



Jornal do Centro



Vírus da Gripe A (H1N1)

Núcleo de Apoio à Criança

Consulta de Surdez Infantil



1ª Corrida do CHLO



Telefones úteis

Índice

- 3 Editorial
- 4 Núcleo de Apoio à Criança
- 6 Consulta de Surdez Infantil
- 8 Gripe A (H1N1)
Vírus *Influenza*
- 10 II Congresso de Cirurgia Plástica e Estética de Lisboa Ocidental
- 11 1ª Corrida do CHLO
- 12 Depressão Pós-Natal
- 13 CHLO na Semana da Saúde Viva +
- 14 Entrevista a Clara Soares
- 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^a 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



Um ano depois

Há um ano escrevíamos neste local: “ Queremos um Centro Hospitalar moderno nas instalações e equipamento. Queremos profissionais mobilizados, dedicados e competentes. Queremos proporcionar à população que servimos cuidados médicos da melhor qualidade e de acordo com os conhecimentos científicos actuais. É este o nosso programa”. Passado um ano é a altura de avaliar o que foi feito, o ponto em que estamos para seguir em frente, continuando o que falta do programa traçado.

No activo do que foi feito está a recuperação e renovação de instalações que não apresentavam um mínimo de condições, não só para a prática de uma Medicina moderna, mas muitas vezes para dar a dignidade no atendimento que é devida a qualquer ser humano. A 1ª fase da renovação do Serviço de Urgência, o realojamento da chamada Clínica Universitária, a nova Unidade de AVC ou a remodelação do internamento da Cirurgia Plástica e ORL são alguns dos exemplos do que foi conseguido nesta matéria.

Ao nível dos vários Serviços de Apoio iniciámos uma remodelação para que de uma maneira mais ágil e desburocratizada melhor respondam às necessidades do Centro Hospitalar. O seu bom funcionamento, a resposta rápida e eficiente às solicitações, são elementos essenciais a toda actividade hospitalar.

Ao nível da actividade clínica, reconhecendo a qualidade geral da sua prática nos nossos serviços, procurámos melhorar as principais deficiências: as listas de espera em algumas especialidades e a elevada demora média no internamento, com todo o cortejo de desconforto e sofrimento que lhes estão associadas. Em relação às listas de espera cirúrgicas conseguimos uma melhoria notável. Infelizmente o mesmo não podemos dizer da demora média, apesar do esforço desenvolvido no sentido da sua melhoria.

Apesar de algumas dificuldades, conseguimos pôr em marcha o Processo Clínico Electrónico, instrumento muito útil nos hospitais modernos. A gestão e integração da imensa quantidade de informação que actualmente dispomos e facilidade do seu acesso em qualquer momento, são mais-valias de valor incalculável, obtidas pela sua implementação.

A qualidade do atendimento, a qualidade técnica e a qualidade humana, dependem da colaboração de todos. Um inquérito feito recentemente à satisfação dos nossos utentes deixa-nos bem colocados em relação ao modo como são atendidos pelos nossos profissionais e à imagem que têm do Centro Hospitalar, mas revela insatisfação em relação à qualidade das instalações.

Neste campo gostaríamos de ter avançado mais depressa, mas as dificuldades de ultrapassar as múltiplas fases por que tem que passar todo o processo que leva à aprovação e efectivação das obras, têm-nos retardado o passo. O incêndio que ocorreu na cozinha do Hospital de S. Francisco Xavier, inutilizando-a completamente e causando uma série de problemas associados, ainda veio complicar mais a situação.

Também não tem sido fácil a gestão dos recursos humanos em período de mudança da legislação que gere a função pública, de coexistência de dois regimes de contratação e de graves carências de profissionais em algumas áreas.

Contámos, no entanto, sempre com a colaboração empenhada da grande maioria dos profissionais do Centro Hospitalar sem os quais os resultados deste ano de actividade teriam seguramente ficado muito aquém.

Por fim, podemos dizer que tivemos um ano de dedicação e trabalho, de sucessos e insucessos, de alegrias e também desilusões, enfim na sua diversidade a vida que nos é dada viver.

Procuraremos com a ajuda de todos manter e melhorar - corrigindo se necessário - o programa que há um ano nos propusemos. ■

Núcleo de Apoio à Criança

A protecção das crianças e a promoção dos seus direitos tem colocado novos desafios aos serviços de saúde, sobretudo no domínio da violação dos seus direitos. Nas últimas décadas, tem-se discutido muito acerca dos direitos, da protecção, da concepção ambivalente entre educar ou castigar, entre outros conceitos associados à infância. Efectivamente, no domínio dos maus tratos infantis, tem-se assistido a uma progressiva viragem em termos da sua concepção, assim como, ao nível dos procedimentos de prevenção e de intervenção nesta matéria. Para responder às permanentes e diferentes solicitações na área da prevenção e intervenção no domínio dos maus tratos infantis em Portugal, a Lei de Protecção de Crianças e Jovens em Perigo (Lei n.º 147/99 de 1 de Setembro) veio permitir enquadrar a acção da Saúde num contexto de responsabilidades partilhadas pelos diferentes actores da comunidade – princípio da subsidiariedade. De acordo com a actual legislação, a intervenção neste campo processa-se segundo um modelo que estabelece três níveis de acção: no primeiro nível, é atribuída legitimidade às entidades com competência na área da infância e juventude (saúde, educação, formação profissional, ocupação dos tempos livres, entre outros) para intervir na promoção dos direitos e na protecção das crianças e dos jovens, em geral, e das que se encontrem em situação de risco ou perigo; no segundo nível, quando não seja possível às entidades acima mencionadas actuar de forma adequada e suficiente para remover o perigo, a acção cabe às Comissões de Protecção de Crianças e Jovens (CPCJ), nas quais a Saúde, participa também; no terceiro nível, é à intervenção judicial, que se pretende residual. Nesse contexto, a actuação dos Serviços de Saúde adquire um papel significativo, enquanto instâncias de primeiro nível. No âmbito das competências específicas que lhes estão atribuídas, e mediante o enquadramento conferido pela Lei n.º 147/99, os Serviços de Saúde têm, portanto, legitimidade para intervir na protecção

da criança ou jovem. Para que estas acções se tornem efectivas, há a necessidade de aplicação de mecanismos que possibilitem a detecção precoce das situações de risco e de perigo, o acompanhamento e prestação de cuidados e a sinalização e/ou encaminhamento de casos para outros serviços, no âmbito de uma eficiente articulação funcional. Nesta perspectiva, fundamentou-se ao nível jurisdicional, a necessidade de implementação de mecanismos concretos de resposta pelos Serviços de Saúde, através da legitimação dos Núcleos de Apoio a Crianças e Jovens em Risco.

No CHLO, falar do Núcleo de Apoio à Criança (NAC) significa associá-lo, não a um dispositivo legal, mas a todo o percurso histórico e funcional do Serviço de Pediatria do Hospital São Francisco Xavier, na medida em que as suas “histórias” são paralelas. O NAC surge, em 1987, então como Núcleo da Criança Maltratada e Negligenciada do HSF, a partir da necessidade de dar resposta ao problema das crianças maltratadas assistidas no serviço de urgência deste hospital. Efectivamente o Núcleo do HSF foi-se enraizando numa cultura institucional como resposta às situações de risco e perigo diagnosticadas nas crianças assistidas neste hospital. O percurso deveu-se não só a um empenhamento determinado dos seus elementos, mas sobretudo, por uma dinâmica institucional de sensibilização para a realidade dos maus tratos infantis que, por vezes, nos faz despertar para uma criança que nem sempre sente apenas uma dor física mas uma

dor interior, fruto da vivência de uma realidade cruel imposta por uma conjugação de factores de vulnerabilidade que comprometem o seu desenvolvimento saudável e harmonioso.

O Núcleo de Apoio à Criança enquanto Comissão de Apoio

Em Novembro de 2007, por Despacho interno, o NAC passa a configurar como Comissão de Apoio, dotado de autonomia técnica, na dependência directa do Conselho de Administração. Através de uma equipa multidisciplinar, o Núcleo propõe-se assumir a sua função de provedor dos direitos da criança, na protecção do seu superior interesse e no respeito pela sua dignidade. A sua principal atribuição deve passar por promover os direitos das crianças e jovens, através da prevenção da ocorrência de maus tratos, da detecção precoce de contextos, factores de risco e sinais de alarme, do comportamento e prestação de cuidados e da sinalização e/ou encaminhamento dos casos identificados. As suas competências são: contribuir para uma sensibilização de todos os profissionais para a problemática em causa, apostando na formação e preparação dos profissionais nesta matéria; difundir internamente informação legal, normativa e técnica sobre o assunto; reunir e organizar a informação casuística sobre as situações de risco/maus tratos, em crianças e jovens, atendidos no centro hospitalar; prestar apoio de consultadoria aos profissionais no que respeita à sinalização, acompanhamento ou encaminhamento de casos de crianças e jovens em risco, sempre através de deliberações com parecer formal; gerir, a título excepcional, as situações sinalizadas que, pelas características que apresentam, possam ser acompanhadas a nível do hospital e que, pelo seu carácter de emergência em matéria de perigo, transcendam as capacidades de intervenção dos outros profissionais ou equipas da instituição; fomentar o estabelecimento de mecanismos de cooperação intra-institucional no domínio das crianças e jovens em risco. Ainda no âmbito das suas competências, os elementos do NAC





colaboram em estruturas comunitárias no âmbito da prevenção e acompanhamento de crianças e jovens em risco, nomeadamente, com uma participação activa nas Comissões de Protecção de Crianças e Jovens em Risco de Lisboa Ocidental e Oeiras, assim como, assegura a articulação funcional com as unidades coordenadoras funcionais (UCF) e com o Ministério Público dos Tribunais, em conformidade com os preceitos legais e normativos em vigor. A equipa de profissionais que o integra, desempenha funções ligadas à área materno-infantil, sendo constituída pelo coordenador, na pessoa do Director do Departamento da Mulher e da Criança, por uma médica-pediatra, uma enfermeira, uma psicóloga e uma assistente social.

A realidade funcional do NAC

Relativamente ao funcionamento do NAC, a equipa pluridisciplinar reúne-se semanalmente a fim de assegurar a sua actividade regular e sempre que as circunstâncias das situações sinalizadas o justifiquem. Em Pediatria, o Serviço Social realizou ao longo do ano de 2008, 1007 procedimentos de triagens nas valências de internamento, urgência e ambulatório, permitindo a detecção/accompanhamento psicossocial de 652 situações com indicadores de risco/perigo, todas elas referenciadas ao

NAC para parecer técnico, reunião de dados e/ou acompanhamento. As problemáticas sociais mais predominantes em Pediatria resumem-se às crianças em situação de risco social (82% das situações problemáticas), decorrente da conjugação de factores de vulnerabilidade associados às características das crianças (prematuridade, doença crónica, problemas comportamentais, entre outros), dos seus pais (consumos de aditivos, patologia psiquiátrica, entre outros), do ambiente familiar, social e cultural (disfuncionalidade familiar, violência doméstica, desenraizamento sócio-cultural, problemas legais, habitacionais e económicos). Para além da patologia do risco, registam-se situações de crianças e jovens em situação de perigo comprometedor para a salvaguarda da sua integridade física e psíquica, com destaque para as situações de maus tratos físicos e psíquicos (46 situações), a negligência grave (52) e o abuso sexual (15). Menos frequentes as situações de criança abandonada e síndrome de Munchausen por procuração. As dimensões, as características e mesmo a frequência destas problemáticas têm sido mutantes, muito relacionadas com as transformações societárias e, sobretudo, com os mecanismos sociais de prevenção e de respostas sociais. Apesar de não termos vindo a ser confrontados com um volume processual elevado em

matéria de perigo, a complexidade das situações e a necessidade de apostar num trabalho não apenas reparador, mas também preventivo, implicou uma intervenção significativa ao nível do trabalho directo com as famílias (880 entrevistas psicossociais e outras acções), assim como das articulações intra e inter-institucionais (1323 intervenções sociais). O hospital continua a constituir uma “porta aberta” aos serviços da comunidade, enquanto estrutura de apoio no diagnóstico e mediador na articulação inter-institucional, por vezes, constituindo o primeiro reduto protector da criança/jovem quando não estão reunidas as condições para um regresso a meio natural de vida. Os protelamentos de alta em Pediatria foram sempre uma realidade deste Centro Hospitalar, actualmente com características e um peso institucional muito dispare do período anterior à actual Lei de Protecção e Promoção. No ano de 2008, registou-se um total de 12 protelamentos de alta hospitalar associada a problemática de perigo na criança/jovem, correspondendo a um total de 120 dias de protelamento. Anteriormente, eram frequentes as crianças que aqui permaneciam durante meses, ou mesmo anos, a aguardar um projecto de vida, entre uma decisão judicial e uma resposta de vaga em estrutura de acolhimento, traduzindo-se em custos elevados para o hospital. Hoje, a realidade estrutura-se em função de uma resposta mais célere (apenas uma criança ultrapassou os 30 dias de protelamento). Efectivamente, os protelamentos de alta na Pediatria do CHLO continuam a existir, contudo, registam-se ganhos significativos: uma actuação permanente ao nível da triagem social tem possibilitado a detecção e diagnóstico precoce das situações de risco, em que se destaca, em toda esta problemática, o contributo e a sensibilização de todos os profissionais do CHLO; a existência de estruturas funcionais de articulação intra/inter-institucional e de resposta social à criança e família e, sobretudo, o respeito efectivo pelo superior interesse da criança, não permitindo que a hospitalização seja considerada como um “mal menor”. ■

DR. JOSÉ GUIMARÃES

Coordenador do Núcleo de Apoio à Criança

DRA. PAULA AFONSO

Secretária-Geral do Núcleo de Apoio à Criança

Consulta de Surdez Infantil

*Um Sorriso no Olhar...
A vida nem sempre é justa...*

As crianças nascem iguais em direitos, mas não nascem iguais em oportunidades.

O mundo do silêncio...

Um mundo em que a sensibilidade e a imaginação deparam frequentemente com falta de compreensão e de oportunidades...

O que dirá um doente se não entendermos as suas queixas...

O que sentirá uma criança surda se ao invés de falarmos a sua linguagem e de lhe criarmos um espaço lúdico de comunicação e sonho nos refugiarmos no espaço hermético de um gabinete de consulta.

Acreditámos que poderíamos ser um pouco diferentes, que poderíamos construir o nosso sonho nos sorrisos do olhar de cada um dos nossos surdos...

Citamos Emanuelle Laborit: *“Ofereço-vos a minha diferença. O meu coração não está surdo a nada neste mundo duplo.”*

Um sorriso no olhar! É isso que pretendemos na nossa consulta.

A alta incidência de surdez congénita ou de aparecimento na infância, de etiologia genética, incidência esta que poderá aumentar em termos relativos se considerarmos o decréscimo de casos de surdez adquirida por melhoria das condições pré e perinatais, a diminuição das doenças infecciosas em pediatria do foro ORL e a identificação e correcta racionalização do uso de medicamentos ototóxicos, levou à criação em 1991 da Consulta de Surdez Genética no Hospital de Egas Moniz, criada por iniciativa conjunta dos respectivos Directores de Serviço de Otorrinolaringologia e Genética, sendo objectivo final desta consulta quando da sua criação a diminuição da frequência real da surdez de etiologia genética.

Em 1995 esta consulta era já da responsabilidade integral do Serviço Universitário de Otorrinolaringologia do Hospital Egas Moniz, sendo que para



além de particularmente vocacionada para a diminuição das situações de surdez de etiologia genética se alargou o âmbito de actuação para as situações de surdez infantil necessitando de reabilitação precoce. Para dar cumprimento aos objectivos anteriormente enunciados criou-se uma equipa multidisciplinar que integra ainda uma psicóloga, uma professora de Ensino Especial, uma terapeuta da fala, uma técnica de Serviço Social, e também uma administrativa/interlocutora para a língua gestual portuguesa de modo a que haja acompanhamento completo e personalizado de cada caso.

Procurámos desde o início servir, sobretudo com seriedade e rigor no diagnóstico e habilitação/reabilitação todos os utentes da consulta, conscientes das limitações que condicionavam que a sua diferença não pudesse ser sempre tratada com a excelência com que gostaríamos de o fazer.

Esta consulta acolhe dois grandes grupos de utentes:

• Doentes com surdez clinicamente isolada

Este grupo, que representa cerca de 85 a 90% do contexto total, engloba diferentes situações:

- Indivíduos com surdez de etiologia não estabelecida;
- Indivíduos com antecedentes familiares de surdez;
- Casal aparentemente normal em termos audiológicos, cujo primeiro filho é portador de surdez;
- Casais em que um dos elementos do casal ou ambos são portadores de surdez;
- Crianças em risco, por factores pré, peri ou pós-natais;
- Recém-nascidos que não passaram no rastreio neonatal universal.

• Doentes com surdez associada a outras malformações ou défices sensoriais

- Indivíduos com síndrome malformativa que poderá estar associado a surdez, e em que esta não é por vezes o défice sensorial mais grave, o que poderá levar a uma maior dificuldade no seu diagnóstico;
- Indivíduos com malformações minor do aparelho auditivo, nomeadamente do ouvido externo, que poderão estar associadas a surdez por anomalia do ouvido médio e/ou interno;
- Indivíduos com malformação isolada de outros órgãos ou sistemas, cujo *timing* de desenvolvimento embrionário se poderá eventualmente relacionar com o desenvolvimento embrionário do ouvido;
- Indivíduos com outros défices sensoriais que poderão associar-se a surdez.

Nas situações de surdez associada a síndromes malformativas, estes podem ocorrer por anomalia cromossómica ou doença genética.

Nos casos de *anomalia cromossómica*, realizamos com o Dr. Jorge Domingues o estudo audiológico em 21 doentes com S. de Turner, tendo-se verificado um aumento significativo de surdez quer de transmissão quer sensorineural. Seguimos também com regularidade crianças portadoras de Trissomia 21 que vêm para rastreio audiológico e por patologia do ouvido médio.

Relativamente às *doenças génicas*, temos oportunidade de seguir doentes com diferentes síndromes genéticas de transmissão autossómica dominante, recessiva ou ligada ao X:

- Síndrome de Nager;
- Síndrome de Treacher Collins;
- Espectro facio auriculo vertebral;
- Síndrome do 1º e 2º arcos, microsomia hemifacial;
- Síndrome de Goldenhar;
- Síndrome Otopalatodigital I;
- Associação C.H.A.R.G.E.;
- Síndrome de Waardenburg;



- Síndrome de Melnick-Fraser;
- Osteogénese Imperfeita - tipo I;
- Surdez associada a malformações do ouvido externo.

Por indicação da Comissão de Qualidade do nosso Hospital concorremos aos Prémios Nacionais de Humanização 2001, concurso nacional realizado para distinguir acções de excelência implementadas em 2000 e das quais tenham resultado ganhos em saúde e melhorado o acesso dos cidadãos aos cuidados de saúde (cuidados que se pretendem de qualidade e humanizados).

Poderá a Consulta de Surdez Infantil ser citada como exemplo de qualidade em Saúde?

Foi-nos atribuído em 2001, o 3º Prémio Nacional de Humanização pela Comissão Nacional para a Humanização e Qualidade dos Serviços de Saúde, no âmbito do seu plano de actividades 2000.

O que representa a qualidade em Saúde?

Poderemos definir qualidade em Saúde, como:

Precisão e precocidade de diagnóstico que implica as decisões terapêuticas mais seguras e efectivas na resolução do problema do doente.

A qualidade em saúde, no atendimento dos doentes não é um luxo.

Deverá reger-se por vários princípios:

- Alto grau de excelência;
- Ser adequada ao propósito;
- Efectuar-se com respeito pelas normas médicas, éticas e deontológicas;
- Deverá ainda adequar-se em termos de qualidade à necessidade do consumidor.

Esta consulta visa responder às necessidades da criança surda:

- Fazer o diagnóstico e acompanhamento precoce;
- Informar os pais;
- Estabelecer parcerias de trabalho entre técnicos e pais;
- Dialogar e estabelecer pontes entre os agentes clínicos, educativos e a comunidade;
- Acesso imediato ao desenvolvimento de uma língua;
- Inclusão em comunidade surda/ouvinte.

Nesta consulta a abordagem multidisciplinar da criança é fundamental para o sucesso da reabilitação.

Qual a importância da reabilitação precoce?

Todos os estudos realizados, designadamente um estudo realizado nos Estados Unidos em dois grupos de controle de crianças com surdez congénita severa/profunda em adap-

tação protética aos 6 meses de idade e após os 6 meses de idade, revelou diferenças importantíssimas no desenvolvimento intelectual e posterior aproveitamento escolar entre os dois grupos.

Se o córtex auditivo não for sujeito a qualquer estimulação irá diferenciar-se no sentido do córtex visual, perdendo-se assim a estimulação da plasticidade neuronal inerente à reabilitação auditiva precoce.

Procedemos ao apoio protético de algumas dezenas de crianças e jovens, através da aquisição das respectivas próteses auditivas, sendo importante realçar que nesta consulta, a variável de ajuda técnica é particularmente importante.

Ao longo destes anos foram distribuídas próteses aos utentes desta consulta, tendo a maioria sido atribuída a crianças entre os 0 e 3 anos e os 3 e 6 anos de idade quando referimos a 1ª prótese atribuída.

Queremos agradecer de modo especial à Neurologia Pediátrica e ao Serviço de Pediatria do CHLO, com efeito, foi por iniciativa do Dr. Pedro Cabral e dos Drs. José Guimarães, Fernando Durães e Eduarda Sousa que iniciámos uma colaboração regular na Consulta de Pediatria do Hospital São Francisco Xavier, que se tem revelado particularmente enriquecedora.

Queremos assinalar a colaboração de todos os colegas e a excelência da equipa de audiologistas do nosso Hospital que tornam possível o quotidiano da nossa consulta. ■

DRA. ASSUNÇÃO O'NEILL

Responsável pela Consulta de Surdez Infantil

Serviço de Otorrinolaringologia

Director: **PROF. DOUTOR MADEIRA DA SILVA**

Olá!

Eu sou a mãe da Margarida Martins de Magalhães e estou aqui porque gostava de agradecer a todos os que estão envolvidos no problema da minha filha, não esquecendo a atenção da Dra. Assunção O'Neill.

É do fundo do coração que agradeço o que tem feito pela minha filha, pois recebeu os aparelhos auditivos no dia 15 de Fevereiro (data dos seus 12 anos) e no dia 15 de Março, quando foi vista na Widex, tinha evoluído muito. Repete tudo, fala tudo, explica e compreende tudo.

Graças a vocês!

Muito, muito obrigada do fundo do coração

Mãe da Margarida

Gripe A (H1N1)

Vírus *Influenza*

A gripe foi, provavelmente, descrita pela primeira, vez por Hipócrates, todavia a natureza viral da gripe, só foi demonstrada em 1933, por investigadores ingleses.

A infecção é causada pelo vírus *influenza*, membro da família *Orthomyxoviridae*, e tem 4 géneros ou tipos antigénicos: *influenza A*, *influenza B*, *influenza C* e *togothavirus* (ou género D).

O vírus *influenza A* é o único que está classificado em subtipos.

Actualmente nos seres humanos, circulam vírus do tipo B e vírus do tipo A dos subtipos A(H1N1) e A(H3N2).

Na natureza os vírus *influenza* têm como reserva habitual os animais, nomeadamente as aves.

No homem, a gripe é habitualmente benigna e sazonal, entre os meses de Dezembro e Março, e estima-se que cerca de 10% a 25% da população mundial seja afectada.

A gripe transmite-se de pessoa a pessoa, através de contacto próximo. O período de incubação pode variar entre as 24 e as 96 horas. A probabilidade de transmissão é maior após o aparecimento dos sintomas. Após o início da sintomatologia, as pessoas doentes podem continuar a excretar vírus até 5 dias nos adultos e 7 dias nas crianças.

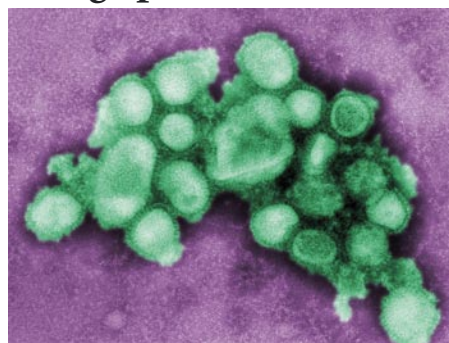
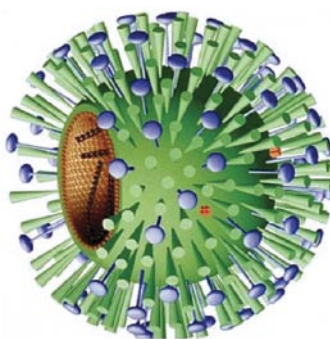
A transmissão faz-se sobretudo a partir de gotículas infectadas de grande dimensão (superior a 5 µm). Poderá efectivar-se através de inalação de partículas por contacto próximo (inferior ou igual a 1m) ou por contacto directo ou indirecto através de mãos contaminadas com secreções respiratórias infectadas.

A transmissão por via aérea nomeadamente através de aerossóis (partículas inferiores a 5 µm) é menos frequente, embora possa ocorrer aquando de procedimentos invasivos, tais como aspiração de secreções ou intubação endotraqueal.

Em superfícies não porosas os vírus podem sobreviver 48 horas, e em superfícies porosas (por exemplo, papel, tecidos) até às 12 horas.



Vírus da gripe



O último surto de gripe sazonal em Portugal provocou 1 961 mortes (Eurosurveillance: vol: 14;18. Maio 2009).

A pandemia de gripe é um acontecimento de escala mundial, que ocorre muito raramente (três vezes no século XX: 1918 – 1919 - gripe espanhola ou pneumónica -, causada por vírus A(H1N1); 1957 – 1958 – gripe asiática -, causada por vírus A(H2N2); 1968 – 1969 – gripe de Hong kong - causada por vírus A(H3N2).

A contenção duma pandemia só será possível se, se aplicarem de imediato medidas de contenção, sendo essencial a detecção precoce de casos.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) identifica 3 períodos e 6 fases de actividade gripal:

- Período interpandémico:
 - Fase 1 – o vírus circula entre os animais, não causa infecção no homem;
 - Fase 2 – o vírus circula entre os animais, mas já se identificam casos de doença humana (ameaça pandémica);
- Alerta pandémico:
 - Fase 3 – o vírus circula entre os animais mas também nos seres humanos, já causando surtos esporádicos e limitados no homem;
 - Fase 4 – verifica-se transmissão pessoa a pessoa, causando pequenos surtos (clusters), de forma muito localizada em determinadas áreas geográficas ou comunidades;

O CHLO elaborou um Plano de Contingência e criou na intranet um espaço dedicado a este assunto, acessível a todos os profissionais

Fase 5 – semelhante à anterior só que os “clustres” têm maiores dimensões (surto sustentados em pelo menos dois países duma região da WHO);

- Pandémico:

Fase 6 – surtos sustentados em pelo menos duas regiões da OMS.

O novo vírus *influenza* A(H1N1) surgiu inicialmente no México e tem semelhanças com vírus existentes em suínos e ocasionalmente em perus.

Em 21 de Abril de 2009, o *European Center for Disease Prevention and Control* (ECDC) alertou para a existência de infecções respiratórias nos Estados Unidos, devidas a uma nova estirpe de vírus *influenza*. A 23 de Abril de 2009, o México confirmou a existência de gripe a vírus *influenza* A(H1N1). A 24 de Abril de 2009, a Organização Mundial de Saúde (WHO) e Direcção-Geral da Saúde alertaram para a situação.

Actualmente, a nível mundial foram contabilizados 12 954 casos que causaram 92 mortes¹. Portugal registou apenas um caso¹ de infecção pelo vírus da gripe *influenza* A(H1N1).

Todavia a situação epidemiológica a nível mundial recomenda a manutenção da vigilância e a tomada de medidas de prevenção e contenção de eventuais casos.

O Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental (CHLO) de modo a minimizar o impacto duma pandemia elaborou um Plano de Contingência e criou na intranet um espaço para a gripe, acessível a todos os profissionais do CHLO. ■

DRA. FILOMENA MARTINS

Coordenadora das Medidas de Prevenção e Cuidados de Saúde no âmbito da Gripe A(H1N1)
Presidente da Comissão de Controlo de Infecção

Perguntas e Respostas sobre a Gripe A (H1N1)

O que é a Gripe *influenza* A (H1N1)-[gripe suína]?

É uma doença respiratória a um novo vírus *influenza* que causa doença no homem e se transmite de pessoa a pessoa.

Porque é a Gripe *influenza* A (H1N1) chamada de gripe suína?

Os estudos laboratoriais inicialmente realizados, mostraram que muitos dos genes deste novo vírus era semelhante aos encontrados nos suínos, todavia estudos subsequentes mostraram que se estava perante um novo vírus.

Existem casos em Portugal?

Até ao momento existe apenas 1 caso, foi confirmado.

É o vírus *influenza* A (N1H1) contagioso?

Sim, o vírus *influenza* A(H1N1) é contagioso e transmite-se de pessoa a pessoa, embora ainda não se conheça a sua facilidade de transmissão.

Quais são os sintomas?

Os sintomas são semelhantes aos da gripe sazonal, com febre, pingo do nariz ou entupimento nasal, tosse, dores de garganta, dores de cabeça e no corpo. Algumas pessoas apresentam náuseas, vómitos e diarreia.

A doença é grave?

De momento, os dados existentes não permitem avaliar a gravidade da situação. Todavia existem grupos com maior risco.

Como se transmite?

Pensa-se que da mesma maneira que a gripe sazonal, de pessoa a pessoa através das partículas expelidas através do espirro ou da

tosse (a transmissão é possível até 1 metro). As pessoas também se podem infectar ao mexer na boca ou nariz com as mãos contaminadas.

Durante quanto tempo pode uma pessoa doente transmitir o vírus?

Após o início da doença a transmissão ocorre durante 7 dias, todavia as crianças podem transmiti-lo até 21 dias.

Como evitar a transmissão?

Neste momento não existe vacina. Alguns cuidados podem evitar a transmissão de doenças respiratórias como a gripe e assim proteger a nossa saúde:

- Cobrir o nariz e a boca quando tossir ou espirrar com um lenço de papel e deitar o papel no lixo, ou espirre para dentro da manga;
- Higienizar as mãos frequentemente com água e sabão ou solução alcoólica, sobretudo após tossir ou espirrar, antes de comer, depois de utilizar a casa de banho, se tocar em superfícies contaminadas;
- Evitar tocar nos olhos, no nariz e na boca se não tiver lavado as mãos.

É seguro comer carne de porco?

Sim. A ingestão de carne de porco desde que bem cozinhada a temperaturas de 70° C, não representa perigo para a saúde.

E se adoecer com sintomas de gripe, após regressar de uma zona do globo afectada ou contactar com a doença?

Permaneça em casa e evite o contacto com outras pessoas para não disseminar a doença. Ligue para a Linha Saúde 24 – 808 24 24 24

¹ WHO – update 39, de 26 de Maio de 2009

IV Reunião do Departamento de Cirurgia Plástica e Cabeça e Pescoço

II Congresso de Cirurgia Plástica e Estética de Lisboa Ocidental

Organizados pelo Departamento de Cirurgia Plástica e Cabeça e Pescoço e seu Director Dr. Z. Biscaia Fraga, com a colaboração de todos os elementos dos quatro serviços que integram este Departamento, estes dois eventos científicos ocorreram no Hotel Miragem nos dias 8 e 9 de Maio de 2009 com grande participação, em ambiente de franca confraternização clínica, contando ainda com a presença da Administração do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental.

Além de casos clínicos com muito interesse científico, houve três temas com especial relevância:

- Cirurgia de Ambulatório
 - cirurgia do futuro
- Cirurgia Nasal
- Rejuvenescimento facial

O tema Cirurgia do Ambulatório, no qual os múltiplos serviços intervieram activamente, contou também com a participação do Coordenador da UCA – Unidade de Cirurgia de Ambulatório, acrescentando a sua casuística, estatística e discussão acesa do seu desenvolvimento revelou-se um tema da máxima pertinência, cumprindo-nos afirmar com convicção que se trata de “cirurgia do presente com muito futuro”.

A Cirurgia Nasal com abordagem funcional, estrutural e estética, foi ainda tratada por um ilustre convidado estrangeiro quanto a “refinamento e inovação” que a evolução técnica permite a obtenção de excelentes resultados em casos reputados de difícil prognóstico.

O Rejuvenescimento facial, tema tratado com grande profundidade, com as últimas novidades de cirurgia endoscópica complementada pelos avanços da Implantologia Dentária e revolução das células estaminais e factores de crescimento aplicados na face e pescoço e com reforço evolutivo com vários tipos de “lasers”.

Concluiu-se este tema com a apresentação do Dr. Biscaia Fraga da “modelação facial bioplástica” em que todas as áreas anatómicas da face podem ser modeladas com matérias biológicas, preferencialmente autólogos, que permitem a obtenção de resultados sustentados a médio e longo prazo.

Dos vários convidados é digno de realce a apresentação de António Homem Cardoso sobre Documentar e Fotografar “Ciência e Arte”, em que o rigor a importância e utilidade destes documentos é cada vez mais importante e executada com ética profissional tornando-se um elemento precioso de trabalho, em suma.



Foi um encontro muito útil clínica e cientificamente, muito agradável humanamente, e em especial recuperante para este tão intenso trabalho que nos envolve todos os dias. ■

DR. Z. BISCAIA FRAGA
Director do Departamento de
Cirurgia Plástica e da Cabeça e Pescoço

20 de Maio de 2009

1ª Corrida do CHLO



A 1ª corrida do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, para colaboradores e familiares, realizou-se no passado dia 20 de Maio. Foram cerca de 100 entusiásticos participantes, dos 5 aos 70 anos, que nos deixaram com vontade de repetir o evento.

A partida teve lugar às 17 horas, em frente ao Café In, junto ao rio e contou com dois percursos. Um percurso “amador”, que foi até à Estação Fluvial de Belém e voltou. O outro percurso, mais “profissional”, teve início no mesmo local, mas foi até à Torre de Belém e voltou.

Agradecemos a todos os participantes e patrocinadores que tornaram possível a realização desta iniciativa, uma oportunidade de convívio, fora do ambiente hospitalar. ■



A Aliança Portuguesa Contra a Depressão

European Alliance Against Depression, EAAD



Depressão pós-natal (DPN)

Um dos grupos de risco para depressão são as mulheres em idade fértil, nomeadamente quando engravidam e num período de meses após o parto. O risco de desenvolver uma depressão clínica neste momento da vida, entre o 2º e o 3º mês após o parto, é duas a três vezes superior ao de outros períodos na vida das mulheres.

A Depressão Pós-Natal (DPN) abrange o 1º ano de vida do bebé e é uma depressão clínica que afecta a mãe em tudo igual às outras depressões clínicas. Esta designação salienta a eclosão de um síndrome psiquiátrico depressivo em que o parto e a chegada de um novo membro ao agregado familiar, bem como as circunstâncias biológicas e psicossociais que lhe estão associadas, funcionam como factores precipitantes e moduladores numa mulher já previamente vulnerável. Designa também o contexto materno-infantil precoce interferido por uma doença mental depressiva na mãe. O bebé depende quase totalmente da mãe para interagir com o mundo e para o apreender e quando a mãe fica indisponível o desenvolvimento do bebé ressent-se.

Outras designações frequentemente utilizadas para DPN são as de depressão pós-parto ou depressão puerperal mas estas são expressões incorrectas por se centrarem em torno do parto.

Por depressão clínica entende-se a falência da capacidade do cérebro para se adaptar quer à ameaça continuada quer à perda, experiências comuns da vida, e por isso mesmo sempre existiu: os relatos mais antigos têm milhares de anos. As descrições de depressão pós-natal têm mais de 200 anos.

É importante perceber que a depressão é uma doença do cérebro e que compromete a quase totalidade das suas funções mentais superiores mas também a regulação que o próprio cérebro exerce sobre o funcionamento do resto do corpo. As pessoas com depressão deixam de se sentir fisicamente bem e deixam de funcionar bem, na vida social, profissional e familiar.

A DPN não é a patologia mais grave associada à maternidade: a psicose puerperal é a situação clínica mais grave

mas também muito mais rara, ocorre em 1 a 2 partos por cada 1000 e é facilmente detectável pelas alterações grosseiras de comportamento que determina nas mulheres afectadas.

Na maternidade, e nos dias subsequentes ao parto, a enorme maioria das mulheres apresentam alterações do humor que se designa pelo termo anglo-saxónico de *blues*.

O *blues* não é uma doença nem é preocupante, é sim uma reacção produzida por uma modificação súbita, fisiológica, do estado hormonal podendo gerar sofrimento mental mas que é sempre normal. Caracteriza-se pela precocidade no início, do 3º ao 10º dias do pós-parto, e transitoriedade. As mães apresentam labilidade do humor com alterações no sentido da tristeza, ou da irritabilidade, maior fadigabilidade e insegurança nas suas capacidades para fazer face à nova situação. As mulheres afectadas por *blues* carecem de vigilância, atenção e de suporte pelos profissionais de enfermagem que deverão inclusive informar as parturientes e suas famílias da forte possibilidade de ocorrência de alterações emocionais transitórias nos dias subsequentes.

Sempre houve perda e ameaça associadas à maternidade, obviamente com a natural variabilidade em consonância com os hábitos e costumes de cada época. Muita coisa muda com a maternidade, e no meio

de muita eventual felicidade, espreitam sempre ameaças à identidade física e psicológica das mães. Claro que sempre existiu DPN e as taxas de prevalência são espantosamente semelhantes em todas as culturas: 10-20%, 13-16% em Portugal (13 a 16 mães em cada 100 com bebé com menos de 1 ano).

A depressão, sejam quais forem as causas múltiplas associadas – cansaço, mudança do estilo de vida, menor investimento profissional, menor envolvimento afectivo-sexual, alterações hormonais persistentes, eclosão de vulnerabilidade genética, ou outras – e as formas que pode apresentar, tem sempre consequências negativas.

Estas consequências negativas são principalmente três:



1) a **cronicização**, o que acontece com um terço de todas as mulheres que fazem depressão pós-natal, o que quer dizer que ficam persistentemente doentes ao longo de décadas, e, apesar de raramente se tratar de uma expressão de sintomas muito grave afecta muito negativamente a qualidade de vida destas mulheres;

2) a **rotura afectivo-sexual e conjugal** relativamente frequente e secundária à ‘mudança’ na mulher, e que nenhum dos dois conjugues muitas vezes se apercebe tratar-se de um estado mórbido que carece de observação médica competente;

3) **impacto negativo no desenvolvimento psicomotor da criança**, discernível até ao final da infância com modelagem de comportamentos depressivos: ocorre o que muitos especialistas consideram uma ‘espiral depressiva transgeracional’. As crianças não se desenvolvem como as outras filhas de mães que não deprimiram e este efeito verifica-se até aos 8-9 anos de idade. E tendem para a depressividade na adolescência e vida adulta por terem sido privadas de ‘nutrientes’ afectivos básicos desde muito cedo. O cérebro, e o resto do corpo, para se desenvolverem harmoniosamente, carecem de trocas afectivas plenas.

A DPN quando não é detectada e devidamente tratada compromete por vezes as competências maternas básicas pragmáticas como lavar, vestir e alimentar, e compromete sempre as competências maternas afectivas, relacionais e de vinculação. E portanto, uma mãe deprimida clinicamente, quase nunca é suficientemente boa e há impacto negativo nos bebés. Um dos sintomas precoces de apresentação de DPN são os vómitos incoercíveis no bebé não explicados medicamente.

A Depressão Pós-Natal pode ser rastreada ainda na maternidade, e depois no seguimento do pós-parto, quer pelo médico de família, quer pelo obstetra quer pelo pediatra. Este despiste é fulcral e teria um impacto gigantesco em termos de saúde pública se fosse sistematicamente realizado. Mas já durante a gravidez, é possível despistar factores preditores de DPN.

O tratamento? É na grande maioria dos casos passível de ser realizado por médicos não psiquiatras com ou sem o apoio de outros técnicos especializados. Nos casos mais graves poderá ser útil fazer um encaminhamento para um psiquiatra com competência na área.

Na realidade, o tratamento faz-se com medicamentos antidepressivos que não impedem a amamentação nem que a mãe possa continuar a tomar conta do bebé. As intervenções psicoterapêuticas são também importantes nos casos mais ligeiros isoladamente e nos restantes em combinação com a medicação. As mães e as famílias não percebem muito frequentemente que não há culpados nesta situação e que se trata tão somente de mais uma doença. ■

PROF. DOUTOR RICARDO GUSMÃO

Prof. Aux. Convidado de Psiquiatria e Saúde Mental
Assistente Graduado de Psiquiatria
Coordenador Nacional OSPI-Europe e EAAD
Dep. de Saúde Mental, FCM – UNL
Coordenador da Unidade de Psiquiatria de Ligação,
Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental

6 a 10 de Maio

Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental na Semana da Saúde Viva +

A Câmara Municipal de Oeiras, pelo 5º ano consecutivo, organizou a Semana da Saúde - Viva +, de 6 a 10 de Maio, no Jardim Municipal de Oeiras. Esta iniciativa teve como objectivo promover hábitos de vida saudáveis, com um amplo leque de iniciativas, aproximando a comunidade e as diferentes instituições que actuam na área da saúde.

Como já é habitual, o Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental participou neste evento, dinamizando um stand, onde estiveram presentes vários serviços, afim de promover a actividade da instituição, num contexto informal e de proximidade com os visitantes.

No primeiro dia, o Serviço de Pediatria desenvolveu actividades para as crianças, alusivas à desdramatização de procedimentos hospitalares, como punção venosa e avaliação da tensão arterial.

A Consulta Externa dos 3 hospitais marcou a sua presença. O Hospital de Santa Cruz prestou esclarecimentos sobre “hipertensão” e a “dislipidémia”. Enquanto que o Hospital de São Francisco Xavier disponibilizou informação sobre “Prevenção do cancro da mama e do colo do útero” e o Hospital de Egas Moniz realizou 40 rastreios de glicémia.

Durante 3 dias o Serviço de Neurologia deu a conhecer à população áreas de intervenção como demências, epilepsia, AVC's e esclerose múltipla.

Os 2 últimos dias desta iniciativa foram ocupados pela Unidade de Cuidados Intensivos Médicos do Hospital de São Francisco Xavier, com o objectivo de desmistificar a área dos Cuidados Intensivos. Assim, deu-se a conhecer equipamentos característicos deste tipo de unidades, bem como a humanização de cuidados e importância da participação da família nos mesmos.

A disponibilidade e empenho dos profissionais que dinamizaram o stand, permitiram, mais uma vez, dar conhecer a actividade do CHLO à população da sua área de influência. ■



Clara Soares em entrevista

Libertar-se do quotidiano



Clara Soares (CS) é Técnica de Análises Clínicas no Hospital de Egas Moniz. Disponibilizou alguns minutos ao Jornal do Centro (JC), dando a conhecer a sua “Outra Face”, como pintora, uma forma de se libertar do quotidiano.

JC: Como é que surgiu o interesse pela pintura?

CS: O interesse surgiu aquando da mudança do Hospital de S. José para o Egas Moniz. Sofri um grande choque emocional, o que me levou a tentar encontrar em mim alguma coisa que me ajudasse a ultrapassar essa fase. Um dia, dei comigo em casa a fazer desenhos em papel, lembrei-me, quando era aluna, desenhava não só para me abstrair dos ruídos, como também ouvir o professor, ou seja para me concentrar. Tive aulas de pintura, entretanto nasceu a minha filha mais nova e deixei de exercer esta actividade.

JC: Quando é que começou a pintar?

CS: Mais ou menos há três anos. Quando um dia a minha filha mais velha manifestou vontade de aprender a pintar com a condição que eu a acompanhasse, pois era muito gratificante a imagem que tinha da mãe a pintar.

JC: Em que altura teve o primeiro encontro com a tela?

CS: Há onze anos sensivelmente. Embora tenha havido um interregno de seis anos. Há três anos, como já disse, comecei por influência da minha filha.

JC: Nunca pensou na pintura como profissão?

CS: Não, fiz o curso de análises clínicas porque gostava e era aquilo que queria, nunca me vi como pintora, gosto de o fazer mas a título pessoal, embora todavia não me seja nada desagradável mostrar o que faço.

JC: Está nos seus horizontes comercializar este seu hobby?

CS: Não, neste momento não faz sentido, mais ainda penso que um quadro não se oferece, pede-se, isto é, fico muito mais satisfeita quando me dizem “gosto deste quadro” ou “este quadro ficava bem na minha sala. Então ofereço-o, sem ser eu a impor o quadro ao amigo(a).

JC: Tem alguma noção do valor comercial da sua pintura?

CS: Não. É-me difícil atribuir um valor. O que tem acontecido nas exposições em que participei, foi alguém que não eu, o fez. Tenho tido a sorte de estar rodeada de pessoas entendidas nesta área. É evidente que têm valor para mim, numa perspec-

tiva de me libertarem do quotidiano e não numa perspectiva comercial.

JC: Qual a temática que a toca mais e o que é que a motiva a pintar?

CS: A cor é sem dúvida o que me faz pintar, não gosto de pintar nada que seja objectivo. A minha temática é completamente abstracta, gosto essencialmente dos laranjas, amarelos, castanhos, pretos e verdes.

JC: Há algum pintor que a tenha influenciado? Gosta de pintura chamada clássica?

CS: Gosto bastante de ver todos os clássicos. Não há cidade onde tenha estado que não vá ao museu ver pintura. Desde Chicago a Madrid, passo horas a olhar quadros. Gosto de Rembrandt e de todos os clássicos de uma maneira geral, todavia não gosto de Paula Rego.

JC: O que é que a atrai num quadro?

CS: Em qualquer quadro clássico, moderno, pós-moderno, surrealista etc., o que me atrai é sempre a cor e a sua conjugação.

JC: Relativamente à pintura abstracta o que pensa de darem nome aos quadros?

CS: Eu dou nome aos quadros, o que tem uma razão de ser. Sempre que estou a pintar tenho algo em que estou a pensar e se for bastante forte e emocional, é natural que lhe dê um título, caso contrário, não acontece.

JC: Qual a sua opinião relativamente a este tipo de entrevistas do Jornal do Centro?

CS: Acho que, num espaço em que primordialmente se fala de “doença”, qualquer actividade que faça libertar as pessoas do ambiente envolvente é sempre bem-vinda, isto quer para funcionários quer para os utentes. Uma vez que os centros hospitalares são empresas, é plausível que adoptem alguns procedimentos implementados por estas. ■



TALIS QVALIS XX

Qualidade – Apontamentos

Embora nem todas as mudanças impliquem melhorias, qualquer tipo de melhoria implica mudança. Todos somos mais ou menos resistentes à mudança e, neste artigo, iremos apresentar algumas frases características de atitudes de **resistência à mudança** e compará-las com outras que nos poderão ajudar a tomar atitudes mais positivas.

Resistência à mudança	Abertura à mudança
Sempre foi assim Antigamente é que era bom	Temos de evoluir
Eu?	Nós!
E o que é que eu ganho com isso?	Os benefícios para eles (e nós) são:
Não	Sim
Já tentámos isso e não deu	Tem de haver uma maneira
Não vai dar	Vamos tentar
Já não há remédio	Claro que podemos
Ao tempo que eu digo isso	Está na altura de tentar
Não tenho tempo	Vamos arranjar tempo
Isso só depois das férias, e é se der...	Vai estar pronto nesse dia
Agora não posso	Vamos já tratar disso
Depois penso nisso	Amanhã dou-te uma resposta
Nem quero saber	Queres ajuda?
Isso não é comigo	Como posso ajudar?
Só com mais gente	Se nos juntarmos, resolvemos isto
Só tenho 2 mãos	Dá-me aqui uma mão
Eu cá não tenho culpa A culpa é do...	Somos todos responsáveis
Isto não tem ponta por onde se lhe pegue	É isto que temos de fazer
Com essa gente... nem falo	Vamos falar com eles

A mudança nas organizações, à semelhança do que acontece nos indivíduos, implica **esforço** e **objectivos bem definidos**. No caso das organizações, esses objectivos têm de ser entendidos e partilhados por todos. Normalmente, essa partilha garante também que as mudanças se traduzem em **melhorias reais**.

JOÃO FARO VIANA

Director do Departamento da Qualidade

*TALIS QVALIS: ORIGEM DA PALAVRA LATINA QUALITAS

HOSPITAL DE SANTA CRUZ

Atribuição do nome Dr. António Pina a artéria da cidade de Lagoa

A Câmara Municipal do Município de Lagoa atribuiu o nome do Dr. António Pina a uma artéria da cidade de Lagoa, uma forma de homenagear este médico cirurgião do Hospital de Santa Cruz.

CENTRO HOSPITALAR

Nomeações

O Conselho de Administração deliberou:

- Em sessão realizada em 30/04/2009, criar o Observatório da Actividade Científica do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental (CHLO), integrado no Departamento de Investigação Científica, e presidido pela Prof. Doutora Ana Aleixo, o qual terá como principais funções recolher, tratar e divulgar a actividade científica do CHLO e ainda promover contactos e protocolos com Instituições de Ensino/Investigação para cooperação na área científica;

- Em 04/05/2009 nomear a Dra. Filomena Martins, Presidente da Comissão de Infecção Hospitalar, Coordenadora das Medidas de Prevenção e Cuidados de Saúde a prestar no âmbito da Gripe A(H1N1).

SAÚDE, NUTRIÇÃO E ACTIVIDADE FÍSICA

10^{as} Jornadas da Costa do Sol

As 10^{as} Jornadas da Costa do Sol realizaram-se nos dias 28 e 29 de Maio de 2009, no Centro de Congressos do Estoril e este ano foram dedicadas ao tema "Saúde, Nutrição e Actividade Física". O evento fechou um ciclo de jornadas que teve início em 1997.

O Presidente do Conselho de Administração do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental (CHLO), Prof. Pedro Abecasis, presidiu a esta iniciativa, tendo proferido a conferência inaugural subordinada ao tema "Intervenção em Saúde". O CHLO foi ainda represen-

tado numa mesa redonda intitulada "Desvios do Estilo de Vida Saudável".

Estiveram presentes na sessão solene de abertura o Prof. Pedro Abecasis, o Dr. António Capucho, Presidente da Câmara Municipal de Cascais, o Dr. José Miguel Boquinhas, Presidente da HPP Hospital de Cascais e a Dra. Helena Costa, Directora Executiva do ACES de Cascais.

Foram feitas várias referências à Unidade de Saúde da Costa do Sol, responsável pela organização destas Jornadas, da qual os hospitais que constituem o CHLO fizeram parte. Uma unidade



criada para solucionar o problema dos utentes desta área de residência, no que diz respeito à acessibilidade aos cuidados de saúde, melhorando assim a articulação entre Centros de Saúde e Hospitais. Esta Unidade foi extinta face às mudanças organizacionais e estruturais ao nível da Saúde, nomeadamente a criação de Agrupamentos de Centros de Saúde. Novas formas de integração de cuidados irão ser implementadas.

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

18 de Junho de 2009

1º CONGRESSO INTERNACIONAL EM PORTUGAL SOBRE A INTERVENÇÃO COMPORTAMENTAL NO AUTISMO E PERTURBAÇÕES DO DESENVOLVIMENTO

Local: Fundação Calouste Gulbenkian
Informações:
 Tel.: 213245055 • Fax: 213245051
 Email: carla.almeida@aims-international.com

3 a 5 de Novembro de 2009

3º ENCONTRO NACIONAL DE RISCOS, SEGURANÇA E FIABILIDADE

Organização: Instituto Superior Técnico
Local: Centro de Congressos de Lisboa
Informações:
 Tel.: 218 417 957 • Fax: 218 474 015
 Email: enrsf@mar.ist.utl.pt
www.esrahomepage.org/enrsf

18 a 19 de Junho de 2009

XI CONGRESSO ANUAL DA APNEP

Organização: Associação Portuguesa de Nutrição Entérica e Parentérica (APNEP)
Local: Escola Superior de Tecnologias da Saúde de Lisboa (Parque das Nações)
Informações:
 Tel.: 214 241 322
 Email: Fatima.Braz@fresenius-kabi.com
www.apnep.pt

ACÇÕES DE FORMAÇÃO ORGANIZADAS PELO NÚCLEO DE FORMAÇÃO DO CHLO

Junho de 2009

ATENDIMENTO E RELACIONAMENTO COM DOENTE E FAMÍLIA

SUORTE BÁSICO DE VIDA

PREVENÇÃO E CONTROLO DA INFEÇÃO

Destinatários: AAM

DOR NO ADULTO

CIPE/SCD – SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM ENFERMAGEM

VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA

CIPE/SAPE – CIRURGIA GERAL E UCIC (4º GRUPO)

WORKSHOP – MATERIAL PARA FERIDAS

Destinatários: Enfermeiros

SUORTE BÁSICO DE VIDA

Destinatários: Enfermeiros/Médicos/Técnicos

4 a 7 de Outubro de 2009

4.º CONGRESSO EUROPEU DE ENFERMAGEM

Organização: Fundação Europeia de Congressos de Enfermagem
Local: Roterdão – Holanda
Informações:
<http://www.ordemenfermeiros.pt/>

24 a 25 de Outubro de 2009

1º CONGRESSO NACIONAL TERAPIAS EXPRESSIVAS

Organização: ISLA e Associação Nacional de Terapias Expressivas
Local: Auditório do ISLA, Lisboa
Informações:
 Tel.: 210 309 905 • Fax: 210 309 917
 Email: formacao@lx.isla.pt

RELAÇÕES INTERPESSOAIS E COMUNICAÇÃO ASSERTIVA

Destinatários: Multiprofissional

Núcleo de Formação HEM – 2032

Núcleo de Formação HSC – 3308

Núcleo de Formação HSE – 1028