



# Jornal do Centro



## Maio, Mês do Coração

Prevenir é Melhor que Tratar

Roncopatia e Síndrome  
de Apneia Obstrutiva  
do Sono

**Mater Timor**  
Projecto  
“Maternidade-Escola”

Dia Mundial  
da Voz  
e Rastreio da Voz

## Telefones úteis

### Índice

- 3 Editorial
- 4 Roncopatia e Síndrome de Apneia Obstrutiva do Sono
- 6 Mater Timor Projecto “Maternidade-Escola”
- 8 Maio, Mês do Coração
- 10 1º Aniversário do Hospital de Dia de Especialidades Médicas do HEM
- 11 Serviço de Planeamento, Análise e Controlo de Gestão
- 12 Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE)
- 13 Cuidar e Integrar em Saúde Mental Comunitária
- 14 Dia Mundial da Voz e Rastreo de Voz
- 15 Breves
- 16 Agenda do Centro

### HOSPITAL DE EGAS MONIZ

Rua da Junqueira, 126 - 1349-019 Lisboa

Apoio ao Internamento	21043221/22
Consulta Externa – Informações e marcações	210432369/71/73
Consulta do Viajante – Informações e marcações	210432356
Urgência de Otorrinolaringologia	210432233
Urgência de Oftalmologia	210432235
Cirurgia Ambulatória	210432261/62
Gabinete de Comunicação e Imagem	210432448
Serviço Social	210432413

### HOSPITAL DE SANTA CRUZ

Av<sup>a</sup> Prof. Reinaldo dos Santos - 2790-134 Carnaxide

Apoio ao Internamento	210433001/02
Consulta Externa – Informações e marcações	210433004/05
Cirurgia Ambulatória	210433036
Unidade de Hemodiálise	210433099/100
Unidade de Hemodinâmica Cardíaca	210433069
Unidade de Transplantação Renal	210433224
Unidade de Cuidados Coronários (Unicor)	210433129/30
Gabinete de Comunicação e Imagem	210433145
Serviço Social	210433135 (Cardiologia)
	210433118 (Cardio-torácica)
	210433092 (Nefrologia)
	210433109 (Cirurgia Geral)

### HOSPITAL DE SÃO FRANCISCO XAVIER

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

Apoio ao Internamento	210431161
Urgência Geral - Informações	210431161
Urgência Geral – Admissão de Doentes	210431132
Urgência Obstétrica/Ginecológica – Admissão de Doentes	210431686/7
Urgência Pediátrica – Admissão de Doentes	210431664
Consulta Externa – Informações e marcações 1ª vez	210431765/68
Consulta Externa – Marcações subsequentes:	
• Medicina Interna	210431489/90/91
• Cirurgia	210431525/26
• Ginecologia/Obstetrícia	210431508/9/10
• Pediatria	210431540/41
• Ortopedia	210431306/7
Hospital de Dia de Especialidades Médicas	210431727
Hospital de Dia de Oncologia	210431704/18
Gabinete de Comunicação e Imagem	210431147
Serviço Social	210431150

## Gabinete do Utente do CHLO

### Contactos

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

HOSPITAL DE EGAS MONIZ  
gabinete.utente@hegasmoniz.min-saude.pt  
Tel.: 21 043 24 48

HOSPITAL DE SANTA CRUZ  
gabinete.utente@hsc.min-saude.pt  
Tel.: 21 043 31 45

HOSPITAL DE SÃO FRANCISCO XAVIER  
gabinete.utente@hsfxavier.min-saude.pt  
Tel.: 21 043 11 47

### Ficha Técnica

**Propriedade:** Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, E.P.E. | Estrada do Forte do Alto do Duque, 1449-005 LISBOA  
Telefone: 21 043 10 00 • Fax 21 043 15 89 | **Director:** Pedro Abecasis | **Edição:** Helena Pinto  
**Redacção:** Helena Pinto, Henrique Passos, Rosa Santos | **Coordenação e Revisão:** Alexandra Flores  
**Fotografia:** Helena Pinto, Henrique Passos, 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



## Pedro Abecasis

Presidente do Conselho de Administração



### Temos que estar preparados

**N**o fim de tarde do passado dia 5 de Abril eclodiu um incêndio na cozinha do Hospital de S. Francisco Xavier.

Dado rapidamente o alarme, pouco depois os bombeiros estavam no local a combater o fogo. Em cerca de 20 minutos este estava extinto.

Os fumos tóxicos gerados pelo incêndio propagaram-se pelas canalizações do ar condicionado tornando irrespirável o ar em várias enfermarias e na Unidade de Cuidados Intensivos Cirúrgica do Hospital. Os 150 doentes destas enfermarias e da UCIC foram evacuados em menos de 30 minutos. A área do bar exterior do hospital foi disponibilizada de imediato para os acolher.

Passada mais uma hora e repostas as condições mínimas necessárias os doentes começaram a regressar às enfermarias.

Ordeiramente e sem que se instalasse o pânico, tudo decorreu sem prejuízo para os doentes internados.

Merecem uma felicitação especial todos os funcionários do Centro Hospitalar que intervieram no combate ao incêndio e às suas consequências. Os que estavam de serviço naquele domingo nos locais atingidos, os que de outros locais do Centro imediatamente acorreram e os que interromperam o seu descanso semanal e se deslocaram nesse dia ao Hospital de S. Francisco Xavier.

O nosso reconhecimento vai também para os doentes internados e que, na medida das possibilidades de cada um, colaboraram de modo tranquilo e ordeiro na operação de evacuação.

O Conselho de Administração tomou de imediato duas decisões. Uma a de proceder à instauração de um inquérito que permitisse o apuramento das causas do incêndio; outra a de solicitar a todos os intervenientes um relatório do modo como tinham sido implementadas as várias medidas de combate ao incêndio e de limitação das suas consequências. Foi nomeada uma comissão para receber esses relatórios e fazer a partir deles um relatório final para ser presente ao Conselho.

Pretendemos fazer um apuramento completo e detalhado da forma como tudo decorreu para retirar todos os ensinamentos que permitam um aperfeiçoamento do Plano de Emergência do Hospital de S. Francisco Xavier e que eventualmente possam ser extensíveis aos Planos de Emergência dos outros dois hospitais do Centro.

Os Planos de Emergência são instrumentos essenciais na limitação das consequências dos vários tipos de catástrofes que podem ocorrer em qualquer instituição. No caso dos hospitais estes planos adquirem uma importância acrescida porque, como se viu no passado dia 5 de Abril, não está em causa apenas a segurança dos funcionários mas também a dos doentes internados que estão particularmente indefesos.

Esta dupla responsabilidade deve merecer toda a nossa atenção e por isso, para além de nos felicitar pelo modo como tudo se processou, devemos olhar para este acontecimento como uma espécie de ensaio geral. Após ter sido recolhida toda a informação prestada pelos que intervieram naquela tarde, iremos proceder a uma análise detalhada aos factos ocorridos e corrigir tudo o que eventualmente não tenha decorrido da melhor forma. ■

# Roncopia e Síndrome de Apneia Obstrutiva do Sono (SAOS)

O ser humano passa aproximadamente um terço da sua vida a dormir. Durante o sono, a vibração do palato e dos tecidos moles adjacentes à faringe produz o ronco, sintoma comum na população. O ronco sugere a presença de obstrução parcial das vias aéreas superiores e pode ser seguido de apneia ou hipopneia, o que corresponde à cessação completa ou parcial do fluxo aéreo, na presença de esforço respiratório.

Os distúrbios respiratórios do sono caracterizam-se pela presença de episódios repetidos de pausas respiratórias, que levam à fragmentação do sono e à redução da saturação da hemoglobina em oxigénio. Com prevalência de 9% nas mulheres e 24% nos homens, os distúrbios respiratórios do sono representam um espectro contínuo,

desde o ronco até à síndrome de apneia obstrutiva do sono.

Estima-se que 2-4% da população adulta de meia-idade seja afectada pela síndrome de apneia obstrutiva do sono (SAOS). Esta síndrome tem sido associada a sonolência diurna excessiva, a acidentes de viação e a morbilidade e mortalidade cardiovascular, no entanto, o diagnóstico só é realizado em 18% dos homens e 7% das mulheres – esta baixa frequência no diagnóstico pode ser reflexo da reduzida percepção dos sintomas durante o sono quer por parte do paciente quer por parte de seus familiares, do difícil acesso aos métodos de diagnóstico associados e, possivelmente, ao ensino insuficiente em Medicina do Sono.

Normalmente, durante o sono, o ar movimenta-se das vias aéreas superiores de e até aos pulmões num ritmo regular. Num doente com

SAOS, este movimento encontra-se diminuído podendo mesmo estar abolido por um determinado período de tempo. Existem dois tipos de apneia do sono, a obstrutiva e a central: na primeira a respiração é afectada por um estreitamento ou encerramento da via aérea superior; a segunda resulta de uma alteração no controlo e ritmo respiratório.

A Consulta de Roncopia e Apneia do Sono do Serviço Universitário de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cervico-Facial do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental – Hospital de Egas Moniz (Director: Prof. Doutor Madeira da Silva) teve o seu início no ano 2000, sendo neste momento realizada pelos Drs. Deodato Silva e Pedro Henriques, e surgiu em resposta a uma das grandes patologias da sociedade moderna, a Patologia Respiratória do Sono.



**«A roncopia é geralmente interpretada como um problema meramente social mas que frequentemente surge associada à apneia do sono e à síndrome de apneia obstrutiva do sono»**



**«Com prevalência de 9% nas mulheres e 24% nos homens, os distúrbios respiratórios do sono representam um espectro contínuo, desde o ronco até à síndrome de apneia obstrutiva do sono»**

Esta consulta funciona em articulação com outros Serviços, nomeadamente o Serviço de Pneumologia e o Serviço de Endocrinologia/Nutrição.

Os principais motivos de consulta são a roncopia, geralmente interpretada como um problema meramente social mas que frequentemente associada à apneia do sono, e a SAOS, com repercussão nas ac-

tividades diárias, qualidade de vida e saúde do doente.

O objectivo principal do tratamento destas situações é a manutenção da patência da via aérea superior durante o sono, eliminando-se, assim, os sintomas do seu distúrbio, bem como, a redução das consequências nocivas para a saúde do doente a médio e longo prazo.

A decisão terapêutica incide essencialmente em três opções que podem complementar-se: as medidas gerais e dieta, a terapêutica não invasiva e a terapêutica cirúrgica.

As medidas gerais e dieta são recomendadas quase transversalmente a todos os doentes, incidindo na correcção dos factores de risco e agravantes da patologia respiratória do sono, nomeadamente, redução do peso, medidas posicionais, evicção tabágica, alcoólica e da medicação sedativa, e correcção de outras patologias associadas.

A terapêutica não invasiva pode consistir na utilização de dispositivos dentários que reposicionam a mandíbula com o conseqüente avanço da língua e palato mole, ou na utilização de ventilação com o CPAP (*continuous positive airway pressure*), que apesar, de na fase inicial parecer desconfortável e ruidoso, muitos doentes aceitam esta opção, pela melhoria da qualidade do sono, pela ausência do ronco e pela diminuição da sonolência diurna.

A Otorrinolaringologia é a Especialidade que está directamente ligada às opções cirúrgicas da patologia respiratória do sono. A terapêutica cirúrgica está reservada para os doentes com alterações anatómicas da via aérea superior bem como para os doentes que não toleram ou não melhoram com o tratamento não cirúrgico.

Estas opções, cirúrgicas ou não, podem ser tomadas isoladamente ou de forma complementar, sendo fundamental um estudo cuidadoso prévio, para avaliação de factores prognósticos, para as mais variadas opções terapêuticas. ■

DR. DEODATO SILVA

DR. PEDRO HENRIQUES

Serviço de Otorrinolaringologia

Director de Serviço: PROF. MADEIRA DA SILVA

# Mater Timor

## Projecto “Maternidade-Escola”

“...a construção está concluída e, devo dizer, é uma obra que encanta o coração.”

**E**m Fevereiro de 2006, o Jornal do Centro publicou uma entrevista realizada ao Prof. Doutor Fernando Maymone Martins, Presidente da Fundação Mater Timor e Director do Serviço de Cardiologia Pediátrica do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, com o intuito de dar a conhecer o projecto de construção de uma Maternidade em Timor.

Este projecto é uma iniciativa do Patriarcado de Lisboa, da Conferência Episcopal Portuguesa, das Dioceses de Díli e de Baucau, do Santuário de Fátima, da Associação de Médicos Católicos Portugueses, da Federação Internacional das Associações de Médicos Católicos e da Rádio Renascença.

Em resposta à questão sobre o que levou à criação da Fundação Mater Timor e porquê uma Maternidade em Timor, o Dr. Maymone Martins respondeu: “Este projecto surgiu no ano 2000, durante o Grande Jubileu da Igreja Católica. Este ocorreu na sequência imediata das chacinas que tinham tido lugar em Timor, após a consulta popular de Agosto de 1999 e em que a população timorense tinha optado pela independência, tendo sofrido na carne as consequências desta opção.

Este projecto chama-se “Maternidade-Escola”, uma vez que pretendemos facultar, para além da assistência às grávidas, ensino a quadros locais que venham a assumir integralmente o governo e funcionamento desta Unidade de Saúde, como coisa sua.”

Passados 3 anos e estando as obras praticamente concluídas, o Jornal do Centro (JC) convidou mais uma vez o Prof. Doutor Maymone Martins (MM) para nos dar a conhecer o projecto Mater Timor nos dias de hoje.



**JC: Para quando é que está prevista a abertura das portas da Maternidade em Timor?**

**MM:** Pensamos abrir até ao final de 2009. Existe a possibilidade de inaugurarmos em Outubro a Maternidade mas não temos ainda a certeza. Na realidade, a construção está concluída e, devo dizer, é uma obra que encanta o coração. Estive lá em Março último e levámos a visitar o local, diversas personalidades: o Bispo de Díli, o Presidente da República, Dr. Ramos Horta, a Directora do Hospital Central e o futuro Núncio Apostólico. Já depois de eu ter voltado estiveram lá o Ministro e a Vice-Ministra da Saúde, bem como o Presidente do Instituto Português de Apoio ao Desenvolvimento (IPAD) que foi em visita a Timor. Foram acompanhados pelas nossas colaboradoras que foram comigo e lá ficaram, a Dra. Maria Sousa Leitão e a Sra. Enfa. Madalena Beirão. Todos ficaram, encantados.

O Presidente Ramos Horta, quando lhe apresentámos o projecto no seu gabinete, perguntou: “Mas isto é uma maternidade virtual? É para se fazer partos pela Internet?”. A minha resposta foi convidá-lo a visitar a Maternidade, e quando o fez, dois dias depois, o comentário dele foi: “Agora passo a acreditar em milagres.”

Ora bem, a construção civil está concluída mas falta mobilar, equipar, consolidar os recursos humanos, a estrutura administrativa e o estatuto jurídico, ou seja, ainda há muita coisa para fazer. Em todo o caso, posso acrescentar que demos ordem de encomenda na Indonésia, há dois dias, para a aquisição de grosso do mobiliário e do equipamento. Portanto, estamos a dar passos concretos no sentido da abertura.

**JC: Quais foram os principais desafios desde a concepção da ideia à sua concretização?**

**MM:** Pode parecer um bocadinho louco e um bocadinho romântico construir uma Maternidade do outro lado do mundo. Na realidade, muitas pessoas das nossas relações assim o consideraram, mas passo a passo, temos conseguido por este sonho de pé. Não escondo que a nossa condição de católicos constituiu um encorajamento essencial, associado à percepção clara da utilidade final da obra se a conseguirmos concretizar. Devo dizer que Deus nos fez encontrar colaborações de primeira qualidade ao longo do tempo e que nos ajudaram a vencer as várias etapas. Desde a equipa de arquitectura, liderada pelo arquitecto José Luís Loureiro, à empresa de construção a que adjudicámos a construção, a ENSUL, passando pelos colaboradores clínicos, técnicos, administrativos, etc.. Todos têm excedido a nossa expectativa.

Quanto à ENSUL é justo dizer que contratou connosco um custo fixo de um milhão e meio de Euros, aceitando doar como mecenato o montante em que a construção eventualmente excedesse esse valor. Quando negociámos o contrato, a ENSUL quis inserir uma cláusula, mediante a qual, estes valores podiam ser alterados se o preço do barril de petróleo subisse acima dos 60 dólares. Conseguimos que esta cláusula ficasse de fora. E, como é sabido, o petróleo já esteve bem acima desse valor e a ENSUL nunca pediu nem mais um cêntimo.

O arquitecto Loureiro conhece intimamente Timor e é responsável pelas principais obras lá construídas em época recente. Concebeu-nos um edifício muito bonito com climatização natural que dispensa ar condicionado em muitas das zonas. Também as Carmelitas Activas indigitadas pelo Bispo local, D. Ximenes Belo, inicialmente e depois, D. Alberto Ricardo da Silva, para assumir o projecto, nos têm prestado excelente colaboração.

**JC: Uma vez que as mulheres Timorenses habitualmente têm os seus filhos nas suas casas, como é que estas futuras mães e famílias estão a reagir ao facto de poderem vir a ter um parto assistido e em segurança? Considera esta questão problemática para o futuro?**

**MM:** De facto é essa a cultura da mulher timorense. A mulher que está para



Visita às instalações da Maternidade em Timor, em Março de 2009

dar à luz só recorre ao hospital quando está mal e já em último caso. É evidente que há aqui um trabalho muito importante a desenvolver. O que gostaríamos de fazer seria dar formação a profissionais, que estão dispersos em pequenos postos de saúde no território, por forma a habilitá-los a detectar as gravidezes de risco e procurar encorajar essas mulheres a dar à luz em ambiente hospitalar, sem deixar de assistir, mesmo em sua casa, outras mulheres com partos normais. Concebemos na Maternidade de Nossa Senhora de Fátima uma área de residência para grávidas que aguardam o momento de dar à luz e a quem foi diagnosticada gravidez de risco, destinada, exactamente, a acolher as mulheres nestas condições.

**JC: Qual a percentagem de natalidade e mortalidade infantil existente em Timor?**

**MM:** Timor tem um elevado ritmo de crescimento populacional, de 3,2% ao ano, com uma taxa anual de 40 nascimentos por cada 1.000 habitantes. A mortalidade infantil é de 85 por 1.000 nados vivos, estimando-se que, dadas as más condições de higiene e salubridade morrem cerca de 125 crianças em cada 1.000 nados vivos até aos cinco anos de idade, com malária, tuberculose e má nutrição.

É preciso também salientar a elevada taxa de mortalidade materna que se estima cerca de sete em cada mil partos.

De forma simplificada, podemos dizer que, em cada 100 mulheres que dão à luz, uma morre e, das crianças nascidas, morrem 12 até aos cinco anos. A morte da mãe tem repercussões dramáticas na vida da família, pois na cultura local os pais não assumem adequadamente os encargos familiares.

**JC: Quantos partos pensam fazer anualmente na Maternidade em Timor?**

**MM:** Calculamos que, em velocidade cruzeiro, podemos ter cerca de 2.500 partos por ano, mas sabemos que, na cultura local, a estadia hospitalar, para um parto eutócico, é muito curta, inferior a 24 horas, pelo que os números poderão vir a relevar-se superiores.

**JC: Que especialidades e equipamentos terá a Maternidade?**

**MM:** Pretendemos assegurar actividade nas áreas de Obstetrícia e Ginecologia, e, desde que encontremos os recursos humanos, também na Pediatria. Dispomos de uma ampla sala de partos, de uma sala de operações, de um laboratório para as coisas mais importantes, de ecógrafo, etc.. Precisamos, porém, de aliciar a colaboração de maior número de especialistas nessas áreas.

**JC: Estando em fase de angariação de fundos para equipar a Maternidade, o que é que já foi conseguido até ao momento e o que é que ainda falta?**

**MM:** Para fazer frente às despesas de construção, algumas alterações que mandámos fazer à obra, as remunerações de colaboradores, as deslocações a Timor, etc.. Angariámos, até ao presente, cerca de dois milhões de Euros, dos quais sobra pouco. Aproveito para dizer que os membros do Conselho de Administração da Fundação Mater Timor não auferem qualquer remuneração.

Este dinheiro veio basicamente da população portuguesa anónima, através de donativos feitos na Renúncia Quaresmal da Diocese de Lisboa, em 2002, nas outras Dioceses em 2003, donativos recebidos através do Santuário de Fátima ao longo dos anos, donativos angariados pela Rádio Renascença em 1999

e de novo em 2007, e ainda donativos angariados nos Açores pela Sra. Dra. Luísa César, esposa do Presidente do Governo Regional, Dr. Carlos César.

Todos conhecem as dificuldades da crise que atravessamos, mas não desanimamos olhando, por exemplo, para a recente campanha do Banco Alimentar Contra a Fome, que recolheu mais donativos do que nos anos anteriores, apesar da crise.

De toda a forma, para além dos donativos individuais, temos em preparação candidaturas a fundos do IPAD e da União Europeia. Os nossos orçamentos são de cerca de 600 mil dólares para a operação anual. Esperamos também encontrar colaboração importante da parte do governo timorense, apoiado pelos recursos do petróleo.

**JC: A Fundação tem feito alguma divulgação no sentido de angariar profissionais para trabalharem na Maternidade?**

**MM:** Sim, temos aparecido em várias notícias elaboradas pela equipa da RTP que está em Timor e tivemos a campanha de Natal da Rádio Renascença em 2007 que proporcionou, para além da divulgação e do conhecimento do nosso projecto, que encontrássemos também ofertas de trabalho, incluindo, da Enfermeira de Obstetrícia, Madalena Beirão, que já está neste momento em Timor. Temos feito outras acções de divulgação, entre as quais os cartazes que se podem ver nos nossos hospitais, mas precisamos ainda de conseguir um maior número de colaboradores. Os recursos humanos são, na realidade, uma das nossas principais preocupações e todas as ofertas de trabalho, em especial trabalho especializado serão bem-vindas. ■

# Maio, Mês do Coração

## Prevenir é Melhor que Tratar

**A**s doenças cardiovasculares (DCV) representam a principal causa de morte no mundo. São responsáveis por cerca de 40% dos óbitos na Europa, na qual se registaram 4.830.153 óbitos em 2006, dos quais 2.014.805 por DCV – a principal causa de morte – seguindo-se 1.215.700 óbitos por cancro, o qual representa a segunda maior causa de morte. Por conseguinte, no ano de 2006, morreu um indivíduo por DCV na Europa em cada 15 segundos. A maior parte da mortalidade CV deveu-se ao enfarte agudo do miocárdio (EAM) – 754.103 óbitos – enquanto que o acidente vascular cerebral (AVC) foi responsável por 509.659 óbitos. Em Portugal, a mortalidade por AVC é superior à mortalidade por EAM.

Cerca de 70% a 80% dos óbitos por DCV ocorrem fora dos hospitais. 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% das pessoas com EAM morrem nos primeiros 60 minutos. Estes factos demonstram o valor das medidas de prevenção contra as DCV. Essas medidas podem ser a única forma de evitar uma morte.

A acumulação de gordura na parede das artérias – aterosclerose – é o substrato para a maioria das DCV e tem início numa fase relativamente precoce da vida. A certa idade, praticamente todos nós temos lesões ateroscleróticas nas artérias. Estas lesões começam por ser reversíveis mas quando o colesterol cristaliza, o que já é evidente no início da vida adulta, a gordura deixa de ser removível e as lesões tornam-se irreversíveis. A aterosclerose progride silenciosamente durante anos e habitualmente já está avançada quando determina as primeiras manifestações clínicas, fazendo das DCV doenças crónicas. Muitas lesões ateroscleróticas permanecem quiescentes uma vida inteira, por 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 avaliação do risco cardiovascular deve começar não mais tarde que os 20 anos de idade, mesmo nas pessoas aparentemente saudáveis. 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.

A avaliação do risco CV é sobretudo importante em três grupos de pessoas assintomáticas: (1) indivíduo com nível muito elevado de um factor de risco (por exemplo, pressão arterial muito elevada –  $\geq 180/110$  mmHg – ou colesterol muito elevado –  $\geq 300$  mg/dL); (2) indivíduo com familiar em primeiro grau que começou a sofrer de DCV em idade prematura (antes dos 55 anos de idade para os familiares do sexo masculino e antes dos 65 anos para

os do sexo feminino); (3) indivíduo com múltiplos factores de risco CV.

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 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





**«A mais importante das medidas de prevenção cardiovascular é a promoção de um estilo de vida correcto e de uma alimentação saudável»**

Outros factores de risco, como o colesterol e a pressão arterial, têm uma relação contínua com o risco CV. Ser um factor de risco contínuo tem várias consequências. Em primeiro lugar, significa que quanto maior o valor do factor, mais elevado será o risco CV, e vice-versa. Por isso, é difícil definir os valores normais para o colesterol e para a pressão arterial. Em segundo lugar, significa que é sempre benéfico reduzir o valor do factor de risco. Mais ainda, no doente com risco CV elevado, a redução dos valores destes factores associa-se a uma melhoria clara do prognóstico mesmo que não estejam significativamente alterados. Por estas razões, deve ser o médico assistente a definir os valores ideais de colesterol e de pressão arterial para cada pessoa, em função do risco CV individual.

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. As suas consequências mais importantes – o EAM, o AVC e a morte – são frequentemente súbitas e inesperadas. A maior parte das DCV resultam de um estilo de vida inapropriado e de factores de risco modificáveis. O controlo dos factores de risco é uma arma potente para a prevenção das DCV e para a redução das suas complicações. Esta abordagem pró-activa ajudará a alcançar o objectivo declarado na Carta Europeia do Coração: que cada criança nascida neste milénio possa viver até pelo menos os 65 anos de idade, sem sofrer uma DCV evitável. ■

*DR. CARLOS AGUIAR*  
Serviço de Cardiologia  
Hospital de Santa Cruz

Director de Serviço: *DR. ANICETO SILVA*

prevenção CV é a promoção de um estilo de vida correcto e de uma alimentação saudável. Esta medida é recomendada para todas as pessoas, com ou sem DCV estabelecida, com ou sem risco CV elevado. Nas pessoas com risco CV elevado, definido pelo médico assistente, prescrevem-se determinados fármacos para além das intervenções sobre o estilo de vida e a alimentação.

Um dos maiores progressos recentes da Medicina Cardiovascular é o reconhecimento de que o colesterol e a pressão arterial têm uma relação especial com o risco CV. De facto, os factores de risco CV contribuem de forma diferente para o risco CV. Alguns, como o fumo de tabaco, têm uma relação «preto ou branco» com o risco CV. 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.

o b e -  
sidade,  
o sedenta-  
rismo, a alimen-  
tação incorrecta e o  
stress podem ser corri-  
gidos.

No seu relatório mais recente, de 2008, a Organização Mundial da Saúde chama a nossa atenção para a necessidade de fazer mais prevenção primária. Na última década, a Medicina e as políticas de saúde têm alocado a maioria dos recursos aos cuidados secundários/curativos, ignorando que os cuidados primários/preventivos e a promoção da saúde podem prevenir até 70% da carga mundial de doença. Prevenir é melhor que tratar!

A mais importante das medidas de

# 1º Aniversário do Hospital de Dia de Especialidades Médicas do Hospital de Egas Moniz

No passado dia 8 de Abril de 2009, o Hospital de Dia das Especialidades Médicas do Hospital de Egas Moniz (HEM) completou o seu primeiro ano de actividade.

O Hospital de Dia foi criado com o propósito de prestar cuidados de saúde em ambulatório (sem internamento), programados ou não (em fase de agudização), aos doentes crónicos das especialidades de Gastrenterologia, Imunohemoterapia, Medicina Interna, Neurologia, Pneumologia e Reumatologia.

A sua localização junto à entrada do edifício do hospital, a sua estrutura centralizada, funcional e equilibrada e a composição do seu pessoal foram planeadas para assegurar aos doentes boa acessibilidade e elevado nível da prestação de cuidados de saúde.

O balanço inicial da prestação de cuidados é francamente positivo, quer do ponto de vista da actividade assistencial, quer do cumprimento das expectativas que foram criadas nos profissionais envolvidos e nos doentes a quem esta Unidade Funcional se dirige.

Nos primeiros 9 meses de actividade e com repercussões na actividade anual, o número de tratamentos registados no Hospital de Dia excedeu o número de tratamentos que foram registados em período homólogo (ver Quadro 1).

O Hospital de Dia teve um papel muito importante no atendimento e prestação dos primeiros cuidados aos doentes acometidos de doença súbita durante a sua permanência nas



áreas de ambulatório deste hospital (a aguardar consulta ou realização de exames complementares) bem como aos seus acompanhantes (ver Quadro 2).

**QUADRO 2**

Actividade	Outubro de 2008 a Fevereiro 2009
Assistência a doentes com doença súbita	109 doentes

A disponibilidade e acessibilidade do Hospital de Dia e a pronta observação destes doentes pelo médico de urgência interna permitiram que todas as situações registadas fossem resolvidas satisfatoriamente. Muitos dos casos eram problemas de pequena gravidade que se controlaram no local. Porém, outras situações implicaram o encaminhamento dos doentes para outros serviços, nomeadamente para internamento hospitalar do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental. Em todos os casos, o papel

do Hospital de Dia foi importante para o atendimento inicial destas situações clínicas.

Os profissionais de saúde do Hospital de Dia identificaram-se desde a primeira hora com a missão desta Unidade Funcional. Com o apoio e a motivação dos responsáveis clínicos, dos enfermeiros e com a solidariedade dos doentes, foi possível assegurar o bom funcionamento e o sucesso deste primeiro ano do Hospital de Dia das Especialidades Médicas.

De todos os aspectos já mencionados o que nos apraz mais salientar é a satisfação dos doentes pelo serviço que lhes é prestado. É de referir que na generalidade estes têm demonstrado o seu agrado em aspectos tão diversos como: a acessibilidade, a vantagem de tratamentos em ambulatório *versus* internamento, facilidade de agendamento de tratamentos, compatibilização dos seus tratamentos com as suas responsabilidades profissionais, qualidade das instalações e qualidade no atendimento por parte dos profissionais envolvidos. ■

DRA. MARIA DO CÉU SOUSA LOBO  
ENF.ª GRACIETE COSTA  
ENF.ª SOFIA DIAS  
ENF.ª ISABEL CRISTINA

**QUADRO 1**

Especialidade	2008 (9 meses)	Varição relativa a 2007
Imunohemoterapia	1185	+ 5,5%
Reumatologia	655	+ 41%
Neurologia	422	+ 83%
Gastrenterologia	126	+ 98%
Pneumologia	66	----

# Serviço de Planeamento, Análise e Controlo de Gestão

**T**ratar e disponibilizar toda a informação de gestão do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental (CHLO) constitui a missão do Serviço de Planeamento, Análise e Controlo de Gestão (SPACG). O Jornal do Centro (JC) entrevistou o Dr. Mahomed Tayob (MT), Director deste Serviço, que analisa e consolida informação proveniente e para mais de 50 serviços de acção médica.

## JC: Em que consiste a actividade do Serviço de Planeamento, Análise e Controlo de Gestão?

**MT:** O SPACG é um serviço de apoio geral e logística que trata e disponibiliza informação de gestão. De entre outras competências elabora e propõe: o orçamento económico, o plano de investimento, os planos de desempenho, mensais e anual, o contrato programa, a estatística, o *tableau de bord* e o relatório de gestão e contas.

Actualmente, este serviço é constituído por um Director de Serviço e três Técnicas Superiores.

## JC: Falou-nos em “contrato programa”. Quer-nos explicar em que consiste e qual a intervenção deste serviço?

**MT:** O SPACG intervém no processo de negociação orçamental, desempenhando um papel intermediário entre os serviços (Directores e Administradores Hospitalares) e o Conselho de Administração, isto é, tendo como referências o Plano de Actividades apresentado pelos serviços e as linhas orientadoras definidas pela Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo para o ano seguinte, identifica compromissos de produção, de qualidade, de investigação e de racionalização e eficiência que nortearão a actividade dos serviços no ano económico seguinte.

Assim, o SPACG apoia o Conselho de Administração no processo de negociação do “contrato programa” do CHLO e na contratualização interna.

## JC: Ao nível da estatística do CHLO, com que serviços se articulam?

**MT:** O Serviço de Estatística na dependência do Serviço de Gestão de Doentes reporta a informação ao SPACG, que consolida o movimento assistencial de todo o CHLO mensalmente, distribuindo esta informação pelos serviços.

## JC: O *tableau de bord* reúne que tipo de informação?

**MT:** O *tableau de bord* reúne a seguinte informação: demonstração económico-financeira, de produção e de recursos humanos. Disponibiliza ainda a análise de execução orçamental: proveitos e custos e mo-



Mahomed Tayob, Marisa Teles, Carla Vinagre, Mónica Pires

vimento assistencial. Também aqui monitorizamos os objectivos regionais e nacionais que contemplam os incentivos institucionais no “contrato programa”. Este instrumento de gestão é disponibilizado ao Conselho de Administração.

## JC: Então o SPACG efectua uma monitorização periódica dos indicadores de gestão?

**MT:** Sim, é muito importante a monitorização da actividade desenvolvida pelos serviços de prestação de cuidados, para cumprimento e controlo dos objectivos traçados. Assim,

como já foi mencionado, o SPACG elabora regularmente informação e análise de controlo da produção/custos, respectivas variações e desvios em relação ao contratualizado.

Esta informação serve de suporte documental para reuniões de acompanhamento de gestão com o Conselho de Administração e as Direcções de Serviço.

## JC: Também têm um papel activo no Relatório de Gestão e Contas?

**MT:** Este documento é a súmula da actividade anual do CHLO. Assim, revela-se de grande importância, pois é efectuada uma análise da actividade assistencial, bem como do desempenho económico-financeiro do CHLO.

## JC: Outras funções/actividades desenvolvidas que gostaria de referir?

**MT:** O SPACG é responsável pela coordenação da resposta e envio de toda a informação solicitada por entidades externas.

Gostaria de realçar também a importância da análise e prestação de informação traduzida num documento designado “Mapa de acompanhamento mensal”, onde cada um dos serviços tem a informação sucinta da respectiva actividade assistencial e dos principais custos.

Para além do referido, prestamos apoio na elaboração de candidaturas no âmbito do Fundo Social Europeu e outros projectos co-financiados, nomeadamente na preparação dos respectivos dossiers financeiros.

## JC: Existem projectos em curso no serviço?

**MT:** Actualmente está em curso o desenvolvimento de uma aplicação informática que reunirá toda a informação de gestão nas áreas de produção e económico-financeira, o que agilizará e proporcionará maior celeridade no desempenho da nossa actividade. ■

# Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE)

No âmbito da saúde e das políticas de saúde, assistimos cada vez mais à necessidade de reunir o máximo de informação para tomar as melhores decisões, tendo em vista o rigor e a qualidade. Com efeito, é crescente a importância atribuída à informação, não só pela necessidade do controlo de custos, de melhoria da eficiência e da optimização da gestão, mas, fundamentalmente, pela promoção e gestão contínua da qualidade dos cuidados.

A Direcção-Geral da Saúde (DGS), reconhecendo a importância da informação para a definição das políticas de saúde, afirma que “nunca como agora a necessidade de informação adequada à prestação de serviços foi tão prementemente sentida. A forma como essa informação é fornecida e usada tem mudado rapidamente com o desenvolvimento de aplicações específicas de apoio ao diagnóstico e tratamento e, ainda, devido à pressão gerada pela necessidade de rentabilização em função dos custos da saúde”.

É toda esta importância e emergência da informatização dos serviços de saúde assim como as orientações nacionais e internacionais que nos encaminham para a informatização do processo clínico, o que por sua vez nos obriga a pensar em sistemas de informação em enfermagem (SIE).

E quando pensamos em registos de enfermagem várias questões podem surgir: O que registamos? Que linguagem utilizamos? Em que documentos o fazemos? Documentamos tudo o que fazemos? Sabemos quais os ganhos em saúde da população, resultantes dos cuidados de enfermagem?

Tem sido difícil responder a estas questões porque apesar dos registos serem um dever legal, estes estão ainda longe de serem satisfatórios. Estudos internacionais apontam diversas áreas críticas e entre elas salientamos a falta de uma terminologia padronizada e o facto dos registos não reflectirem integralmente três aspectos importantes: reais necessidades das pessoas; intervenções levadas a cabo e os

efeitos dessas intervenções sobre as mesmas.

O recurso a classificações, taxonomias ou nomenclaturas tem sido o caminho prosseguido. Na enfermagem, uma linguagem comum que faça sentido e assumo os mesmos significados para todos os intervenientes, para além de dar visibilidade aos cuidados de enfermagem e reforçar a autonomia e responsabilidade profissional, facilita a comunicação e descrição dos cuidados e consequentemente a melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

Presentemente a implementação do Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE) que contempla, a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), cuja utilização nos sistemas de informação em enfermagem, veio a ser publicamente considerada, pela Ordem dos Enfermeiros (OE), como obrigatória, veio dar resposta a algumas das questões colocadas. A CIPE pretende ser uma matriz unificadora em que as taxonomias e classificações de enfermagem já existentes se possam entrecruzar de modo a permitir identificar diagnósticos, intervenções e resultados e deste modo comparar dados em enfermagem. Entende-se então que a CIPE é uma exigência necessária e uma mais-valia para compreender o contributo dos cuidados de enfermagem na promoção da saúde, prevenção de complicações, na satisfação do cliente, na readaptação funcional, no seu bem-estar e auto-cuidado.

Os ganhos em saúde para a população, resultantes dos cuidados de enfermagem e para efeitos de inclusão dessa informação nas tomadas de posição em saúde que tem sido uma miragem, será agora viável através da produção de indicadores que emergem da informação documentada pelos enfermeiros ao nível da prestação de cuidados.

Tais indicadores são concebidos como marcadores específicos do estado da saúde das populações, capazes de traduzir o contributo singular do exercício profissional dos enfermeiros para os ganhos em saúde da população.

O sentido de produção destes indicadores não é circunscrever as estratégias de melhoria contínua da qualidade, mas aproveitar a oportunidade para reflectir a prática, a partir de informação válida extraída da documentação de enfermagem. A comparação dos indicadores em diferentes serviços ou em momentos diferentes, desafiam a reestruturação de processos que visem promover a qualidade da assistência.

Interessa então criar um resumo mínimo de dados de enfermagem (RMDE), que contém informação referente a dimensões específicas da enfermagem, com categorias e definições uniformes, que vai ao encontro das necessidades de informação dos múltiplos utilizadores dos dados no sistema de saúde. A sua estrutura deve corresponder a um conjunto de diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem tendo em conta os pressupostos elaborados pela OE para a sua concretização.

Hoje, este não é mais um projecto mas sim uma realidade. Aquilo que à partida se apresentava como um futuro longínquo e temeroso é neste momento o ponto de partida para novas etapas, onde se procura saber quais os resultados em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem e afinal porque não, quais as respostas que a enfermagem oferece face às necessidades em cuidados de enfermagem das populações.

Este, como referido anteriormente, é um excelente momento para reflexão da prática e construção de alicerces que suportem a mudança nos registos de enfermagem de forma a organizar e sistematizar a informação que produzimos, resultante dos cuidados de enfermagem que prestamos e, simultaneamente, proporcionar contributos que viabilizem o desenvolvimento e a construção de uma profissão alicerçada pela investigação e o rigor científico que lhe estão implícitos. ■

# Cuidar e Integrar em Saúde Mental Comunitária



Os estudos epidemiológicos demonstram que as perturbações psiquiátricas e os problemas de saúde mental se tornaram a principal causa de incapacidade e uma das principais causas de morbilidade, nas sociedades actuais. A carga de perturbações mentais, tais como, a depressão, dependência de álcool e esquizofrenia, foi seriamente subestimada no passado, devido ao facto das abordagens tradicionais apenas considerarem os índices de mortalidade, ignorando o número de anos vividos com incapacidade provocada pela doença. Das dez principais causas de incapacidade, cinco são perturbações psiquiátricas (Plano Nacional de Saúde Mental 2007 – 2016).

No Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental (CHLO) o Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental enfrenta este problema com programas inovadores: Programa Ansiedade e Depressão e Programa Integrar (PI). Estes programas são operacionalizados pelas cinco Equipas Comunitárias de Psiquiatria e Saúde Mental (ECPSM) que estão sediadas em cinco zonas distintas, compreendidas na área de influência do CHLO: ECPSM de Lisboa, de Carnaxide, de Oeiras, da Parede e de Cascais, encontrando-se todas elas em articulação privilegiada com os Cuidados de Saúde Primários correspondentes à zona onde estão inseridas. Cada ECPSM é constituída por enfermeira, psiquiatras, psicólogos, técnico de serviço social e técnico administrativo.

Nas equipas, os enfermeiros assumem um papel de complementaridade com os outros profissionais, concorrendo para a concretização de um objectivo comum – a promoção e manutenção da saúde, prevenção da doença, tratamento adequado e a reabilitação psicossocial da pessoa e família em situação de doença mental.

O PI nasce com o objectivo de assegurar cuidados integrados às pessoas com perturbações de saúde mental graves, pois exigem cuidados diferenciados e especializados na comunidade e no hospital. O critério de inclusão no PI prende-se com o tipo de patologia (psicoses e com o grau de incapacidade).

A pedra basilar do PI assenta na figura de Técnico de Referência (TR) que faz a gestão relacionada com as necessidades e problemáticas que envolvem cada utente. O objectivo prende-se com a continuidade de cuidados, procurando assegurar a adesão à terapêutica, a reabilitação psicossocial e a prevenção de recaídas, através de intervenções biológicas, psicológicas e sociais.

Todos os utentes em seguimento no programa têm um psiquiatra assistente e um TR que poderá ser a enfermeira, a psicóloga ou a técnica de serviço social. A escolha do TR tem em consideração as suas capacidades, experiência e competências profissionais que estão mais relacionadas com a problemática e as necessidades presentes na pessoa a cuidar.

As primeiras entrevistas procuram estabelecer uma relação empática, de confiança e colaboração. O utente deve ser estimulado a participar activamente no seu processo de recuperação e ser motivado para um trabalho conjunto com os TR e estes deverão articular as suas intervenções com a restante equipa e com estruturas e instituições da comunidade.

As intervenções do TR desenvolvem-se nos seguintes níveis:

- Monitorizar de forma continuada o estado mental da pessoa;
- Assegurar que a pessoa e família estão informados dos meios de suporte e intervenção na crise existentes na comunidade;
- Monitorizar a medicação;
- Dar suporte prático e emocional à família;
- Psicoeducação (natureza e tratamento da doença, modelo de vulnerabilidade/stress, prevenção de recaídas, etc.);
- Assistir a problemas práticos (finanças, acomodação, compromissos laborais ou escolares);
- Promover a recuperação;
- Intervir em problemas de comorbilidade;
- Assistir nas dificuldades de personalidade e acontecimentos de vida.

Cada TR tem dois grupos de utentes, cujo nível de intervenção é diferente: grupo A e grupo B.

Intervenções no grupo A:

- Mais intensivas e com maior periodicidade – no mínimo dezoito sessões anuais. (No desenrolar das sessões irão ser abordados temas tão importantes como modelos explicativos do utente em relação à doença; modelos explicativos alternativos – identificação de factores precipitantes, de risco, de manutenção e factores protectores; adaptação psicológica à doença; lidar com sintomas e estratégias de *coping*; como lidar com a ansiedade, stress e depressão; prevenção do risco de suicídio; revisão de padrões de comunicação e de suporte familiar);
- Elaboração do Plano Individual de Cuidados (PIC).

Intervenções no grupo B:

- Menos intensivas e com menor periodicidade – no mínimo mensais;
- Elaboração do PIC.

Os principais objectivos destas intervenções são: monitorização, coordenação de cuidados, prevenção de recaídas e intervenção terapêutica estruturada.

Neste programa a enfermeira, mesmo não sendo TR de um utente tem sempre um papel primordial a desempenhar referente à monitorização da terapêutica injectável e sua adesão a todos os utentes do grupo A e B. A abrangência da sua intervenção passa também pela concretização de outros projectos, tais como: psicoeducação em grupos de familiares de pessoas com esquizofrenia, intervenção no projecto da psicogerontologia, participação no fórum contra a violência doméstica do concelho de Cascais, entre outros.

Consideramos que o trabalho em saúde mental na comunidade é muito vasto e complexo, as pequenas conquistas são muito gratificantes na realidade do nosso trabalho, torna-se imperioso que os profissionais de saúde sejam os primeiros a rejeitar o estigma da doença mental. ■

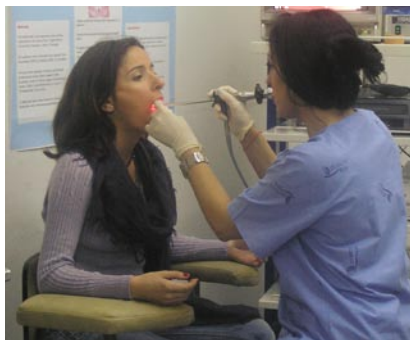
Enfermeiras das ECPSM:

ANA BANAZOL – Equipa de Carnaxide  
 FERNANDA GARRETT – Equipa de Oeiras  
 ISABEL LANDEIRO – Equipa da Parede  
 SANDRA ANDRADE – Equipa de Cascais  
 SUSANA PORTUGAL – Equipa de Lisboa

# Dia Mundial da Voz e Rastreio da Voz

Tal como tem acontecido nos anos anteriores, o Hospital de Egas Moniz (HEM) comemorou o Dia Mundial da Voz com várias actividades destinadas a promover a saúde vocal (saúde da voz) aos utentes do HEM, do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental e ao público em geral.

Todas as actividades desenvolvidas resultaram da iniciativa da Consulta de Voz do Serviço de Otorrinolaringologia,



cuja responsável é a Dra. Clara Capucho. Para a sua realização foram importantes ou indispensáveis os apoios de muitos outros elementos, dentro e fora da instituição hospitalar, tais como o Conselho de Administração, o Gabinete de Comunicação e Imagem, elementos da enfermagem, da terapia da fala e auxiliares, alunos de Terapia da Fala (ISAVE e ESS), indústria farmacêutica (Laboratórios Bial), profissionais da voz (de que se destacam cantores e actores) e a comunicação social.

A actividade mais dirigida aos utentes individuais consistiu no Rastreio da Voz. O Rastreio da Voz decorreu no

HEM entre os dias 13 e 16 de Abril (este último o Dia Mundial da Voz). O rastreio foi dirigido ao público em geral, uma vez que dele tiveram conhecimento não apenas os utentes da instituição, mas todos os portugueses, uma vez que muita da comunicação social fez o favor de o divulgar ampla e repetidamente.

O rastreio, gratuito, dirigiu-se às pessoas que tivessem queixas vocais tais como rouquidão, cansaço vocal, e outras. Durante o rastreio foi mi-



seguimento posterior em consulta de Otorrinolaringologia.

É necessário sublinhar que as actividades relacionadas com o Dia Mundial da Voz não se esgotaram na realização do rastreio. De facto, os organizadores ambicionaram fazer eco, no maior número possível de pessoas, da necessidade de se considerar a voz como um bem inestimável, que importa, sobretudo preservar.

Neste sentido, foram convidados e estiveram presentes no HEM diversos artistas conhecidos do grande público, dos quais se destacam, entre outros, Miguel Ângelo, Emanuel, Anabela, Lura, Sandra Córias, Felisberto Arede, Paula Marcelo, Susana Cacela, Carlos Vieira de Almeida e Mila Ferreira. A presença destes artistas, que aqui se agradece, chamou a atenção do público em geral para o valor da voz como meio inestimável de comunicação entre as pessoas, de expressão artística e de marca da individualidade.

Outro elemento importante nas actividades que foram programadas para o Dia Mundial da Voz de 2009 foi a presença da comunicação social. Importante por ser um meio universal de transmitir a informação e alertar para os problemas, a comunicação social esteve no local (no HEM) a noticiar todas as actividades e a difundir todos os conselhos transmitidos pelos profissionais.

De entre os vários meios de comunicação social representados, destaca-se nas televisões, a RTP (<http://www.youtube.com/watch?v=uyUKpneZ6r4> e <http://www.youtube.com/watch?v=07RhYpN-jdc>), a TVI ([http://www.youtube.com/watch?v=L-fMjv\\_xARE](http://www.youtube.com/watch?v=L-fMjv_xARE)) e a SIC (<http://www.youtube.com/watch?v=fZZD5c9uPYY>), nas rádios, o Rádio Clube Português e a Rádio Nova (Porto), e nos jornais, o Diário de Notícias. Todos noticiaram as actividades comemorativas do Dia Mundial da Voz no HEM. ■

**DRA. CLARA CAPUCHO**  
Responsável da Consulta da Voz  
Serviço de Otorrinolaringologia

Director de Serviço: **PROF. MADEIRA DA SILVA**

## 1ª Corrida do CHLO

A 1ª corrida do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, para colaboradores e familiares, terá lugar no próximo dia 20 de Maio de 2009. A partida está prevista para as 17 horas, em frente ao Café In.

Este evento desportivo tem como objectivo promover o convívio entre os funcionários deste Centro Hospitalar e respectivos familiares.

A corrida tem dois percursos: um, mais curto, ao qual podemos chamar o percurso “amador”, que terá início junto ao rio, irá até à Estação Fluvial de Belém e volta. O outro percurso, designado por percurso “profissional”, terá início no mesmo local, vai também à Estação Fluvial de Belém, seguindo sempre junto ao rio, excepto na zona das marinas onde segue junto à Av. Brasília, sem ocupar a faixa de rodagem. Este percurso inicia o regresso junto à Torre de Belém.

A cada participante será oferecida uma medalha comemorativa, bem como uma t-shirt alusiva ao evento.

As inscrições deverão ser efectuadas até ao dia 18 de Maio, no Gabinete de Comunicação e Imagem, das 09h00 às 17h00, através dos seguintes contactos:

**Hospital de Egas Moniz**

Tel.: 210 432 448

**Email:** hpasos@chlo.min-saude.pt

**Hospital de Santa Cruz**

Tel.: 210 433 145

**Email:** rsantos@hsc.min-saude.pt

**Hospital de São Francisco Xavier**

Tel.: 210 431 147

**Email:** hpinto@chlo.min-saude.pt

**Contamos Consigo!**

## CENTRO HOSPITALAR

### Nomeações

O Conselho de Administração deliberou:

- Em sessão realizada em 26/03/2009, nomear a Dra. Maria Helena Neto Miranda, Coordenadora do Hospital de Dia de Oncologia Médica do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental (CHLO). Ainda nesta data, nomear o Dr. Jorge Miguel Paulo Rebanda, Coordenador Hospitalar Júnior de Doação do Hospital de São Francisco Xavier. Foi também nomeada a Comissão de Gestão de Risco do CHLO como Sub-comissão do Departamento de Qualidade, composta pelos seguintes elementos: Dra. Maria Conceição Furstenau (que coordena), Prof. João Gamelas, Dr. Carlos Menezes, Dr. Fernando Cirurgião, Dr. José Manuel Correia, Dr. Carlos Nascimento e Enfª. Ana Marialva.

## HOSPITAL DE SÃO FRANCISCO XAVIER

### Louvor colectivo aos profissionais do CHLO

Na sequência do incêndio que deflagrou no dia 5 de Abril de 2009, no Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental – Hospital de São Francisco Xavier, o Conselho de Administração vem congratular todos os profissionais pelo empenho, dedicação e zelo demonstrados. Só desta maneira se conseguiu que a situação não assumisse maiores e mais graves proporções.

É com enorme gratidão que o Conselho de Administração presta público louvor a todos os profissionais deste Centro Hospitalar, que actuaram nesta ocasião, pela pronta e eficaz colaboração prestada.

### Dia Europeu do Controle de Infecção

No passado dia 23 de Abril, comemorou-se o Dia Europeu do Controle de Infecção. Para além de uma notícia breve divulgada nesse dia na Intranet, alusiva ao tema, a Comissão de Controlo da Infecção (CCI) prefere destacar o trabalho quotidiano desenvolvido pelos profissionais dos serviços e, de forma particular, o que envolveu e ainda abraça o Inquérito de Prevalência da Infecção (IPI).

O IPI, actividade realizada no âmbito da Campanha das Mãos, realizou-se no dia 30 de Março de 2009, em todos os Serviços de Internamento. Foram traçados como

principais objectivos, conhecer a Prevalência da Infecção Nosocomial e Prevalência da Infecção da Comunidade, que serão apresentados ao colectivo hospitalar, findos o tratamento e análise dos dados.

Esta actividade foi levada a cabo graças ao empenho dos elementos dinamizadores da CCI e de todos os que com eles colaboraram, a quem agradeço e a quem desejo ânimo para o desafio que nos espera, já com data marcada: Março do próximo ano, para o IPI 2010!

ENFª. CLARA CARVALHO  
Comissão de Controlo da Infecção

## 4 E 5 DE JUNHO, ENCONTRO INTERNACIONAL

### 25º Aniversário da Primeira Angioplastia Coronária Percutânea realizada em Portugal

O Hospital de Santa Cruz (HSC) comemora o 25º Aniversário da Primeira Angioplastia Coronária Percutânea realizada em Portugal. Como forma de marcar este cariz inovador, a Unidade de Intervenção Cardiovascular (UNICARV) organiza um encontro internacional dirigido a todos os médicos interessados nesta área, agendado para os dias 4 e 5 de Junho de 2009.

No dia 4 de Junho é realizado no HSC um curso prático, com casos ao vivo, dedicado à angioplastia e válvulas aórticas percutâneas, dirigido à recém-cria-

da sub-especialidade de Cardiologia de Intervenção, incluindo um concurso nacional em que serão premiados os dois melhores casos clínicos apresentados. No dia 5 de Junho decorre um Simpósio internacional, com especial destaque para as “válvulas percutâneas transfemorais e transapicais, angioplastia coronária em doentes de alto risco, terapêutica do enfarte do miocárdio com elevação ST, inovação no treino intervencionista, angio TC cardíaco e imagiologia intra-coronária”, dirigindo-se a cardiologistas, internistas, cirur-

giões cardíacos e vasculares, internos e todos os especialistas interessados.

O curso tem como directores os cardiologistas Rui Campante Teles e Manuel de Sousa Almeida. Fazem parte do comité organizador os médicos: Pedro Araújo Gonçalves, Luis Raposo, Aniceto Silva (Director do Serviço de Cardiologia), Miguel Mendes e João Queiroz e Melo (Director do Serviço de Cardiorrástica).

Está disponível o email do Centro de Estudos Cardiovasculares do Serviço de Cardiologia para inscrições de todos os interessados do CHLO (estudos.cardiologis@hsc.min-saude.pt) até dia 30 de Maio de 2009. O número de lugares disponíveis é limitado.

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

## JORNADAS E CONGRESSOS

15 a 16 de Maio de 2009

**3º SIMPÓSIO INTERNACIONAL DE PERTURBAÇÃO PÓS-STRESS TRAUMÁTICO****Organização:** Instituto Politécnico de Portalegre**Local:** Centro de Artes do Espectáculo, Portalegre**Informações:**  
Email: cesmessp@gmail.com  
www.saudementalessp.blogspot.com

7, 8 e 9 de Outubro de 2009

**2º SIMPÓSIO IBERO-AMERICANO DA HISTÓRIA DA ENFERMAGEM****Organização:** Associação Portuguesa de Enfermeiros**Local:** Fundação Calouste Gulbenkian**Informações:**  
Tel.: 217 156 736 • Fax: 213 535 543  
Email: historiaenf@gmail.com  
www.apenfermeiros.pm

4 de Junho de 2009

**SEMINÁRIO BURNOUT E ENGAGEMENT – LIDAR COM O STRESS NA SAÚDE****Organização:** Hospital de Sant'ana – Parede**Local:** Jardim de Inverno do HOSA**Informações:**  
Carla Sofia Marques  
Telf.: 21 458 56 16 • Fax 21 458 56 01  
[http://www.scml.pt/media/hosa/2009/hosburn/ficha\\_inscricao.pdf](http://www.scml.pt/media/hosa/2009/hosburn/ficha_inscricao.pdf)

4 e 5 de Junho de 2009

**FÓRUM “A SAÚDE MENTAL E A VULNERABILIDADE SOCIAL”****Organização:** Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**Local:** Anfiteatro do Pólo Artur Ravara da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa**Informações:**  
Email: dir.spesm@gmail.com  
e congresso.spesm@gmail.com

5 de Junho de 2009

**I JORNADAS - “NASCER PREMATURO - CRESCER CRIANÇA”****Organização:** Centro de Desenvolvimento Infantil Estimulopraxis**Local:** Biblioteca Municipal Orlando Ribeiro, Telheiras, Lisboa**Informações:** Estimulopraxis  
Tel.: 217 104 130  
Email: geral@estimulopraxis.com  
www.estimulopraxis.com**ACÇÕES DE FORMAÇÃO ORGANIZADAS PELO NÚCLEO DE FORMAÇÃO DO CHLO**

Maio de 2009

**PLANO DE EMERGÊNCIA INTERNO DO HOSPITAL DE SANTA CRUZ****UTILIZAÇÃO DE EXTINTORES PORTÁTEIS****Destinatários:** Multiprofissional**EQUIPAS DE EVACUAÇÃO TIPO A****Destinatários:** AAM/Administrativos**EQUIPAS DE EVACUAÇÃO TIPO B****Destinatários:** Enfermeiros/Médicos/Técnicos**PREVENÇÃO E CONTROLO DA INFECCÃO****INTEGRAÇÃO DE PESSOAL AUXILIAR****Destinatários:** AAM**REABILITAÇÃO PARA ENFERMEIROS****PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE ÚLCERAS DE PRESSÃO****LEITURA DE TRAÇADOS CARDÍACOS****VENTILAÇÃO INVASIVA****ADMINISTRAÇÃO DE COMPONENTES SANGUÍNEOS/HEMOVIGILÂNCIA****PLANEAMENTO DE ALTAS/CUIDADOS CONTINUADOS****Destinatários:** Enfermeiros**PREVENÇÃO E CONTROLO DA INFECCÃO ASSOCIADA AOS CUIDADOS DE SAÚDE****Destinatários:** Enfermeiros/Médicos/Técnicos**LIDERANÇA E GESTÃO DE EQUIPAS OUTLOOK****Destinatários:** Multiprofissional

Núcleo de Formação HEM – 2032

Núcleo de Formação HSC – 3308

Núcleo de Formação HSE – 1028