



Jornal do Centro



A Criança e o Sol



Prevenção de Lesões no
Trabalho com Computador



Dia Mundial
da Hepatite

Índice

- 3 Editorial
- 4 Dia Mundial da Hepatite
- 6 Prevenção de lesões no trabalho com o computador
- 8 Nova Unidade de Técnicas Endoscópicas do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental
- 9 A Criança e o Sol
- 10 Workshop de Gestão do Risco e Segurança do Doente - Parte II
- 12 Semana da Alimentação no Hospital de Egas Moniz
- 13 3ª Corrida do CHLO
- 14 Dia Mundial da Criança
- 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 CRUZAv^a Prof. Reinaldo dos Santos - 2790-134 Carnaxide

Informações gerais/Apoio ao Internamento	210433001/02
Consulta Externa – Marcações 1ª 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 1ª vez	210431765/68
Consulta Externa – Marcações subsequentes:	
• Medicina Interna	210431489/90/91
• Cirurgia	210431525/26
• Ginecologia/Obstetrícia	210431509/10
• 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 2ª a 6ª 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 receita médica e a relação médico-doente-farmacêutico

A prescrição medicamentosa sempre foi apanágio da profissão médica e a confecção de medicamentos associada à profissão de farmacêutico. A relação entre estes dois grupos profissionais é de colaboração ancestral, mas a definição dos seus limites de acção sempre levantou polémica.

Na antiguidade era frequente que os médicos prescrevessem e aplicassem as suas próprias terapêuticas, coexistindo com os então chamados boticários que compunham as mezinhas prescritas pelos médicos, os quais eram avisados da sua preparação para assistirem à mesma.

Em Portugal D. Afonso V fez publicar em 1461 a «Lei sobre o exercício das profissões», na qual se determinava a separação entre as profissões de médico e de boticário. Mais se determinava, que ficava proibido aos boticários o aconselhamento de qualquer medicamento aos doentes, que não era autorizada a venda ao público de medicamentos compostos nas localidades onde houvesse boticário, e ainda que aos médicos e cirurgiões ficava vedada a preparação de medicamentos. Por alvará régio em 1561 passaram a ser proibidas as sociedades entre médicos e boticários, assim como a dispensa de medicamentos por boticário parente do médico que os tivesse receitado.

Com o passar dos anos, o desenvolvimento das Escolas de Farmácias e da Farmacopeia clarificou a relação destas duas profissões, que novamente se voltou a alterar com a era da industrialização e o florescimento da indústria farmacêutica. Se por um lado os farmacêuticos/farmácias - oficina deixaram de ter o tradicional papel da confecção dos medicamentos, passando a ter um papel preponderante no aconselhamento da forma de utilização dos fármacos e no comércio dos mesmos junto dos doentes, por outro os médicos passaram a dispor de um vasto arsenal terapêutico, sob forte pressão e influência da indústria farmacêutica na escolha dos medicamentos.

A recente intenção legal de autorizar os farmacêuticos a alterar a receita original do médico substituindo o fármaco prescrito por genéricos ou cópias mais baratas, fez atear a polémica da inviolabilidade da prescrição médica e quebrar o elo de confiança entre o médico-doente-farmacêutico, colocando o próprio doente entre fogo cruzado.

Se a prescrição electrónica for feita pelos médicos por designação comum internacional, com a salvaguarda do princípio da sua não alteração pelo farmacêutico, paralelamente a uma fiscalização efectiva da observância da lei que impeça o fortalecimento de interesses instalados, poderão os doentes e o país vir a beneficiar de maior segurança e redução de custos na área do medicamento.

E é bom não desprezar a sabedoria popular que os próprios doentes invocam quando afirmam que o médico sabe da doença e o farmacêutico do remédio. ■

28 de Julho

Dia Mundial da Hepatite

Hepatite é um termo que designa genericamente uma agressão ao fígado e a resposta inflamatória a essa agressão. Diversos agentes ou factores podem ser lesivos para o fígado. Na maioria dos casos as hepatites são causadas por vírus ou por substâncias tóxicas como o álcool. A obesidade pode também conduzir a uma forma particular de hepatite, na qual a própria gordura infiltrada no fígado se torna lesiva.

Os vírus são a causa mais frequente de hepatite em todo o mundo. Os mais habituais são os vírus da hepatite A, da hepatite B e da hepatite C. O vírus da hepatite D ou delta e da hepatite E são menos habituais em Portugal.

A forma de apresentação clínica, os sintomas, a evolução, o prognóstico e o tratamento de uma hepatite é muito variável em função do agente causador e de factores do próprio doente. A hepatite pode ser totalmente assintomática, detectável apenas por alterações em análises laboratoriais ou causar mal-estar, fraqueza, icterícia (uma coloração amarelada da pele e escleróticas), febre, náuseas, vómitos, perda de apetite e dor abdominal.

Mesmo quando não se manifesta clinicamente a hepatite pode ter consequências graves se não for tratada, uma vez que pode persistir por tempo indeterminado, designando-se nestes casos de hepatite crónica. A inflamação crónica do fígado, mesmo quando passa despercebida durante anos, pode ser gravemente lesiva e conduzir à cirrose e ao cancro do fígado.

HEPATITE A

É a forma mais comum de hepatite viral e geralmente, mas nem sempre, a menos grave. Uma percentagem significativa da população portuguesa foi infectada por este vírus na adolescência ou em adulto jovem.

O vírus A aparece nas fezes da pessoa infectada e pode transmitir-se através do consumo de alimentos ou água contaminada por material fecal. Frutos, vegetais e outros alimentos crus e mariscos podem ser contaminados por águas de esgotos não tratados. No convívio próximo com o doente infectado devem tomar-se precauções de modo a prevenir a transmissão do vírus. Impõem-se medidas de higiene rigorosas, como lavagem das mãos, dos alimentos, da louça a temperaturas altas e das instalações sanitárias que não devem ser partilhadas.

A hepatite A é frequente em países sub-desenvolvidos onde as condições de higiene e de tratamento de esgotos são precárias. Evitar o consumo de gelo, água não engarrafada e alimentos crus em locais de duvidosa salubridade é recomendado a todos os viajantes para os países de risco. O modo mais eficaz de prevenir a doença é através da vacina específica, sugerida a viajantes frequentes ou de longa duração.

O período de incubação da Hepatite A é de 20 a 40 dias, durante o qual esta não se manifesta. Posteriormente pode assemelhar-se a uma gripe, com febre, cansaço, mal-estar e dores musculares. Mais tarde aparecem a icterícia, as náuseas, os vómitos e perda de apetite. Ao final de 3 a 5 semanas evolui espontaneamente para a cura sem necessidade de tratamento específico. Em casos raros pode assumir uma forma grave e por vezes fulminante com necessidade de internamento hospitalar.

«A hepatite B é uma das doenças infecciosas mais frequentes em todo o mundo. Segundo a OMS, mais de 2 mil milhões de pessoas terão tido contacto com o vírus e 350 milhões são portadores crónicos»

HEPATITE B

A hepatite B é uma das doenças infecciosas mais frequentes em todo o mundo. Segundo a Organização Mundial de Saúde, mais de 2 mil milhões de pessoas terão tido contacto com o vírus e 350 milhões são portadores crónicos. Estima-se que em Portugal existam aproximadamente 100 mil portadores. Este número tenderá a diminuir uma vez que existe disponível uma vacina eficaz, que faz parte do plano nacional de vacinação.

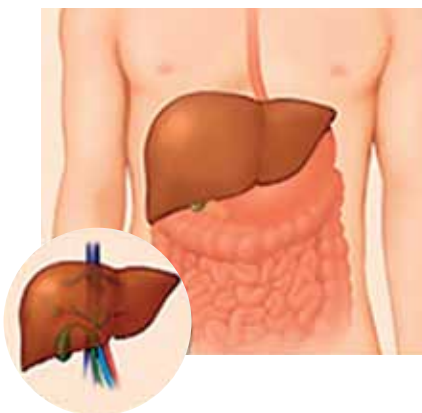
O vírus da hepatite B transmite-se através do contacto com sangue ou outros fluidos orgânicos infectados, geralmente por via sexual ou através de partilha de agulhas infectadas. Material não esterilizado utilizado em tatuagens, “piercings” ou acupuntura pode também ser uma via de contágio. Nos países menos desenvolvidos é frequente a transmissão de mãe para filho na altura do parto. Este modo de transmissão pode ser evitado desde que a infecção seja detectada antes ou durante a gravidez.

A maioria dos doentes não tem sintomas na altura da infecção. Outras vezes os sintomas confundem-se com um síndrome gripal e evoluem espontaneamente para a cura (em 90% dos casos). Os problemas mais graves surgem anos mais tarde, nos 10% dos casos em que o sistema imunitário do doente, por razões desconhecidas, não consegue eliminar o vírus. A cirrose e o cancro do fígado são condições graves e potencialmente fatais que podem ser evitadas com o acompanhamento médico e tratamento adequados. Existem vários fármacos eficazes no controlo da infecção, que impedem que a doença evolua. Todos os indivíduos com comportamentos de risco devem ser vacinados (se não tiverem tido contacto prévio com o vírus ou se não foram vacinados na infância).

HEPATITE C

Estima-se que 150 milhões de indivíduos, 3% da população mundial, estejam infectados com o vírus da hepatite C. É a causa directa de 40% de todos os casos de cirrose hepática terminal e de 60% de todos os casos de cancro do fígado. Em Portugal estarão infectados 100 a 150 000 indivíduos, ou seja cerca de 1,5% de toda a população adulta. A maioria destes casos está ainda por identificar. Os doentes são muitas vezes portadores do vírus sem o saberem. É fundamental identificar todos os casos para que se possa evitar a transmissão a indivíduos saudáveis e tratar a doença. O diagnóstico da infecção é relativamente fácil através de análises laboratoriais simples. A pesquisa do vírus no sangue, o rastreio, deve ser efectuado em todos os indivíduos com história de risco, tais como: toxicodependentes ou consumidores ocasionais de estupefacientes, portadores do vírus VIH, hemofílicos ou indivíduos que tenham recibo transfusões sanguíneas antes de 1992, doentes em hemodiálise, parceiros sexuais de doentes infectados, recém-nascidos de mães infectadas e profissionais de saúde após picada accidental com agulha.

A transmissão do vírus faz-se através de exposição ao sangue contaminado. Partilha de agulhas entre toxicodependentes é a forma mais frequente de contrair a infecção. No entanto, num número crescente de doentes com hepatite C crónica, que nunca teve comportamentos de risco, não se consegue identificar a forma de transmissão. Qualquer instrumento não devidamente esterilizado utilizado em tatuagens, “piercings”, extracções dentárias, etc, pode transmitir a infecção. As transfusões de sangue e derivados foram vias de transmissão frequentes no passado, antes da descoberta do vírus. Actualmente o risco de contrair a infecção através duma transfusão de sangue é praticamente nulo. O vírus pode também ser transmitido por via sexual, embora de forma menos eficaz que o vírus da hepatite B ou o VIH. A grande maioria dos parceiros sexuais de indivíduos infectados não contrairá a doença. Mulheres portadoras do vírus C poderão infectar os filhos na altura do parto.



«As hepatites virais são epidemias silenciosas. Na maioria dos casos passam despercebidas, não causando sintomas (...) A identificação atempada dos doentes infectados é fundamental»

A hepatite C raramente causa sintomas, passa totalmente despercebida durante anos. Em 80% dos casos o vírus persiste e a infecção torna-se crónica. Muitos dos portadores crónicos do vírus da hepatite C nunca terão problemas graves. Contudo, 20% destes vão evoluir para uma doença grave e potencialmente fatal. Ao fim de 8 a 10 anos de infecção podem aparecer a cirrose hepática e o cancro do fígado. A infecção deve idealmente ser detectada antes desta fase, de modo a permitir o tratamento atempado e prevenir aquelas complicações.

Todos doentes infectados devem ser avaliados e acompanhados numa consulta hospitalar. O consumo de bebidas alcoólicas é fortemente desaconselhado. O álcool potencia os efeitos lesivos do vírus no fígado. É possível curar a Hepatite C em cerca de 60% de todos os doentes. A decisão de tratar ou não a infecção deve ser decidida caso a caso consoante, entre outros, o tipo de vírus, a quantidade de partículas virais no sangue e o grau de inflamação do fígado.

CONCLUSÃO

As hepatites virais são epidemias silenciosas. Na maioria dos casos passam despercebidas, não causando sintomas. Podem manifestar-se ao final de anos, quando as lesões no fígado são já muito graves e irreversíveis. A identificação atempada dos doentes infectados é fundamental. A vacinação, disponível para a hepatite A e B, é a forma mais eficaz de prevenir a transmissão. Em qualquer caso devem tomar-se medidas de prevenção universal: higiene; saneamento; não partilhar agulhas, seringas, tesouras, lâminas de barbear e outros objectos cortantes; certificar-se que material utilizado em centros de estética, de tatuagens, “piercings”, acupunctura é devidamente esterilizado; relações sexuais protegidas.

A hepatite A é uma doença benigna, auto-limitada, não evoluindo para a cronicidade. As hepatites B e C são geralmente mais graves, podendo tornar-se crónicas e causar cirrose e cancro do fígado. Todos os indivíduos infectados com os vírus B e C devem ser observados numa consulta da especialidade (hepatologia, gastroenterologia ou doenças infecciosas). Deve ser ponderado caso a caso a necessidade de tratamento. Existem fármacos eficazes no controlo e por vezes cura das hepatites B e C.

No Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental existe uma consulta especializada no diagnóstico e tratamento em doenças do fígado. A Consulta de Hepatologia está em funcionamento desde os anos 90 e é constituída por médicos especialistas em Gastroenterologia e Hepatologia. Nesta consulta são acompanhados doentes com hepatites virais em qualquer fase da evolução da doença. A consulta de Hepatologia está aberta a toda a população da área de influência do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental através de referência dos médicos de família ou de outras especialidades do Hospital. ■

DR. TIAGO BANA E COSTA
Médico Gastroenterologista

DRA. IOLANDA CHAMPIM
Médica Interna do Internato
Complementar de Gastroenterologia
Serviço de Gastroenterologia

Director do Serviço: **DR. LEOPOLDO MATOS**

Prevenção de Lesões no Trabalho com Computador

A rápida evolução tecnológica expõe cada vez mais um maior número de pessoas às exigências relacionadas com o dito “trabalho informatizado”. A informação está mais disponível *on-line*, as pesquisas são frequentes, os contactos frequentíssimos e os documentos em papel passam a digitais. Em suma, utiliza-se mais e durante mais tempo o computador para trabalhar ou para lazer. Fruto desta utilização verifica-se um aumento das queixas relacionadas com os três tipos de fadiga associadas à utilização de computador: visual, postural e mental.

Outros dos factores que contribuem para o aumento destas queixas é a cada vez maior utilização de computadores portáteis em postos de trabalho fixos ou em posto nenhum (entenda-se no colo ou em qualquer local que suporte o equipamento) e a utilização adicional de outros equipamentos em franca expansão (iPad, *netbooks* e afins).



Na maioria das empresas há um número cada vez maior de trabalhadores que utilizam computador durante o seu dia de trabalho e o Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental (CHLO) não é excepção! Verificamos com facilidade o rápido incremento desta utilização nos últimos anos, tal como por exemplo a passagem dos registos clínicos a electrónicos, a utilização diária de aplicações informáticas específicas por vários serviços ou o acesso ao mail generalizado a serviços e profissionais.

Dos cerca de 4400 trabalhadores do nosso Centro Hospitalar, 3300 dependem do computador para trabalhar e 70% destes para a maior parte do seu trabalho (por vezes mais de 80% do dia de trabalho).

Temos, portanto, uma grande parte dos nossos profissionais expostos a um factor de risco capaz de originar alterações do sistema Músculo-Esquelético, pelo que o conhecimento, das suas causas, consequências e respectivas medidas de prevenção e correcção, é essencial para prevenir ou, pelo menos, minimizar as consequências capazes de afectar negativamente a saúde dos trabalhadores.

Alguns dos **principais factores de risco** relacionados com o trabalho com computador são:

- ☒ Posturas incorrectas (como por exemplo o pescoço/tronco torcido ou os punhos/antebraços sem apoio);
- ☒ Desvios acentuados de alguns segmentos corporais;
- ☒ Insuficiente apoio lombar;
- ☒ Pouco espaço livre no plano de trabalho;
- ☒ Pouco espaço livre para os membros inferiores;
- ☒ Trabalho repetitivo;
- ☒ Falta de pequenas pausas.

A maioria destes tem na sua origem pelo menos um de 2 factores: uma incorrecta disposição dos componentes no posto de trabalho ou a manutenção prolongada de posturas ou movimentos idênticos ao longo do dia.

«Mesmo que não sintas qualquer dor ou desconforto, é importante implementar todas as possíveis melhorias para a prevenção de lesões (mais vale prevenir que remediar)»

Como **sintomas mais habituais** são referidos:

- Dormência ou formigueiro;
- Sensação de entorpecimento ou calor nas mãos;
- Redução da força de preensão;
- Inchaço ou rigidez nas articulações;
- Dores nos punhos, antebraços, cotovelos, pescoço ou costas;
- Olhos secos ou inflamados;
- Cãibras;
- Fadiga.

Mesmo que não sintas qualquer dor ou desconforto, é importante implementar todas as possíveis melhorias para a prevenção de lesões (mais vale prevenir que remediar!). Se já sentires algum desconforto ou tiveres alguma limitação no teu trabalho, mais urgente ainda se torna esta implementação.

Eis as **principais medidas de prevenção** relativamente à prevenção de lesões relacionadas com o trabalho com computador:

- Efectuar pequenas pausas ao longo do dia (5 minutos após cada 50 minutos de trabalho consecutivo com computador);
- Alternar a postura ao longo do dia;
- Promover o alongamento e relaxamento do pescoço, braços, costas e pernas (tem o pdf do programa de ginástica laboral ao teu dispor em http://intranet/area_clinica/Servico_de_Saude_Ocupacional/Folhetos_Informativos/Programa_de_Ginastica_Laboral);
- Manter o alinhamento da cabeça e dos ombros face ao tronco (evitando a rotação e inclinação lateral);



- Evitar segurar o auscultador do telefone entre a cabeça e o ombro enquanto usa o teclado;
- Manter os cotovelos junto ao tronco;
- Regular a cadeira de forma a apoiar bem as costas e ficar com os cotovelos ao nível do plano de trabalho;
- Adoptar um apoio de pés se depois da regulação anterior não conseguir apoiar bem os pés no chão;
- Assegurar espaço livre para as pernas sob o plano de trabalho (retirando material ou equipamento desnecessário);
- Posicionar-se o mais possível junto do plano de trabalho com computador;
- Posicionar adequadamente os periféricos no plano de trabalho e melhorar a sua utilização:



«Utiliza-se mais e durante mais tempo o computador para trabalhar ou para lazer. Fruto desta utilização verifica-se um aumento das queixas relacionadas com os três tipos de fadiga associadas à utilização de computador: visual, postural e mental»

Ecrã

- Situa-lo frente a si e de forma a que o topo fique, no máximo, ao nível dos olhos;



- Orientá-lo perpendicularmente às fontes de iluminação para evitar encandeamentos ou reflexos;
- Ajustar o brilho e contraste assegurando o melhor conforto visual;
- Pestanejar regularmente para evitar a secura dos olhos;
- Limpá-lo regularmente.

Teclado

- Posicioná-lo na sua frente, privilegiando a parte que mais utilizar (texto ou numérica);



- Utilizá-lo sem inclinação (ou seja com as patilhas para baixo) para reduzir os ângulos desfavoráveis ao nível dos punhos;
- Assegurar espaço livre no plano de trabalho para apoiar os antebraços;



- Pressionar as teclas com suavidade.

Rato

- Mantê-lo o mais junto possível do teclado (evitando “abrir” o braço);
- Assegurar espaço suficiente para apoiar o antebraço;
- Tentar substituir a acção do rato com teclas sempre que possível.

postura e fomentar a sua alternância.

Aproveite as acções de formação do Serviço de Saúde Ocupacional, onde se transmitem importantes conhecimentos sobre os factores de risco associados ao trabalho com computador e as respectivas medidas de prevenção e aprenda a:

- Identificar as posturas que aumentam o risco de lesão músculo-esquelética;



- Saber organizar o material e equipamento num posto de trabalho;
- Adquirir estratégias de prevenção.

Não se deixe “lesionar” por este equipamento! ■

A adequação dos componentes no posto de trabalho é essencial, contudo não esqueçamos que nem o mais bem organizado posto de trabalho consegue resistir à “agressão” dos movimentos repetitivos, daí a importância de manter uma boa

DRA. NATÁLIA PARENTE
Técnica Superior de Higiene
e Segurança no Trabalho
Serviço de Saúde Ocupacional

Directora do Serviço:
DRA. TERESA MARTINHO

Nova Unidade de Técnicas Endoscópicas do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental

Finalmente, um sonho tornou-se realidade! Iniciou a sua actividade regular, a nova Unidade de Técnicas Endoscópicas do Hospital de Egas Moniz (HEM), que todos ansiávamos conseguir, para aumentar espaço e melhorar condições e capacidades de trabalho.

Desde o dia 14 de Junho, que a nova Unidade está a trabalhar, aguardando ainda que toda a instalação de equipamentos esteja concluída.

Serão efectuados todos os exames endoscópicos e técnicas de diagnóstico e terapêutica, do Serviço de Pneumologia e de Gastreenterologia.



Prevê-se que a Pneumologia efectue as Broncofibroscopias, as Drenagens Torácicas, as Biopsias Pleurais e num futuro próximo a Toracoscopia Médica (aguarda a activação do recobro, que ainda não tem a instalação completa do equipamento necessário).

A Gastreenterologia efectua as Endoscopias Altas, as Colonoscopias e a Proctologia, todos eles quer com atitude diagnóstica, quer terapêutica, de rotina ou de urgência. Serão ainda

efectuados os Estudos Funcionais do Esófago, a Endoscopia por Cápsula, os Testes Respiratórios, a Ecografia Clínica, a Elastografia Hepática e Pancreática e num futuro, que esperamos breve, a Ecoendoscopia. Logo que o recobro esteja completamente equipado, serão iniciados os procedimentos com sedação profunda, efectuada por Anestesista.

Foi decisivo, para que este benefício fosse conseguido, o empenhamento persistente e longo do Conselho de

Administração (anterior e actual), muito especialmente da Dra. Maria João Pais, Prof. Pedro Abecasis e Dra. Celeste Silva, além da Direcção Médica do HEM (Dra. Isabel Aldir).

Todos os Profissionais estão empenhados em utilizar esta Unidade, com eficiência, em muito melhores condições de trabalho e de atendimento dos doentes. ■

DR. LEOPOLDO MATOS

Director do Serviço de Gastreenterologia

A Criança e o Sol

O sol tem vários efeitos importantes no nosso organismo. Favorece a produção de vitamina D diminuindo o risco de raquitismo e pode ter um papel positivo em várias doenças sendo aconselhado, sob orientação médica, na psoríase, no eczema ou na icterícia.

Contudo também tem efeitos negativos como as queimaduras solares, ou efeitos à distância na pele (envelhecimento, cancro cutâneo), nos olhos (cataratas) e no sistema imunitário (diminuição da imunidade celular aumentando o risco de doenças infecciosas).

A luz solar tem raios ultravioletas (UV) que são de 3 tipos: UVA, UVB e UVC. Ao passar através da atmosfera, os UVC e cerca de 90% dos UVB são absorvidos (pelo ozono, vapor de água, oxigénio e dióxido de carbono). Por isso, a radiação que chega à terra é composta essencialmente por UVA e pequeno componente de UVB.

Quanto mais alto está o sol, maior é o nível de radiação UV. Portanto, a radiação é máxima durante o verão e entre as 11h00 e as 16h00. Quando o céu está limpo o nível de UV é maior, mas mesmo com o céu nublado, cerca de 80% dos raios UV passam a atmosfera. Nas altitudes mais elevadas também há mais raios UV uma vez que a atmosfera filtra menos a radiação. A diminuição da camada de ozono na estratosfera diminui a filtração dos raios UV, sobretudo UVB.

A radiação UV é refletida à superfície da terra. O solo e a água refletem cerca de 10%, a areia seca da praia 15%, a espuma das ondas do mar 25% e a neve até 80%.

Nas últimas décadas modificaram-se bastante os nossos hábitos relativamente à exposição solar. Generalizou-se a ida para as praias bem como as actividades ao ar livre tendo aumentado muito a incidência de cancro cutâneo. Os especialistas pensam que 4 em cada 5 cancros cutâneos poderiam ser evitados com precauções simples.

As crianças mais jovens têm a pele mais fina e por isso mais susceptível aos danos provocados pelos raios UV. Além



«É muito importante proteger a criança das consequências negativas das exposições excessivas que originam problemas mais graves na idade adulta»

disso, estes efeitos somam-se ao longo do tempo. É muito importante proteger a criança das consequências negativas das exposições excessivas que originam problemas mais graves na idade adulta.

A melanina é o pigmento responsável pela cor da pele e pela proteção contra os raios UV. As peles mais escuras têm mais melanina pelo que a incidência de cancro da pele é menor.

Para nos protegermos dos raios UV é importante:

- Usar vestuário adequado (T-shirt, calções) feitos com tecidos de algodão pouco porosos. As cores escuras protegem mais que as claras;
- Usar chapéu de preferência com abas largas pois protegem os olhos, as orelhas, a face e o pescoço;
- Usar óculos de sol que reduzem muito o efeito negativo do sol;
- Evitar a exposição solar sobretudo entre as 11h00 e as 16h00;
- Sempre que possível manter-se à sombra quando os raios estão mais intensos, mas tendo em atenção que a sombra das árvores e dos chapéus de sol não protege de forma completa;
- Usar protetor solar cuja acção se inicia cerca de 20 minutos após a aplicação (aplicar em casa) e repetir a aplicação a cada 2h/3h.

Os protetores solares podem ser:

- Filtros químicos que absorvem as radiações UVA ou UVB. Nem sempre são fotoestáveis e além disso penetram na pele podendo originar alergia e fotossensibilidade;
- Ecrãs minerais que “refletem” os raios UV. São fotoestáveis e formam uma película na superfície da pele que diminui o risco de penetração;
- Filtros ou ecrãs organo-minerais que são misturas dos dois anteriores, são fotoestáveis permanecendo à superfície da pele.

Na criança, os ecrãs minerais ou organo-minerais são os mais indicados, são seguros e bem tolerados. Devem ter fator de proteção não inferior a 30, sendo aconselháveis fatores 50+ nas crianças mais jovens.

Após a exposição solar, poderá aplicar-se na pele um leite ou loção hidratante.

Nos dias quentes de verão, não esquecer que é importante beber água para manter a hidratação. ■

DR. JOSÉ GUIMARÃES
Director do Serviço de Pediatria

Workshop de Gestão do Risco e Segurança do Doente

Parte II

Dra. Conceição Furstenau

Coordenadora da Comissão de Gestão de Risco



Divulgando nesta edição a recta final deste Workshop realizado no Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental (CHLO) em Março/Abril, iremos ocupar-nos do módulo III, que teve lugar no 2º dia e se iniciou com a palestra do Dr. Luís Campos, Director do Serviço de Medicina IV e Presidente do Conselho para a Qualidade em Saúde: «Causas de Erro e Instrumentos de Avaliação».

Em primeiro lugar, o Dr. Luís Campos deu uma ideia da dimensão do problema apontando alguns exemplos. Referindo o exemplo dos EUA, citou o estudo do Institute of Medicine, “To err is human”, que apontava para a morte anual de 44.000 a 98.000 americanos por erro médico, e no Reino Unido, o estudo do NHS “An organization with a memory” que calculava em 850.000 o número de Eventos Adversos/ano. Referiu ainda que, no Reino Unido o montante atingido pela litigância é de £400 milhões anuais e que o custo das infecções hospitalares é de quase £1 bilhão, das quais 15% são preveníveis.

Estima-se que ocorram 100 Eventos Adversos por cada 1000 internamentos hospitalares, dos quais 50% pode ser evitado. O tratamento com fármacos em fase aguda representa 7,5 a 10,4% destes eventos adversos e, as quedas representam 40%, ou seja ocorrem 5 a 8 quedas por 1000 doentes/dias de internamento das quais 30% resultam em lesão.

Em Portugal, este problema é pouco estudado e, só em Maio a Escola Nacional de Saúde Pública terminou um estudo em que concluiu a ocorrência de eventos adversos em 11,1% das admissões hospitalares. Entre outros trabalhos citados refere-se um, coor-



denado pelo autor, que incidiu sobre a adequação da terapêutica antibiótica na Pneumonia Adquirida na Comunidade, realizado num serviço de urgência, em que 46% das prescrições estava em desacordo com as *guidelines* internacionais.

A palestra prosseguiu com uma revisão das causas do erro em medicina, teoria de Reason, abordagem sistémica e análise das causas de acidentes.

O Dr. Luís Campos enfatizou que errar é inerente à actividade humana, só não erra quem não faz nada. A complexidade e sofisticação das decisões e dos procedimentos que se realizam nos hospitais, aliadas à imprevisibilidade e variabilidade das múltiplas situações que se apresentam aos profissionais de saúde, tornam o hospital um local onde o erro é mais susceptível de acontecer do que noutros ambientes mais controlados.

Apontaram-se vários factores determinantes dos resultados em saúde: As Políticas de Saúde e sua Regulação, Factores Socioeconómicos e Ambientais e o modo como os Cuidados de

Saúde são implementados e prestados, os quais dependem do tipo de Sistema ou Unidade em que se inserem e também de factores relacionados com os próprios prestadores.

Apesar de a literatura apontar para que 60 a 70% dos erros ocorram por factor humano, o autor referiu que raramente se pode isolar apenas um factor como causa de erro, ocorrendo geralmente o erro por uma sucessão de causas de natureza diversa, em que os problemas de comunicação são os mais frequentes. Apontou ainda a importância dos factores estruturais como determinantes na prevalência dos erros: quem decide sobre financiamento, quem desenha hospitais, quem decide sobre recursos humanos, quem decide sobre processos ou sobre modelos organizativos, quem decide sobre o modelo dos centros hospitalares ou sobre redes, toma decisões que têm impacto directo sobre os *outcomes* de saúde e sobre a criação de ambientes que propiciam ou previnem os erros em saúde.

Destacando a necessidade dos hospitais terem políticas proactivas de gestão do risco e de promoção de uma cultura de segurança, o Dr. Luís Campos analisou outras variáveis que condicionam o erro, particularmente a influência do número e características dos prestadores de cuidados. Apontou, nomeadamente, para a redução dos médicos de família que vai ocorrer nos próximos anos, a relação entre idade e desempenho e a influência da privação do sono: trabalhar 90h/semana equivale a uma alcoolemia de 0,05g/dl. A privação do sono leva a 3 vezes mais acidentes de automóvel e induz a mau humor e relações humanas tensas.

Por fim, chamou a atenção para um problema descuido que é o do erro diagnóstico, para, através da apresentação de um caso clínico real, destacar a importância de ouvir os doentes e de os examinar de forma completa.

Finalmente foram apresentadas as principais metodologias para a análise das causas (*root cause analysis*) como o diagrama de Ishikawa ou o diagrama em árvore.

Há a referir que esta apresentação, extensa, estimulou o interesse dos participantes prendendo de modo especial a sua atenção.

Seguiu-se a conferência do Dr. João Faro Viana, chefe de serviço de Patologia Clínica e ex-Director do Departamento da Qualidade do CHLO: «Aprender com os Erros». O tema foi dividido em 3 partes: Estratégias de Melhoria; Uma Nova Cultura; Sistema de Notificação do CHLO: Exemplo prático.

Sobre as Estratégias de Melhoria, o ciclo PDCA (Plan-Do-Check-Act) teve um lugar de destaque. Planear – Executar – Verificar – Agir e... Recomeçar. Este ciclo, indispensável para a Melhoria Contínua, dá ênfase ao **planeamento visando os objectivos** antes de implementar qualquer **acção**, releva a **verificação do resultado da acção**, medindo-se através de indicadores, registos ou auditorias e preconiza, em função dessa medição, **Agir**, ou seja, novas actuações, corrigindo o que parecer necessário. E este ciclo recomeça, ao pretendermos continuamente obter melhorias. É ideal a sua aplicação nas estratégias de prevenção do Erro, desde que o Erro seja detectado ou seja notificado. As circunstâncias (causas) permitem gerar um planeamento e respectivas acções,



que depois devem ser avaliados em termos de eficácia.

Uma nova cultura implica que a organização seja explícita no que diz respeito à Prevenção e Segurança, que incentive à aprendizagem contínua por várias formas, nomeadamente com reuniões para divulgação de situações evitáveis (o estudo do *erro* é uma importante fonte de conhecimento), com definições claras da responsabilidade individual, num clima de não culpabilização (que não é sinónimo de clima de irresponsabilidade) em que é indispensável acabar com o mito da infalibilidade, dando sólido suporte aos profissionais envolvidos. Pretende-se, na verdade, cada vez mais, um melhor trabalho de equipa. Exemplos de factores de efectividade das equipas: entre os mais importantes, a comunicação, resolução de conflitos e liderança.

A abordagem pró-activa é a melhor atitude para a prevenção e uma das que caracteriza as organizações de alta fiabilidade (por exemplo, gestão do espaço aéreo, porta-aviões e indústria nuclear). Notáveis pelo reduzido número de eventos adversos em ambientes predispostos a acidentes, encaram a segurança como 1ª prioridade e questionam-se sempre sobre se determinada acção levará a bons resultados; Treinam-se para responder ao inesperado e montam esquemas de segurança redundantes para cobrir eventuais falhas dos primários.

O Dr. João Faro Viana, depois de considerar as razões geralmente mais implicadas nas baixas taxas de notificação, demonstrou, em tempo real como reportar; Focou ainda a possibilidade de anonimato *versus* a identificação de quem reporta, tendo alertado para que, o último caso conduz a maior rapidez no esclarecimento das situações.

A Dra. Maria João Lupi, administradora hospitalar e mestre em Bioética com particular sensibilidade para a Se-

gurança, encerrou o Módulo III, apresentando num curto espaço de tempo este repto: «Que risco corremos nós ao reportar?» Foi uma sessão curta, viva e participada. Na verdade, informou de uma nova legislação a sair brevemente, através da qual será criado um mecanismo eficaz e obrigatório de relatório de ocorrências anómalas e garantida a confidencialidade sobre as informações prestadas, impedindo represálias para os seus autores. Enquanto se mantiver porém a anterior legislação, o risco de reportar é *virtualmente nulo* porquanto por um lado, a Comissão de Gestão do Risco tem o compromisso de manter o sigilo sobre todas as informações que lhe são fornecidas e, por outro, antes de surgir um evento sentinela, haverá 600 eventos de risco, 30 incidentes e 10 eventos adversos, dos quais 3 terão consequências graves. É justamente na redução desta base da pirâmide que a notificação aporta as maiores vantagens: permite resoluções de escala que irão forçosamente diminuir a incidência das situações mais graves. Mas, também é possível e desejável notificar estas últimas, dada a excepionalidade do recurso à quebra do sigilo profissional, sua natureza de último ratio na investigação.

Finalmente, é importante dizer que a este Workshop assistiram globalmente **119 profissionais** dos quais **92%** (109) responderam ao teste aberto de avaliação. A média das classificações foi de 87%, atingindo as mais elevadas 100% (2) e 99,3% (1). Tem especial significado o interesse e atenção que este resultado reflecte, razão porque tendemos a considerá-lo a cereja do bolo!

Sobre o conteúdo das conferências, cerca de 90% dos participantes atribuiu o valor de 3,6 (escala de 1-insuficiente a 4-muito bom), considerando as suas expectativas atingidas ou ultrapassadas, o que foi muito gratificante. Salientaram ainda a qualidade das apresentações, a importância e utilidade prática dos temas, a possibilidade de partilha de experiências e a disponibilidade demonstrada pelos palestrantes, no esclarecimento de questões.

Nos 3 hospitais, o Núcleo de Formação, liderado pela Dra. Ana Cristina Alves, desempenhou um papel importantíssimo pelo seu suporte e colaboração excepcionais o que simplificou de modo extraordinário a realização deste curso. ■

Semana da Alimentação no Hospital de Egas Moniz



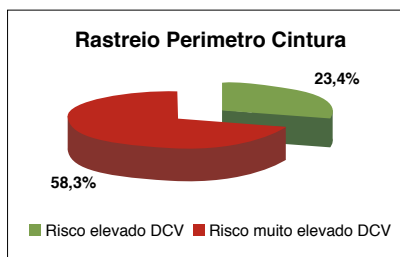
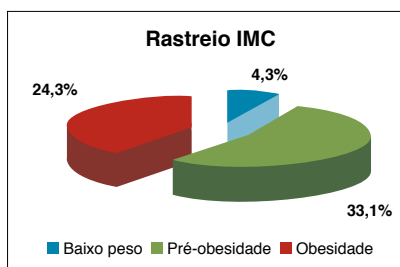
N a semana de 16 a 20 de Maio de 2011, decorreu, no hall da Consulta Externa do Hospital de Egas Moniz, a Semana da Alimentação, no período entre as 09h00 e as 12h00, organizada pela equipa de Enfermagem da Consulta Externa em colaboração com o Serviço de Nutrição e Dietética.

Esta iniciativa teve como objectivo impulsionar a prática de estilos de vida saudáveis. Neste âmbito realizou-se um rastreio que contemplou: a medição da tensão arterial, colesterol, glicemia capilar, medidas antropométricas e respectivo cálculo do índice de massa corporal (IMC) e perímetro da cintura. Para dar continuidade ao rastreio, foi realizado com cada utente um plano alimentar visando detecção e alteração de possíveis erros alimentares, tendo em conta os resultados do seu rastreio.

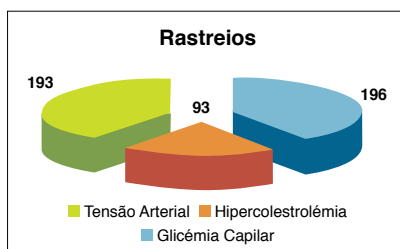
Fizeram parte do rastreio 197 indivíduos, dos quais 127 eram utentes do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental (CHLO) e 70 eram funcionários, dos quais 148 eram do género feminino e 49 do género masculino, com idades compreendidas entre os 18 e os 89, tendo como média 58,2 $\pm$ 10,6 anos.

Com esta acção verificou-se que 33,1% dos participantes apresentavam pré-obesidade, 24,3% obesidade e 4,3% baixo peso. Relativamente ao

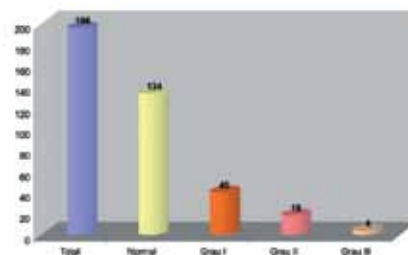
perímetro da cintura, 23,4% apresentavam risco elevado de desenvolver doenças cardiovasculares (DCV) e 58,3% um risco muito elevado.



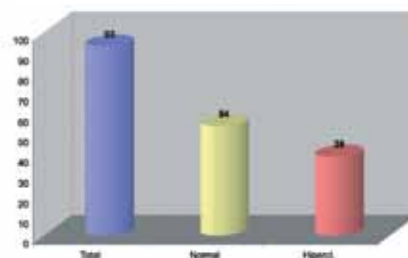
Quanto ao rastreio de tensão arterial, colesterol e glicemia capilar os resultados foram os ilustrados nos seguintes gráficos.



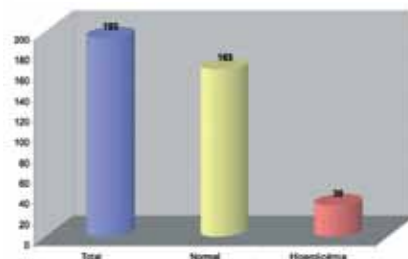
Rastreio de Tensão Arterial



Rastreio de Hipercolesterolémia



Rastreio de Glicémia Capilar



Concluindo-se que 81,7% dos participantes apresentavam risco de desenvolver doenças cardiovasculares, as quais estão associadas a uma elevada mortalidade em Portugal. Por este motivo, é importante identificar precocemente os indivíduos em risco com objectivo de promover alterações no estilo de vida nomeadamente na alimentação.

Foi uma iniciativa com uma elevada procura por parte dos utentes e também por parte dos funcionários deste hospital, tendo sido reconhecida a sua utilidade na detecção precoce nas identidades rastreadas. ■

ENF^a SÓNIA SOUSA
 ENF^a ELISABETE BAGINHA
 ENF^a ANABEL ENCARNÇÃO
 ENF^a CLAUDIA JÚDICE
 Enfermeiras da Consulta Externa
 do Hospital de Egas Moniz
 DRA. ZÉLIA SANTOS
 Dietista

3ª Corrida do CHLO



Com o Tejo como fundo, sem vencedores nem vencidos, apenas pelo espírito de participar e conviver, foi possível juntar, pelo 3º ano consecutivo, cerca de 100 participantes, entre colaboradores e familiares, na 3ª Corrida do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental (CHLO), no passado dia 1 de Junho.

À semelhança dos outros anos houve dois percursos: um percurso “profissional” (do Café In à Torre de Belém - ida e volta), para os participantes mais preparados, e um percurso “amador” (do Café In à Estação ao Fluvial de Belém – ida e volta).

Para o sucesso desta iniciativa contribuiu o apoio dos patrocinadores que possibilitou a oferta a todos os participantes de uma medalha e de uma t-shirt, e às crianças, de um livro.

Agradecemos a todos os atletas pelo entusiasmo e boa disposição, marcando encontro para o próximo ano. ■



1 de Junho

Dia Mundial da Criança

HOSPITAL DE SANTA CRUZ

O Hospital de Santa Cruz (HSC) decidiu comemorar o Dia Mundial da Criança reforçando e divulgando os principais 10 pedidos das crianças aos pais. Neste sentido, as Consultas Externas da Cardiologia Pediátrica foram decoradas com flores de balões multicolores para receber os mais pequenos com muita alegria. Os cartazes sobre o tema, elaborados por Ana Maria Pereira, voluntária neste serviço, foram afixados tanto nas consultas como na enfermaria, tendo ainda sido distribuídos diplomas com estes 10 pedidos a todos os pais com crianças internadas no HSC. Este ano, a Associação Coragem presenteou as crianças acompanhadas pela Cardiologia Pediátrica com uma televisão disponível na sala de espera das consultas externas deste serviço.



ASSOCIAÇÃO CORAGEM - MINICOR
Hospital de Santa Cruz

10 Pedidos das Crianças aos Pais

1. As minhas mãos são pequenas: por favor não esperem a perfeição ao fazer a cama, desenhar, atirar e agarrar uma bola. As minhas pernas são pequenas: por favor abrandem para eu vos poder acompanhar.
2. Preciso de encorajamento para crescer. Por favor sejam brandos nas vossas críticas. Lembrem-se: podem criticar o que faço sem me criticarem a mim.
3. Os meus olhos não vêem o mundo do mesmo modo que os vossos. Por favor deixem-me explorá-lo em segurança. Não me impeçam de o fazer sem necessidade.
4. Os meus sentimentos ainda estão tenros. Não impliquem comigo o tempo todo. Tratem-me como desejariam ser tratados.
5. As tarefas domésticas estão sempre a precisar de ser feitas. Só sou pequeno por pouco tempo. Por favor percam tempo a explicar-me as coisas deste fantástico mundo em que vivemos e façam-no de boa vontade.
6. Por favor não vão “fazer por cima” tudo o que eu faço. Isso dá-me a ideia de que os meus esforços nunca alcançam as vossas expectativas. Sei que é difícil, mas não me comparem a outras crianças.
7. A minha existência é uma dádiva. Cuidem de mim como é esperado, responsabilizando-me pelas minhas ações, dando-me linhas de orientação e disciplinem-me de um modo afectuoso.
8. Por favor não tenham medo de ir passar fora um fim-de-semana. Os filhos precisam de férias dos pais como os pais precisam de férias dos filhos. É uma bela maneira de mostrarem como a vossa relação é especial.
9. Por favor dêem-me a liberdade para tomar decisões que me dizem respeito. Deixem-me falhar, para que eu possa aprender com os meus erros. Assim, um dia estarei preparado para tomar as decisões que a vida me exigirá.
10. Por favor dêem-me todas as oportunidades para eu aprender e bons exemplos para eu seguir. Assim poderei tornar-me numa pessoa verdadeira, recta e humana.



HOSPITAL DE SÃO FRANCISCO XAVIER

“A melhor maneira de tornar as crianças boas é torná-las felizes.”

Oscar Wilde

O Serviço de Pediatria do Hospital São Francisco Xavier assinalou a data com uma bonita festa, que contou com a presença das crianças do Internamento, Doentes Crónicos e do Hospital de Dia, todas elas acompanhadas pelos pais.

A festa começou colorida logo pelas 11h00 com a animação do *Espinafre e Companhia*, com muita palhaçada, modelagem de balões, magia e, claro, pinturas faciais que transformaram pequenos e graúdos em personagens de encantar.

Esta celebração contou com o apoio dos Rotary Lisboa-Belém que colaboraram no entretenimento e alegria das crianças.

Não faltaram as habituais entregas de prendas, oferecidas antes da hora do almoço.

A festa continuou colorida, e na parte da tarde tivemos as consultas dos *Doutores Palhaços – Operação Nariz Vermelho* que animaram toda a pequenada. No final da tarde a ITAU ofereceu um lanche para todas as crianças e seus acompanhantes.

O “Projecto Sorrir no Hospital” contou assim com o apoio dos Rotary Lisboa-Belém, Pierre Fabre Dermo, Uriage, Zero e Oito, Nutriben, Leti, Bial, Boiron e ITAU.

Agradecemos em nosso nome e de todas as nossas crianças, às entidades que apoiaram esta iniciativa, sem a qual não teria sido possível a sua realização.

Para além da festa, foi realizada uma pequena exposição alusiva à Declaração Universal dos Direitos da Criança, com desenhos realizados por algumas crianças do Internamento de Pediatria, no átrio do piso 2 do Edifício Materno Infantil. A exposição teve início no dia 30 de Maio e terminou no dia 8 de Junho de 2011. ■

MARIA EDITE PEREIRA
Educadora de Infância

**POSTER DO HOSPITAL
DE DIA DE ESPECIALIDADES MÉDICAS**

1º Prémio no 17º Congresso Nacional de Medicina Interna

No 17º Congresso Nacional de Medicina Interna, Porto, 2011, foi distinguido com o 1º prémio o cartaz (poster) intitulado “Descentralização de um Programa de Hipocoagulação Oral: do Hospital para os Cuidados Primários”, do qual são autores: Ana Leitão, Susana Quintão, Catarina Bastos, Juliana Campos, Luis Nobre, Manuel Soares, Joana Marrecos, Filipa Gândara, Filipa Marques, Inês Araújo, Cândida Fonseca, do Hospital de Dia de Especialidades Médicas do Hospital de São Francisco Xavier/Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental (Coordenadora: Prof.^a Doutora Cândida Fonseca).

RESUMO DO TRABALHO:

Descentralização de um programa de hipocoagulação oral: do hospital para os cuidados primários

A clínica de hipocoagulação oral (HCO) de um hospital central (HC), equipada com o Hyt-Gold, um programa computadorizado de determinação do INR (point of care), dosificação do anticoagulante e gestão da consulta, iniciou a descentralização da HCO para os Centros de Saúde (CS) da sua área em 2009. Objectivos: Comparar a qualidade da assistência prestada a uma mesma população de doentes (dts) hipocoagulados no HC e num CS da área, nos seis meses de actividade antes e após a descentralização. População e Métodos: Após termos equipado os CS com o Hyt-Gold e treinado os utilizadores, médicos e enfermeiros, comparámos os indicadores de qualidade da HCO: número de consultas/doente/6 meses, % de INR dentro e fora dos intervalos terapêuticos (2,0-3,0) e (2,5-3,5) $\pm 10\%$, bem como a % de acidentes hemorrágicos e trombóticos, no HC e no CS. Resultados: Incluídos 39 doentes, 55% homens; 10% com idade <60, 75% entre 60-79 e 15% entre 80-89 anos. A fibrilhação auricular (77,5%) foi a principal causa de HCO nestes dtes, seguida da doença tromboembólica venosa (17,5%) e próteses valvulares mecânicas (5%). No período pré (HC) e pós descentralização (CS) foram realizadas 245/259 consultas (aumento de 6% no CS) equivalendo a 6,28/6,64 consultas/doente/semestre. A taxa de determinações de INR infraterapêutico foi 17,96/11,97%, no intervalo terapêutico 76,3/75,7%, supratrapêutico 5,7/12,36% e destes 0/0,39% com INR entre 5-7 e 0/0,39% >7. Foram registadas 9 complicações hemorrágicas das quais (89%) menor, 4 em cada centro e 1 maior (AVC) no CH. Sem complicações trombóticas. Conclusões: Não houve diferença significativa entre os índices de qualidade da HCO no HC e no CS, a atestar da elevada qualidade da assistência prestada quer no HC quer no CS. O Hyt-Gold mostrou ser um programa de gestão da HCO totalmente adequado à implementação, com eficácia e segurança, nos Cuidados Primários, com todas as vantagens dos cuidados de proximidade para esta população idosa, frequentemente dependente.

Nomeações

O Conselho de Administração deliberou nomear:

- em sessão realizada em 04/05/2011, os seguintes elementos para integrar o Núcleo Executivo da Comissão de Controlo de Infecção Hospitalar: Dra. Filomena Martins (Presidente), Enf.^a Clara Carvalho; Enf.^a Francelina Rebelo; Enf.^a Margarida Mimoso;
- em sessão realizada em 18/05/2011, nos termos previstos nos artigos 17º e 18º do regulamento interno do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental (CHLO), os seguintes Directores de Enfermagem e respectivos adjuntos: Hospital de São Francisco Xavier - Enf. João José dos Santos Fernandes (Director de Enfermagem), Enf.^a Maria de Lurdes Escudeiro Santos e Enf.^a Maria João Furtado (Adjuntas); Hospital de Santa Cruz - Enf.^a Idolinda Martins Cipriano Tomás (Directora de Enfermagem); Enf.^a Ilda Rosa Costa Tareco Roldão e Enf.^a Maria Manuela Jorge Antunes Rojão (Adjuntas); Hospital de Egas Moniz - Enf.^a Maria Isabel Ramos Gaspar (Directora de Enfermagem), Enf.^a Maria Isabel Teixeira de Faria Westwood e Enf.^a Isabel Maria Gonçalves dos Santos (Adjuntas);
- em sessão realizada em 01/06/2011, a Comissão de Gestão de Risco do CHLO, composta pelos seguintes elementos: Dra. Maria Conceição Furstenau (Médica Anestésista) que coordena; Prof. Doutor João Gamelas (Médico Ortopedista); Dra. Erica Viegas (Farmacêutica); Dra. Maria João Lupi (Administradora Hospitalar); Dra. Gabriela Rodrigues (Médica Internista); e Enf.^a Rita Reis de Carvalho (Enfermeira).

Recordando Manuela Munhoz



A Liga dos Amigos do Hospital de Santa Cruz vem prestar a justa homenagem àquela que foi fundadora da Liga e que pela sua dedicação e empenhamento foi simultaneamente a sua grande dinamizadora. Esteve não só na concepção da estrutura da Liga desde o primeiro momento, como também na sua planificação e gestão. Instituiu os corpos sociais e nestes foi a responsável durante muitos anos pelo corpo de voluntários.

Aliando um trato afável à sua capacidade de organização, à determinação nos seus objectivos que visavam sempre o bem-estar dos doentes e seus familiares, a Manuela Munhoz constituiu durante estes anos, pela sua presença constante, a força aglutinadora que deu asas e público reconhecimento à Liga e a elevou à dimensão em que hoje se encontra.

O seu nome e a sua presença continuarão sempre ligados à Liga, deixando um enorme vazio. Todos a recordaremos com o maior carinho, gratidão e amizade.

LIGA DOS AMIGOS DO HOSPITAL DE SANTA CRUZ

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

7 a 9 de Setembro de 2011

CONFERÊNCIA «VIH-SIDA: UMA SOLUÇÃO CONJUNTA PARA AS DOENÇAS TROPICAIS: A RESPOSTA LUSO-AMERICANA»

Organização: Fundação Luso-Americana

Local: Fundação Luso-Americana,
Lisboa

Informações:
Email: infotropicaldiseases@flad.pt

12 a 15 de Outubro de 2011

12º CONGRESSO MUNDIAL E AS 7ªs JORNADAS NACIONAIS DE ESTERILIZAÇÃO

Organização: Associação Nacional
de Esterilização

Local: Estoril

Informações:
Email: wfhss2011secretariat@leading.pt
www.wfhssportugal2011.com

17 de Setembro de 2011

1º WORKSHOP VMER DO CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA CENTRAL «VMER SÃO JOSÉ - O OUTRO LADO DO HOSPITAL»

Organização: Viatura Médica de
Emergência e Reanimação do CHLC

Local: Auditório Camões, em Lisboa

Informações:
Email: co.vmersjose@gmail.com
www.vmersjose.com

24 de Novembro de 2011

III SEMINÁRIO DE NEUROLOGIA

Organização: Centro Hospitalar
de Lisboa Ocidental

Local: Auditório do Bloco Central
do Hospital de Egas Moniz

Informações:
Telf: 210432179 / 2185
E-mail:
IIIseminarioneurologia@hotmail.com

17 de Setembro de 2011

I CONGRESSO DO SONO EM ODONTOESTOMATOLOGIA

Organização: Sociedade Portuguesa
de Medicina Oral do Sono

Local: Serviços Sociais da Câmara
Municipal de Lisboa

Informações:
Telf: 21 752 54 19
Email: Icongresso@spsono.pt
www.congressosono.com

22 a 23 de Setembro de 2011

CURSO INTERNACIONAL DE UROLOGIA INTITULADO: «ONCOLOGIA EM UROLOGIA»

Organização: Serviço de Urologia do
Hospital do Espírito Santo de Évora

Local: Hospital do Espírito Santo
de Évora

Informações:
Telf.: 218 429 710
Fax: 218 429 719
Email: ana.paisCadmedic.pt
www.admedic.pt

29 a 30 de Setembro de 2011

14ªs JORNADAS DE PEDIATRIA DO HPP HOSPITAL DE CASCAIS «DO AMBULATÓRIO À URGÊNCIA»

Organização: HPP Hospital de Cascais

Local: Centro Cultural de Cascais

Informações:
E-mail: anabela.coelho.vicente@
hphphospitaldecascais.pt
Telf.: 214 653 000
Ext. 35 008
Tlm: 963 378 804

Início em Outubro de 2011

PÓS-GRADUAÇÃO EM SUPERVISÃO CLÍNICA

Organização: Universidade Atlântica

Local: Universidade Atlântica, em
Barcarena

Informações:
Tel. 21 439 82 44
Email:
pg.supervisaoclinica@uatlantica.pt
http://www.uatlantica.pt/cursos/pos-
graduacoes/supervisao-clinica-em-
enfermagem.html