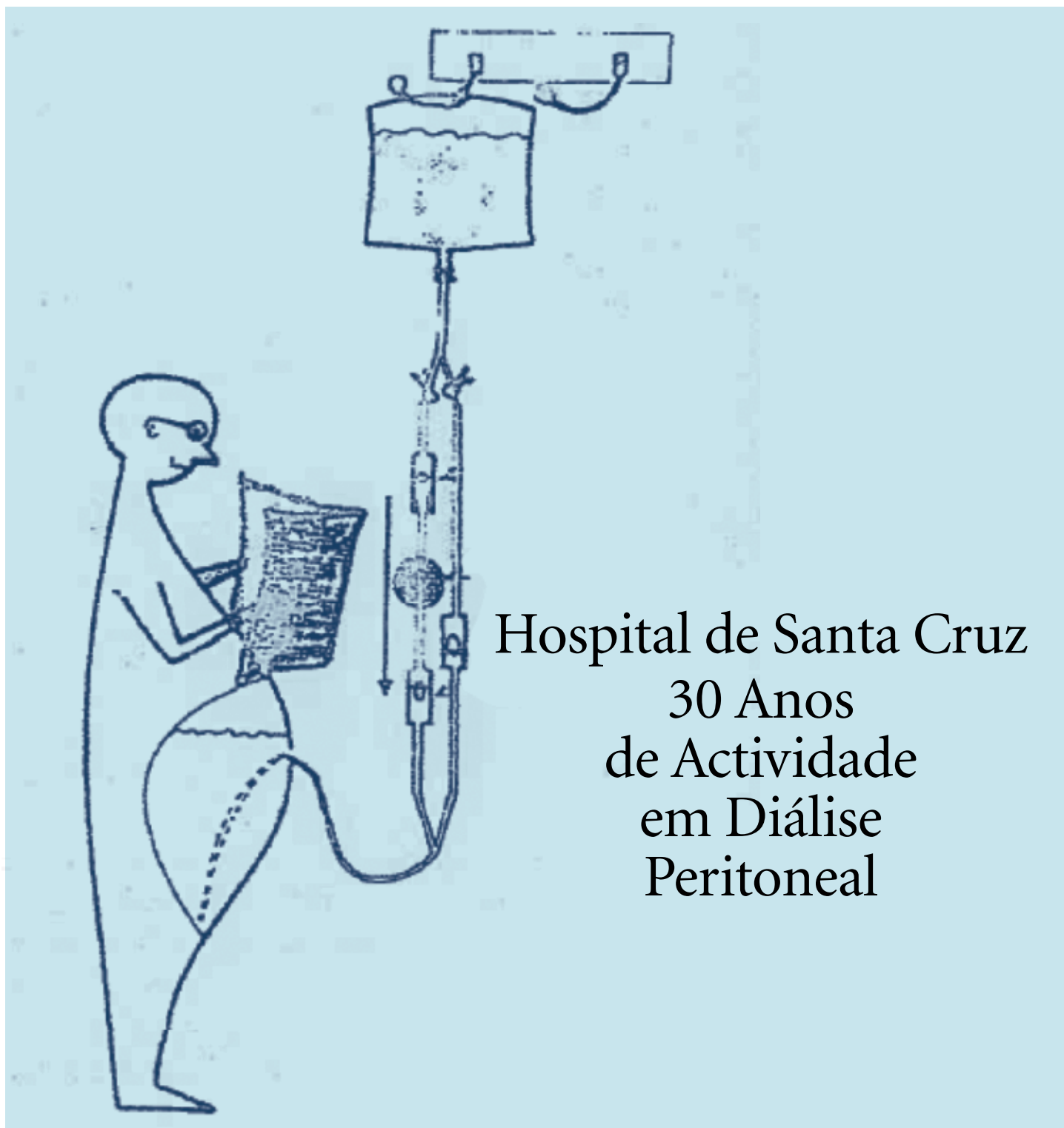




Jornal do Centro



Hospital de Santa Cruz
30 Anos
de Actividade
em Diálise
Peritoneal

O Serviço de
Psiquiatria da Infância
e da Adolescência

II Curso
de Pós-Graduação
“O doente em fim de vida”



Índice

- 3 Editorial
- 4 O Serviço de Psiquiatria da Infância e da Adolescência no CHLO
- 6 A Propósito do Dia Mundial da Segurança: Breves Reflexões sobre Acidentes de Trabalho
- 8 30 Anos da Diálise Peritoneal Contínua Ambulatória no tratamento da Doença Renal Crónica
- 11 O Método Canguru na Neonatologia
- 12 II Curso de Pós-Graduação “O doente em fim de vida”
- 14 Breves
- 16 Agenda do Centro

Telefones úteis

HOSPITAL DE EGAS MONIZ

Rua da Junqueira, 126 - 1349-019 Lisboa

Apoio ao Internamento	210432221/22
Consulta Externa – Informações e marcações	210432369/71/73
Consulta do Viajante – Informações e marcações	210432356
Urgência de Otorrinolaringologia	210432233
Urgência de Oftalmologia	210432235
Cirurgia Ambulatória	210432261/62
Gabinete de Comunicação e Imagem	210432448
Serviço Social	210432413

HOSPITAL DE SANTA CRUZ

Av^a Prof. Reinaldo dos Santos - 2790-134 Carnaxide

Informações gerais/Apoio ao Internamento	210433001/02
Consulta Externa – Marcações 1 ^a vez	210433004/05
Consulta Externa – Marcações subsequentes	210433178
Consulta de Arritmologia	210433216
Cirurgia Ambulatória	210433036
Unidade de Hemodiálise	210433099/100
Unidade de Hemodinâmica Cardíaca	210433069
Unidade de Transplantação Renal	210433224
Gabinete de Comunicação e Imagem	210433145
Serviço Social	210433135 (Cardiologia)
	210433118 (Cardio-torácica)
	210433092 (Nefrologia)
	210433109 (Cirurgia Geral)

HOSPITAL DE SÃO FRANCISCO XAVIER

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

Apoio ao Internamento	210431160
Urgência Geral - Informações	210431160
Urgência Geral – Admissão de Doentes	210431132
Urgência Obstétrica/Ginecológica – Admissão de Doentes	210431686/7
Urgência Pediátrica – Admissão de Doentes	210431664
Consulta Externa – Informações e marcações 1 ^a vez	210431765/68
Consulta Externa – Marcações subsequentes:	
• Medicina Interna	210431489/90/91
• Cirurgia	210431525/26
• Ginecologia/Obstetrícia	210431508/9/10
• Pediatria	210431540/41
• Ortopedia	210431306/7
Hospital de Dia de Especialidades Médicas	210431727
Hospital de Dia de Oncologia	210431704/18
Gabinete de Comunicação e Imagem	210431147
Serviço Social	210431429

Gabinete do Utente do CHLO

Contactos

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

HOSPITAL DE EGAS MONIZ
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


 CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA OCIDENTAL E.P.E.
 HOSPITAL DE EGAS MONIZ
 HOSPITAL DE SANTA CRUZ
 HOSPITAL DE SÃO FRANCISCO XAVIER

Maria João Pais

Presidente do Conselho de Administração
e Directora Clínica



O financiamento do Hospital

No âmbito da organização do Serviço Nacional de Saúde ninguém vai ao Centro de Saúde que quer, mas sim ao Centro da respectiva área de residência. O mesmo princípio se aplica aos hospitais públicos, os quais recebem financiamento para dar cobertura hospitalar aos doentes residentes numa determinada área definida – a área de influência – em articulação com os Centros de Saúde da mesma zona.

O Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental tem como área de influência directa as freguesias de São Francisco Xavier, Santa Maria de Belém, Ajuda, Alcântara e Santo Condestável e o Concelho de Oeiras, e constitui Hospital de referência em várias especialidades para os Concelhos de Amadora e Cascais, totalizando uma população de cerca de 950 000 habitantes.

O CHLO está sob a dependência da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, com a qual estabelece anualmente um contrato programa que determina o orçamento do hospital para o ano seguinte. Deste contrato programa decorre o financiamento anual baseado numa determinada produção acordada entre o CHLO e a ARSLVT, e ainda em incentivos institucionais dependentes do cumprimento de objectivos de qualidade e eficiência.

A produção é remunerada por actos e serviços prestados, nomeadamente Consultas Externas, doentes saídos/internamento, sessões do Hospital de Dia, episódios médicos ou cirúrgicos de ambulatório e urgências, sendo valorizada em função de preços previamente estabelecidos para os mesmos. A produção do internamento e do ambulatório médico e cirúrgico é classificada por um sistema de tipificação de tratamento de determinados grupos de patologias e dos custos associados – os Grupos Homogêneos de Diagnóstico ou GDH – e o pagamento desta produção é ajustado por um factor denominado índice de case-mix que reflecte a complexidade dos actos praticados. Pode haver ainda lugar a programas específicos, com valorização fixa, que variam anualmente de acordo com as necessidades nacionais ou regionais, como por exemplo o Programa para Tratamento de Cataratas, o programa de tratamento Cirúrgico da Obesidade, etc.

Decorrendo do orçamento definido, o CHLO recebe mensalmente um duodécimo do valor estipulado, o que lhe permite pagar os ordenados dos funcionários e fazer face a todas as despesas do Hospital.

O modelo de pagamento actualmente utilizado tem como mérito uma maior clarificação do papel do Estado enquanto simultaneamente financiador e prestador de serviços. As Administrações Regionais de Saúde compram os serviços que os Hospitais Públicos prestam, com base numa contratualização que estipula a quantidade e qualidade dos serviços a realizar, e as respectivas penalizações em caso de incumprimento. Uma das maiores desvantagens deste modelo corresponde ao subfinanciamento de áreas clínicas altamente dispendiosas. ■

O Serviço de Psiquiatria da Infância e da Adolescência no Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental

O reconhecimento da existência de perturbações psiquiátricas na criança/adolescente, o aceitar que, desde bebé, se podem ter angústias e tristezas que, em determinadas circunstâncias, necessitam de cuidados de saúde mental, está na base dos pedidos de consulta de Psiquiatria da Infância e Adolescência e aumenta o número dos mesmos.

Da frase frequentemente dita: "Deixa estar, isso passa com a idade" ou: "O meu filho também teve isso e passou", sabe-se hoje que podem fragilizar e distorcer o desenvolvimento da criança/adolescente e, sobretudo, que existe um sofrimento psíquico do próprio e/ou da sua família que deve ser tratado como qualquer outro sofrimento.

Cada etapa do desenvolvimento conduz a aquisições fundamentais. Algumas, se não adquiridas, são possíveis de recuperar, mas outras conduzem a sequelas irreversíveis onde a intervenção possível é a da área da reabilitação.

Tal conhecimento motiva que, a nível mundial, se realce a importância da prevenção e tratamento das perturbações psiquiátricas na infância/adolescência, acrescida pelo conhecimento de poderem persistir na vida adulta. A Perturbação Depressiva e a Perturbação do Comportamento são duas das que persistem na vida adulta e são dos diagnósticos mais frequentes.

Em crianças de idade pré-escolar e até aos 10 anos, os dados de epidemiologia, indicam uma prevalência, na população geral, de 10% de perturbações psiquiátricas, sendo de 20% para os adolescentes.

O Serviço de Psiquiatria da Infância e Adolescência do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental (CHLO) presta cuidados de saúde mental - prevenção, tratamento e reabilitação - aos utentes dos 0 - 17 anos, inclusive, residentes nos Concelhos de Oeiras e Cascais e em 4 Freguesias de Lisboa (Alcântara, Ajuda,

Sta. Maria de Belém e São Francisco Xavier) - Censos de 2001: 366.307 habitantes. Iniciou funções em Maio de 1999. Juntamente com a actividade assistencial, realiza actividades de formação e de investigação.

A sua equipa é constituída por administrativa, auxiliar de acção médica, assistente social, enfermeira, psicólogos, psicomotricista e psiquiatras da infância e adolescência, todos importantes para um trabalho que se pretende seja construído para cada caso clínico, onde cada um conhece a especificidade da sua área e compreende a necessidade de se articular com os restantes.

Anualmente, recebe cerca de 550 pedidos de consulta, referenciados pelo médico assistente, Tribunal, Comissões de Protecção de Crianças e Jovens, Casa Pia de Lisboa e Centros de Acolhimento de Emergência. Os motivos principais são as alterações do comportamento, sintomas depressivos/ansiosos e dificuldades de aprendizagem. A maior prevalência é a faixa etária dos 6 aos 12 anos. Os rapazes constituem dois terços dos pedidos, anulando-se esta diferença após os 15 anos.

Além das consultas de Psiquiatria da Infância e Adolescência, em Lisboa e Cascais, dispõe de outras intervenções terapêuticas: psicoterapia individual, familiar e de grupo, psicomotricidade, intervenção psicossocial individual e familiar, consultas de enfermagem.

«Por muito que se tenha feito, parece sempre muito pouco por diariamente sermos confrontados com situações clínicas que ultrapassam o que possamos imaginar poder existir»

O Serviço não possui internamento nem urgência, que se realiza no Hospital de D. Estefânia. Outras actividades do serviço são a Ligação e os Exames Médico-Legais e de Psicologia Forenses.

A observação e tratamento em psicomotricidade é uma área muito relevante, indicada para um leque variado de situações clínicas, utilizando a mediação pelo corpo, pelo movimento e pela comunicação não verbal.

Ao trabalho que se realiza directamente com o utente associa-se a colaboração com as estruturas de saúde, educativas, sociais e judiciais. Saliento a articulação com a escola. Em 2001, criou-se um programa denominado "Intervenção Escolar em Saúde Mental da Infância e Adolescência", porque se verificava: 1) Um número crescente de pedidos de consulta motivados por perturbações graves do comportamento na escola; 2) Coexistência de psicopatologia individual, familiar e escolar que provocavam e/ou perpetuavam o sintoma.

O objectivo consistia em facilitar a comunicação Escola/Serviço e vice-versa, por existir um Técnico de referência no serviço, obter um conhecimento aprofundado das escolas da área atendida, ter disponibilidade para reuniões pontuais ou periódicas, promover as competências dos técnicos das escolas para a interacção com as crianças e adolescentes que apresentam perturbações psiquiátricas, adequar as expectativas e a prática lectiva a estas crianças e adolescentes, facilitar a compreensão do tratamento em curso e identificar factores escolares implicados na perturbação psiquiátrica.

A avaliação dos resultados mostra um melhor conhecimento das escolas, um aumento crescente do número de escolas com as quais se realizam reuniões periódicas e utentes que se mantiveram na escola pela articulação construída.



Equipa do Serviço

Além das escolas, existem reuniões periódicas com a Casa Pia de Lisboa, Comissões de Protecção de Crianças e Jovens de Oeiras e de Cascais e com as Equipas da Santa Casa de Misericórdia de Lisboa de Acompanhamento de Famílias com Crianças e Jovens em Risco.

Dentro do CHLO, esta articulação foi aprofundada ao ser possível realizar reuniões mensais com a Neuropediatria, a Pediatria de Desenvolvimento e a Consulta de Adolescentes. Com os Centros de Saúde de Oeiras e Carnaxide, mantêm-se reuniões de 2/2 meses.

A **formação** é uma área muito investida pois raros são os locais onde esta pode ser obtida. Possibilitamos estágios em Enfermagem, Psicologia Clínica, Psicomotricidade, Serviço Social, Psiquiatria de Adultos e aos alunos do 6.º ano da Faculdade de Ciências Médicas de Lisboa. Em 2009, recebemos o primeiro interno da especialidade. São jovens que contribuem com o seu dinamismo para o serviço e realizam trabalhos que aumenta a qualidade do mesmo.

Em Novembro de 2009, ao completar 10 anos, o serviço organizou o seu I Encontro, subordinado ao tema “Já fiz asneira – As alterações do comportamento na criança e no adolescente”, o qual constituiu um momento de partilha de saberes e de festa.

Teve também a oportunidade de organizar, em conjunto com a Câmara Municipal de Oeiras, dois Encontros de Jovens, onde eram eles que falavam, no 1.º, das experiências da sua vida e, no 2.º, das vivências escolares. O 1.º destes foi o Encontro mais impressionante ao qual assisti pelo relato pelos próprios

adolescentes de experiências de vida em condições de extrema adversidade e ouvir como foram capazes de falar delas e de as vencer, dando uma lição de vida a todos os presentes, na maioria, adolescentes.

Em relação à **prevenção**, destaco o projecto “Alicerces: 0 - 3”, desenvolvido numa creche e jardim-de-infância dum bairro social, que está a ser replicado noutros locais. O propósito deste trabalho consistia em procurar aumentar as competências parentais ao permitir um espaço de reflexão parental, onde colocavam as suas questões.

O agravamento da situação social provoca uma maior prevalência de psicopatologia parental, com repercussão negativa familiar. O cansaço e desânimo dos pais, a sua tentativa para compensar os filhos pelo pouco tempo que sentem estar com eles, ou porque desejam dar aos filhos o que não tiveram, são alguns dos motivos que provocam dificuldades na introdução adequada da frustração e surgem crianças/adolescentes “ditadores/frágeis” – não respeitam as regras impostas pelos adultos, desejam ser eles a mandar mas, simultaneamente, têm medos porque não conseguiram integrar adequadamente a sua agressividade e não têm figuras adultas que sintam que são suficientemente fortes e boas para serem respeitadas e capazes de os proteger e ajudar.

Para uma prevenção mais precoce é necessário diminuir um dos grandes problemas da Psiquiatria da Infância e Adolescência: o estigma do próprio de vir ao Psiquiatra e a dificuldade de alguns médicos efectuarem o despieste

e pedir esta consulta. A psicofarmacologia é também alvo de estigma.

A psicoterapia é, muitas vezes, idealizada por pais e técnicos. Quer-se acreditar que é a chave para todas as doenças psiquiátricas e isso não é verdade. A psicoterapia tem indicações e contra-indicações como qualquer fármaco. Se utilizada sem critérios pode conduzir a situações clínicas muito graves ou estar-se anos em psicoterapia sem ter qualquer alteração da sintomatologia.

Vários estudos têm mostrado que a associação da psicofarmacologia a vários tipos de intervenções psicoterapêuticas, quando estas estão indicadas, aumenta a eficácia terapêutica.

Verifica-se um aumento de casos clínicos de extrema gravidade e com mais que um diagnóstico: Perturbações Psicóticas, Perturbações Bipolares, Perturbações do Comportamento, Perturbações da Personalidade. O trabalho de equipa, com vários técnicos para o mesmo caso, e a articulação com as estruturas judiciais e educativas é aqui essencial. Alguns destes, apesar de todas as tentativas, não melhoram o que cria perplexidade pois não é o costume.

Um dos factores de bom prognóstico, mesmo nas situações mais graves, é a capacidade da família aderir ao tratamento, construindo uma relação de confiança. É importante que a família e criança/adolescente sejam esclarecidos sobre o diagnóstico e o tratamento e falarem das suas dúvidas. Comparecer às consultas marcadas com a periodicidade indicada é essencial. Faltar implica a perda da qualidade terapêutica, como não tomar o antibiótico e a infecção desenvolver-se.

O serviço dispõe actualmente de instalações adequadas e de recursos humanos estáveis. Estes são sempre sentidos como insuficientes para a periodicidade de que os técnicos desejavam ter nas consultas.

Por muito que se tenha feito, parece sempre muito pouco por diariamente sermos confrontados com situações clínicas que ultrapassam o que possamos imaginar poder existir.

Em cada consulta, os nossos utentes dão-nos o sentido para o trabalho desenvolvido: tratar para que possam retomar um desenvolvimento harmonioso. ■

DRA. GEORGINA MAIA
Directora do Serviço de Psiquiatria
da Infância e da Adolescência

A propósito do Dia Mundial da Segurança: Breves Reflexões sobre Acidentes de Trabalho

BREVE NOTA HISTÓRICA

O dia 28 de Abril é comemorado em todo o mundo, desde 1996, como forma de homenagear as vítimas de acidentes de trabalho e doenças profissionais.

A primeira cerimónia teve lugar em Nova Iorque, na Organização das Nações Unidas, onde foi aceso um memorial para recordar todos aqueles que perderam a vida no Trabalho ou adquiriram doenças relacionadas com a sua actividade profissional. Com esta primeira Jornada de Luto, estava consagrado o Dia Internacional de Luto pelas Vítimas de Acidentes de Trabalho e Doenças Profissionais.

A data foi escolhida para coincidir com as Jornadas Nacionais de Luto do 28 de Abril, previamente adoptadas pelo Congresso Canadano de Trabalho. Desde 2001 que esta efeméride é reconhecida pela Organização Internacional do Trabalho (OIT), sendo actualmente celebrada de modo oficial em inúmeros países do mundo.

Em Portugal, o dia 28 de Abril foi instituído “Dia Nacional de Prevenção e Segurança no Trabalho” mediante resolução da Assembleia da República nº 44/2001, cabendo à Autoridade para as Condições do Trabalho (ACT) o cumprimento do recomendado nesta resolução.

SITUAÇÃO NO MUNDO, UNIÃO EUROPEIA E EM PORTUGAL

Segundo dados da OIT, em cada ano ocorrem em todo o mundo cerca de 270 milhões de acidentes de trabalho e 160 milhões de doenças profissionais, tendo custos económicos que ultrapassam os 4% do PIB mundial, para além de todo o sofrimento pessoal e familiar subjacente a esta

realidade. O número de mortos ultrapassa os 2 milhões todos os anos.

Segundo a Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho, todos os anos morrem na União Europeia (UE) mais de 140 mil pessoas devido a doenças profissionais, e cerca de 9000 por acidentes de trabalho. Um terço destas 150 mil mortes pode ser atribuído a substâncias perigosas no local de trabalho (em particular o amianto). Existem na UE 19 milhões de pequenas e médias empresas que empregam quase 75 milhões de pessoas. Estas empresas registam 82% das lesões relacionadas com o trabalho e 90% dos acidentes mortais.

Em Portugal, na década de 90 do século XX, morriam cerca de 300 trabalhadores por ano, num total de mais de 300 000 acidentes de trabalho com alguma gravidade. Actualmente, registam-se cerca de 250 000 acidentes por ano e, segundo números da ACT, registaram-se 115 acidentes mortais em 2009, cerca de 50% dos quais no sector da construção.

CAUSAS HABITUAIS DE ACIDENTES DE TRABALHO EM PORTUGAL

Os acidentes de trabalho mais frequentes em Portugal são as quedas e soterramentos, constatando-se que as principais causas destes acidentes se prendem com o incumprimento das regras de segurança e a não utilização ou incorrecta utilização dos dispositivos de segurança.

PREVENIR INFORMANDO

Os custos directos e indirectos dos acidentes de trabalho são elevadíssimos para os trabalhadores, assim como para as empresas.

Prevenir, quer na perspectiva do tra-

balhador quer na do empregador, é a melhor forma de evitar que os acidentes aconteçam. A consciencialização e a formação dos trabalhadores no local de trabalho são a melhor forma de prevenção. As acções e medidas destinadas a evitar os acidentes de trabalho estão directamente dependentes do tipo de actividade exercida, do ambiente de trabalho e das tecnologias utilizadas, devendo o trabalhador ser devidamente informado de todas as medidas de segurança colectivas e individuais inerentes à actividade desenvolvida.

RESPONSABILIDADE/ PARTICIPAÇÃO DO TRABALHADOR NA PREVENÇÃO

No pressuposto que a prevenção depende significativamente da vontade e do empenho da gestão para se tornar parte integrante e diária dos objectivos da empresa, a adopção de um sistema de gestão de Segurança e Saúde no trabalho poderá constituir uma promissora abordagem para a melhoria das condições de trabalho. Contudo, estes sistemas devem igualmente prever uma participação equilibrada por parte dos trabalhadores no processo de tomada de decisões em matéria de Segurança e da Saúde.

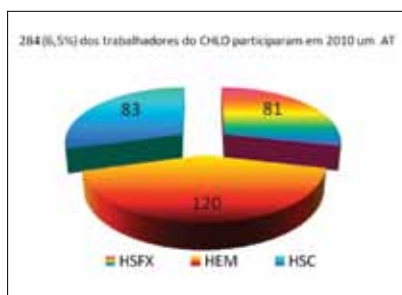
Neste contexto, o trabalhador terá de ser responsabilizado relativamente a vários aspectos:

- Tornar o seu local de trabalho confortável;
- Ter cuidado e seguir todas as regras de segurança na realização de actividades mais perigosas;
- Organizar o local/posto de trabalho, não deixando objectos fora dos seus lugares ou mal arrumados. Se tudo estiver arrumado não precisa de improvisar perante imprevistos e isso reduz os acidentes;

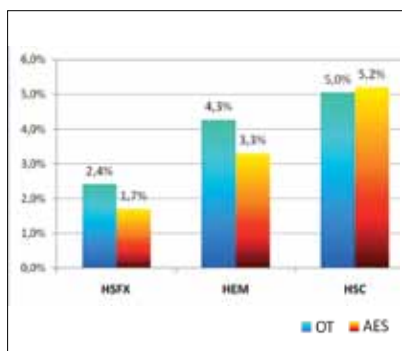
- Saber quais os riscos e cuidados que deve ter na actividade que desenvolve e quais as formas de protecção para reduzir esses riscos;
- Participar sempre nas acções ou cursos de prevenção de acidentes que a empresa lhe proporcionar;
- Aplicar as medidas e dispositivos de prevenção de acidentes que lhe são facultados, designadamente o uso de equipamentos de protecção individual;
- Ser parte activa na empresa, sugerindo a realização de palestras, seminários e acções de formação sobre prevenção de acidentes.

ACIDENTES DE TRABALHO NO CHLO EM 2010

No Quadro 1 apresentam-se os dados relativamente aos acidentes de trabalho (AT) participados no CHLO em 2010, num total de 284, que excluem os acidentes de itinerário, e a que corresponde 6,5% do total de trabalhadores.

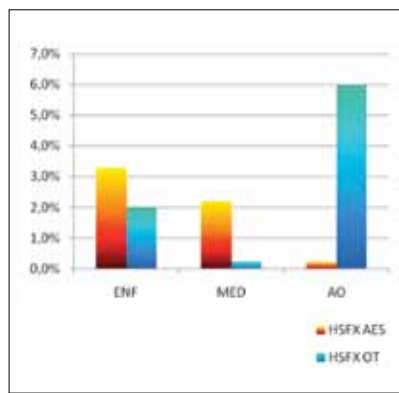


O Quadro 2 representa as percentagens de AT, relativamente ao número total de trabalhadores, por hospital e por tipo de acidente: de outro tipo (OT) e exposição ao sangue e fluidos orgânicos (AES).

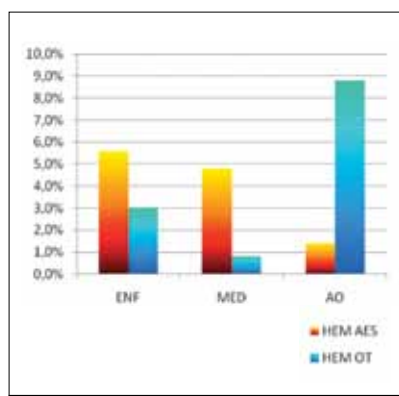


Estes Quadros representam a % de Acidentes de Trabalho por Tipo, por Grupos Profissionais e por Hospital.

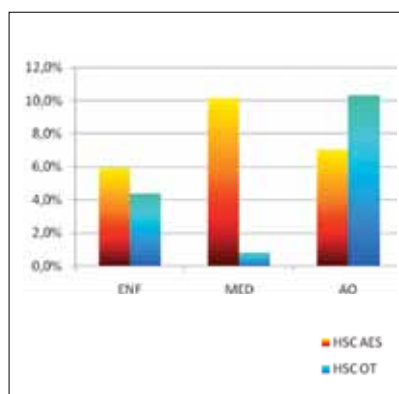
HSFX Acidentes por tipo e Grupo Profissional



HEM Acidentes por tipo e Grupo Profissional



HSC Acidentes por tipo e Grupo Profissional



CONCLUSÃO

Para dar uma dimensão do problema do absentismo relacionado com os Acidentes de Trabalho, constatamos que em 2010 houve um total de 2627 dias de trabalho perdidos, não estando ainda disponíveis os dados relativos ao Hospital de São Francisco Xavier, representando este número portanto apenas o absentismo relativo aos Hospitais de Egas Moniz e Santa Cruz.

A partir destes dados é fácil tirar elações quanto aos custos directos e indirectos que os Acidentes de Trabalho repercutem no CHLO.

Todos somos responsáveis na redução dos Acidentes de Trabalho. Aos governos cabe a tarefa de desenvolver infra-estruturas - legislação e serviços - necessários a que os programas e políticas nacionais de Saúde e Segurança sejam aplicados e cumpridos.

O empregador tem a responsabilidade de assegurar um ambiente de trabalho seguro e saudável.

Aos trabalhadores cabe a responsabilidade de trabalhar de forma segura, de se protegerem, conhecerem os seus direitos e participarem na implementação de medidas preventivas.

Assim, a adopção pela empresa de um sistema de gestão de Segurança e de Saúde poderá corresponder a um salto qualitativo de inovação organizacional, repercutindo-se a todos os níveis, motivando a gestão e os trabalhadores em torno da prevenção de riscos profissionais, o que se traduzirá em reflexos positivos no desempenho geral da empresa.

Não esqueça que Prevenir os Acidentes de Trabalho está nas suas mãos.

Em caso de dúvida procure o Serviço de Saúde Ocupacional que estará sempre disponível para ajudar e participar. **Colabore Connosco!**

DRA. TERESA MARTINHO

Directora do Serviço de Saúde Ocupacional

Fontes:

OIT, Organização Internacional de Trabalho

OMS, Organização Mundial de Saúde
ACT, Autoridade para as Condições de Trabalho

Serviço de Nefrologia do Hospital de Santa Cruz

30 Anos da Diálise Peritoneal Contínua Ambulatória no tratamento da Doença Renal Crónica

Em Março deste ano comemorou-se o trigésimo aniversário do início da Diálise Peritoneal Contínua Ambulatória (DPCA) em Portugal.

Em Março de 1981, uma equipa liderada pelo Prof. Dr. Jacinto Simões e pela Dra. Maria João Pais, pertencentes ao recém-formado Serviço de Nefrologia do Hospital de Santa Cruz iniciaram esta técnica em Portugal, como alternativa ao tratamento de hemodiálise. A primeira doente foi uma criança de 6 anos, com doença renal crónica terminal, residente longe de Lisboa, com dificuldades na criação de acesso vascular e não tinha expectativa de transplante imediato. A diálise iniciou-se com a disponibilidade do Dr. Humberto Messias que também colocou, pela primeira vez em Portugal, um cateter peritoneal definitivo e com a colaboração da mãe. Manteve-se em DPCA durante um ano e actualmente é uma transplantada renal com vida activa.

A Diálise Peritoneal é uma técnica de substituição da função renal equivalente à hemodiálise na terapêutica da doença renal crónica terminal. No entanto, nem sempre foi assim. O actual sucesso resulta do somatório do trabalho de investigadores, médicos, enfermeiros, químicos e engenheiros, assim como do apoio da Indústria na resolução dos problemas técnicos. Esta modalidade de diálise realiza-se no domicílio, é assumida pelos doentes e pelas suas famílias. Fundamental para o crescimento da diálise peritoneal foi a coragem e combatividade dos doentes pioneiros. O seu empenho constante, na gestão do seu tempo e conforto domiciliário, a sua crença permanente nos avanços da tecnologia e do conhecimento médico, foram o motor para estimular a



Equipa da Unidade de Diálise Peritoneal

imaginação de soluções para os problemas que iam aparecendo.

Hoje, a Diálise Peritoneal (DP) é, a nível mundial, a principal terapêutica dialítica domiciliária. É efectuada pelo doente ou por um familiar/cuidador. Tem vantagens demonstradas sobre a hemodiálise em vários grupos de doentes, como as crianças, idosos, diabéticos e doentes que iniciam diálise. Todos os doentes que pretendem gerir o seu tempo, integrando a doença crónica na sua vida e assumindo o seu tratamento, beneficiam desta diálise. A autonomia da pessoa e a qualidade de vida são optimizadas.

A DP nasceu no século XVIII, quando o Rev. Stephen Hales introduziu a “lavagem peritoneal”. Seguiu-se quase um século em que se estudou o peritонеu e as suas características e, em 1923, Ganter fez a

primeira diálise peritoneal humana. Também um ano mais tarde George Haas fez a 1ª hemodiálise humana. Em 1943, Kolff and Berk, utilizaram o 1º filtro de hemodiálise no tratamento da insuficiência renal aguda em humanos. O custo da hemodiálise era elevado, o desenvolvimento tecnológico lento pelo que, em 1946, se começou a tratar a insuficiência renal aguda com a diálise peritoneal. Nos anos 60, o desenvolvimento de cateteres peritoneais permanentes (Palmer 1962 e TencKhoff 1964) e máquinas de diálise peritoneal automáticas, as cicladoras (Lasker 1971) permitiram utilizar este tratamento em doentes renais crónicos. Este método teve bons resultados clínicos em centros dedicados, mas nunca se generalizou.

Moncrief, Popovich *et al* submeteram um trabalho, “The definition of



«Fundamental para o crescimento da diálise peritoneal foi a coragem e combatividade dos doentes pioneiros. O seu empenho constante, na gestão do seu tempo e conforto domiciliário, a sua crença permanente nos avanços da tecnologia e do conhecimento médico»

a novel portable/wearable equilibrium peritoneal dialysis technique” na Sociedade Americana de Órgãos Internos Artificiais em 1976, que foi rejeitado. Era descrito um método de diálise contínua, através de um cateter peritoneal permanente, com lavagem da cavidade abdominal 4-5 vezes por dia. Apresentavam ainda os cálculos matemáticos que demonstravam que esta diálise permitia uma “dose de diálise adequada”. O nome da técnica foi modificado para diálise peritoneal contínua ambulatoria. Dois anos mais tarde foram apresenta-

dos os resultados dos primeiros doentes crónicos tratados desta maneira. Nascia assim uma técnica alternativa de diálise para tratar doentes com insuficiência renal crónica. Os grandes progressos tecnológicos dos anos 80 permitiram modificar o conforto dos doentes e a prevenção das infeções. Muito tem sido feito para ser cada vez mais eficaz e com menos efeitos adversos. Desde sempre se sabe que qualquer terapêutica dialítica não é isenta de problemas. No caso da diálise peritoneal temos as infeções (peritonites e problemas re-

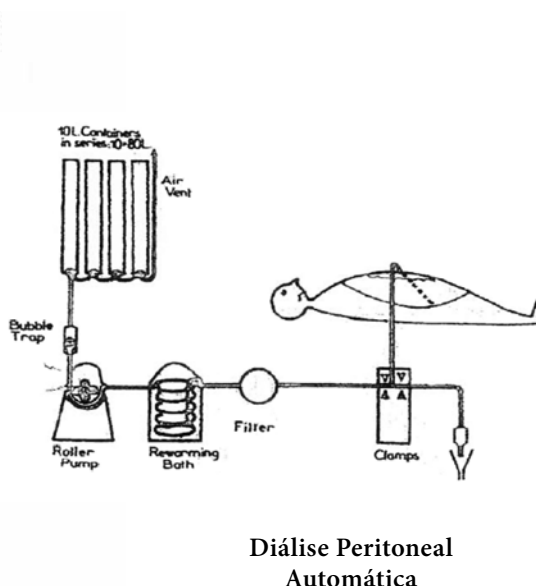
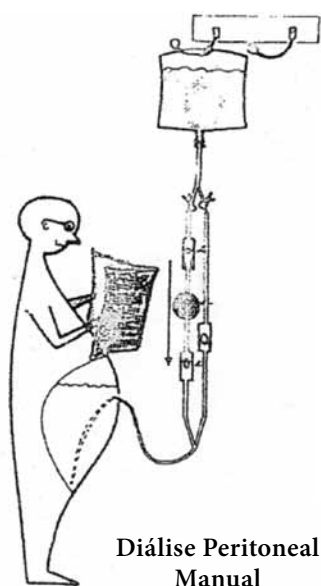
lacionados com o cateter), o risco de desnutrição e alterações da membrana peritoneal, que com o tempo podem condicionar o sucesso desta técnica.

Desde então os marcos mais importantes da técnica foram:

- O uso de bolsas de líquido de diálise em plástico flexível, portáteis e ligados ao cateter de modo permanente diminuindo as conexões, criado por Oreopoulos;
- Buoncristiani, criou o sistema em Y;
- Os progressos na conectologia entre o cateter e as bolsas de diálise desenvolvido pela Indústria.

Em 1981, Diaz-Buxo propôs a diálise peritoneal contínua cíclica. O doente é dialisado durante a noite com uma cicladora. Criou-se assim a diálise peritoneal automática que dispensa os ciclos diurnos tornando-se o método ideal para dialisar crianças e pessoas que trabalham.

Nos anos 90 fizeram-se estudos de comparação das técnicas de diálise que mostram que a diálise peritoneal é equivalente à hemodiálise. A população de doentes em diálise peritoneal tem menos incidência de anemia, necessita de doses menores de eritropoetina, mantém diurese residual durante mais tempo e os doentes podem ter uma dieta menos restritiva. Esta técnica é ainda mais barata.



Por fim ficaram disponíveis soluções de diálise mais biocompatíveis e que se pensa que poderão preservar a membrana peritoneal.

Na última década, o doente renal passou a receber uma abordagem multidisciplinar. Esta estratégia deve ser precoce, para prevenir as complicações relacionadas com a doença renal crónica, como a anemia, a doença mineral e óssea, má nutrição e insuficiência cardíaca. O doente tem o direito de escolher, entre os vários tratamentos equivalentes e disponíveis para tratar a doença crónica. Passou-se assim de uma abordagem apenas biológica processada por uma equipa médica, para uma abordagem bio-psico-social, com intervenção de técnicos de múltiplas áreas para interacção com o doente e o seu ambiente familiar.

Os métodos usados para o tratamento actual da doença renal crónica – diálise peritoneal, hemodiálise e transplantação renal, têm que ser vistos como complementares e actualmente espera-se, que alguma vez na sua vida, os doentes tenham que passar de uns para os outros. Com os tratamentos actuais os doentes podem ter uma boa esperança de vida.

No Hospital de Santa Cruz (HSC) passámos por todas estas etapas, a Diálise Peritoneal passou por épocas mais entusiásticas e por outras menos, não sendo este hospital senão o reflexo do que se tem passado no país e no mundo, quanto ao tratamento da doença renal crónica. Coube à 1ª equipa criar as circunstâncias para se puder proporcionar este tipo de tratamento aos doentes.

Até ao fim dos anos 90 a diálise peritoneal era uma técnica em que predominavam os doentes que não podiam fazer hemodiálise por falta de acessos vasculares. Desde então, desenvolveram-se condições para proporcionar este tratamento a um maior número de doentes, a formação médica e de enfermagem foi alargada, aumentou o esclarecimento dos doentes nas consultas de nefrologia, criou-se uma equipa multidisciplinar para fornecer, no período pré-dialítico, informação sobre as modalidades de tratamento da doença renal crónica.



«A Diálise Peritoneal é uma técnica de substituição da função renal equivalente à hemodiálise na terapêutica da doença renal crónica terminal»

O programa actual é fruto da colaboração próxima entre os Serviços de Nefrologia e Cirurgia Geral, do empenhamento das enfermeiras – Enf^a Teresa Correia, Enf^a Cristina Lobo, Enf^a Fátima Marques, que nele têm colaborado com incedível dedicação e ainda fruto das equipas médicas que ao longo destes anos sucessivamente se têm dedicado à DP nomeadamente as Dras. Margarida Bruges e Margarida Gonçalves e cirúrgicas com o Dr. António Pina e o Dr. Martinho.

Em 2010 foram tratados 64 doentes no nosso programa. No dia 28/02/2011 foram inauguradas as novas instalações de DP, situadas no piso 01 do HSC. Esta área está dedicada aos cuidados ambulatoriais, ao ensino e formação desta técnica.

Neste trigésimo aniversário é justo reconhecer o esforço e o trabalho de todos os nefrologistas, cirurgiões, enfermeiros, dietistas, administrativos e técnicos de serviço social, que durante 30 anos tornaram a DP uma realidade possível no HSC.

Aos nossos doentes a DP é um tratamento reconhecido em todo o mundo com uma boa técnica de substituição da função renal. Muito tem sido feito para ser cada vez mais eficaz e com menos efeitos adversos. Este é um tratamento que pode fazer em casa, no trabalho ou numa viagem. Mas o mais importante é o doente e a sua integração familiar. A interacção com a equipa de saúde tem de ser vista como o melhor meio para conseguir os melhores resultados, proporcionando-lhe uma vida o mais completa e activa.

A Equipa Actual da Diálise Peritoneal

DRA. AUGUSTA GASPAR

E DRA. PATRÍCIA BRANCO

Nefrologistas

ENF^a ELISABETE COSTA

E ENF^a SARA PEREIRA

Pessoal de Enfermagem

DRA. MARTA OLIM

Assistente Social

DRA. RITA CALHA

Nutricionista

DR. J. DIOGO BARATA

Director do Serviço de Nefrologia

ENF^a CASIMIRA CARVALHO

Enfermeira Chefe do Serviço de Nefrologia

Bibliografia:

- 1- M. João Pais; M. H. Boquinhas; D. Machado; J. Simões: Diálise Peritoneal Contínua Ambulatória – Serviço de Medicina e Nefrologia do HSC – J. O. Médico 106: 597-606. 1983
- 2- Moncrief, J.W; Popovich et al: “The definition of a novel portable/wearable equilibrium peritoneal dialysis technique abstract” Am. Soc. Art. Int. Organs 5:64. 1976
- 3- Raymond T. Krediet: “30 Years of Peritoneal Dialysis Development: The Past and the future”; Perit Dial Int 2007; 27(S2):S35–S41
- 4- “Treatment Methods for Kidney Failure - Peritoneal Dialysis”-National Institutes of Health National Kidney and Urologic Diseases Information
- 5- Russel A. Palmer- as it was in the beginning: A History Of Peritoneal Dialysis* Downloaded from www.pdconnect.com
- 6- “The history of Dialysis and Kidney Transplantation in Edinburg – milestones in the development of peritoneal dialysis” – from EdREN, the website of the renal Unit of the Royal infirmary of Edinburgh
- 7- Dialysis Compact – the history and development of peritoneal dialysis – Fresenius Medical Care

O Método Canguru na Neonatologia

Dando Voz aos Pais

O método canguru é uma intervenção de enfermagem valorizada na prestação de cuidados de saúde aos recém-nascidos internados na Unidade de Neonatologia do Hospital de São Francisco Xavier deste hospital e suas famílias. É um método de execução simples e económico, muito importante para o harmonioso desenvolvimento do recém-nascido e para o estabelecimento de um vínculo afectivo precoce com os seus pais. Consiste no contacto pele a pele onde, o recém-nascido, apenas com a fralda, é aninhado na posição vertical, no peito nu dos seus pais e convidado a redescobrir o embalar da respiração e o bater do coração, tal como fazia durante o período intra-uterino. Todos os bebés saudáveis podem treinar este método com frequência (na obstetrícia e em casa), assim como a maioria dos bebés internados na Unidade de Neonatologia, mesmo os mais pequenos ou ventilados, desde que a sua condição de saúde esteja estável.

São inúmeras as vantagens do uso frequente deste método para o recém-nascido, descritas na literatura: melhora a frequência cardíaca e respiratória, promove os períodos sono profundo, estabiliza a temperatura corporal, facilita o relaxamento, ajuda-o a lidar com o stress, diminui a dor, favorece um aumento mais rápido de peso e favorece a amamentação.

Em 2007 realizou-se um estudo no nosso hospital sobre as vantagens do uso frequente deste método para o recém-nascido internado na Neonatologia e suas famílias. Entre as diversas conclusões, destaca-se o facto de todos os pais terem encarado a prática do método canguru como uma experiência positiva, que lhes permitiu uma maior proximidade com o seu bebé, favorecendo a vinculação, ao mesmo tempo que foi propulsora do desenvolvimento de um sentimento de segurança parental.

Preocupados com a vivência pessoal de cada família, face à realização frequente do método canguru, pro-

curou saber-se, em algumas famílias internadas, o que sentem sobre esta experiência. Eis dois testemunhos...



É uma sensação quase indescritível... são momentos super tranquilos, momentos de carinho imenso, de completa união. Há o desligar de sentimentos tristes e melancólicos, onde só existe lugar para a felicidade extrema e o desejo de que aquele momento seja eterno! Penso que a cumplicidade entre mãe e filho começa aqui... desde que ele se encosta no meu peito, onde passa metade do tempo a dormir e a outra metade a contemplar-me... até que chora quando é retirado (quase como se estivesse a nascer novamente). É o melhor SPA que uma mulher pode fazer!

À parte dos sentimentos, o melhor de tudo é notar um maior desenvolvimento nele, o que me leva a ansiar praticar este método todos os dias, não só aqui mas também quando for para casa!

OUTRA FAMÍLIA RELATA:



Somos pais de uma maravilhosa "Juliinha" que com a curiosidade ingénua de uma criança, decidiu chegar ao mundo com apenas 25 semanas e 2 dias de gestação. O processo tem vindo a ser lento e repleto de muitas alegrias, bem como

dias menos bons. No início desta jornada, o desafio de começarmos a praticar o método canguru surgiu-nos como a hipótese de tudo vir a correr bem, como a luz no meio daquela escuridão de incertezas... Com este método sentimo-nos Finalmente Pais!

No primeiro dia em que nos foi colocada a nossa filha nos braços, em que a sentimos verdadeiramente e a tocámos, fomos dominados por lágrimas de alegria e muita emoção! O método canguru permitiu-nos, como pais de uma criança prematura, desempenharmos alguns dos papéis que nos estavam implícitos... como segredar-lhe ao ouvido que iríamos cumprir todas as promessas que lhe fizemos durante a gravidez, dizer-lhe que a vamos proteger de tudo e de todos, como a vamos amar até ao último momento e que sempre estaremos presentes e disponíveis.

O método canguru é extraordinariamente calmante tanto para os bebés como para os pais, permitindo uma sinergia intensa e uma linguagem de amor única entre nós.

Ao fazer canguru as funções vitais da nossa filha melhoram substancialmente, ela sente-se tranquila e acima de tudo, muito, muito amada. É um momento enorme de felicidade nos nossos dias! Da mesma forma quando fazemos canguru com a nossa filha, acreditamos, em tom de metáfora, que a equipa de enfermagem, médicos e auxiliares da UCIN de São Francisco Xavier, pratica o método canguru com todos os pais de bebés internados na Neonatologia, através das suas palavras, gestos e sorrisos, protegem-nos, escutam-nos, ensinam-nos e levantam-nos, como se eles também, nos estivessem sempre a pegar ao colo... Por tudo isto, pela humanidade e sensibilidade com que nos cuidam: aqui fica o nosso muito obrigado! Sem vocês seguramente o caminho seria mais difícil.

NARCISA SALVADOR
JOANA MENDES
RITA PEREIRA
JOANA CEREJA

Enfermeiras da Unidade de Neonatologia

II Curso de Pós-Graduação

O doente em fim de vida

O II Curso de Pós-Graduação “Atitudes terapêuticas em fim de vida – Conceitos e controvérsias” teve lugar no Hospital de Egas Moniz (HEM), organizado pelo Núcleo de Ética em Medicina Intensiva da Universidade de Cuidados Intensivos Polivalentes do HEM e pela Comissão de Ética para a Saúde do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental (CHLO).

O curso decorreu em 26, 27 e 28 de Janeiro, no Auditório do Bloco Operatório do HEM, e contou com a colaboração de profissionais de várias áreas, todas elas essenciais neste campo tão específico da Medicina. Este evento teve uma grande adesão da parte de todos os profissionais dos três hospitais que constituem o CHLO.

A motivação para a realização deste curso deveu-se à necessidade de promover a formação numa área emergente e específica na Medicina, cuja discussão tem sido crescente na Sociedade Actual. O interesse crescente pelos Cuidados de Saúde nos doentes no fim de vida, nas últimas décadas, tem surgido por vários factores: a maior gravidade das doenças nos doentes hospitalizados e o aparecimento de sofisticadas tecnologias de suporte que tem permitido que os doentes sobrevivam mais tempo, são disso um forte exemplo.

Os actos médicos são movidos por dois grandes princípios morais: a preservação da vida e o alívio do sofrimento. Estes complementam-se na maior parte das vezes; mas podem tornar-se antagónicos, devendo prevalecer um sobre o outro.

Se tomarmos como princípio básico o de se optar sempre pela preservação da vida, independentemente da situação, estaremos com tal atitude a negar a existência da finitude humana. No entanto, existem casos em que a utilização extrema de recursos tecnológicos não conduz sempre aos resultados esperados existindo um grupo especial de doentes em que a

utilização dos mesmos apresenta resultados persistentemente desanimadores.

Existe sempre um momento na evolução da doença em que a morte se torna um desfecho esperado e natural. E sendo o momento em que o doente deixa de estar numa fase considerada curável, fim de vida impreciso, variável e dependente de múltiplos factores, é imprescindível que todas as decisões tomadas relacionadas com o fim de vida sejam fundamentadas, confirmadas e revistas, sendo boa prática fazê-lo, sempre no melhor interesse dos doentes, sabendo-se que, frequentemente, estes não estão em condições de expressar a sua vontade tornando ainda mais complexa esta decisão.

Evitar que a tecnologia se transforme num instrumento que prolongue o sofrimento e retarde o processo inevitável de morte submetendo o doente a excessos desproporcionais às suas necessidades tem-se vindo a tornar uma necessidade.

Nos últimos anos, os profissionais de saúde reconheceram que as suas obrigações para com os doentes ultrapassam a cura e a reversibilidade da doença reforçando-se a necessidade do doente ter direito a uma morte digna e tolerável. O que este espera, acima de tudo, é que o seu médico o trate com saber, compaixão, lealdade,

discernimento e integridade, nunca o prejudicando e planeando todas as acções para seu benefício, com respeito pela sua opinião.

Isto envolve o respeito pela decisão do doente em recusar terapêuticas mas também o direito e a garantia de que, mesmo com limitações na qualidade de vida, decidir continuar a viver com elas tendo o direito a essa escolha.

Desta forma, no doente salvável, a aplicação dos princípios da moral deve fundamentar-se na preservação da vida, enquanto que, na etapa de morte inevitável, a actuação médica deve ser orientada no sentido do alívio do sofrimento - *primum non nocere*. A partir do momento em que o doente é considerado em fase de morte inevitável, todos os actos médicos devem visar o seu conforto e alívio do sofrimento, não devendo por isso capitular diante de possíveis sentimentos de incapacidade, incompetência ou omissão.

Embora pouco se publique ou se discuta em relação ao assunto, na prática, algumas atitudes frente ao doente terminal acabam sendo assumidas, seja pela equipa médica seja por profissionais isoladamente. Algumas são conscientes e maduras, muitas vezes partilhadas com o próprio doente ou com a família, mas, também se observam condutas assumidas de forma inconsciente e/ou irresponsável, com desrespeito dos princípios éticos e morais, o que resulta em sofrimento e/ou abandono do doente terminal e de sua família.

A decisão em Cuidados de Saúde no doente em fim de vida deve ser um processo dinâmico e com partilha de responsabilidade entre a Equipa de Saúde, Doente e Familiares. Tendo como objectivo atingir consensos, deve caminhar-se para o “*Share Decision Paradigm*” num processo que esteja de acordo com os valores do doente, ao mesmo tempo que se presta conforto e suporte à família.

«A decisão em Cuidados de Saúde no doente em fim de vida deve ser um processo dinâmico e com partilha de responsabilidade entre a Equipa de Saúde, Doente e Familiares»



«Os actos médicos são movidos por dois grandes princípios morais: a preservação da vida e o alívio do sofrimento»

A formação contínua e a investigação são vitais para a prestação de melhores Cuidados de Saúde terminais.

Este curso tem como objectivo informar, formar e acompanhar a evolução dos acontecimentos nesta matéria. Aproximam-se momentos de grande reflexão e necessidade de legislar, tendo todos nós que trabalhamos

em Instituições em que se prestam Cuidados de Saúde, de estar atentos e actuates.

A comissão organizadora agradece a todos os profissionais que estiveram presentes a sua colaboração na discussão e contribuição para promover a qualidade em saúde na área de fim de vida. ■

DRA. ISABEL RIO CARVALHO
Núcleo de Ética em Medicina Intensiva da UCIP

DR. EDUARDO AZEVEDO MONTEIRO
Director da UCIP
Núcleo de Ética em Medicina Intensiva da UCIP

PROF^a TERESA MARQUES
Presidente da Comissão de Ética para a Saúde

Assembleia-Geral da Liga dos Amigos do Hospital de Egas Moniz

Teve lugar no passado dia 15 de Março, pelas 11h30, na Sala da UDIP do Hospital de Egas Moniz (HEM), a Assembleia-Geral Ordinária da Liga dos Amigos do HEM. Presidiu à sessão o Presidente da Assembleia-Geral, Sr. Dr. Hélder R. Monteiro.

Verificou-se um elevado número de participantes, tendo as contas, o plano de actividades e o orçamento de 2011 sido aprovados por unanimidade.

Foi atribuído um prémio simbólico, constituído por um diploma, entregue pela Coordenadora do Voluntariado, Sra. D. Maria Fernanda Castro, aos Voluntários com o maior número de horas de serviço, tendo sido contempladas as Sras. D. Mariana Santos e D. Noémia Silva e o Sr. Luís Catulo. Esteve também presente a



Dra. Susana Parente, Responsável pela Qualidade do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, com vista a serem realizadas acções conjuntas com a nossa Liga.

DR. FERNANDO DAVID DE ABREU
Vice-Presidente
da Liga dos Amigos do HEM

VOLUNTARIADO

D. Salomé Pereira, Homenagem



O grupo do voluntariado pertencente à Cruz Vermelha Portuguesa, faz parte integrante do Hospital de São Francisco Xavier desde 1990, tendo como Coordenadora, até à data, a D. Salomé Pereira. Passados que são vinte e um anos da colaboração deste grupo não

podemos deixar de agradecer todo o trabalho desenvolvido ao longo destes anos, o seu empenho, disponibilidade e presença sempre assídua, no apoio aos utentes e seus familiares.

Um papel preponderante na coordenação de cerca de 50 voluntários, cuja colaboração com os profissionais de saúde na assistência ao utente tem contribuído para uma maior humanização no hospital.

Ao cessar as suas funções no Hospital de São Francisco Xavier, desejamos-lhe as maiores felicidades e esperamos que possa continuar a dar o seu contributo ao serviço do próximo. Sem dúvida o voluntariado neste hospital ficará sempre associado ao seu nome. OBRIGADO!

Aposentação do Dr. José Manuel Aniceto Silva

No passado dia 30 de Novembro de 2010 aposentou-se o Dr. José Manuel Aniceto Silva que desempenhava as funções de Director de Serviço de Cardiologia desde 2005, após 30 anos de trabalho no Hospital de Santa Cruz.

É reconhecido pelos seus colegas como um dos mais bem preparados e talentosos Cardiologistas da sua geração. Apesar de ser um cardiologista de intervenção, nunca perdeu a visão holística do doente e sempre se manteve na crista da onda do conhecimento, adoptando uma atitude permanente de crítica e de discussão com o seu grupo, que muito o aprecia e enriqueceu.

Exerceu as funções de Direcção do Serviço de Cardiologia num contexto difícil, não só por ter sucedido ao Prof. Seabra Gomes, uma personalidade marcante da Cardiologia nacional, mas também porque teve que dirigir e re-desenhar o Serviço em função da sua integração no Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental (CHLO), num momento que coincidiu com o aliciamento de alguns dos seus melhores médicos pelos emergentes Hospitais privados, com meios financeiros e técnicos com os quais o CHLO não podia competir.

Recebeu um Serviço focado na Cardiologia de Intervenção, com deficit de comunicação entre sectores e sem cultura científica de grupo. Acordou espíritos, tirando-os da hibernação ou do atordoamento a que pareciam condenados, deu-lhes espaço para terem viabilidade. Injectou-lhes espírito de corpo e promoveu a discussão e investigação. Deixa o Serviço mais forte, ancorado na ciência, desperto para a inovação, com produção científica regular apresentada nos melhores congressos internacionais da especialidade e com vários dos seus médicos integrados nos *boards* de associações nacionais e internacionais.

Olhando para trás, dificilmente se poderá dizer que mais ou melhor poderia ter sido alcançado, neste espaço e neste tempo.

Todos reconhecemos a marca que deixa e que perdurará! Uma liderança exercida pelo exemplo e pela entrega total à profissão, orientada por valores de Justiça e de serviço ao Bem Comum, por vezes atormentada, em permanente busca da Perfeição.

Obrigado Dr. Aniceto Silva!

DR. MIGUEL MENDES
Director do Serviço de Cardiologia



Jantar de Homenagem ao Senhor Prof. Doutor Pedro Abecasis

O Senhor Prof. Doutor Pedro Abecasis cessou funções como Presidente do Conselho de Administração do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental (CHLO) em Fevereiro de 2011. No passado dia 24 de Março, foi organizado um jantar em sua homenagem, onde estiveram reunidos cerca de 100 colaboradores das três unidades hospitalares que constituem o CHLO. O Senhor Prof. Doutor Pedro Abecasis exerceu funções durante vários anos no Hospital de Egas Moniz, onde para além de Director Clínico, foi também Director dos Serviços de Medicina I e II e da UCIG. Foi Director Clínico e posteriormente Presidente do Conselho de Administração do CHLO.

HOSPITAL DE SÃO FRANCISCO XAVIER

Finalmente o início das obras da UCIC

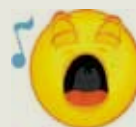
Foi no passado dia 16 de Março que tiveram início as obras das novas instalações da Unidade de Cuidados Intensivos Cirúrgicos (UCIC) no Hospital de São Francisco Xavier. Ao som das primeiras batidas dos martelos alguns profissionais do serviço, assim como os elementos do Conselho de Administração, comemoraram o início de umas obras tão desejadas e necessárias, que corresponde também ao início de um período conturbado para profissionais e doentes, os primeiros com condições ainda mais difíceis de trabalho, uma vez que as obras decorrem no piso superior, exactamente sobre as instalações da Unidade. Esta mudança de instalações, um objectivo antigo do serviço, que funciona há 23 anos no mesmo local,



permitirão o aumento do seu espaço físico, com a mesma capacidade de internamento, e com luz natural, contribuindo assim para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados aos doentes e das condições de trabalho dos profissionais, que embora com vários condicionantes sempre prestaram um serviço de elevada qualidade, reconhecido por doentes e familiares.

Rastreio da Voz no Hospital de Egas Moniz

A voz é uma característica humana intimamente relacionada com a necessidade do homem de se agrupar e se comunicar. Nos dias 11 a 16 de Abril de 2011, o Serviço de Otorrinolaringologia do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental (CHLO), com a coordenação da Dra. Maria Clara Capucho, irá realizar o rastreio gratuito da voz no 1º piso do edifício das Consultas Externas no Hospital de Egas Moniz, das 09h00 às 17h00. Os destinatários são os funcionários do CHLO e o público em geral.



DATAS E HORÁRIOS:

Dia 11/04/11
Funcionários do CHLO

Dia 12/04/11
Utentes (fumadores)

Dia 13/04/11
Professores/Oradores/
Recepcionistas entre outros
profissionais da voz

14/04/11
Locutores/Professores

15/04/11
Actores/Cantores

16/04/11
Actores/Cantores
(das 09h00 às 13h00)

3ª Corrida do CHLO

Como o prometido é devido, vamos organizar a 3ª Corrida do CHLO para colaboradores e familiares, no próximo dia 18 de Maio, pelas 17h00 em frente ao Café In, junto ao rio.

Os percursos são os mesmos dos anos anteriores e encontram-se disponíveis na intranet.

As inscrições devem ser efectuadas até ao próximo 16 de Maio, no Gabinete de Comunicação e Imagem de cada um dos hospitais, das 09h00 às 17h00, presencialmente ou através dos seguintes contactos:

HOSPITAL DE EGAS MONIZ
Henrique Passos
Tel.: 210 432 448
Email: hpassos@chlo.min-saude.pt

HOSPITAL DE SANTA CRUZ
Rosa Santos
Tel.: 210 433 145
Email: mrvalves@chlo.min-saude.pt

**HOSPITAL DE
SÃO FRANCISCO XAVIER**
Helena Pinto
Tel.: 210 431 147
Email: hpinto@chlo.min-saude.pt

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

JORNADAS E CONGRESSOS

4 de Maio de 2011

XVIII JORNADAS DE CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS

Organização: Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz

Local: Auditório do Instituto, Monte de Caparica

Informações:
Email: 17jornadascf@gmail.com

5 a 7 de Maio de 2011

IV JORNADAS DA FAMÍLIA «COMO LIDAR COM SINAIS E SINTOMAS FREQUENTES»

Organização: Universidade Católica

Local: Universidade Católica, Lisboa

Informações:
Tel.: 213 583 910
Fax: 213 583 929
Email: info@geracoes.net

6 a 7 de Maio de 2011

II JORNADAS DE UROLOGIA DO HOSPITAL GARCIA DE ORTA

Organização: Hospital Garcia de Orta

Local: Hotel Meliá, Capuchos

Informações:
Tel.: 218 429 710
Fax: 218 429 719
Email: info@admedic.pt

CURSOS

13 a 14 de Maio de 2011

CURSO LESÃO RENAL AGUDA – DIAGNÓSTICO, PREVENÇÃO E TERAPÊUTICA

Organização: Faculdade de Ciências Biomédicas da Universidade Lusófona

Local: Biblioteca Vítor Sá da Universidade Lusófona

Informações:
Tel.: 218 853 079
Fax: 218 853 464
Email: iem@iem.pt
www.iem.pt

9 a 13 de Maio de 2011

VII CURSO PÓS-GRADUADO EM TUBERCULOSE E INFECÇÃO POR VIH

Organização: Faculdade de Medicina de Lisboa

Local: FCM

Informações:
Tel.: 217 805 283
Fax: 217 976 224
Email: evalas@fm.ul.pt

ACÇÕES DE FORMAÇÃO ORGANIZADAS PELO NÚCLEO DE FORMAÇÃO DO CHLO

Abril de 2011

INTEGRAÇÃO DE ASSISTENTES OPERACIONAIS

Destinatários: Assistentes Operacionais

LEITURA DE TRAÇADOS CARDÍACOS

Destinatários: Enfermeiros

CUIDADOS ESPECÍFICOS DE MANUTENÇÃO DE DISPOSITIVOS MÉDICOS (BLOCO OPERATÓRIO/ UCA-HOSPITAL DE EGAS MONIZ)

Destinatários: Enfermeiros/Assistentes Operacionais

SEGURANÇA DE DOENTES PROC. INVASIVO-ACESSOS VENOSOS PARA HEMODIÁLISE

Destinatários: Enfermeiros/Médicos

INFECÇÃO ASSOCIADA AOS CUIDADOS DE SAÚDE/HOSPITAL DE SANTA CRUZ

Destinatários: Enfermeiros/Médicos/TDT

WORKSHOP “GESTÃO DE RISCO E SEGURANÇA DO DOENTE”

Destinatários: Médicos/ Enfermeiros/ Técnicos/Administradores Hospitalares

METODOLOGIAS DA QUALIDADE APLICADAS A CUIDADOS DE SAÚDE

Destinatários: Médicos/ Enfermeiros/ TDT/Téc. Saúde

GESTÃO DE CONFLITOS RELAÇÕES INTERPESSOAIS E COMUNICAÇÃO ASSERTIVA WORD AVANÇADO

Destinatários: Multiprofissional

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