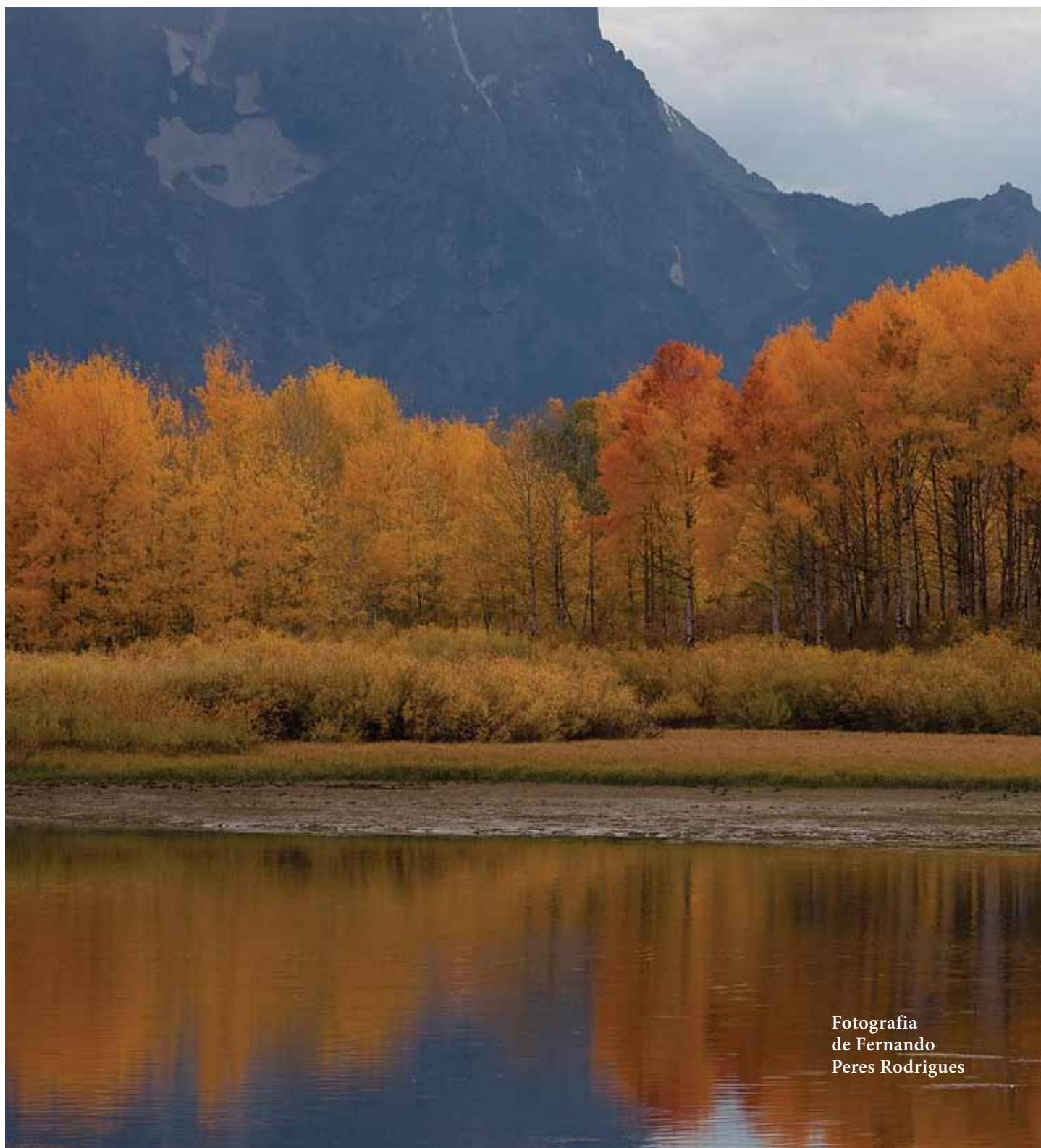




CENTRO HOSPITALAR DE
LISBOA OCIDENTAL, E.P.E.

Jornal do Centro



Fotografia
de Fernando
Peres Rodrigues

Programa Recross
Um Marco na Medicina
Cardiovascular em Portugal

Prevenção
da Obesidade
Infantil

15 de Setembro
Dia Europeu das
Doenças da Próstata

Telefones úteis

Índice

- 3 Editorial
- 4 Prevenção da Obesidade Infantil
- 6 Dia Europeu das Doenças da Próstata
- 8 Programa Recross Um Marco na Medicina Cardiovascular em Portugal
- 10 Mesoterapia
- 12 Consulta de Trombose e Hemostase
- 13 Fotografias de Fernando Peres Rodrigues
- 14 Jornal do Centro sugere Museu da Electricidade
- 15 Breves
- 16 Agenda do Centro

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



Pedro Abecasis

Presidente do Conselho de Administração



Aprender Sempre

«*Eu não sei: as três palavras mais importantes na aprendizagem*»

(título de editorial do *British Medical Journal*)

Actualmente considera-se essencial em qualquer empresa a existência de programas de formação ou de aprendizagem contínua. Com maioria de razão estes programas deverão existir num hospital cuja missão é cuidar e tratar a pessoa doente.

Num hospital tudo deve normalmente funcionar sem falhas e, dada a evolução dos conhecimentos na área da saúde, é de esperar que quem não se actualize em breve se sinta ultrapassado ou desajustado no meio em que se encontra. Por outro lado sem uma grande atenção à revisão regular de atitudes perante situações menos frequentes na prática diária, quando estas surgirem os comportamentos poderão não ser os mais adequados, ou não ser postos em prática com a rapidez necessária.

Esta formação deverá envolver todos os grupos profissionais. Deverá ser constante ao longo de toda a carreira permitindo que a prática profissional se mantenha permanentemente actualizada. De um modo ou de outro deve fazer parte das motivações de cada profissional. Os seus componentes podem ser teóricos ou práticos e deverão estar profundamente ligados às actividades que são exercidas no dia-a-dia.

Para acompanhar e proporcionar as necessárias acções de formação existe no Centro Hospitalar, integrado no Serviço de Pessoal, um Centro de Formação. Este Centro anualmente prepara um vasto programa com actividades de natureza diversa e dirigidas aos vários grupos profissionais. Este ano de 2010, foram programados e têm sido postos regularmente em execução, 157 cursos que se prevêem ser frequentados por cerca de 2.600 profissionais.

Há que contar ainda com os dias em que, em cada ano, se concede dispensa do serviço para a frequência de acções de formação e que permitem, sendo bem aproveitados, para além da revisão e actualização, o diálogo e confronto inter-pares da nossa actividade.

As reuniões e outras actividades promovidas nos serviços são um elemento muito importante em que a formação se desenvolve regularmente e de um modo menos formal.

Finalmente a auto-aprendizagem, obrigatória por exemplo para a classe médica (a leitura diária de revistas científicas, a consulta de tratados), mas também altamente recomendável para todos os outros grupos profissionais.

A procura do conhecimento é louvável em si mesma. E isto não se aplica só aos nossos profissionais, nem só à saúde, mas a todos e a tudo. Deverá ser a consequência natural da nossa curiosidade perante a complexidade e riqueza do mundo que nos cerca. ■

Prevenção da Obesidade Infantil

O crescimento é um importante indicador de saúde e bem-estar nas crianças e adolescentes. O desenvolvimento do corpo humano é um processo complexo e não linear, com diferentes velocidades durante as várias fases da vida, sendo o período mais vulnerável os primeiros anos (até 5-6 anos). A modificação do crescimento na criança deve-se ao desenvolvimento muscular-esquelético, mas também ao aumento da adiposidade sofrendo influência de determinantes biológicos: constituição genética, sexo, meio intra-uterino, estrutura dos pais e factores ambientais.

É consensual que a obesidade infantil está a aumentar de forma significativa e que determina várias complicações na infância e na idade adulta. Alguns estudos sugerem que o tempo de duração da obesidade está directamente associado a morbimortalidade por doenças cardiovasculares. Estima-se que a obesidade infantil tenha aumentado entre 10-40% na maioria dos Países Europeus. Ocorre mais frequentemente no primeiro ano de vida e idade pré-escolar (5-6 anos).

Na infância o tratamento pode ser mais difícil do que na idade adulta, pois está relacionado com alterações de hábitos alimentares e disponibilidade dos pais, além de uma falta de entendimento da criança quanto aos perigos da obesidade.

Este aumento da obesidade está estritamente relacionado com mudanças do estilo de vida (outros tipos de brincadeiras, tempo de exposição à televisão e a jogos de computador, maior dificuldade em brincar na rua pela falta de segurança) e com hábitos alimentares (maior apelo comercial pelos produtos ricos em hidratos de carbono simples, gorduras e calorias), maior facilidade de fazer preparações ricas em gorduras e calorias e menor custo dos produtos de pastelaria). Um outro aspecto que se tem discutido é a contribuição do aumento das porções dos alimentos servidos em restaurantes, pastelarias e supermercados.



«É consensual que a obesidade infantil está a aumentar de forma significativa e que determina várias complicações na infância e na idade adulta»



«A obesidade origina-se no desequilíbrio entre ingestão alimentar e gasto calórico, devendo ser tratada com orientação alimentar, especialmente mudanças de hábitos e optimização da actividade física»

A obesidade origina-se no desequilíbrio entre ingestão alimentar e gasto calórico, devendo ser tratada com orientação alimentar, especialmente mudanças de hábitos e optimização da actividade física.

É essencial que sejam avaliadas a disponibilidade de alimentos, as preferências e recusa de alimentos (verduras e sopas) e preparações habitualmente consumidas, o local onde são feitas as refeições, quem as prepara e administra, as actividades habituais da criança, a ingestão de líquidos (sumos e refrigerantes) às refeições e o fraccionamento alimentar. Deve ter-se em atenção certos aspectos sociais, nomeadamente tabus e crenças alimentares.

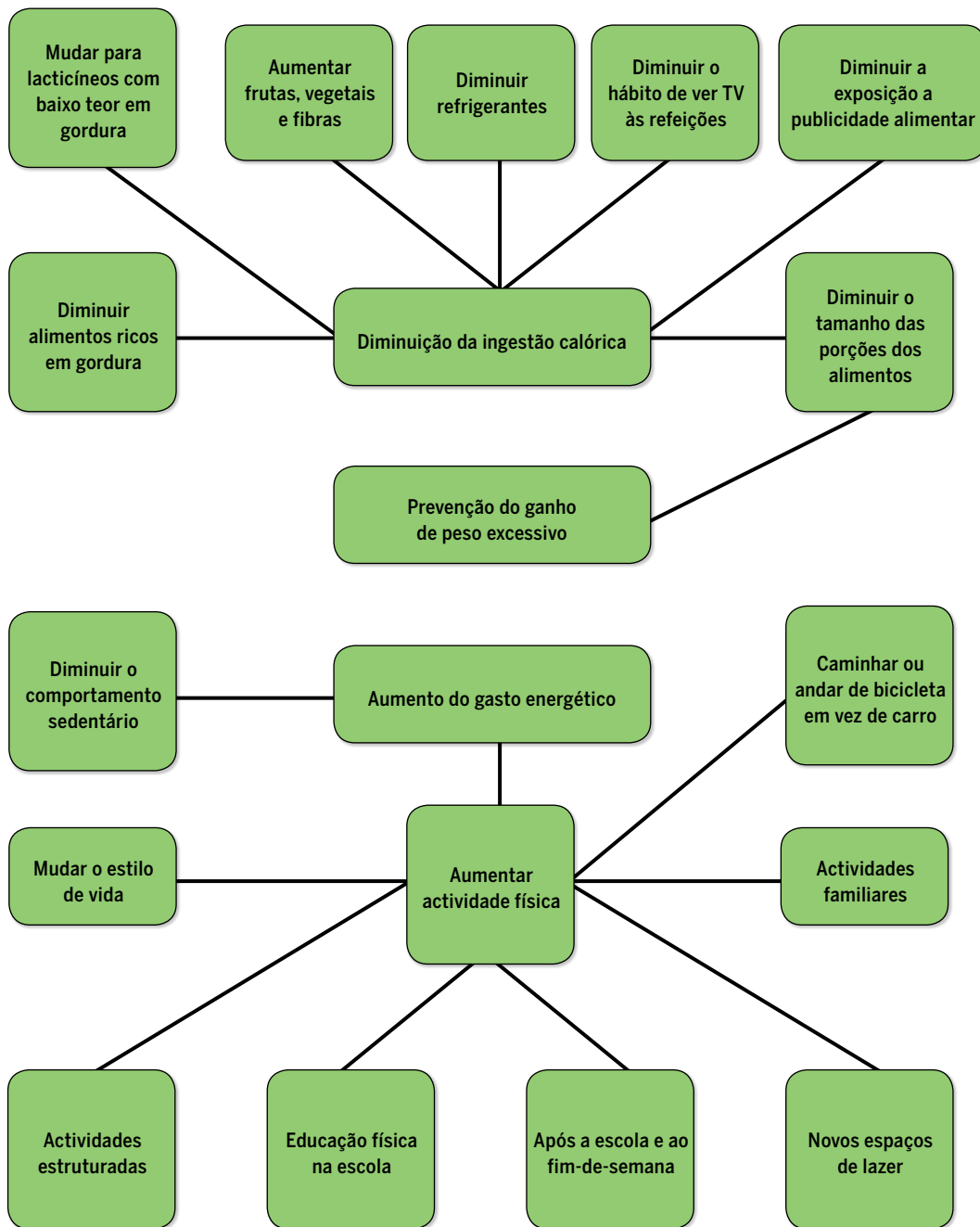
Diminuir o consumo de alimentos e preparações hipercalóricas já é suficiente para a redução de peso.

É fundamental o padrão alimentar e hábitos dos pais. As crianças e adolescentes tendem a imitar os padrões paternos. Se estes não forem modificados ou trabalhados em conjunto, é previsível um insucesso do tratamento. A obesidade infantil é uma questão de “Família”.

Identificar pacientes em risco através da história familiar, encorajar o aleitamento materno, orientar pais e educadores a promover padrões alimentares saudáveis oferecendo lanches nutritivos (leite, fruta e cereais sem açúcar), encorajar a autonomia das crianças no controlo da sua ingestão alimentar, estabelecer limites apropriados nas escolhas, promover rotineiramente actividade física, determinar limite no tempo de televisão e vídeo (*screen-time*) para um máximo de duas horas por dia.

Acreditando no princípio de que para algo se tornar um hábito deve ser trabalhado desde cedo, devemos oferecer às crianças um regime equilibrado (teor de hidratos de carbono, gorduras, proteínas e valor calórico) de acordo com as necessidades e idade das crianças, e motivá-las a dedicarem-se a uma actividade física que lhes dê prazer, evitando o sedentarismo.

A maioria das recomendações deve ser seguida por toda a família, sendo os indivíduos obesos ou não.



Como os programas de intervenção ainda têm pouco consenso, a prevenção continua a ser o melhor caminho.

A escola é um local privilegiado onde esse trabalho de prevenção pode ser realizado, pois as crianças passam lá cerca de 8-10 horas, fazem uma ou duas refeições, possibilitando um trabalho de educação nutricional. Estes aspectos permitem todo um programa de educação e incentivo à prática de atividade física. A merenda escolar (leite, fruta, cereais sem açúcar), deve atender às necessidades nutricionais das

crianças em quantidade e qualidade e ser um agente formador de hábitos saudáveis.

Adoptar medidas legislativas (como controlo da publicidade de alimentos não saudáveis - *junk-food*, especialmente dirigido ao público infantil) e tributárias (isentando alimentos saudáveis e taxando os preços dos não saudáveis). ■

DRA. CLOTILDE LIMBERT
Serviço de Endocrinologia

BIBLIOGRAFIA

Direcção-Geral da Saúde (Circular Normativa Nº05/DSMIA). Consultas de vigilância de saúde infantil e juvenil - Actualização das curvas de crescimento 2005; Jelliffe DB, Jelliffe EF. Community Nutritional Assessment. Oxford University Press; 1989; Eveleth PB. Population differences in growth-environmental and genetic factors. "In": Falkner F, Tanner JM. Human Growth - a comprehensive treatise. 2nd edition. New York: Plenum Publishing Corporation Press; 1986. Vol 3:221-239; Diet WH. The Obesity epidemic in Young Children. BMJ 2001; 322(7282): 313-4; Ebbeling CB, Pawlack DB, Ludwig DS. Childhood Obesity: Public-Health Crisis, Common Sense. Lancet 2002; 360(9331): 473-82; Monteiro CA, Conde WL, Pophin BM. Is Obesity Replacing or Adding to Undernutrition? Evidence from Different Social Class in Brazil. Public Health Nutr. 2002; 5 (1A): 105-12; American Academy of Pediatrics Obesity in Children. Pediatric Nutrition. Illinois: AAP; 1998. p 423-58; Willian CL, Gulli MT, Deckerbaun RJ. Prevention and Treatment of Childhood Obesity. Curr Atheroscer Rep. 2001; 3 (6): 486-97.

15 de Setembro

Dia Europeu das Doenças da Próstata

A medida que assistimos ao envelhecimento da população, especialmente nas últimas décadas, tem sido dado destaque às doenças cuja prevalência aumenta com a idade. No sexo masculino, a próstata tem sido um dos órgãos cuja patologia capta mais atenção, tanto da parte da comunidade médica, como da comunicação social e inevitavelmente do público. Com o duplo propósito de alertar e esclarecer, a Associação Europeia de Urologia tem vindo a promover anualmente, desde 2005, o Dia Europeu das Doenças da Próstata, no dia 15 de Setembro, em colaboração com as associações de cada país. Este ano a Associação Portuguesa de Urologia promoveu acções de informação sobre estes temas ao longo de toda a semana de 13-19 de Setembro, a Semana Europeia das Doenças da Próstata – esta campanha teve lugar em tendas instaladas em lugares públicos em Lisboa, Faro, Coimbra e Porto (www.apurologia.pt).

Embora o principal chamariz seja o diagnóstico precoce dos tumores da próstata, é preciso não esquecer que esta não é a doença prostática mais frequente mas sim a hiperplasia benigna da próstata. Na verdade, porque os grupos etários afectados são semelhantes e porque ambas as doenças são por vezes tratadas cirurgicamente, alguma confusão existe entre elas e não é infrequente que os doentes se refiram à próstata como uma doença!

Para além do palavrão “cancro” cujo impacto é enorme, o adenocarcinoma prostático (tumor da próstata) reúne as principais características que trazem qualquer doença para a ribalta. Primeiro, é uma doença frequente, com 1 em cada 6 homens a desenvolver a doença durante a vida. Segundo, embora tendo uma mortalidade específica baixa, apenas 1 em cada 8 casos diagnosticados morre da doença, o mesmo facto de ser uma doença frequente amplifica este número até se tornar na segunda causa mais frequente de morte por tumor.

Terceiro, existe forma de diagnosticar a doença precocemente, em fase potencialmente curável. Quarto, as desvantagens dos tratamentos incidem particularmente sobre a saúde sexual. Quinto, dado o aumento da frequência da doença com o progredir da idade, todos estes problemas são mais prementes em sociedades industrializadas com populações cada vez mais envelhecidas.

Na verdade, o tumor da próstata é um verdadeiro problema de saúde pública – é o tumor maligno mais frequentemente diagnosticado no sexo masculino. Mas é um problema bocado... A utilização maciça do PSA para diagnóstico precoce não só permitiu a capacidade de diagnosticar a doença cedo na sua história natural (tão desejado) mas também despoletou uma verdadeira explosão no número de casos diagnosticados, e a conjugação destes dois factores é responsável pelo diagnóstico de um número importante de tumores cujo verdadeiro impacto na saúde e na sobrevivência do doente é muito difícil de avaliar – veja-se que o PSA é utilizado na prática clínica desde há 30 anos mas só na última década se demonstrou o verdadeiro benefício no tratamento da doença localizada com prostatectomia radical. Assim, temos que aceitar que é possível andarmos a diagnosticar cancros a mais e a tratar cancros a mais e que estes conceitos têm de ser incluídos na avaliação da utilidade de programas de rastreio.

«No sexo masculino, a próstata tem sido um dos órgãos cuja patologia capta mais atenção, tanto da parte da comunidade médica, como da comunicação social e inevitavelmente do público»

Até recentemente, os estudos sobre rastreios de tumor da próstata eram bastante imperfeitos e não permitiam concluir se ofereciam vantagens inegáveis à população. Novos dados resultantes de estudos de grandes dimensões têm demonstrado reduções no risco de morte pela doença que podem atingir os 20%, mas que o benefício apenas se verifica no grupo etário de 55-70 anos e à custa de um aumento importante do sobre-diagnóstico – o diagnóstico daqueles casos que nunca viriam a causar manifestações clínicas durante a vida do doente, nem viriam a ser fatais. Este sobre-diagnóstico, como é fácil de prever e até já foi demonstrado, vai conduzir ao sobretratamento, porque 90% dos tumores serão então diagnosticados em fase localizada e, destes, 90% são actualmente submetidos a alguma forma de tratamento. Se o benefício começa a ser difícil de ver, o prejuízo é mais fácil: o doente diagnosticado e tratado passará a ser um “sobrevivente ao cancro” mas a sofrer da “psicose do cancro” mas também da morbilidade dos tratamentos, e não esqueçamos, por exemplo, que o impacto da incontinência urinária na qualidade de vida dos doentes é avaliado como equivalente ao de um acidente vascular cerebral. Rastrear quase 1500 homens para diagnosticar aproximadamente 50 doentes, numa primeira análise nem parece mau, mas ter que tratar todos estes para salvar apenas uma vida é um resultado insuficiente para recomendar a criação de programas destinados a todos os homens adultos. Do ponto de vista prático, uma avaliação com toque rectal e PSA aos 45 anos poderá servir de base para a definição da estratégia a adoptar em cada caso; se o PSA for inferior a 1ng/ml, o sujeito pode dispensar novos testes laboratoriais durante 8 anos, período em que será apenas avaliado anualmente com toque rectal. Homens com história familiar de neoplasia prostática diagnosticada antes dos 60 anos devem ser



«Corte de peça de prostatectomia radical em que se vê na linha média e em baixo a uretra, para cima e a cada lado a volumosa zona transicional de forma arredondada onde proliferam os nódulos de hiperplasia benigna, e em baixo a zona periférica em forma de crescente onde surge a enorme maioria dos cancros»

avaliados anualmente a partir dos 40 anos com toque rectal e PSA. Todos os outros que se manifestem preocupados com o risco de adenocarcinoma prostático devem procurar informar-se junto do seu médico acerca de benefícios e prejuízos do rastreio individual.

Quanto à hiperplasia benigna da próstata, há que começar por esclarecer que o crescimento da próstata faz parte do normal envelhecimento do homem. Contudo, há casos em que esse aumento de volume da próstata pode resultar em obstrução da uretra; mais, uma obstrução significativa pode ser causada mesmo por pequenos aumentos, enquanto que algumas próstatas bastante grandes não condicionam qualquer dificuldade ao esvaziamento da bexiga. Dois factores são então essenciais na avaliação de um doente com manifestações clínicas sugestivas de hiperplasia benigna da próstata: primeiro, a intensidade dos sintomas e o incómodo que trazem ao doente; segundo, a ocorrência de complicações da obstrução pela próstata, que implicam a instituição de medidas terapêuticas mais rapidamente eficazes. Uma vez feita a caracterização da doença, há que considerar

se o doente beneficia de tratamento e que tipo de opções existem para considerar. Doentes pouco incomodados com queixas pouco intensas podem melhorar só com medidas que evitem situações de agravamento dos sintomas, mas devem ser informados que habitualmente esta doença progride lentamente ao longo do tempo. Doentes com queixas importantes podem beneficiar de ser tratados com fármacos que reduzam a consistência da próstata ou que reduzam o volume da glândula – ou uma combinação de fármacos de ambas as famílias. Doentes com sintomatologia grave sem resposta aos fármacos ou que já apresentem complicações (insuficiência renal, hematúria, infecções recorrentes, litíase vesical ou outras) devem ser considerados para tratamento cirúrgico. Há que esclarecer ao doente que o facto de ser operado à hiperplasia benigna da próstata não o isenta do risco de vir a desenvolver um tumor da próstata – a hiperplasia desenvolve-se a partir da região mais interior da próstata (removida durante a adenomectomia prostática ou a RTUP) mas os tumores surgem na região periférica que permanece intacta nestas técnicas. Nova diferença em relação ao cancro,

as complicações das cirurgias para HBP têm taxas de disfunção eréctil e de incontinência urinária significativamente mais reduzidas. Para baralhar um pouco, a hiperplasia benigna habitualmente causa pequenos aumentos de PSA de uma forma proporcional ao volume de tecido prostático, em níveis semelhantes aos da maioria dos casos de tumor localizado.

As infecções serão talvez o parente pobre das doenças da próstata aos olhos do público, mas aquele que já passou por uma prostatite aguda dificilmente esquecerá o episódio – febre alta e calafrios, dor na região pélvica e dificuldade em urinar que pode chegar a ser absoluta fazem parte de um cortejo de manifestações clínicas com alguma espectacularidade. O ponto fulcral do tratamento é uma cuidadosa definição de um esquema antibiótico, uma vez que a próstata apresenta algumas particularidades que a tornam difícil de esterilizar. Assim, devem ser preferidos antibióticos que consigam penetrar eficazmente na próstata (boa excreção em forma activa na urina e capacidade de atravessar barreiras aniónicas), como as quinolonas ou o cotrimoxazol, e o esquema deve ter uma duração mínima de três ou quatro semanas, respectivamente.

É de notar que a maioria das prostatites não são quadros agudos exuberantes, podendo mesmo ser muito pouco sintomáticas, o que torna o diagnóstico muito mais difícil. Outra peculiaridade deste tipo de doença é que pode condicionar aumentos impressionantes e rápidos de PSA, que volta a descer para próximo do valor basal depois de tratada a infecção.

São estas e algumas outras mensagens que se pretendem transmitir aos doentes (e aos saudáveis) de uma forma simples, cuidadosa e sobretudo eficaz durante a Semana Europeia das Doenças da Próstata, nunca esquecendo que uma boa parte destes homens passa pelas mãos dos prestadores de cuidados de saúde primários que também devem estar actualizados sobre as doenças da próstata. ■

DR. PEDRO MONTEIRO
Serviço de Urologia

Director do Serviço: DR. HELDER MONTEIRO

Programa RECROSS

Um Marco na Medicina Cardiovascular em Portugal

Desde o passado mês de Agosto de 2010 o Hospital de Santa Cruz passou a disponibilizar um **programa de terapêutica regenerativa cardiovascular** baseado no **transplante autólogo de células precursoras** (também conhecidas como “células estaminais”) extraídas da medula óssea. O projecto, denominado **RECROSS – REgenerative and Cell Therapy PROgram Of Santa Cruz Hospital** – é pioneiro em Portugal e resultou de um trabalho de parceria entre a Unidade de Intervenção Cardiovascular (UNICARV) do Serviço de Cardiologia e o Serviço de Medicina Transfusional.

Apesar do uso crescente da reperfusão – componente fundamental do tratamento do enfarte durante a sua fase aguda - e do uso de um conjunto de medidas farmacológicas e não-farmacológicas com reconhecidos benefícios na prevenção secundária e na mitigação das consequências do enfarte na função cardíaca, muitos são os doentes com disfunção ventricular residual significativa, mercê, em grande parte, de uma reparação insuficiente e do estabelecimento de uma cicatriz sem tecido funcional (fundamentalmente vasos sanguíneos e miocárdio). É neste contexto que se integram os conceitos da medicina regenerativa. Todos os tecidos têm algum potencial de *regeneração natural* que é muito variável de tecido para tecido e mais ainda de indivíduo para indivíduo e o coração não é, naturalmente, excepção a esta regra. Durante e após a agressão do enfarte, uma série de mecanismos são activados e que promovem o recrutamento de células mais imaturas e indiferenciadas, bem como a produção de substâncias que facilitam a sua fixação no coração lesado. Contudo, este processo é na maioria das vezes insuficiente, em especial



Posicionamento do doente e preparação para a colheita

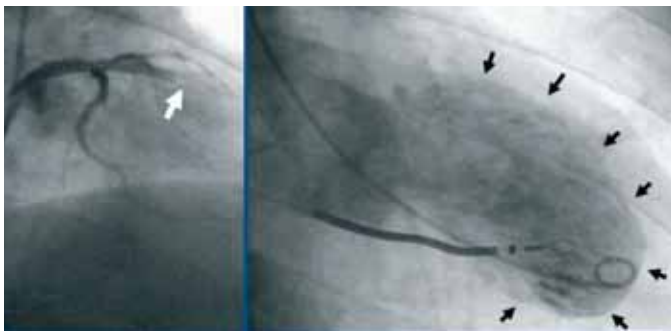


Colheita da medula óssea por punção da crista ilíaca e uma das etapas da preparação da suspensão mononuclear em câmara de fluxo laminar

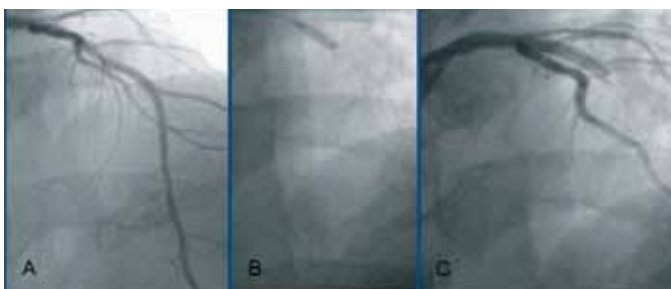
quando a área afectada é de grandes dimensões. Desde há anos que têm vindo a ser investigadas várias formas de amplificar, potenciar ou imitar esta resposta natural. **Uma das que tem sido mais estudada – e produzido resultados seguros e consistentes em estudos clínicos aleatorizados - é a utilização de células progenitoras provenientes da medula óssea.** A fracção mononuclear do sangue medular contém células precursoras, entre *células tronco mesenquimatosas*, *hematopoéticas* e outras. A colocação destas células no tecido cicatricial, que pode ser feita de várias formas e em várias fases

da evolução do enfarte, demonstrou poder reduzir as dimensões da cicatriz, melhorar a contractilidade local e global, melhorar a perfusão (irrigação sanguínea) e mesmo reduzir as complicações da insuficiência cardíaca associada à falência da bomba cardíaca, incluindo a mortalidade.

Desde a sua criação – há mais de um quarto de século – o Hospital de Santa Cruz, actualmente parte do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental (CHLO) – tem sido capaz de se assumir como uma escola pioneira, tendo contribuído de forma activa para o desenvolvimento e implementação de muitas das intervenções



Enfarte antero-septo-apical por oclusão trombótica (seta branca) da artéria descendente anterior proximal (seta branca) originando uma extensa área cicatricial (setas a negro)



Insuflação de um balão na artéria descendente anterior (A e B) com interrupção do fluxo sanguíneo no vaso (C), permitindo a injeção da suspensão celular

que constituem a base da abordagem diagnóstica e terapêutica da patologia cardiovascular, nomeadamente no que diz respeito ao tratamento da doença coronária aterosclerótica e da cardiopatia isquémica, nas suas várias vertentes. Tendo por base esse compromisso, no dia 5 de Agosto de 2010, procedeu-se na UNICARV do Hospital de Santa Cruz ao tratamento do primeiro doente, com a **injecção intra-coronária de uma suspensão de células mononucleares autólogas da medula óssea** num homem de 49 anos com cicatriz extensa de enfarte antero-apical e disfunção ventricular esquerda. O procedimento foi levado a cabo pelo Dr. Luís Raposo (Coordenador do projecto) e pelo Dr. Manuel Almeida (Cardiologista de intervenção da UNICARV), após colheita da medula óssea e preparação das células – a cargo da Dra. Manuela Gomes e da Dra. Maria Alves (Médicas do Serviço de Medicina Transfusional).

A estruturação de um projecto desta natureza contou com necessário envolvimento e contributo da restante equipa da UNICARV (entre

médicos, enfermeiros e técnicos), a quem deixamos um agradecimento público, extensível à Dra. Maria João Acosta (do Serviço de Patologia Clínica, que tem realizado os estudos de citometria de fluxo), à Direcção do Serviço de Cardiologia (Dr. Aniceto da Silva), à Comissão de Ética (na pessoa da Prof^a. Teresa Marques) e ao Conselho de Administração do CHLO que souberam reconhecer o interesse de uma iniciativa como esta e viabilizar a implementação do projecto, que acreditamos estar a contribuir para o desenvolvimento desta tecnologia, entusiasmante não só pelas suas características, mas também pelas potencialidades que encerra. ■

DR. LUÍS RAPOSO

Coordenador do Programa RECROSS
Cardiologista de Intervenção da Unidade de Intervenção Cardiovascular (UNICARV)

Director do Serviço de Cardiologia:
DR. JOSÉ MANUEL ANICETO SILVA

DRA. MANUELA GOMES

Coordenadora do Programa RECROSS
Serviço de Medicina Transfusional

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

Quais os doentes que mais beneficiam do tratamento?

Nesta fase do programa pretendemos usar este tipo de tratamento no sub-grupo de doentes nos quais ele se encontra mais bem validado e em quem tem produzido melhores resultados: aqueles com cardiopatia isquémica pós-enfarte do miocárdio com disfunção ventricular esquerda residual (fracção de ejeção <45%). A injecção intra-coronária depende da existência de uma artéria epicárdica patente para território em causa, pelo que pode ser necessário efectuar antecipada ou concomitantemente uma angioplastia.

A “altura ideal” para a injecção não está totalmente estabelecida; o auto-transplante de células de medula óssea pode ser efectuada na fase sub-aguda do enfarte, nos doentes que não recuperam adequadamente após o 3^o-5^o dia, assim como naqueles já com cicatriz estabelecida, inclusive anos após o evento inicial.

Os principais critérios de exclusão são:

- Choque cardiogénico/ necessidade de suporte hemodinâmico;
- Incapacidade de tolerar o decúbito para colheita da MO e/ou cateterismo;
- Esperança de vida limitada por outras comorbilidades;
- Neoplasia activa/ história de neoplasia nos 5 anos anteriores, mesmo em remissão;
- Idade <18 anos;
- Complicação hemorrágica não controlada;
- Insuficiência renal agravada/ nefropatia de contraste;
- IRC em hemodiálise;
- Insuficiência hepática grave;
- História de anemia aplásica, trombocitopenia ou leucopenia graves;
- Contra-indicação para uso de stents.

Serviço de Medicina Física e Reabilitação

Mesoterapia

BREVE HISTÓRIA DA MESOTERAPIA

A mesoterapia foi iniciada em 1952 pelo Dr. Michel Pistor que tentou aproximar o local do tratamento ao local da patologia. Apesar do método terapêutico ter já sido utilizado por outros médicos, a sistematização do procedimento em diferentes situações clínicas é da sua responsabilidade.

Em 1844, Rynd recomendou a via de administração intradérmica (ID) em Inglaterra e Behier introduziu este método em França em 1855.

Em 1905, Einhorn sintetizou a procaína com significativo avanço no tratamento da dor.

Lemair foi o primeiro a realizar em 1924 a administração ID no dermatomo correspondente à nevralgia do trigémio, mas foi no entanto Leriche que em 1928 recorrendo à utilização de procaína, conseguiu os melhores resultados.

Em 1958, o Dr. Pistor publicou um artigo referindo os resultados terapêuticos da aplicação local da procaína onde referia “que a acção nos tecidos com origem na mesoderme é tão vasta que este tratamento deve ser conhecido por mesoterapia”.

A intervenção na mesoterapia é resumida pelo Dr. Pistor como “pequena dose, raramente, no local certo”.

DEFINIÇÃO

A mesoterapia, no tratamento da dor, consiste na aplicação intradérmica ou no tecido celular sub-cutâneo superficial de fármacos, na projecção ortogonal da lesão ou da dor com efeito loco-regional.

MECANISMO DE ACÇÃO

Durante muitos anos a utilização da mesoterapia foi baseada na evidência clínica. A investigação científica foi facilitada pela possibilidade de realização de estudos com utilização de rádio isótopos para estudo da dispersão, distribuição e biodisponibilidade dos fármacos. Assim, André Kaplan e Raincourt utilizaram calci-

tonina marcada com radioisótopo e evidenciaram que quanto mais superficial fosse a administração mais prolongada era a permanência do fármaco no local.

LeCoz e DuPont realizaram biópsias da sinovial por artroscopia do joelho após injeção de anti-inflamatório não esteróide (AINE) por via epidérmica, sub-cutânea e intramuscular (IM) com determinação das concentrações intra-articular (IA) e no sangue periférico 1 e 3 horas após a administração do fármaco, concluíram a presença IA do fármaco nas 3 formas de administração mas com uma maior difusão sanguínea na administração IM.

«É uma técnica de execução simples, em sessões rápidas e espaçadas, de baixo custo económico e eficaz com bons resultados no tratamento da dor quando comparada com os restantes tratamentos»

Os diferentes estudos realizados até à actualidade permitiram uma melhor compreensão da farmacocinética, metabolização e mecanismos de difusão loco-regional dos fármacos utilizados e concluem que:

- a derme superficial constitui um reservatório cutâneo para as moléculas administradas sendo a persistência das mesmas inversamente proporcional à profundidade da injeção. Assim, a quantidade de medicamento que permanece no ponto de injeção e portanto clinicamente útil é de 50% a nível intradérmico superficial e de 16% se injectado a mais de 4 mm de profundidade, ao fim de 10 minutos;

- as moléculas com menor densidade apresentam uma maior capacidade de difusão para a circulação sistémica;
- as moléculas de maior densidade apresentam difusão para o sistema linfático;
- os fármacos têm acção terapêutica nos tecidos locais alvo de acordo com a sua afinidade, sem metabolização prévia.

INDICAÇÕES

A mesoterapia está indicada no tratamento da dor associada a patologia do foro osteo-articular, vascular nomeadamente insuficiência arterial ou venosa, na fibromialgia, no síndrome miofascial, na distrofia simpática reflexa, em síndromes canalares ou em cicatrizes. Pode ainda ser utilizada em estética.

O tratamento é planeado de acordo com o exame médico, a entidade clínica envolvida e os objectivos estabelecidos.

Pode ser realizada isoladamente ou em associação com o restante tratamento da dor.

CONTRA-INDICAÇÕES

- Alergia ao fármaco
- Fobia à injeção

EFEITOS SECUNDÁRIOS

É uma técnica habitualmente bem tolerada e com baixa iatrogenia.

São raros mas podem ocorrer:

- dor, eritema ou infecção no local da administração;
- reacções vasovagais;
- choque anafilático se existir alergia.

FÁRMACOS MAIS UTILIZADOS E METODOLOGIA

Os fármacos mais frequentemente utilizados são:

Anestésicos: procaína 2%, lidocaína 1%, sem adrenalina. A lidocaína está indicada no tratamento da dor aguda e a procaína em situações crónicas, quando se pretende o efeito adicional de vasodilatação;

AINE: piroxicam, diclofenac de sódio, ketoprofeno;

Miorrelaxantes: tiocolquicósido;

Condroprotectores: sulfato de glucosamida;

Vasoactivos: buflomedil, pentoxifilina;

Outros: metilcobalamina, calcitonina sintética de salmão, silício orgânico.

Os fármacos são seleccionados de acordo com o quadro clínico e a solubilidade dos mesmos. A mistura é realizada em partes iguais não excedendo geralmente os 4 medicamentos.

Inicialmente as sessões são realizadas semanalmente, durante 4-5 semanas. De acordo com a evolução clínica são posteriormente espaçadas de 2/2 ou de 3/3 semanas ou mensais. Numa fase mais estabilizada o tratamento pode ser necessário de 6/6 meses.

No dia da administração o doente é aconselhado a não realizar tratamentos com calor, electroterapia, banho de imersão, piscina, massagem ou expor-se ao sol.

Os resultados são avaliados utilizando instrumentos métricos para quantificação da dor, capacidade funcional e satisfação do doente. A mobilidade articular e força muscular são avaliadas com recurso a goniómetro e dinamómetros.

TÉCNICA DE ADMINISTRAÇÃO E MATERIAL



Existem 2 técnicas de tratamento em mesoterapia:

- Técnica manual. Nesta técnica faz-se a aplicação com uma seringa e a agulha específica;
- Técnica assistida. Nesta técnica o material usado tem sofrido uma considerável evolução nos últimos anos visando uma administração menos dolorosa e maior precisão na dose administrada. Correspon-

«A evidência clínica associada à boa tolerância do método apoiam a utilização desta técnica»

de actualmente às pistolas eléctricas designadas por DHN1, DHN2 e DHN3.

Agulhas: agulha habitualmente com 5 mm de comprimento e 0,4 mm de diâmetro;

Seringa: habitualmente de 10 cc;

Pistola: a primeira pistola foi criada em 1984. Considera-se ideal a pistola que:

- permite regular a profundidade da administração: 0,2-5 mm;
- permite regular a dose de medicamento por picada: 0,02-0,05 cc;
- possui autonomia;
- permite efectuar as injeções em diferentes ângulos.

Está habitualmente disponível no Serviço de Medicina Física e Reabilitação a pistola eléctrica modelo DHN2.

Kit: de utilização única que compreende material descartável: seringa de 10 cc, 2 agulhas: 1 para realização da mistura e 1 para picar o doente, válvula anti-refluxo e peça para suporte na pele.

Após realização da mistura a administrar o conjunto é colocado na pistola. A pistola é accionada pelo contacto da peça de suporte na pele ou por gatilho, com introdução rápida e a 45° da agulha que se traduz em menor dor.

Alguns cuidados adicionais podem minimizar a dor durante a terapêutica:

- colocar o doente em posição cómoda;
- pinçar a pele;
- introdução de pequenos volumes;
- usar cloreto de etilo.

RESULTADOS

A mesoterapia é uma técnica de execução simples, em sessões rápidas e espaçadas, de baixo custo económico e eficaz com bons resultados no tratamento da dor quando comparada com os restantes tratamentos.

Esta via de administração apresenta uma farmacodinâmica própria que permite a diminuição das doses e da frequência de administração com redução da iatrogenia.

CONCLUSÃO

Os estudos realizados até à actualidade não permitiram ainda estabelecer linhas de actuação mas a evidência clínica associada à boa tolerância do método apoiam a sua utilização. São, no entanto, necessários mais estudos de forma a melhor esclarecer o modo de actuação e a definir orientações com maior rigor científico.

COMENTÁRIO

A consulta de Mesoterapia ocorre no Hospital de Egas Moniz às 3ª e 6ª feiras, no período da manhã, e no Hospital de São Francisco Xavier às 2ª, 5ª e 6ª feiras, sendo os doentes avaliados e realizado o tratamento sempre que necessário. ■

Bibliografia

- Le Coz J. *Mésotherapie en Médecine Générale*. Ed Masson 1993;
- Almeida S, et al. *Mesoterapia – Uma terapêutica alternativa para o controlo da dor em doentes submetidos a artroplastia total do joelho*. *Medicina Física e de Reabilitação* 2008; 17(1): 25-26;
- Mendonça e tal. *Mesoterapia: uma nova terapêutica em Fisiatria*. *Arq. Fisiatria* 1999; 6: 77-82;
- Vera-Cruz C, et al. *Mesoterapia nas raquialgias*. *Estudo retrospectivo de 5 anos*. *Rev. Ass. Por. Mesoterapia* 2000; Nov.
- Cober D, et al. *Etude des cinétiques locales, regionales et generales de la voie. I.D. par utilisation des traceur radioactifs*. *BSFM*; 66: 8;
- Lambert Y. *Place de la mesotherapie dans le concert therapeutique de la douleur chronique*. *Lave Revue de Mesotherapie* 2000; 1;
- Boyssou A et al. *Étude randomisée de la mésotherapie versus infiltration de corticoïdes dans le syndrome articulaire postérieur lombaire*. *Bull. Soc. Fse Mésothérapie* 1995; 95: 13;
8. Kaplan A, Raincour. *Devenir d'un produit marque injecte par quatre voies differentes*. *Bulletin SFM* 1985; 62.

DRA. ANA ROLO DUARTE

Assistente Hospitalar de Medicina Física e de Reabilitação
Serviço de Medicina Física e de Reabilitação

Directora do Serviço: **DRA. LILLETE RIBAU**

Serviço de Patologia Clínica

Consulta de Trombose e Hemostase

O Sector da Coagulação do Serviço de Patologia Clínica mantém uma Consulta de Trombose e Hemostase que pretende fazer o estudo Laboratorial dos doentes com história clínica de Trombose. Consideramos que esta consulta tem como mais-valia a execução do estudo completo da Trombofilia numa fase clínica apropriada e tendo em conta a idade, patologias associadas e terapêutica do doente. O doente ficará a dispor de um relatório médico do estudo efectuado

e inclusive prosseguir-se-á com o estudo familiar quando tal se justificar. Também será possível, voltar a convocar e estudar estes doentes sempre que a evolução do conhecimento nesta área avance assim como os doentes têm oportunidade de estudar a família à medida que esta aumente. ■

DRA. TERESA GAGO
Assistente Hospitalar Graduada
Responsável da Coagulação
Serviço de Patologia Clínica

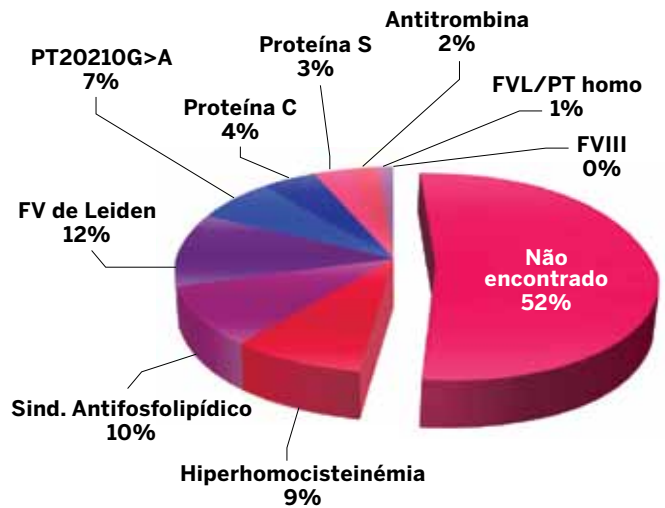
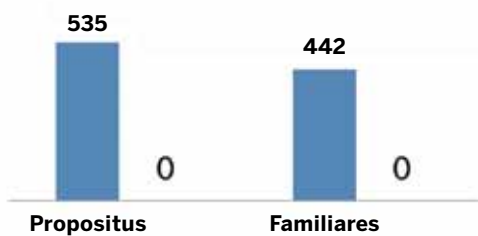
Directora de Serviço: **DRA. ESMERALDINA JÚNIOR**

A referênciação à Consulta é feita para o Serviço de Patologia Clínica – Sector da Coagulação, ou pelo email: chlo.hemostase@gmail.com, sendo o doente portador de nota de alta ou relatórios clínicos e de imagiologia.

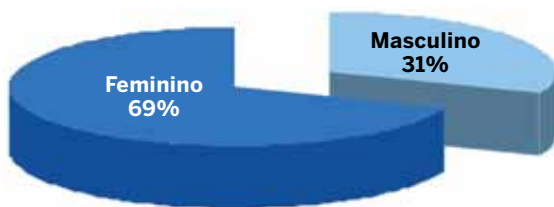
Revisão dos Dados das Consultas (1996-2008)

Doentes com Trombose venosa documentada, com menos de 50 anos

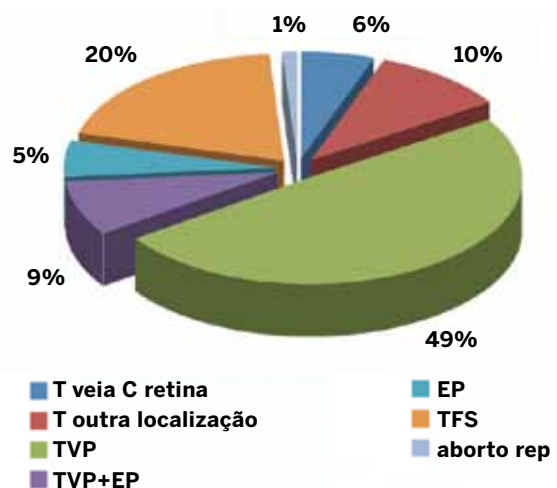
Total = 977 indivíduos



Média idades 35 anos

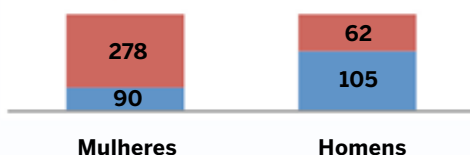


Média idades 33 anos



PROPOSITUS

■ expontâneo ■ secundário



Fotografias de Fernando Peres Rodrigues no Hospital de São Francisco Xavier

Médico Psiquiatra do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, Fernando Peres Rodrigues, em simultâneo com a actividade clínica, tem-se dedicado, nos últimos anos, às fotografias documentais de viagens.

Na última edição deste jornal, divulgámos a sua primeira exposição individual intitulada “Páginas Soltas” que esteve patente na Biblioteca Nacional de Portugal. Esta exposição mostrou algumas das fotografias que tirou pelo mundo, ao longo de 15 anos, que em breve poderão ser vistas no Hospital de São Francisco Xavier. As fotografias que fizeram parte desta exposição foram doadas pelo médico a este hospital, beneficiando e enriquecendo o seu espaço, permitindo a utentes e profissionais conhecerem o seu diário de viagens.

Mais trabalhos do autor disponíveis em www.pbase.com/fernandopr



NOTA CURRICULAR

Fernando Manuel de Sousa Peres Rodrigues, 54 anos, licenciado em Medicina e especialista em Psiquiatria, exerce funções como Chefe de Serviço no Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental.

Inicia-se na fotografia aos 12 anos de idade.

Inicia-se na imprensa portuguesa com 20 anos na revista Música & Som.

Ao longo da sua actividade profissional como repórter fotográfico trabalhou para as seguintes publicações: TV Guia, Sete, O Jornal, Sábado, Moda & Moda, Expresso, Caras e Caras Viagens. As suas fotografias apareceram nas seguintes publicações: Visão, Público, Volta ao Mundo, Rotas & Destinos, Nova, Courier Internacional,

Veja, Libération e Die Zeit.

Durante oito anos desloca-se regularmente a Paris para fotografar os desfiles de moda de Alta-Costura.

Em 1989 é distinguido com o prémio de Melhor Fotógrafo de Moda atribuído pelo Crazy Nights/A Capital.

Participa em várias exposições colectivas. Realiza as fotografias do livro «Rock Stars» editado pelo Círculo de Leitores e pela Gradiva, fotografias de mais de 60 concertos de música pop/rock efectuadas num período de cinco anos.

Contribui com fotografias para o livro «O Homem e o Trabalho» editado pela Sociedade Portuguesa de Medicina do Trabalho/SmithKline Beecham Farmacéutica.

Em 2006 concebe o livro «Por outras Terras» com fotografias, textos, paginação, maquete e digitalização dos

diapositivos da sua responsabilidade. Este trabalho foi editado pela Lundbeck numa tiragem de 7500 exemplares distribuídos pela classe médica.

Em 2008 escolhe um conjunto de 6 fotografias que foram editadas numa caixa pela Lundbeck. As fotografias têm um formato útil de 30x45 cm e foram editadas em papel fotográfico, tiragem de 1000 exemplares cada.

Em 2009 ganha o prémio na categoria «Pessoas» do concurso fotográfico da National Geographic Portuguesa.

Em 2010 realiza a sua primeira exposição individual, na Biblioteca Nacional de Portugal, intitulada “Páginas Soltas”.

Nos últimos anos tem-se dedicado às duas actividades do seu maior agrado: fotografias documentais de viagens e exercício de psiquiatria hospitalar. ■

O Jornal do Centro sugere...

Museu da Electricidade

O *Jornal do Centro inicia nesta edição uma nova rubrica, com sugestão de locais aprazíveis e eventos culturais a decorrer em espaços próximos das três unidades hospitalares que constituem o Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental.*

Exemplar ímpar do Património Industrial Português, pioneiro no domínio da produção de electricidade, situado à beira rio na zona de Belém e detentor de uma fachada de inigualável beleza, o Museu da Electricidade é paragem obrigatória no roteiro cultural da cidade de Lisboa. É um centro de cultura onde é possível contactar com o passado, o presente e o futuro das energias, faz parte integrante do património da Fundação EDP. Para além das exposições temáticas e experimentais permanentes, é um espaço onde se realizam vários eventos culturais de grande diversidade.

O Museu da Electricidade dispõe de um serviço ao visitante que organiza visitas guiadas e sessões experimentais para grupos organizados. O programa geral inclui o percurso museológico da antiga Central Tejo, uma sessão sobre electricidade e outra sobre energia, incluindo vários momentos interactivos com experimentação directa pelos visitantes. Os percursos podem ser adaptados às disciplinas que inserem a visita ao museu no seu programa, assim como às respectivas faixas etárias.

O percurso fundamental do museu está adaptado a visitantes com problemas de mobilidade. O museu também tem tido sucesso na forma como recebe visitantes invisuais.

É ainda possível realizar percursos especiais para grupos pequenos, assim como visitar os vários andares das caldeiras, o terraço, os túneis e os depósitos de água tratada. É ainda possível conhecer as reservas do museu. ■



FOTOGRAFIA CEDIDA PELO MUSEU DE ELECTRICIDADE

Local: Lisboa, Av. Brasília – Central Tejo

Horários:

Terça a Domingo das 10h00 às 18h00

Transportes:

Autocarros – 14, 27, 28, 29, 43, 49, 51

Eléctrico – 15

Comboio – Belém/Estação Fluvial de Belém

Telefone geral: 210 028 130

Telefone Serviço ao Visitante:

21 0028 159 /105/242/190

Fax: 21 0028 104

Site: www.fundacao.edp.pt

Email: museudaelectricidade@edp.pt

Facebook:

www.facebook.com/museu.da.electricidade

AGENDA DE EVENTOS

EXPOSIÇÕES**Uma Cortina de Fumo/ Mármore e Vidro**

Artistas: André Romã e Pedro Neves Marques

Data: 29/09 a 21/11/2010

Isto é isto / Ex- fotos

Artista: Fernando Lemos

Data: 29/09/2010 a

23/01/2011

A Temporalidade do Espaço / Futureland

(inseridas na programação da Trienal de Arquitectura de Lisboa – produzida pela Fundação EDP)

Artistas: Carlos Bunga e Nuno Cera (Desenho/ Fotografia)

Data: 16/10/2010 a

16/01/2011

“A House in Luanda” e “Projecto Cova da Moura”

(inseridas na programação da Trienal de Arquitectura de Lisboa – produzida pela Fundação EDP)

Artistas: Vários – Finalistas dos Concursos

Data: 17/10/2010 a

16/01/2011

As Cidade de Vieira e Arpad

Artistas: Vieira da Silva/ Arpad Szenes

Data: 27/11/2010 a

16/01/2011

CONFERÊNCIAS**Once Upon a Place**

Oradores: Palestra - Colin Fournier, Bartlett School of Architecture e Kazys Varnelis, Columbia University | Conferência/ Espectáculo - François Schuiten & Benoît Peeters - *L'Aventure des*

Images: Architectures imaginaires. | Palestra: Ângela Ferreira, Gonçalo M. Tavares e Fernando Moreira da Silva (CIAUD/FAUTL)

Data: 12 a 14/10/2010



SERVIÇOS DE OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA

Homenagem ao Dr. Delfim Guerreiro

No passado dia 23 de Setembro foi prestada homenagem ao Dr. Delfim Guerreiro, médico dos Serviços de Obstetrícia e Ginecologia do Hospital de São Francisco Xavier, de 1987 a 2009, nos quais exerceu funções de Director de Serviço. Foi descerrada uma placa no Serviço de Obstetrícia, na presença de familiares, do Conselho de Administração e de vários profissionais do hospital que tiveram o privilégio de conhecer e trabalhar com este excelente profissional.

HOPE 2011 - XXX Programa de Intercâmbio para Profissionais de Saúde

Encontram-se abertas, até dia 31 de Outubro, as candidaturas à 30ª edição do Programa Internacional de Intercâmbio para Profissionais de Saúde - HOPE 2011, que decorrerá entre 23 de Maio e 21 de Junho de 2011.

À semelhança de anos anteriores, a Federação Europeia dos Hospitais (HOPE) dá a oportunidade a todos os profissionais de saúde, que estejam integrados em áreas clínicas, de gestão ou administrativas, exercendo funções em hospitais, centros de saúde ou em outras instituições do Sistema de Saúde, de realizar, após selecção, um programa de valorização profissional em algumas das mais conceituadas Instituições de Saúde da Europa.

Mais informações em www.apdh.pt ou www.hope.be

ORIENTAÇÃO DA DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE

Transporte de Crianças em Automóvel

Em 16/09/2010 a Direcção-Geral da Saúde emitiu uma Orientação sobre “Transporte de Crianças em Automóvel desde a alta da Maternidade”, procedendo assim à actualização do Programa –Tipo de Actuação em Saúde Infantil e Juvenil, instrumento da maior importância na manutenção

e promoção da saúde e do bem-estar das crianças e dos jovens.

Esta orientação recomenda que a segurança automóvel comece antes do nascimento, com recomendações para o transporte de crianças, de acordo com o grupo etário e peso, com indicação dos tipos e posicionamento da cadeira mais adequados.

Pode consultar esta orientação e o respectivo programa no site da Direcção-Geral da Saúde, em www.dgs.pt – Saúde no Ciclo de vida ou, no mesmo site, em Orientações.

Grupo	Peso	Idade (aprox.)	Posição da cadeira
0 - Alcofa	Só para casos especiais*	Só para casos especiais*	De lado
0+	Até 13 kg	Até 12 - 18 meses	Virada para trás (VT)
0+ / I ou I	Até 18 kg	12 meses - 3/4 anos	Virada para trás (VT)
0+/I ou I	Até 18 kg	18 meses - 3/4 anos	Virada para a frente (VF)
II/III	15 - 36 kg	4/6 anos - 12 anos	Virada para a frente (VF)
III	22 - 36 kg	8/9 - 12 anos	Virada para a frente (VF)

* Ver recomendações da Sociedade Portuguesa de Pediatria em Bibliografia

Fonte: Orientação da DGS nº 1/2010 de 16/09/2010

2	0	1	0		
S	T	Q	Q	S	D
		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, CONGRESSOS E SEMINÁRIOS

14 e 15 de Outubro de 2010

6^{as} JORNADAS DE ENFERMAGEM “CUIDADOS INTENSIVOS”

Organização: Instituto de Ciências da Saúde – Universidade Católica Portuguesa

Local: antiga Escola Superior de Enfermagem S. Vicente Paulo, Lisboa

Informações:
Telf.: 217156 736
Email: apenfermeiros@gmail.com
www.apenfermeiros.com

21 de Outubro de 2010

HEALTHCARE BRIEFING “OBESIDADE INFANTIL - PREVENÇÃO EM PARCERIA”

Organização: Fórum do Hospital do Futuro e Hospital dos Lusíadas-HPP

Local: Hospital dos Lusíadas, Lisboa

Informações:
Telf.: 217 162 483
Email: saude@groupvission.com .
www.hospitaldofuturo.tv

12 a 13 de Outubro de 2010

SEMINÁRIO INTERNACIONAL “A DESINSTITUCIONALIZAÇÃO DA DOENÇA MENTAL E OS CUIDADOS NA COMUNIDADE: FAMÍLIAS, REDES SOCIAIS E SERVIÇOS”

Organização: Centro de Estudos Sociais de Coimbra e Fundação para a Ciência e a Tecnologia

Local: CES Lisboa (Picoas Plaza)

Informações:
www.ces.uc.pt/eventos

25 a 26 de Novembro de 2010

VII REUNIÃO DE SENOLOGIA DO CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA OCIDENTAL

Organização: Unidade de Senologia do CHLO

Local: Auditório da Pfizer, Lagoas Parque

Informações:
Inscrições Gratuitas
Email: senologia@chlo.min-saude.pt

ACÇÕES DE FORMAÇÃO ORGANIZADAS PELO NÚCLEO DE FORMAÇÃO DO CHLO

Outubro de 2010

FORMAÇÃO INICIAL – PREVENÇÃO E CONTROLO DE INFECCÃO (MOD II)

Destinatários: Assistentes Operacionais

ASSERTIVIDADE

Destinatários: Assistentes Técnicos

A ABORDAGEM DO DOENTE EM CUIDADOS PALIATIVOS

DA PRÁTICA PROFISSIONAL DOS ENFERMEIROS À SEGURANÇA DOS CLIENTES

LEITURA DE TRAÇADOS CARDÍACOS

PREVENÇÃO E TRATAMENTO ÚLCERAS DE PRESSÃO

REABILITAÇÃO

SUORTE IMEDIATO DE VIDA

VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA

Destinatários: Enfermeiros

PREVENÇÃO E CONTROLO DE INFECCÃO (IACS)

SUORTE BÁSICO DE VIDA

Destinatários: Enfermeiros/Médicos/Técnicos

SUORTE AVANÇADO DE VIDA

Destinatários: Médicos

ACCESS

CONVERSAS SOBRE ALEITAMENTO MATERNO

EXCEL - INICIAÇÃO

GESTÃO DO STRESS

GESTÃO DO TEMPO

GINÁSTICA LABORAL DE PAUSA

INTELIGÊNCIA EMOCIONAL

SUORTE BÁSICO DE VIDA

Destinatários: Multiprofissional

Núcleo de Formação HEM – 2032

Núcleo de Formação HSC – 3308

Núcleo de Formação HSF – 1028