



Jornal do Centro



MAIO Mês do Coração

**Cirurgia
de Ambulatório**

**O Papel da Enfermeira
Especialista de Reabilitação
e a Prevenção do AVC**

**Encontro sobre
Abordagem
Multidisciplinar da Dor**

Índice

- 3 Editorial
 - 4 Cirurgia de Ambulatório em crescimento
 - 6 O Papel da Enfermeira Especialista de Reabilitação e a Prevenção do AVC
 - 8 Maio, Mês do Coração
 - 10 Pela sua saúde, cuide do seu coração!
 - 12 Humanização da Unidade de Neonatologia
- 
- 13 2º Encontro de Internos sobre Abordagem Multidisciplinar da Dor
 - 14 Breves
 - 16 Agenda do Centro

TALIS QVALIS*IX

Qualidade – Apontamentos

No penúltimo artigo, mencionámos que a **Certificação** e a **Acreditação** se obtinham mediante o recurso a auditorias. O que é então uma auditoria?

Uma **auditoria** é um “processo sistemático, independente e documentado para obter **evidências de auditoria**¹ e respectiva avaliação objectiva, com vista a determinar em que medida os **critérios de auditoria**² são satisfeitos” (NP EN ISO 9000:2000).

Trata-se portanto de um método de avaliação rigoroso e independente, baseado na utilização de um referencial (**padrão**) e/ou critérios predeterminados, que permite

- descrever,
- comparar,
- medir e
- analisar um/uma
- prática,
- processo,
- estrutura,
- organização,
- técnica de cuidados,
- produto ou serviço,
- prestação ou actuação,

para determinar se as exigências do referencial e as disposições previstas são efectivamente respeitadas.

Em função da entidade que desencadeia

e é responsável pelas auditorias, estas podem classificar-se como:

- **Auditorias internas:** por vezes denominadas “**auditorias de primeira parte**”, que são as realizadas por ou em nome da própria organização.

- **Auditorias externas:**

“**Auditorias de segunda parte**”: que são as realizadas por partes interessadas na organização (normalmente clientes), quer directamente, quer em seu nome.

“**Auditorias de terceira parte**”: que são as realizadas por organizações externas independentes. Essas organizações são as que mencionámos nos artigos anteriores, no contexto da **Certificação** e **Acreditação**.

No próximo artigo, falaremos dos vários tipos de Auditoria que se aplicam mais frequentemente aos Serviços de Saúde.

JOÃO FARO VIANA

Director do Departamento da Qualidade

TALIS QVALIS: ORIGEM DA PALAVRA LATINA QUALITAS

¹ Conjunto de políticas, procedimentos ou requisitos utilizados como referência (NP EN ISO 9000:2000).

² Registos, afirmações factuais ou outra informação, que sejam verificáveis e relevantes para os critérios da auditoria (NP EN ISO 9000:2000)

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.: 21 043 11 60 / 1

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

gabinete.utente@hegasmoniz.min-saude.pt

Tel.: 21 365 01 67

HOSPITAL DE SANTA CRUZ

gabinete.utente@hsc.min-saude.pt

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

HOSPITAL DE SÃO FRANCISCO XAVIER

gabinete.utente@hsfxavier.min-saude.pt

Tel.: 21 043 11 47

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: 21 300 03 00 • Fax 21 302 36 43 | **Director:** José Miguel Boquinhas | **Edição:** Helena Pinto

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

Fotografia: Helena Pinto, Nádía Rodrigues, 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

José Miguel Boquinhas

Presidente do Conselho de Administração



O Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental está a modernizar-se. O ano de 2007 será o da consolidação definitiva dessa modernização com o lançamento nos próximos meses de três iniciativas que irão colocar o CHLO ao nível dos mais modernos hospitais, numa vertente tão importante como é a da qualidade organizacional.

Trata-se da criação de uma nova intranet, agora muito mais profissional e capaz de responder aos desafios da boa comunicação interna, da implementação duma aplicação informática no domínio da gestão e circulação do expediente e, finalmente, do processo clínico electrónico que irá substituir o velho processo em papel. Estas três iniciativas que irão ser realizadas até ao final do ano, têm todas uma importância crucial na modernização dos instrumentos de gestão, quer administrativa, quer clínica.

No primeiro caso trata-se de uma ferramenta fundamental para a melhoria da comunicação interna e da informação útil e em tempo real entre o Conselho de Administração e os serviços, e entre os próprios serviços. Desde a simples informação acerca do dia-a-dia dos nossos três hospitais até à possibilidade de visualizar as escalas de urgência ou de aceder a circulares informativas, ordens de serviço, regulamentos ou outro qualquer tipo de documento, tudo poderá ser consultado num abrir e fechar de olhos na intranet.

No segundo caso, a aplicação dum módulo de gestão do expediente, irá permitir uma informação e circulação de documentos provenientes do exterior duma forma mais célere e organizada, sem mais recurso a papéis ou livros de protocolo e em que a possibilidade de erro ou de extravio dos documentos ficará extremamente minimizada.

Finalmente, o processo clínico electrónico, com a posterior ligação aos módulos de imagem e dos meios auxiliares de diagnóstico, com a possibilidade de requisição de meios complementares de diagnóstico, marcação de consultas ou prescrição on-line, será um extraordinário instrumento, permitindo a libertação de muitas burocracias hoje em dia existentes, facilitando o trabalho médico e tornando os hospitais mais eficientes.

Estes são os três grandes desafios que até ao final do ano o CHLO enfrenta em matéria de modernização e que, acreditamos, irão ter resultados muito positivos no novo modelo organizacional. O hospital do futuro é já no presente, e o CHLO e os três hospitais que o compõem não podem perder o desafio da modernidade numa lógica de servir cada vez melhor os seus utentes. ■

Benefícios sócio-familiares, económicos e psicológicos para o doente

Cirurgia de Ambulatório em crescimento no Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental

Considerada um desafio recente, a cirurgia de ambulatório é, contudo, um conceito clássico que se está a tornar uma exigência do futuro, pelas diversas vantagens que apresenta para os doentes e para as unidades hospitalares.

Nas recomendações para o desenvolvimento de Cirurgia de Ambulatório, o Ministério da Saúde (Abril, 2000:4) define Cirurgia de Ambulatório como “a intervenção cirúrgica programada, realizada sob anestesia geral, loco-regional ou local que, embora habitualmente efectuada em regime de internamento, pode ser realizada em instalações próprias, com segurança e de acordo com as actuais *legis artis*, em regime de admissão e alta do doente no mesmo dia”.

Em Portugal, a proporção de intervenções cirúrgicas em ambulatório situava-se, em 1997, ainda em 8,9%. Entre 2004 e 2006, o número de intervenções aumentou em quase 10%, atingindo quase 20% do total. No entanto, a proporção de intervenções cirúrgicas em ambulatório é ainda bastante reduzida quando comparada com outros países.

Nos Estados Unidos da América (EUA), a cirurgia de ambulatório tem crescido, continuamente, nas últimas décadas. Em 1980, 16,7% de todas as intervenções hospitalares eram realizadas em ambulatório. Em 1985, a proporção era de 34,5% e em 2006 era de 83,5%.

Nos países da União Europeia, o crescimento da cirurgia de ambulatório tem sido mais lento, salientando-se, contudo, o Reino Unido com valores próximos dos 60% de procedimentos cirúrgicos em ambulatório (62,5% em 2006).

As cirurgias de ambulatório realizadas no Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental (CHLO) cresceram, entre 2004 e 2006, de 2739 para 4597 em 2006, ou seja, 67,8% em 2 anos. A taxa de ambulatorização (nº cirurgias de ambulatório/nº cirurgias programadas



totais) aumentou, no mesmo período, 13,27% (18,47% no Hospital de Egas Moniz, 5,18% no Hospital de São Francisco Xavier e 9,63 no Hospital de Santa Cruz) (Quadro 1). Em 2006, a taxa de ambulatorização do CHLO foi de 34,24%.

QUADRO 1		
Especialidades	Variação Absoluta	Taxa de Ambulatorização
Oftalmologia	750	35,09%
Cirurgia III	259	14,88%
Cirurgia Plástica	247	25,64%
Obstetrícia	211	18,55%
Cirurgia II	115	11,52%
Ginecologia	97	4,60%
Cirurgia Cardio Torácica	50	3,79%
Estomatologia	40	13,45%
Urologia	39	6,43%
Cirurgia I	24	-1,31%
ORL	12	2,82%
Neurocirurgia	11	4,26%
Ortopedia	3	2,70%

Fonte: Base de dados de GDH's de ambulatório e "Sonho"



«Aumentar a eficiência, racionalidade, humanização, satisfação e acessibilidade»

Dos treze serviços cirúrgicos existentes, em 2006, no CHLO, apenas quatro (30,7%) foram responsáveis pela realização de 77,5% do total de Cirurgias de Ambulatório.

Em relação ao perfil da actividade cirúrgica, verificou-se, em 2006, que os principais GDH's de ambulatório, ou seja, os de maior frequência por especialidade (Quadro 2) totalizaram 47,49% do total de cirurgias de ambulatório, com destaque para os procedimentos no cristalino, com ou sem vitrectomia.

Transferir um número apreciável de cirurgias que antes eram realizadas em internamento, para o regime do ambulatório traz muitas vantagens com a mesma segurança e com a mesma qualidade:

- 1) Redução de despesas hospitalares;
- 2) Tratamento cirúrgico de muitos dos doentes em regime de ambulatório contribui para diminuir os tempos de internamento e as listas de espera, com consequentes benefícios socio-familiares, económicos e psicológicos para o doente.

O desenvolvimento da cirurgia de ambulatório abre espaço à cirurgia mais complexa, mais pesada, mais delicada e mais exigente.

O aumento no número de Cirurgias de Ambulatório contribui, assim, para aumentar a eficiência, racionalidade, humanização, satisfação e acessibilidade.

Segundo Porrero, (2002:31) “40-60% das intervenções cirúrgicas podem ser realizadas em regime ambulatório em centros específicos – As Unidades de Cirurgias Ambulatoriais desde que organizadas adequadamente.”

DR. MIGUEL ALVES
Administrador Hospitalar

QUADRO 2			
Especialidades	GDH	Designação	Frequência
Oftalmologia	39	Procedimentos no cristalino, com ou sem vitrectomia	906
Obstetrícia	381	Aborto, com dilatação e curetagem, curetagem de aspiração ou histerectomia	275
Cirurgia Plástica	270	Outras intervenções na pele, no tecido subcutâneo e na mama, sem CC	188
Cirurgia III	315	Outros procedimentos no rim e nas vias urinárias, em bloco operatório	176
Ginecologia	364	Dilatação e curetagem e conização, excepto por doença maligna	173
Cirurgia I	262	Biópsia e excisão local da mama por doença não maligna	102
Estomatologia	169	Procedimentos na boca, sem CC	80
Neurocirurgia	6	Descompressão do túnel cárpico	68
Cirurgia II	162	Procedimentos para hérnia inguinal e femoral, idade >17 anos, sem CC	63
ORL	62	Miringotomia com colocação de tubo, idade < 18 anos	49
Urologia	464	Sinais e sintomas, sem CC	47
Cardio Torácica	466	Continuação de cuidados, sem história de doença maligna como diagnóstico adicional	37
Ortopedia	6	Descompressão do túnel cárpico	19

Sensibilizar a população

O Papel da Enfermeira Especialista de Reabilitação e a Prevenção do Acidente Vascular Cerebral (AVC)

A hipertensão é o problema de Saúde Pública mais importante em Portugal, sendo responsável por diversas complicações cardiovasculares. As complicações da hipertensão podem ser minimizadas ou evitadas com o tratamento e seguir cuidadosamente as orientações dos enfermeiros e dos médicos.



No mundo ocidental, as doenças cardiovasculares são a principal causa de morte e morbilidade das populações. O recente aumento da obesidade e do excesso de peso tem contribuído para este aumento. Para contrariar esta tendência é importante sensibilizar a população para fazer uma alimentação variada, leve e equilibrada, pobre em gorduras, açúcar e sal e rica em fruta, legumes e hortícolas. Também deve beber muita água e comer várias vezes ao dia e pouco de cada vez.

Segundo a Sociedade Portuguesa de AVC (SPAVC) é possível reduzir a incidência de AVC combatendo os factores de risco e identificando e tratando os indivíduos com “alto risco”.

De acordo com vários estudos, existem certas doenças e certos hábitos de vida que parecem estar associados a um aumento da incidência do AVC. É o caso das pessoas com hipertensão, com doenças cardíacas, com diabetes, com excesso de peso, fumadores, alcoólicos e das pessoas que não andam a pé e praticam pouco exercício físico.

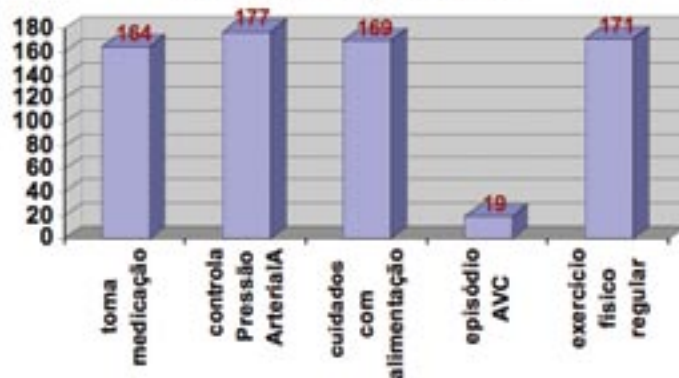
Alguns dos factores de risco estão relacionados com comportamentos e estilos de vida, que se podem modificar. O conhecimento

destes factores é fundamental, pois permite a nossa intervenção na prevenção do AVC.

Assim, tendo sido convidadas a participar na 3.ª Semana de Saúde, VIVA+, em Oeiras, decidimos realizar um rastreio da hipertensão arterial e aplicar um questionário sobre os hábitos de vida, com o objectivo de sensibilizar a população inquirida para o controlo dos factores de risco através de sessões de informação individual porque pensamos ser uma mais valia na prevenção do AVC.

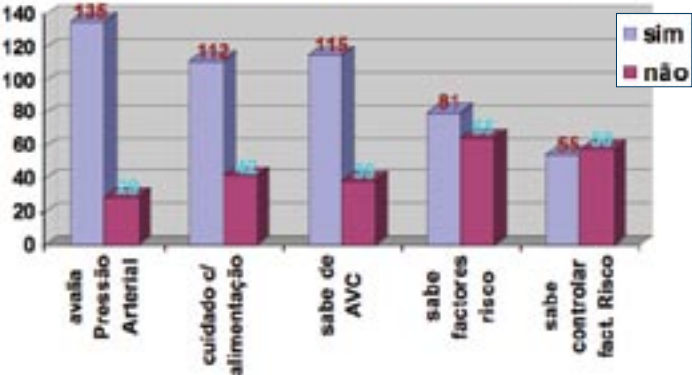
No decorrer do evento atendemos 239 pessoas, 64% do sexo feminino e com uma média de idades de 65 anos. 81,5% referiram visitar o médico com regularidade. 74% referiram avaliar com regularidade a pressão arterial, maioritariamente com periodicidade mensal, quer no domicílio (66 pessoas), na farmácia (45 pessoas) e no centro de saúde (40 pessoas).

Caracterização da população

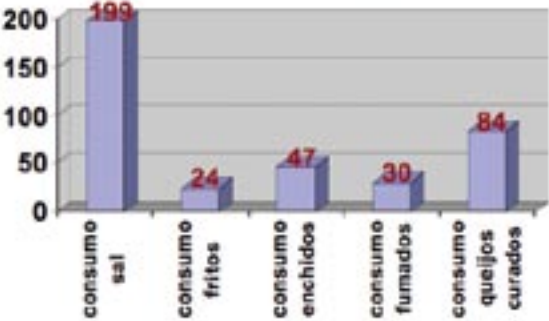


Constatamos que a população fazia maioritariamente medicação para o controlo dos factores de risco, principalmente para o controlo da hipertensão cerca de 47%.

Características da população sob medicação

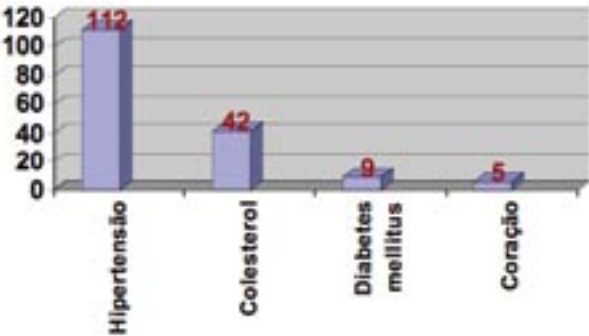


Hábitos alimentares da população



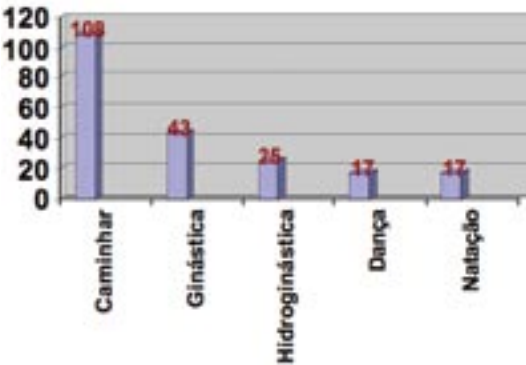
Pela análise dos dados, constata-se que 65,5% da população inquirida referiu ter cuidado com a alimentação, mas um elevado número de pessoas consomem sal na alimentação. Este é utilizado como condimento para aumentar o sabor dos alimentos, por este motivo as pessoas foram alertadas para diminuir o seu consumo, podendo recorrer ao uso de especiarias e ervas aromáticas porque aumentam o sabor dos alimentos e não são prejudiciais à saúde. Constatámos que 66% da população inquirida praticava exercício físico com regularidade, contudo nas sessões de informação sensibilizámos e incentivámos as pessoas a serem mais activas ao longo da vida, andando mais a pé, evitando utilizar o elevador, dançar, entre outras actividades. O exercício físico mais praticado pela população inquirida era o caminhar e a ginástica.

Motivo da medicação da população



A medicação não deve ser suspensa nem reduzida sem indicação médica porque a pressão arterial pode voltar a subir. Deve ser controlada e vigiada regularmente, fazendo um registo dos valores. 63,5% da população inquirida tomava medicação.

Tipo de exercício físico praticada pela população



Hoje em dia sabe-se que hábitos moderados e regulares de exercício físico apresentam elevados benefícios para a saúde global e permitem evitar o aparecimento e desenvolvimento de muitas doenças, nomeadamente as doenças cardiovasculares, a diabetes, a obesidade e a hipertensão. Para além destes benefícios, a actividade física regular contribui para manter os ossos, os músculos e as articulações saudáveis; melhora a condição física das pessoas com doenças crónicas; controla as dores nas costas ou nos joelhos; promove o bem-estar psicológico; e reduz o stresse, a ansiedade, o sentimento de depressão e a solidão.

É nossa convicção que iniciativas como estas, contribuem para a sensibilização e controlo dos factores de risco à população em geral, quer por uma melhor articulação entre os cuidados de saúde primários, as instituições da comunidade, as autarquias locais e o hospital, a qual é fundamental no apoio à população e na prevenção do AVC.

Bibliografia:

- ASSOCIAÇÃO DO ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL – Plano Global para os AVCS in Associação do Acidente Vascular Cerebral: www.associacaoavc.pt/documentacao/detalhe/7.html (acedido em 22 de Janeiro de 2007);
- CARRAGETA, M. - Fundação Portuguesa de Cardiologia “Tudo o que de saber sobre hipertensão arterial”, Setembro 2006;
- CARRAGETA, M.; FELICIANO E.; CID, H. - Fundação Portuguesa de Cardiologia “Alimentação saudável – a amiga do coração”;
- NUNES, E; BREDA J.; CANDEIAS, V.; CABRAL, M. – Direcção Geral da Saúde – Divisão de Promoção e Educação para a Saúde “Alimentação saudável e actividade física”, Lisboa, 2005;
- PADUA, F. – Instituto Nacional de Cardiologia Preventiva “Os nossos conselhos sobre hipertensão arterial”, 5.ª edição, Janeiro 2004;
- SOCIEDADE PORTUGUESA DO ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL – Factores de Risco in SPAVC: www.spavc.org/Imgs/content/page_104/FRV_para_AVC.pdf (acedido em 11 de Maio de 2007)

As doenças cardiovasculares e a sua prevenção

Maio, Mês do

Dr. Carlos AguiarServiço de Cardiologia
Hospital de Santa Cruz

As doenças cardiovasculares (DCV) representam a principal causa de mortalidade no mundo. Em Portugal, são responsáveis por 34% dos óbitos. Em 2005, registaram-se 107.839 óbitos, dos quais 36.723 por DCV – a principal causa de morte – seguindo-se 22.724 óbitos por cancro, o qual representa a segunda maior causa de morte. Por conseguinte, no ano de 2005, em Portugal, morreu um indivíduo por DCV em cada 14 minutos. A maior parte da mortalidade CV

deveu-se ao acidente vascular cerebral (AVC) – 15.668 óbitos – enquanto que o enfarte agudo do miocárdio (EAM) foi responsável por 8.059 óbitos.

As DCV são também uma importante causa de internamento hospitalar em Portugal. No ano 2005 foram internados 11.670 doentes por EAM e 27.053 por AVC. Contudo, as estatísticas nacionais mostram que cerca de 73% dos óbitos por AVC e 82% dos óbitos por EAM ocorrem fora dos hospitais.

**«Em Portugal
no ano 2005 morreu
um indivíduo por doença
cardiovascular
em cada 14 minutos»**

Porque ocorrem tantos óbitos por DCV fora do hospital? Um dos principais motivos é bem conhecido: a manifestação clínica inaugural das DCV é muitas vezes a morte. Outras vezes, a morte ocorre poucos minutos a poucas horas depois do início dos sintomas. Cerca de 25% dos indivíduos com EAM morrem nos primeiros 60 minutos. Estes factos demonstram o valor das medidas de prevenção contra as DCV. Estas podem ser a única forma de evitar uma morte.

A acumulação de gordura na parede das artérias – aterosclerose – tem início numa fase relativamente precoce da vida. A certa idade, praticamente todos nós temos lesões de aterosclerose nas artérias coronárias. Muitas lesões ateroscleróticas permanecem quiescentes uma vida inteira, por

COLESTEROL

Em cada indivíduo, a estimativa do risco CV identifica o nível máximo desejado de colesterol-LDL (comumente designado «mau colesterol»). Considera-se que o risco CV é elevado na presença de alguma forma de DCV; incluem-se nesta categoria de risco os doentes com diabetes, doença renal crónica, aneurisma da aorta abdominal ou doença arterial dos membros inferiores, e ainda os doentes que tenham tido um AVC embólico por aterosclerose das artérias carótidas ou que tenham doença significativa destas artérias. Nos indivíduos de risco elevado, o nível de colesterol-LDL idealmente não deve ultrapassar 80 a 100 mg/dl.

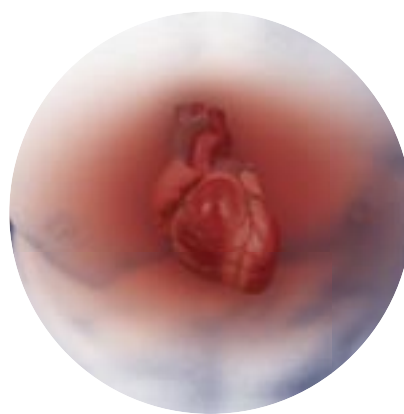
**TABACO**

Até o tabagismo ligeiro (1 cigarro por dia) aumenta o risco de EAM. O fumo de charutos, cachimbo, cigarros com filtro, cigarros «leves» e o fumo sem inalação também aumentam o risco de EAM. Os fumadores passivos estão também sujeitos aos riscos do tabaco. Deixar de fumar é isoladamente a medida preventiva mais importante para as DCV.

PRESSÃO ARTERIAL

Fala-se em hipertensão arterial quando a pressão arterial em repouso apresenta em média uma sistólica ≥ 140 mmHg ou diastólica ≥ 90 mmHg. Nos diabéticos, a pressão arterial não deve ultrapassar 129 mmHg para a sistólica e 79 mmHg para a diastólica. A hipertensão arterial habitualmente não causa sintomas. Na verdade, muitas pessoas só descobrem que são hipertensas muitos anos depois de já o serem. Por isso, a hipertensão é frequentemente conhecida como o «assassino silencioso». A única forma de saber se se tem hipertensão é medir a pressão arterial.

Coração



razões não totalmente esclarecidas. Contudo, na presença de determinados factores que aceleram a progressão da aterosclerose e/ou que vulnerabilizam as placas ateroscleróticas e o doente, uma lesão pode determinar um evento clinicamente significativo como o EAM.

A identificação de indivíduos com risco de EAM é essencial para orientar as estratégias de prevenção CV. A presença e o controlo dos factores de risco devem ser avaliados periodicamente; o mesmo se aplica à estimativa do risco CV individual e à identificação de DCV já estabelecida.

Os principais factores de risco para a doença coronária aterosclerótica são o excesso de colesterol, a pressão arterial elevada, a diabetes, o fumo de tabaco, o excesso de peso, a falta de exercício

«Deixar de fumar é isoladamente a medida preventiva mais importante»

físico, o baixo consumo de fruta e legumes, o stress, a idade avançada e a história familiar de DCV numa idade prematura. A maior parte destes factores de risco são modificáveis, demonstrando o enorme potencial da prevenção. A hipercolesterolemia, a hipertensão e a diabetes podem ser controladas. O tabagismo, a obesidade, o sedentarismo, a alimentação incorrecta e o stress podem ser corrigidos.

Em conclusão, as DCV representam a principal causa de morte no nosso

país e são também causa importante de incapacidade. Devem-se essencialmente à aterosclerose, um fenómeno que tem início numa fase precoce da vida e progride silenciosamente durante anos, e que habitualmente já está avançado no momento em que aparecem as primeiras manifestações clínicas. As suas consequências mais importantes – o EAM, o AVC e a morte – são frequentemente súbitas e inesperadas. A maior parte das DCV resulta de um estilo de vida inadequado e de factores de risco modificáveis. O controlo dos factores de risco é uma arma potente para a redução das complicações das DCV.

Vale a pena prevenir!

Vale a pena lutar contra as DCV!



ALIMENTAÇÃO

O excesso de sal, gorduras saturadas, álcool e açúcares de absorção rápida, por um lado, e a ausência de legumes, vegetais e fruta fresca, por outro, aumentam o risco de DCV. A alimentação deve ser variada e incluir pelo menos 5 refeições ao longo do dia. Deve comer-se mais peixe que carne e evitar a carne vermelha. O consumo de leite e seus derivados deve ser moderado e limitado a produtos magros.



OBESIDADE

Fala-se em excesso de peso quando o índice de massa corporal - divisão do peso corporal (quilos) pelo quadrado da altura (metros) - é superior a 25 e em obesidade quando superior a 30. Um perímetro abdominal superior a 94 cm nos homens, ou 80 cm nas mulheres, identifica indivíduos com risco aumentado de DCV e de diabetes.



EXERCÍCIO FÍSICO

Praticar pelo menos 30 minutos de exercício físico moderado por dia (equivale, por exemplo, a caminhar 3 km em 30 minutos) e combater o sedentarismo no trabalho são igualmente medidas fundamentais para controlo do peso e da pressão arterial, melhoria dos níveis de colesterol e redução do risco CV.

Conselhos do Serviço de Nutrição e Dietética

Pela sua saúde, cuide do seu coração!

Andreia Simões

Dietista Estagiária Serviço de Nutrição e Dietética do Hospital de Santa Cruz



Na área da saúde, o mês de Maio é dedicado ao coração. Na abordagem educacional “Pela sua saúde, cuide do seu coração” o Serviço de Nutrição e Dietética do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental (CHLO) – Hospital de Santa Cruz (HSC) elaborou um folheto informativo, onde são descritos alguns factores de risco que podem conduzir a doenças cardiovasculares (tais como stress psicológico persistente, hipertensão arterial, obesidade, diabetes, colesterol sérico elevado, hábitos tabágicos, sedentarismo e baixo consumo de frutas e vegetais ⁽¹⁾) e alguns hábitos saudáveis que deveriam

ser adoptados para a sua prevenção. A pensar na saúde dos nossos corações, no dia 15 de Maio de 2007, este folheto foi distribuído nas enfermarias e no refeitório do HSC.

Além de uma alimentação saudável, é necessário ter em atenção dois hábitos saudáveis:

1. Actividade Física Regular

A prática de actividade física regular é mais um comportamento que nos proporciona vantagens para a saúde, tais como ⁽²⁾:

- Redução do risco de Doença Coronária;
- Redução da Pressão Arterial;
- Controlo do peso corporal;
- Adequação dos perfis de açúcar e de gordura no sangue;
- Promoção do equilíbrio físico e mental.

2. Exclusão de Hábitos Tabágicos

A abolição do tabaco proporciona

vantagens relevantes para a saúde. Sabe-se que, comparativamente aos não fumadores, os fumadores apresentam ⁽³⁾:

- O dobro da probabilidade de sofrerem de trombose;
- 2 a 4 vezes maior probabilidade de desenvolverem Doença Cardíaca Coronária;
- Mais de 10 vezes de desenvolverem Doença Vascular Periférica.

Bibliografia

⁽¹⁾ American Heart Association. May 17, 2007

Disponível em: <http://www.americanheart.org/presenter.jhtml?identifier=3045883>

⁽²⁾ American Heart Association. 2007

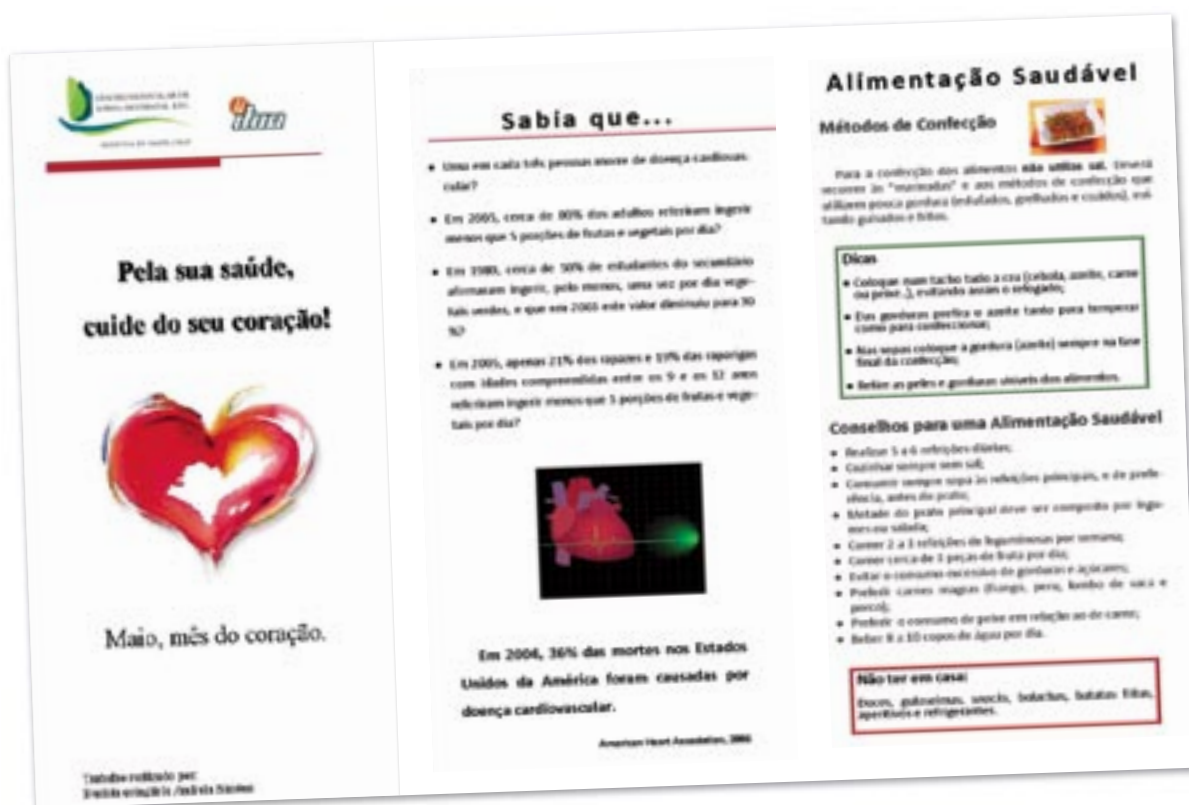
Disponível em: <http://www.americanheart.org/presenter.jhtml?identifier=3040779>

⁽³⁾ American Heart Association. 2007

Disponível em: <http://www.americanheart.org/presenter.jhtml?identifier=3044304>

⁽⁴⁾ American Heart Association. December 28, 2006

Disponível em: <http://www.americanheart.org/presenter.jhtml?identifier=3044304>





O risco de doença cardiovascular poderá diminuir cerca de 75% se não fumar, se realizar actividade física regularmente e se consumir frutas e vegetais todos os dias ⁽⁴⁾



Hospital de São Francisco Xavier

Humanização da Unidade de Neonatologia

Mais uma vez, em nome da Unidade de Neonatologia, agradecemos à Missão Sorriso e ao Banco Espírito Santo, por nos ter ajudado a atingir um objectivo tão especial como é o da humanização do ambiente físico desta Unidade de Cuidados Intensivos. No passado mês de Março, precisamente no dia do Pai, foram iniciadas as pinturas das salas de internamento e corredores do serviço.

A humanização do ambiente hospitalar, não só pelo seu aspecto estético, tem também um efeito terapêutico.

As famílias das crianças internadas passam momentos angustiantes, onde imperam os sentimentos de culpa, medo, perda e luto. É pois primordial, tudo o que se possa fazer para minimizar estes sentimentos.

As crianças quando nascem, têm na sua maioria uma família e um quarto, que está preparado e decorado para o receber. Em contraste, o que existe nestas Unidades de Cuidados Intensivos é um ambiente altamente tecnológico e agressivo.

Avery, diz-nos que:

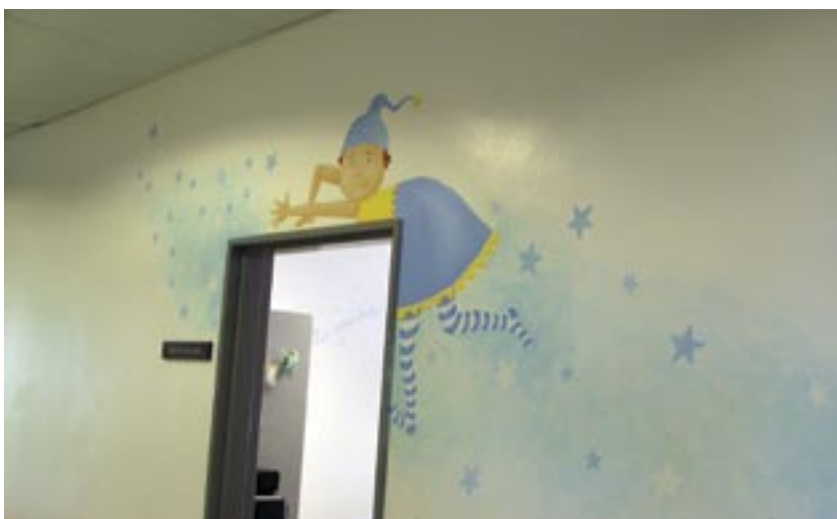
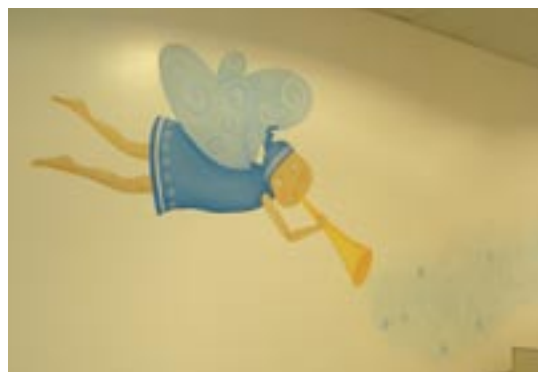
“O consenso é que o meio altamente tecnológico das unidades neonatais não é adequado para um sistema imaturo em desenvolvimento”.

Com as pinturas, conseguimos minorar estes aspectos e dar mais calor ao Serviço de Neonatologia.

Um obrigada especial à equipa de criativos de Paula Moita, que se chama “Dar cor à vida”.

THEREZA VASCONCELLOS

Enfermeira Chefe da Unidade de Neonatologia



2.º Encontro de Internos sobre Abordagem Multidisciplinar da Dor

O 2º Encontro de Internos sobre a Abordagem Multidisciplinar da Dor realizou-se no passado dia 16 de Maio, no Hotel Solplay, em Linda-a-Velha.

Combinado em dois grandes grupos de abordagem – Dor Aguda e Dor Crónica, a concretização do programa contou com a participação de vários jovens médicos que intervêm em diferentes áreas médicas, tais como, anestesiologia, cirurgia geral, clínica geral, endocrinologia, medicina interna, neurocirurgia, neurologia, obstetrícia, ortopedia e pediatria.

Organizado pelo Serviço de Anestesiologia da Unidade de Dor do Hospital de Egas Moniz, esta partilha de conhecimento é cada vez mais pertinente na formação destes jovens médicos, pelo acumular de críticas na troca de experiências e debates desenvolvidos entre as várias especialidades.

A organização apostou nos seguintes temas:

- Dor aguda em obstetrícia
- Dor aguda em pediatria
- Lombalgia
- Pé diabético
- Dor aguda de pós-operatório
- Dor aguda em obstetrícia
- Dor crónica – lombalgia
- Dor crónica – pé diabético

Actuar atempadamente na dor pode evitar variadas intervenções, promovendo o bem-estar do doente, proporcionando retorno à sua condição activa e produtiva.

Fazer da anestesia uma especialidade mais completa, é fundamental, na medida em que ganha uma grande experiência em várias áreas de actuação. Não se evidencia apenas num bloco operatório, a anestesia estuda e desenvolve mecanismos para o alívio da dor e outros acompanhamentos médicos, tais como cirurgias ou exames diagnósticos.



LANÇAMENTO DO LIVRO

“As linhas do possível”

No passado dia 18 de Maio decorreu, nas instalações do El Corte Inglés em Lisboa, o lançamento do livro “As linhas do possível” sobre a doença mental, contra o preconceito para prevenir a exclusão, de Isabel Afonso, Enfermeira do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, com design e ilustrações de Vasco Garcia Alves.

Isabel Afonso trabalha, desde 1997, na Unidade de Dia para reabilitação de doentes mentais do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do Hospital de São Francisco Xavier.

“(…) excelente concepção gráfica, importante visão desmistificadora da doença mental, (…) magnífico exemplo de como se pode tratar a questão da doença psiquiátrica de uma forma correcta e acessível” são alguns dos comentários do Professor Doutor Daniel Sampaio sobre este livro.

Fernando Peres Rodrigues, médico psiquiatria, refere “Um Livro em que nos transportamos para a perspectiva



de quem sofre e que, de súbito, vê em perigo os seus sonhos. Um texto escrito de forma muito compreensível para os que não são peritos nesta área, apresentando um grafismo irreverente que realça a mensagem (…)

Parabéns aos autores!

TEATRO MUSICAL INFANTIL NO SERVIÇO DE PEDIATRIA

Yoco na Ilha do Tesouro



No âmbito de uma acção que foi desenvolvida pela Nestlé, realizou-se no dia 20 de Abril de 2007 pelas 10h30 no Serviço de Pediatria – Internamento, uma peça de Teatro Musical designada “Yoco na Ilha do Tesouro”.

A peça foi escrita, encenada e representada por uma equipa de profissionais e teve como objectivo chamar a atenção das crianças para a importância de uma alimentação saudável e equilibrada, para além de ter uma forte componente lúdica.

A história do musical é como quando um

livro é aberto, abre-se caminho para que mais uma história possa ser imaginada. As personagens são o Capitão Barba de Avô e os seus netos são os piratas Pedro Gula e Raquel Língua Solta, que no seu galeão rumam à Ilha do Tesouro.

Nesta ilha encantada terão que completar um mapa e desvendar os mistérios que os levarão ao famoso baú do tesouro.

Foram na verdade jogos de inteligência que os colocaram frente-a-frente com a importância da natureza e os valores de uma boa alimentação, com os seus

nutrientes e vitaminas essenciais.

Pedro, Raquel e o Capitão Barba de Avô e todas as crianças do público embarcaram nesta aventura educativa auxiliados pelo Guardião do Tesouro, o Yoco, pela Dona Bananeira e pela Vaquinha Malhada.

No final foram oferecidas algumas lembranças do Yoco recheadas de sabores, música, aventura e guiados pelo sopro da imaginação.

MARIA EDITE PEREIRA
Educadora de Infância

CENTRO HOSPITALAR

Campanha de prevenção de acidentes de trabalho

O Serviço de Saúde Ocupacional do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, E.P.E., com o objectivo de ver diminuir o número de acidentes bem como a sua gravidade, decidiu realizar uma campanha de prevenção de acidentes de trabalho/serviço focada na informação sobre procedimentos de risco e sua prevenção. Esta

campanha baseia-se na elaboração de um cartaz mensal sobre um tema de Segurança no Trabalho. Os acidentes de trabalho podem ser causa de problemas de saúde físicos e psicológicos para os trabalhadores, pelo que a sua prevenção é de grande importância.

A EQUIPA DO SERVIÇO DE SAÚDE OCUPACIONAL DO CHLO

É médico? Sabia que...

É possível aceder ao processo clínico dos doentes em qualquer computador do Centro Hospitalar? O processo clínico é uma aplicação que permite ao médico visualizar de forma estruturada, informação sobre todos os contactos que o utente teve com o Centro Hospitalar e interagir com outras aplicações, nomeadamente com os Laboratórios. Para mais informações veja <http://intrachlo/intranet/>

Dia Mundial sem Tabaco

Ambientes 100% livres de fumo é o lema, deste ano, do Dia Mundial Sem Tabaco, que se celebra a 31 de Maio.

O Hospital de Egas Moniz realizou uma acção de sensibilização através da medição do monóxido de carbono do fumador ou não fumador.

Este ano, a celebração prende-se ao lema “ambientes 100% livres de fumo”, que apela ao direito de ar limpo, livre de tabaco e fumo, perigoso em ambientes interiores e fechados. É necessário actuar com acções locais de informação, consciencializando as pessoas que fumar pode



matar, sensibilizando-as para os perigos da utilização do tabaco, e destacando o trabalho desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde no combate a esta epidemia.

Você ainda está a tempo de se proteger do fumo. Seja saudável e exija ambientes livres de fumo.

Lembre-se do que ainda pode fazer para proteger o direito à saúde e a uma vida saudável, não só para si como para futuras gerações.

Colabore com o Jornal do Centro

Esta publicação é de todos os colaboradores do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental. Comente e colabore, enviando sugestões e trabalhos que, considere de interesse, para a equipa do Jornal.

Contactos:

HOSPITAL DE EGAS MONIZ

Nadia Rodrigues
nadiarodrigues@hegasmoniz.min-saude.pt
Tel.: 21 365 01 67

HOSPITAL DE SANTA CRUZ

Rosa Santos
rsantos@hsc.min-saude.pt
Tel.: 21 416 34 00 (ext.2695)

HOSPITAL DE SÃO FRANCISCO XAVIER

Helena Pinto
spinto@hsfxavier.min-saude.pt
Tel.: 21 043 11 47

CENTRO HOSPITALAR

Nomeações

O Conselho de Administração, durante o mês de Maio, nomeou:

- Dra. Constança Jordão Madeira Chaveiro, Directora do Serviço de Neurorradiologia do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental (CHLO);
- Dr. Francisco Gonçalves Silva, adjunto da Direcção do Internato Médico do CHLO;
- Comissão de Avaliação Técnica do Material de Consumo Clínico;
- Grupo de Trabalho – SIGIC, Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia;
- Dr. Acácio Pita Negrão, como novo

membro da Comissão de Farmácia e Terapêutica do CHLO.

Na sequência do processo concursal da carreira de Administrador Hospitalar foram colocados desde 1 de Maio de 2007, os seguintes administradores hospitalares:

- A Dra. Ana Infante, que acompanhará o processo de constituição de parceria no âmbito da Imagiologia e Medicina Nuclear e a gestão quotidiana destes serviços;
- A Dra. Isabel Cabral, em regime de colaboração institucional, como coordenadora do Serviço de Gestão de Doentes do CHLO;
- O Dr. Januário Domingos, que prestará assessoria ao Conselho de Administração

no âmbito de procedimentos disciplinares, de apoio jurídico ao Serviço de Gestão de Compras e de controlo de processamento do trabalho extraordinário realizado no CHLO.

O Conselho de Administração, em sessão realizada em 23 de Maio de 2007, deliberou proceder à criação do Serviço de Patologia Clínica do CHLO, de acordo com o disposto no artigo 32º do Regulamento Interno, tendo sido nomeada Directora do referido serviço a Dra. Maria Esmeraldina Moura Ramos Ribeiro Correia Júnior, com efeitos a partir de 1 de Junho de 2007. Nesta conformidade, extinguem-se os Serviços de Patologia Clínica das três Unidades Hospitalares.

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		

CURSOS

Início a 19 de Outubro de 2007

**MESTRADO EM COMUNICAÇÃO
EM SAÚDE**

ORGANIZAÇÃO: Faculdade
de Medicina de Lisboa

LOCAL: Faculdade de Medicina de Lisboa

CANDIDATURAS: 11 a 22 de Junho de 2007

INSCRIÇÕES: 10 a 14 de Setembro de 2007

INSCRIÇÕES E INFORMAÇÕES:
Gabinete de Mestrados e Doutoramentos

TEL.: 21 798 51 07

FAX 21 798 51 08

EMAIL: gmd.ifa@fm.ul.pt

www.fmul-ifa.org

**ACÇÕES DE FORMAÇÃO
ORGANIZADAS PELO NÚCLEO
DE FORMAÇÃO DO CHLO**

Junho de 2007

EXCEL – FOLHA DE CÁLCULO
– NÍVEL AVANÇADO

DESTINATÁRIOS: Multiprofissional

TRIAGEM MANCHESTER

DESTINATÁRIOS: Médicos/Enfermeiros
do Serviço de Urgência

LEITURA DE TRAÇADOS CARDÍACOS

DESTINATÁRIOS: Enfermeiros

VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA PARA ENFERMEIROS

DESTINATÁRIOS: Enfermeiros

PREVENÇÃO E CONTROLO DA INFECCÃO HOSPITALAR

DESTINATÁRIOS:
Enfermeiros/Médicos/Técnicos

REABILITAÇÃO NO EXERCÍCIO PROFISSIONAL DOS ENFERMEIROS

RELAÇÃO DE AJUDA

DESTINATÁRIOS: Enfermeiros

BRINCAR NO HOSPITAL: REFLEXÕES

Organizado pelo Internamento
de Pediatria

INFORMAÇÕES:
Núcleo de Formação HEM – 213 650 473
Núcleo de Formação HSC – 214 163 404
Núcleo de Formação HSFX – 210 431 028