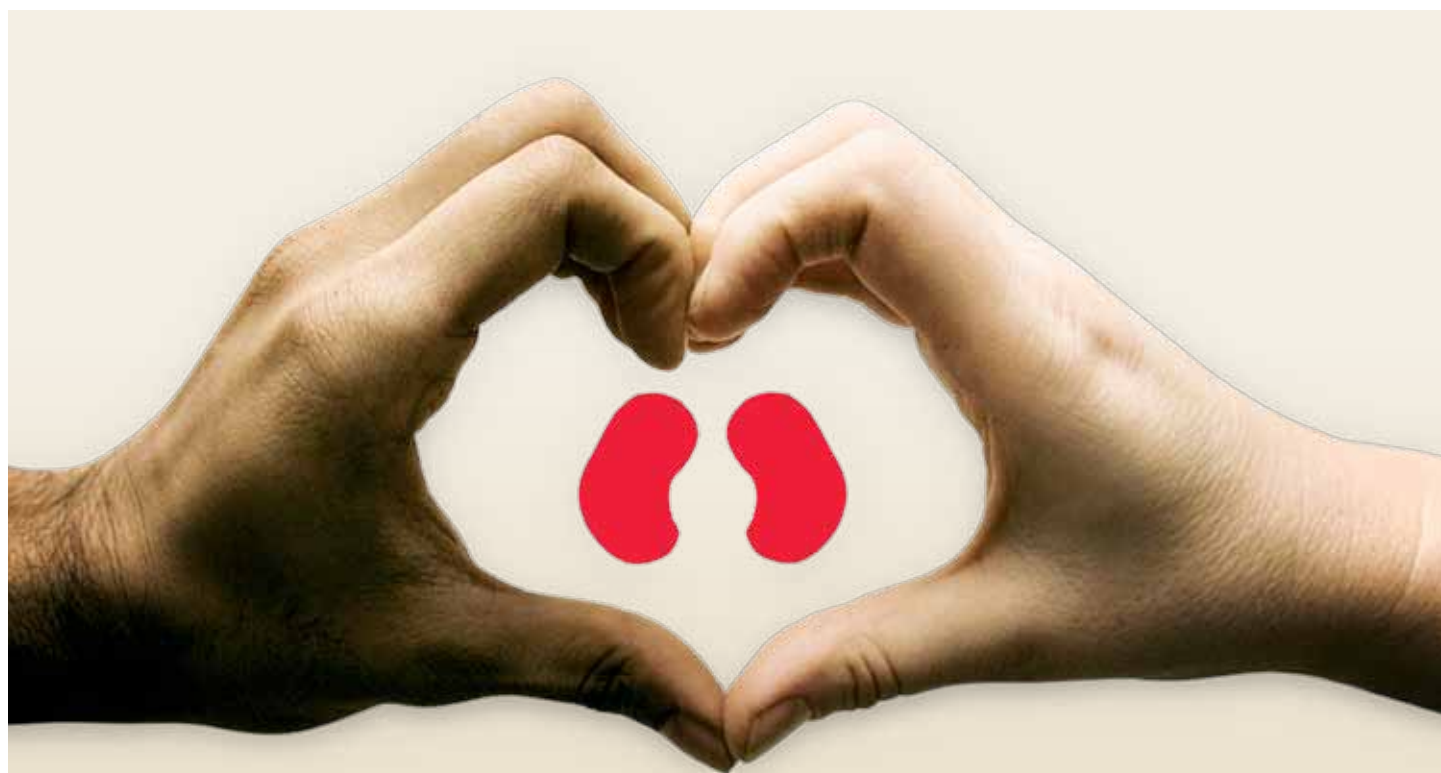




«Proteja os seus rins,
salve o seu coração»



Índice

- 3 Editorial
- 4 Nomeação dos Membros do Conselho de Administração
- 5 Acidente Vascular Cerebral
- 6 «Proteja os seus rins, salve o seu coração»
- 8 Criação da Unidade de Imunoalergologia
- 10 Dia Mundial da Tuberculose
- 12 Terapia da Fala no CHLO
- 13 Dádiva de Sangue
- 14 Jornal do Centro sugere
- 15 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
gabutentehem@chlo.min-saude.pt
Tel.: 21 043 24 48

HOSPITAL DE SANTA CRUZ
gabutentehsc@chlo.min-saude.pt
Tel.: 21 043 31 45

HOSPITAL DE SÃO FRANCISCO XAVIER
gabutentehsfx@chlo.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 | **Directora:** Maria João Pais | **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 Alexandre | **Impressão:** Grafivedras-Torres Vedras | **Tiragem:** 3000 exemplares
ISSN: 1646-379X | **Depósito Legal:** 238539/06



Maria João Pais

Presidente do Conselho de Administração
e Directora Clínica



A difícil governação dos Hospitais

Os hospitais são estruturas complexas cuja principal missão é a prestação de cuidados de saúde à população, coexistindo nesta função uma dimensão social e económica, a qual adquire particular relevância na situação problemática que o país actualmente atravessa.

Cabe ao Conselho de Administração a responsabilidade e a liderança da governação clínica centrada no doente e que garanta a prestação eficiente de cuidados com qualidade e segurança, a par duma governação empresarial que assegure a boa utilização dos recursos que lhe foram confiados e a sustentabilidade financeira dos hospitais.

Os hospitais-empresa estão hoje confrontados com a imposição de redução drástica da despesa com manutenção da qualidade dos serviços, a par do desafio de tratamentos inovadores cada vez mais eficazes e mais caros e duma tecnologia progressivamente mais sofisticada.

Esta conciliação é difícil de realizar e só será possível alcançá-la com a colaboração de todos os grupos profissionais dum hospital, tendo como objectivos a elevada competência técnica, a observância das recomendações e protocolos aprovados, a colaboração na gestão do risco clínico, o desempenho humanizado em cada função e o respeito pelos princípios éticos, em paralelo com a racionalização e rigorosa utilização dos recursos disponíveis e com o combate ao desperdício e ao supérfluo.

É forçosa a contenção nas áreas cujos custos representam o maior encargo financeiro para os hospitais, nomeadamente nos recursos humanos, nos meios complementares de diagnóstico, no material clínico e na pesadíssima rubrica dos medicamentos.

Longe vai o tempo em que os médicos podiam exigir o melhor para os seus doentes sem olhar ao preço.

É bem verdade que a saúde não tem preço, mas os medicamentos têm e muito expressivo nos fármacos inovadores. Estima-se hoje que nos hospitais cerca de 70% do custo com medicamentos se destine a tratar somente 10% dos doentes representados nas áreas da Oncologia, da infecção VIH, da transplantação de órgãos, das doenças reumatológicas e da Esclerose múltipla.

As dificuldades financeiras são reais mas não podem servir de desculpa para que o hospital e os seus profissionais descurem as suas responsabilidades.

É necessário um esforço colectivo para levar a cabo a nobre missão dos hospitais de garantir a vida e a saúde dos doentes que a eles acorrem. ■

Nomeação dos Membros do Conselho de Administração



Por despacho da Senhora Ministra da Saúde foram nomeados para o Conselho de Administração do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, E.P.E. (CHLO), para o triénio 2011/2013:

Dra. Maria João Reis Silva de Soares Pais

Presidente do Conselho de Administração e Directora Clínica

Súmula Curricular

Licenciatura em Medicina, Especialista em Medicina Interna, Especialista em Nefrologia e Curso de Gestão em Saúde – PADIS. Chefe de Serviço de Medicina Interna.

Cargos anteriormente desempenhados: Docente da Faculdade de Medicina de Lisboa e da Faculdade de Ciências Médicas, Directora Clínica do Hospital de Santa Cruz, Directora do Serviço de Medicina Interna e Nefrologia do Hospital de Santa Cruz, Directora do Serviço de Nefrologia do CHLO, Directora Médica do Hospital de Santa Cruz/CHLO e Directora Clínica do CHLO.

Dr. José Manuel Baptista Marques

Vogal Executivo do Conselho de Administração

Súmula Curricular

Licenciatura em Medicina, Especialista em Medicina Geral e Familiar, Especialista em Medicina Física e Reabilitação e Pós-Graduação em Administração Hospitalar. Chefe de Serviço de Medicina Geral e Familiar.

Cargos anteriormente desempenhados: Docente do Instituto de Higiene e Medicina Tropical, Docente da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa, Investigador do Instituto Nacional de Investigação Científica, Director do Centro de Saúde da Póvoa de Santa Iria (ARSLVT), Adjunto do Secretário de Estado da Saúde, Coordenador da Sub-Região de Saúde de Lisboa (ARSLVT), Colaborador da Agência de Contratualização dos Serviços de Saúde (ARSLVT) e Vogal Executivo do Conselho de Administração do CHLO.

Dra. Maria Celeste Malveiro Serra Sim-Sim dos Anjos Silva

Vogal Executiva do Conselho de Administração

Súmula Curricular

Licenciatura em Direito e Pós-Graduação em Administração Hospitalar. Administradora Hospitalar. Cargos anteriormente desempenhados: Assessora do Administrador Delegado e Responsável pelo Serviço de Gestão de Doentes no Hospital de Cascais, Directora Financeira do Hospital de Santa Marta, Integrou a Comissão Instaladora do Hospital Fernando da Fonseca, Administradora Delegada do Hospital de Cascais, Directora do Serviço de Aprovisionamento do Hospital José de Almeida, Directora do Serviço de Recursos Humanos do Centro Hospitalar de Cascais, Adjunta do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, Vogal Executiva do Conselho de Administração do Hospital de Egas Moniz, S.A., Directora Financeira e Responsável pelo Gabinete de Planeamento e Controlo de Gestão do Centro Hospitalar de Cascais e Vogal Executiva do Conselho de Administração do CHLO.

Enfª Fernanda Maria da Rosa

Enfermeira Directora

Súmula Curricular

Licenciatura em Enfermagem, Especialização em Enfermagem de Reabilitação e Administração dos Serviços de Enfermagem. Enfermeira Chefe e funções de Enfermeira Supervisora no Hospital de São Francisco Xavier.

Cargos anteriormente desempenhados: Enfermeira Directora no Hospital de São Francisco Xavier e Enfermeira Directora do CHLO.

Acidente Vascular Cerebral

Muito se terá já falado da importância do acidente vascular cerebral em Portugal, mas muito mais será necessário dizer. Aproveitando o Dia Nacional do Doente com Acidente Vascular Cerebral, que se assinala no próximo dia 31 de Março, aqui fica uma breve reflexão circunstanciada. Num país onde se estima que ocorram entre vinte a trinta mil novos casos a cada ano e no qual o acidente vascular cerebral continua a ser a primeira causa de mortalidade, não será demais voltar a sublinhar a importância de uma actuação concertada.

A necessidade de colocar ênfase na prevenção continua a estar na ordem do dia. A chamada de atenção da WSO (*World Stroke Organization*) para a consciencialização individual, sublinhando a importância do controlo dos factores de risco vasculares (em especial, hipertensão, diabetes mellitus, dislipidémia, tabagismo, obesidade e sedentarismo) vai neste sentido. Paralelamente, uma avaliação das diferentes medidas de prevenção propostas parece ser necessária. Repensar as estratégias de actuação para educar os doentes para a prevenção do acidente vascular cerebral e medir a eficácia das intervenções parece particularmente importante – não basta o médico proibir o doente de fumar ou transmitir a necessidade de controlar a tensão arterial, é preciso que esses objectivos sejam efectivamente atingidos.

Nos últimos anos, a implementação da rede de referenciação e das vias verdes do acidente vascular cerebral, bem como a criação das unidades de acidente vascular cerebral terão sido passos particularmente importantes. Mas o tratamento agudo continua infelizmente a chegar apenas a uma diminuta percentagem da população, pelo que será necessário o empenho dos profissionais de saúde na monitorização da actual situação e na adopção de medidas com vista a melhorar estes números. A divulgação do conceito de emergência médica e da necessidade de tratamento agudo do acidente vascular cerebral é fundamental. O ensino dos sinais de alerta - instalação súbi-



«Num país onde se estima que ocorram entre vinte a trinta mil novos casos a cada ano e no qual o acidente vascular cerebral continua a ser a primeira causa de mortalidade, não será demais voltar a sublinhar a importância de uma actuação concertada»

ta de assimetria da face, dificuldade na fala, ou falta de força no braço - pode contribuir para salvar vidas e para prevenir a dependência. Esse desiderato foi já abraçado por uma campanha do Ministério da Saúde dirigida à população. Contudo, estudos realizados noutros países mostram que, para que estas campanhas sejam eficazes, é necessário transmitir a informação de forma continuada ao longo do tempo. Do pouco que sabemos do conhecimento da população em relação à doença vascular, parece claro que a noção de que uma dor no peito sinaliza um enfarte agudo do miocárdio e de que isso justifica uma actuação emergente, é uma noção muito mais presente do que os sinais de alerta e a forma de actuação no acidente vascular cerebral. Isto é, o coração parece justificar maior atenção do que o cérebro e granjear maior reputação na população. Refira-se que também os órgãos de comunicação social, paradoxalmente, parecem dar mais

atenção ao coração do que ao cérebro. A mensagem parece mais apelativa e possivelmente vende mais. Isso mesmo foi constatado num estudo realizado em Portugal, no qual se concluiu que, na imprensa escrita, o enfarte agudo do miocárdio recebe significativamente mais atenção do que o acidente vascular cerebral. Não é demais repetir que os números conhecidos em Portugal justificariam precisamente o contrário.

Uma palavra ainda para a necessidade de apreciar as questões relacionadas com a reabilitação. As estruturas destinadas aos cuidados pós-hospitalares continuam francamente aquém do que seria desejável, sendo que, os tão propalados cuidados continuados, os quais no acidente vascular cerebral serão particularmente importantes, continuam a ser manifestamente insuficientes. Acresce ainda que, nem sempre o impacto social do acidente vascular cerebral é devidamente valorizado, sendo que a maior parte dos estudos se centra na recuperação motora e que nem sempre as escalas funcionais dão uma noção adequada da realidade. Lembra-se a este propósito que, em Portugal, quando o acidente vascular cerebral sucede em indivíduos mais jovens (estima-se que existam 3000 novos casos por ano na população abaixo dos 55 anos) uma importante percentagem destes doentes não volta ao trabalho.

A sensibilização dos diferentes intervenientes nesta tragédia nacional é de importância vital. A todos compete participar. Não apenas ao estado, ou aos profissionais de saúde, mas a todos sem excepção. Da prevenção ao tratamento e à reabilitação, a catástrofe obriga a pensar estratégias concertadas, começando na educação e de preferência bem cedo. Ou será que não é nossa obrigação transmitir aos mais novos a noção de que a promoção de estilos de vida saudáveis pode prevenir o acidente vascular cerebral? ■

PROF. MIGUEL VIANA BAPTISTA

Professor Convidado de Neurologia

Faculdade de Ciências Médicas

da Universidade Nova de Lisboa

Assistente Graduado Hospitalar de Neurologia



«Proteja os seus rins, salve o seu coração»

OBJECTIVOS DO DIA MUNDIAL DO RIM

- Aumentar a consciência sobre a importância dos nossos “incríveis rins”;
- Destacar que a diabetes e a hipertensão arterial são factores de risco para a Doença Renal Crónica (DRC);
- Incentivar o rastreio sistemático de todos os doentes com diabetes e hipertensão para DRC;
- Estimular os comportamentos preventivos;
- Educar os profissionais médicos sobre o seu papel fundamental na detecção e reduzir o risco de DRC, sobretudo em populações de alto risco;
- Destacar o importante papel das autoridades de saúde locais e nacionais no controle da epidemia de DRC. As autoridades de saúde em todo o mundo terão que lidar com custos elevados e crescentes, se não forem tomadas medidas para tratar o crescente número de pessoas com DRC. No Dia Mundial do Rim todos os governos são incentivados a agir e investir mais em triagem para as doenças do rim.

AS 7 REGRAS DE OURO PARA PREVENIR A DOENÇA RENAL CRÓNICA

1. Mantenha-se activo e em boa forma

Manter a boa forma física ajuda a reduzir a pressão arterial e, portanto, reduz o risco de Doença Renal Crónica. O conceito “em movimento para a

saúde dos rins” é uma maneira de se envolver em colectivo com a população, celebridades e profissionais que periodicamente se juntam em iniciativas desportivas públicas como caminhadas, corridas ou provas de ciclismo. Porque não se junta a eles?

2. Controle regularmente os seus níveis de açúcar

Cerca de metade das pessoas que têm diabetes vêm a desenvolver doença renal, por isso é importante que os diabéticos façam testes regulares para verificar as suas funções renais. Os danos no rim provocados pela diabetes podem ser reduzidos ou mesmo evitados se detectados precocemente. É importante manter o controle dos níveis de açúcar no sangue com a ajuda dos seus médicos, que estão sempre dispostos a ajudar.

3. Vigie a sua Tensão Arterial

Embora muitas pessoas já estejam cientes de que a pressão arterial elevada pode levar a um derrame cerebral ou um ataque cardíaco, poucos sabem que ela também é uma das causas mais comuns de Doença Renal Crónica. O nível de pressão arterial normal é 120/80. Com níveis de 140/90 e acima, deverá discutir os riscos com o seu médico e medir o seu nível de pressão arterial regularmente. A hipertensão arterial é mais provável de causar danos nos rins, quando associada a outros factores como a diabetes, o colesterol alto e as doenças cardíaco-vasculares. Deve adoptar um estilo de vida mais saudável e introduzir mudanças dietéticas.

4. Coma saudável e mantenha o peso ajustado

Isto pode ajudar a prevenir a diabetes, as doenças cardíacas e outras condições associadas com a Doença Renal Crónica. Reduza o consumo de sal. O consumo recomendado máximo é de 5-6 gramas de sal por dia (cerca de uma colher de chá). A fim de reduzir o consumo de sal, deve tentar limitar a quantidade de alimentos pré-cozinhados e não adicionar sal aos alimentos. Será mais fácil de controlar a sua ingestão se preparar os alimentos com os ingredientes frescos.

5. Não fume

Fumar diminui o fluxo de sangue para os rins. Quando menos sangue chega aos rins, diminui a sua capacidade de funcionar adequadamente. Fumar também aumenta o risco de cancro do rim, em cerca de 50%.

6. Não tome regularmente medicamentos de venda livre

Medicamentos comuns como os anti-inflamatórios não esteróides, como o ibuprofeno, são conhecidos por causar doença nos rins se tomados regularmente. Tais medicamentos, provavelmente, não representam perigo significativo se os seus rins estão relativamente saudáveis e se usados apenas para situações de emergência, mas se tem dores crónicas, como artrite ou dor nas costas, deve consultar o seu médico para encontrar uma maneira de controlar a sua dor sem colocar em risco os seus rins.



7. Teste os seus rins se tem um ou mais dos seguintes factores de Alto Risco

- Se tem diabetes;
- Se tem hipertensão;
- Se é obeso;
- Se você ou um dos membros da sua família sofre de doença renal;
- Se é Africano ou Asiático.

O AUMENTO DA PREVALÊNCIA DE DIABETES (NÚMERO DE INDIVÍDUOS COM DIABETES) NO MUNDO

Existem actualmente mais de 240 milhões de pessoas com diabetes no mundo. Este número deverá aumentar para 380 milhões até 2025, principalmente devido ao crescimento demográfico, ao envelhecimento, à urbanização, aos hábitos alimentares pouco saudáveis, ao aumento da gordura corporal e ao sedentarismo. Em 2025, o número de pessoas com diabetes deverá aumentar para mais do dobro no Sudeste da Ásia, no Mediterrâneo Oriental e em África.

Prevê-se um aumento da diabetes de quase 20% na Europa, 50% na América do Norte, 85% na América do Sul e Central e 75% na região do Pacífico Ocidental. Os cinco países com maior prevalência de diabetes, são a Índia, a China, os Estados Unidos, a Rússia e o Japão. Em todo o mundo mais de 50% das pessoas com diabetes desconhecem a sua condição e não são tratados. **Cerca de 40% das pessoas com diabetes irá desenvolver Doença Renal Crónica (DRC) o que aumenta o risco de complicações cardiovasculares.**

As mesmas causas da obesidade predispoem para o aparecimento da diabetes e da DRC: a história familiar, a presença de hipertensão arterial e alguns comportamentos, tais como

falta de exercício e os hábitos alimentares pouco saudáveis. É importante identificar cedo esses factores de risco para reduzir o desenvolvimento de diabetes e DRC já que a DRC amplifica muito o risco de eventos cardiovasculares em pacientes diabéticos.

O AUMENTO DA PREVALÊNCIA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL NO MUNDO

A pressão arterial elevada é um importante problema de saúde mundial e prevê-se que vá piorar. É uma das principais causas de DRC em todo o mundo. A população mundial está a envelhecer e o envelhecimento é o factor de risco mais comum para o desenvolvimento de hipertensão arterial, de diabetes, bem como de DRC. Quase um bilião de pessoas no mundo têm pressão arterial elevada e esse número deverá aumentar para 1.560 milhões em 2025. Prevê-se um aumento da prevalência de hipertensão arterial de 24% nos países desenvolvidos e de 80% nas regiões em desenvolvimento, como a África e a América Latina. Um recente relatório observou que existiam, no ano 2000, 333 milhões de adultos nas regiões economicamente desenvolvidas como América do Norte e a Europa com pressão arterial elevada e um adicional de 639 milhões de pessoas nos países em desenvolvimento.



O AUMENTO DA PREVALÊNCIA DA DOENÇA RENAL CRÓNICA NO MUNDO

A prevalência de Doença Renal Crónica (DRC) continua a aumentar em todo o mundo. A presença de DRC está associada a um grande aumento no risco cardiovascular (CV). Além disso, o risco cardiovascular aumenta proporcionalmente à diminuição da função renal, sobretudo quando a função está para baixo de metade da função renal normal. Por fim, o risco de morte por causas cardiovasculares é oito vezes maior em portadores de DRC e mais elevado do que a morte ocasionada pela maioria dos cancros. O maior estudo epidemiológico, efectuado nos EUA em 2006, estimou que 13% da população americana era portadora de algum grau de DRC. Sendo os EUA um padrão do que se passa nos países desenvolvidos, em Portugal poderá estimar-se que cerca de 1 milhão e trezentos mil portugueses são portadores de alguma perda de função dos rins. Os idosos são um segmento crescente da população e um risco aumentado para doença renal. Além disso, os indivíduos do sexo masculino e os de origem africana com hipertensão pré-existente ou diabetes e DRC também estão em risco muito maior de doença renal com necessidade de diálise. Estas observações também foram confirmadas em todo o mundo desenvolvido. Consequentemente, a identificação e redução da DRC é actualmente uma prioridade vital para a saúde pública. ■

DR. JOSÉ DIOGO BARATA
Director do Serviço de Nefrologia

Texto adaptado do "World Kidney Day", iniciativa conjunta da Sociedade Internacional de Nefrologia e da Federação Internacional das Fundações Renais

Criação da Unidade de Imunoalergologia do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental

1. O que é a Imunoalergologia?

A **Especialidade de Imunoalergologia** é uma especialidade médica que se dedica à assistência clínica e à investigação das doenças alérgicas e/ou de perturbações do sistema imunitário, congénitas ou adquiridas.

A sua principal área de influência são as **doenças alérgicas**, sendo que a grande maioria dos indivíduos que procuram observação pela especialidade são portadores de patologia alérgica respiratória. Isto deriva do facto de nos últimos anos se ter assistido ao **aumento das doenças alérgicas respiratórias**, nomeadamente da **Rinite Alérgica** e da **Asma Brônquica**, estando estimado que atinjam uma prevalência de até 25% e 15% respectivamente, na população portuguesa.

Contudo, nos dias de hoje, face à qualidade de métodos de diagnóstico

«Nos últimos anos tem-se assistido ao aumento das doenças alérgicas respiratórias, nomeadamente da Rinite Alérgica e da Asma Brônquica, estando estimado que atinjam uma prevalência de até 25% e 15% respectivamente, na população portuguesa»

e tratamentos médicos disponíveis, é possível, no que respeita a estas patologias, promover o controlo total da doença e devolver ao indivíduo e à sua família, a qualidade de vida que esperava.

É da estrita responsabilidade da Especialidade de Imunoalergologia o diagnóstico e o seguimento de outros grupos de doentes, aqueles que se apresentam com suspeita de **alergia a alimentos**, dos mais variados grupos alimentares: leite e derivados, ovo, peixes e mariscos, frutos secos, frutos frescos, farinhas, etc, ou de **alergia a fármacos**, um problema crescente face ao aumento no mercado de substâncias farmacológicas disponíveis. Se por um lado a diversificação de medicamentos, fruto de anos de investigação científica, representa um benefício inestimável no controlo de muitas doenças agudas ou crónicas, acarreta consigo sempre



a possibilidade, diga-se rara, de poder desencadear reacções alérgicas (sendo já do conhecimento do público em geral a possibilidade de um indivíduo poder reagir de forma alérgica a fármacos muito seguros e com grande experiência clínica como sejam as antigas penicilina e aspirina).

As consultas da Especialidade são ainda procuradas por indivíduos com outras patologias, como sejam: alergias cutâneas, alergia ao látex, alergia a picada de insectos, as mais severas representadas pela alergia ao veneno da abelha ou das diferentes espécies de vespas.

2. Porquê uma Unidade de Imunoalergologia no Centro Hospitalar?

A ideia de criar uma **Unidade de Imunoalergologia**, por parte do Conselho de Administração do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental E.P.E. (CHLO), surgiu da necessidade de dar resposta a muitos pedidos de consulta, quer de colegas de Especialidades Médicas ou Cirúrgicas, nomeadamente ORL, Dermatologia, Saúde Ocupacional, Medicina Interna, Anestesiologia, entre outras, dos três Hospitais que constituem o Centro Hospitalar, quer de Especialistas de Medicina Geral e Familiar, que exercem funções nos Centros de Saúde da área de influência do mesmo.

3. Como está organizada a nova Unidade de Imunoalergologia?

Quanto a recursos humanos a Unidade é composta neste momento por duas médicas Especialistas em Imunoalergologia, que exercem as suas funções em 2 dos Hospitais do CHLO:

Hospital de Egas Moniz (HEM): onde são observados adolescentes e adultos;

Hospital de São Francisco Xavier (HSFX): onde são observados lactentes e crianças, num espaço físico gentilmente cedido pelo Serviço-Consulta de Pediatria, onde é possível o melhor acolhimento e atendimento aos mais pequeninos.

Todos os doentes são observados em consulta médica, sendo realiza-

dos testes cutâneos indicados para cada caso, e, quando necessário, são programadas provas mais específicas de diagnóstico, estas realizadas nos Hospitais de Dia de Especialidades Médicas e no Hospital de Dia de Pediatria, correspondentes aos Hospitais acima citados.

4. Sociedade Portuguesa de Alergologia e Imunologia Clínica – SPAIC

É uma associação com fins científicos e tem sede em Lisboa. O seu objectivo social consiste em promover e estimular o estudo da Alergologia e Imunologia Clínica,

«Face à qualidade de métodos de diagnóstico e tratamentos médicos disponíveis, é possível, no que respeita a estas patologias, promover o controlo total da doença e devolver ao indivíduo e à sua família, a qualidade de vida que esperava»



Hospital de Dia de Especialidades Médicas HEM
Enfª Isabel Félix, Dra. Sofia Campina, Enfª Sofia Dias,
Dra. Ana Teresa Silva, Enfª Graciete Costa

e divulgar todas as facetas teóricas e consequências práticas dos conhecimentos acumulados por esta disciplina. A Unidade está associada à SPAIC através dos seus membros.

Para informações actualizadas sobre as actividades científicas e destinadas à comunidade, desenvolvidas pela SPAIC, poderá ser consultado o site www.spaic.pt

5. Notas Finais

Para que a Unidade de Imunoalergologia esteja a funcionar nos moldes em que agora se encontra foi inestimável, e continuará a ser, a colaboração e disponibilidade de: Dra. Helena Farinha, Coordenadora dos Serviços Farmacêuticos – HEM, Dr. João Rijo, Farmacêutico Responsável do Sector de Farmacotecnia – HEM e respectiva equipa técnica, e Dra. Ana Mirco, Farmacêutica – HSFX; Equipa de Enfermagem da Consulta Externa e do Hospital de Dia de Especialidades Médicas do HEM; Equipa de Enfermagem da Consulta de Pediatria e do Hospital de Dia de Pediatria do HSFX; e ainda da Equipa Responsável pelo Laboratório de Função Respiratória, do Serviço de Pneumologia – HEM. Um agradecimento final à dedicação dos funcionários dos diferentes Secretariados. A todos bem-haja. ■

DRA. ANA TERESA SILVA
Coordenadora da Unidade de Imunoalergologia

Dia Mundial da Tuberculose

No dia 24 de Março é comemorado anualmente o Dia Mundial da Tuberculose, data em que Robert Koch, no ano de 1882, deu a conhecer ao mundo o microorganismo responsável por esta doença – *Mycobacterium tuberculosis* - também conhecido por Bacilo de Koch, abrindo assim o caminho para o diagnóstico e cura da Tuberculose.

A convivência do Homem com o *Mycobacterium tuberculosis* é muito longa, estimando-se que a espécie humana seja infectada, adoeça e morra em consequência deste organismo, há pelo menos 400 gerações. A antiguidade e universalidade desta doença pode ser exemplificada pela descoberta de lesões tuberculosas em múmias egípcias com mais de 5000 anos, ou ainda pelas inúmeras referências em livros das antigas civilizações tais como o código do monarca babilónico Hammurabi (2000 AC) ou o Canon chinês Nei Ching (2600 AC). Hipócrates (Grécia 460 AC), para muitos o pai da Medicina, designou a doença de Tísica, termo que se manteve até ao século XIX e que significa consumção, emagrecimento.

Apesar das relações da humanidade com o *Mycobacterium tuberculosis* serem muito antigas, e não obstante os avanços científicos e tecnológicos observados na prevenção, diagnóstico e tratamento da doença, é com grande preocupação que actualmente se conclui que os problemas causados por esta relação não se encontram resolvidos.

EMERGÊNCIA GLOBAL

Segundo estimativas da Organização Mundial da Saúde (OMS) surgem anualmente cerca de 9.4 milhões de novos casos de Tuberculose, sendo a doença responsável por cerca de 2 milhões de mortes por ano, números que a tornam uma das principais causas de morte em todo o mundo.

Nos anos 80, o impacto da pandemia pelo VIH nos números da tuberculose foi sentida praticamente em todos os países do mundo, resultado do aparecimento de formas mais



Robert Koch

graves e mais contagiosas, originadas pela sinergia letal deste binómio.

O panorama mais dramático verifica-se nos países em vias de desenvolvimento (África e Ásia), onde a pobreza, elevadas taxas de VIH/Sida, dificuldade de acesso aos tratamentos e a incapacidade de delinear estratégias credíveis de combate à doença, colocam a tuberculose como um problema de difícil solução.

A estes factos junta-se a emergência de novas formas da doença resistentes ao tratamento convencional, as chamadas tuberculose multirresistente e extensivamente resistente, que além de condicionarem uma crescente prevalência de casos crónicos na comunidade e o inerente aumento no risco de transmissão aos indivi-

duos não infectados, estão também associados a um aumento da mortalidade e da frequência e gravidade dos efeitos secundários relacionados com a terapêutica. Estão habitualmente relacionadas com contextos epidemiológicos caracterizados por baixos níveis de aderência à terapêutica, constituindo actualmente uma das principais problemáticas no controlo efectivo da doença.

A dimensão deste problema levou a OMS a declarar, em 1993, a tuberculose como uma Emergência Global, gerando-se um efeito positivo em várias áreas de actuação, existindo neste momento um grande investimento na organização de estratégias de saúde pública tanto nas áreas de prevenção e diagnóstico precoce como no tratamento adequado. Desde então, cerca de 10 milhões de pessoas completaram com sucesso o tratamento ao abrigo da estratégia DOTS (*Directly Observed Therapy Short Course*; em Portugal designada TOD – Toma de Observação Directa), considerada uma das mais bem sucedidas iniciativas de saúde pública com baixos custos, alguma vez implementada a nível mundial.

SITUAÇÃO EM PORTUGAL

Em Portugal assiste-se a uma redução do nível endémico da tuberculose, tendo o risco de ser infectado por tuberculose reduzido para metade nos últimos 15 anos, sendo considerado um país com incidência intermédia (24/100.00 habitantes) dentro do panorama mundial.





«É pelo diagnóstico precoce e pelo tratamento correcto e completo, que se consegue de forma segura e progressiva, controlar a situação epidemiológica»

ficiência renal, idade precoce/avançada) aumenta consideravelmente o risco de desenvolvimento da doença a partir da situação de infecção latente.

Também os profissionais de saúde têm um risco acrescido de contraírem tuberculose, pelo facto de estarem mais frequentemente expostos a doentes tuberculosos em fase infecciosa.

PREVENÇÃO

A BCG (Bacilo de Calmette Guérin) é a única vacina para a prevenção da doença, existindo uma enorme variabilidade nos estudos de eficácia (desde valores negativos aos 80%), sendo no entanto generalizadamente aceite, na prevenção das formas graves na infância (meníngea e miliar). O Plano Nacional de Vacinação propõe apenas uma vacinação, que deverá ser efectuada aos recém-nascidos, ainda na maternidade.

A toma de antibacteriais por indivíduos não infectados, em contacto próximo com doentes com tuberculose pulmonar bacilíferos (quimioprofilaxia primária), pode ser considerada em determinados casos. Nos casos em que é diagnosticada tuberculose latente pode também estar indicada uma quimioprofilaxia, nestes casos denominada de quimioprofilaxia secundária.

No entanto, salienta-se que apesar do importante papel que a vacinação e quimioprofilaxia possam desempenhar na luta pelo controlo desta doença, é pelo diagnóstico precoce e pelo tratamento correcto e completo, que se consegue de forma segura e progressiva, controlar a situação epidemiológica. ■

DR. FRANCISCO MARTINS
Serviço de Pneumologia

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

No entanto, regista ainda valores de incidência superiores à média europeia, sendo na União Europeia (UE) o 5º país com mais casos novos de tuberculose, de acordo com o relatório “Controlo Global da Tuberculose 2010” da OMS. Preocupante é o número de casos de tuberculose e infecção VIH/sida em simultâneo (13%), colocando-o no 1º lugar na UE. A emergência de casos de tuberculose multirresistente está abaixo da mediana dos países da Europa Ocidental (1,7%), tendo reduzido para cerca de um terço nos últimos 10 anos.

TRANSMISSÃO DO AGENTE INFECCIOSO E GRUPOS EM RISCO

A tuberculose é uma doença infecciosa transmitida de pessoa para pessoa através da produção de gotículas infecciosas aéreas (espirro > tosse > fala), pelo que apenas os doentes com tuberculose do tracto respiratório podem transmitir a doença. Os principais factores que determinam o risco de

exposição ao bacilo da tuberculose incluem o número de casos infecciosos na comunidade, a duração da infecciosidade e o número e natureza das interações entre um caso e um contacto susceptível.

Na maior parte dos indivíduos saudáveis expostos à bactéria, o organismo resiste através dos mecanismos de defesa do pulmão e não se desenvolve a doença. Noutros casos pode desenvolver-se a chamada tuberculose latente, diagnosticada por um aumento no teste tuberculínico (Prova de Mantoux) ou pela positividade de uma análise de sangue (IGRA), que resulta da infecção assintomática pela micobactéria, que permanece “adormecida” nos gânglios linfáticos, a aguardar uma quebra imunitária do hospedeiro para se replicar e, nesse contexto, provocar doença activa/sintomática.

A presença de condições associadas a uma diminuição da imunidade (subnutrição, infecção VIH, terapêutica imunossupressora, alcoolismo, tabagismo, diabetes, neoplasia, insu-

Terapia da Fala no Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental

Com o objectivo de assinalar o Dia Europeu da Terapia da Fala, dia 6 de Março de 2011, vimos falar do papel do Terapeuta da Fala (TF), bem como da Terapia da Fala no Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental (CHLO).

Papel do Terapeuta da Fala

O Terapeuta da Fala é um profissional de saúde que faz parte da carreira de Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica (TDT), desde a publicação do Decreto-Lei nº 384-B/85, de 30 de Setembro.

Actualmente e de acordo com o disposto no Decreto-Lei nº 564/99, de 21 de Dezembro, art. 5º, o conteúdo profissional do TF está definido como “Desenvolvimento de actividades no âmbito da prevenção, avaliação e tratamento das perturbações da comunicação humana, englobando não só todas as funções associadas à compreensão e expressão da linguagem oral e escrita mas também outras formas de comunicação não verbal”.

A Terapia da Fala no Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental

O CHLO conta apenas com duas Terapeutas da Fala: uma TF, pertencente ao Serviço de Medicina Física e Reabilitação (SMFR) e uma TF no Serviço de Otorrinolaringologia (ORL) – Consulta da Voz e Tabaco.

Há ainda uma TF, que sendo do Ministério da Educação, presta serviço na Consulta de Surdez Infantil.

O SMFR dirigido pela Médica Fisiatra, Dra. Liliete Ribau, é constituído por Médicos Fisiatras, Fisioterapeutas, Terapeuta Ocupacional, Terapeuta da Fala, Assistente Administrativa e Assistentes Operacionais.

A TF do SMFR trabalha com doentes externos portadores de perturbações da comunicação (Adultos e Crianças) e da deglutição, de etiologia diversa. Presta ainda um reduzido acompanhamento aos doentes internados nos Serviços de Neurocirurgia, Neurotraumatologia,



«Alertar a população em geral, os profissionais de saúde e de educação para a importância de uma boa capacidade de comunicação verbal e não-verbal (em adultos e crianças), prevenindo possíveis situações de perturbação e os transtornos consequentes»

Neurologia e Medicina II do Hospital Egas Moniz (HEM) e na Unidade de AVC's do Hospital de São Francisco de Xavier (HSFX).

Entre as Perturbações da Linguagem e Fala mais frequentemente acompanhadas pela TF do SMFR destacamos:

Nos adultos: Afasias, disartrias e disfagias;

Nas crianças: Atrasos no desenvolvimento da linguagem e perturbações articulatórias.

A intervenção do TF com adultos e crianças pode ser:

Directa - usando estratégias estimulantes durante a sessão terapêutica que, de acordo com a patologia, a faixa etária, os interesses e necessidades do utente, se mostrem facilitadoras do processo de reabilitação;

Indirecta – com os familiares e meio envolvente (Escola, Jardim-de-Infância), salientando a importância da sua colaboração no processo de estimulação da Linguagem e Fala.

A colaboração e o empenho do meio envolvente contribuem muito favoravelmente para a melhor evolução dos utentes.

O trabalho do TF será melhor sucedido se este fizer parte de uma equipa multidisciplinar, onde haja a discussão dos casos entre os diferentes técnicos/médicos que os acompanham.

Paralelamente ao trabalho com os utentes, devemos ainda referir a colaboração das TF's do CHLO, com algumas Escolas de Formação de Terapeutas da Fala (Públicas e Privadas), através da orientação de estágios de observação, intervenção (alunos de 1º, 2º e 3º anos) e na realização de monografias de final de curso de Terapia da Fala (alunos de 4º ano).

Com a comemoração do Dia Europeu da Terapia da Fala, pretendemos alertar a população em geral, os profissionais de saúde e de educação para a importância de uma boa capacidade de comunicação verbal e não-verbal (em adultos e crianças), prevenindo possíveis situações de perturbação e os transtornos consequentes. ■

FILOMENA SILVA

Terapeuta da Fala

Serviço de Medicina Física e Reabilitação

Directora de Serviço: **DRA. LILIE TE RIBAU**

Dádiva de Sangue

Actividade do Posto Móvel do Instituto Português de Sangue, I.P. no Hospital de Egas Moniz

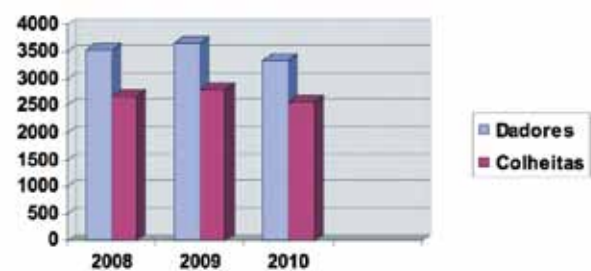


O Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental (CHLO) encerrou a colheita de Sangue a dadores em Março de 2008, tendo sido feita a transferência dos dadores para o Instituto Português do Sangue, IP (IPS), através do seu Centro Regional de Sangue de Lisboa.

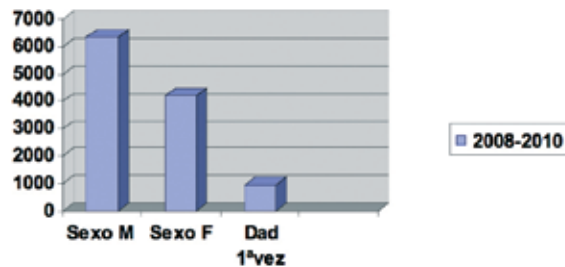
Os dadores de sangue dos três Hospitais que fazem parte do CHLO, Hospital de São Francisco Xavier, Hospital de Santa Cruz e Hospital de Egas Moniz (HEM), passaram a dispor de um Posto Móvel colocado no recinto do HEM, para facilitar a deslocação dos dadores e, também, para evitar a sua perda ou dispersão pelo facto de não poderem dar no Hospital onde habitualmente faziam a sua dádiva.

Pretendemos mostrar a actividade do Posto Móvel no HEM nestes 3 anos (2008 a 2010), revelando o número de dadores inscritos, as Unidades Colhidas, os dadores do sexo masculino e feminino, e os dadores que se inscreveram pela primeira vez para dar sangue.

	2008	2009	2010	Total
Dadores Inscritos	3.538	3.649	3.339	10.526
Unidades Colhidas	2.675	2.807	2.587	7.989



	Sexo Masculino	Sexo Feminino	Dadores 1ª Vez
Dadores	6.333	4.193	953



QUEM PODE DAR SANGUE

Todas as pessoas saudáveis e com hábitos de vida saudáveis, com idade entre os 18 e os 65 anos e peso igual ou superior a 50kg.

FREQUÊNCIA DAS DÁDIVAS

Os homens podem dar sangue de 3 em 3 meses (4 dádivas/ano).

As mulheres podem dar de 4 em 4 meses (3 dádivas/ano).

PORQUÊ DAR SANGUE

Todos os dias existem doentes nos hospitais que necessitam desta terapêutica médica insubstituível. Como exemplo, o consumo de concentrados eritrocitários no CHLO, no ano de 2010, foi de aproximadamente 15000 unidades.

É importante motivar os jovens para a dádiva de sangue através de Campanhas nas Escolas e Universidades.

Esta sensibilização dos jovens tem como objectivo despertar o interesse e curiosidade pela dádiva, mantendo viva a cadeia da solidariedade, falar do carácter social da dádiva, projectar o tema a nível familiar e motivar a criação de Grupos Associativos de Voluntariado.

ONDE PODE DAR SANGUE

Nos Centros Regionais de Sangue de Lisboa, Porto e Coimbra.

Nos Hospitais com Serviço de Colheita de Sangue a Dadores.

No Posto Móvel/Avançado no Hospital Egas Moniz: de 2ª a 6ª feira das 09h00 às 13h30 e Sábado das 09h00 às 13h00

Poderá consultar o site do IPS, IP, em www.ipsangue.org, colocar o rato no mapa de Portugal onde terá acesso a todas as colheitas móveis programadas, com os respectivos locais e horários.

AS CAMPANHAS SÃO IMPORTANTES

Os Portugueses são generosos e solidários, havendo uma resposta muito positiva sempre que há Campanhas Nacionais ou Regionais a decorrer, quer no que respeita a dadores que já dão sangue regularmente, quer nas pessoas que iniciam a sua dádiva pela primeira vez. ■

DRA. LEONILDE OUTERELO

Assistente Graduada de Imuno-hemoterapia
Responsável Serviço de Promoção e Colheita do
Centro Regional de Sangue de Lisboa do IPS, IP

DR. MANUEL S. MATOS CHAVES

Director do Serviço de Medicina Transfusional
do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental

O Jornal do Centro sugere...

Jardim Botânico Tropical

O Jardim Botânico Tropical (JBT) situa-se em Belém, numa das zonas monumentais de Lisboa, junto ao Mosteiro dos Jerónimos. Estendendo-se por cerca de 7ha, é um local especialmente aprazível para um passeio ao longo das suas alamedas ladeadas de majestosas palmeiras. Os seus espaços verdes, percorridos por riachos e espelhos de água, acolhem uma amostra da admirável biodiversidade das regiões tropicais. Criado com o objectivo de apoiar o ensino agrícola tropical, abriu ao público, neste local, em 1912 com o nome de Jardim Colonial. Actualmente, o Jardim reúne uma colecção de cerca de 600 espécies, muitas das quais nos trazem à memória a época dos descobrimentos, em que navegantes portugueses desvendaram as riquezas naturais de paragens longínquas e as difundiram pelo mundo. A destacar, refira-se o Jardim Oriental, onde não faltam os emblemáticos bambus, e cuja entrada é assinalada por uma réplica estilizada do arco que marca a entrada do Pagode da Barra, em Macau, o Jardim de Buxo que precede o Palácio dos Condes da Calheta do Séc. XVII, a Estufa Principal, do início do Séc. XX, a Casa da Direcção, erigida para a Exposição do Mundo Português de 1940 e, dispersa pelo Jardim, diversa estatúaria em mármore do Séc. XVIII.

Para além das colecções de plantas vivas, o JBT é detentor de uma xiloteca¹, de um herbário² e de colecções zoológicas que são importantes pilares para os projectos de investigação que nele se desenvolvem. Efectivamente ao carácter lúdico deste espaço, o JBT enquanto centro de investigação do Instituto de Investigação Científica Tropical, integra a vertente científica que visa o estudo, valorização e conservação da biodiversidade e dos ecossistemas tropicais em estreita colaboração com instituições congéneres, nomeadamente dos países da Comunidade dos Países de Língua Portuguesa.

O JBT tem uma Liga dos Amigos, criada em 2005, que desempenha um importante papel na dinamização e realização de actividades de índole científica, técnica e educacional compatíveis com os objectivos do jardim. Para os interessados em ajudar na preservação do património científico-cultural, o JBT oferece, ainda, a oportunidade de colaboração em regime de voluntariado. ■

¹ Colecção de amostras de madeira devidamente identificadas, ordenadas e catalogadas.

² Colecção de plantas, ou partes de plantas, secas e prensadas, devidamente identificadas e catalogadas.



FOTOGRAFIAS CEDIDAS PELO JBT

AGENDA DE EVENTOS

Exposições

“Viagens e Missões Científicas nos Trópicos 1883-2010”, no Palácio dos Condes da Calheta, até 31 de Dezembro de 2011.

Horário:

4ª feira a Domingo: das 10h00 às 16h30

3ª feira: 14h00 às 16h30 (horário de Verão até às 17h30)

2ª feira, Domingo de Páscoa, 1 de Maio e de 24 a 27 de

Dezembro: encerrada todo o dia

Exposições Itinerantes

Um Mundo de Insectos

As Plantas na Primeira Globalização

Actividades de Formação - 2011

O Jardim Botânico Tropical em parceria com a empresa PlantDoctors desenvolve semanalmente actividades de formação no âmbito da Jardinagem, Ilustração Científica, Fotografia de Natureza, Arte do Bonsai, Cultivo de Cogumelos Comestíveis, Plantas Medicinais e em outras áreas ligadas à Natureza.

Informações:

info@plantdoctors.pt, jbt@iict.pt e

em <http://plant-doctors.blogspot.com>



Local:

Largo dos Jerónimos

Horários:

Horário de Verão

2ª a 6ª feira: 09h00 às 18h00

Sábado a Domingo: 11h00 às 19h00

Horário de Inverno

2ª a 6ª feira: 09h00 às 17h00

Sábado a Domingo: 10h00 às 17h00

Transportes:

Autocarros – 727, 728, 729, 751, 714, LT113, LT144 e LT149

Eléctrico – 15

Comboio – Linha de Cascais (estação de Belém)

Telefone: 213619730

Fax: 213619739

Site: <http://www.iict.pt/jbt/>

Email: jbt@iict.pt

NOVAS INSTALAÇÕES NO HOSPITAL DE SÃO FRANCISCO XAVIER

Serviço de Medicina Transfusional



Laboratório de Imuno-Hematologia

Decorrente do âmbito específico da sua actividade, o Serviço de Medicina Transfusional necessita de possuir instalações nos três hospitais que constituem o Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental (CHLO).

Desde 1989, o anterior Serviço de Imunohemoterapia do Hospital de São Francisco Xavier (HSFX) e actual Serviço de Medicina Transfusional, funcionaram em instalações localizadas no piso -1. Estas instalações, com uma área global de cerca de 50m², revelaram-se totalmente inadequadas e subdimensionadas para a actividade do Serviço e não estavam de acordo com o normativo legal em vigor, tendo sido solicitado, desde 2007, a necessária remodelação de instalações.

Em Janeiro de 2010 foi aprovado pelo Exmo. Conselho de Administração uma nova localização para o Serviço e as respectivas obras de adaptação, vindo a ocupar a anterior área da central de colheitas, no piso -1, concretizando-se a mudança de instalações no dia 1 de Fevereiro de 2011.

Estas novas instalações trouxeram os seguintes benefícios para o Serviço:

GERAIS

- Áreas de trabalho com luz exterior;
- Área de vestiário e WC;
- Área de lavagem de material;
- Climatização, instalação eléctrica e informática adequada;
- Espaços para armazenamento de material.

ESPECÍFICOS

- Individualização da área de frio;
- Área laboratorial individualizada e com zonas de trabalho específicas;
- Área de secretariado/recepção;
- Dois gabinetes médicos.

Foi com muita alegria que, após mais de duas décadas a trabalhar em condições que não eram dignas nem adequadas ao funcionamento do Serviço, mudámos no dia 1 de Fevereiro para novas instalações, modernas, funcionais e que estão de acordo, globalmente, com a legislação em vigor. Agradecemos, reconhecidos, ao Exmo. Conselho de Administração e à Direcção Clínica a realização desta obra que será, com certeza, um motivo de estímulo para os seus funcionários, permitindo a prestação de cuidados de saúde humanizados e de qualidade.

DR. MANUEL S. MATOS CHAVES

Director do Serviço de Medicina Transfusional

DRA. MARLENE CRUZ

Coordenadora do Serviço de Medicina Transfusional no Hospital de São Francisco Xavier

Nomeações

O Conselho de Administração deliberou nomear:

- em sessão realizada em 20/01/2011 a Dra. Maria Dolores Alberca Bueno como Coordenadora Adjunta do Registo Oncológico do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental (CHLO), sob a coordenação da Dra. Sância Ramos, com efeitos a 01/01/2011;

- ainda em sessão realizada em 20/01/2011, a Coordenação da Unidade de AVC do CHLO, partilhada pelo Serviço de Medicina IV e pelo Serviço de Neurologia, tendo sido nomeados como Coordenadores a Dra. Maria de Fátima Matos Grenho, Assistente Graduada de Medicina Interna e o Prof. Doutor Miguel José Carvalho Viana Baptista, Assistente Graduado de Neurologia;

- em sessão realizada em 10/02/2011, o Dr. António Francisco Félix, responsável do Serviço de Gestão Hoteleira, com efeitos a partir de 01/02/2011.

HOSPITAL DE S. FRANCISCO XAVIER

Aviso de abertura de candidatura a duas vagas de formação em Medicina Intensiva

As Unidades de Cuidados Intensivos do HSFX, UCIP e UCIC, obtida a certificação em 2011, vão iniciar um Programa de Formação em Medicina Intensiva (PFMI), com vista à diferenciação de Sub-Especialistas em Medicina Intensiva.

- O PFMI terá uma duração de vinte e quatro meses;
- As candidaturas devem ser apresentadas no Serviço de Recursos Humanos, através de requerimento dirigido ao Presidente do Conselho de Administração do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, E. P. E., acompanhado de dois exemplares do *curriculum vitae*;
- Os currículos devem possuir no máximo 3 páginas salientando a experiência do candidato na área da Medicina Intensiva;
- A selecção dos candidatos é feita por um Júri constituído por 3 elementos Sub-Especialistas em Medicina Intensiva das duas Unidades;
- O prazo de apresentação das candidaturas tem início a 15 de Março e termina a 30 de Abril de 2011.

2	0	1	1		
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 CURSOS

16 a 19 de Março de 2011

28º ENCONTRO NACIONAL DE CLÍNICA GERAL

Organização: Associação Portuguesa de Médicos de Clínica Geral

Local: Tivoli Marina, Vilamoura

Informações:

Tel.: 217 615 250 • Fax: 217 933 145

Email: apmcg@apmcg.pt

27 a 28 de Maio de 2011

1º CONGRESSO INTERNACIONAL DE QUALIDADE EM SAÚDE E SEGURANÇA DO DOENTE

Local: Auditório da Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa

Informações:

<http://www.qualsafetyportugal.eu/>

24 a 25 de Março de 2011

III CONGRESSO DO SISTEMA DE SAÚDE PORTUGUÊS

Organização: Associação Portuguesa de Engenharia e Gestão da Saúde e Faculdade de Engenharia da Universidade Católica Portuguesa

Local: Hospital de S. João

Informações:

Telf: 936 712 131

E-mail: sec@apegsaude.org

ACÇÕES DE FORMAÇÃO ORGANIZADAS PELO NÚCLEO DE FORMAÇÃO DO CHLO

Março de 2011

PREVENÇÃO E CONTROLO DA INFECCÃO

Destinatários: Assistentes Operacionais

REABILITAÇÃO VENTILAÇÃO INVASIVA VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA

Destinatários: Enfermeiros

PREVENÇÃO DE LESÕES E MOVIMENTO MANUAL DE CARGAS

Destinatários: Enfermeiros/Assistentes Operacionais

SLEED

Destinatários: Enfermeiros UCIP

INFECCÃO ASSOCIADA AOS CUIDADOS DE SAÚDE/HSC SUPORTE BÁSICO DE VIDA

Destinatários: Enfermeiros/Médicos/TDT

CONFECÇÃO DE TALAS TERMOMOLDÁVEIS

Destinatários: Fisioterapeutas

GESTÃO DE RISCO E SEGURANÇA DO DOENTE - WORKSHOP

Destinatários: Médicos/ Enfermeiros/ Técnicos/Administradores Hospitalares

Núcleo de Formação HEM – 2032
Núcleo de Formação HSC – 3308
Núcleo de Formação HSEF – 1028

24 a 27 de Março de 2011

II CONGRESSO INTERNACIONAL CADIN DA INFÂNCIA À IDADE ADULTA

Organização: Centro de Apoio ao Desenvolvimento Infantil

Local: Centro de Congressos do Estoril

Informações:

E-mail: congressos@cadin.net

www.cadin.net

30 de Março a 2 de Abril de 2011

ENCONTRO RENAL 2011

Organização: Sociedade Portuguesa de Nefrologia

Local: Centro de Congressos de Vilamoura

Informações:

Telf: 217 970 187 • Fax: 217 941 142

E-mail: geral@spnefro.pt

http://www.spnefro.pt/SPN_XXVcongresso/

14 a 16 de Abril de 2011

X JORNADAS NACIONAIS DE URGÊNCIA EMERGÊNCIA

Organização: Hospital do Espírito Santo

Local: Auditório da Universidade de Évora

Informações:

Email: jnue.ape@gmail.com

www.apenfermeiros.com