



Jornal do Centro

VACINAÇÃO CONTRA A GRIPE

- Programa de vacinação para os profissionais
- Esclarecimentos sobre a vacinação



O Cancro
do cólon e recto

Recomendações ao cliente submetido
a colocação de balão intragástrico

Índice

- 2 Talis Qvalis
 - 3 Editorial
 - 4 Vacinação contra a gripe
 - 7 Parceiros nos cuidados à criança
Poster permiado
 - 8 Cancro do cólon e do recto
 - 10 Auditoria Interna ao Serviço de Patologia Clínica
- 
- 12 Recomendações ao cliente submetido a colocação de balão intragástrico
 - 14 Breves
 - 15 Agradecimentos
 - 16 Agenda do Centro

TALIS QVALIS VII

Qualidade – Apontamentos

Uma das grandes vantagens da existência de **Padrões de Qualidade** é a de que, por serem mensuráveis, tornam possível a avaliação do seu cumprimento, quer pelos próprios (**auto-avaliação**), quer por entidades externas.

No caso das entidades externas, elas podem estar directamente interessadas na organização em causa (caso se tratem de clientes, utentes, pacientes, etc.), mas também podem ser totalmente independentes da mesma.

É neste último contexto que aparecem os conceitos de **Certificação** e de **Acreditação** que, embora estejam a ter uma utilização crescente na área dos Serviços de Saúde, nem sempre são correctamente empregues.

Neste artigo iremos ver as semelhanças entre os dois conceitos, deixando para o próximo as suas diferenças.

Em ambos os casos necessitamos da existência de:

1. Padrão ou norma de referência

Estes padrões ou normas, que como vimos anteriormente são uma base essencial de qualquer actividade ligada à Qualidade, são normalmente definidos por entidades nacionais ou internacionais, com competências específicas. São exemplos típicos a **International**

Standarts Organization (ISO) e, especificamente na área da saúde o **Health Quality Service (HQS)** inglês e a **Joint Commission (JC)** americana.

2. Entidade que certifica / acredita

Entidade a quem foi reconhecida capacidade e idoneidade para poder verificar o cumprimento dos padrões ou normas acima referidos. Logicamente, as competências exigíveis a cada entidade serão diferentes consoante o tipo de norma. No contexto da ISO, o reconhecimento é dado por estruturas nacionais dela dependentes e na área da saúde é normalmente dado pelas próprias organizações normativas (HQS ou JC, por exemplo).

3. Processo de certificação / acreditação

Estes processos fazem-se normalmente com recurso a **auditorias**, conduzidas por **auditores** independentes que têm de possuir competências específicas (e demonstráveis), variáveis em função da norma de referência.



JOÃO FARO VIANA

Director do Departamento da Qualidade

*TALIS QVALIS: Origem da palavra latina *qualitas*

Serviços Informativos do CHLO

Contactos

HOSPITAL DE EGAS MONIZ

Tel.: 21 365 00 00

Rua da Junqueira, 126, 1349-019 LISBOA

HOSPITAL DE SANTA CRUZ

Tel.: 21 416 34 00

Avenida Professor Reinaldo dos Santos, 2790-134 CARNAXIDE

HOSPITAL DE SÃO FRANCISCO XAVIER

Tel.: 21 300 04 96 / 21 300 05 47

Estrada do Forte do Alto do Duque, 1449-005 LISBOA

Horário de Funcionamento: 8h00 às 20h00, todos os dias

Gabinete do Utente do CHLO

Contactos

HOSPITAL DE EGAS MONIZ

nadiarodrigues@hegasmoniz.min-saude.pt

Tel.: 21 365 01 67

HOSPITAL DE SANTA CRUZ

rsantos@hsc.min-saude.pt

Tel.: 21 416 34 00 (ext.2695)

HOSPITAL DE SÃO FRANCISCO XAVIER

gabinete.utente@hsfxavier.min-saude.pt

Tel.: 21 300 04 03

Horário de Funcionamento: 9h00 às 17h00 de 2ª a 6ª feira

Ficha Técnica

Propriedade: Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, E.P.E. | Estrada do Forte do Alto do Duque, 1449-005 LISBOA

Telefone: 213 000 300 • Fax: 213 017 533 | **Director:** José Miguel Boquinhas | **Edição:** Helena Pinto

Redacção: Helena Pinto, Nádía Rodrigues e Rosa Santos | **Revisão:** Alexandra Flores | **Fotografia:** Helena Pinto,

Nádía Rodrigues e Rosa Santos | **Distribuição:** Serviço de Comunicação e Imagem | **Concepção Gráfica:** Paulo Reis

Impressão: Grafivedras – Torres Vedras | **Tiragem:** 5000 exemplares | **ISSN:** 1646-379X | **Depósito Legal:** 238539/06



HOSPITAL DE EGAS MONIZ
HOSPITAL DE SANTA CRUZ
HOSPITAL DE SÃO FRANCISCO XAVIER

José Miguel Boquinhás

Presidente do Conselho de Administração



O ano de 2007 será para o Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, E.P.E. o ano de consolidação das mudanças que têm vindo a ser levadas a efeito na modernização da sua estrutura, tanto a nível clínico como administrativo.

Assistir-se-á durante o corrente ano à concentração dos laboratórios, da anatomia patológica e dos serviços de imunohemoterapia, agora denominados de medicina transfusional, bem como ao nascimento de parcerias público-privadas na área da imagiologia e medicina nuclear, o que permitirá a renovação do parque tecnológico nestas especialidades, a par da construção dos novos serviços de imagiologia e neuroradiologia do Hospital de Egas Moniz e de Medicina Nuclear no Hospital de Santa Cruz.

Para além destes objectivos, irá ser implementado brevemente, antecipando até as iniciais previsões do Conselho de Administração, o processo clínico electrónico nas três unidades hospitalares que constituem o CHLO. Trata-se de uma iniciativa que irá trazer enormes benefícios para todos os intervenientes, médicos, doentes e funcionários em geral, evitando a circulação dos processos em papel com toda a sobrecarga burocrático-administrativa que daí resulta, risco de extravio, perdas de tempo e proliferação de procedimentos, já que o processo será único independentemente da especialidade a que o doente recorre, e estará sempre disponível “on-line”. Além disso, o processo clínico electrónico, sendo uma aplicação global, disponibilizará os diversos módulos, incluindo a marcação de consultas, os exames auxiliares de diagnóstico e a prescrição de medicamentos. Trata-se, pois, de uma revolução no modelo organizacional do Centro Hospitalar que se prevê estar totalmente concluída dentro de dois anos e que irá proporcionar melhor atendimento aos doentes, aumento da eficiência e melhor rentabilização dos serviços disponíveis.

O êxito de uma iniciativa desta natureza, dada a inércia frequentemente existente e as dificuldades inerentes à própria implementação de um modelo com estas características, só poderá ser levado a bom porto com uma enorme colaboração e aceitação por parte dos nossos colaboradores, em especial, dos médicos. É esse o desejo do Conselho de Administração e acreditamos que assim aconteça. ■

Serviço de Saúde Ocupacional

Vacinação contra a gripe

Programa de Vacinação Contra a Gripe 2006/2007 para os Profissionais de Saúde do Centro Hospitalar

Dando cumprimento às recomendações emanadas pela Direcção-Geral da Saúde (DGS) e de organizações internacionais como a Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Center for Disease Control and Prevention (CDC), e na sequência de anos anteriores, o Serviço de Saúde Ocupacional do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental (CHLO) implementou o programa de vacinação contra a gripe dos profissionais de saúde, nos Hospitais de Egas Moniz (HEM), de São Francisco Xavier (HSFX) e de Santa Cruz (HSC).

O programa de vacinação contra a gripe no CHLO destina-se a todos os profissionais de saúde que aí desempenham funções, com prioridade para aqueles que pelo tipo de trabalho desempenhado, contactam directamente com os doentes, que pertencem aos grupos considerados de risco para a gripe.

A vacina foi gratuita e não obrigatória e a sua administração foi efectuada, em cada Hospital, pela respectiva Enfermeira do Trabalho, mediante inscrição prévia.

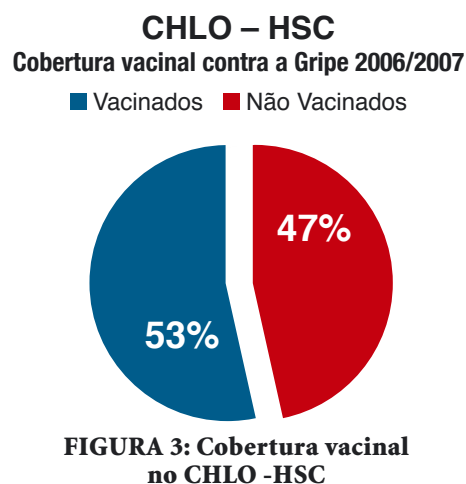
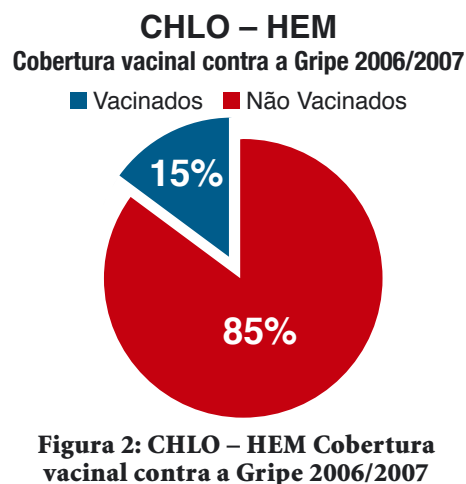
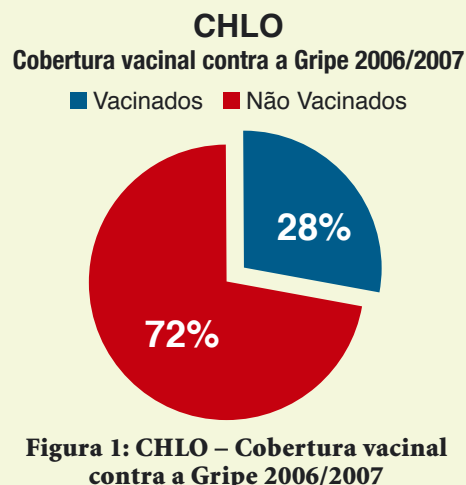
O total de trabalhadores do CHLO em Setembro de 2006 era de 4288, sendo 1806 do HEM, 1614 do HSFX e 868 do HSC.

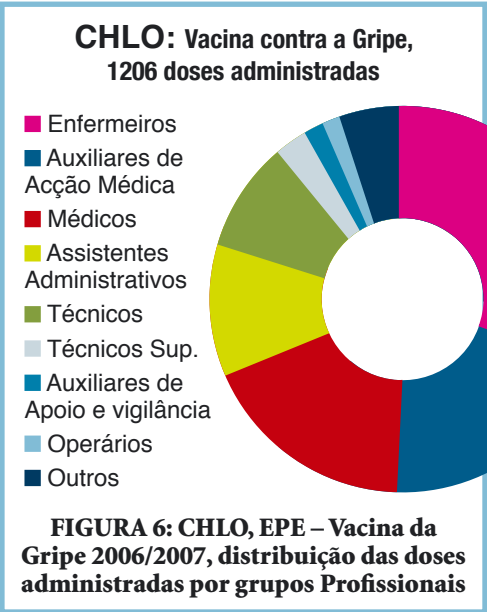
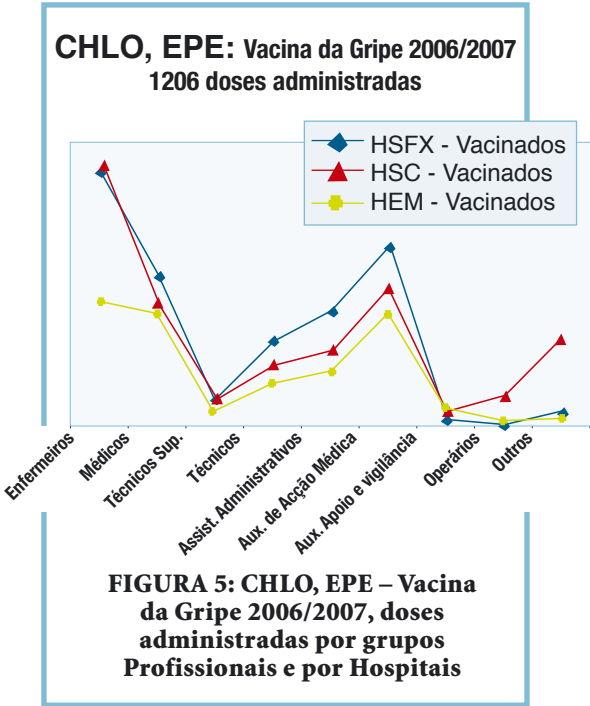
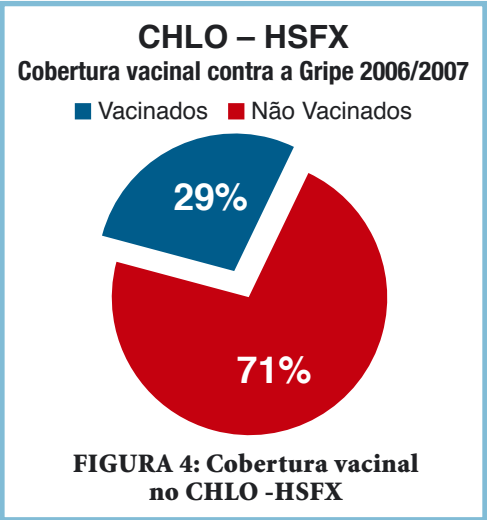
A vacinação decorreu maioritariamente durante os meses de Outubro e Novembro de 2006, tendo sido administradas um total de 1206 vacinas, das quais 273 no HEM, 464 no HSC e 469 no HSFX. Assim, a cobertura vacinal no CHLO foi de 28% (fig. 1) para um objectivo previsto de 34%, tendo sido de 15% no HEM (fig. 2), de 53% no HSC (fig. 3) e de 29% no HSFX (fig. 4).

As reacções adversas referidas pelos trabalhadores este ano, foram no HSC e HSFX, de 4% e 0,006 %, respectivamente.

Os resultados da vacinação foram muito satisfatórios no Hospital de Santa Cruz e no Hospital de São Francisco Xavier, tendo este ano ficado aquém das expectativas no Hospital de Egas Moniz, sobretudo no grupo profissional dos Enfermeiros, ou seja naquele em que potencialmente o contacto com doentes de risco é mais directo (fig. 5).

No entanto, verifica-se que globalmente, no CHLO, e tal como foi recomendado pela DGS, o maior número de vacinas foi administrado a Enfermeiros, Auxiliares de Acção Médica e a Médicos (fig.6).





Esclarecimentos sobre a vacinação contra a gripe sazonal

A gripe é uma doença viral aguda causada pelo vírus influenza, do qual se conhecem 3 tipos, A, B e C. Apenas os vírus A e B causam doença com impacto na Saúde Pública, podendo esta ser ligeira, grave, ou por vezes mortal. O vírus é transmitido de pessoa a pessoa, aos indivíduos susceptíveis através das secreções respiratórias dos doentes, por via aérea (gotículas) ou por contacto.

Segundo a OMS, durante as epidemias anuais de gripe, a taxa de ataque global é de 5 a 10% na população adulta e de 20 a 30% nas crianças.

A infecção atinge todos os grupos etários, mas são os indivíduos com idade igual ou superior a 65 anos, as crianças e as pessoas com patologia crónica subjacente que apresentam maior risco de desenvolver complicações graves da gripe.

Prevenção

A melhor forma de prevenir a doença e reduzir o impacto das epidemias é através da vacinação anual contra a gripe sazonal.

O principal objectivo da vacinação contra a gripe é evitar as formas graves e as complicações da gripe, reduzindo a incidência da doença grave e a mortalidade prematura.

As vacinas são eficazes e seguras mas a sua efectividade é variável de ano para ano e depende do grau de concordância antigénica, entre as estirpes contidas na vacina e as estirpes em circulação, bem como da idade e da imunocompetência da pessoa vacinada.

A vacina pode prevenir 70 a 90% dos casos de doença laboratorialmente confirmada. A vacinação da população idosa não institucionalizada pode reduzir o número de internamentos em 25 a 39% e a mortalidade global em 30 a 75% durante a época gripal.

A vacina anual contra a gripe apenas protege contra a infecção pelas estirpes de vírus da gripe humana contidos na vacina.



A equipa do Serviço de Saúde Ocupacional do CHLO

Esta vacina não protege contra a infecção pelo vírus da gripe A (H5N1), responsável pela gripe aviária.

Recomendações

De acordo com os objectivos da OMS para 2006, a DGS considerou prioritário para este ano aumentar a cobertura vacinal nas pessoas com idade igual ou superior a 65 anos para 50%. A vacina deve ser administrada anualmente, preferencialmente, durante os meses de Outubro e Novembro.

A vacinação é recomendada aos seguintes grupos:

- Pessoas consideradas com alto risco de desenvolver complicações pós-infecção gripal;
- Pessoas com probabilidade acrescida de transmitir o vírus aos grupos anteriormente referidos, o que inclui pessoal dos serviços de saúde e de outros serviços prestadores de cuidados (domiciliários ou em instituições) e com contacto directo com as pessoas incluídas no grupo anterior, mesmo que vacinadas;
- Profissionais que possam vir a estar envolvidos em operações de abate sanitário de aves potencialmente infectadas com o vírus da gripe (visando reduzir o risco teórico de recombinação genética do vírus por co-infecção, entre o vírus da gripe aviária e o da gripe humana).

De acordo com a actual legislação portuguesa¹ os encargos resultantes da vacinação dos profissionais de saúde ou de outros

“A vacina disponível em Portugal é inactivada, não contém vírus por isso, não pode provocar a doença, mas independentemente da administração desta vacina, podem ocorrer outras infecções respiratórias virais causadas por vírus não influenza, durante a época de gripe”
(DGS – CI n.º 40).

serviços, cujo risco advenha da sua actividade profissional, são da responsabilidade da respectiva entidade empregadora (pública ou privada), através dos Serviços de Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho.

Contra-indicações

As contra indicações à vacina contra a gripe são:

- Antecedentes de uma reacção grave a uma dose anterior de vacina;
- Antecedentes de reacção anafiláctica a qualquer dos componentes da vacina, nomeadamente aos excipientes ou às proteínas do ovo;
- Antecedentes de Guillain-Barré, nas 6 semanas seguintes a uma dose anterior de vacina, são considerados uma contra-indicação relativa, devendo a decisão de vacinar ser ponderada caso a caso.

Reacções Adversas

A reacção mais frequente (10 a 64%) é o endurecimento do local da inoculação, que dura 1 a 2 dias e que, de um modo geral, não interfere com a actividade da pessoa. Pode ocorrer febre, mal-estar e mialgias 6 a 12 horas após a vacinação, com duração de 1 a 2 dias.

As reacções alérgicas são raras e são provavelmente consequência de hipersensibilidade a um dos componentes da vacina.

Esporadicamente, foi também descrita a síndrome oculo-respiratória, auto-limitada, nas 24 horas após a vacinação e que inclui conjuntivite bilateral e/ou sintomas respiratórios (tosse, pieira, opressão torácica, dispneia, disfagia, rouquidão, odinofagia) e/ou edema facial.

Os estudos efectuados concluíram serem os dados existentes insuficientes para confirmar ou infirmar a existência de uma relação causal entre as vacinas contra a gripe utilizadas e a síndrome de Guillain Barré.

Bibliografia

- Ministério da Saúde, Direcção-Geral da Saúde – Circular Informativa n.º 40 de 21 / 09 / 2006 (Gripe: Vacinação contra a gripe em 2006/2007)
- OMS – Organização Mundial de Saúde – *Influenza Vaccines: recommendations for the use* (www.who.org)
- CDC (Center for Disease Control and Prevention) – Preventing the influenza (www.cdc.gov)

¹ Decreto-lei n.º 84/97, de 16 de Abril e Decreto-Lei n.º 109/2000, de 30 de Junho.

Poster premiado

“Parceiros nos cuidados à criança: em conjunto pela criança...”

No âmbito das I^{as} Jornadas de Enfermagem da Área Pediátrica do Centro Hospitalar de Setúbal, EPE – Hospital de São Bernardo e Hospital Ortopédico Sant’Iago do Outão, intituladas “Actualidades em Pediatria, Inovar Para Melhor Cuidar”, que decorreram de 27 a 29 de Outubro, o poster: “Parceiros nos cuidados à criança”, foi apresentado pelos Enfermeiros Carlos Rola, Joana Rodrigues e Maria Pires do Serviço de Pediatria do Hospital de São Francisco Xavier e foi classificado como o segundo melhor.

Através deste poster podemos reflectir sobre o que experienciámos dia-a-dia com a criança e sua família. Este poster dá voz à criança, contando uma história na qual se compreende a imprescindibilidade do trabalho em parceria para o bem-estar da criança e família hospitalizados.

Com a realização do presente poster os autores pretendem não apenas divulgar uma correcta circunscrição e definição conceptual do conceito parceria, mas também a sua operacionalização, enquanto modelo que vise melhorar a qualidade dos cuidados prestados às crianças, jovens e famílias hospitalizadas, o que inclui também a sensibilização dos profes-



sionais e todos os intervenientes, para a importância e imprescindibilidade da parceria.

A apropriação deste conceito, **parceria**, por nós enfermeiros tem razões que derivam “no fazer” em enfermagem. É por isso que palavras como: afecto, confiança, proximidade, comunicação e responsabilidade são indubitavelmente importantes e lhe estão associadas. E, claro, sem a partilha de poder não podemos falar de parceria. Ser parceiro pressupõe a participação da criança, do jovem e da família nos cuidados, bem como a responsabilização dos mesmos, de forma interactiva com os vários profissionais.

Ser parceiro implica, por isso, estar informado, porque para se decidir é preciso ter acesso à **informação**, e só com a informação disponível, num espírito de partilha de conhecimentos, de capacidades, de objectivos, de responsabilidade e de decisões conjuntas, se pode falar em parceria.

A articulação harmoniosa do significado destas palavras permitirá criar então um ambiente cheio de vida - o **ambiente pediátrico**, onde

a criança/jovem poderá vivenciar experiências positivas de descoberta e admiração e até de alegria. Poderá, por isso, também falar-se de um projecto terapêutico, cuidador, durante o qual se trabalha em conjunto para amortecer o impacto da hospitalização para a criança/jovem e família.

Só podemos desenvolver competências se reflectirmos sobre as experiências e foi o que fizemos.

O nosso muito obrigado.

CARLOS ROLA,
JOANA RODRIGUES, MARIA PIRES
Enfermeiros do Serviço de Pediatria
Hospital de São Francisco Xavier

A HISTÓRIA DO POSTER

Era uma vez então, um poster mágico onde tudo se poderia escrever. As cores que o pintam não são muito alegres, mas são fortes, tal e qual nós, as crianças desejamos ser: fortes e alegres. A criança que nos representa no poster é uma criança cheia de vida, alegre. Os pés, esses grandes pés são os do meu pai, que me dão suporte. Quem nos tira a fotografia é a minha Mãe, e eu sorrio para ela. É a minha família.

O poster tem uma mensagem que marca, onde as funções dos vários intervenientes se entrelaçam umas nas outras. E são todos

amigos! Nenhum quer ser mais bonito do que o outro, nem nenhum quer dar mais nas vistas, porque trabalham uns com os outros... o enfermeiro, a assistente social, o fisioterapeuta, o médico, a dietista, eu, os meus pais e muitos outros... E quando nós, crianças, estamos internados cria-se entre nós e eles um ambiente de diálogo, de proximidade, de afecto, com espaço de comunicação que muito contribui para o nosso bem-estar no hospital! E assim forma-se aquela noção de processo dinâmico, delineado em conjunto, onde são construídos

objectivos comuns, suportados numa relação de confiança e responsabilidade, onde é reconhecida a capacidade do outro, o trabalho em equipa, a negociação... em que uns não são sem os outros!

E é este mundo que existe dentro das crianças e jovens. O mundo imaginário e especial que devemos sempre alimentar e ouvir! E não se esqueçam de outra coisa... de cada vez que olharem para o poster, já sabem! O que lá está não é apenas o que se vê! Se quiserem este é o segredo do poster, que cada um de vós pode descobrir e será também o vosso segredo.

Prevenir, implementar e alargar o rastreio

Cancro do cólon e recto

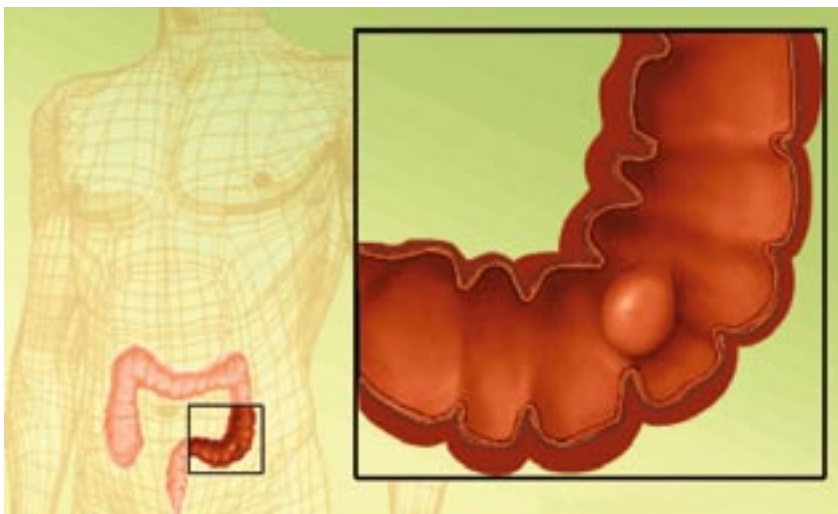
O cancro do cólon e recto é uma das doenças oncológicas mais comum no mundo ocidental. Em Portugal é o 2º tumor mais frequente nos Homens e o 4º nas Mulheres, sendo uma das primeiras causas de morte por cancro.

Todos os anos são diagnosticados no nosso país cerca de 6000 novos casos de cancro do cólon e recto, dos quais metade terá uma evolução fatal. A este panorama sombrio acresce o facto de o número de novos casos ter vindo a aumentar de ano para ano, o que torna Portugal no país europeu onde mais tem aumentado a incidência desta doença. Pode diagnosticar-se em indivíduos de todas as idades e de ambos os sexos, embora mais de 90 % dos casos sejam após os 50 anos.

A causa do cancro do cólon e recto não está inteiramente esclarecida. Sabe-se que apenas 5% dos casos são hereditários ou de incidência familiar, ou seja, têm origem em alterações de determinados genes transmitidos de pais para filhos. As doenças hereditárias, associadas a alto risco de cancro do cólon e recto, são a Polipose Adenomatosa Familiar e o Cancro do Cólon Não Associado a Polipose ou Síndrome de Lynch.

Os grupos considerados de risco são os seguintes:

- Indivíduos com mais de 50 anos;
- Antecedentes familiares de cancro do cólon o recto;
- Indivíduos com pólipos cólon;
- Doença Inflamatória do Intestino (Doença de Crohn ou Colite Ulcerosa);
- Obesidade;
- Fumadores (risco aumentado em 30 a 40%);
- Estilo de vida sedentário;
- Alimentação rica em gorduras de origem animal e pobre em fibras;
- Indivíduos que já tiveram cancro do cólon e recto.



Pólipo do cólon: A colonoscopia permite a identificação de pólipos milimétricos

Como se manifesta o cancro do cólon e recto?

O cancro do cólon e recto pode manifestar-se clinicamente de diversas formas, nomeadamente com perda de sangue nas fezes, anemia ou alteração dos hábitos intestinais (diarreia ou obstipação de instalação recente). No entanto, a evolução da doença é geralmente lenta e durante muito tempo silenciosa. Os sintomas só aparecem em fases avançadas da doença, infelizmente quando a possibilidade de cura é mais reduzida, quer pelo aparecimento de metástases (disseminação do tumor para outros órgãos diferentes do local de origem), quer pelo crescimento local e invasivo que impedem o sucesso da cirurgia.

Assim se percebe que o tratamento curativo só seja possível em cerca de metade dos doentes. Apesar dos progressos alcançados a mortalidade ainda é dramaticamente elevada.

Como se detecta o cancro do cólon e recto?

Para a probabilidade de cura ser maior é fundamental a detecção da doença em fases precoces, quando as dimensões do tumor são ainda reduzidas, não produzindo sintomas. Quando o cancro do cólon é detectado numa fase precoce 9 em cada 10 pessoas sobrevive pelo menos durante os 5 anos seguintes. Pelo contrário, em fases mais avançadas, quando o cancro atinge outros órgãos, como os pulmões, a probabilidade de sobrevivência nos 5 anos seguintes desce para oito em cada cem pessoas.

O rastreio é actualmente a arma mais poderosa no combate ao cancro do cólon. Baseia-se não só na possibilidade de diagnosticar

O rastreio é actualmente a arma mais poderosa no combate ao cancro do cólon

a doença em fases precoces mas também na oportunidade de detectar as chamadas lesões pré-malignas. De facto, e ao contrário da maioria dos outros cancros que se desenvolvem directamente a partir de células sãs, o cancro do cólon tem origem em lesões benignas, os pólipos, em mais de 90% dos casos. Os pólipos são protuberâncias ou elevações do contorno interno do intestino que, se não removidos, podem evoluir para cancro. Diversos estudos têm demonstrado que a detecção e remoção precoce dos pólipos do cólon reduz a incidência e mortalidade por cancro do cólon e recto. A colonoscopia é o único exame complementar de diagnóstico que permite, além da detecção, a remoção de pólipos sem necessidade de intervenção cirúrgica.

Qual o programa de rastreio adequado?

Segundo dados da Sociedade Portuguesa de Endoscopia Digestiva, o rastreio através da colonoscopia pode evitar 90% das mortes por cancro do cólon e recto, sendo fundamental sensibilizar a população para a sua importância. Infelizmente, apenas uma pequena percentagem da população com mais de 50 anos já realizou este exame.

O programa de rastreio deve adequar-se a uma avaliação inicial do risco de desenvolvimento de cancro do cólon e recto associado a cada pessoa:

- Para a população de risco padrão, isto é, todas as pessoas sem história pessoal ou familiar de pólipos ou cancro do cólon e recto, recomenda-se uma primeira colonoscopia aos 50 anos de idade. Uma vez que o processo de crescimento e transformação maligna dos pólipos pode demorar cerca de 10 anos, recomenda-se a repetição deste exame só ao fim de uma década;

- Para a população de risco aumentado (por exemplo, para uma pessoa que tenha um familiar de 1º grau com cancro do cólon e recto), recomenda-se, em geral, uma primeira colonoscopia aos 40 anos de idade, devendo ser repetida em cada 5 anos.

Os achados durante cada exame colonoscópico podem alterar a estratégia de vigilância.



Remoção de pólipo do cólon durante a colonoscopia.

A remoção de pólipos previne eficazmente a sua evolução para cancro do cólon e recto



Colonoscópio: Um instrumento valioso para a prevenção e detecção precoce do cancro do cólon e recto



Realização de vídeo colonoscopia no Hospital de Egas Moniz

Há algum exame alternativo menos invasivo do que a colonoscopia?

Uma alternativa eficaz à colonoscopia de todo o cólon em cada 10 anos é a endoscopia da parte terminal do cólon (cólon sigmóide) em cada 5 anos.

A colonoscopia virtual é um exame sofisticado e dispendioso, em que é feita uma reconstrução tridimensional do cólon a partir de imagens obtidas por tomografia computadorizada (TAC). Apesar dos resultados animadores no

diagnóstico de vários tipos de lesões, não permite fazer biópsias e remover pólipos, não sendo, por enquanto, recomendada para rastreio do cancro do cólon e recto.

A pesquisa de sangue oculto nas fezes, realizada anualmente, é um método sensível na detecção dos carcinomas em estados iniciais. Actualmente, as principais lesões alvo do rastreio do cancro do cólon e recto são os pólipos adenomatosos, para os quais é reconhecida a baixa sensibilidade do hemocult. Estes factos determinaram uma importância crescente da endoscopia nos programas de rastreio.

O clister opaco (exame radiológico com contraste do cólon) apresenta uma acuidade diagnóstica baixa, não sendo recomendado para rastreio.

Como prevenir o aparecimento de cancro do cólon e recto?

Está também demonstrado que um estilo de vida saudável diminui a probabilidade de desenvolver cancro do cólon. Assim, recomenda-se a prática regular de exercício físico e o combate à obesidade, uma alimentação variada rica em fibras, com consumo regular de frutas e vegetais, preferindo o peixe, os lacticínios e o azeite em detrimento das carnes vermelhas e das gorduras de origem animal. Os fumadores têm um risco aumentado em 30 a 40% de terem cancro do cólon relativamente aos não fumadores.

ALGUNS DADOS IMPORTANTES

- O cancro do cólon e recto é uma das primeiras causas de morte por cancro em Portugal. Nove portugueses morrem de cancro do cólon por dia.
- Mais de 90% dos cancros do cólon surgem a partir de pólipos benignos.
- A colonoscopia é considerada o exame mais eficaz para a prevenção e detecção precoce do cancro do cólon e recto.
- O plano de rastreio do cancro do cólon e recto deve ser individualizado de acordo com o risco pessoal.
- Todos os indivíduos com mais de 50 anos devem fazer uma colonoscopia.

TIAGO BANA, MIGUEL BISPO,
LEOPOLDO MATOS
Serviço de Gastrenterologia
Hospital de Egas Moniz

Hospital de Santa Cruz

Auditoria Interna ao Serviço de Patologia Clínica – Da recepção do Doente ao Registo da Amostra

No dia 21 de Dezembro de 2006 realizou-se uma auditoria interna ao Serviço de Patologia Clínica (SPC), com a duração de um dia, tendo sido a primeira do plano de auditorias internas definido pelo serviço. Teve como referência o Manual de Boas Práticas Laboratoriais (MBLP – Despacho nº 8835 de 27 de Abril de 2001) sendo o seu âmbito a fase pré-analítica. A equipa de auditora foi constituída por uma entidade externa, o Dr. João Pedro Alegria (Auditor coordenador) e pelo Dr. João Faro Viana, Director do Departamento da Qualidade do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental (CHLO). Teve como objectivo principal a avaliação da documentação implementada no Sistema de Gestão da Qualidade (SGQ) no SPC.

Do relatório elaborado pela equipa auditora (EA) fez parte:

- A documentação analisada (procedimentos, instruções de trabalho, fichas, de registos, manual de colheitas, folhetos orientadores para o utente, inquéritos, reclamações, entre outras);
- O pessoal auditado: administrativas, técnicos de análises clínicas e saúde pública (TACSP) que efectuam colheitas, TACSP responsável pela Central de Colheitas, TACSP responsável pelo arquivo, auxiliares de acção médica, médica responsável pelo sistema informático do SPC e Directora do Serviço (em funções);
- Os sectores auditados (Central de Colheitas – sala de colheitas e salas de espera dos utentes, circuito da amostra, áreas administrativas e sala de lavagem de material);
- As acções correctivas (não conformidades e oportunidades de melhoria);
- As constatações e conclusões.

Das constatações e conclusões transcrevemos as mais relevantes: “A EA evidenciou um trabalho já com desenvolvimento estruturado e orientado para uma SGQ e que demonstra muito empenhamento do pessoal que nele se encontra envolvido (...) realça a atitude de colaboração por parte dos auditados

o que contribuiu para a eficácia desta auditoria, bem como o envolvimento e competência técnica evidenciada por todos os auditados (...) evidente o cumprimento dos itens do MBPL (...) Salienta-se com muito agrado o empenhamento da Directora do Serviço e de todo o pessoal auditado (...)”.

Mas, porque a auditoria é uma ferramenta da Qualidade que serve para identificar o que há a melhorar, o SPC já implementou todas as medidas possíveis face às não conformidades detectadas e



Dra. Esmeraldina Correia Júnior, Directora do Serviço de Patologia Clínica e Técnica Maria do Carmo Moreira, Responsável pela Central de Colheitas

às oportunidades de melhoria constataadas pela EA, nomeadamente:

- Foram incluídos os deficientes e as grávidas na lista de “Doentes Prioritários” no atendimento;
- Foram elaboradas instruções de trabalho quer para administrativas, quer para TACSP;
- Foi elaborado um procedimento para validação de transmissões *on-line*.

No que diz respeito às não conformidades referentes às instalações vão ser tomadas medidas que já faziam parte de um plano de intervenção dos Serviços de Instalações e Equipamentos, no piso 1. Na área envolvente da Central de Colheitas não serão efectuadas melho-

rias na estrutura existente, uma vez que faz parte dos objectivos do Conselho de Administração (CA) para o ano 2007 a construção de uma nova sala de colheitas.

A escolha desta auditoria interna, como a 1ª dentro do plano de auditorias prendeu-se com a minha convicção de que era imperativa e exequível a melhoria do atendimento dos utentes na Central de Colheitas. Assim, na qualidade de Directora do SPC, cargo para que fui nomeada a 14/05/2005, sensibilizada para as deficientes condições de atendimento dos utentes e para que estas pudessem ser melhoradas com a máxima urgência possível elaborei o meu primeiro documento, um mês após a minha nomeação, intitulado “Humanização da Central de Colheitas”. Nele elencava as medidas que considerava necessárias para proporcionar aos utentes do SPC o conforto com que gostaríamos de recebê-los. Do mesmo dei conhecimento à Sra. Directora Clínica, ao Sr. Presidente da Liga dos Amigos do HSC e ao CA. De todos tive o apoio e gradualmente as medidas preconizadas foram satisfeitas. Concomitantemente implementei uma nova forma de organização do sistema de atendimento dos utentes e para avaliar o grau de satisfação aos mesmos efectuei um inquérito. Aos 662 utentes atendidos, nesse período, na Central de Colheitas responderam 438 dos inquiridos (66,2%) e 87,2% consideraram que o novo sistema de atendimento era melhor.

As reclamações dos utentes, outra ferramenta chave na avaliação da qualidade do Serviço, têm vindo a diminuir, tendo-se registado apenas uma no ano de 2006.

A qualidade não é uma opção do nosso Serviço, mas uma necessidade, porque todos acreditamos que ao praticá-la estamos a cada momento a melhorar, indo ao encontro das expectativas dos nossos utentes.

DRA. ESMERALDINA CORREIA JÚNIOR
Directora do Serviço de Patologia Clínica
Hospital de Santa Cruz

Orientações para o Utente quando recorrer aos serviços da Central de Colheitas

A Central de Colheitas localiza-se do lado esquerdo da entrada principal do Hospital, no piso 1.

A - Entrada principal do HSC

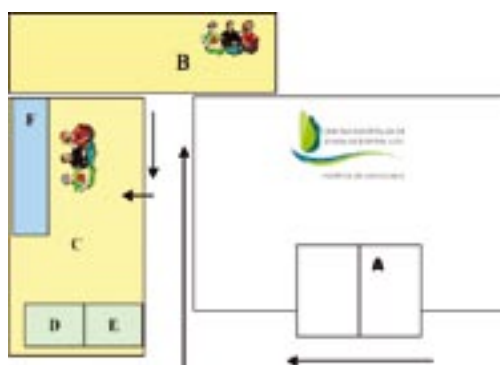
B - Sala de espera 1

C - Sala de espera da Central de Colheitas

D - Balcão de atendimento 1

E - Balcão de atendimento 2

F - Sala de colheitas



No dia marcado para efectuar análises dirija-se à Central de Colheitas e em caso de dúvida siga as instruções afixadas na porta desta.

Na **sala de espera 1 (B)** – retire uma senha azul. Se considera que é **prioritário**, dirija-se para ao secretariado – balcão de atendimento 1 (D), doentes prioritários.

Se **não for prioritário**, aguarde que o número da sua senha apareça no visor dirigindo-se seguidamente ao secretariado – balcão de atendimento 2 (E), doentes não prioritários.



Exmo. Utente

Se por um motivo urgente tiver necessidade de alterar a data da sua marcação, deverá telefonar para a Central de Colheitas.

Telefone Geral:

21 416 3400

Extensões:

3490 / 3491

No caso de não ser cumprido este procedimento terá de esperar pelo final do atendimento dos doentes agendados.

No **balcão de atendimento** - Ser-lhe-ão entregues as requisições das análises com vinhetas de identificação e uma senha verde caso seja prioritário.



Na **sala de espera da Central de Colheitas** – aguarde que o seu número de senha apareça no visor e entre na sala de colheitas para que lhe seja efectuada a colheita.

Nota: Os doentes que fazem terapêutica anticoagulante (ex. Varfine), após a colheita aguardam na sala de espera 1, a fim de lhes ser entregue o resultado.



SÃO CONSIDERADOS PRIORITÁRIOS, OS UTENTES:

- » Transplantados cardíacos e renais em jejum » Diabéticos em jejum » Crianças até aos quinze anos
- » Oncológicos » Internamentos para o próprio dia » Doentes para provas de tolerância à glucose
- » Doentes para estudos completos de coagulação (sobrecarga com homocisteína) » Grávidas » Deficientes

Unidade de Cirurgia Ambulatória

Recomendações ao cliente submetido

Ilda Tareco

PELA EQUIPA DA UCA
Enfermeira Chefe da Unidade
de Cirurgia Ambulatória
Hospital de Santa Cruz



Na Unidade de Cirurgia Ambulatória (UCA) do Hospital de Santa Cruz o ensino é realizado atempadamente, para que o cliente e prestador de cuidados sejam detentores de conhecimentos necessários

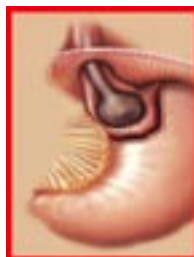
ao seu auto-cuidado, com realização ou conclusão das tarefas de vida diária no domicílio.

Ensinar segundo a Classificação Internacional para a Prática da Enfermagem (CIPE), consiste numa “ação de informar de forma sistematizada a alguém, sobre temas relacionados com a saúde”.

O cliente e prestador de cuidados deverão ser detentores de informação adequada, promovendo o

desenvolvimento máximo das suas capacidades, para que a segurança e qualidade de cuidados resulte num atendimento eficaz.

Nesta sequência, apresentamos algumas informações escritas fornecidas pela equipa de Enfermagem da UCA que permitem aos utentes uma atenção focalizada e capacidade para processar os conhecimentos sobre os procedimentos a que irão ser submetidos.



Cuidados pré-anestesia geral

RECOMENDAÇÕES GERAIS



- O cliente deve fazer-se acompanhar de um adulto que o conduzirá a casa (de carro ou táxi) e, permanecer acompanhado durante as primeiras 24 horas após a cirurgia;
- Evitar trazer objectos de valor e dinheiro, se o fizer, deverá entregá-los ao seu acompanhante;
- Tomar a medicação que faz habitualmente, salvo indicação em contrário;
- É recomendável que venha vestido com roupas confortáveis e não apertadas;
- Ao chegar deverá apresentar-se na recepção, piso 1, à hora predestinada para o efeito;
- A hora marcada para a cirurgia pode sofrer alterações imprevistas.

NA UCA



- Antes da cirurgia irá mudar de roupa e vestir uma bata/pijama antes de entrar no Bloco Operatório. As roupas serão guardadas num cacifo;
- O tempo que permanecerá na UCA é variável, dependendo da cirurgia que for realizada e da sua situação clínica.

ANTES DE COMPARECER À UNIDADE



- Evitar fumar na semana anterior à cirurgia;
- Se usar maquilhagem, verniz ou lentes de contacto, devem ser removidos antes da cirurgia;
- Tomar a sua medicação habitual, salvo indicação contrária do seu médico e/ou anestesista;
- Jantar uma refeição ligeira na véspera;
- Iniciar o período de jejum a partir das 00.00 horas, não comer nem beber mais nada a partir desta hora.

QUANDO TIVER ALTA...



- Se for submetido a uma anestesia geral, nas primeiras 24 horas não deverá conduzir, beber bebidas alcoólicas ou tomar decisões (assinar documentos);
- Poderá sentir náuseas ou tonturas enquanto viaja de automóvel, mas esta situação é temporária e deverá passar rapidamente;
- Será fornecida uma folha informativa com as recomendações pós-operatórias, relativas à intervenção cirúrgica a que foi submetido(a);
- Será enviado posteriormente um relatório para o seu médico assistente ou de família, que deverá ser entregue ao mesmo.

DEVE TRAZER CONSIGO...



- Os medicamentos que faz habitualmente;
- Os chinelos de quarto;
- Os documentos, incluindo o cartão do Hospital.

CONTACTE A UCA SE



- Adoecer, ficar “engripado”, com tosse ou dor de garganta e febre;
- Não puder comparecer no dia da cirurgia e avisar, se possível, com 3 dias de antecedência;
- Tiver outras dúvidas...

a colocação de balão intragástrico

Recomendações pós-operatórias anestesia geral



PRIMEIRAS 24 HORAS

- Deve estar sempre acompanhado por uma pessoa adulta, capaz de lhe prestar auxílio, se necessário;
- Deve evitar tomar decisões ou assinar documentos importantes;
- Não deve conduzir nem trabalhar com máquinas;
- Deve iniciar a sua alimentação com uma refeição ligeira;
- Se ficar nauseado ou tiver vômitos, não ingira nada e aguarde 2 horas, reiniciando a alimentação com 1/2 copo de água, chá ou sumo;
- Se tolerar e após 1/2 hora não estiver nauseado ou com vômitos poderá ingerir algo mais;
- Deve evitar ingerir bebidas alcoólicas e fumar;
- Deve retomar a medicação habitual, salvo contra-indicação médica;
- Deve manter-se em repouso, não necessariamente na cama;
- Pode retomar as actividades diárias após 24 horas.



CONTACTE A UCA SE

- Tiver dor impossível de aguentar, náuseas ou vômitos marcados;
- Tiver outras dúvidas...

Recomendações após colocação de balão intragástrico



RECOMENDAÇÕES NAS PRIMEIRAS 24H

- No dia da colocação do balão intragástrico, após a alta deve ingerir água com uma colher de chá, em pequenas quantidades e várias vezes, a quantidade que tolerar;
- Se ficar nauseado ou tiver vômitos não ingira nada e aguarde 2 horas, reiniciando novamente.



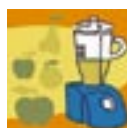
NO PRIMEIRO DIA APÓS A COLOCAÇÃO DO BALÃO INTRA GÁSTRICO

- Deve beber água, chá açucarado, café e sumo sem polpa, em pequenas quantidades e várias vezes por dia.



SEGUNDO DIA

- Deve beber água, chá açucarado, café e sumo sem polpa, iogurte líquido e caldo sem carne, em pequenas quantidades e várias vezes por dia.



TERCEIRO DIA

- Deve beber água, chá açucarado, café e sumo sem polpa, iogurte líquido e já pode ingerir sopa triturada e maça assada.



QUARTO DIA

- Deve ingerir o mesmo que nos dias anteriores e pode introduzir na alimentação o peixe cozido, triturado e batata.

RECOMENDAÇÕES GERAIS APÓS O QUARTO DIA

Pode comer:

- Sopa de legumes triturada;
- Esparregado;
- Tomate sem pele e sem grainhas;
- Peixe cozido e grelhado;
- Batata cozida;
- Cenoura cozida;
- Brócolos e couve-flor;
- Iogurte líquido magro;
- Leite magro;
- Tostas, torradas e pão de forma sem cêdea;
- Frango, galinha e peru triturados;
- Arroz, esparguete e massa sem molho;
- Fruta cozida e assada sem pele.

Não pode comer:

- Cereais de pequeno-almoço;
- Frutos tropicais (manga, papaia, ananás ou kiwi);
- Laranja (só pode beber o sumo);
- Favas, ervilhas, lentilhas, feijão, grão e milho;
- Frutos secos (nozes, amêndoas, amendoins, castanhas, avelãs e figos);
- Natas, chocolate, leite condensado, gelatinas, gelados e doces;
- Carne vermelha;
- Cascas, caroços ou grainhas;
- Salada de alface;
- Bacalhau e lulas;
- Conservas e enchidos.



CONTACTE A UCA SE

- Tiver dor muito violenta, náuseas ou vômitos frequentes;
- Tiver outras dúvidas...

Nota: Estas recomendações podem sofrer alterações de acordo com indicação médica.

CONTACTOS: UCA – Unidade de Cirurgia Ambulatória
Av. Prof. Reinaldo dos Santos, 2790-134 Carnaxide
Telef: 214163400 (dias úteis) • Ext. 2165 (08h00 às 17h00)
Ext. 2119 (17h00 às 20h00) • hscruz@hsc.min-saude.pt

HOSPITAL DE EGAS MONIZ

II Jornadas do Gabinete de Neuropsicologia

As II Jornadas do Gabinete de Neuropsicologia decorreram no passado dia 14 de Dezembro de 2006, no Auditório do Bloco Central do Hospital de Egas Moniz (HEM) e contaram com mais de 80 presenças.

As Jornadas foram organizadas pelo referido Gabinete do HEM, tendo sido abordados diversos temas pelos palestrantes convidados, nomeadamente, representantes das Unidades de Neuropsicologia dos Hospitais Miguel Bombarda, Júlio de

Matos, Fernando Fonseca e Distrital de Évora.

As diversas realidades da Neuropsicologia em cada instituição, e principalmente a creditação desta especialidade, conduziram a um intenso debate com delineamento de futuros projectos e desafios.

Um especial agradecimento aos profissionais envolvidos pela sua motivação e contribuição para o sucesso do evento.

A Organização

Aprovação de Regulamentos Internos

O Conselho de Administração aprovou os regulamentos internos da Consulta Externa do Hospital de Santa Cruz e do Hospital Dia do Serviço de Medicina Física e de Reabilitação do Centro Hospitalar, que se encontram disponíveis na Intranet (<http://intrachlo/intranet/>).

LOUVOR

Sr. Manuel Inácio Barroso

O Conselho de Administração em sessão realizada em 24 de Janeiro de 2007, deliberou louvar o trabalho desenvolvido pelo Sr. Manuel Inácio Barroso Babau, de 1 de Maio de 1987 a 30 de Novembro de 2006, pelo seu inestimável contributo à instituição, quer pelas suas qualidades de trabalho, quer pela elevada competência profissional, grande empenho e dedicação, durante as funções desempenhadas no Serviço de Instalações e Equipamentos do Hospital de São Francisco Xavier.

Novas nomeações no CHLO

O Conselho de Administração, em sessão realizada em 17 de Janeiro de 2007, deliberou nomear o Dr. Duarte Manuel Quelhas Botelho Medeiros, Director do Serviço de Cirurgia Vascular.

Na sequência da proposta apresentada pela Enfermeira Directora, o Conselho de Administração designou a Enf^a. Mavilde Conceição Alves Vitorino Vieira, Enfermeira Chefe do Serviço de Medicina III.

Núcleo de Património dos Serviços Financeiros

Informa-se que o Núcleo de Património dos Serviços Financeiros se encontra em funcionamento desde o passado dia 4 de Dezembro no Hospital de São Francisco Xavier, com os seguintes contactos telefónicos: 210083810 e 210083811. O Manual de Procedimentos poderá ser consultado na Intranet (<http://intrachlo/intranet/>).

CENTRO HOSPITALAR

Implementação do Sistema de Apoio ao Médico

O Conselho de Administração decidiu alargar a utilização do Sistema de Apoio ao Médico (SAM) a todo o Centro Hospitalar, dada a experiência bem sucedida no Hospital de Santa Cruz e à necessidade manifestada por um grande número de médicos que pretende acompanhar o desenvolvimento

tecnológico de suporte à actividade clínica.

Esta aplicação informática disponibiliza um conjunto de funcionalidades clínico-administrativas, úteis para a actividade diária do médico, nomeadamente prescrição de medicamentos, prescrição de exames, prescrição de certificados de incapacidade temporária (baixas), gestão da lista de inscitos em cirurgias, entre outros.

Com a colaboração do Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde decorreu nos 3 Hospitais, durante o mês de Janeiro, um conjunto de sessões de divulgação, destinadas a todos os médicos.

HOSPITAL DE EGAS MONIZ

Muito obrigado pela forma impecável como fui cuidado. Não esperava tanto. O pessoal médico foi profissional, amigo e companheiro. Enfermeiros e auxiliares, mais que cumpridores, foram solícitos e afectuosos. Quase se fica com vontade de voltar. Cinco estrelas. Nota Vinte.

ANTÓNIO SILVA BENTO MAIA

9 de Novembro de 2006

(Doente internado no Serviço de Cirurgia II)

HOSPITAL DE SANTA CRUZ

Gostaríamos de agradecer publicamente a assistência que foi concedida ao meu pai, Jorge Ribeiro, por parte de toda a equipa do Hospital de Santa Cruz, relevando a eficiência dos serviços e a gentileza e atenção dada ao próprio e aos familiares mais próximos.

PAULA GOMES RIBEIRO

MARIA ZULMIRA RIBEIRO

25 de Outubro de 2006



Agradecimento tornado público no Jornal
“Diário de Notícias” de 17 de Dezembro de 2006

HOSPITAL DE SÃO FRANCISCO XAVIER

Como pais da Mariana, vimos agradecer a toda a equipa médica, de enfermagem e auxiliares pela atenção prestada à nossa filha durante o seu internamento neste Hospital.

Num país em que sempre se crítica e pouco se elogia pelo bom/excelente que temos, sentimos que temos que mudar de atitude e elogiar sempre que somos bem servidos! Muito se critica o serviço de saúde, em particular o do Estado. Nós experienciámos o que melhor se faz. Muito obrigada!

Ao Dr. Paulo Roquete, Dr. Luis, Dr. Carlos Correia, Dr. Joaquim Quiroga, aos Enfermeiros Fátima, Susana Martins, Margarida e João Saraiva, e a toda a restante equipa de enfermagem, sempre disponíveis, o nosso muito obrigada!

Continuem o bom trabalho. Continuem com a vossa dedicação, que nós agradecemos do fundo do coração.

PAULA E JOAQUIM MONTEIRO

26 de Outubro de 2006

2	0	0	7			
S	T	Q	Q	S	S	D
		1	2	3	4	5
6	7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26
27	28	29	30	31		

JORNADAS E CONGRESSOS

10 a 11 de Fevereiro de 2007

II JORNADAS DE ANÁLISES CLÍNICAS E DE SAÚDE PÚBLICA

ORGANIZAÇÃO: Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias

LOCAL: Auditório do Instituto Português da Juventude de Castelo Branco

INSCRIÇÕES:

EMAIL: lijacsp@gmail.com

<http://ijacsp.no.sapo.pt>

CONFERÊNCIAS

23 e 24 de Março de 2007

DESAFIOS DA INTERVENÇÃO HUMANITÁRIA NA SAÚDE

ORGANIZAÇÃO: Formasau/Revista "Sinais Vitais"

LOCAL: Auditório da Escola Superior de Enfermagem Artur Ravara

INFORMAÇÕES:

www.sinaisvitais.pt

CURSOS E PÓS-GRADUAÇÕES

14 a 15 de Fevereiro

COMPREENDER OS FACTORES DECISIVOS DA EVOLUÇÃO DO MERCADO DE MEDICAMENTOS GENÉRICOS

ORGANIZAÇÃO: NPF, Pesquisa e Formação

LOCAL: Le Meridien Park Atlantic Hotel – Lisboa

INFORMAÇÕES:

TEL.: 210 000 960

FAX 210 000 970

EMAIL: npf@npf.pt

www.npt.pt

PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL

PÓS-GRADUAÇÃO EM PRÁTICA TRANSFUSIONAL PARA ENFERMEIROS

ORGANIZAÇÃO: Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Setúbal

LOCAL: Instituto Politécnico de Setúbal

INSCRIÇÕES:

De 22/01 a 23/02

Secretariado Pedagógico de Pós-Graduações

TEL.: 265 709 373

FAX: 265 709 392

E-MAIL: aesteves@ess.ips.pt

www.ess.ips.pt

ACÇÕES DE FORMAÇÃO ORGANIZADAS PELO NÚCLEO DE FORMAÇÃO DO CHLO

Fevereiro de 2007

CIPE/SAPE

DESTINATÁRIOS: Enfermeiros do Serviço de Cirurgia Córdio-Torácica

CIPE/SAPE

Destinatários: Enfermeiros da Unidade de Neonatologia

LEITURA DE TRAÇADOS CARDÍACOS (1ª edição)

DESTINATÁRIOS: Enfermeiros do Centro Hospitalar

SISTEMA DE CLASSIFICAÇÃO DE DOENTES

DESTINATÁRIOS: Enfermeiros do Hospital de Egas Moniz

COMUNICAR EM SAÚDE

DESTINATÁRIOS: Profissionais do Serviço de Pediatria

A REABILITAÇÃO NO EXERCÍCIO PROFISSIONAL DOS ENFERMEIROS

INFORMAÇÕES:

Núcleo de Formação HEM

213 650 473

Núcleo de Formação HSC

214 163 404

Núcleo de Formação HSEFX

213 000 356