subsequente durante o percurso destas famílias no hospital, tem como base a informação social já recolhida anteriormente, a informação complementar da equipa de saúde referente aos cuidados e à adesão à terapêutica, as solicitações da família e a articulação com as redes de suporte.

Como se pode verificar na figura 2, a crescente evolução das situações sociais acompanhadas pelo Serviço Social, no período de 2011 a 2014, facto este que pode estar associado à conjuntura social e da crise financeira que se tem vindo a agudizar e, conseqüentemente, com o agravamento da pobreza e exclusão social, associados a problemas de saúde e à emergência de problemas sociais (como o desemprego e

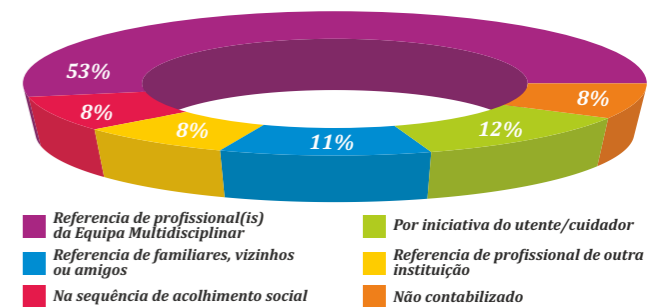


Figura 1 – Intervenção Desenvolvida

a pobreza). Na figura 3, estão identificados os diversos indicadores sociais com maior ênfase, a precariedade económica (260) e os problemas associados com doença crónica (235).

Neste contexto, devemos essencialmente sublinhar que na Cardiologia Pediátrica foram identificadas diversas áreas de ação: novas tipologias de famílias – monoparentais (49%); crianças e famílias de outras culturas – PALOP (23%); situações de risco social (6%); desemprego (11%); precariedade económica (31%), entre outras. É neste sentido, que a presença do assistente social nas equipas de Pediatria é fulcral de forma a diagnosticar, detetar, interpretar, avaliar e intervir socialmente nos problemas das crianças e famílias, numa perspetiva biopsicossocial.

O serviço de Cardiologia Pediátrica tem ainda como população alvo crianças/famílias PALOP's, que vêm ao Abrigo do Acordo Bilateral de Saúde. Neste contexto, é promovida uma intervenção interdisciplinar, que garanta uma boa acessibilidade, agilização de todo o processo de tratamento médico, que assegure com eficiência e segurança o regresso ao País de Origem. E por outro, minimizar a estada prolongada num País diferente, agravando-se com a demissão de apoio por parte de algumas Embaixadas, originando situações de grande vulnerabilidade social. Trabalhar com estas famílias implica encontrar alternativas que possa amenizar o impacto de todo o processo de mudança a que estão sujeitos, que não é apenas geográfico, mas sim de forma a proporcionar o acesso aos bens essenciais em prol do seu bem-estar.

O assistente social promove o bem-estar e a resiliência delineando com a família o **Plano de Intervenção** baseado nas suas necessidades e enquadrado nas

políticas sociais em vigor. Do Plano de Intervenção planeado fazem parte os procedimentos/atos sociais:

- **Apoio psicossocial:** tem configuração distinta consoante a fase da doença. Permite à família exprimir as suas emoções, expectativas e necessidades.
- **Advocacia social:** perceber se a família está a usufruir dos direitos sociais que, nestas situações, lhes são conferidos tal como a bonificação por deficiência, assistência a filhos com doença crónica, grau de incapacidade, entre outros. Relativamente à população dos PALOP, verificar qual a situação de legalização dos doentes e acompanhante.
- **Articulação com instituições de educação:** o fato da doença estar a causar o absentismo escolar e a consequente desigualdade de oportunidades no direito ao ensino, pode levar ao fraco aproveitamento escolar e por vezes ao seu afastamento. Pode ser desencadeada pelo assistente social uma articulação com os professores sobre as condições e limitações da criança, assim como os efeitos colaterais da medicação para servirem de apoio a estes alunos;
- **Apoio económico:** avaliar o impacto que a redução de rendimentos e o aumento das despesas tem na família;
- **Apoio a nível de saúde:** quando há incumprimento da terapêutica e ausências às consultas, compreender os motivos e definir um plano de intervenção com a família e com a equipa de saúde, de forma a encontrar uma resposta conjunta ou activar os apoios necessários;
- **Alojamento:** aos doentes deslocados que têm a sua residência fora do distrito de Lisboa, no sentido de amenizar o impacto da separação com a proposta de alojamento da família na Casa Ronald Macdonald;
- **Apoio assistencial:** no apoio pontual e imediato através do banco de roupa e alimentos não perecíveis que o Serviço Social dispõe, bem como da possibilidade de utilizar o SER Solidário no CHLC;
- **Redes de suporte:** nas situações de maior complexidade a nível sociofamiliar, é essencial perceber se há apoios da rede de suporte e activá-las, para que seja planeada a alta da criança em segurança.

É fundamental que a equipa interdisciplinar considere e preste os cuidados numa abordagem pluridisciplinar, na consciência de que com a sua intervenção pode contribuir, promover e facilitar que as crianças e adolescentes, com patologia cardíaca melhorem a sua qualidade de vida e se integrem plenamente na sociedade. A esta constatação, o apoio social assume um papel elementar em qualquer doença, incluindo as doenças cardíacas, funcionando como um amortecedor do sofrimento, fortalecendo o indivíduo para enfrentar as ameaças e desafios do dia-a-dia (Frasure-Smith et al., 2000).

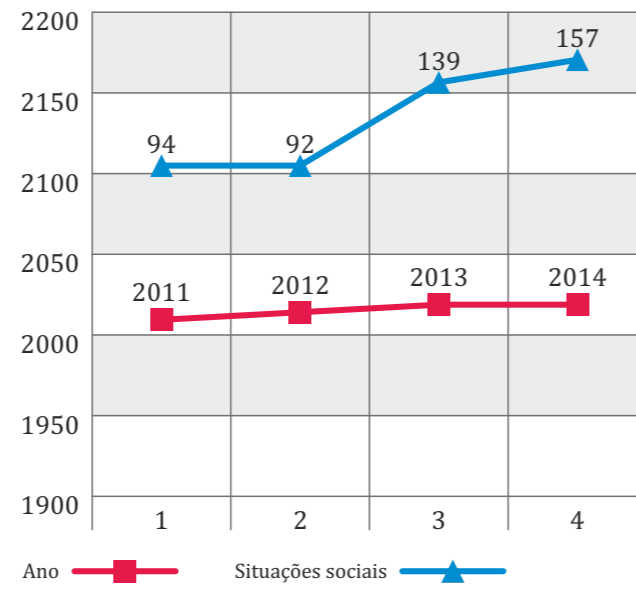


Figura 2 – Evolução das Situações Sociais no período de 2011/14 *

Diagnóstico Social	N.º
Precaridade Económica	260
Problemas associados c/ doença crónica	235
Probs. relacionados Emprego/Desemprego/Trabalho	64
Probs. relacionados grupo suporte primário/família	56
Probs relacionados c/ inserção social e cultural	49
Situação de dependência	18
Problemas relacionados c/ sistema de proteção	16
Problemas relacionados c/ habitação	22
Problemas relacionados c/ estilo(s) de vida	19
Problemas pessoais-área comportamental/relacional	16
Problemas c/serviços e cuidados de saúde e sociais	21
Criança / Jovem em risco	19
Problemas de âmbito jurídico-legal	14
Criança / Jovem em perigo -negligência	12
Violência Doméstica	5
Problemas relacionados c/ o ambiente social	5
Probs. relacionados-educação/formação profissional	2
Criança/Jovem em perigo - maus-tratos físicos/psicológicos	1

Figura 3 – Diagnóstico Social

*Estes números são relativos aos episódios sociais nos diferentes contextos de ação (internamento, consulta externa e Consulta de PALOP)

Entrevista ao Cardiologista Pediátrico

Dr. José Diogo conte-nos o que foram, até agora, 20 anos na especialidade.

É verdade. E passaram tão rápido. Lembro-me vivamente do momento em que escolhi esta especialidade. Por gostar de puzzles. Em duas décadas, o panorama demográfico das cardiopatias congénitas mudou muito. Quando iniciei o Internato Complementar, nasciam cerca de 110.000 crianças por ano em Portugal; hoje são apenas 80.000, naquela que é uma das mais baixas taxas de natalidade da Europa. A isto acresce o aumento dos abortos nos fetos com malformações cardíacas, sem relação direta com a gravidade da patologia. E, finalmente, a maior sobrevivência dos doentes tratados com sucesso e que atingem a idade adulta.

Do ponto de vista científico, verificou-se um progresso assinalável, transversal a diversas áreas. O diagnóstico tem maior acuidade e menor invasão, focando-se não somente na anatomia mas também na fisiologia. Os tratamentos percutâneos tiveram um crescimento exponencial, que vão do encerramento de uma variedade de defeitos intra- e extra-cardíacos à implantação percutânea de válvulas cardíacas. Simultaneamente, o tratamento cirúrgico é efetuado com maior sucesso e numa maior amplitude de patologias, nomeadamente na área da insuficiência cardíaca, assistência circulatória mecânica e transplante cardíaco pediátrico. O Hospital de Santa Marta foi pioneiro em todas estas áreas, assim como no início de intervenções designadas como híbridas, por envolverem técnicas simultaneamente percutâneas e cirúrgicas. Tudo isto contribuiu para uma taxa de mortalidade anual inferior a 4%, que nos orgulha a todos enquanto equipa, no Hospital de Santa Marta.

Encaro com igual entusiasmo as próximas duas décadas. Do ponto de vista terapêutico, creio que iremos observar uma mudança de paradigma de tratamento, centrado não apenas na correção da lesão anatómica (já actualmente efetuado com grande sucesso), mas numa abordagem focada na obtenção da melhor fisiologia possível, no desenvolvimento psico-motor a longo prazo e nos aspectos relacionados com a qualidade. Para isto contribuirá seguramente o saudável equilíbrio entre a experiência e a juventude (cheia de potencial!) que constitui o Serviço de Cardiologia Pediátrica do Hospital de Santa Marta.

É uma especialidade delicada. por serem doentes que ainda não sabem queixar-se, é difícil um diagnóstico preciso?

Todas as especialidades que tratam doentes em idade pediátrica partilham essa dificuldade, que contudo é



mais aparente que real. A falta de verbalização das queixas por parte dos doentes mais novos é compensada pela história contada pelos pais, por uma semiologia rica e pelo arsenal de meios diagnósticos ao nosso dispor. Na realidade, considero-me um privilegiado por tratar crianças, que apenas se queixam quando estão doentes.

Conte-nos o caso mais complicado que lhe surgiu?

É impossível selecionar um. E se tivesse que particularizar, preferiria lembrar as histórias de sucesso médico-cirúrgico que testemunhei, algumas inovadoras no nosso País; os testemunhos de coragem e alegria por parte de alguns doentes e seus pais; e, porque não, a amizade que pautou este caminho conjunto.

Fale do que está a realizar sobre a investigação científica da sua autoria que decorre no Children Hospital de Boston?

É um projecto que decorre em três continentes, apoiado pela Fundação Millennium e a Fundação Luso Americana para o Desenvolvimento (FLAD), liderado pelo Serviço de Cardiologia Pediátrica do Hospital de Santa Marta e a Faculdade de Ciências Médicas de Lisboa. Envolve uma dezena de instituições de renome, como o Boston Childrens Hospital em Harvard ou o prestigiado Amrita Medical Institute, na Índia. A Liga dos Amigos do Hospital de Santa Marta tem sido um parceiro central neste projeto. O projeto estuda a função vascular de doentes com coarctação da aorta, uma das cardiopatias congénitas mais frequentes. É com orgulho, empenho e expectativa que aguardamos os resultados desta investigação clínica internacional - que concebemos e lideramos - na expectativa de que possam contribuir para um melhor manejo das doenças cardíacas infantis a nível mundial.

A História da Cardiologia Pediátrica Perspectiva de Duas Gerações

O Serviço de Cardiologia Pediátrica do Hospital de Santa Marta pioneiro no País desta especialidade completou 45 anos em Outubro de 2014. A propósito da comemoração dos 25 anos do Serviço, a Dra. Manuela Lima escreveu em 1996 o artigo “A propósito de dois aniversários” na Acta Médica Portuguesa em que revisitava os aspectos do exercício da especialidade no decorrer daquele espaço de tempo. Para facilidade de exposição, dividiu o texto em “ Passado”, “Presente” e “Futuro”.

Volvidos mais 20 anos pareceu-nos interessante visitar aquele texto e complementar com a minha perspectiva. Utilizando a mesma metodologia histórica, o então “Futuro” seria o meu “Presente”, que podia agora ser analisado e acrescentado da minha previsão pessoal do próximo “Futuro”.

O presente texto está desta forma dividido em duas partes, da responsabilidade das respectivas autoras: Dr.^a Manuela Lima e Dr.^a Fátima F. Pinto.

Os Primeiros Vinte e Cinco Anos

(artigo publicado, originalmente, em 1996)

O Passado

Dez anos antes do começo do exercício da Cardiologia Pediátrica como especialidade em Santa Marta, o Prof. Doutor Machado Macedo iniciou neste Hospital o tratamento cirúrgico de alguns doentes com cardiopatia congénita estudados por cardiologistas de doentes

adultos (Quadro 1).

A Prof. Doutora Fernanda Sampayo iniciou a prática de Cardiologia Pediátrica no Hospital de Santa Marta em 1969. Dispunha de uma manhã por semana para Consulta Externa e de algumas camas em número variável para internamento de crianças na enfermaria de mulheres no Serviço de Cardiologia de que era então Director o Prof. Doutor Jacinto de Bettencourt. Dois anos depois, em 1971 foi realizado o primeiro cateterismo terapêutico em Portugal: tratava-se de uma criança com transposição das grandes artérias (TGA) a quem Fernanda Sampayo efectuou uma septostomia de Rashkind no Hospital de Santa Marta.

O Prof. Doutor Machado Macedo operou em 1977, pela primeira vez, uma criança de sexo feminino com TGA pela técnica de Mustard. A doente tinha em 1996, 22 anos, era casada e mãe de um rapazinho saudável.

Foi aumentando progressivamente a assistência prestada a crianças com doença cardíaca. E surgiu a necessidade de ministrar ensino e desenvolver investigação (predominantemente clínica). Mas nada foi conseguido sem grande dificuldade no que respeita ao reconhecimento e à organização da Cardiologia Pediátrica como especialidade no nosso país, que foi reconhecida como especialidade autónoma em 1984 pela Ordem dos Médicos. Os bons resultados obtidos devem-se sem dúvida à persistência e tenacidade da Prof. Doutora Fernanda Sampayo.

Quadro 1

Primeiros doentes de cada cardiopatia operados por M. Machado Macedo no Hospital de St.^a Marta. Denotar que a primeira intervenção cirúrgica feita a um doente com tetralogia de Fallot consistiu em correcção total: só dois anos mais tarde foi efectuado pela primeira vez um shunt de Blalock-Taussig a outro doente com a mesma patologia.

Ano	Sexo	Idade	Diagnóstico/Operação
1959	F	4a	1 ^o CAP
1960	F	21a	1 ^o CoAo
1961	F	31a	1 ^a CIA (sob hipotermia)
1962	M	5a	1 ^a CIA (sob CEC)
1963	F	6a	1 ^a TF (sob CEC)
1965	M	2a	1 ^a TF (B-T)

Abreviaturas: a - Anos | B-T - Anastomose de Blalock-Taussig | CAP - Canal arterial persistente | CEC - Circulação extra corporal | CIA - Comunicação inter-auricular | CoAo - Coarctação da aorta | F - Feminino | M - Masculino | TF - Tetralogia de Fallot.

* Directora do Serviço de Cardiologia Pediátrica do Hospital de St.^a Marta de 1993 a 1996

** Directora do Serviço de Cardiologia Pediátrica do Hospital de St.^a Marta desde 2008

O Presente

O Serviço de Cardiologia Pediátrica do Hospital de Santa Marta passou a fazer parte de um conjunto de Centros desta especialidade distribuídos no nosso país pelas três principais cidades: Lisboa (Hospital de Santa Marta, Hospital de Santa Cruz e Hospital de Santa Maria), Porto (Hospital de S. João e Hospital de Crianças Maria Pia) e Coimbra (Hospital Pediátrico/Hospitais da Universidade de Coimbra) em que trabalhavam nesta época ao todo, cerca de três dezenas de cardiologistas pediátricos.

A actividade do Serviço de Cardiologia Pediátrica do Hospital de Santa Marta distribuía-se por diferentes áreas com o seguinte movimento:

Consulta Externa – foram consultadas em média sete mil e quinhentas crianças por ano. Foi possível organizar uma consulta de Pedopsiquiatria que desde 1990 passou a prestar acompanhamento e apoio a crianças cardíacas e seus familiares quando disso necessitavam.

Internamento – a média anual de internamento entre 1994 e 1996 foi de quinhentos doentes, sendo 15% recém-nascidos e 20% crianças com idade compreendida entre 28 dias e 12 meses. A terapêutica disponível para estes doentes era, então predominantemente cirúrgica.

Exames complementares e técnicas terapêuticas – no sector de ecocardiografia, eram realizados em média três mil ecocardiogramas pediátricos por ano e cerca de quinhentos ecocardiogramas fetais. Em Março de 1994 iniciou-se a ecocardiografia transesofágica. Quanto ao sector de arritmologia, aumentou todos os anos o número de estudos de electrocardiografia dinâmica (cerca de trezentos em média anual) ; individualizou-se uma consulta para seguimento de crianças portadoras de pacemaker e foram implementados os estudos electrofisiológicos por via intra-esofágica; desenvolveu-se o sector de ergometria pediátrica, com uma média anual de setenta provas de esforço. Quanto ao sector de hemodinâmica eram realizados em média, cento e setenta cateterismos dos quais cerca de 20% de intervenção. Esta última técnica distribuía-se por septostomia de Rashkind, dilatação de estenose valvular pulmonar, de re-coarctação da aorta, de estenose dos ramos da artéria pulmonar e de shunts cirúrgicos, oclusão do canal arterial persistente, embolização de fístulas artério-venosas, biópsia do miocárdio e cateterismo transeptal.

Cirurgia cardíaca – eram operadas cerca de cento e cinquenta crianças por ano, das quais 45% tinham menos de um ano de idade. Cerca de 70% das operações eram realizadas sob circulação extra-corporal, abrangendo todos os grupos etários (incluindo recém-nascidos). A equipa de cirurgia cardíaca pediátrica, então sob orientação do Dr. Manuel Pedro Magalhães executava todas as técnicas cirúrgicas aplicáveis em cardiopatias congénitas: operações de Jaténe, Fontan, de Norwood e respectivas variantes. Era então possível oferecer uma solução cirúrgica benéfica a cerca de 95% dos doentes portadores de cardiopatia congénita, com mortalidade e morbilidade muito baixas (5 a 6 % e 25%

Quadro 2

Principais Cursos

1985	Etiologia das Cardiopatias Congénitas
1988	International Course of Fetal Cardiology
1989	Morfologia das Cardiopatias Congénitas
1991	Ecocardiografia nas Cardiopatias Congénitas
1993	Ecocardiografia Fetal
1994	Angiohemodinâmica nas Cardiopatias Congénitas

respectivamente).

Ensino – O ensino pós-graduado foi uma actividade de rotina no Hospital de Santa Marta. Além dos principais cursos indicados no Quadro 2 – todos com participação de docentes estrangeiros realizavam-se semanalmente, reuniões de Journal-Club, sessões médico-cirúrgicas, de casos clínicos e lições teóricas e práticas, especialmente dedicadas aos estagiários que passavam pelo Serviço de três em três meses. O Serviço teve idoneidade total reconhecida pela Ordem dos Médicos para prestar ensino e treino aos internos de Pediatria, Cardiologia, Cirurgia Cardio-torácica e Cardiologia Pediátrica.

Investigação – foram publicados dezasseis trabalhos científicos em 1993 e vinte em 1994, alguns em revistas estrangeiras.

O Futuro

Dizíamos então: o futuro da Cardiologia Pediátrica já nasceu e responde pelos nomes de Cardiologia Fetal, Cardiologia Pediátrica de Intervenção, Cirurgia Cardíaca sem cateterismo diagnóstico prévio, Cardiologia de Adolescentes e Jovens Adultos e Prevenção.

No domínio da Saúde no nosso país, projectar para o futuro constitui um exercício assaz difícil. No entanto, os 25 anos de actividade ensinaram-nos a ser persistentes e moderadamente optimistas. Usamos a persistência no que respeita às entidades oficiais e encaramos os nossos projectos com optimismo. Para o futuro da Cardiologia Pediátrica no Hospital de Santa Marta, nada pretendemos, aliás, de fantasioso ou utópico. Teremos forçosamente que avançar para onde o conhecimento científico nos orienta: A Cardiologia Fetal encontra-se em franco desenvolvimento, sendo já possível o diagnóstico pré-natal das cardiopatias congénitas e o tratamento in útero das arritmias fetais; a Cardiologia Pediátrica de Intervenção é hoje uma realidade muito gratificante e as suas potencialidades não têm ainda limites definidos; o aumento progressivo do número de crianças operadas sem cateterismo diagnóstico prévio obriga-nos a investir nos meios não invasivos de diagnóstico; os excelentes resultados da Cirurgia Cardíaca revelam-nos a necessidade óbvia de apoiar o desenvolvimento de uma Cardiologia de Adolescentes e Jovens Adultos com Cardiopatia Operada; por último, há que consolidar uma actividade a que este Serviço sempre concebeu um primeiro lugar – a Prevenção. Prevenir cardiopatias adquiridas, prevenir cardiopatias



congénitas, prevenir a doença aterosclerótica – podem ser considerados objectivos demasiado ambiciosos, na medida em que pouco se conhece ainda no domínio da etiopatogenia, com excepção do grupo das cardiopatias adquiridas.

A divulgação periódica das normas para a prevenção destas doenças (especialmente no que concerne à febre reumática, à doença de Kawasaki e à endocardite bacteriana) é obrigatória e deve ser implementada.

Importa realçar a necessidade de apoiar e estimular os centros idóneos onde se realiza aconselhamento genético.

Embora nos nossos dias ainda pouco se possa fazer para prevenir a doença aterosclerótica, algumas acções plenas de cuidado e de bom senso poderão desenvolver-se sem a pretensão de atingir grandes resultados.

Afinal, o nosso objectivo é o de qualquer especialidade médica, é o da medicina em geral: evitar a doença, reduzir o sofrimento e sempre que possível, curar. A diferença no caso da nossa especialidade, talvez resida na idade dos doentes e a motivação do Cardiologista Pediátrico torna-o persistente até ao exagero e optimista ainda que com moderação...

Os Últimos Vinte Anos

Como se depreende facilmente da prosa anterior o caminho estava desbravado e a especialidade tinha alicerces e motivação para continuar. Do ponto de vista científico a evolução destes últimos anos foi arrasadora tanto do ponto de vista técnico como de conhecimentos de científicos. Foi por isso simplesmente natural prosseguir o caminho que a ciência apontava e manter a rota de qualidade e excelência que os meus antecessores tinham preparado.

Como perspectivara a Dra. Manuela Lima a Cardiologia Pediátrica avançou nas vertentes mais técnicas. Os avanços da tecnologia de imagem aplicada aos ecógrafos, permitiram uma melhor definição anatómica com a disponibilidade de imagens bidimensionais e tridimensionais de alta definição e a compreensão da fisiologia e fisiopatologia das cardiopatias congénitas, com o recurso às técnicas avançadas de eco, como o tecidual, strain rate, speckle

tracking, por exemplo. Assistimos ao aparecimento das sondas de eco intracardiaco, particularmente importantes para adjuvar os tratamentos por cateterismo.

A Cardiologia de Intervenção a par da Cirurgia Cardíaca foi a técnica que mais avanços registou neste período, com impacto significativo a nível assistencial na qualidade dos resultados. Representando actualmente cerca de 60% do total de cateterismos efectuados. A multiplicidade de dispositivos médicos para implantação percutânea que surgiram nos últimos anos, permitiu a substituição de diversas cirurgias, simplificando tratamentos como a oclusão de defeitos ou vasos anómalos ou a implantação de válvulas pulmonares, técnicas em que o Hospital de Santa Marta foi pioneiro. Outro grande avanço foi a integração destas técnicas com as cirúrgicas em simultâneo e no mesmo acto médico, permitindo o surgimento das terapêuticas híbridas, também pioneiras no hospital de Santa Marta. Como exemplo o tratamento do síndrome do coração esquerdo hipoplásico efectuado por técnica híbrida, cujos resultados ultrapassam em segurança e eficácia a técnica convencional cirúrgica e podem mesmo ser utilizados em doentes de maior risco cirúrgico. Com esta evolução foi necessário o recurso ao apoio anestesiológico em permanência na sala de hemodinâmica, com grandes vantagens para os resultados e a segurança do doente.

Ainda na Cardiologia de Intervenção verificaram-se avanços excepcionais com a arritmologia, sendo cada vez mais exequível a identificação da génese das arritmias e a sua terapêutica por ablação, em doentes cada vez de idade mais precoce. Assistiu-se ao inevitável aumento das sequelas arrítmicas dos tratamentos cirúrgicos das cardiopatias congénitas, e com o desenvolvimento tecnológico surgiram dispositivos implantáveis cada vez mais miniaturizados quer para pacing, quer para tratamento de arritmias ou sincronização cardíaca. A dificuldade de diagnóstico e identificação das arritmias em determinados doentes pode ser ultrapassada com a implantação de dispositivos registadores de electrocardiograma em posição subcutânea, técnica também implementada pela primeira vez em Santa Marta numa adolescente.

A Cardiologia Fetal foi talvez a que menos evoluiu nestes anos, fruto dos resultados pouco sustentáveis e replicáveis das técnicas intrauterinas de tratamento de cardiopatias congénitas. No entanto a melhoria das capacidades de diagnóstico e a sua divulgação e ensino permitiram que actualmente cerca de 35% das cardiopatias sejam detectadas in útero, e desta forma programado o parto.

As técnicas de imagem foram cruciais para o desenvolvimento da especialidade, em particular a Ressonância Magnética e a Angio-Ressonância, que são hoje as técnicas de escolha para avaliação funcional ventricular, de lesões sequelares como a fibrose miocárdica por lesões de isquémia ou de inflamação e avaliação das estruturas vasculares extracardiacas, muitas vezes distorcidas pelos tratamentos cirúrgicos em doentes com difícil visualização por ecocardiografia. Também a Angio-TC (tomografia computadorizada) veio trazer novas capacidades diagnósticas a estes doentes

em particular na análise da anatomia coronária.

A cirurgia cardíaca e os cuidados intensivos cardíacos tornaram-se numa actividade médico-cirúrgica integrada e que requer grande colaboração e entendimento entre a equipa cirúrgica e médica. A equipa de cirurgia cardíaca pediátrica, agora sob orientação do Prof. Doutor José Fragata executa as técnicas cirúrgicas com resultados ainda mais favoráveis: mortalidade global inferior a 3%. Surgiram seguramente novas técnicas cirúrgicas, mas os grandes avanços ocorreram relativamente á melhor compreensão do controlo das técnicas de circulação extracorporeal, da protecção cerebral e miocárdica durante a cirurgia e a disponibilidade de utilização de novos fármacos. Simultaneamente desenvolveram-se técnicas de assistência ventricular como o ECMO e o Berlin Heart, utilizados como ponte para transplantação cardíaca em crianças com cardiopatia e quadros de insuficiência cardíaca severa e refractária. Estas técnicas inovadoras implementadas no Hospital de Santa Marta, têm-se revelado consistentes sendo Santa Marta o principal centro de referência para estes tratamentos a nível nacional.

Do ponto de vista assistencial manteve-se o movimento médio referido nos primeiros anos, com ligeiro incremento, em todas as áreas. Mais significativo a nível do ambulatório que atinge actualmente cerca de 9000 consultas/ano e das técnicas de diagnóstico. As cirurgias cardíacas tiveram ligeiro decréscimo na idade pediátrica (cerca de 130/ano) embora um incremento significativo nos adolescentes e adultos, fruto do aumento da sobrevida, e da necessidade de resolução das complicações, sequelas e lesões residuais dos tratamentos feitos em idade pediátrica. Este decréscimo também está relacionado com o aumento do número de tratamentos feitos por cateterismo, que como referimos representa actualmente mais de metade da actividade efectuada na Hemodinâmica.

Como se previa e desejava também a Cardiologia Preventiva foi uma realidade. Foi erradicada a nível nacional a febre reumática e suas sequelas, a melhoria assistencial pediátrica permitiu um melhor conhecimento da doença de Kawasaki evitando-se as suas complicações cardíacas. Lançamos uma consulta de risco cardiovascular dirigida a crianças e adolescentes com factores de risco significativos, como a hipertensão arterial, dislipidémias, insuficiência renal e endocrinopatias. Existem actualmente técnicas de avaliação de risco cardiovascular que foram introduzidas no Serviço, como a Tonometria arterial periférica e em breve pensamos poder dar início a um programa de Reabilitação Cardíaca dirigido a doentes com cardiopatia congénita e insuficiência cardíaca para condicionamento da sua capacidade de esforço.

A introdução de novos fármacos em particular para o tratamento da hipertensão pulmonar e o conhecimento mais avançado da sua fisiopatologia vieram introduzir melhorias significativas no tratamento destes doentes e na sua qualidade de vida. O Serviço foi reconhecido e designado como um dos Centros de Referência para o tratamento da Hipertensão pulmonar em idade pediátrica no Sul do país.

Outra mudança significativa não prevista e com

implicações no futuro é a nossa integração num Centro Universitário, a Universidade Nova – Faculdade de Ciências Médicas. Assim o Serviço tornou-se responsável para além do ensino pós-graduado que sempre privilegiou, do ensino pré-graduado aos alunos do 5º e 6º anos daquela Faculdade, a quem são ministradas aulas teóricas e práticas de Cardiologia Pediátrica sob a minha responsabilidade. Esta actividade motivou e impulsionou a carreira académica e a investigação no Serviço, encontrando-se actualmente três elementos em programas doutorais.

A sustentabilidade de qualquer actividade e uma preocupação constante, é por isso gratificante verificar que ocorreu um aumento do número dos especialistas de Cardiologia Pediátrica, e que continuam a surgir anualmente jovens interessados na aprendizagem desta área médica. Também a nível cirúrgico esta é uma das principais preocupações, porque a formação de um cirurgião cardíaco com capacidade para tratar cardiopatias congénitas e morosa e complexa, tendo-se verificado que a nível nacional existem assimetrias na sustentabilidade para o futuro nesta área. Congratulamo-nos por ter existido a vontade e a estratégia de construir o futuro da cirurgia cardíaca em Santa Marta, com novos elementos que seguramente vão ajudar a melhorar os cuidados nesta área.

A par de grandes conquistas existem sempre grandes ameaças. As maiores foram as de nível organizativo e financeiro que condicionaram o futuro perspectivado e lançaram o descontentamento e quiçá a desmotivação em todos os profissionais.

As dificuldades contratuais de novos profissionais, o desinvestimento em novos equipamentos, a falta de planeamento e desestruturação das equipas de Cardiologia Pediátrica Médico-Cirúrgica são as grandes ameaças para o futuro.

As dificuldades aguçam o engenho e a procura de soluções... sem dúvida que a perseverança e mesmo resiliência se mantêm tão integras como no passado e serão a nossa mais valia para ultrapassar os problemas.

À especialidade que se afirmou na sua idade madura como verdadeiramente médico-cirúrgica, surgiu um novo desafio para o futuro: a necessidade de organização dos cuidados a prestar aos adultos com cardiopatias congénitas, as suas particularidades e complexidade requerem o contributo de estável e sinérgico de equipas funcionais constituídas por cardiologistas pediátricos, cardiologistas e cirurgiões cardíacos entre outros especialistas, que vão fazer repensar a missão e organização da Cardiologia Pediátrica.

O futuro da especialidade continua a ser aquele para onde a investigação e os conhecimentos nos levarem... em particular os desenvolvimentos genéticos e as terapêuticas celulares, a par de técnicas de prevenção e controlo da doença cardíaca. As técnicas de intervenção, as híbridas e a cirurgia robótica terão certamente um papel a desempenhar no futuro nesta especialidade. Mas continuara a ser a força, perseverança e optimismo que nos foram transmitidos pelas gerações anteriores a construir o caminho do futuro.

Relatório de actividades ano de 2014

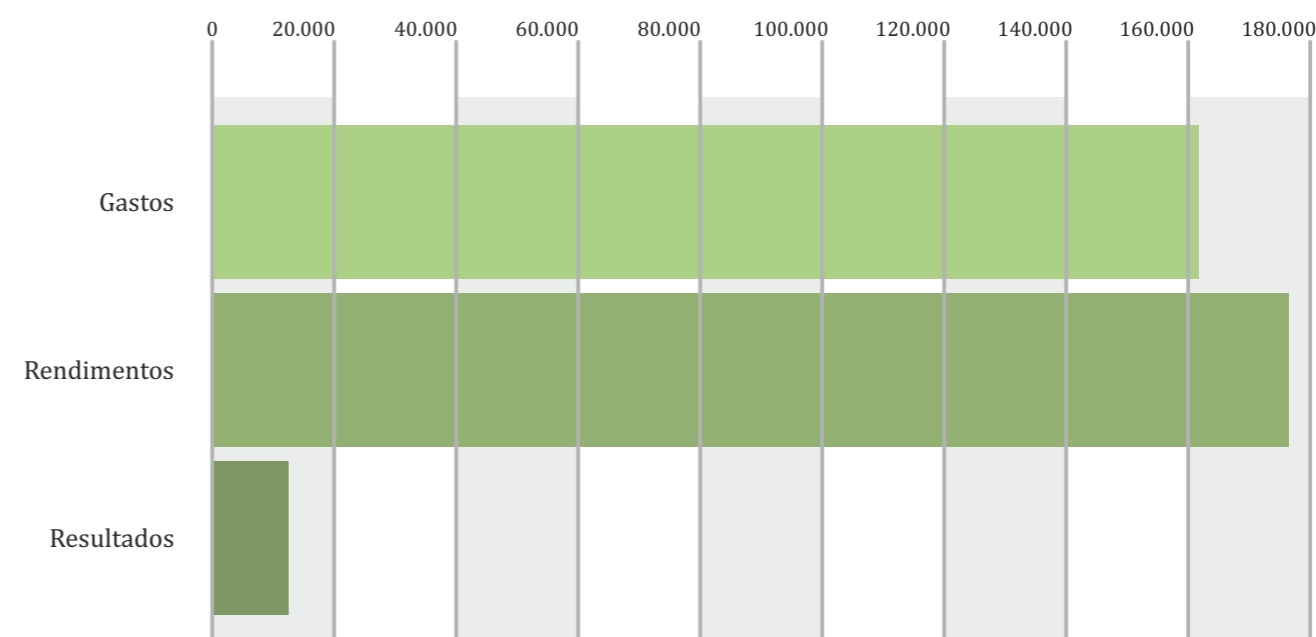
Balanço em 31 de Dezembro de 2014

Activo	Notas	Euros
Activo não corrente		
Activos fixos tangíveis	5	17.099,96 €
Investimentos financeiros		22,20 €
		17.122,16 €
Activo corrente		
Estado e outros entes públicos	17.10	167,13 €
Outras contas a receber	17.4	10.609,00 €
Diferimentos	17.5	369,84 €
Caixa e depósitos bancários	17.7	109.439,44 €
		120.585,41 €
Total do activo		137.707,57 €

Fundos patrimoniais e passivo	Notas	Euros
Fundos patrimoniais		
Fundos	17.8	2.611,67 €
Resultados transitados		112.925,73 €
Resultado líquido do período		12.227,65 €
Total do fundo de capital		127.765,05 €
Passivo corrente		
Fornecedores	17.9	4.101,94 €
Estado e outros entes públicos	17.10	1.847,38 €
Diferimentos	17.5	100,00 €
Outras contas a pagar	17.11	3.893,20 €
Total do passivo		9.942,52 €
Total dos fundos patrimoniais e do passivo		137.707,57 €

Resultados

Gastos	Euros	
Fornecimento e serviços externos	33.356,00 €	
Gastos com o pessoal	25.781,35 €	
Gastos de depreciação/amortização	6.839,98 €	
Outros gastos e perdas	95.268,06 €	
Total		161.245,44 €
Rendimentos		Euros
Prestação de serviços	785,00 €	
Subsídios, doações e legados à exploração	4.959,13 €	
Outros rendimentos e ganhos	167.041,18 €	
Juros, dividendos e outros rendimentos similares	687,78 €	
Total		173.473,09 €
Resultados líquidos		12.227,65 €



A LAHSM é notícia

Transcrevemos a notícia saída no “Diário de Notícias” do dia 30 de Dezembro relativa ao nosso carro para o transporte de doentes oferecido pela Fundação Montepio:

“José Russo tem 85 anos e vive sozinho. Sempre que fica doente precisa de transporte. Desta vez, esteve internado 20 dias no Hospital de Santa Marta. Não pode voltar a estar só e vai para casa de uma irmã, em Almada. Uma carrinha nova com lugar para nove pessoas e cadeiras de rodas aguarda-o. Foi a Fundação Montepio que a entregou em 2013 à Liga dos Amigos do Hospital de Santa Marta. Os veículos são custeados com a consignação fiscal (contribuintes podem atribuir 0,5% do IRS liquidado a uma instituição social) ao Montepio. As carrinhas são transformadas e adaptadas para serem entregues a instituições de solidariedade social, projecto a que chamam Frota Solidária, criado em 2008.

Em 2013 foi a vez da Liga dos Amigos do Hospital de

Santa Marta, um pedido que levou três anos a ser satisfeito. “A carrinha que tínhamos estava muito degradada. Esta anda praticamente todo o dia, para levar e trazer doentes, mas também para levar medicamentos. Os doentes que transportamos não podem andar em transportes públicos e têm dificuldades em se deslocar”, explica Fernando Tomás, da direcção da Liga. A viatura circula entre as 9:00 e as 24:00, sete dias por semana. Desta vez calhou a José Russo ser transportado. “Tem a morada para onde quer ir? Depois de chegarmos a Almada, consegue indicarnos o sitio?” Pergunta-lhe Carlos Oliveira, o motorista. Tem 32 anos, trabalha há 12 no hospital e sublinha as melhorias da viatura: “A outra não dava para meter uma cadeira de rodas, nesta o doente não tem de sair da cadeira. E tem uma rampa de alumínio que facilita a entrada.”

Serviço de Cirurgia Cardiotorácica do Hospital de Santa Marta, do CHLC

No caderno “ex libris” do jornal Público de Janeiro de 2015 sobre Saúde, consta um artigo de três páginas, com o título “Uma referência nacional em Cirurgia Cardiotorácica”, do Hospital de Santa Marta do CHLC. A LAHSM não pode deixar de se congratular em face do extenso artigo assim como do seu conteúdo.

É feita uma história resumida do Serviço desde a sua fundação em 1959.

São em seguida, referidas as “Áreas de diferenciação:

cátedra de inovação e pioneirismo” onde se afirma que o Hospital de Santa Marta, é a única instituição a realizar transplante de pulmão em Portugal. Este tratamento é aliás oferecido a adultos e a crianças (mesmo lactentes).

Além da referência “ao pormenor” da vertente clínica feita pelo Prof. Fragata, é também ensinada e descrita com precisão a “Optimização de gestão” e a “Participação activa na formação de novas gerações de cirurgiões”.

Breves

De forma a selar o término das comemorações natalícias de 2014, por iniciativa da Dra. Ana Vaz Pereira foi realizada a “Festa dos Reis” no dia 6 de Janeiro, com a participação do grupo de música tradicional portuguesa “Raízes do Canto”.

Melhorou-se a variedade da oferta no Bar do claustro para melhor servir funcionários e visitas.
(Imagem à direita)



Ofertas feitas pela Liga dos Amigos do Hospital de Santa Marta

- Bens ortopédicos ao Hospital Dona Estefânia
- Dois Suportes de parede para monitor de computador para o serviço de Medicina Interna 4
- Frigorífico e cafeteira eléctrica para o Serviço Social
- Televisor e Suportes para o mesmo para o Serviço Cirurgia Vascolar
- Chaleira eléctrica para o Serviço de Cardiologia Pediátrica
- Ventoinha para o Serviço de Cardiologia
- Impressora para o Serviço de Hoteleiros
- 2 televisores para o Serviço de Cirurgia Cardio Torácica
- Cortinas hospitalares Pediátricas para a Consulta de Cardiologia Pediátrica



Cortinado da consulta Pediátrica

Ofertas feitas aos doentes

- Na Semana do Hospital e no Natal foram oferecidos brindes aos doentes internados (adultos e crianças).
- Como já é hábito, por ocasião da Festa de Natal organizada pela LAHSM aos filhos dos funcionários do Hospital, foram distribuídos brinquedos, jogos, livros e um pequeno lanche.
- Temos mantido sempre com a ajuda do Voluntariado do Hospital, a distribuição de bebidas quentes e bolachas nas Consultas Externas, aos doentes e seus familiares.

Ofertas recebidas pela LAHSM

- Da Fundação Luis Figo – no dia Mundial da Criança, em Junho e em Dezembro pelo Natal, receberam-se alguns brinquedos.
- Do Grupo Auchan/Jumbo – pelo Natal recebemos donativos em espécie para o Banco Alimentar organizado pelo Serviço Social.
- Da Associação de Estudantes da Faculdade de Medicina de Lisboa – recebemos um donativo pela participação da LAHSM na Corrida da Saúde, que foi aplicado na compra do cortinado colocado na consulta de Cardiologia Pediátrica
- Da empresa Centro de Ortopedia e Reabilitação (COR) – recebemos duas cadeiras de rodas para a nossa frota de apoio ao doente.

Sudoku

4		5			2			
	6							
			1		4	2		9
		3	7	2		1		
8		7				5		2
		6		5	9	8		
6		2	9		3			
							8	
			4			9		5

Ficha Técnica

Boletim editado pela Liga dos Amigos
do Hospital de Santa Marta:
ano XII | n.º 25
Março de 2015

Liga dos Amigos do Hospital de Santa
Marta, IPSS

Rua de Santa Marta, n.º 50
1169-024 Lisboa

tel. 213 594 009

fax. 213 594 009

mail: liga.amigoshsmarta@gmail.com

website: www.ligamigoshsmarta.com

Paginação: ABSA Creative Solutions
www.absa.com.pt

Produzido por: SMI Print
www.smiprint.com

Tiragem de 150 exemplares. Interditada
a reprodução, mesmo parcial, de
textos, fotografias ou ilustrações sob
quaisquer meios e para quaisquer
fins, inclusivé comerciais.

O Parceiro do Tango

Os homens são lutas, são força motriz
são desajeitados, são carne braçal
são posto avançado do mundo imperfeito
que as fêmeas procuram para se fecundar.

Os homens são frágeis, são débeis, são doces
são favos de mel, despídos, transidos
ingénuos e puros são fetos eternos
só buscam o ninho do útero materno

Os homens são pobres, não são imanes
tateiam, vagueiam e sonham por vezes
mal vêm lá longe o mundo infinito
pejado de estrelas onde as fêmeas criam

Os homens têm loas, têm cantos, têm medos
têm sustos perdidos, têm lindas plumagens
Ideias brilhantes, galantes, formosas
adulam as formas, os cheiros e os gestos

Os homens são simples, são bons, têm ternura
têm força, vontade, são inteligentes
são muito inventivos e partem p'ra longe
na busca ou na fuga sempre passageiros

Quais deusas de Olimpo, quais reis de grandeza
qual sina, qual fado! quais sonhos perdidos!
tudo são quimeras, razões inventadas
do génio brilhante de grandes poetas

Todos companheiros de dura viagem
são parceiros do tango acertando o passo
nesta expurgação
Maria José Leal