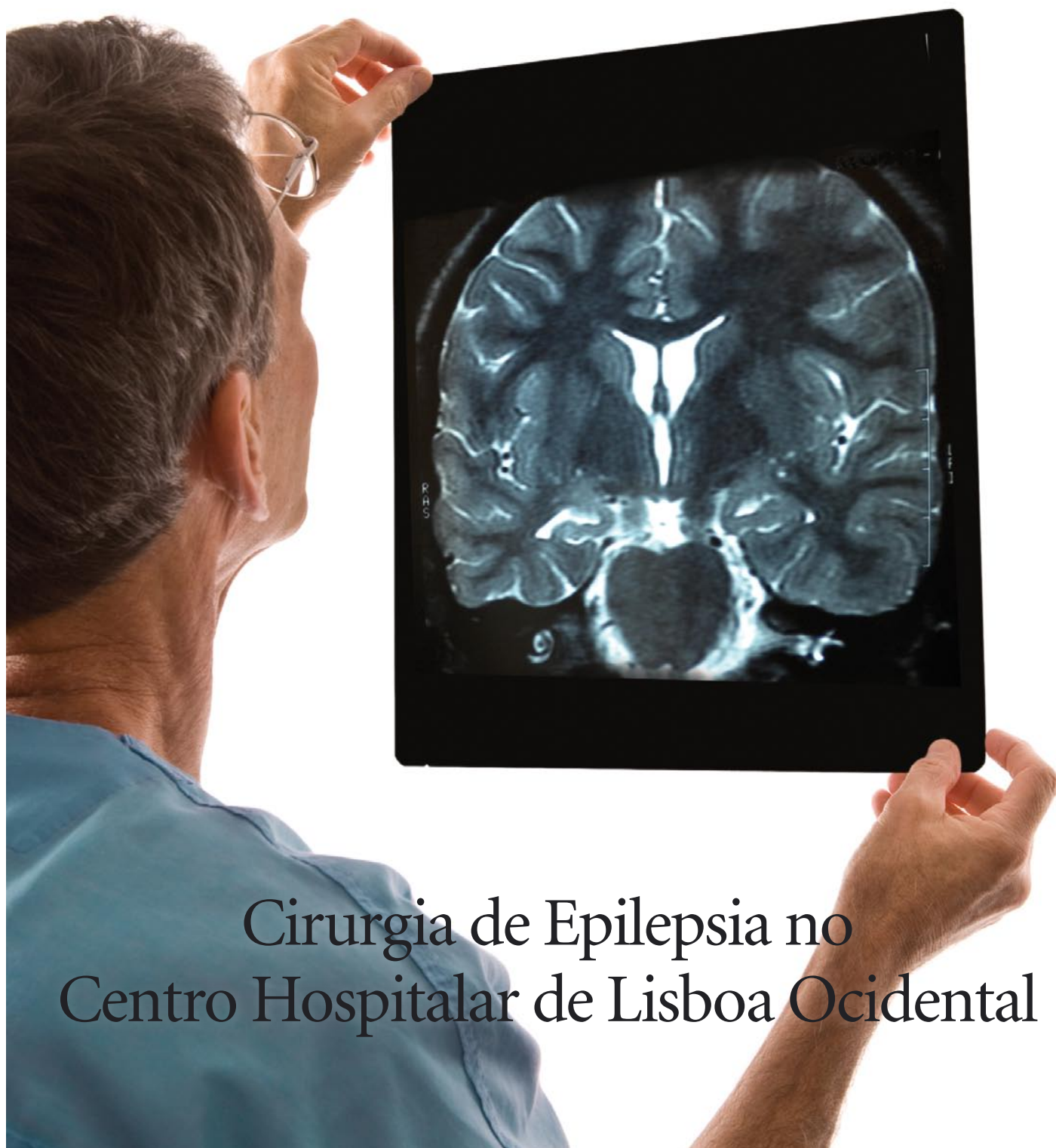




Jornal do Centro



Cirurgia de Epilepsia no Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental

27 de Março
Dia Nacional
do Dador de Sangue

I Congresso
do CHLO



CHLO participa
na Campanha
“**Tabuleiro Solidário**”

Índice

- 3 Editorial
- 4 Dia Mundial do Rim
- 6 Dia Nacional do Dador de Sangue
- 8 Cirurgia de Epilepsia no CHLO
- 10 Dia Mundial da Tuberculose
- 12 XIII Simposium de Actualização em Nefrologia
- 13 Dia Mundial da Incontinência Urinária
- 14 Breves
- 16 Agenda do Centro

Telefones úteis

HOSPITAL DE EGAS MONIZ

Rua da Junqueira, 126 - 1349-019 Lisboa

Apoio ao Internamento	210432221/22
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

Informações gerais/Apoio ao Internamento	210433001/02
Consulta Externa – Marcações 1 ^a vez	210433004/05
Consulta Externa – Marcações subsequentes	210433178
Consulta de Arritmologia	210433216
Cirurgia Ambulatória	210433036
Unidade de Hemodiálise	210433099/100
Unidade de Hemodinâmica Cardíaca	210433069
Unidade de Transplantação Renal	210433224
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	210431160
Urgência Geral - Informações	210431160
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 1 ^a 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	210431429

Gabinete do Utente do CHLO

Contactos

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



Fernanda Rosa

Enfermeira Directora



Dificuldades ou Desafios?

Decorridos quatro anos da constituição do CHLO, resultante da integração dos Hospitais Santa Cruz, S. Francisco Xavier e Egas Moniz, três das unidades de referência a nível nacional, o balanço que se pode fazer é bastante positivo. O caminho que percorremos juntos nem sempre foi fácil, mas se nos recordarmos hoje da realidade do que eram os referidos hospitais separadamente e o estádio em que agora nos encontramos, temos que concordar que a evolução foi muita.

Hoje, podemos afirmar que temos melhores instalações, temos um sistema informático eficiente, iniciámos uma política de gestão descentralizada, foi feita a integração de serviços no sentido de os rentabilizar e, principalmente, temos líderes e respectivas equipas de profissionais totalmente integradas.

O caminho que percorremos, repito, não foi fácil. Só foi possível devido à colaboração de todos e, no todos, não excluo ninguém, do auxiliar ao médico, do secretário ao administrador, do electricista ao engenheiro, do segurança ao enfermeiro e até e, principalmente do UTENTE ao presidente. Incluo o UTENTE pois foi com ele, e exclusivamente para ele que construímos a realidade actual - O CHLO.

O ano de 2010, como referiu o presidente do conselho de administração no seu editorial “vai ser de grandes dificuldades – e que entendemos como desafios.”

O desafio está lançado a todos. Em tempos de abundância de recursos, com facilidade se resolvem todos os problemas e, por vezes, quanto mais tentamos resolver uma dificuldade com mais recursos, menos se consegue a melhor solução.

O segredo é apelarmos à nossa capacidade de criar Valor para os nossos utentes e colegas. É substituir o investimento pela imaginação e mais recursos pela criatividade e dedicação.

As Dificuldades, ou melhor entendidas, como Desafios, estão bem expressas no plano de actividades do CHLO para 2010, onde se definem claramente os objectivos a prosseguir e a saber:

- Prestar cuidados de saúde humanizados, de qualidade superior e em tempo oportuno;
- Aumentar a eficiência, num quadro de equilíbrio económico e financeiro sustentável;
- Desenvolver áreas de diferenciação e de referência na prestação de cuidados de saúde;
- Implementar projectos de prestação de cuidados de saúde em ambulatório e ao domicílio;
- Promover a investigação e a formação profissional.

O desafio está lançado a todos.

E, uma vez mais, quando me refiro a todos não excluo ninguém, independentemente das funções que desempenha. Cada um de nós pode fazer a diferença. Um desempenho insuficiente pode prejudicar um trabalho excepcional, assim como um desempenho excelente pode ajudar outros a atingirem a excelência.

Numa organização tão complexa como a nossa, com tantos grupos profissionais com diferentes níveis de formação, torna-se necessário que pensemos que não existem trabalhos banais, podem existir pessoas que se sentem banais ao executarem o seu trabalho, o que deve ser encarado como um erro.

Martin Luther King disse um dia: «Se um homem estiver destinado a ser um varredor de rua, deve varrê-la como Miguel Ângelo pintou, Beethoven compôs ou Shakespeare escreveu poesia. Deve varrê-la tão bem que após a sua morte todos digam: Aqui viveu um varredor de rua que desempenhou de forma excepcional o seu trabalho».

Vamos todos e cada um de nós fazer a diferença. Pensemos nisto. Será que o meu desempenho aproxima ou afasta a minha instituição dos objectivos? Alivio o trabalho de alguém ou estou a sobrecarregá-lo? Executo o meu trabalho de um modo banal ou Excelente?

Podemos achar que o nosso trabalho não é reconhecido, podemos achar que temos poucos meios, podemos achar que o nosso trabalho pouco influencia o desempenho da instituição, podemos achar que somos mais um entre milhares. Podemos achar tudo o que nos pode levar a um desempenho banal. Só cada um de nós, individualmente, pode decidir executar o seu desempenho de forma excepcional, independentemente das circunstâncias.

Pensemos, nada nem ninguém me pode impedir de decidir ser excepcional.

Encaremos o ano de 2010 com optimismo, os UTENTES agradecem. ■

11 de Março, Dia Mundial do Rim

A Transplantação Renal com dador vivo iniciou-se no Hospital de Santa Cruz em 1994.

Quando surge um potencial dador, fazem-se avaliações detalhadas, clínicas e laboratoriais, por uma equipa que inclui nefrologistas, cirurgiões, assistentes sociais, enfermeiros e psicólogos.

Tal como em todas as intervenções cirúrgicas também na transplantação renal existem procedimentos que passam despercebidos ao utente comum. Todo o indivíduo, seja o dador, seja o paciente, necessita de uma avaliação social de modo a garantir a continuidade ou aumento da sua dignidade e qualidade de vida. É neste momento que se equilibram as necessidades e anseios dos intervenientes, onde a procura da valorização económico-social de cada indivíduo é potenciada ao máximo.

Quando toda a equipa está de acordo com a possibilidade de doação, uma comissão especial, a Entidade de Verificação de Admissibilidade para Transplantação - “EVA” – avalia a legitimidade da transplantação.

E só quando há consenso positivo entre dador, receptor, equipe técnica e EVA é que se procede à transplantação.

Até há 3 anos, só parentes próximos e consanguíneos podiam dar um rim a um insuficiente renal da sua família. Em Maio de 2007, a lei foi alterada, permitindo que todas as pessoas, maiores de 18 anos, se possam oferecer como dadores. A lei tornou possível a doação entre cônjuges. Deste modo, desde Fevereiro de 2008, que um número crescente de casais se têm proposto como dadores/receptores.

Em 2009 neste hospital, esse foi já o maior grupo de dadores, suplantando os casos entre irmãos ou entre pais e filhos.

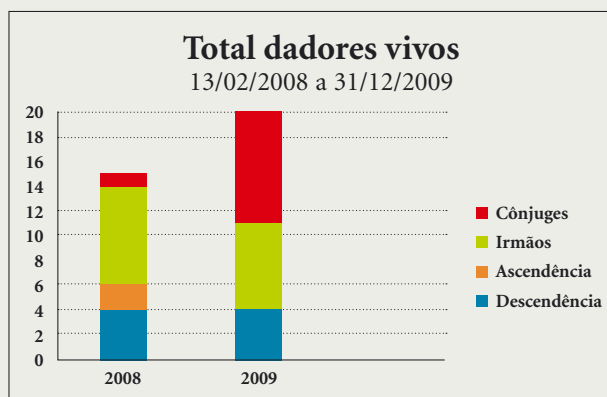
Gesto de uma enorme grandeza moral, a doação de rins tem permitido salvar e melhorar a qualidade de vida a um número importante de doentes renais.

DR. DOMINGOS MACHADO

Coordenador da Unidade de Transplantação Renal

DRA. GABRIELA PAIM

Assistente Social da
Unidade de Transplantação Renal



A propósito do Dia Mundial do Rim, o Jornal do Centro (JC) quis dar a conhecer aos seus leitores mais uma história de amor, coragem e amizade, que Pedro e Ana Paula Rodrigues contam na primeira pessoa e a quem muito agradecemos por terem aceite o nosso convite.

Pedro Rodrigues (PR) recebeu a 8 de Janeiro de 2009 um rim da sua esposa, Ana Paula Rodrigues (AP), “a luz no fundo do túnel”, tal como descreve, e que lhe veio dar novas esperanças e um novo alento à vida. Pedro Rodrigues, insuficiente renal, classificou a sua vida durante todo o processo como que o “desmoronar de tudo aos seus pés”, de uma pessoa activa e dinâmica transformou-se numa pessoa desmotivada, sem forças para o que quer que fosse. Ana Paula, esposa de Pedro Rodrigues, relembra os momentos difíceis em que teve de dividir-se entre a tristeza do seu marido e a atenção aos seus três filhos, um dos quais ainda bebé.

JC: Como encarou a sua doença?

PR: Descobri a doença numa altura em que eu não me andava a sentir bem. Consultei o meu médico de família, fiz alguns exames de urgência e a partir daí, posso dizer, que a situação foi-se degradando de dia para dia, piorando bastante quando iniciei a Hemodiálise.

Entretanto, fui encaminhado para a Clínica de Diálise da Amadora, onde me foi explicado todo o processo de Hemodiálise e iniciei o tratamento três vezes por semana. Foi das piores fases da minha vida, pois não conseguia aceitar “aquilo”. Umas vezes bem outras mal, com altos e baixos. Por vezes dava por mim sentado naquela cadeira e a pensar se era verdade, se eu realmente estava ali sentado, com aquelas agulhas, ou se não seria fruto da minha imaginação. Havia pessoas que aceitavam bem o tratamento e que não as afectava da forma como me afectava a mim. Apesar de me tentarem animar, para mim aquilo nunca deveria ter acontecido.

Deixei de trabalhar, não me sentia bem, não tinha forças, tinha dificuldade em dormir e comia muito pouco. Foi difícil.

Eu, uma pessoa normal, com uma vida activa, trabalhava, fazia tudo com gosto e de um momento para o outro tudo se desmoronou aos meus pés.

JC: Esta situação, para além de afectar o doente, afecta também os familiares mais próximos. Quer contar-nos como foi com a Ana?

AP: Foi uma fase muito complicada na nossa vida, o Pedro deixou de trabalhar, eu também estava em casa, porque tinha um bebé pequenino, as contas começaram a acumular-se, foi realmente muito complicado. Os nossos outros dois filhos também se foram muito abaixo, baixaram o rendimento na escola, andavam tristes.



Dr. João Godinho, Assistente Graduado de Cirurgia Geral (HSC), Ana Paula e Pedro Rodrigues, Dr. Domingos Machado, Coordenador da Unidade de Transplantação Renal

Mas eu sempre fui uma pessoa positiva e para além disso tivemos muito apoio, muitas pessoas a ajudar, nomeadamente o meu patrão, alguns familiares e amigos. Na área onde moramos tivemos mesmo muitos amigos.

Aliás, nós não éramos casados pela Igreja, algo com o qual eu sempre sonhei e estas pessoas prepararam-nos um casamento lindo.

PR: É verdade, conheci a Paula em 1987. Em 1989, decidimos viver juntos, entretanto nasceu a Cláudia e pensámos: “quando for o baptizado da menina casamo-nos”. O tempo foi passando e o casamento ia sendo adiado.

AP: Um grupo de amigos e os meus patrões trataram de tudo e nós conseguimos casar antes da cirurgia. Fez-se o casamento e o baptizado do Diogo.

Sempre senti falta do casamento pela Igreja. Era como se fosse meta-de casada e os meus amigos sabiam disso. Então, uns trataram de umas coisas outros de outra e fizeram-nos um casamento lindo, até tivemos direito a um carro antigo para nos levar à Igreja. O casamento realizou-se a 28 de Março de 2008. Nunca hei-de esquecer este gesto que tiveram connosco.

Até costume dizer que o transplante foi uma ajuda para que eu concretizasse o meu sonho. Para além disso, o casamento veio numa altura muito boa, deu-nos outro ânimo.

JC: Quando e como é que tomaram conhecimento de que poderiam realizar este transplante, qual a vossa reacção?

AP: Fiz uma pequena investigação na Internet, depois tivemos uma conversa com os médicos e a partir daí começou a correr tudo bem.

Fizemos os testes de compatibilidade, deu positivo e a seguir era só esperar. Ainda tivemos algum tempo à espera porque coincidiu com a morte do Dr. Pina que era o médico que nos seguia e tivemos que aguardar a sua substituição, mas o mais importante já estava decidido.

JC: Ana, a decisão foi imediata?

AP: Foi. Ele precisava, eu tinha dois rins, não custou nada. Aliás nunca hei-de esquecer o que a médica me disse na altura: “Deus deu-nos dois rins para que pudéssemos dar um” e isto teve tanta lógica, como ainda tem.

JC: Voltaria a fazer o mesmo?

AP: Voltaria sem dúvida. Sempre fui uma pessoa positiva e encarei tudo muito bem. Tinha a certeza de que tudo iria correr bem, assim como correu.

Aliás, acho que é muito importante que as pessoas encarem este processo de forma muito positiva, facilita e ajuda muito.

Não me custou mesmo nada, posso garantir que me custou mais estar afastada 8 dias do meu filhote mais pequeno do que propriamente a cirurgia.

Devo dizer que eu gostei imenso de estar neste hospital, fui muito bem atendida. As pessoas foram espectaculares.

JC: Passado um ano de se ter realizado o transplante como é que se sentem? Em que aspectos é que a vossa vida se alterou?

AP: Está tudo bem, até posso dizer que me sinto com mais forças. Trabalho numa mercearia e faço tudo. O rim não me faz falta nenhuma. Tenho uma vida perfeitamente normal, igual ou até melhor.

PR: Eu sinto-me bem, como se tivesse nascido outra vez. Estou a voltar ao normal, àquilo que era antes, cheio de força. Hoje em dia já faço alguma coisa, estamos de pé outra vez. É uma emoção não tenho palavras para descrever e só tenho de agradecer à minha mulher.

JC: Querem deixar alguma mensagem especial?

PR: Queria agradecer ao Hospital de Santa Cruz, não vou falar em nomes, porque posso esquecer-me de alguém e eu não quero. Só posso dizer bem deste hospital, porque dão-nos todo o apoio. Se me permitem gostava de deixar, aqui também, uma palavra de apreço para a Clínica de Hemodiálise da Amadora onde também fui muito bem tratado. Deixar uma palavra de afecto e encorajamento a todos os amigos que lá deixei e que continuam à espera de, tal como eu, nascer de novo.

AP: Eu também quero agradecer a todas as pessoas deste hospital, desde a Barbeira aos Médicos e Enfermeiros, toda a gente.

Quero dizer àqueles que estão a passar o mesmo que nós já passámos, que não custa nada, fica apenas uma cicatriz. Ficamos iguais ou melhores, quanto mais não seja pelo gesto que tivemos. Espero que o nosso testemunho sirva para incentivar e motivar quem ainda tem dúvidas.

Gostaríamos que houvesse mais informação, divulgação sobre este assunto, para as pessoas perderem os receios. Gostaria também de deixar aqui um agradecimento especial ao primeiro casal que foi transplantado e ao Dr. Domingos Machado que contribuíram em muito para que tudo isto fosse possível.

Se me permitem, também gostava de agradecer a todos os amigos, aos meus patrões, que estiveram sempre ao nosso lado e que nos deram todo o apoio possível. Obrigado a todos. ■

27 de Março, Dia Nacional do Dador de Sangue

Comemorando-se o dia Nacional do Dador de Sangue no dia 27 de Março, o Serviço de Medicina Transfusional associa-se a esta iniciativa, fornecendo informação ao público, relativa à dádiva de sangue.

Porquê dar sangue?

O Sangue não se fabrica artificialmente

Como é do seu conhecimento, o sangue não se fabrica artificialmente e só o Ser Humano o pode doar. Por esta razão, o sangue existente nos Serviços de Sangue depende inteiramente do gesto valiosíssimo de todos aqueles que generosamente, de forma benévola e regular, efectuem a sua dádiva de sangue.

O sangue é necessário todos os dias

Todos os dias, existem doentes com anemia, doentes que vão ser submetidos a cirurgia, doentes acidentados com hemorragias, doentes oncológicos que fazem tratamento com quimioterapia, doentes transplantados e muitos outros que necessitam de fazer tratamento com componentes sanguíneos.

Uma unidade de sangue total representa aproximadamente 450ml. Cada pessoa tem em circulação 5 a 6 litros de sangue, dependendo da superfície corporal. O sangue doado é rapidamente repostado pelo nosso organismo. A unidade de sangue, depois de colhida, vai ser separada nos seus constituintes, Glóbulos Vermelhos, Plasma, Plaquetas ou Crio-precipitado, permitindo que uma única dádiva de sangue seja rentabilizada e possa ser utilizada por vários doentes.

Não há qualquer possibilidade de contrair doenças através da dádiva de sangue, pois todo o material utilizado é estéril e descartável, usado uma única vez.

Quem pode dar?

Requisitos do Candidato a Dador de Sangue

Podem dar sangue todas as pessoas com bom estado de saúde, com hábitos de vida saudáveis, peso igual ou superior a 50kg e idade compreendida entre os 18 e os 65 anos. Para uma primeira dádiva o limite de idade é aos 60 anos.

Os homens podem dar sangue de 3 em 3 meses (4 vezes/ano), e as mulheres de 4 em 4 meses (3 vezes/ano), sem nenhum prejuízo para si próprios. Dar sangue não engorda, não enfraquece e não causa habituação.

A dádiva de sangue não deve ser efectuada em jejum. Deve ser tomada uma refeição ligeira sem álcool e sem gorduras, como por exemplo, uma sanduíche e um sumo.

Exame Médico ao dador

O candidato a dador é sempre observado pelo médico, que avalia o seu estado de saúde verificando a história clínica e os seus hábitos de vida. Sequeencialmente, o dador é submetido a um exame sumário com medição do pulso, da tensão arterial e doseamento da hemoglobina, para ver se os glóbulos vermelhos são suficientes para dar sangue sem prejuízo para a sua saúde. Se houver alguma anomalia o dador poderá ser suspenso, temporária ou definitivamente, dependendo da situação. Na entrevista médica o dador preencherá e assinará um impresso relativo ao consentimento ou esclarecimento informado, pois é importante salvaguardar a saúde do próprio dador e do doente que irá receber o seu sangue depois de separado e estudado.

Não Deve dar Sangue

As pessoas com alguns comportamentos e estilos de vida que podem ficar mais expostas a determinados agentes infecciosos, que podem comprometer a segurança da transfusão, pelo que não devem dar sangue.

Onde pode dar?

Pode dar sangue nos Centros Regionais de Sangue do Instituto Português do Sangue em Lisboa, Porto e Coimbra. O horário de atendimento de dadores no **posto fixo do Centro Regional de Sangue de Lisboa, Parque de Saúde de Lisboa, Av. do Brasil, nº53 - Pav.17, é de 2ª feira a Sábado, das 8h00 às 19h30.**

Na Região de Lisboa, também pode dar sangue nos locais onde se efectuam brigadas móveis de colheita de sangue (**no Hospital de Egas Moniz, de 2ª a 6ª feira, das 9h00 às 13h30 e aos Sábados, das 9h00 às 13h00**) e ainda nos **Serviços de Imunohemoterapia Hospitalares** com colheita a dadores (IPOFG, H. S. José, H. de Amadora-Sintra e H. Garcia de Orta).

Dúvidas

1) Para dar sangue, terei que fazer uma inscrição prévia?

Não. Para dar sangue basta aparecer quando quiser e lhe for oportuno! Considere-se convidado desde já. Este convite silencioso não é formal, é real: é-lhe dirigido por todas as crianças e adultos que carecem de sangue ou dos seus componentes.

2) O meu tipo sanguíneo será mesmo necessário?

Todo o tipo de sangue é necessário, mesmo aquele que é mais comum. Basta que se lembre que você mesmo pode precisar de sangue!

3) É permitida a venda de sangue?

Não. A venda ou comercialização do sangue está proibida por lei. Apenas poderão ser cobradas as despesas relativas ao processamento do sangue, isto é, os custos de material e exames laboratoriais necessários à preparação do sangue, para que este possa ser transfundido com a maior segurança.



4) Após a dádiva sentir-me-ei enfraquecido?

Não. Apenas lhe são colhidos cerca de 450ml de sangue. As proteínas e as células sanguíneas existentes neste volume são rapidamente repostas em circulação pelo organismo. Momentos após a dádiva de sangue, qualquer pessoa pode voltar à sua ocupação normal. Contudo, algumas actividades como por exemplo as exercidas por pilotos de avião, maquinistas de comboio e mergulhadores não devem ser exercidas nas horas seguintes à dádiva.

5) Sei que já existem muitas pessoas que dão sangue. A minha dádiva irá fazer diferença?

É verdade que já existem muitas pessoas que dão sangue, mas a procura de sangue, de componentes e derivados não pára de aumentar, graças aos progressos da ciência médica e à crescente extensão dos benefícios de uma assistência que se pretende de melhor qualidade a um número cada vez maior de pessoas. As necessidades terapêuticas dos doentes exigem cada vez mais dadores, isto é, pessoas em boas condições de saúde e com hábitos de vida saudáveis, como você.

6) Não tenho muito tempo livre. Quanto tempo terei de gastar para dar sangue?

Todo o percurso da dádiva iniciando-se na inscrição, passando pela triagem clínica, colheita e terminando na refeição, demora cerca de 30 minutos. Se por um instante pensar no bem que faz com a sua dádiva de sangue, rapidamente concluirá que a falta de tempo não é uma boa razão: verá que não está tão ocupado como julga.

7) Poderei ser recusado como dador de sangue?

Sim. Poderá ficar suspenso por múltiplas razões. Por isso é que a triagem clínica se reveste de tanta importância pois aqui o médico, ao avaliar o seu estado geral de saúde, procura salvaguardar o seu bem-estar e o do receptor.

8) Será que o meu sangue presta?

Uma amostra do seu sangue será analisada. Se for detectada alguma alteração ser-lhe-á dado conhecimento e informação sobre as medidas a tomar.

9) Poderei dar sangue apenas quando alguém próximo de mim precisar dele?

Sim. No entanto, lembre-se de que um dia pode precisar de sangue e será alguém desconhecido para si, que o ajudará. Em situações de catástrofe, geralmente, não falta o sangue. As carências reais, muitas vezes dramáticas, sentem-se no dia-a-dia dos serviços de sangue. Na verdade, algo está mal se é o doente que está à espera do sangue e não o sangue à espera do doente. ■

(adaptado da informação ao público)
Fonte: Instituto Português do Sangue;
www.ipsangue.org

DR. MANUEL S. MATOS CHAVES
Director do Serviço de Medicina Transfusional

Cirurgia de Epilepsia no Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental

No passado dia 5 de Fevereiro o Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental (CHLO) recebeu a visita da Prof^a. Doutora Maria do Céu Machado, Alta Comissária da Saúde (ACS), e do Dr. Rui Portugal, Presidente da ARSLVT, para avaliar o que tinha sido feito em 2009 no âmbito do Programa de Cirurgia de Epilepsia.

Este Programa foi lançado, ainda no Hospital de Egas Moniz (HEM), pelo Dr. Orlando Leitão em 1995. Nesse ano, foram operados os primeiros 8 doentes, e outros Centros (HUC, HSM) iniciaram também nessa altura as primeiras intervenções cirúrgicas. Rapidamente foram surgindo pedidos de muitos Hospitais para avaliações. Esses pedidos vinham também do Hospital de Dona Estefânia, e muitas crianças foram sendo avaliadas (ainda nas antigas instalações do Serviço de Neurologia) e finalmente operadas no HEM. Ao Dr. Luís Guerra e depois ao Dr. Pedro Rosado, na Neurofisiologia, e aos Drs. Pratas Vital, Hasse Ferreira e depois ao Dr. Joaquim Pedro Correia, na Neurocirurgia, juntaram-se a Dra. Inês Cunha (Psiquiatria) e o Dr. Góis Horácio (Neuropsicologia). Uma equipa progressivamente alargada a muitos dos antigos internos do Dr. Orlando Leitão, que tinham assistido às Consultas de Epilepsia durante anos, e adquirido um pensamento neurológico aprofundado, mesmo no exercício de outras especialidades, reunia-se mensalmente para discussão e decisão cirúrgica. Um esforço feito junto da Fundação Calouste Gulbenkian em 1997, e depois na ARSLVT (então dirigida pela Dra. Ana Jorge e onde trabalhava já o Dr. Rui Portugal na avaliação de programas) permitiu trazer para o HEM verbas fundamentais para renovar e adquirir equipamentos. Cresceu o número de doentes operados.

Algumas dificuldades foram surgindo nos anos a seguir, com problemas na aquisição de fundos (a monitorização pré-operatória é uma

intervenção de risco e consome muitos recursos) e a partida de muitos técnicos para outros Hospitais. A nova “economia da saúde” e a sua metodologia de pagamento de actos médicos parecia ignorar o benefício de investigar e operar os doentes, deixando arrastar situações de epilepsia não controlada, com as suas sequelas a nível académico e profissional (e, nas crianças, com a pesada “hipoteca” na área do desenvolvimento cognitivo e emocional e a temível “herança” para as famílias). Mesmo numa óptica economicista parecia melhor, paradoxalmente, fechar os olhos aos custos mensais, muito elevados, com os novos anti-epilépticos ou aos custos de envio a Centros estrangeiros (5 a 20 vezes superiores) de doentes para investigação e cirurgia.

Em 2007/2008 a Liga Portuguesa Contra a Epilepsia inicia contactos com o Ministério, dando a conhecer a motivação e competência dos Centros existentes para estas avaliações e cirurgias, e a necessidade para o País de se ver dotado de capacidade reconhecida nesta área. A Alta Comissária da Saúde (ACS) é informada dos números que revelam a pobreza de oferta de soluções cirúrgicas num

País onde devem surgir cerca de 5000 novos casos de epilepsia todos os anos (dos quais cerca de 250 virão a ser candidatos a cirurgia por serem in-tratáveis) e onde estarão 2500 doentes a aguardar uma indicação cirúrgica, muitas vezes até nem pensada pelo próprio médico que os trata.

A Dra. Ana Jorge, recém-nomeada Ministra da Saúde (que tinha, enquanto Pediatra no Hospital de Dona Estefânia, criado a Consulta de Convulsões) veio ao CHLO, num dos seus primeiros gestos oficiais, reconhecer o apoio que a Fundação Vodafone deu na monitorização à distância das crianças internadas no Serviço de Pediatria para registo prolongado vídeo-electroencefalográfico (da responsabilidade do Dr. Alberto Leal e da equipa de Técnicos de Neurofisiologia).

Em 2008 um contrato é celebrado entre a ACS, as ARS e os 4 Hospitais com Centros de Cirurgia para pagamento destas investigações e cirurgias, que, recorde-se, não são minimamente contempladas pelo actual sistema de GDH. As verbas foram disponibilizadas pela ACS através das ARS, enquanto se aguarda a inclusão deste Programa num estatuto semelhante ao já existente para



**Dr. Orlando
Leitão**



**Dr. Pedro
Cabral**



**Dr. José Carlos
Ferreira**



**Dr. Nuno
Canas**



**Dra. Clara
Romero**



**Dr. Alberto
Leal**



Visita à Unidade de Monitorização Pediátrica

a Cirurgia da Doença de Parkinson ou a Medicina dos Transplantes.

A monitorização “vídeo-eeg”, constituindo um dos passos fundamentais na tomada de decisão cirúrgica, envolve um risco significativo, uma vez que os doentes são internados, com “abstinência” parcial ou total da medicação que vêm fazendo, para terem crises epiléticas enquanto se faz o seu registo vídeo e electroencefalográfico. O tipo de crises, as suas manifestações clínicas e os seus aspectos eléctricos serão então objecto de estudo cuidadoso no sentido de delimitar a zona epileptogénica, para permitir pedir à Equipa Neurocirúrgica (Dr. José Cabral, Dra. Clara Romero, Dra. Conceição Marques) que proceda à remoção completa dessa zona sem deixar défice neurológico. Avaliação que por vezes tem de ser “invasiva”, com craniotomia para colocação de eléctrodos e risco acrescido de hemorragia ou infecção intra-craniana. É quase sempre completada com testes neuropsicológicos feitos nessa altura e tentativa de desencadear actividades “contidas” através de estimulação local. Uma equipa que exige necessariamente uma “expertise” neuroradiológica única (Dra. Constança Jordão), Psiquiatria (com experiência no seguimento de doentes

com epilepsia), Neuropsicologia, e até Medicina Nuclear (Dra. Teresa Martins, Hospital de Sta. Cruz) para tentar colaborar na localização e delimitação precisa da zona epileptogénica, já que o sinal eléctrico pode não ser suficiente para o fazer. A monitorização dos pacientes adultos é feita no Serviço de Neurologia, sob a responsabilidade directa do Dr. Nuno Canas, Neurologista e Neurofisiologista, e a das crianças é feita no Hospital de S. Francisco Xavier, dentro do Serviço de Pediatria, e que constitui neste contexto a única Unidade de Monitorização Pediátrica existente no País, oferecendo toda a segurança e conforto necessários, e vigilância neuropediátrica (Dr. José Carlos Ferreira). O Serviço de Pediatria, dirigido pelo Dr. José Guimarães, tem sido incansável, com o apoio da Dra. Eduarda Sousa, na procura de soluções para o acompanhamento dos pacientes cirúrgicos, na sua avaliação e no período post-operatório. Talvez também por isso os números não param de crescer, tendo sido em 2009 monitorizadas 66 crianças, vindas de todo o País. As duas Unidades de Monitorização estão ligadas “on-line” para permitir a um Técnico ver o que está a acontecer no outro Hospital.

Entre 1995 e 2008 foram operados 171 doentes com epilepsia em 183 procedimentos cirúrgicos (alguns doentes têm de ser operados num “primeiro tempo”, para colocação de eléctrodos intra-cranianos que permita a colheita de sinal eléctrico de forma mais directa, outros são operados mais que uma vez). Estes números são, em absoluto, dos melhores entre o que se tem feito em Portugal. Mas o aspecto mais singular (e que não terá passado despercebido à tutela) é a proporção de casos pediátricos (um terço). Dentro do empenho para diagnosticar, avaliar e intervir o mais precocemente possível (para circunscrever as sequelas inevitáveis de uma situação epilética prolongada, e da toxicidade quase sempre presente pela politerapia) a tradição “pediátrica”, do CHLO, presente desde o princípio do Programa tem vindo a afirmar-se no panorama nacional, apresentando números únicos no nosso País e superiores até a muitos Centros no exterior.

E foi isto que a visita da ACS e do Presidente da ARSLVT veio fazer: avaliar o que tinha sido feito, os resultados e as perspectivas de crescimento. Para 2009 tinham sido programadas 18 cirurgias para o CHLO. Foram operados 19 novos doentes e feitas intervenções em mais 3, num conjunto de 28 cirurgias, sendo 9 doentes pediátricos e 10 adultos, integrando um espectro etário dos 8 meses aos 61 anos; 6 doentes foram submetidos às cirurgias, mais difíceis, “em dois tempos”.

No total foram operados, desde 1995, e até ao final de 2009, 193 doentes em 211 cirurgias, sendo 71 de idade pediátrica. Números que fazem do CHLO o Centro com maior produtividade a nível nacional até hoje, efectuando todos os procedimentos exigidos a um Centro de Cirurgia de Epilepsia, e único na dimensão pediátrica. Números de que nos podemos orgulhar mas que devem constituir, para todos, um motivo para melhorar a quantidade e a qualidade da oferta, tanto em crianças como em adultos. Para continuar a merecer a confiança dos Hospitais e Centros que continuam a enviar os doentes. ■

DR. PEDRO CABRAL

Coordenador do Grupo de Cirurgia de Epilepsia

Dia 24 de Março, Dia Mundial da Tuberculose

No dia 24 de Março assina-la-se, anualmente, o Dia Mundial da Tuberculose (TB).

A tuberculose é uma doença que afecta todo o mundo, com especial incidência, o Leste Europeu, a Ásia e a África Subsariana.

Apesar de se tratar de uma doença infecciosa prevenível e tratável em que, na maioria dos casos, a detecção precoce da doença e o tratamento adequado conduz à cura da doença, estima-se que existam cerca de 1,7 milhões de mortes por tuberculose, em todo o mundo.

Existem actualmente cerca de 9 milhões de novos casos anuais de tuberculose em todo o mundo. Portugal, apresenta uma taxa média nacional de 31 casos por cada 100 mil habitantes, registando valores de incidência muito superiores à média europeia, sendo considerado um país com incidência baixa/intermédia, tendo em conta o panorama mundial.

A tuberculose é uma doença infecciosa causada pela bactéria *Mycobacterium tuberculosis* (ou bacilo de Koch), transmitida por via respiratória. Na maioria dos casos, a doença localiza-se no pulmão, mas pode atingir qualquer outro órgão.

Apenas são contagiosas as formas de tuberculose em que os bacilos são expelidos pela expectoração, sendo transmitidos às outras pessoas através da tosse ou do espirro.

Na maioria dos indivíduos saudáveis, o contacto com o bacilo da tuberculose não provoca doença, dado que as bactérias são habitualmente destruídas pelos mecanismos de defesa do pulmão. Embora os indivíduos saudáveis também possam contrair a doença, os indivíduos com depressão do sistema imunológico são os que apresentam maior risco de desenvolver a doença (crianças, idosos, fumadores, diabéticos, doentes submetidos a terapêutica imunossupressora ou doentes com infecção VIH).

Sociologicamente, a tuberculose

tem sido, ao longo da História, considerada uma doença associada à pobreza social, cultural e económica e, mais recentemente, à SIDA, à toxicodependência e à imigração. A tuberculose é, no entanto, uma doença infecciosa transversal na sociedade, que importa desmistificar, anulando o estigma associado à doença e possibilitando o tratamento precoce e adequado dos doentes.

A instituição de medidas de controlo eficazes, com detecção precoce dos novos casos e optimização do tratamento rigoroso e supervisionado até à cura, é fundamental para o controlo da doença.

Como consequência do tratamento inadequado, desenvolveu-se a maior ameaça da tuberculose na viragem do século: a multirresistência aos antibióticos, que atinge todos os países com especial incidência o Leste Europeu e a África Subsariana.

Surgem assim, formas de tuberculose multirresistentes (TB-MR) e extensivamente resistentes (TB-XDR),

definidas de acordo com o perfil de resistência aos fármacos antibacilares, que representam actualmente a maior ameaça da tuberculose à saúde pública e o maior obstáculo ao controle eficaz da doença.

O não tratamento ou o tratamento incorrecto de doentes com tuberculose multirresistente constitui uma fonte permanente de transmissão de estirpes resistentes, responsáveis por um aumento da mortalidade, pelo aumento da frequência e gravidade dos efeitos secundários relacionados com o tratamento e por um aumento significativo dos custos directos e indirectos da doença.

Em Portugal, entre 2002 e 2006, a proporção de casos de TB-MR foi de 1,9%, dos quais 22% foram de TB-XDR.

Outro dos desafios que se colocam para o controle da tuberculose, em países com incidência baixa ou intermédia da doença, como é o caso de Portugal, é a implementação e expansão do diagnóstico da tuberculose latente, sem prejuízo da prioridade do



«A tuberculose é uma doença infecciosa transversal na sociedade, que importa desmistificar, anulando o estigma associado à doença e possibilitando o tratamento precoce e adequado dos doentes»



tratamento precoce e completo dos casos de TB activa.

A tuberculose latente define-se como uma infecção por *Mycobacterium tuberculosis* em que não existem sinais ou sintomas da doença.

Para além do teste intradérmico à tuberculina (vulgo, Prova de Mantoux), novas técnicas têm surgido no mercado, permitindo a análise da resposta imunológica à infecção por *Mycobacterium tuberculosis* e reduzindo a percentagem de resultados falsos negativos (IGRA – Interferon Gamma Release Assays).

O diagnóstico e tratamento da tuberculose latente é particularmente importante nos doentes com doenças inflamatórias crónicas em vias de iniciar tratamento imunológico com anti-TNF, grupo de risco importante para o desenvolvimento de tuberculose doença.

Face à importância mundial da doença, a Organização Mundial de Saúde (OMS) declarou a tuberculose como uma emergência global, tendo criado o Plano Global Stop TB 2006-2015, com o objectivo de reduzir a mortalidade até 2015 e erradicar a doença até 2050, em todo o mundo.

Este ano – 2010 – assinala-se o ponto médio da aplicação da fase

«Toda a sociedade, em geral, e os profissionais de saúde em particular, devem estar empenhados de forma crescente, no diagnóstico e tratamento adequado da doença, afirmando a consciência de que a luta contra a tuberculose é uma missão de todos»

inicial deste plano. Têm sido feitos consideráveis avanços no controle da doença, no entanto, é necessário manter esforços nas diferentes áreas de investigação científica que conduzam a novos métodos de diagnóstico e novas formas de tratamento, mais rápidos e eficazes.

Neste sentido, a OMS lança este ano, o tema da “Inovação para acelerar a acção” na luta contra a tuberculose

com o objectivo de reconhecer e incentivar o trabalho da comunidade científica no desenvolvimento de novos métodos de diagnóstico, tratamento ou vacinas, na implementação de medidas que melhorem o acesso ao diagnóstico e tratamento eficaz da tuberculose nos diferentes países, na melhoria dos cuidados de saúde na tuberculose, na informação para a saúde e na implementação de medidas sociais e legais de protecção dos doentes.

Trata-se, portanto, de uma mensagem a aplicar nos diversos países e instituições empenhados na luta contra a tuberculose, reforçando a ideia da urgência da aplicação de medidas eficazes no controlo da doença.

A tuberculose continua a ser um problema real e actual de saúde pública. Toda a sociedade, em geral, e os profissionais de saúde em particular, devem estar empenhados de forma crescente, no diagnóstico e tratamento adequado da doença, afirmando a consciência de que a luta contra a tuberculose é uma missão de todos. ■

DRA. SANDRA ANDRÉ

Assistente Hospitalar de Pneumologia
Serviço de Pneumologia

Director de Serviço: **DR. FERNANDO NOGUEIRA**

XIII Simposium de Actualização em Nefrologia

Reunião sobre “O coração do doente insuficiente renal em diálise: perspectiva pluridisciplinar”

O Serviço de Nefrologia do Hospital de Santa Cruz – Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental tem organizado, desde há 13 anos, uma reunião anual, sobre temas relevantes para a Nefrologia clínica. Este ano abordou-se, de forma integrada, a patologia cardíaca do doente insuficiente renal em diálise, dada a relevância desta patologia na sua morbi-mortalidade. A doença cardiovascular é a maior causa de morte destes doentes, sendo dezenas de vezes superior à mortalidade cardiovascular ajustada à idade na população em geral. É fundamental que haja uma intervenção conjunta de nefrologistas e especialistas em medicina cardiovascular para reduzir esta patologia e prolongar e melhorar a vida dos doentes em diálise. Houve uma adesão entusiástica a este projecto não só por parte dos nefrologistas, mas também dos Serviços de Cardiologia e de Cirurgia Cardiorrástica.

Para além dos colegas dos três serviços do Hospital de Santa Cruz, contamos com a superlativa participação do Prof. Charles Herzog, Cardiologista de Minnesota, responsável pela análise dos dados cardiovasculares da extensa base de dados de todos os doentes hemodialisados nos USA (mais de 350.000). Durante os últimos anos, o nosso convidado publicou extensamente em todas as áreas da Cardiologia, no que se refere aos doentes insuficientes renais, tendo dado uma contribuição preciosa ao sucesso da reunião. O Prof. Herzog, para além de iniciar e finalizar a reunião com duas excelentes preleções de âmbito geral, manteve-se durante todas as apresentações dos colegas portugueses, participando nas discussões dos diversos temas, por vezes controversos.



A maioria dos aspectos relevantes sob ponto de vista cardíaco foram sequencialmente abordados, com a perspectiva da Nefrologia, da Cardiologia e da Cirurgia Cardiorrástica.

Após uma breve introdução ao tónico e boas vindas (pelos Drs. José Diogo Barata e André Weigert) e a conferência inaugural do Prof. Herzog (sobre a “Doença Cardiovascular nos doentes em diálise nos USA: dados da USRDS”), foi abordada a morte súbita no doente insuficiente renal (Dr. José Diogo Barata) e o eventual papel de cardio-desfibriladores implantados (Dr. Pedro Adragão). A avaliação não invasiva da doença coronária do doente renal em diálise foi debatida pelo Dr. António Ventosa (cintigrafia de perfusão miocárdica) e pela Dra. Maria João Andrade (eco de stress). Depois, a avaliação invasiva e a intervenção percutânea foi exposta pelo Dr. Manuel Almeida, sendo a revascularização cirúrgica abordada pelo Dr. Queiroz e Melo, com foco na revascularização sem circulação extracorporal. A patologia valvular foi depois analisada com preleções pela Dra. Teresa Adragão e pela Dra. Re-

gina Ribeiras. Aspectos complementares da abordagem cirúrgica foram expostos pelo Dr. Miguel Abecassis e Dr. José Pedro Neves, com foco nas controvérsias existentes. Finalmente, foi abordado o problema da insuficiência cardíaca no doente em diálise, sob o ponto de vista do cardiologista (Dr. Carlos Aguiar) e nefrologista (Dr. André Weigert). O Prof. Herzog concluiu a jornada cardio-renal com as perspectivas futuras nessa área.

A reunião foi, tal como nos anos anteriores, tornada possível devido a um apoio da empresa farmacêutica Genzyme, que, porém, não teve qualquer intervenção na elaboração dos conteúdos. Contou com um elevado número de participantes dos diversos serviços do nosso hospital e de numerosos nefrologistas, cardiologistas e internos de especialidade de Nefrologia e Cardiologia de todo o país, incluindo colegas da Madeira e dos Açores. ■

PROF. DOUTOR ANDRÉ WEIGERT
Assistente Graduado de Nefrologia
Serviço de Nefrologia

Director de Serviço: **DR. JOSÉ DIOGO BARATA**

14 de Março, Dia Mundial da Incontinência Urinária

A incontinência urinária define-se como sendo a perda involuntária de urina. Pode ser causada por várias doenças, tais como, a diabetes, a doença de Parkinson, a esclerose múltipla, por cirurgias, pelo parto ou traumatismos pélvicos.

Existem vários tipos, mas os principais são a incontinência urinária de esforço, a incontinência de urgência e a incontinência mista combinação das duas anteriores.

A incontinência de urgência é causada pela chamada bexiga hiperactiva e traduz-se numa vontade imperiosa de urinar que pode ou não ser desencadeada por tarefas como lavar as mãos em água fria, ouvir a água a correr, tomar banho ou meter a chave na fechadura da porta.

A incontinência de esforço que é mais frequente e predomina nas mulheres está associada a manobras que aumentam a pressão intra-abdominal como a tosse, os espirros, o riso, pegar em pesos, sentar ou levantar.

Diversos factores como a gravidez, o parto e cirurgias pélvicas podem lesar ou enfraquecer os músculos do pavimento pélvico que suportam a bexiga, colo vesical e uretra desviando estes da sua posição anatómica. Em situações em que há aumento da pressão e porque a uretra pode ter hiper mobilidade vai haver perda de urina e incontinência urinária de esforço. A par desta situação o próprio esfíncter uretral pode também estar incompetente. É a chamada deficiência intrínseca do esfíncter. As duas alterações podem coexistir. No homem a incontinência urinária é provocada por cirurgia prostática de doenças da próstata ou por traumatismos da uretra.

A incontinência urinária pode ser tratada ou melhorada. Existem vários tipos de tratamento como o comportamental, medicamentoso, colocação de dispositivos na mulher e tratamento cirúrgico.



O treino vesical através do adiamento da micção aquando da sensação de urgência, a micção com horário (urinar a uma hora certa), os exercícios para fortalecer os músculos do pavimento pélvico ou o controlo da qualidade e quantidade de líquidos que se ingerem são algumas das medidas comportamentais que se podem adoptar no sentido de resolver o problema.

No que respeita ao tratamento medicamentoso, ele é basicamente dirigido à incontinência de urgência. Têm aqui grande relevo os anticolinérgicos que além de terem alguns efeitos secundários desagradáveis para os doentes, não são comparticipados pelo SNS. Quanto aos dispositivos, temos os pessários que são pequenos aparelhos que se colocam na vagina bloqueando a uretra e impedindo a saída da urina.

Mas é através do tratamento cirúrgico que se obtêm os melhores resultados no tratamento da incontinência urinária de esforço com cirurgias cada vez mais simples.

A técnica cirúrgica mais praticada em todo o mundo é os *slings*. Trata-se de uma cirurgia que demora pouco mais de 10 minutos e que pode ser realizada com uma pequena sedo-analgesia. Coloca-se uma rede de polipropileno por baixo da uretra que não necessita de suturas e que dada a sua constituição fica ancorada nos tecidos. Serve para que quando haja um esforço a uretra com a sua hiper mobilidade seja comprimida contra a rede e fique bloqueada impedindo assim a urina de sair. A taxa de sucesso desta cirurgia anda na ordem dos 87%. No homem esta técnica é relativamente recente e os resultados positivos são inferiores aos da mulher.

A incontinência urinária por *deficit* intrínseco do esfíncter é tratada com substâncias que se injectam à volta da uretra mas os resultados são maus e temporários. Nos casos piores coloca-se o esfíncter artificial com bons resultados embora seja caro. ■

DR. RUI NOGUEIRA
Serviço de Urologia

Director: DR. HELDER MONTEIRO

Homenagem ao Dr. António Gargaté Director do Serviço de Imagiologia de 1987 a 2003

No passado dia 8 de Fevereiro foi prestada homenagem ao Dr. António Gargaté, Director do Serviço de Imagiologia do Hospital de São Francisco Xavier (HSFX) de 1987 a 2003. A placa foi descerrada pelo próprio filho do homenageado, Dr. Luis Gargaté, médico radiologista do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, na presença de familiares, do Conselho de Administração e de vários profissionais desta unidade hospitalar que se associaram a este acto de homenagem.



Nomeações

O Conselho de Administração deliberou:

- Em sessão realizada em 28/01/2010 nomear a Enfermeira Natália Maria Gonçalves, para desempenhar funções de Chefia nos Serviços de Hemodinâmica, Unidade de Cuidados Pós Anestésicos, Unidade de Cirurgia do Ambulatório e Serviço de Imagiologia do Hospital de Santa Cruz, com efeitos a partir de 25/01/2010;
- A 18/02/2010 nomear para o Plano de Emergência Interno do Hospital de São Francisco Xavier os seguintes elementos: Dra. Rita Perez (Directora do Plano) e Eng. Rogério Santos (Responsável de Intervenção do Plano);
- Ainda nesta data foi nomeada a Comissão de Gestão de Risco do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, composta pelos seguintes elementos: Dra. Maria Conceição Furstenau (que coordena), Prof. Doutor João Gamelas, Dr. Luís Féria, Dra. Erica Viegas, Dr. Fernando Cirurgião, Dr. José Manuel Correia e Enf.ª Mafalda Coimbra.

Exposição de Oftalmologia

Está patente, na entrada principal do edifício das Consultas Externas do Hospital de Egas Moniz, uma exposição da iniciativa do Serviço de Oftalmologia do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental.





CHLO participa na Campanha “Tabuleiro Solidário”

A campanha do “Tabuleiro Solidário” decorreu durante o mês de Dezembro nos nossos refeitórios, pela primeira vez num hospital.

Tinha como objectivo diminuir a quantidade de resíduos que resultam das nossas refeições, uma vez que, em média, cada um de nós produz cerca de 1,5kg de resíduos/dia e cerca de 300grs por refeição.

Aplicando este conceito, cada funcionário solicitava no refeitório uma quantidade de alimentos que julgava consumir na sua totalidade, contribuindo, depois, com uma senha para o Banco Alimentar.



Nesta campanha, conseguimos uma taxa de eficácia de cerca de 70%, o que se traduziu numa oferta de cerca de 445kg de alimentos. Este valor foi acrescido até aos 1000kg por esta parceria Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental/ITAU e entregue no Banco Alimentar.

A entrega foi efectuada pelo Sr. Professor Pedro Abecasis, Presidente do Conselho de Administração, e pelo Dr. João Simões, Administrador do ITAU, à Sra. Dra. Isabel Jonet, Responsável pelo Banco Alimentar.

O Banco Alimentar da região de Lisboa faz parte da Federação Portuguesa de Bancos Alimentares e alimenta 65.000 pessoas/dia. Tem como objectivo a luta contra o desperdício de produtos alimentares, canalizando-os para as pessoas carenciadas. Realiza um trabalho, essencialmente, com instituições que por sua vez efectuem o acompanhamento directo às famílias. Sobrevive com a ajuda de empresas que doam essencialmente excedentes de produção ou alimentos que se aproximam da data de validade e funciona com o auxílio de muitos voluntários, quer na distribuição quer na área técnica.

O Banco Alimentar, na pessoa da Dra. Isabel Jonet, agradeceu a oferta, bem como a campanha de sensibilização.

DRA. AUGUSTA FERNANDES
Directora dos Serviços de Gestão Hoteleira

I Congresso do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental

O Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental (CHLO) vai organizar o seu I Congresso nos dias 6 e 7 de Maio de 2010, a realizar no Centro de Congressos de Lisboa, com os objectivos principais de:

- Divulgar avanços tecnológicos no diagnóstico e terapêutica que temos implantados;
- Discutir temas médicos de relevância actual que nos ligam ao ambatório.

Os temas abordados serão:

- Inovações no Diagnóstico/Terapêutica;
- Pandemia de Gripe: as Lições para o Futuro;
- Obesidade;
- Actualidades em Rastreamentos;
- Problemas do Idoso: Novas Respostas;
- O Hospital e a Comunidade: Referenciação.

O Congresso destina-se aos médicos e enfermeiros dos diversos serviços do CHLO e a especialistas de Medicina Geral e Familiar.



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

JORNADAS E CONGRESSOS

8 a 9 de Março de 2010

**II FÓRUM NACIONAL DE SAÚDE
– PARA UM FUTURO COM SAÚDE****Organização:** Alto Comissariado da Saúde**Local:** Centro de Congressos de Lisboa**Informações:**

Tel.: 21 330 50 00

Email: acs@acs.min-saude.pt

www.acs.min-saude.pt

16 a 17 de Abril de 2010

**9ª REUNIÃO PEDIÁTRICA DO
HOSPITAL DE SÃO FRANCISCO XAVIER****Organização:** Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental e

Associação Pediátrica de São Francisco Xavier

Local: Hotel Vila Galé, Lisboa**Informações:**

Tel.: 21 0431441 / 21 3246880

E-mail: dspediatria@chlo.min-saude.pt

18 e 19 de Março de 2010

**SIMPÓSIO (CON)VIVER
COM A MORTE****Organização:** Hospitais Universitários de Coimbra**Local:** Auditório dos HUC**Informações:**

Tel.: 239 400 467

Email: saer.huc@gmail.com

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

Março de 2010

**INTEGRAÇÃO DE ASSISTENTES
OPERACIONAIS****Destinatários:** Assistentes Operacionais**ALTERAÇÕES LEGISLATIVAS NO
CONTEXTO LABORAL****Destinatários:** Encarregados Serv. Hoteleiros**LEITURA DE TRAÇADOS CARDÍACOS
VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA
VIA VERDE AVC****Destinatários:** Enfermeiros**INTRODUÇÃO AO TRANSPORTE
DE CRIANÇAS EM AUTOMÓVEL****Destinatários:** Enfermeiros/
Fisioterapeutas**PREVENÇÃO E CONTROLO
DE INFECÇÃO****SUPORTE BÁSICO DE VIDA****Destinatários:** Enfermeiros/Médicos/
Técnicos**VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA
(INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA)****Destinatários:** Médicos/Fisioterapeutas**EXCEL – AVANÇADO
GESTÃO DE CONFLITOS
GESTÃO DO STRESS****Destinatários:** MultiprofissionalNúcleo de Formação HEM – 2032
Núcleo de Formação HSC – 3308
Núcleo de Formação HSFX – 1028

18 de Março de 2010

**SIMPÓSIO INTERNACIONAL
SÍNDROME DE EXAUSTÃO
DE BURNOUT****Organização:** Ordem dos Médicos**Local:** Fundação Calouste Gulbenkian**Informações:**

Tel.: 218 427 100

Email: simposio@omsul.pt

9 de Abril de 2010

**5º SEMINÁRIO “VOLUNTARIADO
EM SAÚDE”****Organização:** Associação Voluntariado e Acção Social do Entroncamento**Local:** Auditório da Freguesia de N. Sra. Fátima**Informações:**

Tel.: 249 728 338

Email: blv.entroncamento@gmail.com
blv-entroncamento.blog.com