



Hospitalidade

Ano 84 | n.º 330 | Outubro - Dezembro 2020 | Trimestral | 5,50 €

A Revista da Província Portuguesa da Ordem Hospitaleira de S. João de Deus

ENTREVISTA

Francisco Frazão Guerreiro

ESCUTAR & AUSCULTAR

Mário Carmo Pereira

COMUNIDADE - AÇÃO

PII - Do Utente para o Utente



QUALIDADE NO CUIDAR

Humanizar procedimentos

FICHA TÉCNICA

DIRETOR

Vítor Lameiras
vitor.lameiras@isjd.pt

COORDENADORA

Susana Queiroga
susana.queiroga@isjd.pt

CONSELHO EDITORIAL

Diana Chaves
Margarida Cordo
Rui Ferreira Amaral
Sónia André

CONSELHO CIENTÍFICO

Vítor Viegas Cotovio
Presidente | vitor.cotovio@isjd.pt

Acácio Ferreira Catarino	Isabel Galriça Neto	Margarida G. Neto
Adelino Manteigas	Isabel Lima	Michel Renaud
Aires Gameiro	Isabel Varanda	Nuno Lopes
Ana Sofia Carvalho	João Paulo Abreu	Pacheco Palha
António Leuschner	João Paulo Vidal	Paulo Braga
Caldas de Almeida	José Castelão	Ricardo Campos
D. Jorge Ortega	José Manuel Jara	Rocha Almeida
D. Manuel Clemente	José Raimundo Costa	Rute Alves
David Padeiro	Luís Daniel Fernandes	Vaz Serra
Eduardo Lemos	Luís Filipe Fernandes	Vítor Feytor Pinto
Fátima Carvalho	Luís Gamito	Zeferino Venade Ribeiro
Fernando Pinho	Luís Sá e Melo	
Isabel Bragança	Luísa Figueira	

PROPRIEDADE

Provincia Portuguesa da Ordem
Hospitaleira de S. João de Deus
Contribuinte nº 500 224 269

EDITOR & SEDE DE REDAÇÃO

Instituto S. João de Deus
Rua S. Tomás de Aquino, 20
1600 – 871 Lisboa
Tel.: 217 213 300
E-mail: hospitalidade@isjd.pt
Contribuinte nº 500 927 731

REDAÇÃO

Diana Chaves
Susana Queiroga

FOTOGRAFIA E SELEÇÃO DE IMAGENS

Susana Queiroga

REVISÃO DE TEXTOS

Daniela Costa

ESTATUTO EDITORIAL

www.isjd.pt



INSTRUÇÕES AOS AUTORES

www.isjd.pt

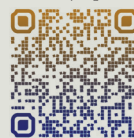


IMAGEM DE CAPA

Pixabay

DESIGN GRÁFICO E PAGINAÇÃO

Typeworks, Design,
Comunicação e Marketing

IMPRESSÃO

Jorge Fernandes, Artes Gráficas
Rua Quinta Conde de Mascarenhas
N9 Vale Fetal
2825 – 259 Charneca da Caparica

PUBLICAÇÃO TRIMESTRAL

2 750 Exemplares

ASSINATURA ANUAL

20,00 Euro

DEPÓSITO LEGAL: 86985/95

REGISTO E.R.C.: 104805

ISSN: 0871-0090



SAUDAR-TE

A ARTE PELOS UTENTES DO ISJD

"Outras máscaras"



Trabalhos feitos pelos utentes da Clínica S. João de Ávila.

EDITORIAL

Tal como na política, aludindo a uma frase de Marcelo Rebelo de Sousa, em qualidade tudo o que parece tem mesmo de ser. Não há como camuflar um produto: de outro modo, o consumidor descobre que foi enganado e não volta a consumi-lo porque ninguém está interessado em levar gato por lebre. O número 330 da revista Hospitalidade está dedicado à qualidade. A Ordem Hospitaleira, que cumpre e perdura a sua missão há 500 anos, a partir do exemplo do fundador, S. João de Deus, venceu no carisma da hospitalidade a essência dos cuidados que facilita. Essa essência é o compromisso de humanização e, como compromisso que é, renova-se, recorda-se, celebra-se. E por fidelidade a essa característica carismática, tudo o que é também tem que parecer (e, por isso, sugiro desde já a leitura da entrevista ao Irmão Irineu Gouveia no suplemento desta revista).

Este caminho percorrido coloca-nos, nos nossos dias, perante sistemas de gestão de qualidade, certificados ou não, desafiando-nos a olhar os cuidados que prestamos como produto. O nosso produto é, então, o serviço de cuidados de saúde ou sociais humanizados e humanizadores. É serviço de características várias, normalizadas, desenhadas e reconhecidas por um referencial específico. E, reforço, uma delas é a humanização, vinculada pelo carisma da hospitalidade. Neste sentido, pode o leitor agendar, agora, a leitura da Entrevista ao Presidente da Associação Portuguesa para a Qualidade e a leitura do Escutar e Auscultar, através do qual ficamos a conhecer o pensamento do Presidente da Formen – é a palavra dos especialistas, esclarecedora sobre os contornos e as especificidades dos sistemas de gestão de qualidade e de como eles nos podem facilitar a vida no nosso dia-a-dia e, por conseguinte, no serviço de cuidados que prestamos.

Este é também um número que, pessoalmente, traz bastante alegria na medida em que todos os artigos são escritos por Colaboradores nossos, sozinhos ou em colaboração com outros profissionais de outras instituições. Vale a pena conhecer a proposta de uniformização do PII (desvio a sua atenção para o Comunidade-Ação, onde pode ficar a

saber o que é um “pii”), o futuro da eletroconvulsoterapia na psiquiatria ou o que é a contenção mecânica, último recurso no contexto dos cuidados de enfermagem de Saúde Mental. Continuamos a estimular a reflexão e o pensamento, um outro prisma de hospitalidade, com o Prémio para a Investigação S. João de Deus: se o leitor estiver a braços com artigos de natureza científica, tem até ao fim de janeiro para submeter um artigo e habilitar-se a um reconhecimento também revertido num valor monetário, tal como estes artigos que acabo de lhe recomendar.

A revista Hospitalidade está nas suas mãos já em 2021, mesmo sendo o último número de um ano que foi marcado pelo aparecimento de uma doença que parou tudo e todos e nos obrigou a pensar de modo diferente sobre as coisas, as relações, os modos de interagir, de cuidar. Em todos está plantada a semente do desejo de voltar aos abraços, ao toque, aos convívios, a uma normalidade que desgraçadamente damos sempre como garantida. Vai ser mesmo assim? Vá até à página 50 e encontre pistas em Cenas & Cenários.

O meu desejo particular é que continue a ler a Revista Hospitalidade, já que queremos continuar também a oferecer-lhe artigos, rubricas e entrevistas que nos fazem pensar ou notícias sobre a vida do dia-a-dia da Ordem Hospitaleira, refletida na missão dos seus Centros. Nas nossas páginas, o que se escreve é: não levará gato, levará lebre.



Susana Queiroga

SUMÁRIO

ANO 84 | N.º 330 | OUTUBRO – DEZEMBRO 2020

Hospitalidade

A Revista da Província Portuguesa da Ordem Hospitaleira de S. João de Deus



EDITORIAL	04
POST-IT	06
NO QUADRO	07
ACONTECEU	08
SOBRE K	11

ENTREVISTA

FRANCISCO FRAZÃO	
ALVES GUERREIRO	12

SAÚDE&CIÊNCIA

PLANO INDIVIDUAL DE INTERVENÇÃO	15
---------------------------------	----

ESCUTAR&AUSCULTAR

MÁRIO CARMO PEREIRA	24
---------------------	----

PENSAMENTO LIVRE	27
------------------	----

SAÚDE&CIÊNCIA

ELETROCONVULSOTERAPIA, QUE FUTURO NA PSIQUIATRIA?	29
---	----

O AVESSO DA CAPA	37
------------------	----

SAÚDE&CIÊNCIA

CONTENÇÃO MECÂNICA, ÚLTIMO RECURSO	39
------------------------------------	----

COMUNIDADE AÇÃO

PII - DO UTENTE PARA O UTENTE	47
-------------------------------	----

SUGESTÕES	49
-----------	----

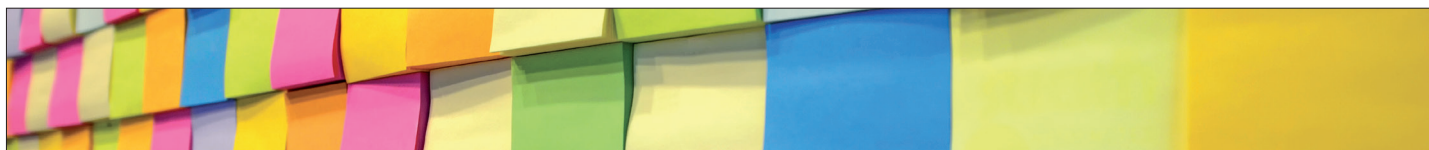
CENAS&CENÁRIOS	50
----------------	----

SUPLEMENTO

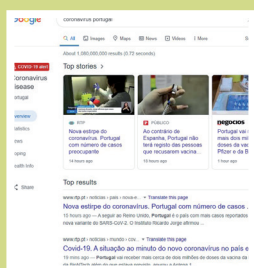
IRMÃOS DE S. JOÃO DE DEUS	I-XX
---------------------------	------

POST-IT

MÉSICLES HELIN BERENGUEL | PSICÓLOGO E SONOPLASTA



16 200 000 000



As palavras “Coronavírus Portugal” foram as mais populares nas pesquisas da Internet pelos portugueses. Segundo a Google Trends, a expressão obteve cerca de 16 200 000 000 resultados em pouco mais de meio segundo.

Bruno Fernandes liderou a pesquisa de nomes nacionais e Cavani a dos internacionais. Na categoria “Como...?” aparece em primeiro lugar “Como fazer pão?”, “O que...?” é liderado pela pergunta “O que é layoff?” e nos “Programas, séries e filmes...” o “Big Brother” aparece à frente do “Milagre na Cella 7”, o que não deixa de ser interessante. No mundo, a palavra “coronavírus” foi imbatível na “pesquisa geral” e na de “notícias”. A procura por pessoas revelou “Joe Biden” e na dimensão “TV Shows” ficou “Tiger King”, uma minissérie documental sobre crimes baseada na vida de Joseph Allen Maldonado-Passage, popularmente conhecido como Joe Exotic. [H](#)

2020



Muitas vezes ouvimos dizer que 2021 vai ser um ano de mudança. Mas a verdadeira mudança já foi em 2020. De agora em diante, haverá um a.P. e um d.P., isto é, antes da Pandemia e depois da Pandemia. Na era a.P., as pessoas

não usavam máscaras, não tinham o hábito de lavar as mãos frequentemente ao longo do dia e colavam-se umas às outras nos transportes públicos e nas filas do supermercado. Agora, no mundo d.P., o comportamento está adquirido: estamos habituados a andar de cara tapada e a lavarmos as mãos com frequência ao longo do dia. Mas andar aos magotes parece que está para ficar. O homem é como as ovelhas, só se sente bem em rebanho. E, quando ensaia um afastamento da molhada, leva com meia dúzia de cães a morder-lhe os cascos. Sempre foi assim a.P., assim continuará a ser d.P. [H](#)

70



A venda de computadores pessoais teve um dos maiores crescimentos da última década. Este ano, estima-se que em Portugal se tenha vendido mais de 70% de computadores portáteis em comparação com o ano de 2019. Isto significa que a média de portáteis por agregado familiar terá aumentado para três ou quatro. As mudanças no comporta-

mento social como o teletrabalho, a escola com aulas por videoconferência e a comunicação a vulgarizar-se através das plataformas que navegam na Internet são a forte razão para este crescimento de vendas. Todas estas necessidades foram aceleradas pela COVID 19. A implementação do 5G, a esperança descida do preço dos dados móveis e a consequente migração dos centros urbanos para as periferias, poderá fazer com que este volume de vendas no sector das tecnologias tenha uma continuidade neste ano de 2021. [H](#)

6

Hospitalidade



Em agosto de 2020, Beirute estremeceu com um grande estrondo. Um armazém na capital do Líbano, onde eram guardados de forma pouco rigorosa mais de 2 mil toneladas de nitrato de amónio, explodiu. O resultado foi a

abertura de uma cratera de 43 metros de profundidade e vários bairros dizimados. Morreram 150 pessoas, outras 6 mil ficaram feridas e 300 mil vítimas viram-se sem casa. O nitrato de amónio é um sal inorgânico, parecido com o sal grosso. Quando o nitrato de amónio é excitado com um fogareiro elétrico liberta óxido nítrico, mais conhecido como gás hilariante ou gás do riso. Mas, quando exposto ao calor, em contacto com produtos orgânicos, pode tornar-se perigoso e detonar. O impacto fez-se sentir também no governo daquele país, uma vez que, a junção do amónio à corrupção sistémica, fez implodir os que gerem um Estado com fracas fundações. **H**



No dia 27 de dezembro, a Europa iniciou a vacinação contra o SARS-CoV-2. É verdade que países como a Rússia, a Inglaterra, os EUA, o Canadá e a Arábia Saudita iniciaram primeiro – e cada um por si – o plano de vacinação. Em todo o

caso, a União Europeia (UE) arquitetou uma estratégia com o objetivo de garantir que nenhum parceiro ficasse para trás. A saúde de cada membro da UE é determinante para que a segurança e confiança se restabeleçam. Um sprint à vacinação nesta corrida pandémica pode trazer resultados duvidosos no final da prova, ou não fosse esta pandemia uma maratona. Que seja um passo firme na recuperação da saúde, da economia e do bem-estar social de todos nós. **H**



Miguel Oliveira inscreve-se no livro de histórias do Moto GP, a primeira divisão das corridas de motos, como também é conhecida. É o primeiro português a correr nesta prova. Numa KTM com

o número 88 – que não é de fábrica – mostrou-se muito rápido, rodando praticamente sempre nos dez primeiros classificados. No fecho do campeonato mundial, no circuito do Algarve, dominou de forma absoluta, tomando a dianteira na largada e acabando a grande distância do segundo classificado. Pena não haver público e bandeiras portuguesas nas bancadas. Miguel Oliveira merecia uma grande ovação, principalmente num país onde o futebol é rei. Valeu a subida imediata do piloto português para a equipa oficial da KTM. Acelera Miguel! **H**

NO QUADRO

Abre-se uma nova oportunidade para a Igreja para realizar as propostas do Papa Francisco: uma igreja "hospital de campanha", próxima das pessoas feridas.
D. ANTÓNIO MARTO,
in Agência Ecclesia/Renascença

Qualquer flagelo é também uma oportunidade para um novo começo que será mais humano e promotor da paz.
D. JOSÉ LAVADOR,
in "Mensagem para o Dia Mundial da Paz 2021"

Para respondermos a grandes desafios, temos que começar pelas pequenas coisas. É do pouco que se vai ao muito, é do perto que se vai ao longe, é do pequeno que se vai ao grande.

D. MANUEL CLEMENTE,
in "Mensagem de Natal 2020"

PROCESSO DE RENOVAÇÃO DE CERTIFICAÇÕES BEM-SUCEDIDO

CASA DE SAÚDE S. JOÃO DE DEUS-FUNCHAL VÊ ALARGADA A CERTIFICAÇÃO DOS SEUS SERVIÇOS

Na senda do crescimento e desenvolvimento acreditado e sustentado, após a auditoria de renovação e alargamento da certificação dos serviços assistenciais da Casa de Saúde, alcançou-se a certificação Assurance no Serviço de Reabilitação Psicossocial: Valência Residencial, Ocupacional e Apoio Domiciliário; Serviço Alcoologia; Serviços de Saúde Mental Longo Internamento: Apoio Máximo e Apoio Moderado até 2023.

S. RAFAEL COM SISTEMA MADURO E TRANSVERSAL

Nos dias 26 e 27 de outubro de 2020, decorreu nas Instalações da Casa de Saúde São Rafael uma auditoria externa de certificação no referencial de qualidade EQUASS, levada a cabo pela Associação Portuguesa para a Qualidade, representada pela auditora Engenheira Helena Recto. Ficou claro o nível de maturidade e transversalidade do sistema implementado na Instituição, bem como o nível de compromisso de todos os intervenientes.

HOSPITAL CUMPRE O OBJETIVO DA RECERTIFICAÇÃO

O Hospital S. João de Deus, no âmbito da certificação EQUASS, recebeu nos dias 3 e 4 de dezembro uma equipa de avaliação externa para realização de auditoria. Durante estes dois dias, Colaboradores de todas as Unidades e Serviço foram colocados à prova através de uma metodologia qualitativa, onde no final o parecer do auditor foi favorável. Todas as unidades protocoladas no âmbito da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados foram certificadas (Unidade de Convalescença, Paliativos, Média Duração e Reabilitação e Longa Duração e Manutenção), assim como a Unidade de Reabilitação e Manutenção e o Serviço de Medicina Física e Reabilitação.

O sentimento é de congratulação e enaltece-se o empenho, a dedicação e o trabalho desenvolvido por toda a família hospitaleira, culminando na consecução de mais um objetivo.



AUDITORIAS PROVEITOSAS PARA A CASA DE SAÚDE S. JOSÉ E CASA DE SAÚDE S. MIGUEL, CASA DE SAÚDE DO TELHAL E CLÍNICA S. JOÃO DE ÁVILA

A auditoria de renovação da certificação EQUASS em todos os serviços da Casa de Saúde S. José (Areias de Vilar, Gelfa e Melgaço) foi também bem-sucedida. Neste momento, estão certificadas as Unidades de Saúde Mental de Apoio Máximo, Apoio Moderado, Serviço de Reabilitação Psicossocial nas valências Residencial, Ocupacional/Ergoterápica, as Unidades de Média Duração e Reabilitação e de Longa Duração e Manutenção.

Já na Casa de Saúde S. Miguel o âmbito foi alargado. Estão certificados, pelo referencial EQUASS, os serviços de Reabilitação Psicossocial nas valências Residencial e Ocupacional, também a Unidade de Desabilitação da CSJD, na Unidade de Adictologia e Unidade de Desabilitação do CRJA e Comunidade Terapêutica do CRJA.

No final de novembro foi a vez da Casa de Saúde do Telhal com uma auditoria de renovação e alargamento dos serviços. Foram certificados o Serviço de Reabilitação Psicossocial nas valências Residencial e Ocupacional, nos Cuidados Continuados Integrados em Saúde Mental, a Unidade de Alcoologia, a de Psicogeriatrics, a de Saúde Mental de longo internamento (de apoio máximo e de apoio moderado).

Por fim, em Lisboa, na Clínica S. João de Ávila, foram certificados todos os serviços pelo referencial EQUASS.

Globalmente estamos muito orgulhosos por este reconhecimento externo, que permite aferir um conjunto de critérios de qualidade, validando as boas práticas realizadas. 🏆



CELEBROU-SE MAIS UM DIA DA SAÚDE MENTAL DEDICADO AO TEMA “SAÚDE MENTAL PARA TODOS – MAIOR INVESTIMENTO, MAIOR ACESSO”

A saúde mental é uma das áreas mais negligenciadas da saúde pública. Quase 1 bilhão de pessoas vivem com um transtorno mental, 3 milhões de pessoas morrem todos os anos devido ao uso nocivo do álcool e uma pessoa morre a cada 40 segundos por suicídio. E, agora, bilhões de pessoas em todo o mundo foram afetadas pela pandemia COVID-19, que está a ter um impacto adicional na saúde mental das pessoas.

No entanto, relativamente poucas pessoas em todo o mundo têm acesso a serviços de saúde mental de qualidade. Em países de baixo e médio rendimento, mais de 75% das pessoas com transtornos mentais, neurológicos e por uso de substâncias não recebem nenhum tratamento para a sua condição. Além disso, o estigma, a discriminação, a legislação punitiva e as violações dos direitos humanos ainda são comuns.

O acesso limitado a cuidados de saúde mental de qualidade a preços acessíveis no mundo antes da pandemia, e particularmente em emergências humanitárias e ambientes de conflito, foi ainda mais reduzido devido à COVID-19, visto que a pandemia interrompeu os serviços de saúde em todo o mundo. As causas primárias têm sido a infeção e o risco de



infeção em instituições de longa permanência, como lares de idosos e instituições psiquiátricas; barreiras para impedir que as pessoas se encontrem cara a cara; equipas de saúde mental infetadas com o vírus; e o fecho de estabelecimentos de saúde mental para convertê-los em estabelecimentos de cuidados para pessoas com COVID-19. 📌

ORDEM HOSPITALEIRA LANÇA NOVO WEBSITE

No início de novembro, foi lançado o novo website da Província Portuguesa da Ordem Hospitaleira de S. João de Deus. Este novo site representa mais uma etapa na estratégia de comunicação da Ordem religiosa. O site revela-se de grande importância por ser uma porta de entrada para aqueles que necessitam dos serviços da Ordem, através do Instituto e dos seus centros assistenciais. É um dos instrumentos comunicacionais que corporiza uma estratégia de homogeneização dos processos comunicacionais das suas diferentes estruturas, sempre sob a égide identitária de S. João de Deus que, em Granada, «gritava de noite pelas ruas “fazei o bem, irmãos, a vós mesmos, por

amor de Deus». Esta atitude era de uma inquietação e provocação às consciências a não dormir sobre as misérias dos seus irmãos; pedia e dava numa reciprocidade dinâmica. Convidava a praticar a comunicação cristã de bens, conforme nos refere a Carta de Identidade da Ordem.

Para a Ordem, torna-se, assim, importante comunicar aquilo que faz, dando a conhecer o seu trabalho quer ao nível da sociedade civil, quer ao nível eclesial.

Não deixe de visitar e acompanhar este site, em www.isjd.pt, e mantenha-se atualizado e informado de todas as novidades e serviços que temos para oferecer. 📌

INSTITUTO S. JOÃO DE DEUS RECONHECIDO PELO PROGRAMA BEYOND THE CALL OF DUTY FOR COVID-19 DA FEDERAÇÃO INTERNACIONAL DE HOSPITAIS




O Instituto S. João de Deus (ISJD) recebeu este reconhecimento pelo trabalho realizado no contexto da pandemia de COVID-19 ao demonstrar iniciativa, agilidade e uma capacidade de inovação sob circunstâncias extraordinárias.

Nas palavras do presidente do ISJD, Ir. Vítor Lameiras, “este reconhecimento é merecido às equipas de profissionais e todos os Colaboradores que estão na linha da frente e numa área que é tantas vezes esquecida, como é a saúde mental. É uma dupla alegria: primeiro, porque nos juntamos a outras instituições de Portugal que recebem esta distinção; em segundo, porque somos uma das quatro organizações da Ordem Hospitaleira a receber este reconhecimento”.

Da Ordem Hospitaleira de S. João de Deus foram reconhecidos dois hospitais da Catalunha, Espanha, Sant Joan de Déu Serveis Sociosanitaris – Esplugues de Llobregat, Althia – Xarxa Assistencial Universitaria de Manresa (Fundação da qual a Ordem Hospitaleira é fundadora, juntamente com o município de Manresa e a Mútua Manresana) e o Hospital dos Irmãos de S. João de Deus de Viena, Áustria.

Este programa foi lançado pela Federação Internacional de Hospitais (IHF) para reconhecer hospitais e profissionais de saúde que foram muito além do que lhes era pedido (Beyond the call of duty) no contexto da pandemia de COVID-19. É um reconhecimento à proatividade das respostas dadas por cada uma das organizações.

Em Portugal, foram reconhecidas 16 organizações, 13 das quais do Serviço Nacional de Saúde. Nas palavras do CEO da IHF, Ronald Lavater, o extraordinário trabalho de resposta a esta pandemia está a transformar o futuro dos cuidados de saúde. “Uma das nossas motivações na criação deste programa de reconhecimento foi o destacar a diversidade e a agilidade do setor da saúde na sua resposta à pandemia de COVID-19. A pandemia forçou os hospitais a desenvolver, implementar e adotar novas formas de trabalhar e muitas destas mudanças aceleraram uma transformação positiva na prestação de cuidados”. Este programa é patrocinado pelo Hospital Cruz Vermelha Ashikaga (Nikken Group, Japão) e pela Federação Internacional da indústria farmacêutica. 

A HUMANIZAÇÃO DOS CUIDADOS

EUGÊNIO FONSECA | PRESIDENTE DA CONFEDERAÇÃO PORTUGUESA DO VOLUNTARIADO

Cuidar não é apenas tratar. Tratar, enquanto comportamento, exige urbanidade e se for prestação de serviços requer competência. Cuidar, porque mais que um mero sentimento de comiserção, é um imperativo ético, envolve a pessoa toda: a do cuidador e a daquele que é alvo de cuidados. Exige relação fundamentada na empatia e numa atenção ao outro em todos os aspetos da sua condição de ser e de bem-estar global. Cuidar torna-se numa relação profundamente interpessoal. Para assim ser, tem de estar envolta em permanente e perfeito humanismo. Trata-se, por isso, de uma relação muito exigente. Por reconhecer que se trata de um nível de exigência assumido com seriedade e transparência, concordo com o apoio devido aos cuidadores, que foi reconhecido pelo Estado. Merecem-no e muito mais. Pelas razões que aduzi, não me parece adequada a designação de “Cuidador Informal”. Por um lado, é um adjetivo, neste caso, muito desvalorizante para a nobreza da missão; por outro, aponta para uma dinâmica temporal que nem sempre acontece. Há pessoas a carecerem de cuidados a vida inteira. Preferia o atributo de “Cuidador familiar”, tendo em conta que para se ser família não basta ter o mesmo tipo sanguíneo; é preciso haver uma relação humana em profundidade. Não é novidade nenhuma que existem, felizmente, muitos exemplos de relações familiares assentes mais no amor partilhado, mesmo sem o RH da mesma “marca”. Ser família exige humanismo que não se constrói com meros encontros ocasionais ou celebrativos. Na base do humanismo está o amor que é uma condição de ser que exige dádiva por inteiro, ou seja, da pessoa toda e em todo o tempo; o que acarreta, como rezou Francisco de Assis: *“procurar mais consolar que ser consolado; compreender que ser compreendido; amar que ser amado”* ..., ou seja, *“o amor para ser verdadeiro tem de doer”*¹, assim o reconheceu Teresa de Calcutá.

Mas não se pode obrigar a que se torne em martírio, pois um amor, com todas as exigências que acarreta naturalmente consigo, não martiriza, mas preenche de felicidade quem ama. Assim, quem ama também precisa de ser amado. No caso dos cuidadores, para que se mantenha viva a chama da humanização dos cuidados necessários a outrem, é importante, antes de tudo, reconhecer o valor dos mesmos que, por

muito considerável que seja qualquer retribuição monetária, nunca será suficiente. É que o ser humano não tem preço e o mesmo se pode dizer dos cuidados humanitários que realiza. Depois, é indispensável colocar à disposição do cuidador todos os meios materiais de que ele precisa para fazer bem o bem de que o seu semelhante carece para viver com a qualidade consentânea com a dignidade que a sua condição de ser humano exige. Fazer bem exige ter competências, pois a humanização dos cuidados não se consegue apenas com um bom coração. É imperiosa a formação específica que cada forma de cuidar reclama. Formação que poderia ser feita, nuns casos personalizadas, noutros por metodologias telemáticas. O cuidador humanizado precisa, por vezes, da solidariedade dos que lhe são próximos, para poder realizar as tarefas de que a pessoa cuidada está carecida. Esta missão deveria ser um bom motivo para se recriarem ou fazerem acontecer as “redes de vizinhança”. Sem dúvida que o voluntariado é uma das formas facilitadoras de que estas dinâmicas socializantes se tornem realidade. Há certos cuidadores que têm na impaciência um forte inimigo, e para que não esmoreça o seu humanismo, deveriam ter acesso a lugares de acolhimento temporário, onde, de livre vontade, pudesse estar, pelo tempo que desejasse, a pessoa alvo de cuidados.

Segundo o Papa Francisco, a «promoção da cultura do cuidado requer um processo educativo?... A cultura do cuidado, exige compromisso comum, solidário e participativo para proteger e promover a dignidade e o bem de todos, enquanto disposição a interessar-se, a prestar atenção, disposição à compaixão, à reconciliação e à cura, ao respeito mútuo e ao acolhimento recíproco. Como tal constitui uma via privilegiada para a construção da paz.»³

A humanização dos cuidados leva a paz a muitos corações. ■

¹ Cfr. https://www.google.com/search?safe=active&rlz=1C1GCEA_enPT920PT920&sxsrf=ALeKk02SBbYNF_cLB. lido no dia 20 de dezembro de 2020, às 10h35.

² Cf. FRANCISCO, Mensagem para a celebração do 54.º Dia Mundial da Paz, A Cultura do Cuidado como Percurso de Paz, 8, in http://www.vatican.va/content/francesco/pt/messages/peace/documents/papa-francesco_20201208_messaggio-54giornatamondiale-pace2021.html, lido no dia 20 de dezembro de 2020, às 11h45.

³ Cf. Ibidem 9.

FRANCISCO FRAZÃO ALVES GUERREIRO

“Desenvolver um sistema de gestão obriga a pensar.”

SUSANA QUEIROGA



TEM UMA VIDA DEDICADA ÀS QUESTÕES DA QUALIDADE. COMO FOI EVOLUINDO A PREOCUPAÇÃO DAS ORGANIZAÇÕES FACE À QUALIDADE?

Comecei a trabalhar em qualidade em 1978. No início, a qualidade estava mais virada para a qualidade do produto, do fabrico. As normas que existiam eram nacionais e sempre muito viradas para a produção, já que as ISO só apareceram no final dos anos 80. A partir dos anos 90, passou a estudar-se a qualidade mais no âmbito da gestão e iniciou-se a fase da qualidade de gestão. Passamos de uma fase de qualidade do produto para uma fase de qualidade da gestão. Isso refletiu-se na ISO9001 com a qualidade dos sistemas de gestão com uma abordagem por processo. No final do século passado, começou a entrar esta preocupação no setor terciário, mas sempre muito ligada ao produto. Hoje em dia, se perguntarmos ao cidadão comum o que é a qualidade, a sua

resposta refletirá um conjunto de questões que estão muito ligadas ao produto e não tanto à qualidade dos processos de gestão propriamente ditos, que são os que nos trazem a produtividade. A qualidade do produto é aquilo que vejo, que é palpável, mas o produto pode não ter um caráter de eficiência. Se olharmos para a qualidade associada aos processos, à gestão interna que depois leva ao produto, neste caso estamos a falar da eficiência. Ainda hoje em dia há muitas organizações que, mesmo certificadas, não entendem bem qual é o potencial de ter um sistema de gestão e de ter as coisas organizadas. Os modelos, nomeadamente o da EFQM, não são mais do que modelos de gestão que auxiliam as empresas a organizarem-se sob o ponto de vista interno. Se olharmos sob este ponto de vista, é mais fácil às organizações do setor terciário adaptarem-se a este tipo de filosofia. E as que trabalham no setor social também têm essa possibilidade.

OS PORTUGUESES EVIDENCIAM UMA PREOCUPAÇÃO E PROCURA DE ORGANIZAÇÕES CERTIFICADAS?

Julgo que as camadas mais jovens começam a valorizar mais porque começam a ter no ensino superior disciplinas que tratam disto, principalmente os de gestão ou engenharia. Penso que em Portugal o tema não está muito disseminado esse sentido. O consumidor, quando vai ao supermercado ou quando se apresenta um produto, tem uma dificuldade em perceber se o produto está certificado ou não.

PARA UMA ORGANIZAÇÃO DO TERCEIRO SETOR, QUAIS AS VANTAGENS DE VER O SEU MODO DE TRABALHAR CERTIFICADO?

A certificação é um atestado. Eu posso ter um ótimo sistema de gestão e não estar certificado. A certificação é o comprovativo de que alguém, independente e que não tem nada a ver com a organização, me avalia e diz à comunidade que eu sigo determinadas regras e estou num determinado modelo. Não diz mais do que isso. A certificação traz uma validação de um modelo que eu já tenho. A certificação traz o reconhecimento externo, é dizer à comunidade que cumpro as regras e que fui avaliado.

QUE MAIORES DIFICULDADES SÃO EVIDENCIADAS POR ESTAS ORGANIZAÇÕES QUANDO IMPLEMENTAM UM SISTEMA COMO O EQUASS, POR EXEMPLO?

Desenvolver um sistema de gestão obriga a pensar. Tira-nos da nossa posição do dia-a-dia, de uma posição estática para uma posição mais dinâmica que nos obriga a pensar, obriga a refletir, e obriga a desenvolver coisas que são diferentes do dia-a-dia. Por isso, a principal dificuldade é tirar as pessoas do seu modo de comodidade, porque vão ter que estudar, que pensar, que discutir e mudar hábitos. Uma outra dificuldade é o tempo. As organizações estão viradas para um determinado objeto e não têm disponibilidade temporal para se dedicarem a coisas que são diferentes. Por isso, um dos problemas é a disponibilidade: é necessária uma liderança para manter um determinado ritmo de trabalho, porque o desenvolvimento de um sistema de gestão de qualidade deve ser considerado trabalho efetivo e não uma coisa mais, é preciso dar espaço para desenvolver.

MUITAS VEZES, AS AUDITORIAS SÃO SENTIDAS COMO FISCALIZAÇÕES. QUE MEDIDAS DEVE UMA ORGANIZAÇÃO IMPLEMENTAR PARA MINIMIZAR ESTE IMPACTO?

Isso é reflexo de um mau sistema de gestão porque quer dizer que a auditoria é um ponto diferente do dia-a-dia. Se eu tenho um sistema de gestão, tenho de praticá-lo todos os dias, não preciso de fazer nada antecipadamente para preparar uma auditoria. Onde eu trabalho, temos cerca de 60 a 80 auditorias por ano, significaria que estávamos sempre aflitos (Risos). Uma auditoria é uma avaliação normal, por pessoas independentes, com outra experiência diferente da nossa, que conseguem fazer a verificação das nossas atividades e compará-las com o que está no sistema e nas referências internacionais. Muitas vezes, trazem até uma possibilidade de ver as mesmas coisas com olhos diferentes, o que para a organização auditada é uma vantagem. Está a aprender com algum benchmarking que também provém da experiência dos auditores. Por vezes há erros de vício para os quais não temos distanciamento. Por isso, até é bom ser visto com outros olhos porque posso não perceber que não estou a fazer bem.

COMO SE GARANTE O MELHOR ALINHAMENTO POSSÍVEL ENTRE PROCESSOS E PROCEDIMENTOS, METAS E INDICADORES E A QUALIDADE RELACIONAL E ASSISTENCIAL?

O processo é um conjunto de atividades que estão sequenciadas e interligadas entre si. Tem determinadas entradas de recursos da mais variada origem e que vão fazendo transformações através das atividades que, no final, produzem alguma coisa que tem mais valor do que o conjunto das entradas iniciais. É um esquema de atividades que permite perceber as suas interligações, quem faz o quê e que chega a um produto final. O procedimento é um documento escrito que transmite uma informação para se fazer qualquer coisa. Podemos ter procedimento para algumas atividades e até para o processo, para explicar o fluxo de atividades. Ora, não é possível melhorar se não medirmos, o que não se mede não se consegue perceber se está a avançar no bom caminho. Normalmente, para os processos, devem criar-se objetivos e indicadores de medição de modo a conseguir perceber como é que o processo está a evoluir na sua execução »

ao longo do tempo, ele não está sempre igual. E, para cada um desses objetivos, definir metas que se querem atingir. Ou seja, é também importante entender que, quando estamos a desenvolver um sistema deste género, estamos a trabalhar com pessoas e precisamos que todas estejam num sentido de convergência de interesses. Nesta convergência, há que definir bem o que se quer atingir. No setor social, chegamos um conjunto de pessoas com determinadas necessidades e essas necessidades não deverão ser muito diferentes umas das outras e pode ser criado um padrão de algumas necessidades. Daqui, pode tentar segmentar-se e criar um conjunto que seja visível dessas necessidades e isso, ao fim e ao cabo, é o vosso produto. Se responderem bem às necessidades, têm o vosso produto feito. O sistema é uma gestão de processos e permite-me, por isso, perceber como devo encadear as minhas atividades e o que há de ser o output mais eficaz e eficiente de cada um dos processos para atingir essas tais necessidades que eu identifiquei dos Utentes. Quer os objetivos, quer as metas vão monitorizar o processo, com uma forma de medir que são os tais indicadores, mas que têm que dizer qualquer coisa ao conjunto das pessoas que vão executar esses processos.

PERANTE A NECESSIDADE DE TER UM SISTEMA DE GESTÃO DE QUALIDADE, COMO É QUE AS INSTITUIÇÕES DO TERCEIRO SETOR CONSEGUEM RESPONDER ÀS EXIGÊNCIAS DE UM SISTEMA DE CERTIFICAÇÃO, TENDO EM CONTA OS RECURSOS HUMANOS NECESSÁRIOS E RESPETIVOS FINANCIAMENTOS ÀS INSTITUIÇÕES?

Não sei bem responder porque, quando não há dinheiro para fazer alguma coisa, tem que se escolher o que se deve fazer primeiro. Na área empresarial, se olharmos para o custo do desenvolvimento de um sistema de gestão de qualidade, o principal custo não são os consultores ou a própria certificação, mas sim o custo do tempo das pessoas que estão a trabalhar no desenvolvimento. Se não for assim, estamos mal porque pagamos a um consultor para nos deixar uma coisa escrita na qual depois temos dificuldade em nos revermos. Ou seja, posso ter consultores, mas o trabalho tem de ser das pessoas que trabalham na organização. Só isso permite que possa mudar atividades e integrá-las no meu dia-a-dia e, por conseguinte, evoluir. Os sistemas de gestão permitem

ir evoluindo, não faço um sistema de gestão e ele fica estável durante 10 ou 20 anos, isso seria mau sinal. É dinâmico e as pessoas também vão aprendendo a modificar-se. É nesta interação entre o indivíduo e o grupo, através do processo que vamos fazendo o caminho. O principal custo está efetivamente no tempo das pessoas e se ele é pago é de facto um custo elevado. Depois, o sistema de gestão vai permitir a cada um ser mais eficiente, fazer o mesmo em menos tempo, mas há que saber se ele permite libertação de tempo e consequentemente de dinheiro para poder pagar tudo o resto.

QUE VANTAGENS E DESVANTAGENS ENCONTRA NA NORMALIZAÇÃO DOS VÁRIOS SISTEMAS DE QUALIDADE?

A normalização tem interesse porque, se quiser fazer uma certificação, o consumidor daquele produto, quando olha para essa marca, está a receber uma mensagem. Está a reconhecer que a organização atingiu um determinado nível. Se as normas estiverem estandardizadas, consigo mais facilmente perceber qual é o referencial que está na base. Se não estiverem, tenho mais dificuldade. Tenho que ser quase um expert para perceber qual é o referencial que tomam por base. A comunicação torna-se mais fácil se tiver a normalização. Tome o exemplo das empresas: se não tiver normalização, não há globalização, não há transação de produtos de um lado para o outro. Um exemplo muito simples que nos faz perceber isto é o exemplo da “bitola ibérica” da ferrovia e da “bitola europeia”: não sendo iguais, os comboios não circulam de uma para a outra. O produto não consegue falar com o sistema, é um exemplo da falta de estandardização.

A CONFEDERAÇÃO PORTUGUESA DO VOLUNTARIADO PROMOVE UM SELO DE QUALIDADE PARA CERTIFICAR ORGANIZAÇÕES QUE TENHAM UM MODELO DE GESTÃO DE VOLUNTARIADO. QUAIS AS VANTAGENS PARA ESSA ORGANIZAÇÃO EM TER A SUA GESTÃO DE VOLUNTARIADO CERTIFICADA?

O selo de qualidade, com base em critérios, permite-me ter um referencial, uma base de comparação, permite que sejam definidos os mínimos e por isso estou a dizer que quem tem aquele selo tem pelo menos aqueles mínimos. E a organização pode caminhar nos diferentes níveis e ir evoluindo dentro deles. ■

PLANO INDIVIDUAL DE INTERVENÇÃO

Proposta para uniformização na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

FILIPA REIS



RESUMO

Um PII comum à RNCCI poderá assegurar a continuidade da prestação de cuidados através de um entendimento comum entre o utente e os prestadores de cuidados. Com este estudo, pretendeu-se contribuir para o desenho do PII das unidades da RNCCI e identificar as categorias da CIF que classifiquem os utentes da RNCCI. Foi efetuado um estudo qualitativo descritivo com análise de conteúdo qualitativa e Painel de Delphi. Concluiu-se que o PII é tratado de forma muito distinta nas várias unidades. Foram identificadas 27 categorias para classificar os Utentes da RNCCI. Foi apre-

sentado um modelo para o PII integrando a CIF.

PALAVRAS-CHAVE

Cuidados Continuados Integrados, Plano Individual de Intervenção, Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde

ABSTRACT

A IIP common to RNCCI can ensure continuity of care through a common understanding between the user and the care providers. The aim of this study was to contribute to the »



design of the IPP in RNCCI units; Identify the categories of the ICF that classify the users of the RNCCI. A qualitative descriptive study was carried out with qualitative content analysis and Delphi Panel. It was concluded that the IIP is treated very differently in the various units. 27 categories were identified to classify users of the RNCCI. A model was presented for the PII integrating the ICF.

KEYWORDS

Continued Care, Individual Intervention Plan, International Classification of Functioning, Disability and Health

INTRODUÇÃO

Um documento com o Plano Individual de Intervenção (PII) é uma componente essencial e imprescindível nos cuidados continuados e representa um critério de qualidade.^{1,2} O PII é um plano diretor escrito cujos objetivos são: centrar os cuidados no utente^{3,4}; promover a autodeterminação e o *empowerment*^{1,5,6}; planejar os serviços/intervenções para responder às necessidades identificadas; promover uma melhor coordenação da equipa multidisciplinar^{1,6,7} com objetivos e recursos partilhados⁸ e com isto contribuir para a qualidade de vida do utente.^{1,6-9}

Identificam-se como benefícios da utilização do PII: continuidade de cuidados; gestão de risco; melhor gestão da condição de saúde; melhor planeamento de cuidados¹⁰; facilitação da cooperação e organização; entendimento comum entre utentes e prestadores de cuidados e entre os próprios prestadores de cuidados; gestão da calendarização das intervenções e formalização, recapitulação e chamada de atenção para as intervenções em curso.^{1,6}

Na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), o PII é definido como o “conjunto dos objetivos a atingir face às necessidades identificadas e intervenções daí decorrentes, visando a recuperação global ou a manutenção, tanto nos aspetos clínicos como sociais”.⁸ Este instrumento, a sua avaliação periódica e a sua eventual aferição integram obrigatoriamente o processo individual de cuidados do utente^{5,11}, no entanto, existe definido um modelo único de PII e não há conhecimento de algum documento deste género validado cientificamente.¹

A abordagem compreensiva dos Cuidados Continuados Integrados e a utilização do PII criam oportunidades para

innovar na implementação das respostas adequadas às necessidades dos utentes. Para validar a eficácia e a efetividade dessas respostas torna-se essencial a identificação de Ganhos em Saúde que demonstrem resultados às instituições, profissionais, utentes e cuidadores informais.^{12,13} No “Plano Nacional de Saúde 2011-2016: Cuidados Continuados Integrados em Portugal – analisando o presente, perspetivando o futuro”¹⁴ (revisado e expandido até 2020), propôs-se que fossem introduzidos indicadores de Qualidade e de Ganhos em Saúde¹⁵ e que estes fossem construídos com base na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF).¹⁴

Para operacionalizar a utilização da CIF, a OMS tem desenvolvido *Core Sets*^{16,17} que têm importância quando utilizados em documentação clínica e de transmissão de informação entre prestadores de cuidados formais ou informais e utente¹⁸. Neste sentido, poderá ser benéfico introduzir o modelo conceptual da CIF no PII.

Considerando uma revisão sistemática da literatura¹⁹, que identificou os códigos CIF referentes a uma população com características dos utentes da RNCCI, neste estudo pretende-se dar continuidade à definição de um *Core Set* para a RNCCI que suporte o PII. Construir um modelo de PII com base no modelo conceptual da CIF permitirá o levantamento das necessidades e problemas do utente, a definição de objetivos e a avaliação da intervenção efetuada na RNCCI, de acordo com as indicações da OMS, contribuindo para a implementação da CIF em Portugal e para a criação de indicadores passíveis de serem utilizados internacionalmente. Iniciou-se este estudo com a questão: “Como incluir o modelo conceptual da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde no Plano Individual de Intervenção das Unidades de Internamento da Rede Nacional de Cuidados Continuados?”. Definiu-se como objetivo geral: contribuir para o desenho do PII das Unidades de internamento da RNCCI. Para isso, definiram-se dois objetivos específicos: 1. Analisar e caracterizar o PII em uso nas Unidades de internamento da RNCCI; 2. Definir um *Core Set* da CIF para os utentes da RNCCI.

METODOLOGIA

Utilizou-se a metodologia qualitativa e descritiva. Para o Objetivo específico 1 procedeu-se à análise de conteúdo

qualitativa e para o Objetivo específico 2 implementou-se um Painel de *Delphi* (3 rondas).

Recorreu-se a uma amostra não probabilística. Enviaram-se 101 pedidos de aprovação do estudo a Unidades de todas as tipologias de internamento que integram a Rede desde 2006 ou 2007 de todas as Administrações Regionais de Saúde (ARS). Responderam 14 Unidades, 11 deferiram o pedido.

OBJETIVO 1

Amostra – Critérios de inclusão: PII de Unidades parceiras da RNCCI desde 2006 ou 2007.

Contactaram-se via *e-mail* as Unidades que deferiram o estudo para disponibilizarem o documento que utilizam para PII. Responderam e disponibilizaram o documento 4 Unidades. Codificaram-se os documentos (Tabela nº1).

Tabela nº1 – Identificação dos PII's disponibilizados

Código	Tipologia	Início da parceria com a RNCCI
1	UC + UMDR	2006 / 2006
4	ULDM	2007
6	UMDR + ULDM	2007 / 2009
7	UC	2007

Procedeu-se a uma pré-análise documental das várias fontes de informação (Revisão de Literatura; Modelos do PII), após a qual foram definidas três Dimensões para análise, subdivididas em duas Categorias cada, a que corresponde um Tópico. Definiram-se as dimensões Aparência, Conteúdo e Intervenientes, através das quais foram analisados alguns dos parâmetros associados à validação de um instrumento – validação aparente e de conteúdo.^{20,21}

Considerou-se incluir a Dimensão Intervenientes pela necessidade deste documento ser realizado em equipa^{1,6-8}, integrando os utentes e cuidadores e de, por vezes, isso não ser demonstrável.^{8,14} Teve-se como objetivo a geração de ideias e sugestões para a construção de modelo de PII comum às Unidades de internamento da RNCCI, pelo que não houve quantificação dos dados obtidos. A Matriz de Análise (Tabela nº2) foi desenvolvida propositadamente para este estudo.

Tabela nº2 – Matriz de análise

Dimensão	Categoria	Tópico
Aparência	Configuração	Analisar e caracterizar a estrutura física do documento quanto ao número de páginas, de linhas e de colunas
	Elementos pré-definidos	Analisar e caracterizar a estrutura do documento quanto à existência ou não de elementos pré-definidos
Conteúdo	Componentes	Analisar e caracterizar o PII face às diferentes componentes que o constituem.
	Indicações para redação	Analisar e caracterizar o PII de acordo com as indicações para redação do documento.
Intervenientes	Participantes	Analisar e caracterizar o PII quanto aos seus participantes (identificação)
	Evidência de participação	Analisar e caracterizar o PII de acordo com elementos que evidenciem a integração dos participantes na elaboração do documento

OBJETIVO 2

Amostra – Critérios de inclusão: médico, enfermeiro, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, terapeuta da fala, psicólogo ou assistente social numa das Unidades parceiras da RNCCI desde 2006 ou 2007; ter experiência profissional na RNCCI há pelo menos 6 anos. A amostra foi caracterizada considerando: idade; género; profissão; tempo de experiência profissional; tempo de experiência profissional na RNCCI; tipologia em que desempenha funções; se desempenhava ou desempenhou o papel de Gestor de caso ou Coordenador de PII; formação em PII; conhecimento e formação sobre a CIF. Considerou-se perito “aquele que possui um conhecimento e experiência necessária para participar”.¹²

O Painel de Peritos era constituído por 9 elementos: 1 médico, 1 enfermeiro, 2 fisioterapeutas, 2 terapeutas ocupacionais, 1 terapeuta da fala, 1 psicólogo e 1 assistente social. Todos desempenhavam funções em UC, 3 desem- »



penhavam funções simultaneamente em UMDR e ULDM. Os participantes desempenhavam ou já tinham desempenhado o papel de Gestor de Caso ou Coordenador de PII, 8 tinham formação específica em PII. Os terapeutas e o psicólogo conheciam a CIF, mas nenhum tinha formação específica.

Implementou-se um Painel de *Delphi* de 3 rondas de questionários via *Google Docs*.

Realizou-se um pré-teste para aferir adequabilidade e clareza do questionário.

Questionário 1ª Ronda: Resposta fechada, “Concordo”, “Discordo”. As 86 categorias enunciadas resultaram da Revisão Sistemática da Literatura anterior.¹⁹

Questionários 2ª e 3ªs Rondas: Resposta fechada, Escala de Likert de 5 respostas.²² Na 2ª ronda as 71 categorias CIF resultaram da 1ª ronda (categorias com mais de 50% de consenso). Na 3ª ronda as 66 categorias CIF resultaram da 2ª ronda (categorias com mais de 50% de respostas consensuais – “De acordo”, “Totalmente de acordo”).

Os dados foram analisados através da Estatística Descritiva, utilizaram-se Tabelas de Frequência.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

OBJETIVO 1

Verificou-se que todos os PII’s são diferentes nas Dimensões analisadas.

Dimensão Aparência: todos tinham apresentação em tabela; uma das Unidades optou por campos pré-preenchidos.

Dimensão Conteúdo: todos identificaram o utente e apresentavam campos para datar o documento. Todas as Unidades consideraram diferentes datas como relevantes.

As datas presentes nos documentos poderão contribuir para monitorizar o preenchimento atempado do documento.²³

Na identificação do utente um dos documentos apresentava um campo para “Resumo do Internamento”, que aparentemente apenas poderá ser preenchido à data de alta.

Nem todos os documentos registavam as mesmas informações, mas no geral apresentavam os parâmetros indicados na literatura: expectativas, necessidades, pontos fortes, problemas, objetivos, metas, intervenções, responsáveis e resultados. Dois dos documentos atribuíram o mesmo campo de registo aos “Problemas e Pontos Fortes” e “Problemas Necessidades e Pontos Fortes”, conjugando parâ-

metros com conotações distintas (positivo e negativo).

Apenas um documento diferenciava o objetivo geral dos específicos, quantificava os resultados obtidos e tinha campos destinados à “Avaliação Intercalar” e “Avaliação Final”. A quantificação de resultados é útil para que se saiba exatamente o que foi alcançado. Este aspeto poderá influenciar a motivação do utente e contribuir para melhorar a comunicação entre Unidades. Com a utilização de uma escala objetiva, o significado será o mesmo, o que não acontece com a utilização de termos qualitativos como “mantém”, “não alcançado” ou “parcialmente alcançado”.

Dimensão Intervenientes: todos os PII’s apresentavam espaço para assinaturas, num deles apenas existia o campo para o “Gestor de caso” assinar. Se este documento não for complementado com registos de reuniões entre profissionais e utente e/ou cuidadores, não há evidência da sua participação no PII.

Com os resultados obtidos, verificou-se que o PII é tratado de forma muito distinta nas várias Unidades. Estas diferenças podem estar relacionadas com a relevância e função que as Unidades atribuem ao PII. Se a implementação e utilização do PII apenas tiver como objetivo o cumprimento dos requisitos da RNCCI sem outra função, como seja contribuir para os indicadores de qualidade ou para facilitar a comunicação, este documento pode ser considerado uma barreira e não um facilitador, pelo encargo burocrático que representa, tendo em conta os registos necessários – processo clínico, escalas de avaliação, plataforma *Gestcare*, PII.

Sugere-se que seja atribuído ao PII um significado que represente a qualidade de cuidados prestados, por exemplo, através de indicadores sobre os resultados obtidos.¹⁵

O PII poderá espelhar os Ganhos em Saúde obtidos durante o internamento nas unidades da RNCCI através da utilização do modelo conceptual da CIF.

OBJETIVO 2

Na Tabela nº 3 estão descritas as frequências absolutas e relativas da concordância dos peritos relativamente às Categorias e Códigos apresentados nas 3 rondas dos questionários do Painel de *Delphi*.

Na última ronda, das 66 categorias apresentadas, 27 foram selecionadas por mais de 80% dos peritos e dividem-se pelas componentes Funções do Corpo (7 categorias, 26%),

Atividades e Participação (16 categorias, 59%) e Fatores Ambientais (4 categorias, 15%).

O resultado obtido no Painel de *Delphi* está de acordo com o obtido na revisão sistemática anterior¹⁹ e outros estudos para validação de *Core Sets* da CIF^{24,25}. As dimensões com maior número de categorias são: Funções musculares (2 códigos), Manter e mudar a posição do corpo (3 códigos), Andar e deslo-

car-se (4 códigos), Auto-cuidados (5 códigos), Produtos e tecnologia (2 códigos). Destes, obtiveram 100% de consenso dos peritos em todas as rondas de questionários: b280 Sensação de dor, b730 Funções da força muscular, d230 Realizar a rotina diária, d450 Andar, d510 Lavar-se, d540 Vestir-se.

Comparando os resultados obtidos com a Tabela Nacional de Funcionalidade para adultos em idade ativa com doen- »

Tabela nº3 – Resultados do Painel de Delphi

Constructos	Categorias e códigos	1ª RondaFr(Fa)	2ª Ronda Fr(Fa)	3ª RondaFr(Fa)	Final
Funções do Corpo	Funções mentais globais (b126)	67 (6)	55 (5)	33 (3)	-
	Funções mentais globais (b130)	33 (3)	-	-	-
	Funções mentais globais (b134)	78 (7)	55 (5)	55 (5)	-
	Funções mentais específicas (b152)	89 (8)	78 (7)	78 (7)	-
	Visão e funções relacionadas (b210)	78 (7)	66 (6)	55 (5)	-
	Funções sensoriais adicionais (b265)	78 (7)	66 (6)	55 (5)	-
	Funções sensoriais adicionais (b270)	89 (8)	78 (7)	66 (6)	-
	Dor (b280)	100(9)	100 (9)	100(9)	✓
	Funções da Voz e Fala (b310)	67 (6)	100 (9)	55 (5)	-
	Funções do aparelho cardiovascular (b410)	78 (7)	78 (7)	66 (5)	-
	Funções do aparelho cardiovascular (b415)	56 (5)	78 (7)	66 (6)	-
	Funções do aparelho cardiovascular (b420)	78 (7)	100 (9)	66 (6)	-
	Funções dos sistemas hematológico e imunológico (b435)	67 (6)	78 (7)	33 (3)	-
	Funções do aparelho respiratório (b440)	78 (7)	89 (8)	77 (7)	-
	Funções e sensações adicionais dos aparelhos cardiovascular e respiratório (b455)	100(9)	77 (7)	88 (8)	✓
	Funções relacionadas com o aparelho digestivo (b510)	89 (8)	89 (8)	77 (7)	-
	Funções relacionadas com o aparelho digestivo (b525)	78 (7)	100 (9)	77 (7)	-
	Funções relacionadas com o aparelho digestivo (b530)	67 (6)	78 (7)	55 (5)	-
	Funções urinárias (b620)	78 (7)	89 (8)	77 (7)	-
	Funções genitais e reprodutivas (b640)	22 (2)	-	-	-
Funções das articulações e dos ossos (b710)	100 (9)	100 (9)	89 (8)	✓	
Funções das articulações e dos ossos (b715)	78 (7)	66 (6)	66 (6)	-	



Constructos	Categorias e códigos	1ª RondaFr(Fa)	2ª Ronda Fr(Fa)	3ª RondaFr(Fa)	Final
Funções do Corpo	Funções musculares (b730)	100 (9)	100 (9)	100 (9)	√
	Funções musculares (b735)	89 (8)	100 (9)	89 (8)	√
	Funções musculares (b740)	89 (8)	78 (7)	78 (7)	-
	Funções relacionadas com o movimento (b770)	100 (9)	88 (8)	89 (8)	√
	Funções da pele (b810)	67 (6)	89 (8)	89 (8)	√
Estruturas do Corpo	Estruturas do sistema nervoso (s110)	67 (6)	55 (5)	22 (2)	-
	Estruturas do aparelho cardiovascular, do sistema imunológico e do aparelho respiratório (s410)	67 (6)	55 (5)	44 (4)	-
	Estruturas relacionadas com o movimento (s720)	44 (4)	-	-	-
	Estruturas relacionadas com o movimento (s750)	44 (4)	-	-	-
	Pele e estruturas relacionadas (s810)	56 (5)	33 (3)	-	-
Atividades e Participação	Tarefas e exigências gerais (d230)	100(9)	100 (9)	100(9)	√
	Tarefas e exigências gerais (d240)	78 (7)	78 (7)	44 (4)	-
	Comunicar e produzir mensagens (d330)	89 (8)	89 (8)	89 (8)	√
	Conversa e utilização de dispositivos e de técnicas de comunicação (d350)	78 (7)	66 (6)	67 (6)	-
	Conversa e utilização de dispositivos e de técnicas de comunicação (d360)	89 (8)	89 (8)	89 (8)	√
	Mudar e manter a posição do corpo (d410)	89 (8)	89 (8)	100(9)	√
	Mudar e manter a posição do corpo (d415)	89 (8)	100 (9)	89 (8)	√
	Mudar e manter a posição do corpo (d420)	100(9)	89 (8)	100(9)	√
	Transportar, mover e manusear objetos (d430)	67 (6)	66 (6)	89 (8)	√
	Transportar, mover e manusear objetos (d440)	89 (8)	77 (7)	78 (7)	-
	Transportar, mover e manusear objetos (d445)	100(9)	88 (8)	67 (6)	-
	Andar e deslocar-se (d450)	100(9)	100 (9)	100(9)	√
	Andar e deslocar-se (d455)	100(9)	89 (8)	89 (8)	√
	Andar e deslocar-se (d460)	78 (7)	66 (6)	89 (9)	√
	Andar e deslocar-se (d465)	100(9)	88 (8)	89 (8)	√
	Deslocar-se utilizando transporte (d470)	56 (5)	44 (4)	-	-
	Deslocar-se utilizando transporte (d475)	33 (3)	-	-	-
	Auto-cuidados (d510)	100(9)	100 (9)	100(9)	√
	Auto-cuidados (d520)	89 (8)	89 (8)	100(9)	√
	Auto-cuidados (d530)	78 (7)	77 (7)	67 (6)	-
Auto-cuidados (d540)	100(9)	100 (9)	100(9)	√	

Constructos	Categorias e códigos	1ª RondaFr(Fa)	2ª Ronda Fr(Fa)	3ª RondaFr(Fa)	Final
Atividades e Participação	Auto-cuidados (d550)	100(9)	89 (8)	100(9)	✓
	Auto-cuidados (d560)	100(9)	89 (8)	100(9)	✓
	Auto-cuidados (d570)	89 (8)	77 (7)	67 (6)	-
	Aquisição do necessário para viver (d620)	67 (6)	67 (6)	56 (5)	-
	Tarefas domésticas (d640)	89 (8)	100 (9)	78 (7)	-
	Cuidar dos objetos da casa e ajudar os outros (d660)	33 (3)	-	-	-
	Relacionamentos interpessoais particulares (d750)	67 (6)	44 (4)	-	-
	Relacionamentos interpessoais particulares (d760)	78 (7)	56 (5)	67 (6)	-
	Relacionamentos interpessoais particulares (d770)	33 (3)	-	-	-
	Trabalho e emprego (d845)	22 (2)	-	-	-
	Trabalho e emprego (d850)	22 (2)	-	-	-
	Vida económica (d870)	44 (4)	-	-	-
	Vida comunitária, social e cívica (d910)	33 (3)	-	-	-
	Vida comunitária, social e cívica (d920)	56 (5)	56 (5)	44 (4)	-
	Fatores Ambientais	Produtos e tecnologia (e110)	78 (7)	67 (6)	55 (5)
Produtos e tecnologia (e115)		100(9)	78 (7)	66 (6)	-
Produtos e tecnologia (e120)		100(9)	89 (8)	100 (9)	✓
Produtos e tecnologia (e125)		100(9)	78 (7)	89 (8)	✓
Produtos e tecnologia (e150)		78 (7)	67 (6)	55 (5)	-
Apoio e relacionamentos (e310)		78 (7)	89 (8)	88 (8)	✓
Apoio e relacionamentos (e320)		78 (7)	78 (7)	44 (4)	-
Apoio e relacionamentos (e325)		67 (6)	78 (7)	44 (4)	-
Apoio e relacionamentos (e355)		89 (8)	78 (7)	77 (7)	-
Atitudes (e410)		56 (5)	67 (6)	33 (3)	-
Atitudes (e420)		33 (3)	-	-	-
Atitudes (e425)		33 (3)	-	-	-
Atitudes (e450)		44 (4)	-	-	-
Atitudes (e460)		67 (6)	44 (4)	-	-
Serviços sistemas e políticas (e570)		67 (6)	67 (6)	66 (6)	-
Serviços sistemas e políticas (e575)		78 (7)	78 (7)	88 (8)	✓
Serviços sistemas e políticas (e580)		89 (8)	78 (8)	77 (7)	-
Serviços sistemas e políticas (e590)	33 (3)	-	-	-	

Legenda: - excluído
✓ incluído



ça crônica (TNF)²⁶, uma listagens utilizada para classificar a população da RNCCI, verifica-se que existem 13 categorias comuns Painel de *Delphi* e TNF: Tarefas e exigências gerais (d230); Comunicar e produzir mensagens (d330); Conversação e utilização de dispositivos e técnicas de comunicação (d360); Mudar e manter a posição do corpo (d410; d415); Transportar, mover e manusear objetos (d430); Andar e deslocar-se (d450; d460; d465); Auto-cuidados (d510; d520; d540; d550); Na análise destes dados, deve ter-se em consideração a população a que se destina cada uma das listagens, a TNF a pessoas com doenças crônicas entre os 18 e os 64 anos²⁶ e a listagem obtida no Painel de *Delphi* é específica para a população da RNCCI, em que 84,4% tem mais de 65 anos e, destes, 51,1% tem 80 anos de idade ou mais.²⁷

A utilização de um *Core Set* da CIF para caracterização dos utentes da RNCCI poderá permitir: utilizar uma linguagem unificada e padronizada; agilizar a comunicação entre os vários níveis da prestação de cuidados; criar uma referência conceptual para descrição da saúde e dos estados relacionados com a saúde dos utentes; identificar os Ganhos em Saúde (individualmente e na globalidade da Rede); valorizar aspetos para além do diagnóstico clínico, nomeadamente o seu desempenho e participação e a interação dos fatores contextuais na sua vida; prever-se os recursos necessários e custos associados; que o planeamento da intervenção, preparação para a alta e para o pós-alta sejam efetivos e adequados às reais necessidades do utente; a criação de critérios mais rigorosos para as alterações de tipologia, para além dos já existentes critérios clínicos; e promover a qualidade de cuidados.¹⁸

Considera-se uma mais-valia este painel de peritos ter integrado profissionais de diversas áreas de intervenção na RNCCI, pois poderá ter contribuído para a definição de um *Core Set* que possibilite a caracterização da funcionalidade global dos utentes da Rede. Propõe-se a integração do modelo conceptual da CIF no PII, neste caso, a utilização das categorias e códigos definidos através do método de *Delphi* modificado efetuado neste estudo (Figura 1). O modelo proposto para o Plano Individual de Intervenção foi definido através dos princípios orientadores identificados na literatura, na análise efetuada aos PII's já existentes nas Unidades e no modelo conceptual da CIF, através da utilização das categorias e códigos para caracterizar os uten-

tes das unidades de internamento da RNCCI neste estudo.

Figura nº1 – Modelo proposto para o Plano Individual de Intervenção

Nome: _____ Idade: _____ Sexo: _____ Tipologia/Quarto: _____
 Data de Admissão: ____/____/____ Data de Elaboração: ____/____/____
 Motivo de internamento e/ou Diagnóstico Principal: _____

Expectativa do utente e/ou cuidador

Perspetiva do utente e/ou cuidador	Funções e Estruturas do Corpo	Atividades e Participação
	Fatores Ambientais	
Fatores Pessoais		

Perspetiva dos Profissionais	Avaliação Inicial / /	Valor a atingir	Avaliação Inter-calar / /	Avaliação Inter-calar / /	Avaliação Final / /
Funções do Corpo:					
Atividades e Participação:					
Fatores Ambientais:					

Objetivos	Prazo	Avaliação Inicial / /	Valor a atingir	Avaliação Inter-calar / /	Avaliação Inter-calar / /	Avaliação Final / /
Objetivo geral para o internamento:						
Objetivo funções do corpo:						
Objetivo atividades e participação:						
Objetivo fatores ambientais:						

Alvos de Intervenção	MD	ENF	FT	TO	TF	PSIC	TSSS	Outros	Intervenção

Legenda: MD – Médico, Enf. – Enfermeiros, FT – Fisioterapeutas, TO – Terapeutas Ocupacionais, TF – Terapeutas da Fala, Psic. – Psicólogos, TSSS – Técnicos Superiores do Serviço Social

Análise Global	Objetivo geral	Objetivo funções do corpo	Objetivo atividades e participação	Objetivo fatores ambientais
Variação				
% Metas alcançadas				
% Objetivos atingidos				

Os responsáveis: _____

Ex. _____ [identidade/cidade] declara que participou na elaboração do Plano Individual de Intervenção definido e concorda com o mesmo.

Espera-se que o modelo do PII proposto não seja apenas um modelo de registo no dia-a-dia das Unidades, mas que tenha utilidade na comunicação, gestão, aferição da qualidade dos serviços prestados, investigação futura ou até para a definição de políticas sociais ou de saúde. Com este modelo, o utente poderá ter espaço efetivo para definir as suas expectativas e para emitir a sua perspetiva sobre as suas limitações em relação às funções e estruturas do corpo, atividades e participação e fatores ambientais. Com a participação efetiva do utente na construção do seu PII, espera-se promover a sua capacidade de decisão, de autonomia e *empowerment*, aumentando a sua motivação e qualidade de vida.

CONCLUSÕES E PROPOSTAS FUTURAS

O PII é uma ferramenta de trabalho, comum a toda a equipa, que serve a comunicação entre cuidadores formais, informais e uten-

te e entre as diferentes tipologias da Rede. Considera-se que um PII comum à RNCCI poderá beneficiar o utente, assegurando a continuidade da prestação de cuidados através de um entendimento comum entre o utente e os prestadores de cuidados.

Os resultados da análise de conteúdo permitiram constatar grandes diferenças de apresentação e de forma de registo nos PII's existentes na Rede, apesar de estarem de acordo com a maioria das indicações existentes na literatura: identificação do utente, descrição das suas necessidades e objetivos, definição do problema, objetivos e intervenções e identificação dos intervenientes.

O Painel de *Delphi* permitiu definir um *Core Set* da CIF com 27 categorias para caracterização dos utentes das unidades de internamento da RNCCI.

Como proposta futura, sugere-se que o modelo de PII proposto seja validado quanto ao conteúdo, aparência e conceito. Propõe-se a realização de um estudo coorte prospetivo multi-centro, como é utilizado em outros estudos analisados com este objetivo.²⁸⁻³⁰ Sugere-se que o *Core Set* definido neste estudo seja aplicado a utentes de UC, UMDR e ULDM da RNCCI e posteriormente sejam verificadas as diferenças entre tipologias. Sugere-se também que o modelo proposto e o *Core Set* sejam validados para utentes das Unidades de Ambulatório; Equipas Hospitalares e Domiciliárias.

LIMITAÇÕES

Na análise de conteúdo, considera-se que após terem sido definidas as dimensões e categorias e se ter caracterizado os PII's, a grelha de organização de informação poderia ter sido revista por avaliadores externos de forma a obter consenso sobre a organização da informação. Considera-se que uma amostra maior poderia ter contribuído para a obtenção de dados mais significativos. ■

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- SOMME, D., HÉBERT, R., BRAVO, G., BLANCHARD, F., & SAINT-JEAN, O. The individualized service plan as a clinical integration tool: qualitative analysis in the Quebec PRISMA experiment. *International Journal of Integrated Care*. 2007; 7:13p.
- BJERKAN, J., RICHTER, M., GRIMSMO, A., HELLESO, R., & BRENDER, J. Integrated care in Norway: the state of affairs years after regulation by law. *International Journal of Integrated Care*. 26 de Janeiro de 2011; 11, 8. Obtido de <http://www.ijic.org>
- KODNER, D. L., & SPREUWENBERG, C.. Integrated care: meaning, logic, applications, and implications - a discussion paper. *International Journal of Integrated Care*. 2002; 2, p. 6.
- LLOYD, J., & WAIT, S. *Integrated Care: A Guide for Policymakers*. Alliance for Health and the Future. 2005.
- GOODWIN, N., SMITH, J., DAVIES, A., PERRY, C., ROSEN, R., DIXON, A., et al. A report to the Department of Health and the NHS Future Form. *Integrated care for patients and populations: Improving outcomes by working together*. 2012.

- HOLLUM, L. C. "It is a good idea, but..." A qualitative study of implementation of "Individual Plan" in Norwegian mental health care. *International Journal of Integrated Care*. 2012;12:12p.
- NACIONAL COUNCIL OF SOCIAL SERVICE. *Care and Discharge Planning: A Guide for Service Providers*. 2006.
- UNIDADE DE MISSÃO PARA OS CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS. *Manual do Prestador - Recomendações para a Melhoria Contínua*. Lisboa: Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados. 2011a.
- PEREIRA, M., & ARAÚJO, M. *Plano Individual de Intervenção em Unidades de Cuidados Integrados - Manual*. Produtiva. 2010
- NHS MODERNISATION AGENCY. *Good care planning for people with long-term conditions: updated version*. NHS Modernisation Agency. 2005.
- UNIDADE DE MISSÃO PARA OS CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS. *Diretiva Técnica nº 5/UMCCI/2008, 07 de Janeiro de 2008*
- PEREIRA, C. *Contributo para implementação da Classificação Internacional de Funcionalidade para a identificação de ganhos em saúde nas doenças crónicas*. Tese de Mestrado ISCTE. 2008. 165p.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Plano Nacional de Saúde 2012-2016. Versão Resumo*; 2013.
- LOPES, M. J., MENDES, F., ESCOVAL, A., AGOSTINHO, M., VIEIRA, C., VIEIRA, I., et al. *Plano Nacional de Saúde 2011-2016: Cuidados Continuados Integrados em Portugal - analisando o presente, perspectivando o futuro*. Évora; 2010
- DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE. *Plano Nacional de Saúde 2012-2016. Roteiro de Intervenção em Cuidados Continuados Integrados*. Lisboa; 2014.27p
- SABINO, G. S., COELHO, C. M., & SAMPAIO, R. F. Utilização da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde na avaliação fisioterapêutica de indivíduos com problemas musculoesqueléticos nos membros inferiores e região lombar. *Acta Fisiátrica*. 2008; 15(1): 24-30.
- OLTMAN, R., NEISES, G., SCHEIBLE, D., MEHRTENS, G., & GRUNEBERG, C. (2008). ICF components of corresponding outcome measures in flexor tendon rehabilitation - a systematic review. *BMC Musculoskeletal Disorders*. 2008; 9(139):11p.
- SARAIVA, A. S. *Identificação das categorias mais relevantes da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde para os Terapeutas Ocupacionais que exercem funções em Unidades de Cuidados Continuados Integrados*. Dissertação de Mestrado Escola Superior de Tecnologias da Saúde do Porto do Instituto Politécnico do Porto. 2010.139p.
- REIS, F., PEREIRA, C., ESCOVAL, A., REIS, F. *Contributo para a classificação da funcionalidade dos utentes da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados segundo a Classificação Internacional de Funcionalidade*. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 2015; 33(1):84-97.
- SOEKEN, K. L. (2010). *Validity of Measures*. In C. F. Waltz, O. L. Strickland, & E. R. Lenz, *Measurement in Nursing and Health Research* (4.ª ed., pp. 163-201). New York: Springer Publishing Company.
- COUTINHO, C. P. (2011). *Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas: Teoria e Prática*. Coimbra: Edições Almedina, S.A.
- FORTIN, M.-F., GRENIER, R., & NADEAU, M. (2009). *Métodos de Colheita de Dados*. In M.-F. Fortin, *O Processo de Investigação: da concepção à realização* (5.ª Edição ed., pp. 239-265). Loures: Lusociência.
- UNIDADE DE MISSÃO PARA OS CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS; BIQ Consulting. (Outubro de 2008). *Grelha de Avaliação da Qualidade das Unidades da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados*. 1-7.
- PEREIRA C, FONSECA C, ESCOVAL A, LOPES M. *Contributo para a classificação da funcionalidade na população com mais de 65 anos, segundo a Classificação Internacional de Funcionalidade*. *Revista de Saúde Pública*. 2011;29(1):53-63.
- GRILL E, MULLER M, QUITTAN M, STROBL R, KOSTANJSEK N, STUCKI G. *Brief ICF Core Set for patients in geriatric post-acute rehabilitation facilities*. *J Rehabil Med*. 2011;43:139-144.
- Despacho nº 10218/2014 de 08 de Agosto
- ACSS - DEPARTAMENTO DE GESTÃO DA REDE DE SERVIÇOS E RECURSOS EM SAÚDE (DRS). *Monitorização da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) 2019*. Lisboa: ACSS - Departamento de Gestão da Rede de Serviços e Recursos em Saúde (DRS). 2019
- GRILL E, HUBER EO, STUCKI G, HERCEG M, FIALKA-MOSER V, QUITTAN M. *Identification of relevant ICF categories by patients in the acute hospital*. *Disability And Rehabilitation*. 2005;27 (7-8):447-58.
- CIEZA A., GEYH S., CHATTERJI S., KOSTANJSEK N., USTUN BT., STUCKI G. *Identification of candidate categories of International Classification of Functioning Disability and Health (ICF) for a Generic ICF Core Set based on regression modelling*. *BMC Medical Research Methodology*. 2006;6:36
- TSCHIESNER U., LINSEISEN E., BECKER S., MAST G., ROGERS SN., Walvekar RR., et al. *Content validation of the international classification of functioning, disability and health core sets for head and neck cancer: a multicenter study*. *Journal of Otolaryngology - Head & Neck Surgery = Le Journal D'oto-Rhino-Laryngologie Et De Chirurgie Cervico-Faciale*. 2010;39 (6):674-87.

AUTORA

Filipa Reis Fisioterapia, Clínica S. João de Ávila - Instituto S. João de Deus, Lisboa

MÁRIO CARMO PEREIRA

"As entidades do setor social, em geral, são pouco dadas à cooperação e à partilha de experiências entre si."

SUSANA QUEIROGA



PSICÓLOGO, É DIRETOR EXECUTIVO DA ASSOCIAÇÃO DE SOLIDARIEDADE SOCIAL DE LAFÕES. É PRESIDENTE DA FORMEN DESDE 2009 E MEMBRO DO FÓRUM PARA A INTEGRAÇÃO PROFISSIONAL DESDE 2009.

QUAL É A GRANDE MAIS-VALIA, PARA UMA INSTITUIÇÃO, DE TER UM SISTEMA DE CERTIFICAÇÃO?

Um sistema de certificação pode trazer grandes benefícios para a organização, se for feito à medida da organização e adequado às suas necessidades, caso contrário... mais valia estar quieto. Se o processo for bem conduzido, o maior ganho é na consciencialização dos processos de trabalho e da sua articulação com a missão e objetivos da organização. Infelizmente, ouvimos muitas pessoas queixarem-se de que os processos de certificação criaram uma grande burocracia. O objetivo deverá sempre ser conseguir fazer mais com

o mesmo esforço e não precisar de fazer mais esforço para fazer o mesmo.

NO CASO CONCRETO DA ASSOCIAÇÃO QUE DIRIGE, QUE IMPACTOS TEVE TODO O PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DE UM SISTEMA DE QUALIDADE?

Na Associação de Solidariedade Social de Lafões (ASSOL), graças a termos tido um consultor empenhado em compreender a nossa organização e em ajudar-nos a montar um sistema ajustado à nossa natureza, aos nossos valores e à nossa dimensão, conseguimos simplificar os processos internos, simplificar

e tornar mais coerentes os instrumentos de trabalho e aprofundar e clarificar os nossos valores e a visão que temos sobre a organização em geral e cada uma das suas unidades.

A simplificação dos processos e instrumentos de trabalho é o aspeto com maior impacto no nosso quotidiano, sem dúvida que a ASSOL ganhou em eficiência, mas o maior ganho terá sido numa maior coesão ao nível dos valores e da cultura.

O facto de dispormos de séries de dados consistentes permite-nos ter uma noção da evolução do nosso trabalho, mas também nos tem permitido extrair dados para trabalhos de natureza teórico-prática.

E NO MESMO SENTIDO, COM A OBTENÇÃO DA CERTIFICAÇÃO, QUE RETORNOS/IMPACTOS SE SENTEM NA ORGANIZAÇÃO?

Passamos a dispor de dados comparáveis interna e externamente. A certificação, no nosso caso pela Norma EQUASS nível de Excelência, teve também como efeito o reforço do orgulho dos colaboradores em pertencerem à nossa organização. Para a comunidade foi importante perceber que a qualidade do nosso trabalho é reconhecida por uma norma internacional. Embora não tenha repercussão direta nos financiamentos, acreditamos que reforçou a nossa credibilidade junto dos vários organismos com quem interagimos. Tendo a ASSOL, desde sempre, assumido formas de fazer as coisas nem sempre alinhadas com o que o que são as práticas mais comuns, o facto de haver um organismo internacional que valida essas práticas e as reconhece como de excelência dá-nos alguma segurança e também transmite confiança aos nossos interlocutores.

EM QUESTÕES DE QUALIDADE, ONDE TUDO FICA BASTANTE DEFINIDO, DESDE PROCESSOS A PROCEDIMENTOS, ENTRE OUTROS, COMO SE INTRODUZ E COMPATIBILIZA A FLEXIBILIDADE, A LIBERDADE OU ATÉ A HUMANIZAÇÃO DA ATENÇÃO PRESTADA A CADA UTENTE?

No nosso caso, tentámos definir com grande clareza as metodologias, filosofias e os valores que orientam a nossa prática e que eles sejam partilhados por toda a organização. Entre estes valores, a individualização dos apoios é um dos principais. Se conseguirmos um bom alinhamento da organização a este nível, podemos ser mais flexíveis no quotidiano.

Na ASSOL temos respostas que vão da intervenção precoce, apoios à inclusão escolar, formação profissional, apoio ao emprego, atividades ocupacionais, USO – Unidade Sócio Ocupacional e apoios residenciais, cada uma delas com diferentes públicos-alvo e regulamentações. Assim, a única forma de conseguir a unidade e coerência tem sido pelos valores e pela cultura organizacional. Ao nível dos princípios somos rígidos, mas na prática o objetivo é, respeitando esses valores, encontrar as melhores soluções para cada pessoa. Uma das nossas lutas foi conseguir interagir com o EQUASS de modo a reforçar a planificação centrada na pessoa e com isso a individualização dos cuidados, de tal modo que os apoios sejam negociados com cada pessoa e, quando adequado, com a sua família.

Pensamos ter conseguido respostas interessantes a este desafio em cada uma das unidades. Na reformulação que fizemos em 2020 do nosso Manual da Qualidade, conseguimos pela primeira vez clarificar o problema dos indicadores e dos resultados de modo a distinguir com clareza o que são resultados para as pessoas que apoiamos e o que são os resultados organizacionais.

Este é um passo importante para compreendermos melhor o que é essencial no nosso trabalho. Digamos que não nos tem sido fácil distinguirmos entre o que fazemos e o que produzimos. Grosso modo, digamos que o que fazemos são as nossas ações e as nossas atividades e o que produzimos será o que ganham as pessoas apoiadas com o nosso trabalho. Se conseguirmos identificar com clareza quais são os resultados desejados com o nosso trabalho, talvez possamos dar-lhe mais valor e olhar menos para o que fazemos, dando mais força à individualização dos cuidados. Porque ainda estamos muito centrados em certificar o que fazemos e a tendência é a padronização dos processos.

Hoje sabemos que uma coisa pode ser muito boa se feita com uma dada pessoa e num certo momento, mas pode ser errada feita com outra pessoa ou noutro momento. Procedimentos iguais com pessoas diferentes não podem estar certos. Por isso, achamos que um dos erros mais comuns dos processos de certificação foi a busca da padronização dos procedimentos.

COMO PRESIDENTE DA FORMEM SENDO A MESMA UMA DINAMIZADORA DE BENCHMARKING »

DO SETOR SOCIAL, QUAIS SÃO AS ÁREAS DE EVOLUÇÃO DESSA “PLATAFORMA”?

Numa primeira fase, o esforço foi no sentido de conseguirmos identificar um corpo de indicadores minimamente comum a todas as entidades, o que não foi tarefa fácil porque cada entidade desenvolveu os seus próprios indicadores em função do seu contexto e das suas atividades.

Esta é uma dificuldade séria porquanto o processo de identificação de indicadores por cada entidade teve uma longa maturação e tem implicações nos seus instrumentos de registo e nos procedimentos de recolha de dados, pelo que não é fácil introduzir novos indicadores ou alterar os que cada organização utiliza.

Ainda assim, conseguimos criar o hábito de conversar sobre os indicadores, mas mais importante do que isso sobre as atividades e sobre o entendimento que cada organização faz dos princípios do EQUASS.

A NORMA EQUASS SERVIU DE REFERENCIAL PARA ESSA “PLATAFORMA” DE BENCHMARKING, A MESMA TEVE UMA ATUALIZAÇÃO (EQUASS 2018). QUAIS FORAM AS MAIORES DIFICULDADES, SE AS HOUVE, NESTA ADAPTAÇÃO POR PARTE DA “PLATAFORMA”?

O EQUASS 2018 não introduziu mudanças estruturais na Norma. Contudo, pensamos que as atividades de benchmarking poderão evoluir em duas direções. Por um lado, a continuação da discussão das práticas e das abordagens e por outro a criação dos indicadores (outcomes), os resultados pessoais, claramente distintos dos outputs (resultados organizacionais). Estamos a iniciar um trabalho de identificação de indicadores de resultados pessoais que nos permita perceber melhor quais são as consequências do nosso trabalho para as pessoas que apoiamos. Este trabalho está a dar os primeiros passos, mas acreditamos que há um caminho muito interessante à nossa frente, pois certamente conseguiremos concordar num conjunto de outcomes (resultados pessoais) que possam funcionar com diferentes grupos e em diferentes circunstâncias.

"A única forma de conseguir a unidade e coerência tem sido pelos valores e pela cultura organizacional."

QUAIS SÃO, PARA SI, OS RESULTADOS MAIS RELEVANTES DESSAS ATIVIDADES DE BENCHMARKING? PODE DAR-NOS FEEDBACK DA SUA EXPERIÊNCIA A ESTE NÍVEL?

Por razões que não são fáceis de identificar, acontece que as entidades do setor social em geral são pouco dadas à cooperação e à partilha de experiências entre si. A este fechamento associa-se um certo autoconvencimento de que

somos muito bons. A isto, associa-se ainda uma tendência para a especialização. Cada organização tende a considerar-se especializada no apoio a um determinado grupo e, no caso da deficiência, a determinado tipo de deficiência. Imaginar dezenas de organizações que apoiam pessoas com deficiência, pessoas com doença mental, pessoas idosas ou crianças a partilhar entre si as suas forças, mas também as suas fraquezas, era uma utopia. Gostaríamos que houvesse uma maior participação nestes grupos, mas o que foi feito deixa-nos muito satisfeitos.

QUAIS OS IMPACTOS QUE A PANDEMIA TEVE PARA AS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA, EM PARTICULAR AS QUE ESTÃO EM PROCESSO DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL OU JÁ INSERIDAS NO MERCADO DE TRABALHO?

A pandemia afetou-nos a todos de muitas e variadas formas. Aos riscos reais, crescem os medos irracionais e também uma certa tendência para usar a COVID para justificar más práticas e abusos dos pequenos poderes que cada um de nós detém, sejam eles reais ou imaginários. O impacto da COVID nas ações de formação profissional foi grande, desde logo no período de confinamento geral, depois disso continua a haver muita dificuldade em proteger os formandos em situações em que são obrigados a isolamento profilático. Apesar das dificuldades, sabemos que o balanço é muito positivo e que o conjunto das 125 entidades que a nível nacional fazem formação para pessoas com alguma incapacidade estão a funcionar com relativa normalidade. Quanto às pessoas que já trabalham, os dados apontam para a manutenção dos empregos. ■



Irmãos de

S. João de Deus

Suplemento da Hospitalidade

O CARISMA DA HOSPITALIDADE: MISSÃO DE DEUS, ACOLHER COM QUALIDADE!

ENF. JOSÉ LUÍS MIRANDA

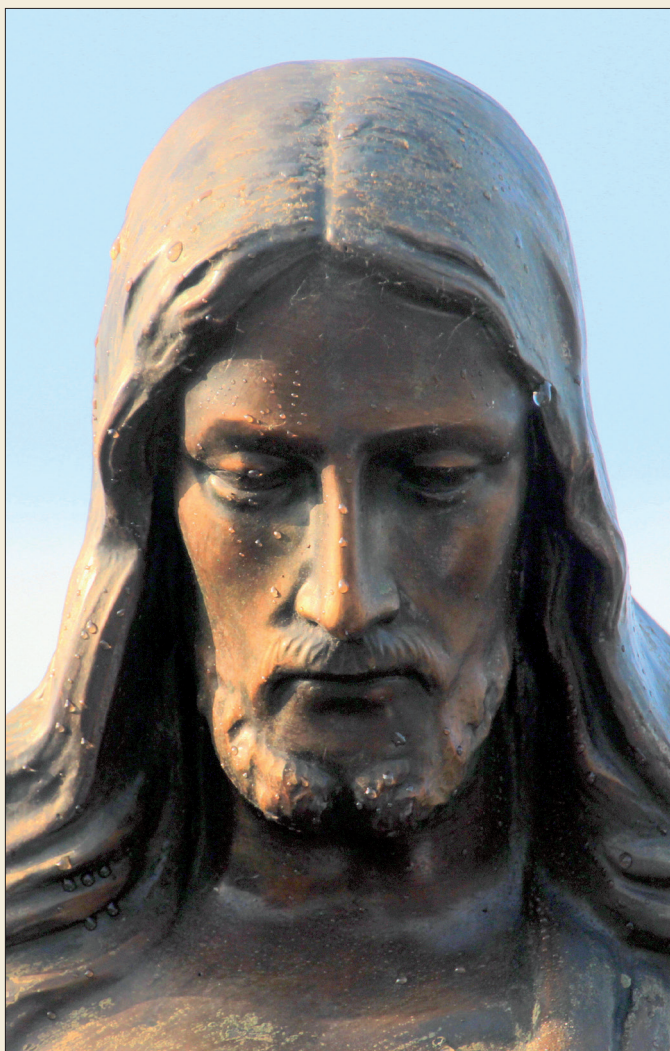


A Missão Hospitaleira concretiza, isto é, leva à prática, o carisma institucional iniciado por S. João de Deus e continuado por Irmãos e Colaboradores ao longo da história. É missão de Deus em acolhimento aos homens (a todo o homem e mulher, mas especialmente aos mais fragilizados) ao jeito de S. João de Deus.

Os Consagrados, como nos “ensinou” o Padre Cristo Rey Garcia Paredes, numa das suas conferências durante os Exercícios Espirituais que dirigiu aos Irmãos residentes em Portugal, em setembro de 2020, devem estar seguros de que é a Missão, que é de Deus, que tem as instituições ao seu serviço (e não somos nós, a instituição, que temos a Missão ao serviço de Deus), pois

de contrário estaríamos a realizar os nossos desejos e aspirações pessoais e não aquilo com que nos comprometemos nos votos religiosos professados (os Irmãos).

A missão é sempre de Deus, realizada por homens mediante a inspiração/iluminação das mediações, no caso da Ordem Hospitaleira de S. João de Deus (Ordem Hospitaleira), pela mediação de João de Deus, que recebeu pelo Espírito Santo a luz e inspiração necessárias à fundação de um novo carisma na Igreja, que lhe permitiu colocar a sua Hospitalidade ao serviço da Missão curativa e reabilitadora de Deus. «O nosso carisma na Igreja é um dom do Espírito, que nos leva a configurar-nos com o Cristo compassivo e misericordioso do Evangelho que



passou fazendo o bem a todos “*e curando toda a espécie de doenças e enfermidades*”. (...) Mediante este carisma, mantemos viva no tempo a presença misericordiosa de Jesus de Nazaré: Ele, aceitando a vontade do Pai, com a Encarnação torna-se semelhante aos homens seus irmãos; assume a condição de servo; identifica-se com os pobres, os doentes e necessitados; dedica-se ao serviço deles e dá a sua vida como resgate por todos.» (Constituições, 2a., 2c.)

A Ordem Hospitaleira, Irmãos e Colaboradores (funcionários, voluntários e benfeitores), no seguimento do seu fundador, atualiza no tempo o carisma e continua a responder à Missão que Deus lhe pede hoje, no meio das realidades mais diversas onde se faz presente, tentando ser fiel à Missão de Deus.

A Missão da Ordem Hospitaleira em Portugal é, em grande parte, concretizada, através do Instituto S. João de Deus (ISJD), Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS) fundada a 11 de Novembro de 1977, para proceder à gestão dos Estabelecimentos Hospitalares até então geridos diretamente pela Província Portuguesa da Ordem Hospitaleira. O Instituto tem âmbito nacional e prossegue fins de saúde, de assistência, de reabilitação e de reinserção social, nomeadamente nas valências de psiquiatria e saúde mental, alcoologia, toxicod dependência, cirurgia e ortopedia, medicina física e de reabilitação, prestação de cuidados em geriatria e aos sem-abrigo, e prestação de cuidados nas valências da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados e de Cuidados Paliativos.

Desde finais do séc. XX, com a progressiva e acentuada diminuição dos religiosos, iniciou-se um processo de partilha de responsabilidade da Missão com os Colaboradores Leigos, nomeadamente na direção dos Estabelecimentos assistenciais do ISJD e na direção e assessoria das diversas áreas da gestão e planificação da ação do Instituto.

Esta partilha de responsabilidades trouxe consigo, a religiosos e leigos, a preocupação de garantir que a Missão levada a cabo pelo ISJD se mantinha fiel ao carisma de S. João de Deus, respondendo às exigências da sociedade atual e aos desafios assistenciais (sobretudo legais e tecnológicos) que à instituição se apresentavam. Assim, e motivados pelo Governo Geral da Ordem, foram criadas estratégias, seja ao nível da elaboração de documentos e orientações, como o documento da “Carta de Identidade” ou o da Gestão Carismática, seja ao nível da formação dos Leigos, com a criação da “Escola de Hospitalidade”, visando assegurar a partilha e “passagem” do Carisma Hospitaleiro de S. João de Deus aos Colaboradores da Instituição. Muito se tem feito nos últimos anos para que esta partilha de carisma e missão se concretize e seja assegurada por Irmãos (cada vez menos) e Leigos (cada vez mais), mas muito há ainda a caminhar, solidificando a vivência do carisma na missão e assegurando a qualidade dos cuidados prestados a todos os que necessitam da Instituição. Qualidade que deve também ser medida na sua dimensão humana e espiritual, “*mantendo viva no tempo a presença misericordiosa de Jesus de Nazaré*” e nesse sentido podemos e devemos interrogar-nos: é Deus, é o Jesus misericordioso do Evangelho que tem a nossa instituição, o ISJD, ao seu serviço? ■

IR. IRINEU GOUVEIA

SUSANA QUEIROGA



IR. PAULO IRINEU CORTE DE GOUVEIA, 48 ANOS, NATURAL DA SERRA DA ÁGUA (ILHA DA MADEIRA), DESEMPEHA PRESENTEMENTE AS FUNÇÕES DE ECÓNOMO PROVINCIAL E É ADMINISTRADOR DO SISTEMA DE GESTÃO DE QUALIDADE.

ESTE NÚMERO DA REVISTA TRATA O TEMA DA QUALIDADE. QUE AVALIAÇÃO FAZ DE TODO O CAMINHO QUE O INSTITUTO JÁ REALIZOU NO ÂMBITO DA QUALIDADE?

O Instituto S. João de Deus nestes anos todos, principalmente os que incluem o tempo da implementação e vida do Sistema de Gestão da Qualidade, tem vindo, na minha opinião, a fazer um caminho de eficiência. Começámos com calma e fomos certificando os serviços dentro das nossas capacidades, mas mesmo assim atuámos sempre com a preocupação de manter a qualidade pela qual sempre fomos reconhecidos, mesmo antes de haver qualquer certificação. E digo isto porque, desde a experiência de S. João de Deus no Hospital Real, a perspetiva do seu cuidar centrou-se na humanização. Isto, à luz daquele tempo, é uma preocupação pela qualidade, pela melhoria, pela satisfação

dos doentes. A atitude de ir ao encontro dos doentes foi absorvida pelos seus seguidores, Irmãos e Colaboradores, até aos nossos dias. Esteve sempre em mente, na nossa Hospitalidade, querer dar ao outro uma assistência digna, não só ao corpo, mas também à alma, ao ambiente, aos espaços, com os meios adequados. O sistema de gestão de qualidade vem mostrar aquilo que de bom a nossa instituição faz. O papel prova isso. Portanto, o nosso caminho nesta matéria tem seguido os passos adequados e no tempo próprio.

OS MAIS CRÍTICOS DOS SISTEMAS DE GESTÃO DE QUALIDADE EVOCAM A FALTA DE FLEXIBILIDADE OU, ATÉ MESMO, UM ESQUECER DA HUMANIZAÇÃO. O QUE É O “FAZER BEM O BEM” NOS DIAS DE HOJE?

Fazer o bem é colocar-se no lugar do outro. Há dias, o Presidente do ISJD questionava se cada Colaborador, Irmão ou Voluntário considera que a assistência que prestamos respeita a dignidade dos Utentes, ao ponto de um de nós, se necessitasse, poder recorrer a ela. Se não considerarmos que o Centro reúne todas as condições para nos receber, então também não está conforme para os nossos Utentes. Fazer “o bem bem feito” é agir como se fosse para mim. Se para mim não serve é porque estamos a fazer qualquer coisa mal. Fazemos ao outro aquilo que gostaríamos que nos fizessem a nós.

A JUVENTUDE HOSPITALEIRA É FRUTO DA CRIATIVIDADE DE DOIS RELIGIOSOS DE CADA UM DOS INSTITUTOS. COMO AVALIA A JH, O QUE ESPERA DELE E O QUE FARIA DIFERENTE?

Não sei se faria alguma coisa diferente. A minha avaliação é que este é um movimento muito importante ao nível do acompanhamento dos jovens no seu crescimento da fé, isto de uma forma mais lata. De uma forma mais direcionada, acho que tem um papel muito importante no desmistificar da doença mental e na relação que pode ser proporcionada no âmbito das atividades

IR. IRINEU GOUVEIA

com a pessoa doente. Há muitos movimentos juvenis, na JH o plus é precisamente esta relação com a pessoa doente. A caminhada cristã é importante, essa oportunidade é dada no âmbito das dioceses, das paróquias ou de outros grupos, mas este direcionar para o doente, para a pessoa com doença mental, não há noutros contextos. Só há no nosso. Creio que isso é a base da humanização. Isto pode acontecer em jovens de todas as idades, mais novos ou mais adultos, mas quanto mais cedo melhor!

COMO É QUE SE CONJUGA A QUALIDADE COM A HOSPITALIDADE?

Conjugam-se quando já é algo que acontece na prática, de forma espontânea. Já nem penso que tenho que preencher um papel ou outro formulário, isso já faz parte da prática. Se tenho consciência de que o que estou a fazer é conforme com o que está escrito, isso torna-se tão natural e tão unificado, uma coisa já não é sem a outra. Está incutido. A qualidade e a hospitalidade devem estar conjugadas de uma forma natural e isso já é facilitador. Caso contrário, se me refugio na papelada, corro o risco de me esquecer que tenho um Utente que pode precisar de mim. As exigências do mundo atual só vieram mudar o paradigma voltando o foco para o Utente.

COMO PODEMOS RESPONDER AOS DESAFIOS QUE AS SOCIEDADES ATUAIS NOS COLOCAM?

Os desafios da Ordem devem constituir-se numa resposta aos setores mais pobres das sociedades. Demos passos muito interessantes a vários níveis, desde uma preocupação pela investigação, ao nível da qualidade, até a uma articulação entre Irmãos e Colaboradores no desenvolvimento da missão. Analisando a capacidade que temos em cada Centro, temos as ferramentas necessárias para alargarmos a nossa resposta. E essa resposta deve ser dada numa dinâmica de união, em que cada um coloca aquilo que sabe, em benefício do conjunto e até entre Centros, em função das necessidades que nos podem ir aparecendo.

JÁ ASSUMIU VÁRIAS RESPONSABILIDADES NA ORDEM HOSPITALEIRA. QUAL FOI A MAIS DIFÍCIL E QUAL FOI A QUE MAIS GOZO LHE TROUXE?


Começo pela última, julgo que foi a minha experiência em S. Miguel. Foi pelo contexto, foi porque tinha terminado a minha formação e estava numa realidade diferente das que tinha vivido

até então, foi porque senti que no terreno podia dar várias respostas e todas elas numa lógica do mais puro serviço aos outros. Os projetos com que me envolvi aí concretizaram-se e senti-me muito realizado. Quanto à primeira, sempre que me propuseram alguma coisa, alguma responsabilidade, sempre olhei desde as dificuldades que temia ter para as concretizar, mas até hoje termino o meu dia e penso: “Senhor, jamais me passou pela cabeça que conseguiria realizar esta missão ou este projeto neste dia, mas dou-te graças porque consegui e porque senti que estavas presente”. Há muitas situações que atravesso que me deixam espantado pelo facto de as ter conseguido concretizar, e às vezes de forma tão simples. Não identifico, portanto, um que tenha sido mais difícil que outro, em todos eles me posicionei humildemente e confiei que Deus estaria comigo. Diria apenas que a responsabilidade que tenho agora é a que me parece ser mais difícil porque não me formei para ela, mas tenho muito apoio daqueles que me rodeiam nesta tarefa.

O PAPA FRANCISCO APELA A UMA IGREJA EM SAÍDA. QUAL O CONTRIBUTO DA VIDA RELIGIOSA NOS TEMPOS QUE ESTAMOS A VIVER?

Creio que há um contributo fundamental que é o acompanhamento, a presença. Perante as diferentes crises que vão acontecendo, o nosso papel deve ser muito de presença, estar onde é preciso, escutar, partilhar, acolher os problemas dos outros, mesmo que não os consigamos resolver. Às vezes, escutando, já estamos a ajudar a pessoa a encontrar a melhor solução. E no nosso caso é uma presença junto dos Utentes, dos Colaboradores, dos Voluntários.

HÁ DEZ ANOS NA REVISTA HOSPITALIDADE REFERIA QUE ESPERAVA QUE A ORDEM FOSSE, DAÍ A 20 ANOS, UMA ORDEM COM HOMENS SONHADORES E LUTADORES PELOS DIREITOS DOS MAIS FRACOS, DEDICADA AOS MAIS POBRES E MARGINALIZADOS DA SOCIEDADE. ESTAMOS NO CAMINHO CERTO?

Acho que sim, confio que estou e que os meus Irmãos também estão. A Ordem vai dando passos e preparando o futuro. Os religiosos já sentem os problemas que temos com a falta de vocações e isso dá-nos uma perspetiva diferente. Penso que continuamos a ser sonhadores. Também na missão, ela vai expandindo e dando respostas e isso mostra que é uma Ordem aberta aos outros e às suas necessidades! 

UMA DOAÇÃO PARA A HISTÓRIA DA PSIQUIATRIA

O Museu S. João de Deus recebeu, este ano, a doação do espólio do Dr. José Pedro Horta, Médico Psiquiatra, oferecido generosamente por sua filha, a Dra. Maria Manuela Horta Mineiro, com o objetivo de preservar a memória de seu pai e de contribuir para o estudo da História da Medicina em Portugal, nos meados do século XX. José Pedro Horta [1908-1993] licenciou-se na Faculdade de Medicina de Lisboa, em 1934. Especializou-se em Cirurgia na Faculdade de Medicina de Paris, em 1937. Dois anos depois, regressou à Faculdade de Medicina de Lisboa, como Assistente do Prof. Pulido Valente. Foi 2.º Assistente da Cadeira de Psiquiatria, sendo titulares os Professores António Flores e Sobral Cid. Durante um ano, foi Assistente do Prof. Egas Moniz. Entre 1960 e 1978, foi Diretor dos Serviços Clínicos do Hospital Miguel Bombarda. Entre outros cargos de relevo, fez parte do Conselho Técnico de Assistência Psiquiátrica e foi sócio fundador da Sociedade Portuguesa de Neuropsiquiatria. Foi ainda autor de várias comunicações científicas em congressos nacionais e internacionais da especialidade.

A doação inclui aparelhos e instrumentos médico-cirúrgicos (150 peças), alguns desenhos de utentes do Hospital Miguel Bombarda, acervo bibliográfico e documental (331 livros e 209 artigos de revistas, muitos dos quais da autoria de médicos da Casa de Saúde do Telhal ou que nesta exerceram, como Egas Moniz e Barahona Fernandes, Pedro Polónio, Diogo Furtado e Miller Guerra).

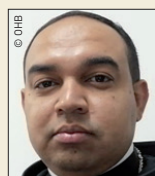
Deste espólio, selecionamos o aparelho de terapia de ondas curtas, marca “Siemens”, datado de 1937; alguns exemplares de folhetos de aparelhos e instrumentos médicos; e algumas caixas de medicamentos da época, destacando-se a de “Largactil”, o primeiro psicofármaco que apareceu em 1952, e que constituem peças raras, uma vez que por questões de higiene e evolução terapêutica são frequentemente inutilizadas. ▣



BRASIL

DESPEDINDO-NOS DE PORTUGAL

No próximo dia 28 de janeiro de 2021, a Ordem Hospitaleira no Brasil passa, canonicamente, da Província Portuguesa para a Província da América Latina, em resultado da unificação que aqui já demos conta.



Ir. David Emanuel B. de Melo | Ceará | Estudante | (Escolástico)



Pe. José Gonçalves Lisboa | Tocantins | Sacerdote | (em missão em Portugal)



Ir. Augusto Vieira Gonçalves | Português, 18 anos de Brasil | Administrador



Ir. João Paulo de O. Nunes | São Paulo | Nutricionista



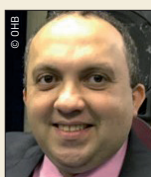
Ir. José Antonio de Lima | Pernambuco | Psicólogo | (em missão em Timor Leste)



Pe. Casimiro da Silva F. Costa | Português, 26 anos de Brasil | Sacerdote



Ir. Cosme dos Santos | Sergipe | Agente de Pastoral



Ir. José Raimundo E. da Costa | Maranhão | Psicólogo | (em atividade externa à OH)



Ir. Adriano Barbosa M. Duarte | Português, 28 anos de Brasil | Animador



Ir. João Pereira dos Santos | Minas Gerais | Assistente Social



Ir. Jair José da S. Corrêa | Rio de Janeiro | Catequista

A Portugal e aos Irmãos portugueses, chegados há 74 anos, expressamos nossa infinita gratidão e aos leitores da revista, mostramos os rostos dos Irmãos naturais ou, sendo de Portugal, presentes no Brasil, nessa data que será histórica. 🇵🇹

COVID-19 NAS OBRAS DA ORDEM HOSPITALEIRA, NO BRASIL

Apesar de o Brasil ser um dos países mais afetados pela doença COVID-19, provocada pelo novo Coronavírus, as obras de S. João de Deus no Brasil não têm sido muito castigadas, pelo menos até à data de 23 de dezembro,

situação que, esperamos, assim continue. Apesar de tudo, temos de lamentar o falecimento de dois idosos residentes do Lar S. João de Deus em Itaipava, no Rio de Janeiro. 🇵🇹

ASSISTIDOS NAS CASAS DA ORDEM					COLABORADORES				IRMÃOS			
CASAS	Contami- nados	Em recu- peração	Recupe- -rados	Fale- cidos	Contami- nados	Em recu- peração	Recupe- -rados	Fale- cidos	Contami- nados	Em recu- peração	Recupe- -rados	Fale- cidos
Casa Saúde SJD SÃO PAULO	13	0	13	0	14	0	14	0	1	1	0	0
Lar SJD ITAIPAVA - RJ	19	0	17	2	8	0	8	0	1	0	1	0
Casa da Hospitalidade APª TABOADO	-	-	-	-	0	0	0	0	0	0	0	0

FESTA DE NATAL 2020



Natal é tempo de partilha, de união, mas também de reflexão. Foi este o mote para celebrar o natal em conjunto por terras de Timor. Este ano, já tão diferente em tantas outras coisas, o Centro de Apoio à Saúde – Laclubar celebrou a festa de natal muito cedo. Escolhemos para data desta celebração o dia 17 de dezembro, quinta-feira! Foi muito bom

porque aproveitámos a presença de todos os Utentes do Centro de Apoio à Saúde, uma vez que já estava previsto que, depois das nossas festividades, alguns deles se deslocassem até às suas casas para passar o natal nas suas terras, com as suas famílias. Os restantes continuaram no Centro para prosseguirem o seu tratamento. A festa de natal começou pelas 10h00 com a Eucaristia presidida pelo pároco de Laclubar, o Pe. Pascoal Moniz. Depois da Eucaristia, foi feita uma distribuição de um chapéu de natal aos filhos dos Colaboradores. Aos Colaboradores, foi feita a distribuição de uma cesta básica. A seguir, fomos todos visitar o presépio e aí tirámos a fotografia de conjunto. Nesta festa, marcaram presença todos os Colaboradores, um familiar de cada um deles, os bolseiros de S. João de Deus, os Utentes, os membros do Aspirantado e os Irmãos de S. João de Deus. No final, não podia deixar de acontecer um almoço de confraternização recheado de alegria e animação, que durou até ao entardecer! **H**

DIA MUNDIAL DA SAÚDE MENTAL



Este ano, aprofundou-se o tema “Saúde mental para todos - maior investimento, maior acesso”. Também em Timor considerámos muito importante marcar o dia 10 de outubro e, por conseguinte, o Centro de Apoio à Saúde S. João de Deus - Laclubar empenhou-se nestes festejos. Às nove da manhã, começou a festa com a liturgia da palavra que, na ausência do Pe. José Manuel Leonardo, foi presidida pelo Ir. Vitorino Campos. Depois da missa, foi tempo para a inauguração do novo jardim S. João de Deus, preparado com todo o cuidado e que inclui



uma casa tradicional timorense para o seu embelezamento. Este trabalho teve o contributo de muitos, participando na inauguração os Colaboradores do Centro de Apoio à Saúde, Utentes, ex-Utentes, membros do Aspirantado e os Irmãos de S. João de Deus. Seguidamente, teve lugar o almoço de confraternização realizado já no novo jardim. O período da tarde foi animadamente preenchido com jogos com os Utentes e terminou com um jogo de voleibol entre Colaboradores e Irmãos: no fim, ganhou a sensibilização para uma maior saúde mental. **H**

LUGARAOS JOVENS

JOVENS EM FOCO ONLINE

Outubro marca o início de um novo Ano Pastoral também na Pastoral Juvenil e Vocacional. Para este ano de 2020/21, a Pastoral escolheu como tema: “Jovem, Caminha na Hospitalidade!”, um desafio lançado aos jovens, neste caminho que pretendemos traçar com eles rumo a um aprofundamento do carisma da Hospitalidade, vivido segundo o exemplo de S. João de Deus.

Já na Juventude Hospitaleira, o desafio lançado para este ano é: “Levanta-te, dá Rosto à Hospitalidade”, um claro convite ao comprometimento dos jovens com a Hospitalidade. De resto, com o início da preparação para a JMJ 2023 de Lisboa, o Movimento procura acompanhar a Igreja neste “levantar-se” para a evangelização.

Vamos continuar algumas das atividades realizadas via plataforma Zoom: dia 1 de cada mês, o “Ecos de Loucura”, dia 8 o “Orar com S. João de Deus”, dia 27 o “FormHospitalidade”...

O novo ano traz também novidades. As “Conversas de OHcasião” ganharam espaço no WhatsApp. E, na Juventude Hospitaleira, a Preparação das Jornadas começou com a divulgação do cartaz das Catequeses “Rise Up”, que começarão em janeiro, a cada terceiro sábado do mês. As inscrições são feitas no site da JH.



Em outubro, a Equipa de Animação do Telhal participou na receção à Imagem Peregrina de Nossa Senhora com uma “Serenata a Maria” (dia 14) e um momento de oração mariano (dia 15), aberto à participação de todos os jovens.

Já a Equipa de Lisboa da Pastoral iniciou o primeiro de três encontros programados “Um Dia Hospitaleiro...”, desta vez de Advento. Esta é uma proposta de espiritualidade, num dia, que convida os participantes a fazerem uma pausa e a refletirem sobre o tema que é sugerido. Nesta edição, quatro jovens em regime presencial e oito via Zoom puderam escutar o Sr. Pe. Leonardo Sales e pensar um pouco sobre “O Caminho que vale a pena” e a “Hospitalidade de Maria e Isabel”. Antes, puderam “Fazer a mochila” e ainda tiveram tempo de “Apreciar a Paisagem”.

No final, houve ainda tempo para um momento mais prático, que convidou a “Ser Hospitaleiro com quem mais precisa”.

Sempre ativos, já se está a pensar no ano 2021. Até lá, votos de Boas Festas e o convite para continuarem a seguir o trabalho da pastoral através das redes sociais. 📺

TESTEMUNHO DE ANDREIA SOARES SOBRE ATIVIDADE ONLINE

“A 1.ª temporada das “Conversas de OHcasião” chegou ao fim e teve 3 episódios.

Em cada episódio trata-se de um tema específico, onde cada um é levado a partilhar aquilo que desejar.

É um momento de conversa “aberta” sobre temas atuais e muito interessantes onde o ambiente é familiar e informal.

Num período em que por vezes não temos tempo para nos debruçar sobre alguns assuntos, é muito bom termos estes momentos de debate e discussão.

É ótimo poder, neste tempo de pandemia, manter contacto e viver a hospitalidade através de um simples “click”.

Mal posso esperar pela 2.ª temporada, e tu?” 📺

CAMPANHA SOLIDÁRIA ACONCHEGAR: LEVAR CONFORTO AOS QUE MAIS PRECISAM



A pandemia da COVID-19 expôs fragilidades como a falta de camas nos hospitais e nas estruturas de retaguarda. A campanha ACONCHEGAR nasceu como resposta a essa necessidade e pretende contribuir para dotar o país de uma melhor capacidade de internamento e de prestação de cuidados aos mais idosos e vulneráveis, ao promover o aumento do número de camas disponíveis em estruturas de apoio e hospitais nacionais. A campanha foi lançada conjuntamente pela Fundação S. João de Deus e pela International Association of Microsoft Channel Partners, e, num primeiro momento, começou por mobilizar o setor empresarial, iniciando esse movimento pelo setor da tecnologia, alargando-o ao público em geral. A campanha conta com várias figuras públicas, entre as quais Bruno Ferreira, Luís Filipe Borges, Nilton, Pedro Fernandes e Vasco Correia. Até agora, já foram angariadas 20 camas hospitalares articuladas, 10 camas hospitalares articuladas e de elevação elétrica, 33 colchões hospitalares anti-escaras e 60 guardas metálicas. Saiba como ajudar em: www.aconchegar.pt

CAMPANHA SOLIDÁRIA ABRAÇA-ME: RENOVAR A ESPERANÇA DE FAMÍLIAS AFETADAS PELA PANDEMIA

A COVID-19 veio mudar a história de vida de muitas pessoas, que agora precisam de ajuda. Há famílias com dificuldades em pagar as rendas de casa e as despesas correntes. Numa altura em que é pedido o distanciamento físico, a Fundação S. João de Deus lança o desafio de todos se manterem próximos e atentos às necessidades das famílias que estão a ser afetadas pela pandemia. A Fundação S. João de Deus lança a Campanha ABRAÇA-ME com o objetivo de renovar a esperança das famílias afetadas pela pandemia, apoiando-as no pagamento das faturas de água, eletricidade e gás. Cada donativo recebido vai renovar a esperança de uma família e ajudá-la a acreditar que é possível ultrapassar esta fase. Para efetivar a ajuda as famílias, vamos contar com instituições que já estão no terreno, de Norte a Sul e ilhas, e que têm demonstrado um trabalho exemplar, de entrega diária e que, apesar de todas as contingências, se mantêm firmes na sua missão, merecendo a nossa profunda gratidão e ajuda. Saiba como ajudar em: www.fsjd.pt

CAMPANHA SOLIDÁRIA MÃOS QUE CUIDAM DA SAÚDE MENTAL

Foi com a campanha Mãos que Cuidam da Saúde Mental, que participámos no Giving Tuesday, o maior movimento de solidariedade e generosidade do mundo que congrega esforços para que todas as pessoas doem, pelo menos, uma vez por ano. Lançámos o desafio de oferecer presentes solidários, feitos por mãos que cuidam da saúde mental. Em menos de um mês, conseguimos angariar 2.013,14€ que vão agora reverter na aquisição de materiais mais urgentes para equipar o Hospital de Montemor-o-Novo (bicicleta estática; aspirador de secreções; mesas de apoio para as refeições; cadeiras de banho e tabuleiros em acrílico para cadeiras de rodas) e na

aquisição de materiais de cerâmica para a Casa de Saúde S. Miguel. Bem-haja a todos os que contribuíram. Juntos, estamos a mudar o mundo! Em breve, vamos falar da montra solidária Porta Elvira, que já começou a dar os seus primeiros passos. Estejam atentos!



MEMÓRIAS DA FAMÍLIA HOSPITALEIRA



IR. JOSÉ GONÇALVES ROSA

Nasceu a 15.09.1925, na freguesia da Pelmá, Diocese de Leiria. Ingressou no Postulantado a 18.03.1942 e no Noviciado a 04.03.1943. Fez a Profissão Simples a 19.03.1944 e a Profissão Solene a 16.09.1949.

O Irmão Rosa “era muito comunicativo e sempre bem-disposto. Era um Irmão polivalente”, cantava nas celebrações litúrgicas, tinha jeito para cozinhar e possuía o Diploma de construção civil, tendo projetado e concretizado muitas obras nas Casas de Saúde por onde passou, destacando-se o projeto do Hospital Psiquiátrico S. João de Deus no Infulene, em Moçambique.

Em 1950, terminou o Curso de Enfermagem. No ano seguinte, foi enviado para as Missões Hospitalares em Moçambique e, mais tarde, em Angola, tendo sido Delegado Provincial de África, entre 1959 e 1962. Passou por muitas aventuras, como a que aconteceu, em 1970, em que era preciso transferir doentes do Hospital do Infulene para a nova Clínica de S. Rafael em Nampula e, como o Ir. Rosa tinha carta de pesados, foi incumbido, com o Ir. Messias, de ir a Lourenço Marques (atual Maputo), comprar um autocarro, carregá-lo de doentes e percorrer cerca de dois mil quilómetros até Nampula.

Em 1977 e em 1986, foi nomeado Superior da Casa de Saúde S. Miguel, em Ponta Delgada e, em 1980, da Casa de Saúde S. José de Vilar de Frades, onde aproveitou as energias renováveis do rio Cávado para irrigar uma parte da quinta.

Entre 1983 e 1986, foi Delegado Provincial no Brasil. Em 1994, fez as Bodas de Ouro de profissão religiosa.

Faleceu a 17 de setembro de 2010, na Casa de Saúde de S. Miguel, em Ponta Delgada.



Irmãos missionários em Moçambique. Década de 1960



Ir. Rosa com as crianças do Infantário da Gafaria de Naveia. Moçambique, década de 1960



Irmãos com os jovens da Escola Apostólica em Nampula. Moçambique, década de 1969

MEMÓRIAS DA FAMÍLIA HOSPITALEIRA



IR. GASPAR PINTO DE SOUSA

Nasceu a 27.02.1914, na freguesia de Valpedre, Diocese do Porto. Ingressou no Postulantado a 01.12.1942 e no Noviciado a 28.06.1943. Fez a Profissão Simples a 13.08.1944 e a Profissão Solene a 16.10.1950.

•••

O Ir. Gaspar era muito apreciado pelo seu bom humor, gostava de tocar guitarra e era grande adepto do Futebol Clube do Porto. Foi sempre Auxiliar de enfermagem, cumprindo com zelo todas as tarefas, mesmo as mais difíceis, como a higiene dos Utentes e a limpeza dos Pavilhões.

•••

Entre 1948 e 1952, pertenceu às Comunidades das Casas de Saúde S. João de Deus de Barcelos e do Funchal, na Ilha da Madeira.

•••

Em 1952, entrou na Comunidade da Casa de Saúde do Telhal, onde permaneceu largos anos.

•••

Nesta Casa, trabalhou como Auxiliar de enfermagem nos Pavilhões de S. Lucas e do Sagrado Coração de Jesus, considerados, na época, os mais difíceis na assistência hospitalareira.

•••

A 14.08.1994, celebrou as Bodas de Ouro de profissão religiosa. Apesar das limitações de saúde, até às últimas semanas de vida, o Ir. Gaspar procurava estar sempre junto dos Utentes nas Unidades da Casa de Saúde do Telhal, onde faleceu, a 05.03.2012, com 98 anos de idade e 67 anos de profissão religiosa.



Casa de Saúde S. João de Deus. Barcelos, 1949



Profissão Solene na Basílica de S. João de Deus. Granada, 16 de outubro de 1950



Casa de Saúde do Telhal, década de 1980

TELHAL

VISITA DA IMAGEM PEREGRINA



A Casa de Saúde do Telhal recebeu, no dia 14 de outubro, a visita da Imagem Peregrina de Nossa Senhora de Fátima,

que aqui ficou até dia 16 de Outubro, integrando-se nas celebrações da semana da Saúde Mental.

“Viver com Maria... o impacto da pandemia na saúde mental de todos” foi o desafio de reflexão lançado com a Sua presença.

Depois de um tempo de acolhimento e oração, feito pela Direção da Casa de Saúde e pela Comunidade dos Irmãos, a Imagem percorreu os diversos Serviços e Unidades de Internamento, saudando todos os que dia-a-dia transformam a hospitalidade em atos concretos de cuidado e atenção. 📺

ALDEIA NATAL



De 9 a 17 de dezembro, a Casa de Saúde do Telhal proporcionou aos seus Utentes um Natal diferente. Levou-se a cabo a construção e recriação de uma Aldeia Natal que envolveu vários Colaboradores que deram corpo às personagens de um ambiente rural. Todas as Unidades de Internamento tiveram a oportunidade de visitar esta aldeia com um percurso guiado pelo seu “guardião” e que culminou no presépio ao vivo. 📺

UMA CARRINHA CHAMADA NATAL

No dia 22 de dezembro, passou pelas diversas Unidades da Casa de Saúde do Telhal, um momento de animação circulante que distribuiu alegria e partilhou sorrisos ao som de originais músicas natalícias. Afinal, o Natal é mesmo um tempo para ser vivido cheio de esperança! 📺

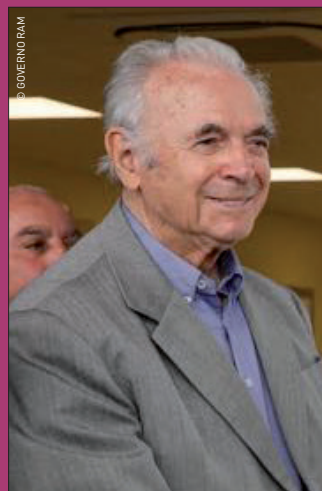


CONTRATO-PROGRAMA DE ADESÃO À REDE



Por Resolução do Conselho de Governo, corroborado por Decreto Legislativo Regional, no âmbito da Rede de Cuidados Continuados Integrados da Madeira (REDE), foi celebrado contrato-programa na vertente longa duração e manutenção, para a Unidade Beato João Jesus Adradas da Casa de Saúde S. João de Deus – Funchal, com efeito a partir de 1 de dezembro de 2020, prestando cuidados de saúde e apoio social a 24 Utentes. **H**

FALECIMENTO DO DR. NOBREGA FERNANDES



O Dr. Nobrega Fernandes, médico psiquiatra da Casa de Saúde S. João de Deus – Funchal, faleceu a 19 de dezembro de 2020. Iniciando funções a 1 de janeiro de 1973, exerceu a atividade clínica neste Centro durante mais de 45 anos, tendo sido Diretor Clínico da Casa de Saúde. Pessoa afável e cordial, sempre patenteou elevado sentido de missão ao serviço da Hospitalidade. Bem-Haja! **H**

CELEBRAÇÃO DO NATAL



Na preparação para a chegada do Menino Jesus neste tempo do advento, presenciaram-se ornamentações alusivas à época natalícia nos espaços comuns e nas Unidades de Internamento; sobressai a presença dos presépios e o brilho das decorações natalícias.

Por unidades e serviços, todos foram convidados a participar, nas atividades de palco que tiveram lugar no Auditório S. Bento Menni. Foi aí apresentada a peça de Natal e projeção do vídeo preparado, este ano, com mensagens de natal de figuras bem conhecidas na Casa de Saúde. Este foi o vídeo Mensageiro Natalício.

As Missas do Parto, evento de Natal típico da Ilha da Madeira, inauguraram a 15 de dezembro, culminando a 23.

Em vez de acontecerem, como é típico na região, pelas 5 da manhã, foram orientadas pelo horário planeado para cada Unidade. **H**

ANGRA DO HEROÍSMO

SAÚDE MENTAL – UMA LUTA DIÁRIA

Impossibilitada de celebrar o Dia Mundial da Saúde Mental como habitualmente o faz, com atividades marcantes na comunidade, tais como apresentações/encenações de peças no teatro Angrense, realização de caminhadas em prol da saúde mental e realização de Simpósios, a Casa de Saúde São Rafael apoiou-se num parceiro de longa data, a empresa VITEC Azores TV, canal regional de produção de vídeos, programas, reportagens entre outros, para, através do programa “Terceira Dimensão”, realizar uma reportagem intitulada Saúde Mental: Uma Luta Diária, que retrata um pouco do pulsar diário desta Instituição com 93 anos.

Com testemunhos de Utentes e profissionais de saúde, e abordando todas as respostas institucionais, tentou-se desmistificar o conceito de doença mental e chamar à atenção que não pode existir diferença entre saúde física e saúde



mental. Temos apenas o conceito de saúde! A Saúde Mental faz parte da nossa saúde!

Paralelamente a esta reportagem, o canal regional voltou a emitir a apresentação levada a cabo pela Instituição no Teatro Angrense em 2019, do “Auto de São João de Deus”, com a participação de Utentes, Colaboradores, grupo de ballet da Escola Tomás de Borba, Coro do Seminário Episcopal de Angra, entre outras presenças.

Foi ainda publicado um texto alusivo à temática no jornal local, Diário Insular. [H](#)

PREPARAÇÃO DO NATAL – PRENDAS

Este ano, devido à situação originada pela pandemia COVID-19, a época natalícia será vivida de forma diferente em todo o mundo e na nossa Instituição não será diferente.

Contudo, a Casa de Saúde São Rafael empenha-se para que todos os colaboradores façam os possíveis para que os efeitos da atual situação sejam minimizados e para que os nossos Utentes beneficiem do Natal da melhor forma.

Assim, o Serviço Social e o Serviço de Pastoral Saúde e Animação iniciaram já no mês de outubro algumas ações inerentes à aquisição das prendas de Natal para os Utentes. É uma dinâmica que se pretende que seja o mais personalizada possível, iniciando-se pela abordagem individual e recolha da expectativa de oferta de cada Utente. É um levantamento que já está feito, ao que se seguirá todo um trabalho de procura e de pesquisa de preço/qualidade em diversos locais de venda para encontrar a prenda ideal e desejada.

A dinâmica continuará com a aquisição do presente, e, de seguida, os diversos Colaboradores procedem à correta identificação do produto, embrulham-no e organizam de forma a ser entregue a cada um dos Utentes no dia de Natal. [H](#)

PLANO DE ATIVIDADES E ORÇAMENTO 2021

Outubro é o mês de preparação do plano de atividades e orçamento da Casa de Saúde para o ano seguinte.

Com objetivos específicos bem definidos, indicadores de avaliação e ajustes de metas a atingir, os responsáveis por cada Unidade/Serviço, envolvendo e procurando os contributos dos demais Colaboradores, e de acordo com o levantamento de necessidades de Utentes e suas famílias, levam a cabo esta nobre tarefa.

O contributo e o envolvimento dos Utentes é fundamental, sendo requisito da política de participação.


De acordo com a informação recolhida, são incluídos os custos com as atividades planeadas e a proposta final do plano e orçamento é validada pelo Diretor do Estabelecimento, sujeita à aprovação da Comunidade de Irmãos e Conselho de Direção do estabelecimento. A construção de um orçamento não é um processo fácil, ainda mais numa Instituição onde o financiamento, que é feito através de uma diária de internamento que é a mais baixa do país, paga pelo Serviço Regional de Saúde, “congelou” há 12 anos e não há maneira de “descongelar”.

Quando falamos de cuidados de saúde, não pode ser esta a visão para a saúde mental! [H](#)

PROJETO CUIDANDO ENTRE OS MELHORES DO PAÍS NA INCLUSÃO SOCIOPROFISSIONAL DE PESSOAS COM DOENÇA MENTAL




O Projeto CuiDando, da Casa de Saúde de S. João de Deus de Barcelos, foi um dos três projetos nacionais reconhecidos em 2020 pelo Prémio AGIR da REN, na promoção da integração socioprofissional das pessoas com doença mental.

Com este prémio, para além das atividades já realizadas pelo projeto, será desenvolvido e implementado o Programa TecMeUp, que combina o treino de competências vocacionais, digitais e tecnológicas de pessoas com doença mental e a capacitação dos agentes-chave da comunidade empregadora para melhor integrarem pessoas com doença mental e promoverem a saúde mental dos seus colaboradores. 

PROJETO PROCUIDADOR FINANCIADO E NOVAMENTE NO TERRENO COM PARCERIAS REFORÇADAS




Com o objetivo último de promover a inclusão social e a qualidade de vida dos cuidadores de pessoas com demência ou sobreviventes de AVC, o ProCuidador prevê, para além de ações de capacitação, suporte e orientação psicossocial de cuidadores, a criação, formação e gestão de uma bolsa de co-cuidadores voluntários, mediada digitalmente, que promova momentos de alívio aos cuidadores principais.

Nesta nova edição do projeto, financiada pelo NORTE 2020, juntam-se à Casa de Saúde de S. João de Deus de Barcelos, enquanto entidades promotoras, o Município de Barcelos e a Associação Nacional de AVC, e enquanto parceiros do terreno, o Hospital de Sta. Maria Maior de Barcelos, o ACES Cávado III Barcelos/Esposende, o Instituto da Segurança Social, IP e, com vista ao benchmarking transnacional, a Associação de Familiares e Amigos de Doentes de Alzheimer e outras Demências de Zamora, em Espanha. 

CABAZES DE NATAL


Todos os anos, a Direção da Casa de Saúde S. João de Deus – Barcelos lança um desafio às Unidades, no sentido de assinalarem a época festiva do Natal com uma atividade conjunta.

Este ano, a tarefa consistiu em decorar e personalizar as caixas de madeira que serviriam de base ao cabaz de Natal a ser oferecido a cada Colaborador. Todas as Unidades assumiram este compromisso e tanto Colaboradores como Utentes contribuíram para que o Natal de cada um de nós fosse mais colorido.

Os cabazes foram ainda personalizados com uma fotografia de cada Colaborador e com uma mensagem de boas festas da Direção da Casa. 

PONTA DELGADA


DIA DE TODOS OS SANTOS E FIÉIS DEFUNTOS

A família hospitaleira reuniu-se em Eucaristia para celebrar o Dia de Todos os Santos e o Dia dos Fiéis de Defuntos. Foram também realizadas as visitas aos cemitérios e momentos de oração pelos entes queridos já falecidos. 



SEMANA DE NATAL NA CSJD

Entre o dia 14 e o dia 18 de dezembro, a Clínica S. João de Deus viveu o Natal ao longo de uma semana. Iniciou-se, então, com um primeiro ensaio de uma música de Natal, a ser apresentada na sexta-feira, dia 18. Na terça-feira, o ensaio voltou a acontecer e, com os utentes, criou-se uma árvore de Natal, feita de cartão reutilizado, na qual constou mensagens de todos sobre esta quadra. Na quarta-feira, realizou-se o tão esperado *Peddy Paper* de Natal no qual as equipas procuraram pistas, no interior da CSJD. Aproximando-nos do final da semana, na quinta-feira, realizou-se, pela tarde, uma caminhada com os utentes pelos jardins da instituição. No fim, os utentes participaram do tradicional Jogo do Lenço, que, nesta versão, foi realizado com um gorro de Natal. O feedback foi muito positivo!

Na sexta-feira, realizou-se a festa de Natal da Unidade. Começou com uma sessão de karaoke e, de seguida, foi apresentada a música de Natal a todos. Jogaram-se mais alguns jogos tradicionais e, no fim, a equipa apresentou aos utentes um vídeo-surpresa com imagens e gravações obtidas ao longo desta semana, que capturaram as suas mais genuínas expressões de felicidade e bem-estar. Toda esta semana foi pensada e realizada com o apoio e a colaboração dos estagiários de Serviço Social, José Jardim e Nicole Narciso. 


CELEBRAÇÕES NATALÍCIAS



Realizaram-se, nas Unidades José Ollalo Valdés e S. João Grande, almoços de Natal nos dias 14 e 18 do corrente mês, nos quais se procedeu, também, à entrega de uma pequena oferta a cada utente. Na Unidade de Psiquiatria, celebrou-se a quadra também com um almoço, no dia 16, mas juntando os utentes com os colaboradores.


O dia 22 foi o escolhido para a realização do almoço de natal do serviço de Reabilitação Psicossocial.

As Unidades todas decoradas, as mesas com tudo aquilo a que os utentes têm direito e a boa disposição típica desta altura do ano, tornaram este Natal especial.

Os colaboradores da juntaram-se no dia 23, com as devidas precauções, para distribuírem pelas várias Unidades alegria, boa disposição e lembranças de Natal, desejando umas boas festas aos utentes. No dia de Natal, será, também, realizada uma eucaristia para utentes e colaboradores da instituição. 

AGIR: AÇÃO, GARRA, INOVAÇÃO E RESPEITO

Ao longo dos meses de novembro e de dezembro, realizou-se na Clínica S. João de Deus, um projeto, pensado e criado pela equipa, designado AGIR (Ação, Garra, Inovação e Respeito). Este projeto visou abordar junto dos utentes a cidadania e vários outros valores importantes para a convivência humana nas suas mais diversas formas.

Composto por um conjunto de oito sessões, repartidas pelos vários técnicos de diferentes áreas, as sessões foram sendo dinamizadas ao longo deste período, subordinadas a temas diversos como a gratidão, a amizade, a espiritualidade, a justiça, a inclusão, a equidade, a igualdade, a necessidade e o desejo, a sexualidade, a atividade física entre muitos outros. O projeto terminou com a avaliação positiva dos utentes e perspetiva-se a sua replicação no próximo ano. 

UM DIA NO JARDIM!



Devido à pandemia, os Utentes do HSJD têm sido privados de visitar as famílias, de receberem visitas com contacto físico e personalizadas, de deslocações ao bar, etc. Não foi a pensar

em compensar ou colmatar estas faltas, mas tão somente o aproveitamento do bom tempo que se fez sentir para uma atividade no exterior. Sendo a iniciativa das Profissionais de Saúde do Hospital, no passado dia 1 de outubro, dia do idoso, realizou-se uma atividade para os nossos Utentes no Jardim do Hospital. Os Utentes foram divididos em dois grupos e, um de manhã e o outro da tarde, puderam desfrutar de alguma animação. Foram desenvolvidas várias dinâmicas, nomeadamente musicais, exercícios oro-faciais e de coordenação e promotores da qualidade de discurso. Com toda a segurança exigida, foram experiências criativas e animadoras vividas por alguns momentos, em que os Utentes deixaram o confinamento do quarto, da sala de estar ou do ginásio, para uma atividade diferente que todos desejamos que possa ser repetida. Um dia diferente num ano invulgar. 📺

70º ANIVERSÁRIO DO HOSPITAL E DEDICAÇÃO DA IGREJA



Em virtude da pandemia COVID-19, este ano optou-se por uma celebração mais familiar sem possibilidade de festejos e comemorações com o aglomerar de pessoas. Foram duas comemorações reunidas numa única. Juntou-se o aniversário (3 de outubro) à Dedicção da Igreja (4 de outubro) e celebrou-se a Eucaristia de Ação de Graças no dia 4, domingo, pelos Irmãos, Colaboradores, Benfeitores, Doentes e Amigos do Hospital. Na tarde do dia 4 foram cantados os parabéns e servido um bolinho acompanhado de chá, nas unidades de internamento, com a presença de Utentes e Colaboradores. Parabéns a São João de Deus e Obrigado a todos quantos ainda hoje contribuem para manter de pé esta obra de Deus. 📺

NATAL 2020

O ano de 2020 está a ser marcado por uma pandemia que tem modificado tudo e todos, até a forma como vivemos o Natal. Contrariamente ao que aconteceu nos anos anteriores, não será celebrado o Natal com o habitual lanche para os Utentes e o jantar de Colaboradores, para continuar a promover o distanciamento social, preconizado em tempos de pandemia. Para compensar, dentro do que é possível e para promover alguma alegria fruto da quadra natalícia, foram reabertas as visitas aos Utentes, com a devida segurança, nas semanas que antecederam o Natal. Considerámos uma ação muito importante para diminuir de alguma forma a saudade e ansiedade dos nossos Utentes, pela ausência dos seus entes queridos. Adicionalmente, a Equipa da PSAV realizou uma pequena lembrança para dar aos nossos Utentes para assinalar o Nascimento de Jesus. Não foi a forma de festejo que todos pretendíamos e a quadra merece, mas foi a possível nos tempos que correm.

Esperemos que 2021 seja vivido com mais saúde, paz e alegria para todos e que nos possamos voltar a abraçar! Porque isso também é Natal. 📺

NATAL EM S. JOSÉ



Este ano, para além das habituais decorações e das Festas de Natal para os Utentes da Casa de Saúde de S. José, a equipa da PSA aceitou o desafio da Diocese de Braga para a caminhada do tempo de Advento e Natal, criando o seu próprio telemóvel para dar uso à aplicação “APP da Cari-

dade”. Este telemóvel, realizado pelos grupos de catequese feito de materiais reciclados, foi pensado para que, em cada Domingo/semana de Advento e dia Santo, se pudesse apresentar um tema e símbolo associado a um texto e meditação evangélico, acompanhado também com um código QR que nos leva através dos nossos telemóveis a conteúdos sobre o tema. De salientar que a coroa e o presépio da Capela do Centro também foram realizados pelos grupos de catequese, como tem sido habitual nos anos anteriores.

Na entrada da instituição foi colocado um pinheiro “despido” com o intuito de cada setor colocar um adorno de Natal de forma a enfeitar o pinheiro e a entrada. Os Colaboradores e Utentes puseram mãos à obra e colocaram toda a sua criatividade em prática, resultando um pinheiro cheio de adornos originais, carregados de simbolismo. 📱

“O NATAL NO POSTAL”

Neste ano tão atípico e diferente, os Utentes do Serviço do Apoio Moderado da Casa de Saúde de São José deram uma resposta positiva à proposta do Nea Psyki para celebrar o Natal: surpreender um familiar, um amigo, ou um cuidador, com um postal personalizado por si.

Os postais de Natal, outrora tão populares, são um meio cada vez menos considerado para comunicar os afetos, as saudades, os agradecimentos ou os desejos de Boas Festas aos entes queridos. Como a nossa intervenção pretende «Fazer o Bem Bem Feito», decidimos voltar às raízes e dar oportunidade aos nossos Utentes para expressarem os seus sentimentos num postal, enfeitá-lo e enviá-lo num envelope pelo correio a quem mais amam e estimam.

Esta atividade tão simples e tão pessoal serviu para aproximar quem está distante e quebrar por momentos o isolamento de quem está confinado, e para muitos dos nossos amigos esta foi uma experiência única, de muita emoção e partilha e realizada com muito carinho. E em cada postal seguiu uma mensagem muito especial de esperança e amor, desejando aos seus... um Feliz Natal. 📧 POR EQUIPA NEA PSYKI

UM RITUAL DE NATAL SEM IGUAL...

A época natalícia na Unidade de Melgaço é muito especial, para todos! Tornou-se num ritual que se inicia logo no início do mês de novembro. Todos os pormenores são pensados e dados a conhecer aos Utentes para com eles poder iniciar os trabalhos decorativos, para concursos; as músicas; a celebração religiosa; as famílias; os presentes, entre muitos outros... E este ano não foi exceção, apesar de grande parte da rotina ter mudado ao longo do ano, procurou-se manter o espírito e sentir que fazemos bem o bem.


Temos uma Unidade lindamente decorada, cantamos e ouvimos diariamente músicas que nos falam do Natal, confecionamos bolos e doces natalícios, tratamos do visual para todos se sentirem motivados, no fundo contribuímos para que os Utentes sintam que esta Unidade é a sua casa e a sua família.

O culminar desta celebração acontece com a festa de Natal dos Utentes e Colaboradores, que se realizou no dia 22 de dezembro de 2020. Do programa, constou a Eucaristia acompanhada por cânticos, animação musical, apresentação musical com coreografia dos Colaboradores, o tradicional convívio com lanche e karaoke entre Utentes e Colaboradores. 📧

CONGRESSO INTERNACIONAL EM CUIDADOS CONTINUADOS




Entre 6 e 9 de outubro, decorreu o Congresso Internacional em Cuidados Continuados. Este congresso pretendeu congregar vários especialistas, nacionais e internacionais, nesta

área do conhecimento, para discutir, partilhar e refletir sobre as práticas vigentes. Inscreveram-se e participaram no Congresso diversos Colaboradores da Clínica S. João de Ávila. A CSJA participou também neste evento com a apresentação de um poster, divulgando os resultados do estudo “Funcionalidade e Qualidade de Vida em Utentes internados em Unidades de Cuidados Continuados” que teve como objetivo determinar a relação existente entre a funcionalidade (avaliada através da Escala de Barthel) e a qualidade de vida (avaliada através da escala WHO-QoL BREF) em Utentes de unidades de cuidados continuados. 

REDE NACIONAL DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS


Desde o início da pandemia por Covid-19 que a Clínica S. João de Ávila tem procurado ser um parceiro ativo no Sistema Nacional de Saúde, respondendo às necessidades que têm surgido. A CSJA e RNCCI têm vindo a criar adendas ao Contrato Programa existente e enquadrado na relação de parceria estabelecida desde 2002, com o início do primeiro projeto-piloto para a construção da atual RNCCI. Assim, e neste enquadra-

mento, a CSJA disponibilizou-se para colaborar com o SNS, permitindo, nesta fase da pandemia, o aumento do número de lugares que potenciam a capacidade de libertar vagas nos hospitais. A 15 de outubro, foi assinada nova adenda com o objetivo de aumentar em mais 2 camas, perfazendo um total de 35 lugares de capacidade instalada na Unidade de Convalescença da CSJA. 

DIA DE TODOS OS SANTOS E DE FIÉIS DEFUNTOS

Apesar do contexto atual, as datas significativas continuam a ser comemoradas e vividas pelos utentes da CSJA. Este ano, a Eucaristia dedicada ao Dia de Todos os Santos foi transmitida via Facebook, permitindo a participação de todos os utentes de todas as unidades.


Houve também a habitual distribuição do Pão por Deus, recordando uma tradição que traz recordações do passado e mantém viva a memória dos costumes, do convívio entre as pessoas e os consequentes afetos.

Na preparação da celebração eucarística do Dia de Fiéis de Defuntos, todos os utentes foram questionados se desejavam que nesta celebração fosse evocado o nome de algum dos seus familiares, dando assim resposta à expressão das necessidades espirituais e religiosas. 

PREPARAÇÃO PARA O NATAL


No âmbito da preparação do Natal, a equipa da PSAV organizou atividades para o Advento, nomeadamente a Novena de Natal e a celebração dominical da Palavra, em cada um dos do-



mingos do advento. Dar corpo à liturgia é, perante o contexto da atual pandemia, reinventarmo-nos, para desta forma assumir o compromisso de celebração do Natal de Jesus, concretizando com Hospitalidade o espírito natalício e o legado do nosso fundador, junto de utentes e Colaboradores. 


CÚRIA PROVINCIAL

ENTRADAS NO NOVICIADO

No dia 8 de dezembro, iniciou a etapa formativa do noviciado o jovem postulante Marçal Maia de Timor-Leste, integrando o noviciado regional da Ásia e Pacífico, em Amadeo, Filipinas. O noviciado é uma etapa formativa muito importante de crescimento na identidade de consagração hospitaleira como futuros Irmãos de S. João de Deus, em que a formação teórica e prática, a par da oração, da vida comunitária e de momentos de serviço hospitaleiro ajudam os Irmãos noviços na caminhada vocacional de entrega a Deus, na Ordem Hospitaleira. 

CONSELHO CONSULTIVO




Iniciado com a eucaristia, que foi celebrada pelo Pe. Leonardo de Sales, capelão da Clínica S. João de Ávila, transmitida por Facebook, reuniram-se os participantes do Conselho Consultivo nos dias 24 e 25 de novembro, com todas as sessões realizadas virtualmente. Lembrando alguns dos ensinamentos de S. João de Deus para os tempos de crise, o Pe. Leonardo destacou três: manter a fé, ser positivo e ajudar como puder. Destacou, ainda, o trabalho desenvolvido pelos Irmãos e Colaboradores do Instituto S. João de Deus nestes tempos conturbados. O objetivo deste Conselho Consultivo foi a apresentação dos planos de atividades e orçamentos para 2021, bem como um ponto de situação sobre o desenvolvimento da pandemia em cada Centro. 

RETIROS ON-LINE



No dia 5 de dezembro, todas as Comunidades de Irmãos de Portugal tiveram a oportunidade de se juntarem para realizar o Retiro de Advento, que devido à pandemia foi realizado de forma telemática, via zoom. Houve dois momentos de reflexão; durante a manhã sobre os temas das catequeses da JMJ e durante a tarde sobre a Carta Encíclica Fratelli Tutti, reflexões realizadas pelo Ir. Alberto Mendes. Os tempos de oração pessoal e comunitária foram realizados individualmente nas respetivas Comunidades, sendo as mesmas convidadas a finalizar o dia com um momento de adoração ao Santíssimo. Apesar da distância física, conseguiu-se vivenciar momentos ricos de comunhão e fraternidade.

Já no dia 19 de dezembro, foi a vez do retiro para os responsáveis de Pastoral da Saúde e Animação e membros das equipas, cuja reflexão foi desenvolvida pelo Pe. Leonardo Sales, responsável da Clínica S. João de Ávila. Tendo presente o contexto hospitaleiro, o retiro abriu-se à participação de outros elementos, voluntários e outras pessoas que individualmente se quiseram juntar. Em termos de dinâmica, esta teve lugar durante a manhã, tendo-se debruçado em três ideias principais: o que é isso de preparar o Natal em tempo de Advento, o facto de o Natal acontecer durante uma pandemia, o medo e as falsas interpretações da crise e, por fim, rezar e viver o Natal em tempos de pandemia, título do próprio retiro. Após a reflexão inicial, cada qual fez as suas próprias orações e reflexões a partir de um guião e, à tarde, foi tempo de partilha. Os momentos musicais foram garantidos pelo Ir. Jorge Dias. 



PENSAMENTO LIVRE

MANUEL FREITAS | ENFERMEIRO

À luz da nossa Missão, no Instituto S. João de Deus somos impelidos a exercer com excelência a técnica e o rigor científicos, pincelados com as necessárias “pitadas” de carisma e hospitalidade, que tornam os nossos cuidados de saúde e apoio social seguros e humanizados.

Cuidados seguros são cuidados de qualidade, são cuidados humanizados, são cuidados que incorporam todos os requisitos do cliente (éticos e legais) e que na sua base atendem às seguintes dimensões da Qualidade no Cuidar:

- **QUALIDADE CIENTÍFICA E TÉCNICA** – realizados sempre à luz da melhor evidência científica e das boas práticas;
- **ACESSIBILIDADE** – a pessoa quando dele necessita tem que ter facilidade no acesso ao serviço;
- **SATISFAÇÃO** – devem garantir a satisfação das expectativas do cliente e de vários prestadores;
- **EFETIVIDADE** – necessariamente, devem operar uma mudança real no estado de saúde;
- **EFICIÊNCIA** – efetuados com a melhor relação custo/benefício;
- **APROPRIAÇÃO** – organizados para responder às necessidades, à conveniência e ao perfil do cliente;
- **CONTINUIDADE DE CUIDADOS** – independentemente do contexto em que estes se materializem, quer internamente, quer exteriormente;
- **OPORTUNIDADE** – garantir a sua prestação no momento exato em que a necessidade se manifesta.

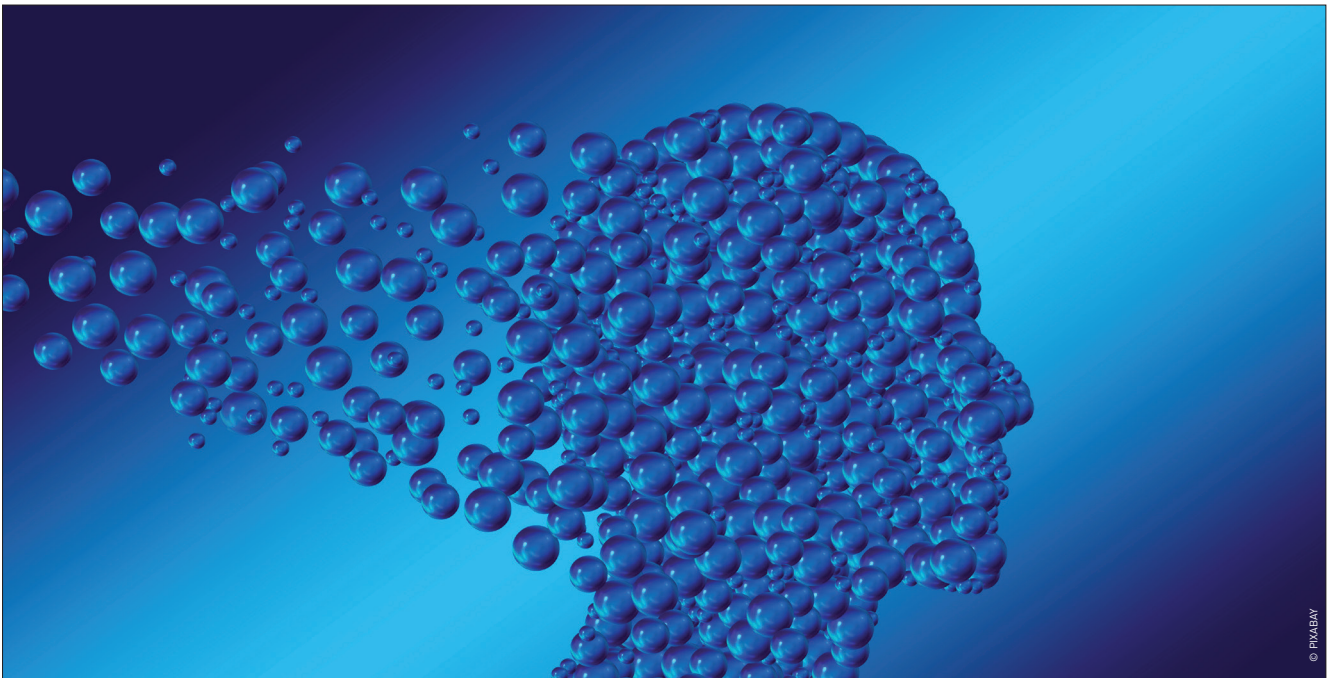
Colocar todos estes aspetos a funcionar de forma estruturada e organizada ao serviço da pessoa que dos nossos serviços necessita implica criar uma cultura organizacional de qualidade devidamente gerida por um sistema (o sistema de gestão de qualidade), que na sua base tem uma estrutura

documental, permitindo clarificar a cultura organizacional e o seu posicionamento face à sua missão. Esse sistema é coadjuvado por um conjunto de processos e procedimentos, clarificadores do que fazemos, como e quando fazemos, bem como a quem compete fazer, que, na sua operacionalização final, conta com um plano individual de intervenção (conhecido como PII). Este plano intermedeia, cataliza toda a prestação assistencial e garante a sua humanização, bem como permite avaliar os resultados de toda a intervenção. Face a tudo isto, falar-se de humanizar procedimentos faz todo o sentido, pois os procedimentos são a clarificação das atividades a desenvolver na operacionalização de um processo, que pode ser a disponibilização de uma determinada resposta ou serviço. Logo, do meu ponto de vista, humanizar procedimentos/atividades é fundamental para a humanização global dos cuidados de saúde e sociais. Atrevo-me mesmo a afirmar que a estrutura documental de um Sistema de Gestão de Qualidade (no sistema incluímos Manual de Qualidade, processos e procedimentos) é fundamental na operacionalização das vertentes técnicas, cognitivas e relacionais nos múltiplos contextos de prestação, materealizando o “princípio” de “Fazer o Bem Bem feito”.

Por vezes, caímos no lugar comum de afirmar que “temos demasiados papéis”, que estes “nos roubam o tempo para estar junto dos clientes”, “temos demasiada burocracia”. Verbalizações estas, detratoras da qualidade, que associam qualidade apenas à sua documentação. Acentuando a tônica de que é preferível a humanização em detrimento da qualidade, pois, do meu ponto de vista, não é possível falar-se de qualidade, quando os cuidados prestados não têm por base uma correta avaliação de necessidades e expectativas, um »

ELETROCONVULSOTERAPIA, QUE FUTURO NA PSIQUIATRIA?

JOSÉ GOMES | MARCO ESTEVES | MANUELA FERREIRA



© PIXABAY

RESUMO

INTRODUÇÃO: A eletroconvulsoterapia (ECT) é um tratamento com mais de 75 anos, visto como tratamento de último recurso e envolto em preconceitos e estigma.

OBJETIVO: Avaliar a utilização da ECT de modo a constatar a sua eficácia - e futuro - como opção terapêutica na psiquiatria.

METODOLOGIA: Estudo de revisão integrada de literatura, através da análise de três artigos. Pergunta de partida: “Eletroconvulsoterapia, que futuro na Psiquiatria?”. Construída de acordo com o modelo PICO.

CONCLUSÃO: Nos estudos analisados, a eficácia da ECT foi comprovada na Depressão Major, bipolar e Psicótica, tendo nesta última os resultados mais eficazes, principalmente em população mais idosa. Foi demonstrado que existem efeitos adversos, transitórios na cognição, nomeadamente na memória.

PALAVRAS-CHAVE

Eletroconvulsoterapia, Transtornos Mentais, Eficácia

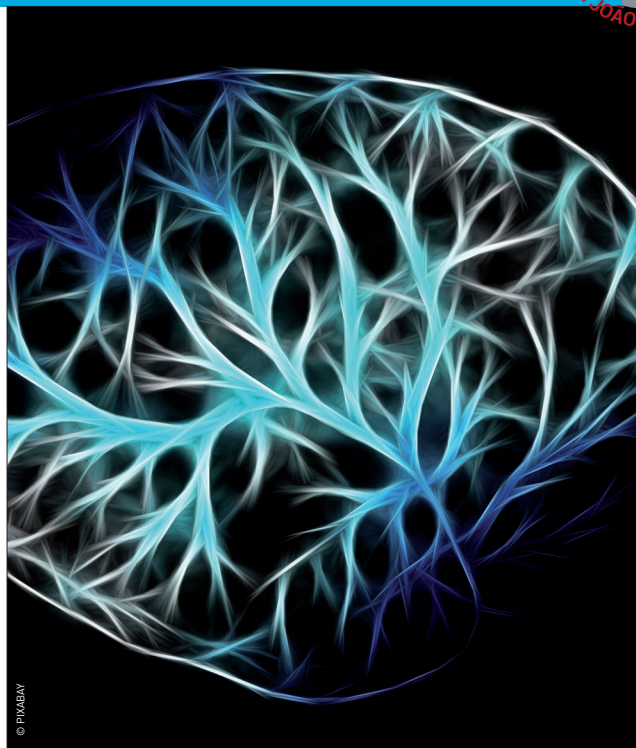
ABSTRACT

INTRODUCTION: Electroconvulsive therapy (ECT) is a treatment that is more than 75 years old, however it is still seen as a last resort treatment, being involved in prejudice and stigma.

OBJECTIVE: To evaluate the use of ECT in order to verify its efficacy - and future - as a therapeutic option in psychiatry.

METHODOLOGY: Integrated literature review study, through the analysis of 3 articles. In order to better structure our research, the following starting question was formulated: “Electroconvulsive therapy, what future in Psychiatry?” This was built according to the PICO model.

CONCLUSION: In the studies analyzed, the efficacy of ECT »



was demonstrated in Major, Bipolar and Psychotic Depression; with the latter being the most effective results, especially in the older population. It has been shown that there are adverse, transient effects on cognition, particularly in memory.

KEYWORDS

Electroconvulsive Therapy, Mental Disorders, Efficacy

INTRODUÇÃO

A eletroconvulsoterapia (ECT) é o tratamento somático mais antigo em psiquiatria ainda disponível. De acordo com Payne & Prudic (2009), a representação da ECT na cultura popular – através do cinema ou da literatura – contribui para a visão negativa do público relativamente a esta modalidade de tratamento, fazendo com que seja ainda um tratamento controverso, associado à coerção e à barbárie. A esquizofrenia é um grave distúrbio psiquiátrico que se desenvolve principalmente em adultos jovens. A remissão total não ocorre em cerca de 10-20% dos casos de primeiro surto, apesar do tratamento com neuroléptico (Lieberman *et al.*, 2003). Nesta linha de pensamento, os mesmos autores referem que o tratamento desses casos – com mau prognóstico – é importante na prática clínica, sendo urgen-

te a necessidade de uma estratégia de tratamento eficaz para esses utentes. Abram (2002) afirma que alguns autores especularam que a ECT seria uma opção de tratamento útil para pacientes com primeiro episódio de esquizofrenia. Segundo a *American Psychiatric Association* (2002), a utilização de antidepressivos na Depressão Bipolar é controversa - devido à possibilidade de provocarem episódios de mania - sendo as diretrizes do tratamento focalizadas nos estabilizadores de humor com ou sem antipsicóticos atípicos. De acordo com esta associação, a utilização de ECT, nesta patologia, é vista como último recurso quando todas as outras alternativas falharem. O papel da ECT é também minimizado nas diretrizes do tratamento da Depressão Major, ela é identificada como a terceira ou quarta opção de tratamento, dependendo da presença ou não de psicose. Este trabalho pretende, através de uma revisão de literatura, dar resposta à pergunta de partida deste estudo: Eletroconvulsoterapia, que futuro na Psiquiatria?

METODOLOGIA

Pergunta de partida: Eletroconvulsoterapia, que futuro na Psiquiatria? Para dar resposta a esta questão de partida, utilizou-se a metodologia da revisão sistemática da literatura. O problema de investigação foi abordado segundo o modelo PICO, que define 4 aspetos fundamentais: população, intervenção, comparação e resultados. Desta forma, a população foi Transtornos Mentais, a intervenção Eletroconvulsoterapia, não existindo qualquer tipo de comparação, já que se pretende avaliar eletroconvulsoterapia (ECT) *per si* e não por comparação com qualquer outro tipo de tratamento, e o resultado será o de verificar a eficácia deste tratamento.

No que concerne à pesquisa, foram identificados 3 descritores: Eletroconvulsoterapia (*Electroconvulsive Therapy*), Transtornos Mentais (Mental Disorders), e Eficácia (Efficacy). Estes descritores estão validados através dos Descritores em Ciências da Saúde – DeCS.

Posteriormente, seleccionámos um conjunto de 6 bases de dados eletrónicas: EBSCO Host; CINAHL Plus; Nursing & Allied Health Collection; Cochrane PlusCollection; MedcLatina; MEDLINE e Web of Science. A pesquisa foi feita em 3 idiomas, português, inglês e espanhol. A colheita de informação compreendeu-se temporalmente de Fevereiro

ro 2017 a Março 2017. Com o intuito de focar a pesquisa na temática já referida, foram definidos como critérios de inclusão: estudos empíricos que abordassem a eficácia da ECT. Limitámos a pesquisa a estudos posteriores a 2000. Como critérios de exclusão, considerámos artigos de revisão e de opinião, cartas editoriais e comentários a artigos. Excluimos igualmente artigos que não obtivemos na versão de texto integral.

Na primeira fase de pesquisa, obtivemos 182 artigos; após considerar os critérios de inclusão e exclusão, ficámos com 11 artigos. Da análise dos resumos e da leitura mais aprofundada desses artigos, seleccionámos 3.

RESULTADOS

Apresentamos nas tabelas seguintes os principais resultados dos artigos em análise.

Tabela 1 – Síntese dos resultados da revisão bibliografia

AUTOR, ANO	TIPO DE ESTUDO	OBJETIVO GERAL
E1-Suzuki, K. et al. (2006) Japão	Quantitativo; Observação Naturalista Prospetivo; <i>Teste Wilcoxon signed-rank.</i>	Examinar os efeitos, a curto prazo, da ECT em jovens adultos esquizofrénicos com primeiro surto psicótico e refratários à medicação.
Principais Conclusões: ECT pode ser uma opção de tratamento, eficaz e segura, para adultos jovens esquizofrénicos com primeiro surto psicótico. Não existiram efeitos secundários durante a aplicação da ECT na fase aguda da doença, expeto a presença de delirium moderado.		
E2-Moksnes, M & Ilner, O. (2010) Noruega	Quantitativo; Observação Naturalista; Retrospectivo.	Investigar as indicações, eficácia, tempo de repostas e efeitos secundários da ECT.
Principais Conclusões: O ECT é um método que dá uma resposta rápida no tratamento da depressão major. O tratamento foi relativamente bem tolerado, mesmo pelos idosos fisicamente mais debilitados. Aplicação imediata da ECT é muito importante quando os utentes apresentam degradação severa ou quando o risco de suicídio é elevado.		

AUTOR, ANO	TIPO DE ESTUDO	OBJETIVO GERAL
E3-Baile, S. et al. (2013) USA	Quantitativo; Experimental; Teste t-pareado	Determinar a eficácia da ECT no tratamento da Depressão Unipolar e Bipolar.
Principais Conclusões: Os autores chegam à conclusão que os utentes com depressão unipolar e bipolar, tratados com ECT, têm ambos taxas de remissão → 60% em 3 semanas. A mania não foi precipitada pela ECT em nenhum dos grupos de diagnóstico.		

Tabela 2 – Síntese dos resultados dos estudos

	E1	E2	E3
Eficácia na Depressão Major		X	X
Eficácia na Depressão Bipolar			X
Eficácia Na Depressão Psicótica		X	
Eficácia na Esquizofrenia (1º Surto Psicótico)	X		
Efeitos Adversos, transitórios, na memória		X	
Outros Efeitos Adversos transitórios	X	X	
Rápida Remissão dos sintomas	X	X	X
Eficácia da ECT como tratamento de manutenção/continuação			X
ECT não precipitou hipomania ou mania			X

Conforme é exposto na tabela 2, em todos os estudos foram referenciados efeitos terapêuticos da ECT, sendo que o efeito mais focado foi a rápida remissão dos sintomas, seguindo-se em dois terços dos estudos a eficácia na depressão major. Salienta-se que a ECT mostrou-se eficaz na depressão major, bipolar e psicótica e no primeiro surto psicótico da esquizofrenia. Relativamente aos efeitos adversos, num dos estudos foram notificados os efeitos adversos, transitórios, na memória e em dois terços dos estudos foram identificados outros efeitos adversos transitórios. »



DISCUSSÃO

Suzuki *et al.* (2006) realizaram um estudo observacional naturalista prospectivo para analisarem a eficácia, a curto prazo, da ECT e a sua segurança/efeitos adversos em jovens adultos com o diagnóstico de esquizofrenia, no primeiro surto psicótico, e que a patologia seja refratária a neurolépticos. Os sujeitos deste estudo foram jovens adultos identificados entre 58 utentes psiquiátricos encaminhados ao Hospital Universitário de Tohoku entre 01 de janeiro de 2000 e 31 de março de 2006 para realização de ECT em fase aguda. Os critérios de inclusão de utentes para este estudo foram:

- 1º Surto psicótico;
- Uso de ECT, em fase aguda, aprovado por dois psiquiatras da equipa do departamento da ECT;
- Critérios para esquizofrenia ou distúrbio esquizofreniforme, segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico e transtornos Mentais, 4ª edição;
- Sintomas psicopatológicos acentuados evidenciados por uma pontuação da escala *Brief Psychiatric Rating Scale* [BPRS] → 35;
- Idade compreendida entre os 15 e 35 anos;
- Consentimento informado por escrito fornecido pelo utente ou tutor; ECT para utentes com menos de 18 anos

foi aprovada por toda a equipa do departamento de ECT, bem como um consultor expert no tratamento de transtornos psiquiátricos de crianças e adolescentes;

- Clinicamente intratável (A intratabilidade foi definida como uma doença resistente à medicação ou intolerante à medicação ou a uma condição médica ou psiquiátrica resultante grave). A resistência à medicação foi definida como a incapacidade de obter alívio substancial dos sintomas, como evidenciado por uma pontuação da BPRS → 35, apesar da utilização de pelo menos uma classe de neurolépticos durante um período não menor a 4 semanas numa dose equivalente a mais de 600 mg de clorpromazina;
- Não ter historial de abuso de substâncias.

Com estes critérios foram selecionados 7 utentes, 5 homens e 2 mulheres entre os 15-34 anos, fazendo uma média de 21 anos. A eficácia da ECT foi avaliada através das Escalas *Brief Psychiatric Rating Scale* (BPRS) e Avaliação Global do Funcionamento (GAF). Para além destas escalas, os utentes também foram avaliados com base nos cinco fatores de Guy, que agrupam os 18 itens do BPRS em cinco subescalas, nomeadamente para avaliar a Perturbação do pensamento, Agitação psicomotora, Ansiedade-depressão, Hostilidade-suspeição e Vitalidade. Os efeitos adversos resultantes da ECT foram avaliados através do *Mini Mental*

State Examination (MMSE), que foi aplicado antes e 2 semanas após a sessão de ECT. Os efeitos físicos adversos foram registados no processo do utente pelo médico assistente. De forma a identificar qualquer anomalia epilética, induzida pela ECT, o exame eletroencefalográfico foi realizado antes e duas semanas após a sessão de ECT.

Os resultados, em cada caso, foram determinados comparando as pontuações totais iniciais, intermédias (obtidas no final da sessão) e finais (1 semana após a sessão). As diferenças nas pontuações foram analisadas estatisticamente com o teste *Wilcoxon signed-rank*. A pontuação final da BPRS melhorou significativamente em comparação com a pontuação inicial (pré-ECT). Sucedendo o mesmo com a GAF. Todos os 5 fatores de Guy melhoraram de forma significativa. Relativamente aos efeitos adversos, a pontuação do MMSE não diminuiu após a ECT. Após algumas sessões de ECT, 2 (28,6%) utentes apresentaram um delírium leve/moderado que reverteu dentro de 1 hora. Foi registado um abrandamento ligeiro a moderado nos eletroencefalográficos (EEG) dos cinco doentes após a sessão de ECT, no entanto nenhum utente apresentou crise epilética na EEG. Não foram registados quaisquer outros efeitos adversos cognitivos ou físicos durante e após a ECT (2 semanas).

Desta forma, os autores referem que a ECT pode ser uma opção de tratamento, eficaz e seguro, para jovens adultos com esquizofrenia de primeiro surto intratável.

Nesta linha de pensamento, os autores – referindo-se a Dodwell & Goldberg (1989), Krueger & Sackeim (1995), Chanpattana & Chakrabhand (2001) e Abrams (2002), afirmam que a ECT é mais eficaz na esquizofrenia aguda do que na esquizofrenia crónica. Tendo em conta que a idade do jovem adulto é um momento crítico para o desenvolvimento de uma personalidade equilibrada, sintomas psiquiátricos persistentes e graves comprometem esse equilíbrio, levando a uma incapacidade psicossocial e à estigmatização. Desse modo, os jovens adultos precisam, em particular, de uma solução eficaz e rápida para a sintomatologia da esquizofrenia, sendo, segundo os autores, a ECT uma boa opção para estes casos.

Moksnes & Ilner (2010) quiseram investigar as indicações, a eficácia, o tempo de repostas e os efeitos adversos da electroconvulsoterapia (ECT). Realizaram um estudo observacional naturalista retrospectivo, tendo sido possível avaliar

o benefício/efeitos adversos obtidos pelos utentes durante as quatro semanas subsequentes à realização de ECT. Essa avaliação foi realizada com base na informação dos processos clínicos dos utentes de três departamentos psiquiátricos do Hospital Dikemark.

A avaliação do diagnóstico, a eficácia do tratamento e os efeitos adversos foram baseados no escrutínio sistemático de todo o prontuário dos utentes. Para testar a fiabilidade de toda essa informação – e utilizando a estatística Kappa – foram selecionados, aleatoriamente, 22 processos clínicos que foram revistos independentemente pelo segundo autor deste estudo. Os valores Kappa foram de 0,84; 0,64 e 0,83 para o diagnóstico, eficácia e efeitos adversos, respetivamente. Segundo Fleiss (1981), a concordância acima dos 0,75 – na estatística de Kappa – é excelente e entre 0,40 e 0,75 é substancial. Demonstram dessa forma que essa informação era fidedigna.

A amostra foi constituída por 141 utentes que tiveram cerca de 1960 sessões de ECT. Esses tratamentos decorreram entre 1960 e 1995. A faixa etária compreendia-se entre os 29 e 87 anos, perfazendo uma média de 64 anos de idade. Desses utentes, 31 foram diagnosticados com Depressão Major e 93 com Depressão Psicótica. Um total de 64 utentes (45%) tinha feito pelo menos uma tentativa de suicídio. 9 tinham um distúrbio orgânico cerebral, como seu principal diagnóstico, enquanto 5 tinham esquizofrenia e 3 foram diagnosticados com perturbação esquizoafetiva. A indicação para realizarem ECT, para estes últimos 17 utentes, deveu-se ao facto de apresentarem depressão major como diagnóstico secundário.

Antes da ECT, 129 (91%) utentes tinham sido tratados com pelo menos um antidepressivo, 107 (76%) com pelo menos dois tipos diferentes de antidepressivos e 67 (48%) foram tratados com fármacos de duas classes diferentes, sem melhorias clínicas satisfatórias do episódio depressivo. O lítio foi utilizado em 31 (22%) utentes. Quanto à eficácia do tratamento com ECT – avaliada nas 4 semanas subsequentes à primeira sessão do tratamento – 14% não tiveram qualquer alteração do seu quadro clínico, enquanto 85% (120) dos utentes tiveram melhorias classificadas como “muito melhorado” (61 utentes) ou “melhorado” (sendo muito melhorado: recuperação do nível funcional pré-mórbido com remissão completa dos sintomas, levando à alta hospitalar »



em quatro semanas e melhorado: melhora dos sintomas e nível funcional, mas com sintomas residuais, impossibilitando a alta hospitalar no decorrer das primeiras quatro semanas). Desses 120 utentes, 84 tinham como diagnóstico Depressão Psicótica, 23 Depressão Major e 8 esquizofrenia/esquizoafetiva com depressão secundária.

Relativamente à celeridade das melhorias – após a primeira sessão de ECT –, 92 dos 120 utentes (77%) apresentaram as mesmas após a primeira sessão de ECT. No mesmo dia em que foi realizada a sessão de ECT (dia 0), 24 % dos utentes apresentaram melhorias, em 6 dias 77% e em 15 dias 97%. O autor reforça que os sinais de melhoria foram registados na maioria dos utentes logo após três sessões, independentemente do diagnóstico, com tendência para uma eficácia acentuada nos utentes mais idosos. Nas primeiras quatro semanas – após a ECT – 49% (118) dos utentes não tiveram qualquer registo de efeito adverso. No entanto, efeitos adversos na memória foram observados em 49 (20%) utentes, confusão em 34 (14%), tontura/instabilidade em 14 (6%) e cefaleia em 8 (3%). É referido pelos autores que a maioria destes efeitos foram transitórios e alguns só presentes durante a fase do recobro após a anestesia geral.

Não obstante o referido, 5 utentes desenvolveram complicações graves e mais permanentes em relação ao tratamento (fratura de compressão, fratura do colo do fêmur e enfarte do miocárdio/morte). Os médicos concluíram que vários desses eventos não estavam diretamente relacionados ao tratamento com ECT. Os autores referem que, durante os últimos 20 anos, a ECT foi consideravelmente melhorada, em termos de segurança e técnica, incluindo o uso rotineiro de ECG, EEG e utilização de relaxantes musculares para a prevenção de fraturas ou rasgamentos musculares.

Tendo em conta o exposto, os autores salientam que a ECT deve ser a primeira escolha quando a remissão rápida é importante. Moksnes & Ilner (2010), citando McCall, referem que esses critérios também se aplicam a alguns utentes com depressão grave na gravidez e no pós-parto.

O estudo realizado por Baile et al. (2013) demonstra que os utentes com depressão major e bipolar, tratados com ECT, têm ambos taxas de remissão superiores a 60% em 3 semanas, não sendo precipitada mania em nenhum dos grupos de diagnóstico. Ambos os grupos realizaram cerca de 6 sessões de ECT, durante a fase aguda, para resultados

equivalentes. Tendo em conta esses dados, os autores referem que os algoritmos de tratamento da depressão bipolar deveriam ser modificados – de forma que a ECT fosse um tratamento de primeira linha – tendo em conta os riscos que a medicação antidepressiva tem na precipitação de hipomania ou mania nesses utentes. Este estudo também evidenciou que os benefícios antidepressivos da ECT foram mais robustos com o posicionamento dos elétrodos de forma bitemporal, mostrando vantagens sobre os posicionamentos unilateral direito e bifrontal.

Para chegarem a estas conclusões, os autores realizaram um estudo *multi-site* randomizado controlado, duplo-cego em que 220 utentes com Depressão Major (77,3%) e Depressão Bipolar (22,7%) foram aleatoriamente designados – utilizando um esquema de randomização permutada em blocos – para realizarem ECT com qualquer um dos três tipos de posicionamento dos elétrodos (PE): Bifrontal, Bitemporal ou Unilateral direito.

Para assegurar que os utentes não tinham conhecimento do PE utilizado, cada um foi preparado para os três tipos de posicionamentos. Somente após o utente estar inconsciente é que o PE designado foi aplicado. A separação em dois grupos, tendo em conta o diagnóstico, juntamente com a utilização do esquema de randomização permutada em blocos – para os três posicionamentos dos elétrodos – produziu uma distribuição quase equilibrada entre os três grupos de posicionamento dos elétrodos.

O estado de remissão foi definido pela aplicação da Escala de Hamilton para a depressão 24 itens (HAMD24) antes do início do tratamento, com ECT, e após cada sessão de ECT. Caso existisse uma redução de 50% referente a pontuação inicial, seria considerado remissão do episódio depressivo e atestada a eficácia do tratamento. Os utentes também foram avaliados no início e em cada ponto de avaliação, com a escala *Clinician-Administered Rating Scale for Mania* (CARS-M) – um instrumento que classifica a sintomatologia maníaca. Na pontuação total da HAMD24, existiu uma redução de 78,8% e de 80% nos utentes com Depressão Major e Depressão Bipolar respetivamente. A média da última pontuação total da HAMD24 não diferiu entre ambos os grupos. Através da *Clinician-Administered Rating Scale for Mania* (CARS-M) foi evidente a não precipitação de hipomania ou mania nos utentes.



Bailes *et al.* (2013) referem outro estudo (Kellner *et al.*, 2006) - fazendo também parte dele como investigadores - em que é comprovado que o tratamento com ECT de continuação e o tratamento farmacológico produzem taxas equivalentes de remissão sustentada - a 6 meses - de aproximadamente 60%, mostrando que a ECT também poderá ser considerada como um tratamento de manutenção/continuação.

Foi evidente que a eficácia da ECT nos sintomas depressivos é elevada, sendo a remissão dos sintomas acima dos 60 % em apenas 3 semanas, o estudo de Moksnes & Ilnér (2010) apresentam melhorias da sintomatologia no próprio dia da primeira sessão ECT. Esses dados demonstram a rápida atuação da ECT na redução dos sintomas.

Pagnin, citado por Moksnes & Ilnér (2010), reforça que vários estudos demonstram que a ECT, na Depressão Major, dá uma resposta mais rápida e eficaz que o tratamento com antidepressivos.

Nesta linha de pensamento e tendo em conta que o uso de antidepressivos na Depressão Bipolar é controverso (American Psychiatric Association, 2002) - devido à possibilidade de provocarem episódios de mania -, a utilização da ECT deveria ser considerada como tratamento de

primeira linha. O estudo de Baile *et al.* (2013) reforça este prisma, tendo em conta que demonstra que o tratamento com ECT não precipita hipomania/mania em nenhum grupo de diagnóstico.

Um dado relevante é que a melhor resposta ao tratamento com ECT tendeu a ocorrer em utentes idosos com Depressão Psicótica, apresentando-se seguro e bem tolerado mesmo em idosos fisicamente debilitados.

Relativamente à Esquizofrenia com primeiro surto psicótico foi claro - segundo Suzuki *et al.* (2006) - que a ECT pode ser uma opção de tratamento, eficaz e segura, para jovens adultos.

A rápida remissão dos sintomas, através da ECT, foi transversal em todos os estudos, sendo um dado relevante pois a celeridade do efeito de remissão ou melhoramento dos sintomas depressivos é extremamente importante, principalmente para os utentes que apresentam grande risco de suicídio ou agravamento severo do seu estado físico devido ao transtorno mental.

Indo ao encontro do exposto, Kennedy, S. *et al.* (2009) consideram a ECT como um tratamento de primeira linha no caso de ideação suicida aguda, bem como para: sinais catatônicos; depressão psicótica; depressão resistente a »



outros tratamentos; deterioração rápida do estado físico associado à doença mental; resposta favorável anterior a ECT; repetida intolerância à medicação e durante a gravidez, para qualquer das indicações anteriormente referidas. Os efeitos adversos relacionados com a ECT relacionam-se sobretudo com efeito na cognição, nomeadamente problemas de memória, sendo que os efeitos físicos aparecem relatados no estudo de Moksnes & Ilner (2010), mas temos que ter em conta que é um estudo retrospectivo e que, segundo os autores, esses efeitos são hoje minimizados ou mesmo eliminados, tendo em conta os procedimentos farmacológicos atuais associados a ECT.

No entanto, os efeitos adversos cognitivos, nomeadamente a nível da memória, ainda que reversíveis (conforme o estudo de Moksnes & Ilner refere, no entanto temos que ter em conta que os próprios autores veem como uma limitação do estudo a incapacidade de responder à questão de saber se algum utente teve um efeito a longo prazo na sua memória) são ainda, segundo Cyrzyk (2012), um dos principais fatores que contribuem para a controvérsia e estigmatização deste tratamento. Temos contudo – como em qualquer outro tratamento – de ponderar, sempre, o grau de risco/benefício proposto. Sendo que – como no caso da ECT – às vezes os efeitos adversos de um tratamento são menores do que os sintomas da doença.

CONCLUSÃO

Na análise dos estudos, a ECT apresentou-se como um método provavelmente eficaz no tratamento de uma ampla gama de transtornos mentais, nomeadamente depressão major, bipolar e psicótica e no primeiro surto psicótico da esquizofrenia. Foi demonstrado, também, que a ECT não precipitou hipomania/mania em nenhum grupo de diagnóstico. Dessa forma, sugere-se que a ECT deveria ser equacionada como um tratamento de primeira linha na Depressão Major e Bipolar.

Efeitos adversos transitórios foram notificados, no entanto não é possível responder de forma concreta se esses efeitos (nomeadamente na memória) não tiveram uma repercussão a longo prazo. Seria pertinente a continuação de mais estudos de investigação em relação a esta temática – bem como ao mecanismo através do qual a ECT exerce

os seus efeitos terapêuticos – de forma a produzir maior evidência.

Uma limitação deste estudo prende-se com o facto dos artigos aqui analisados não serem específicos de uma só patologia, o que dificulta uma análise de eficácia mais rigorosa e específica da ECT.

A psiquiatria – ainda hoje – forma hipóteses sobre a causa da doença mental, não tendo ainda respostas claras sobre o papel da genética ou da personalidade no surgimento dos sintomas mentais. Talvez o uso da ECT ainda seja controverso porque exige que os profissionais tenham que admitir essas incertezas. No entanto, existindo ainda um longo caminho a percorrer, antes que se possa reivindicar a vitória científica sobre a doença mental, não podemos descurar opções terapêuticas – como ECT – que a permitem tratar. ■

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abrams, R. (2002) *Electroconvulsive Therapy*. 4th ed., Oxford University Press, New York.
- American Psychiatric Association. (2002) *Treatment of patients with bipolar disorder*, [2ª ed.]. Washington, DC: Author.
- Bailine S, Fink M, Knapp R, Petrides G, Husain M, Rasmussen K, Sampson S, Mueller M, McClintock SM, Tobias KG, Kellner CH. (2010). Electroconvulsive therapy is equally effective in unipolar and bipolar depression. *Acta Psychiatr Scand*, [121], 431–436.
- Cyrzyk, T. (2013). Electroconvulsive therapy: Why it is still controversial. *Mental Health Practice*, 16 (7), 22–27.
- Guerreiro, C. (2016, Jan. 29) – O regresso dos eletrochoques. *Expresso*.
- Kennedy, S., Milev, R., Giacobbe, P., Rajamannar, R., Lam, R., Parikh, S., Patten, S., Ravindran, A. (2009). Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments. (2009). Clinical guidelines for the management of major depressive disorder in adults. IV. Neurostimulation therapies. *J Affect Disord*, 117 (Suppl. 1), 44–53.
- Lieberman, J., Phillips, M., Stroup, S., Zhang, P., Kong, L., Ji, Z., Koch, G., Hamer, R. (2003) Atypical and conventional antipsychotic drugs in treatment-naïve first-episode schizophrenia: A 52-week randomized trial of clozapine vs chlorpromazine. *Neuropsychopharmacology*, 28, 995–1003.
- Moksnes, K. & Ilner, S. (2010). Electroconvulsive therapy-efficacy and side-effects. *Tidsskrift For Den Norske Laegeforening*, 130 [24], 2460–2464.
- Payne, N. & Prudic, J. (2009). Electroconvulsive therapy: Part I. A perspective on the evolution and current practice of ECT. *J Psychiatric Practice*, 15 (5), 346–368.
- Suzuki, A., Awata, S., Takano, T., Ebina, Y., Takamatsu, K., Kajiwara, T., Ito, K, Shindo, T., Funakoshi, S., Matsuoka, H. (2006). Improvement of Psychiatric Symptoms after Electroconvulsive Therapy in Young Adults with Intractable First-Episode Schizophrenia and Schizophreniform Disorder. *Tohoku J. Exp. Med.*, [210], 213–220.

AUTORES

José Gomes Enfermeiro especialista em Saúde Mental e Psiquiatria, coordenador da Unidade S. João de Deus, Casa de Saúde S. Rafael

Marco Esteves Enfermeiro especialista em Saúde Mental e Psiquiatria, Casa de Saúde S. José

Manuela Ferreira Doutora em Ciências e Tecnologias da Saúde, Professora adjunta da ESEnf Cruz Vermelha Portuguesa – Oliveira de Azeméis

O AVESSO DA CAPA

CONVERSA ENTRE MÁRIO ÁVILA E MARCO ESTEVES

MA – Se o procedimento é feito para as pessoas e não o contrário, como pode a norma ser geradora de menos qualidade?

ME – Se a norma for entendida, assimilada, como algo estático ou apenas como um conjunto de regras que são impostas e sem sentido crítico, pode ser geradora de menor qualidade. Se assim for, os Colaboradores não se reveem na mesma, criando dessa forma saturação e vícios na sua intervenção. É essencial que as pessoas perspetivem a norma ou o referencial como uma “relação simbiótica”, olhando a norma como algo que nos indica o que devemos abordar, o que devemos ter ou, se preferires, ao que devemos estar “atentos”. Mas como relação simbiótica que deve ser - e os procedimentos e processos são fundamentais nessa abordagem - tem que espelhar o trabalho das pessoas. Portanto, deve consentir que dentro da sua estrutura exista a flexibilidade para as pessoas poderem moldar os processos e os procedimentos de forma a irem ao encontro do seu trabalho. No meu ponto de vista, quanto mais afinada for essa relação simbiótica, mais potencialidade existe para que o sistema de gestão da qualidade seja efetivamente um sistema de gestão do nosso trabalho, mas com os pressupostos de boas práticas, como se se tratasse de um alerta de atenção da própria norma. As pessoas devem olhar como um conjunto de boas práticas, suficientemente flexíveis, e que demonstram o nosso trabalho efetivo.

ME – Os sistemas de qualidade estão reiteradamente ligados aos números. Adaptando uma frase do escritor Andrew Lang (obviamente que não teve oportunidade de ver o monólogo do Vasco Santana no Pátio das Cantigas, pois desse modo não teria produzido as seguintes linhas): “Alguns usam os números como os bêbados usam os postes: mais para apoio do que para iluminação”. Em que medida os SGQ podem utilizar os números para “ver mais além”?

MA – Avanço com um exemplo dos nossos dias. Estamos em pandemia e somos diariamente bombardeados com dois

dados: número de mortos e número de novas infeções. Os dados, quando têm este nível de vitalidade, mesmo nessa dimensão de estarem associados à vida, passam a ter uma importância de tal forma que ninguém se encosta a eles. Passamos a mudar os nossos comportamentos, a começar por quem tem que gerir em função destes dados. Já quando entramos em alguns indicadores, como seja o número de infetados por cem mil habitantes, a linguagem já começa a ser mais difícil de assimilar. Quando chegamos ao “R” já só alguns, com maior aptidão técnica, é que lá chegam. Com este exemplo, quero dizer que o grande problema dos sistemas de gestão de qualidade é que nos dão números que têm pouca vitalidade. Quando dizemos que há cinco anos consecutivos 98% dos nossos Utentes estão satisfeitos, o que estamos a fazer é “plantar um poste” para que a administração se encoste. Este dado já não dá informação a ninguém. A grande dificuldade dos sistemas de gestão de qualidade é encontrar dados que signifiquem esta vitalidade, é conseguir ter dados e criar indicadores que permitam a gestão diária. É preciso que o tal poste nos dê luz, ou seja, nos permita orientar e perspetivar a gestão. O grande desafio é encontrar estes indicadores que sejam balizas orientadoras, sejam chave e verdadeiramente relevantes para a ação.

MA – O cuidar é um processo. A qualidade dos processos é sempre mais difícil de avaliar do que a qualidade dos resultados. O que são bons processos no cuidar?

ME – Para enquadrar um pouco os conceitos, e para ir ao encontro da tua afirmação, concordo que a qualidade dos processos é sempre mais difícil de avaliar do que a qualidade dos resultados. Para haver qualidade dos resultados basta que os mesmos sejam fidedignos, ou seja, que apresentem a realidade ou que estejam o mais próximo possível dessa realidade. Já apurar a qualidade dos processos, torna-se mais complicado: tem a ver com a própria pertinência da »



construção dos mesmos, portanto muito mais complexo. É tentar perceber se os procedimentos associados a eles são relevantes e representam a realidade do serviço onde são concretizados, se os mesmos transformam as entradas (Inputs) em resultados ou impactos (Outputs ou outcomes), ou seja, se são pertinentes e se espelham as nossas intervenções e atividades. Para responder melhor à tua questão, tendo em mente o que acabo de referir, no meu ponto de vista, para haver bons processos de cuidar tem que existir, em primeiro lugar, uma boa definição das entradas, isto é, não só, mas fundamentalmente, definir bem as necessidades do Utente. Percebendo essas necessidades, os procedimentos vão refletir-se em atividades desenvolvidas “para” e “com” o Utente, indo ao encontro dessas necessidades. As atividades deverão estar ancoradas no conhecimento científico, pensamento crítico, dignidade humana, criatividade e acompanhadas de comportamentos e atitudes de cuidar no sentido de promover, manter ou recuperar a qualidade de vida do utente. Para finalizar esse círculo, é necessário avaliar o impacto dessas atividades. Para isso é necessário “medir” com indicadores que têm que ser relevantes na forma como espelham esse conjunto. Se conseguirmos isso, penso que teremos bons processos de cuidar.

ME – Às vezes, muitas pessoas apregoam que as ferramentas, como o PII por exemplo, afastam dos Utentes, em contraponto com a corrente que considera que estas ferramentas podem potenciar a humanização do processo de cuidar. Qual a tua apreciação sobre este tema?

MA – As ferramentas são um meio pelo qual conseguimos chegar a um determinado fim. Por vezes, o grande problema da utilização de qualquer ferramenta está na nossa motivação e nos nossos pressupostos: se a utilizamos como um fim e não como um meio, então ficamos aí centrados e continuamos a utilizar as ferramentas para falar de alguém, mas sem nunca quereremos olhar para esse alguém. Assim, o foco não aponta ao lugar certo. Com ou sem as ferramentas, o desafio está no foco que deve estar apontado à pessoa. Essa é que é a matriz fundamental. Há uns tempos, utilizá-

vamos a expressão “olhar a doença e ver a pessoa”. Este deve ser o foco de qualquer profissional em qualquer área. Se nos centramos nas ferramentas, nos indicadores para o diagnóstico, e não olharmos para a pessoa, estamos desligados dela. As ferramentas podem ajudar-nos a fazer ligações e não ser a ligação, a relação em si mesma. Isto passa pela predisposição de cada um de nós, ou seja, podemos estar centrados na ferramenta ou estar centrados na pessoa, mas podemos utilizar as ferramentas para chegar às pessoas. Diria que é mais um problema de profissionalismo, de foco dos profissionais e predisposição para a utilização do que tenho ao dispor. Se tiver uma aplicação fantástica e depois ela impossibilita o bom trabalho do meu profissional, então ela está a barrar a minha competência, tudo deve estar feito para servir os profissionais e não os tornar reféns dos meios, sem olhar para as pessoas que são alvo da nossa ação. É um desafio de calibração a todos os níveis.

MA – Humanizamos os processos de qualidade ou os processos de qualidade humanizam-nos?

ME – Isso lembra-me o dilema de causalidade da galinha e do ovo – perceber qual deles surgiu primeiro! Parece-me evidente que antes dos processos de qualidade nos humanizarem, nós é que devemos estar atentos à humanização. Quando tudo é assente no trabalho que se realiza, quando vai ao encontro das necessidades dos Utentes e os envolve, isso é usar o sistema em favor da humanização. Ou seja, somos nós que humanizamos. Toma como exemplo o projeto “O direito de dizer Adeus”, que foi iniciado nos hospitais italianos como resposta aos muitos Utentes terminais de COVID-19 que estavam em isolamento e faleciam sem ter oportunidade de se despedirem dos seus entes queridos. Nada contemplava esta resposta e as equipas perceberam que o procedimento estava incorreto e não humanizava o momento e implementaram coisas novas. No nosso caso, ao criar os processos de qualidade do ISJD, temos em atenção essa humanização, indo ao encontro da nossa missão que é “prestar cuidados de saúde e sociais humanizados”. Com este horizonte, estamos a humanizar as nossas práticas e as nossas atividade. ■

CONTENÇÃO MECÂNICA ÚLTIMO RECURSO

ANA FRANCO *ET AL*



RESUMO

A percepção dos efeitos negativos associados às medidas de contenção tem conduzido a alterações nas políticas de saúde das instituições. Investigadores, instituições, governos e os diferentes profissionais de saúde interrogam-se sobre os motivos e a eficácia da utilização destas medidas.

A contenção mecânica é utilizada, na maioria das situações, para promover a segurança do doente: evitar quedas, remo-

ção de dispositivos biomédicos e a auto e hetero-agressão. Todos os estudos analisados são unânimes em considerar que a contenção mecânica deverá ser utilizada como último recurso, devendo ser esgotadas todas as estratégias alternativas antes de se proceder à sua aplicação.

PALAVRAS-CHAVE

Contenção mecânica, enfermagem, saúde mental »



ABSTRACT

The perception of the negative effects associated with containment measures has led to changes in the health policies of institutions. Researchers, institutions, governments and different health professionals are wondering about the reasons and the effectiveness of using these measures.

Physical restraint is used, in most situations, to promote patient safety: avoid falls, removal of biomedical devices and self and hetero-aggression. All the studies analyzed are unanimous in considering that mechanical containment should be used as a last resort, and all alternative strategies should be exhausted before proceeding to its application.

KEYWORDS

Physical restraint, nursing, mental health

INTRODUÇÃO

No exercício da sua profissão, o enfermeiro, pelo carácter contínuo e global dos cuidados que presta, tem uma posição privilegiada de proximidade com o doente. O recurso à contenção mecânica de um doente deve contemplar as disposições ético-legais e as normas institucionais vigentes.

Embora o objetivo da contenção mecânica seja prevenir a ocorrência de acidentes, é importante referir que a contenção também provoca lesão à pessoa com doença.

Numa perspetiva ético-legal, a contenção de uma pessoa compromete os direitos humanos (Organização Mundial de Saúde: OMS, 2019), tais como o direito à liberdade, dignidade e autonomia. É defendida por autores como sendo uma intervenção realizada através de um método manual, físico ou mecânico, com recurso a equipamento ou material para essa finalidade, onde está subjacente a intenção de conter a pessoa ou partes do corpo da mesma, de forma a que esta não consiga reverter o processo com facilidade e limitar a liberdade dos seus movimentos (Santana *et al*, 2018).

FUNDAMENTOS DA CONTENÇÃO MECÂNICA

Para Woten e Pilgrim, (2017), o uso de restrição física tem o objetivo de prevenir traumatismos relacionados com procedimentos médicos, prevenir quedas, limitar comportamentos agressivos e violentos por parte dos doentes de forma a não se magoarem a si próprios nem os outros à sua volta. Santana *et al* (2018) também refere que é uma forma

de prevenir a exteriorização de dispositivos médicos, tais como drenos e cateteres.

Num contexto psiquiátrico, a necessidade de recurso a esta intervenção está associada à exacerbação ou desequilíbrio da doença. Para Santos *et al* (2018), “as manifestações da crise psíquica por uma pessoa são vistas por muitos como uma situação urgente, quando começa a afetar o quotidiano interpessoal (...) e as pessoas sentem-se incomodadas ou ameaçadas pelo comportamento do indivíduo em sofrimento psíquico” (p.75). São estas alterações agudas do comportamento, pensamento e humor que desencadeiam a necessidade de intervir terapêuticamente, para prevenir prejuízo à pessoa.

Kong *et al*. (2016) identificaram cinco justificações para o seu uso: 1) Responsabilidade pela segurança dos doentes; 2) Definições pouco claras e inconsistentes sobre restrição e ambiente livre de restrição; 3) Dificuldades na transição da aceitação para a remoção - A transição de um ambiente de uso para a remoção da contenção é também em si uma barreira. A restrição tem sido percebida como parte normal do cuidado ao residente, uma rotina, prática comum, prática inevitável ou boa prática” (p.56). Esta noção, conjuntamente com a resistência à mudança e a dificuldade em assumir risco nas suas intervenções, levam os funcionários, enfermeiros em particular, a resistir à mudança para um ambiente livre de contenções; 4) Não envolvimento na tomada de decisão para remover restrições; 5) Recursos e formação insuficientes.

REPERCUSSÕES E MEDIDAS PREVENTIVAS

A utilização da contenção mecânica pode ter consequências para os utentes e profissionais. Kavak *et al*. (2019) salientam que, “embora a contenção física seja aplicada para benefício dos doentes, pode causar muitas complicações fisiológicas e psicológicas, incluindo compromisso da circulação sanguínea, aspiração, dispneia, lesão física, humilhação, raiva e até morte.” (p.744). Acrescenta que “o uso de contenção física continua a ser uma questão ética controversa, pois afeta negativamente a autonomia e o respeito pelo doente” (Kavak *et al*., 2019, p.744). Os mesmos autores apontam que “os enfermeiros experienciam um dilema ético e sentem-se tristes, culpados, angustiados, desconfortáveis e envergonhados quando têm que aplicar este



© PIVABAY

método de contenção”; por outro lado, “os enfermeiros em psiquiatria desempenham um papel fundamental no que diz respeito à aplicação de contenção física e prevenção de complicações” (Kavak *et al.* 2019, p.744).

A OMS (2019) publicou um guia formativo intitulado – Estratégias para acabar com o isolamento e contenção – onde propõe um conjunto de estratégias-chave que asseguram uma resposta eficaz nas situações de tensão ou conflito vividas no contexto de prestação de cuidados. São elas:

- **Elaboração de planos individualizados que facilitem a identificação de sensibilidade e de sinais de angústia** – As situações de tensão e conflito têm em si uma génese multicausal, incluindo os mal-entendidos entre interlocutores. Estas situações também surgem quando alguém sente que não está a ser escutado ou respeitado. Identificar e responder antecipadamente às necessidades e angústias dos outros evita as situações de escalada. Um plano individualizado tem delineadas ações que ajudam a pessoa em situações de angústia ou ansiedade. O plano é construído com a pessoa, em momentos específicos e é ela quem decide o que o integrará.

- **Aplicação de medidas que facilitem a “de-escalation”** – A técnica promove uma relação de colaboração entre os envolvidos no conflito a fim de o resolver ou atenuar, envolve por isso técnicas comunicacionais como a escuta ativa.
- **A criação de uma cultura “dizendo sim” e “podes-fazer”** – Durante a admissão num serviço de internamento, a pessoa é submetida a uma situação de perda de controlo e dependência. A equipa de saúde com frequência diz “não” aos pedidos das pessoas ou adia a satisfação desses pedidos por excesso de trabalho, pouca experiência no serviço, regulamentos internos do serviço deficientes ou por uma cultura de evitamento no serviço. É necessário compreender que as pessoas são internadas porque têm necessidades. Para o desenvolvimento desta estratégia, a OMS (2019) sugere a criação de um espaço que permita à equipa pensar e refletir na forma como as decisões são tomadas e se é possível dizer “sim” ao invés de “não” como resposta a um pedido de uma pessoa. Sugere a utilização do acrónimo REFLECT: Reformular (O que seria necessário para dizer que “sim”?); Easy (O “não” é a resposta mais fácil?); “Feeling” (Como se sentiria a pes- »



soa se eu dissesse “não”?); “Listen” (Escutei a real preocupação e pedido da pessoa?); Explicação (Posso explicar à pessoa o porquê de não poder responder ao pedido?); Criativo (Existem formas criativas de atender ao pedido da pessoa?); Tempo (Foi investido tempo suficiente para considerar o pedido da pessoa?).

- **A criação de quartos de conforto** – um ambiente coercivo ou opressivo pode aumentar os conflitos entre as pessoas. Um quarto de conforto reduz o stress, permitindo à pessoa experienciar os seus sentimentos e libertar tensões com maior privacidade. A abordagem sensorial pretende-se individualizada, com recurso a cobertores suaves, almofadas, carpetes, cores calmas, luz suave, música calma, entre outros. Deve permitir ter liberdade para gritar, dançar ou fazer barulho se necessário para se acalmar.
- **A criação de equipas de intervenção** – deve incluir profissionais com experiência e comprometidos com uma intervenção não coerciva. Os membros desta equipa não só assistem perante uma situação conflituosa como tam-

bém asseguram uma abordagem preventiva nos serviços. É importante notar que a intervenção desta equipa não acontece perante situações de simples expressão de angústia, mas sim quando esta angústia se torna numa situação tensa e conflituosa que carece de intervenção especializada. Esta equipa deverá estar disponível 24h/dia. A OMS neste guia formativo (2019) propõe medidas a adotar pelo serviço ao nível de gestão. Eliminar o uso de medidas contentoras e o isolamento não depende exclusivamente de ações individuais. São necessárias alterações ao nível do serviço e das responsabilidades dos órgãos de gestão. É importante desenvolver uma política que vise a eliminação da prática do isolamento e contenção e que também implique que a equipa não é responsabilizada quando ocorrem acidentes ou incidentes, apesar de terem adotado todas as estratégias não coercivas de forma correta. É também importante promover o treino das equipas sobre a utilização de medidas não coercivas, avaliando o que funciona na gestão de situações conflituosas, recolhendo dados e discutindo-os em equipa.

Os profissionais precisam modificar as suas filosofias, adotar uma ética de trabalho diferente, mudar as percepções para assumir riscos, mudar a cultura institucional, envolver-se na decisão de mudar a prática de restrição, ter discussões abertas, tomar decisões em equipa, trabalhar com outros profissionais e familiares e avaliar consistentemente. Os administradores e diretores devem adotar uma abordagem multidisciplinar de equipa para solucionar problemas e melhorar a qualidade e garantir recursos humanos e materiais suficientes nas suas instalações. Devem assegurar a formação sobre restrição física, cuidados sem restrições, cuidados individualizados, estratégias alternativas, doença/condição do residente e questões legais. Os residentes e famílias devem ainda ser envolvidos no planeamento e na tomada de decisão para o cuidar livre de contenções (E-H Kong *et al.*, 2016, p.57).

LEGISLAÇÃO, ORIENTAÇÕES NACIONAIS E INTERNACIONAIS

No ano de 2007, a DGS elabora a primeira circular normativa nº 08/DSPSM/DSPCS, sobre medidas preventivas de comportamentos agressivos/violentos de doentes – contenção física.

Em 2011, a DGS emitiu a orientação nº 021/2011, onde definiu critérios para a utilização de medidas de contenção e apresentou medidas alternativas e de prevenção, embora com um destaque reduzido. Nesta orientação, os doentes só devem ser contidos após uma avaliação do risco clínico e quando manifestam comportamentos que os coloquem a si, ou a outros, em risco de sofrer danos, quando recusam tratamento compulsivo, nos termos legais ou quando recusam tratamento vital urgente. Esta decisão deve ser tomada em equipa, bem como a sua prescrição e reavaliação e a adequada continuidade de cuidados (DGS, 2011).

A orientação acrescenta que cada instituição deverá formular um protocolo de atuação de acordo com as características dos cuidados prestados. Explicita os critérios a ter em conta para a utilização das medidas de contenção e afirma que só deverão ser aplicadas medidas de contenção, antes de implementadas todas as medidas preventivas possíveis. A formação em serviço sobre esta temática reveste-se de especial importância, para que a segurança do doente seja preservada quando há necessidade de recorrer à conten-

ção mecânica (DGS, 2011).

A Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020 reforça a anterior de 2009-2014, mencionando um avanço no âmbito na qualidade na saúde, no que se refere à “criação de regras para a identificação inequívoca dos doentes nos hospitais e para a sua adequada contenção física ou química” (Diário da República nº 102, p. 13551).

No ano de 2019 a OMS, com a publicação do guia de formação intitulado: **“Estratégias para acabar com o isolamento e contenção”**, propõe um conjunto de ações/intervenções a desenvolver com as equipas multidisciplinares que intervêm em pessoas com doença mental. Este documento visa diminuir e até eliminar as práticas de contenção e isolamento. O documento sugere um investimento inicial na desmistificação de suposições comuns no seio das equipas de saúde e que influenciam a cultura de prestação de cuidados:

1. O isolamento e a contenção podem ser utilizados para benefício terapêutico das pessoas - Não existe evidência que suporte esta ideia. Pelo contrário, a evidência destaca o facto destas práticas lesarem o bem-estar físico e mental da pessoa.
2. O isolamento e a contenção mantêm as pessoas seguras - O isolamento e a contenção causam danos físicos, mentais e emocionais. Estudos referidos pela OMS, realizados por Smith GM *et. Al* (entre 2001 e 2010) e Sanders k. (2009), mostram que uma redução significativa do isolamento e contenção nos hospitais psiquiátricos (inclusive serviços forenses) não resultaram num aumento dos assaltos à equipa, tendo nalguns casos até diminuído. Outros relatórios indicaram que uma redução das medidas coercivas está associada a uma redução nas lesões à equipa de saúde.
3. O isolamento e a contenção previnem comportamento violento - A evidência mostra que o isolamento e a contenção podem trazer sentimentos de frustração e raiva, agravando o comportamento agressivo. Pessoas que já experienciaram práticas coercivas como a contenção e o isolamento, com sentimentos associados de perda de controlo, medo e humilhação, podem sentir que não têm outra alternativa a não ser defenderem-se, mesmo que violentamente, contra uma nova medida coerciva. Os doentes tendem a olhar o isolamento e a contenção como punições disciplinares (por não terem feito o que »



o técnico pediu), o que pode aumentar o sentimento de frustração perante a equipa ou o técnico. O uso destas práticas promove a cultura do “eles e nós”.

4. A equipa pode reconhecer com eficácia as situações potencialmente violentas, mas a crença de que é possível prever comportamento potencialmente violento de uma forma eficaz é a razão que leva os técnicos a conter ou a isolar um doente. Contudo, prever um ato de violência futuro com eficácia é extremamente difícil. Frequentemente, as equipas não estão capacitadas para diferenciar comportamento inesperado de comportamento perigoso ou de risco. As equipas com frequência correlacionam angústia com agressão. A incerteza sobre que risco de violência ou dano para consigo ou para com outros pode ser antecipado pelos profissionais tem resultado numa cultura de excessivas práticas defensivas e aumento de práticas coercivas (Foster et. al, 2007);
5. Pessoas com perturbações cognitivas, intelectuais e psicossociais são frequentemente irracionais, violentas e imprevisíveis – A OMS refere (Hughes K, et al, 2012) para afirmar que existe um mal-entendido de que pessoas com psicose ou alucinação são mais violentas, imprevisíveis e irracionais. Evidência mostra que não são mais violentas que a restante população e de facto são mais vítimas de violência que provocadores.
6. Existem circunstâncias em que o uso do isolamento ou da contenção não podem ser evitados - O isolamento e a contenção para pessoas com perturbações cognitivas, intelectuais e psicossociais devem ser evitados, mesmo em circunstâncias extremas. Quando alguém age de uma forma muito perigosa para com outros, esta pessoa deve ser parada da mesma forma que outras são paradas, com ou sem perturbação (envolvendo como exemplo uma equipa com treino especializado, dotada de competências que lhe permitem gerir a situação, ou em alternativa, corpos policiais que garantam a segurança de todos). Deve ser sempre considerado o uso do isolamento e da contenção como uma falha de serviço, de sistema, e ainda individual. Deve ser considerado um mau resultado e uma violação dos direitos humanos, mesmo quando parece que todas as alternativas foram implementadas. É importante a promoção de um espaço reflexivo para que cada membro possa pensar sobre a sua prática e

alternativas à sua prática. Este deve permitir a reflexão crítica sobre como os cuidadores podem inadvertidamente contribuir para este isolamento e contenção.

O documento é muito claro ao afirmar que “o recurso ao isolamento e contenção é uma violação dos direitos humanos”, indicando que a equipa deve agir em defesa destes direitos e que tais situações de tensão e conflitos podem ser evitadas respondendo às necessidades das pessoas cuidadas. Os cuidadores devem analisar se as suas práticas não promovem a coerção e a escalada de violência.

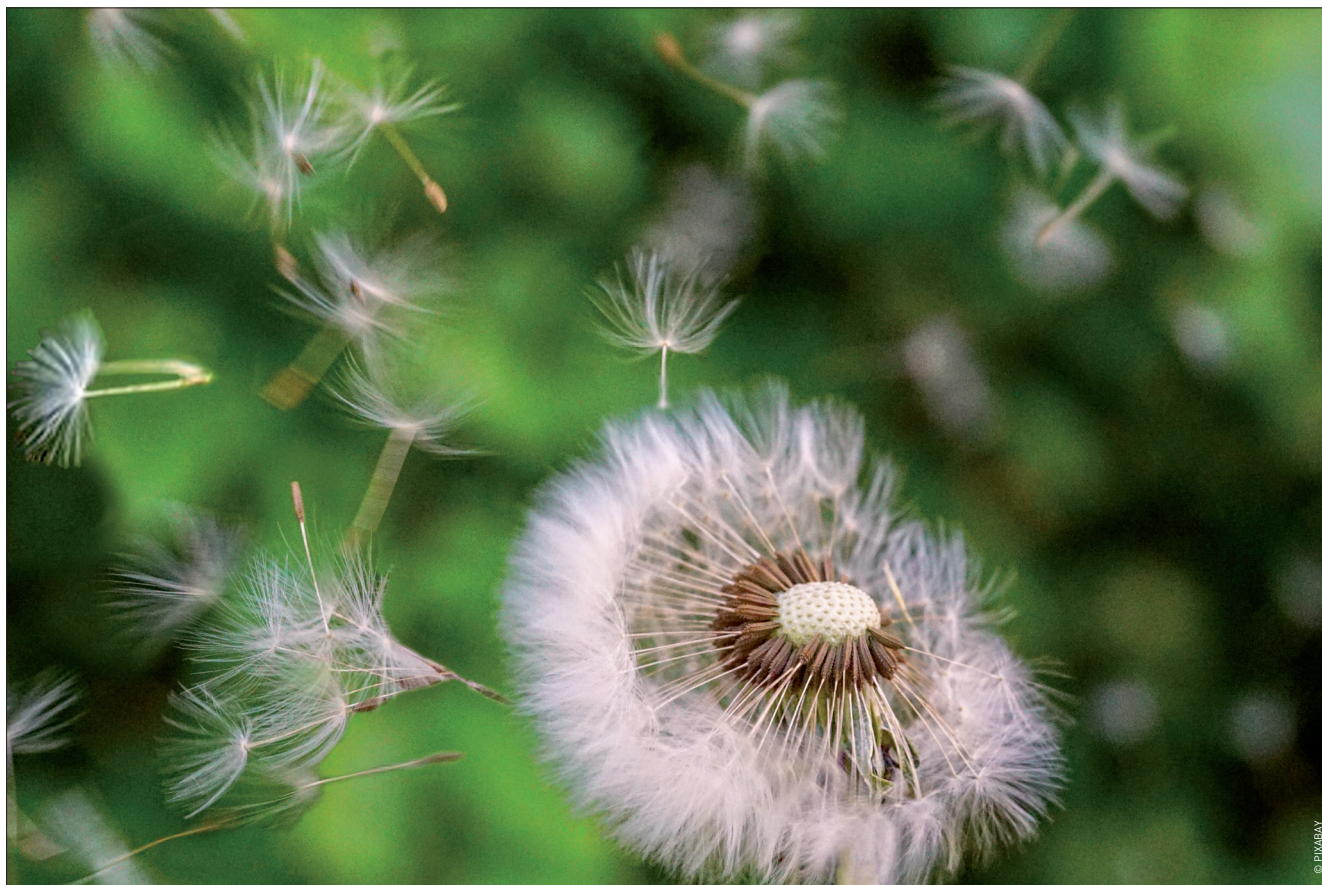
O ENFERMEIRO ESPECIALISTA

As medidas restritivas foram ao longo de muitos anos consideradas como uma forma de controlar os doentes institucionalizados. Mais recentemente, vários países e instituições internacionais têm defendido a redução da aplicação das medidas de contenção física e mecânica, questionando os seus efeitos benéficos e comparando-os com os riscos associados e consequências. Independentemente do contexto de prática clínica, quando o enfermeiro generalista e especialista se deparam com a necessidade de aplicar a contenção mecânica a um doente, esta decisão deve ser tomada tendo em conta o REPE.

Burry L. et al (2018), Hammervold et al (2019), Eberle, C. et al (2019) referem que na prevenção do uso da contenção deverá recorrer-se ao uso de técnicas de comunicação, promoção da orientação espaço temporal da pessoa, gestão do ambiente (luminosidade e ruído), implementação de medidas de conforto, promoção de tempo e qualidade de sono. Os mesmos referem que a criação de um ambiente mais familiar promovendo a presença da família e de objetos do seu dia a dia é igualmente relevante. O recurso a medidas medicamentosas para gerir a dor, a agitação e o *delirium* também é referido como uma importante medida a adotar.

O enfermeiro é frequentemente a primeira linha de contacto com as necessidades do doente e tem um papel determinante na tomada de decisão sobre a aplicação ou não de medidas restritivas, na forma como minimiza a sua utilização e na avaliação das consequências do seu uso.

O papel do enfermeiro deve ter como intenção primordial uma intervenção preventiva na prática da utilização da contenção. As intervenções do enfermeiro especialista têm por



© PIXABAY

base o perfil de competências comuns dos enfermeiros especialistas e dos especialistas em saúde mental e psiquiátrica (OE, 2019; OE, 2018):

- Garantir práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais em concomitância com um ambiente terapêutico seguro, tendo por base evidência científica.
- Gerir os cuidados de enfermagem de forma a otimizar as tomadas de decisão clínica, de acordo com o processo de enfermagem;
- Avaliar a qualidade dos cuidados prestados;
- Tomar consciência de nós mesmos na relação terapêutica com o doente;
- Contribuir para a otimização da saúde mental da pessoa, mobilizando dinâmicas adequadas a cada contexto e prestando cuidados psicoterapêuticos, psicossociais, psicoeducacionais e sócio terapêuticos;
- Assistir e avaliar a pessoa ao longo do seu ciclo de vida e nas suas transições de vida.

CONCLUSÃO

Embora considerada como um recurso que visa a proteção do doente, a contenção mecânica é um procedimento que gera controvérsia, pois coloca em planos opostos a segurança e a liberdade, ambos direitos humanos.

Os estudos realizados em Portugal sobre este tema são escassos. A nossa pesquisa bibliográfica que incidiu maioritariamente em estudos científicos realizados noutros países, nos últimos cinco anos, sugere que o recurso a medidas de contenção ocorre sobretudo em UCI, instituições psiquiátricas e unidades geriátricas de longa duração.

Em Portugal, a legislação sobre contenção do doente tem sido incluída, de forma pouco específica, no âmbito das políticas de qualidade na saúde. A Lei de Saúde Mental 36/98 refere que os cuidados em saúde mental deverão ser “prestados no meio menos restritivo possível” (1998, p. 3544). A DGS elaborou uma norma em 2007 sobre o tema da contenção. A OE emitiu um parecer sobre esta orientação, visando a boa prática na aplicabilidade da mesma. »



Em 2011, a DGS emite a orientação 021/2011 e alerta que “cada instituição prestadora de cuidados de saúde deve definir um padrão de atuação interna” (p. 1). Assim, enquanto alguns países já avançaram para a construção das bases para uma redução cada vez maior da prática de contenção, Portugal ainda carece, segundo a nossa pesquisa bibliográfica, de legislação sobre esta temática.

Com o objetivo de erradicar o isolamento e a contenção, a OMS (2019) publicou um documento em que descreve diversos procedimentos que constituem estratégias alternativas que deverão ser motivo de reflexão na prática diária dos profissionais.

Como exposto ao longo deste trabalho, o enfermeiro especialista tem um papel preponderante na tomada de decisão num contexto de contenção mecânica, integrado numa equipa multidisciplinar. As competências que lhe são reconhecidas permitem que tenha uma intervenção diferenciadora. ■

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BURRY, L., ROSE, L., & RICON, B. (2018). Physical restraint: time to let go. *Intensive care medicine*, Vol.44 (nº8), 1296-1298.
- COLAIZZI J. (2005). Seclusion & restraint: A historical perspective. *Journal of Psychosocial Nursing Mental Health Services*, Vol.43 (nº2), 31-37.
- COSTA, C. (2013). *A enfermagem de reabilitação e os eventos adversos da restrição física da mobilidade*. Coimbra: Escola superior de Enfermagem de Coimbra.
- CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS (2016). *CIPER versão 2015: Classificação internacional para a prática de enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Despacho nº 1400-A/2015 (2015). Aprova o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020. Ministério da Saúde - Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde. *Diário da República*, 2ª Série, (Nº28 de 10/02/2015). 3882(2) -3882(10). ELI: <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/66463212/details/normal?q=Despacho+1400-A%2F2015>
- Despacho n.º 5613/2015 (2015). Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020. Ministério da Saúde. *Diário da República*, 2.ª série (N.º 102 - 27 de maio de 2015), 13550-13553. ELI: <https://dre.pt/application/file/67318639>
- DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE. (2007). *Plano nacional de saúde 2012-2016*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde. Acedido a 20/12/2019. Disponível em: http://pns.dgs.pt/files/2013/05/PNS2012_2016-versaoresumo_mai20133.pdf
- DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE. (2007). *Medidas preventivas de comportamentos agressivos/violentos de doentes: Contenção física (Circular Normativa n.º 08/DSPSM/DSPCS de 25/05/2007)*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde. Disponível em: <https://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i008801.pdf>
- DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE. (2011). *Prevenção de comportamentos dos doentes que põe em causa a sua segurança ou da sua envolvente (Orientação n.º 021/2011 de 06/06/2011)*: Direcção-geral da Saúde. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0212011-de-06062011-jpg.aspx>
- DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE. (2013). *Plano nacional de saúde 2012-2016: Versão completa*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde. Disponível em: http://pns.dgs.pt/files/2013/05/PNS2012_2016-versaoresumo_mai20133.pdf
- DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE. (2015). *Plano nacional de saúde: revisão e extensão a 2020*. Lisboa: Direcção-geral da Saúde. Disponível em: <http://pns.dgs.pt/files/2015/06/Plano-Nacional-de-Saude-Revisao-e-Extensao-a-2020.pdf.pdf>
- DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE. (2017). *Programa nacional para a saúde mental 2017*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.
- FARIA, H., PAIVA, A., & MARQUES, P. (2012). A restrição física da mobilidade: Estudo sobre os aspetos ligados à sua utilização com fins terapêuticos. *Revista de Enfermagem Referência*. (Nº6), 7-16. Acedido a 20/12/2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.12707/R111192>
- FOSTER, C., BOWERS, L. & NIJMAN, H. (2007). Aggressive behaviour on acute psychiatric wards: Prevalence, severity and management. *Journal of Advanced Nursing*, Vol. 58(nº2), 140- 149.
- HAMMERVOLD, E., NORVOLL, R., AAS, W., & SAGVAAG, H. (2019). Post-incident review after restraint in mental health care-a potential for knowledge development, recovery promotion and restraint prevention - A scoping review. *BMC health services research*. Vol.19 (nº1), 235.
- KAVAK, F. et al. (2019). The effects of psychoeducation given to psychiatry nurses on level of knowledge, attitudes, and practices regarding physical restraint: A randomized study. *Perspectives in Psychiatric care*. 55, pp. 743-751 KONG, E-H, CHOI, H. & EVANS, L. (2016). Staff perceptions of barriers to physical restraint- reduction in long-term care: A Meta Synthesis. *Journal of Clinical Nursing*. 26, pp. 49- 60.
- Lei nº 36/98 (1998). Estabelece os princípios gerais da política de saúde mental e regula o internamento compulsivo dos portadores de anomalia psíquica, designadamente das pessoas com doença mental. Assembleia da república. *Lei de Saúde Mental, Diário da república*, Série I-A (nº 169 de 24-07-1998), 3544-3550. ELI: https://dre.pt/web/guest/pesquisa/search/424762/details/maximized?print_preview=print-preview
- LYKKE, J., JHORTHØJ, C., THOMSEN, C. T., & Austin, S. F. (2019). Prevalence, predictors, and patterns of mechanical restraint use for inpatients with dual diagnosis. *Perspectives In Psychiatric Care*. Vol. 56 (nº4). Acedido a 18/12/2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/ppc.12367>
- OLIVEIRA, L. C., SILVA, R. A. R. (2017). Knowledge and practices in urgent and emergency psychiatric care. *Revista Enfermagem UERJ*. (nº25). 10726. Acedido a 22/11/2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2017.10726>
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2005). *Código deontológico do enfermeiro: dos comentários à análise de casos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido a 20/12/2019. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8889/codigodeontologicoenfermeiro_edicao2005.pdf
- ORDEM DOS ENFERMEIROS. (2018). Parecer nº 101/2018 - *Intervenção de um enfermeiro para com utentes com comportamentos comprometedores à segurança de outros utentes e funcionários*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido a 28/12/2019. Disponível em : https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8413/parecer-n%C2%BA-101_ce_07062018_interven%C3%A7%C3%A3o_enfermeiro_comportamentos-comprometedores-%C3%A0-seguran.pdf
- Regulamento n.º 140/2019 (2019). Regula as Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República*, 2ª Série (nº 140 de 06/02/2019) 4744-4750. ELI: <https://dre.pt/home/-/dre/119236195/details/maximized>
- Regulamento n.º 515/2018 (2018). Regula as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República*, 2ª Série (nº 515 de 07/08/2018), 21427-21430. ELI: <https://dre.pt/home/-/dre/115932570/details/maximized>
- RIAH, S., THOMSON, G., & DUXBURY, J. (2016). An integrative review exploring decisionD making factors influencing mental health nurses in the use of restraint. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, Vol.23 (nº2), 116-128. Acedido a 23/12/19. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jpm.12285>
- SAN, L., et al (2016). State of acute agitation at psychiatric emergencies in Europe: The stage study. *Clinical Practice And Epidemiology In Mental Health: CP & EMH*. Vol.12, 75-86.
- Santana, R., et al. (2018). Mechanical containment in long-stay institutions for the elderly. *Journal of Nursing UFPE*. Vol.12 (nº12), 3394-3400. Acedido a 16/12/2019. Disponível em: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i12a234527p3394-3400-2018>
- SOUZA, A., CORTES, H., PINHO, P. (2018). Serviços de atendimento móvel de urgência frente às emergências psiquiátricas: Uma revisão narrativa. *Portuguese Journal of Mental Health Nursing* (nº20), 72-80. Acedido em 22/11/2019. Disponível em: <https://doi.org/10.19131/rpsm.0229>
- SOUZA, S., SANTANA, F., CAPELETTI, G., MENEZES, K. & DELVALLE, R. (2019). Factors associated with mechanical restraint in the hospital environment: a cross-sectional study. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 53;
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. (2019). *Strategies to end seclusion and restraint: WHO QualityRights Specialized training: course guide*. WHO. Acedido a 20/12/2019. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/329605/9789241516754-eng.pdf>
- Woten, M. R. B., Pilgrim, J. R. B. M. (2017). Restraints, physical: Applying in older adults. *CINAHL Nursing Guide*.

AUTORES

Ana Franco Enfermeira, Santa Casa da Misericórdia de Lisboa

Ana Sousa Enfermeira, Médis – gestão da doença

Carina Poça Enfermeira, ACES Oeste Sul, UCSP Torres Vedras

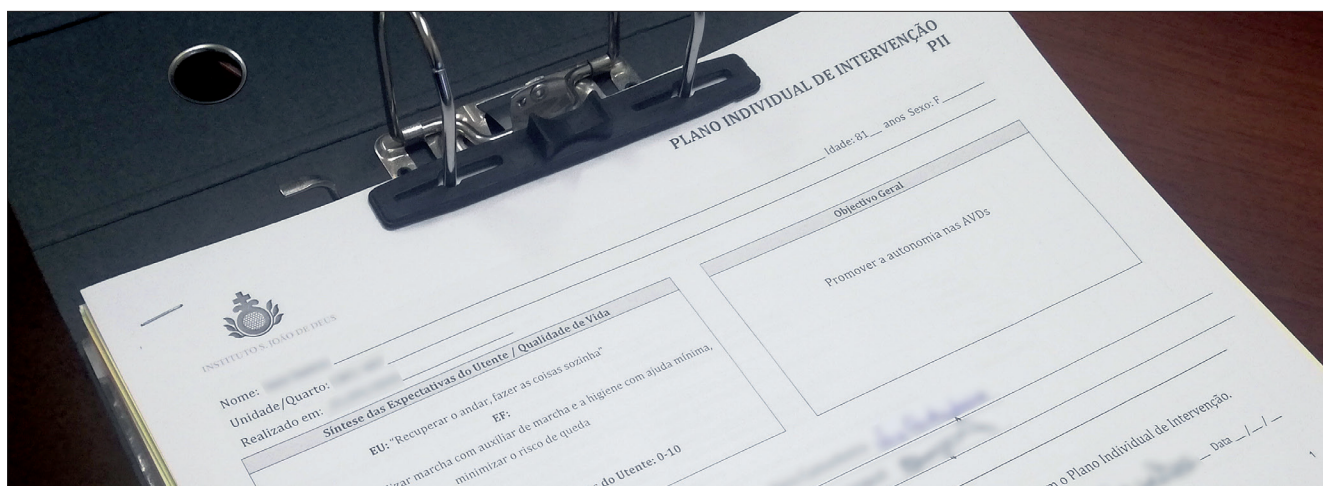
Filipe Nunes Enfermeiro, Casa de Saúde do Telhal e Cruz Vermelha Portuguesa, Costa do Estoril

Luís Santos Enfermeiro, Casa de Saúde do Telhal

Susana Marques Enfermeira, UCC Cacém Care

PII - DO UTENTE PARA O UTENTE

DIANA CHAVES



A atenção dos serviços de saúde centrados no Utente é um tema que tem sido amplamente discutido e, paulatinamente, foi entrando no modo de prestar cuidados de saúde. Esta é uma forma de envolver o Utente no seu próprio processo de saúde-doença.

Independentemente do tratamento ou da sua duração, faz parte da rotina das equipas multidisciplinares do Instituto S. João de Deus avaliarem caso a caso e prescreverem o melhor método de intervenção para aquele Utente e para isso criou-se o Plano Individual de Intervenção (PII).

O PII é um instrumento “do Utente para o Utente”, diz-nos Andreia Magalhães, Responsável Local da Qualidade da Casa de Saúde do Telhal (CST), em Sintra. O PII é feito pela equipa com o Utente ou com a família do Utente nos casos em que o Utente, por exemplo, não seja autónomo. Poder-se-á pedir a participação de outros cuidadores ou até de equipas externas à equipa principal e acontece muitas vezes, de uma forma conjunta, delinear-se o que é melhor para o Utente, explica Andreia. Pretende-se que as intervenções sejam em

rede ou em parceria, por isso “os PIIs são um instrumento único que bebe de várias fontes”, remata.

Os PIIs diferem no caso de serem para curto ou longo internamento. No caso dos curtos internamentos, alcoologia por exemplo, os PIIs são de um mês e por isso são mais intensivos e focados na doença propriamente dita. No longo internamento, os PIIs são definidos para um ano porque na maioria das vezes são Utentes residentes e estão na Casa de Saúde para manter competências e interessa também que não as percam, portanto independentemente do foco, que pode ser diferente, é importante partir sempre daquilo que são as necessidades e expectativas do Utente, no tempo que ficar definido.

Numa primeira fase, o PII começa por perceber aquilo que o Utente quer. “Existe uma reunião inicial que é uma reunião de aferição de expectativas para que o Utente nos trace o caminho que quer percorrer no prazo que é definido”, refere Andreia. No entanto, caso a expectativa seja exacerbada ou irrealista, pode ser trabalhada pela equipa »

PII - DO UTENTE PARA O UTENTE

e, caso se justifique, colocada em PII como “problema” para que possa ser abordado.

As expectativas são aferidas por entrevista aberta e sempre que o Utente consiga verbalizar, pois algumas vezes o Utente não verbaliza, designadamente nalguns casos de Utentes com deficiência. Nesses casos, os profissionais têm de avaliar o impacto de determinadas atividades no Utente para perceber se determinada atividade lhe é benéfica e lhe agrada ou não. Depois de perceber o que é que o Utente quer, há pormenores mais técnicos que a equipa determina. Por vezes, o Utente refere que a expectativa dele é ir dar um passeio ao estádio do Benfica e para ele isso seria ótimo! Por outro lado, a família diz “façam o que fizerem ao Utente, para nós está ok”. A expectativa parece ser bastante simples, mas é importante perceber o que é preciso trabalhar com o Utente para que isso seja possível e os ganhos sejam efetivos.

Depois da entrevista aberta, faz-se um questionário e aplicam-se alguns instrumentos previstos pelo sistema de qualidade. Com eles, medem-se os ganhos na qualidade de vida em termos quantitativos para os Utentes. No ISJD, todo este sistema é certificado. Há instrumentos que são pré-definidos, dependendo da tipologia de internamento, se é curto, médio ou longo, e da tipologia do Utente.

Após análise dos instrumentos referidos e consensualizados para uso do ISJD, a equipa poderá considerar a utilização de outros instrumentos que possam ser uma mais-valia.

A partir da análise do caso, chega-se às áreas fragilizadas que normalmente são aquelas que passam para o PII e que são as que interessa trabalhar, refere Andreia. “Também se pode chegar à conclusão que determinada área, mesmo não estando fragilizada, será necessário trabalhá-la, para não correrem o risco de regredir e então aposta-se na manutenção de competências e atividades para manter determinada área da qualidade de vida ou da autonomia, e essas atividades mantêm-se durante o período necessário”. Na reabilitação, os Utentes são muito autodeterminados e já houve casos em que o PII foi redigido pela equipa e o Utente disse que não concordava com o plano e quis alterá-lo, como por exemplo cancelando uma atividade prevista e fazendo outra. A equipa ajusta sempre o plano porque o principal interveniente no PII é o próprio Utente, portanto ele tem de perceber e concordar com o que lá está. Outra coisa muito importante é a forma como o PII está escrito para não cair numa linguagem muito

técnica para que tanto o Utente como a família percebam. A equipa procura muitas vezes usar expressões que o próprio Utente utiliza para se referir a determinado problema. E, quando o faz, a comunicação torna-se mais fácil. Inclusive se o Utente não perceber a linguagem, existe uma grande probabilidade de recusar o PII.

Trabalhar o PII a este nível faz com que seja individual e holístico, ou seja, considerando todas as dimensões de cada Utente. Desta forma, a equipa consegue diferenciar e abordar os pontos principais do tratamento para uma maior eficácia do mesmo. Há programas com duração reduzida, como no caso de alcoologia, que prevê quatro semanas intensivas, com atividades muito concretas e incisivas na adição, no entanto não se pode cair no erro de fazer um PII igual para todos, o que seria uma contradição. As pessoas são diferentes, vêm de meios diferentes, têm necessidades diferentes, por isso tem de se “encontrar” as particularidades do indivíduo para que o Utente se reveja no PII.

As reuniões de equipa ajustam-se às tipologias e valências diferentes. No serviço de Reabilitação Psicossocial, o técnico de referência funciona como gestor de caso e articula com as várias partes envolvidas, Utente, família, etc. Apura as expectativas, reúne as informações e descreve à equipa para, em conjunto, definirem o PII. Este processo é mais demorado. Enquanto em alcoologia, por exemplo, existe uma reunião semanal de equipa multidisciplinar e no espaço de cinco dias o PII é preparado, discutido e apresentado ao Utente. Este trabalho tem de ser célere pois o tempo é muito curto. No caso do longo internamento, os Utentes são residentes e o PII é definido para um ano. O gestor regista aquilo que apurou e depois é discutido pela equipa, cada um dá o seu parecer e sugestões. A passagem de informação entre equipas também tem um papel fundamental no tratamento dos Utentes, uma vez que quando os Utentes são transferidos entre serviços poderia existir o risco de perda de informação. Por isso, é fundamental que haja um trabalho em rede (o sistema de informação digital utilizado permite que o PII seja digital, o que é uma mais-valia) e isso é refletido no PII, até para envolver as equipas no cumprimento daquilo que se comprometeram fazer. O PII ajuda os profissionais a alinharem a forma de trabalhar e organizar a sua atuação, permitido que as suas intervenções sejam focalizadas e obtendo ganhos/resultados quantificáveis. ■

AS SUGESTÕES DOS ENTREVISTADOS

Francisco Frazão Alves Guerreiro



MARIZA



A sugestão que faço aos leitores é o álbum “Terra” da cantora Mariza. Canta belos poemas e melodias, tendo sido pioneira no atual quadro da nova geração de fadistas no pós 25 de abril. é sempre uma voz a ouvir e repetir.

OS TRANSPARENTES

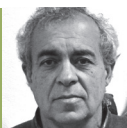


Os Transparentes é um livro da autoria de Ondjaki.

Foi o vencedor do prémio literário José Saramago em 2013. Neste livro o autor apresenta um retrato crítico, mas com muito humor, de várias personagens de Angola no pós-independência.

Ondjaki é um autor com muitas obras publicadas em diversas línguas e vários prémios ganhos.

Mário Carmo Pereira

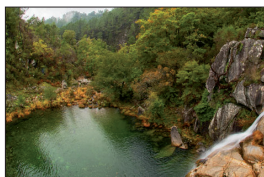


PERSON CENTERED PLANNING



Numa pesquisa aos termos desta sugestão, encontrarão centenas de sites dirigidos uns para aplicação do planeamento centrado na pessoa na educação, com idosos, com pessoas com deficiência e com pessoas com doença mental. Esta abordagem é hoje o standard em países como Reino Unido, Irlanda, Canadá, EUA ou a Austrália.

LAFÕES



Convido os leitores para uma viagem pelas terras de Lafões, desenhadas pelo vale do Vouga com as serras da Arada e de S. Macário de um lado e a do Caramulo do outro. Há por aqui muito para ver e para fazer. Paisagens deslumbrantes, atividades na natureza e as maiores Termas de Portugal.

A SEGUIR



OLHARES DIFERENTES
Problemáticas diversas

...e ainda

02 FEV Dia da Vida Consagrada

11 FEV Dia Mundial do Doente

12 FEV Dia de Beato Olaio Valdês

08 MAR Dia de S. João de Deus

A MÁSCARA

MARGARIDA CORDO

O ano 2020 tirou-nos muito - a certeza de que éramos seres evoluídos; a confirmação de que somos entes vivos superiores; a convicção de que tínhamos uma sociedade construída com base numa inabalável evolução.

O mundo ficou estranho, as dinâmicas alteradas, os homens medrosos. O sentido da vida transformou-se no caminho da constante ameaça. O prazer passou a ser desfrutado com contenção. O encanto passou a ser disfarçado de sorrisos escondidos atrás de barreiras que os vão tornando quase indecifráveis, apenas presumíveis pelo franzir dos olhares. Quase ou mesmo de repente, o que se prometia ou era promissor teve de ser cancelado. A importância relativa, já ignorada, de quase tudo, passou a ser a certeza absoluta de quase nada. As convicções sofreram uma hecatombe inimaginável e, já em rota de combate desta realidade, em tempo de vacinação, ainda não se percebe bem como tudo aconteceu.

Os que ainda não nasceram, estão já para nascer ou têm apenas poucos anos, dificilmente recordarão como é estranho este mundo. Os aviões no chão, os homens e as mulheres dentro de casa, as empresas em modo virtual, as aulas nos ecrãs, os abraços substituídos por delicados encontrões que significam uma vénia ou mesmo um beijo que apetecia dar, mas não pode ser... E não se sabe como o *mundo depois* vai ficar em relação ao *mundo que era antes*. A realidade impôs-se ao desejo de humanizar. Esqueceram-se os corações para salvar os corpos. Ignoraram-se os afetos para lutar pelas sobrevivências. É tão mau, mas parece que não é a primeira vez. Outras epidemias e pandemias cruzaram antes os nossos destinos, mas, sobre algumas delas, já ninguém cá está para falar agora e comparar com o que viveu. E amanhã? Não sabemos. Virão outras? Lembro-me da minha avó a comentar a pneumónica, comumente chamada gripe espanhola. Acho mesmo que, com tanta e bem útil sofisticação, o que nos salva em primeira mão, parece ser exatamente o mesmo que

nos salvava há 100 anos - a máscara.

Estão, agora, a chegar as vacinas. As reportagens das primeiras tomas e dos primeiros tomadores foram mais do que muitas. Realmente, a esperança é algo de que se precisa e, por isso mesmo, percebe-se que se divulgue desta forma - chegou o milagre que há de salvar-nos. Bem precisamos, pensarão muitos ou pensaremos todos. Em todo o caso, é preciso refletir.

De tudo o que estamos a viver têm, obrigatoriamente, de ficar aprendizagens profundas, marcantes, inesquecíveis.

Se nos convenceremos que, daqui a pouco, todos ou quase todos estaremos vacinados e sem sequelas, vamos apagar depressa das nossas memórias este grande pesadelo e isso não pode acontecer. Será um enorme desrespeito por aqueles que têm sofrido como nunca pensaram ter de sofrer antes - os ansiosos, os deprimidos, os desempregados, os isolados, os que partiram.

É melhor pensarmos que o caminho que falta percorrer é pelo menos tão grande como o caminho que já foi percorrido. Não se discute aqui a segurança das vacinas. Isso é para outros. Mas ainda não sabemos quase nada porque não houve tempo, a não ser tempo record para as produzir, empenho, progresso científico sem menosprezo da qualidade...

E para o futuro? Certo, certo, o mesmo que para o passado - a máscara. O "sofisticado" artefacto que continua e continuará a proteger-nos. Aquele que nos rouba a expressão, mas nos oferece a saúde; aquele que nos permite estar perto, mas que nos distancia na partilha de alguma intimidade; aquele que estraga as maquilhagens e esborrata os lábios das senhoras, sem apagar nada do que atrás dele se esconde de cada homem; aquele que nos mostra que afinal a boca é tão importante como os olhos para descodificar cada sentir. A máscara - que nos fique a sua qualidade e a consciência de que, porque é tão útil, não vamos deixar que desumanize a nossa forma de cuidarmos uns dos outros. ■



CONTACTOS

CÚRIA PROVINCIAL SEDE ISJD

Rua S. Tomás de Aquino, 20
1600-871 LISBOA
Tel.: 217 213 300
Fax: 217 213 353
E-mail: sede@isjd.pt
www.isjd.pt

CASA DE SAÚDE DO TELHAL

Estrada do Telhal, 55
2725-588 MEM MARTINS
Tel.: 219 179 200
Fax: 219 172 618
E-mail: cst.telhal@isjd.pt
www.isjd.pt/cst.telhal

CASA DE SAÚDE S. JOÃO DE DEUS FUNCHAL

Caminho do Trapiche, s/n
Santo António
Caixa Postal 4376
9020-126 FUNCHAL
Tel.: 291 741 032
Fax: 291 741 035
E-mail: cssjd.funchal@isjd.pt
www.isjd.pt/cssjd.funchal

CASA DE SAÚDE S. RAFAEL

Rua Dr. Aníbal Bettencourt, s/n
Caixa Postal 1102
9701-902 ANGRA DO HEROÍSMO
Tel.: 295 204 330
Fax: 295 212 076
E-mail: cssr.angra@isjd.pt
www.isjd.pt/cssr.angra

CASA DE SAÚDE S. JOÃO DE DEUS BARCELOS

Av. Paulo Felisberto, 205
4750-783 BARCELOS
Tel.: 253 808 210
Fax: 253 808 219 / 7
E-mail: cssjd.barcelos@isjd.pt
www.isjd.pt/cssjd.barcelos

CASA DE SAÚDE S. MIGUEL

Rua de S. João de Deus, s/n
Caixa Postal 155
9501-902 PONTA DELGADA
Tel.: 296 201 600
Fax: 296 201 608 / 9
E-mail: cssm.pdelgada@isjd.pt
www.isjd.pt/cssm.pdelgada

HOSPITAL S. JOÃO DE DEUS

Rua de Avis, 89
7050-089 MONTEMOR-O-NOVO
Tel.: 266 898 040
Fax: 266 898 049
E-mail: hospital.montemor@isjd.pt
www.isjd.pt/hospital.montemor

RESIDÊNCIA S. JOÃO DE DEUS

Rua S. João de Deus, 6
2495-456 FÁTIMA
Tel.: 249 534 627
Fax: 249 534 223
E-mail: irmaos.fatima@isjd.pt

CLÍNICA S. JOÃO DE ÁVILA

Rua S. Tomás de Aquino, 20
1600-871 LISBOA
Tel.: 217 213 300
E-mail: csja@isjd.pt
www.isjd.pt/csja

CASA DE SAÚDE S. JOSÉ

Largo S. João de Deus, 1
4755-044 AREIAS DE VILAR
Tel.: 253 919 000
Fax: 253 919 008/9
E-mail: cssj.vilar@isjd.pt
www.isjd.pt/cssj.vilar

FUNDAÇÃO S. JOÃO DE DEUS

Av. Júlio Dinis, 23 - 1.º Esq.
1050-130 LISBOA
Tel.: 217 983 400
Fax: 217 983 401
E-mail: sede@fsjd.pt
www.fsjd.pt

DELEGAÇÃO PROVINCIAL DO BRASIL - SEDE

Estrada Turística do Jaraguá, 2365
Pirituba
05161-000 SÃO PAULO
Tel.: 00 55 11 390 378 57
Fax: 00 55 11 390 230 88
E-mail: secretaria@saojoaodedeus.org.br
www.saojoaodedeus.org.br

COMUNIDADE DOS IRMÃOS -DIVINÓPOLIS

Rua do Cobre, 800 - C.P. 34
35500-227 DIVINÓPOLIS MG
Tel.: 00 55 37 322 977 63
Fax: 00 55 37 322 250 02
E-mail: csscosta@yahoo.br
www.saojoaodedeus.org.br

LAR SÃO JOÃO DE DEUS

Estrada União Indústria, 12.192, Itaipava
25750-227 PETRÓPOLIS - RJ
Tel.: 0055 (24) 2222-2657
E-mail: adm.it@saojoaodedeus.org.br
www.saojoaodedeus.org.br

CASA DE SAÚDE SÃO JOÃO DE DEUS

Estrada Turística do Jaraguá, 2365, Pirituba
05161-000 SÃO PAULO - SP
Tel.: 0055 (11) 3901-9100
E-mail: atendimento.sp@saojoaodedeus.org.br
www.saojoaodedeus.org.br

CASA DA HOSPITALIDADE

Rua Duque de Caxias, 3001,
Jardim os Pioneiros
79570-000 APARECIDA DO TABOADO-MS
Tel.: 0055 (67) 3565-6504 /
Tel.: 0055 (11) 95740-4321
E-mail: casah@saojoaodedeus.org.br
www.saojoaodedeus.org.br

MISSÃO EM TIMOR LESTE

Irmãos de S. João de Deus
Caixa Postal 100
88001 Dili - TIMOR LESTE
Tel.: 00 670 725 7859
E-mail: irmaos.timor@isjd.pt
www.isjd.pt/timor-leste



*A Revista Hospitalidade
deseja-lhe um 2021 cheio da alegria
do nascimento do Messias Senhor*

