



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

Jornal do Centro



Um problema sub-diagnosticado e sub-tratado

Depressão na Gravidez



2ª parte do artigo **O que é o VIH**



Unidade de Diálise do Hospital de Santa Cruz

Índice

- 2 Talis Qvalis
- 3 Editorial
- 4 Depressão na Gravidez
- 6 Unidade de Diálise do HSC
- 8 O que é o VIH:
2ª parte do artigo
- 11 Desburocratização no CHLO
- 12 Dia Mundial do Coração



- 14 Breves
- 15 Agradecimentos
- 16 Agenda do Centro

TALIS QVALIS*V

Qualidade – Apontamentos

Nos dois artigos anteriores falámos de **avaliação da qualidade** e dos princípios que devem estar subjacentes à implementação de **medidas correctivas** quando se detectem situações que não estejam de acordo com padrões pré-estabelecidos.

Vimos também um exemplo da dificuldade na implementação dessas medidas. Parte dessa dificuldade tem frequentemente origem na nossa natural (e em parte também cultural) falta de capacidade em lidar com situações que coloquem em questão a nossa forma de actuar.

Para ilustrar esta ideia, vejamos algumas expressões que ilustram as várias fases da forma como tipicamente se encaram resultados de Avaliações da Qualidade:

1. fase | NEGAÇÃO

“O método de análise estava todo errado”

“A amostra foi mal colhida”

“Estes resultados não se aplicam a mim”

2. fase | RACIONALIZAÇÃO

“O padrão era irrealista”

“Afinal de contas, não tem assim tanta importância”

“Fazemos o mesmo que os outros fazem”

“A culpa é do ... (governo, chefe, companheiro de trabalho, etc.)”

3. fase | ACEITAÇÃO

“De facto, podemos fazer melhor, mas não é nada fácil. Será que não podemos ficar como estamos?”

“OK, concordo, mas não podemos fazer nada”

4. fase | MUDANÇA

“A situação é inaceitável. Vamos corrigi-la, custe o que custar”

“Não vai ser assim tão difícil. Não somos piores do que os outros”

Embora provavelmente já todos tenhamos experimentado situações semelhantes, será que, nessas alturas e fora os casos em que as expressões retratavam de facto a verdade, passámos sistematicamente à 4ª fase?

Finalmente, não nos podemos ainda esquecer de que, tal como se disse no artigo anterior, qualquer mudança implica sempre uma **avaliação** ao seu impacto. Sem ela, não poderemos assegurar que estamos a melhorar, além de correremos o risco de estar a desperdiçar esforços.

Afinal, se é certo que *toda a melhoria implica uma mudança, nem toda a mudança implica uma melhoria*, o que nos relembra novamente a importância de um **planeamento** adequado das medidas correctivas.

JOÃO FARO VIANA

Director do Departamento da Qualidade

*TALIS QUALIS: Origem da palavra latina *qualitas*

Gabinete do Utente • CONTACTOS

Hospital de Egas Moniz: nadiarodrigues@hegasmoniz.min-saude.pt • Tel.: 21 365 01 67

Hospital de Santa Cruz: rsantos@hsc.min-saude.pt • Tel.: 21 416 34 00 (ext.2695)

Hospital de São Francisco Xavier: spinto@hsfxavier.min-saude.pt • Tel.: 21 300 04 03

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

Ficha Técnica

Propriedade: Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, E.P.E. | Estrada do Forte do Alto do Duque, 1449-005 LISBOA
Telefone: 213 000 300 • Fax: 213 017 533 | **Director:** José Miguel Boquinhas

Edição: Nuno Miguel Mota (nmota@hsfxavier.min-saude.pt) | **Redacção:** Helena Pinto, Nádía Rodrigues e Rosa Santos

Revisão: Alexandra Flores | **Fotografia:** Nádía Rodrigues, Nuno Miguel Mota e Rosa Santos

Distribuição: Serviço de Comunicação e Imagem | **Concepção Gráfica:** Paulo Reis

Impressão: Grafivedras – Torres Vedras | **Tiragem:** 5000 exemplares | **ISSN:** 1646-379X | **Depósito Legal:** 238539/06

José Miguel Boquinhas

Presidente do Conselho de Administração



Aprovado o Regulamento Interno do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, E.P.E., feitas as nomeações dos Directores de Serviço e Departamento, cumpridas algumas das formalidades restantes como é o caso da definição das novas dependências hierárquicas e da localização dos serviços nas três unidades hospitalares que compõem o Centro Hospitalar, fica praticamente arrumada a casa restando apenas a definição no que respeita às Direcções dos Serviços de Imagiologia, Patologia Clínica e Anatomia Patológica, o que deverá ser levado a efeito nos próximos meses.

É, por isso, o momento de iniciar um novo ciclo baseado em três objectivos fundamentais: melhoria da qualidade dos cuidados prestados à população, melhoria no grau de satisfação dos utentes, satisfação e motivação dos profissionais. As instituições são naturalmente feitas por pessoas e pela qualidade do seu trabalho. É, por isso, cada vez mais importante, que nos hospitais existam profissionais de grande qualidade e prestígio em todas as áreas, em especial, nas profissões onde o contacto directo com os doentes é determinante para melhorar o seu grau de satisfação de que são exemplo mais evidente as profissões médica, de enfermagem e de fisioterapia. Na vertente médica, é necessário que emerjam personalidades e novos protagonistas que sejam reconhecidos pelos seus pares, pela comunidade científica e pela sociedade em geral, como individualidades que, por si só, sejam capazes de projectar o nome dos serviços e do hospital. As personalidades médicas de prestígio são fundamentais para alimentar qualquer instituição hospitalar e, sem elas, os hospitais perdem consistência e o próprio respeito por parte dos seus utentes.

O Departamento de Investigação Clínica recentemente criado, a par de uma nova cultura de exigência e de um modelo de comunicação interna e externa bem estruturado a fim de projectar as actividades desenvolvidas e os próprios protagonistas, pode bem ser o caldo de cultura que faltava para estimular o aparecimento de novas personalidades e lançar novas dinâmicas em benefício da melhoria da qualidade dos cuidados de saúde e da projecção do nome do nosso centro hospitalar na comunidade científica nacional e internacional. ■

Um problema sub-diagnosticado e sub-tratado

Depressão na Gravidez

A gravidez representa, na vida da mulher, um período de intensas transformações físicas e psicológicas, que exigem uma grande capacidade de adaptação da sua parte. Tais transformações podem condicionar níveis de perturbação psicológica o que, por sua vez, aliado a outros factores adversos, de natureza biológica ou psicossocial, acarreta um risco acrescido de desenvolvimento de doença psiquiátrica.

Do ponto de vista psiquiátrico, a doença mental mais comum na mulher grávida é a depressão – associada, com maior ou menor expressão, às manifestações de ansiedade.

Todavia, a depressão na gravidez é um problema sub-diagnosticado e sub-tratado.

Convém referir que a depressão é a doença psiquiátrica mais comum. E também que é cerca de duas vezes mais frequente no sexo feminino que no masculino. Aliás, no sexo feminino as perturbações do humor têm início, numa proporção significativa de casos, na 3ª e 4ª décadas de vida, isto é, durante o período reprodutivo da mulher. Por todas estas razões a depressão é, muitas vezes, uma condição pré-existente à gravidez.

Assume-se frequentemente que a gravidez é protectora relativamente à depressão mas essa ideia foi recentemente refutada¹. Calcula-se que a sua prevalência se situe, genericamente entre os 10% e os 20%. Aliás, numa revisão recente da prevalência da doença ao longo da gravidez foram encontrados valores idênticos aos da população feminina em geral durante o primeiro trimestre e valores superiores (respectivamente 12,8% e 12,0%) nos dois últimos².

A depressão na gravidez parece constituir um factor de risco para o desenvolvimento da depressão pós-parto (DPP). Recentemente, aliás, tem sido proposto que esta designação seja substituída pela depressão

peri-natal, termo que acentua o *continuum* das perturbações do humor nesta etapa do ciclo de vida da mulher, bem como a importância do reconhecimento e diagnóstico da depressão na gravidez enquanto estratégia global de prevenção secundária das perturbações do humor no sexo feminino³.

Têm sido apontados como factores de risco da DPP a existência de episódios depressivos anteriores, em particular de episódios depressivos pós-parto, bem como a existência de história

familiar de depressão. Tem ainda sido imputada uma susceptibilidade individual às variações hormonais, que ocorrem na adolescência, no período pré-menstrual (síndrome disfórico pré-menstrual), na gravidez e puerpério e no climatério, nas mulheres que desenvolvem DPP⁴. Outros factores, de natureza psicossocial, têm igualmente sido valorizados na etiologia da DPP como sejam o ajustamento conjugal, a relação da mãe com a sua própria progenitora, o suporte familiar e

Assume-se frequentemente que a gravidez é protectora relativamente à depressão mas essa ideia foi recentemente refutada





O *Edinburgh Post-natal Depression Schedule* (EPDS) é o instrumento de *sreening* mais utilizado a nível mundial para identificar casos de depressão no pós-parto e durante o primeiro ano de vida da criança^{9,10}. Tem sido igualmente utilizado para identificar casos de depressão durante a gravidez^{3,10,11}. É um questionário de auto-preenchimento, curto e de fácil aplicação por não médicos¹². Permite diferenciar os casos de depressão do tradicional *baby-blues*, que ocorre nos primeiros dias após o parto e que não necessita de uma abordagem especializada.

social, o estilo de vinculação da mãe e até as características individuais do bebé. Relações menos satisfatórias a estes vários níveis condicionam igualmente um risco acrescido para o desenvolvimento de DPP^{4,5}.

A depressão na gravidez deveria ser equacionada juntamente com os demais aspectos referidos e, assim conceptualizada, poderá ser encarada como um preditor da DPP.

Por outro lado, tem sido encontrada uma prevalência muito variável de DPP em diferentes contextos sócio-culturais, o que pressupõe menos diferenças reais na distribuição da doença que diferentes capacidades de detecção da mesma^{5,6}. É verdade também que a doença está rodeada de secretismo. Participam do segredo não só a doente mas também os médicos (obstetras, pediatras) e enfermeiros que mais directamente lidam com as (futuras) mães^{7,8}. Estes aspectos mais não traduzem que o estigma tradicionalmente associado à doença mental bem como o papel central da maternidade na identidade feminina. As últimas considerações aplicam-se igualmente à depressão na gravidez, pelo que nos parece importante a divulgação do quadro bem como o desenvolvimento e/ou aperfeiçoamento de instrumentos destinados ao reconhecimento (diagnóstico) da doença e a referenciação das mulheres que possam beneficiar de uma intervenção precoce da Saúde Mental.



Por outro lado, e no que respeita ao tratamento, convém destacar as intervenções psicológicas (ou psicossociais) na abordagem das perturbações depressivas durante a gravidez e puerpério. Estas poderão ser suficientes no tratamento dos episódios depressivos ligeiros a moderados, reservando-se as abordagens farmacológicas (ou outras) para as situações mais severas, em que as consequências, para o bem-estar da mãe e/ou do feto(criança), resultantes dos sintomas não tratados, suplantam os riscos da terapêutica e exigem uma atitude mais concertada dos médicos que assistem a díade mãe-criança(feto)¹³. ■

Referências bibliográficas:

1. Cohen L.S., et al. (2006). Relapse of major depression during pregnancy in women who maintain or discontinue antidepressive treatment. *JAMA*, 295(5):499-507.
2. Bennett H.A., et al. (2004). Prevalence of depression during pregnancy: systematic review. *Obst&Gyne*, 103:698-709.
3. Stewart DE (2006). Perinatal depression. *General Hospital Psychiatry*, 28:1-2.
4. Bloch M.; Rotenberg N.; Koren D.; Klein E. (2006). Risk factors for early postpartum depressive symptoms. *General Hospital Psychiatry*, 28:3-8.
5. Marks M.N. et al. (Eds.) (2004) Transcultural study of postnatal depression (TCS-PND): development and testing of harmonised research methods. *The British Journal of Psychiatry*, 184: suplemento 46.
6. Halbreich, U.; Karkun S. (2006) Cross-cultural and social diversity of prevalence of postpartum depression and depressive symptoms. *Journal of Affective Disorders*, 91:97-111.
7. Fergerson S.S., Jamieson D.J., Lindsay M. (2002). Diagnosing postpartum depression: Can we do better? *AmJObstetGyne*, 186:899-902.
8. Heneghan AM, Silver EJ, Bauman LJ, Stein RE (2000). Do pediatricians recognise mothers with depressive symptoms? *Pediatrics*, 106(6):1367-73.
9. Dennis CL (2004). Can we identify mothers at risk for postpartum depression in the immediate postpartum period using the Edinburgh Postnatal Depression Scale? *Journal of Affective Disorders*, Feb;78(2):163-9.
10. Rubertsson C., Wickberg B., Gustarsson P., Radestad I. (2005). Depressive symptoms in early pregnancy, two months and one year postpartum-prevalence and psychosocial risk factors in a national Swedish sample. *Arch. Womens Ment. Health*, Jun; 8(2):97-104.
11. Adouard E, Glangeaud-Freudenthal N.M., Golse B. (2005) Validation of the Edinburgh postnatal depression (EPDS) in a sample of women with high-risk pregnancies in France. *Arch. Womens Ment. Health*, Jun; 8(2):89-95.
12. Cepêda T, Brito I, Heitor MJ (2006). Promoção da Saúde Mental na gravidez e primeira infância: manual de orientação para profissionais de saúde. DGS.
13. Altshuler, L.L., et al. (2001) Treatment of depression in women 2001. The expert consensus guideline series, in a postgraduate medicine special report, McGraw-Hill.

DRA. PAULA DUARTE
Psiquiatria de Ligação
Departamento de Psiquiatria
e Saúde Mental do HSFx

Do ponto de vista psiquiátrico, a doença mental mais comum na mulher grávida é a depressão (...) Todavia, é um problema sub-diagnosticado e sub-tratado

Dr^a. Maria João Pais em entrevista

Unidade de Diálise do Hos

A Unidade de Diálise do Hospital de Santa Cruz (HSC), integrada no Serviço de Nefrologia, foi criada em 1980 e assegura a substituição da função renal em duas modalidades técnicas principais, a Hemodiálise e a Diálise Peritoneal.

Para conhecer o modo de funcionamento desta Unidade, o Jornal do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental foi conversar com a Directora do Serviço de Nefrologia, Dr^a. Maria João Pais.

Qual é a área de influência do Serviço de Nefrologia e que doentes são tratados na Unidade de Diálise?

O Serviço de Nefrologia do Hospital de Santa Cruz nunca teve área de influência completamente definida. Recebe doentes da Consulta Externa de Nefrologia, assim como doentes enviados dos outros dois hospitais do CHLO, sobretudo da Urgência Geral do Hospital de São Francisco Xavier, dos Centros de Diálise extra hospitalar com os quais existe protocolo de apoio (cerca de 600 doentes) e ainda doentes enviados de outros hospitais e instituições de saúde mediante referência médica.

Como funciona a Unidade de Hemodiálise do HSC?

Funciona em regime de Hospital de Dia, com três turnos regulares diários, onde são tratados cerca de 50 doentes renais crónicos com elevada co-morbilidade e frequentes complicações dialíticas, e também todos os doentes internados nos vários Serviços do HSC com falência renal aguda ou crónica. Esta Unidade assegura ainda tratamento dialítico de urgência durante as 24 horas, não só no HSC, mas também na Urgência e na UCI do HSF.

Estão colocados nesta Unidade três Nefrologistas, sendo actualmente a Coordenadora da Unidade a Dr^a. Helena Boquinhas.

A equipa de Enfermagem, coordenada directamente pela Enfermeira Chefe do Serviço de Nefrologia, Enf^a. Isabel Pereira Lopes, é o suporte fundamental do funcionamento desta Unidade e é constituída por 19 Enfermeiros com vasto treino em técnicas dialíticas. A equipa está organizada em dois turnos diários, com um ratio de um enfermeiro para cada dois a três doentes. Existe também uma enfermeira



Dr^a. Maria João Pais Directora do Serviço de Nefrologia

responsável por toda a Unidade de Diálise, Enf^a. Fátima Marques, que para além de coordenar as actividades diárias do Hospital de Dia de Diálise, apoia o programa de Diálise Peritoneal (técnica na qual é perita) e garante toda a logística da Unidade.

A Unidade dispõe ainda do apoio de uma Assistente Social e de um Dietista, e tem secretariado próprio.

Um problema comum a todas as Unidades de Diálise é os acessos vasculares. Qual é a situação no HSC?

Temos assegurada a construção e reparação cirúrgica dos acessos vasculares pelo Serviço de Cirurgia Geral, o qual nos dá um excelente



pital de Santa Cruz

apoio, com resposta rápida.

A partir de 2003 passou a funcionar no HSC o Núcleo de Acessos Vasculares para Diálise constituído por Nefrologistas e Cirurgiões. Cinco jovens Nefrologistas, coordenados pela Dr^a. Célia Gil, asseguram a Intervenção Angiográfica nos acessos vasculares disfuncionantes e garantem a criação de novos acessos com a colocação de catéteres permanentes tunelizados.



Em que consiste a LDL-Aferese?

Trata-se de uma técnica que remove as partículas de LDL colesterol dos doentes com dislipidémias graves, especialmente indicada nos casos de Hipercolesterolemia familiar. Neste momento temos cinco doentes em tratamento regular nesta Unidade. O Serviço de Nefrologia tem uma Consulta de Lípidos semanal,

realizada pelas Dras. Margarida Bruges e Teresa Adragão, onde são estudados e triados os doentes candidatos a esta técnica.

Considera adequadas as instalações e equipamentos da Unidade de Hemodiálise?

Nos últimos anos têm sido feitas obras de adaptação na área da Hemodiálise de modo a serem observadas as normas fixadas pelo Manual de Boas Práticas, o que se verifica actualmente.

A Unidade de Hemodiálise, que está apetrechada com 20 monitores de última geração, tem 15 postos fixos para Hemodiálise e dispõe de duas áreas separadas para dialisar doentes portadores de vírus HIV e da Hepatite B. O Tratamento de Águas inclui dupla osmose inversa e permite dialisar os doentes com água ultra pura.

O equipamento existente permite também realizar outras modalidades de diálise e técnicas afins nomeadamente hemofiltração, hemodiafiltração, hemoperfusão e plasmaferese. É de referir a existência de dois monitores para LDL-Aferese, sendo actualmente o HSC o único a executar esta técnica no país.

O Serviço de Hemodiálise comprou um bolo a uma utente que completava naquele dia 91 anos. Uma pequena demonstração de carinho que existe na relação entre os profissionais e os doentes. Uma representação da humanização existente e necessária neste serviço.

E quanto à Unidade de Diálise Peritoneal?

A Unidade de Diálise Peritoneal do HSC funciona desde 1981 e foi pioneira na introdução desta técnica em Portugal. Actualmente o programa de Diálise Peritoneal engloba 45 doentes, a maior parte dos quais em diálise automatizada. O tratamento decorre em ambulatório, sendo a técnica executada habitualmente pelo próprio doente, que vem à consulta de 4 em 4 meses desde que esteja estabilizado.

São responsáveis actualmente pelo programa de Diálise Peritoneal dois Nefrologistas, a Dr^a. Margarida Gonçalves e o Prof. André Weigert. Para além da enfermeira responsável, em todos os turnos de enfermagem do Serviço existem enfermeiros com treino nesta técnica que asseguram os internamentos e as urgências nesta área. ■



Continuação do artigo “O que é o VIH” – 2ª Parte

Transmissão, prevenção

Na edição anterior, o Jornal do Centro publicou a primeira parte do artigo “O que é o VIH”, onde se abordou a problemática do estigma e do preconceito – principal obstáculo à prevenção desta doença. Além disso, foi explicado dentro do quadro da Pandemia da SIDA o seu agente, hospedeiro e ambiente. Neste número, o tema incide na transmissão do vírus, na sua prevenção e como ajudar a pessoa infectada.

TRANSMISSÃO DO VÍRUS DA IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA

O vírus VIH transmite-se de pessoa a pessoa através de três vias principais:

- **Sexual**
- **Parentérica** (por meio de injeção):
 - partilha de material contaminado usado para preparar e injectar droga (colher ou carga, algodão, filtro, agulha, seringa);
 - picadas acidentais com agulha contaminada (acidentes profissionais);
 - transfusão de sangue e derivados contaminados.

Esta última situação é um problema grave em alguns países em vias de desenvolvimento, porque não têm recursos económicos e técnicos para efectuar o rastreio do sangue utilizado nas transfusões.

- **Vertical**, isto é, da mulher grávida infectada para o recém-nascido. A infecção pode transmitir-se durante a gravidez, durante o parto e depois do parto, através da amamentação.

INFECÇÃO POR VIH – COMO SE PREVINE

Ninguém está livre de contrair a infecção por VIH, pelo que a

prevenção da transmissão desta infecção é a arma mais eficaz para combater a doença.



No domínio da prevenção e da educação, os esforços continuam a ser muito dirigidos para a prevenção da transmissão da infecção por VIH às pessoas não infectadas.

A realidade actual da infecção por VIH modificou-se. É preciso não perder de vista que os avanços de tratamento anti-retrovírico, ao prolongar e melhorar a qualidade de vida dos doentes, aumentam a possibilidade de encontros, nomeadamente sexuais, entre pessoas infectadas e não infectadas, sendo por isso necessário redobrar esforços para que o aumento da longevidade dos doentes infectados por VIH não corresponda ao aumento de transmissão deste vírus.

Prevenção da transmissão sexual de VIH

Educação

Prevenir a infecção por VIH não significa enumerar os comportamentos de risco, os meios que existem para evitá-los e esperar que surja a

alteração do comportamento.

A prevenção sustentada e a longo prazo da infecção por VIH deve incluir o ensino sobre a sexualidade humana, começando desde logo nas escolas, através de programas ajustados a cada idade que não se limitem a fornecer apenas informação sobre a doença, mas também proporcionem o desenvolvimento de aptidões nos vários domínios



Ninguém está livre de contrair a infecção por VIH, pelo que a prevenção da transmissão desta infecção é a arma mais eficaz para combater a doença

e ajuda

como a auto-estima, a comunicação, o esclarecimento e as relações interpessoais, promovendo o respeito e as relações justas entre os seres humanos dentro de um quadro de valores baseados nos direitos humanos.

Evitar a transmissão da infecção por VIH é sermos capazes de responder, perante nós próprios, sobre as razões que nos levam a iniciar uma relação sexual, seja com um parceiro ou parceira do mesmo sexo, seja do sexo oposto.

A prevenção deve incluir o ensino sobre a sexualidade humana, começando desde logo nas escolas, promovendo o respeito e as relações justas entre indivíduos dentro de um quadro de valores baseados nos direitos humanos

Preservativo

O preservativo (masculino ou feminino) é o meio mais eficaz para evitar a transmissão da infecção por VIH e de outras doenças sexualmente transmissíveis, mas também para evitar uma gravidez não-desejada.

Mesmo quando ambos os parceiros estão infectados, devem usar preservativo nas suas relações sexuais, já que cada pessoa infectada alberga diferentes variantes de vírus e a sua transmissão pode acelerar a evolução da doença.

Contudo, tal como os cintos de segurança dos automóveis, os preservativos são dispositivos de protecção que podem falhar e causar danos no seu utilizador.

A função de protecção do preservativo contra a infecção por VIH, contra outras doenças sexualmente transmissíveis e contra a gravidez não desejada pode falhar por vários motivos:

- Pode romper-se durante a relação sexual.

- Pode estar fora do prazo ou ter sido danificado porque esteve guardado em lugares pouco frescos e expostos ao sol directo.

- Porque se usou um lubrificante que não é solúvel em água (vaselina,

creme Nívea, outros cremes com gordura, etc.) que, geralmente, danifica a borracha do preservativo deve adquirir um lubrificante que seja solúvel em água, como por exemplo o gel KY.

Prevenção da transmissão de VIH por via parentérica

Em Portugal, aproximadamente metade do número de doentes com SIDA, notificados para o Centro de Vigilância Epidemiológica das Doenças Transmissíveis, contraíram esta infecção através da partilha, com uma pessoa infectada por VIH, de material utilizado para preparar e consumir drogas por via injectável – colher, carga ou outro recipiente onde é preparado o «caldo», algodão, filtro, seringa e agulha. É importante recordar que muitos destes doentes se infectam, pela mesma via, pelo vírus da hepatite C e pelo vírus da hepatite B, e estão em risco de contrair outras infecções graves situadas no local da injeção ou em outros órgãos distantes como as válvulas do coração (endocardite infecciosa), cérebro (abscessos cerebrais), osso, entre outros.



Em relação à prevenção, tome em atenção os seguintes aspectos:

- Para quem não consome drogas injectáveis ou outras o ideal será evitar, por todos os meios, a possibilidade de, um dia, vir a consumir drogas.

- Se por qualquer motivo começar a sentir vontade de consumir ou tenha experimentado e começar a ter dificuldade em abandonar o consumo de drogas, procure ajuda médica tão cedo quanto possível.

- Para quem consome drogas, mesmo aqueles que experimentem apenas uma única vez, a principal mensagem é nunca utilizar ou

Evitar a transmissão da infecção por VIH é sermos capazes de responder, perante nós próprios, sobre as razões que nos levam a iniciar uma relação sexual, seja com um parceiro ou parceira do mesmo sexo, seja do sexo oposto

partilhar com outra pessoa o material para preparar ou para injectar a droga, por mais saudável que seja o aspecto dessa pessoa.

- Se for consumidor dependente de drogas procure ajuda médica, porque a dependência de drogas é uma doença que se trata, mesmo quando se tem várias recaídas. Uma recaída não deve ser motivo para desistir das várias possibilidades de tratamento disponíveis. ■

DR. KAMAL MANSINHO
Director e Coordenador
do Serviço de Doenças Infecciosas
Hospital de Egas Moniz

INFECCÃO POR VIH: COMO AJUDAR?

Quando alguém conhecido adoece, especialmente com uma doença grave como a infecção por VIH, os amigos e as pessoas mais próximas podem sentir-se atordoados e invadidos por medos relacionados com a doença.

Aqui ficam algumas sugestões para o ajudar a ajudar e para fazer sentir ao doente que não são as opções de vida que causam a SIDA (ou outras doenças), mas os vírus, seja VIH-1, seja VIH-2.

■ Não evite a pessoa que sabe que está infectada por VIH – tente estar presente; às vezes basta isso para se inspirar esperança e segurança a quem está a atravessar um momento muito complexo da sua vida.

■ Toque-lhe, nem sempre é obrigatório falar. Uma simples carícia, a mão na mão, um abraço sem dizer nada é muitas vezes securizante e pode transmitir tudo aquilo que não somos capazes de dizer por palavras em certos momentos. Não tenha medo: a infecção por VIH e a SIDA não se transmitem por tocar ou beijar alguém que está infectado.



■ Diga-lhe que está disponível para o ajudar. Por exemplo, se for ao supermercado pergunte se precisa que lhe compre alguma coisa ou se lhe apetece sair para ir consigo.

■ Disponibilize-se para ajudar a mulher, o parceiro, os filhos. Não se esqueça que a doença do/a seu/sua amigo/a está a causar sofrimento a muitas pessoas que lhe são próximas. Ofereça-se para que elas possam distanciar-se, por

momentos, da intensa pressão que vivem.

■ Seja criativo. Lembre-se que mesmo que o doente seja homossexual pode ser pai ou mãe. Ofereça a sua ajuda para cuidar dos filhos, proponha trazê-los para o visitar se isso for possível ou necessário.

■ Não tenha inibições de falar com a pessoa sobre a doença, ajude-a a sentir-se bem consigo própria. Seja verdadeiro: se ela estiver com «bom ar» diga-lho;

se o seu aspecto se alterou, não faça de conta que tudo continua bem.

■ Se o doente professa uma religião, pergunte-lhe se pode rezar com ele e por ele. Não hesite em partilhar a sua fé com ele.

■ Procure incluí-lo nas tomadas de decisão, não decida por ele. O doente foi atingido em muitas coisas; ele pode ter perdido o controlo de muitos aspectos da sua vida. Não lhe negue a oportunidade de tomar decisões qualquer que seja o assunto.

■ Esteja preparado para ele se zangar consigo, sem qualquer motivo; isto pode significar que está tão próximo de si que até se arrisca a projectar sobre si a sua revolta e frustração.

■ Evite que o doente ou os familiares se isolem. Procure cultivar uma atitude positiva.

Melhorar a qualidade e a humanização

Programa de desburocratização no CHLO

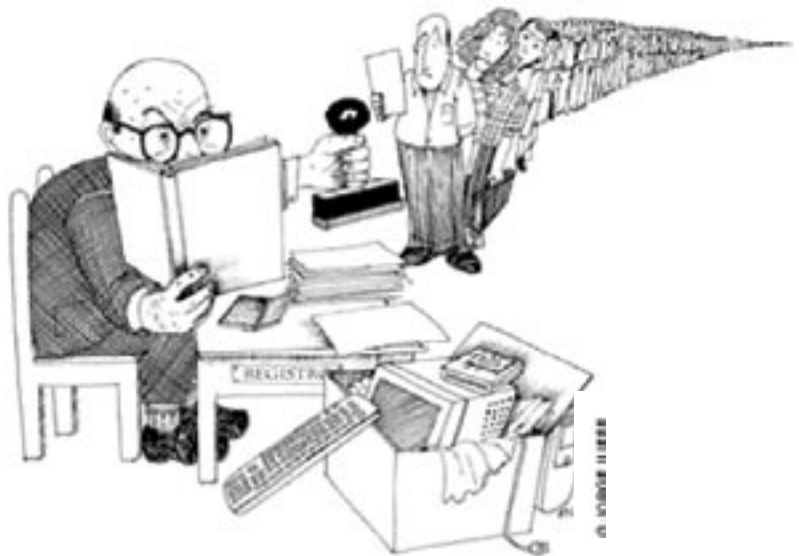
Em Março do corrente ano, o Conselho de Administração lançou o “Programa de desburocratização no CHLO”, solicitando a todos responsáveis dos Serviços o envio de sugestões que, no âmbito da desburocratização, pudessem ser úteis para “alterar procedimentos e melhorar a qualidade e a humanização, quer a nível dos seus Serviços, quer de outros”.

Responderam ao desafio 27 responsáveis, enviando 105 sugestões, das quais quase metade (46) estão relacionadas directa ou indirectamente com a área da Informática e 17 com a das comunicações telefónicas. Quando agrupadas por grandes áreas de intervenção, nota-se que a maior parte das sugestões dizem respeito ao Serviço de Gestão de Doentes e ao SAM – Sistema de Apoio ao Médico. Dado que existiam várias sugestões comuns a vários proponentes, obteve-se uma lista final com 52.

Após a recepção das sugestões, o Departamento da Qualidade foi encarregado da sua análise e elaborou um relatório (disponível para consulta na Intranet) onde propôs uma metodologia geral de encaminhamento, resposta e acompanhamento das mesmas.

Essa metodologia, já aprovada pelo Conselho de Administração, além de respeitar a Norma NP/EN/ISO 9001:2000 (Sistemas de Gestão da Qualidade), assenta nos seguintes princípios:

- Toda a sugestão exige uma resposta. No caso de uma resposta negativa, esta tem de ser acompanhada de uma justificação.
- Cada sugestão deve ser encaminhada para o responsável pelo Serviço que estiver mais envolvido na sua implementação.
- Para cada sugestão aceite, deve ser elaborado um plano de acção que explicita o responsável pela sua implementação, o prazo previsto para a sua conclusão e os modos de acompanhamento e de verificação da sua eficácia.



O Conselho de Administração lançou o “Programa de desburocratização no CHLO”, com vista a “alterar procedimentos e melhorar a qualidade e a humanização, quer a nível dos seus Serviços, quer de outros”

- O Departamento da Qualidade deverá tomar conhecimento de todas as sugestões emitidas e do respectivo acompanhamento.

- Concluída a implementação, o Serviço que emitiu a sugestão deverá ter conhecimento da solução implementada.

Foi também criado um impresso próprio para a emissão de sugestões (disponível na Intranet), que visa simplificar o seu acompanhamento e garantir o cumprimento dos princípios acima enunciados.

A eficácia da metodologia proposta será periodicamente avaliada e alterada de acordo com as falhas detectadas, dado que o tratamento adequado das sugestões de melhoria (neste caso relacionadas com a desburocratização), é uma das ferramentas mais poderosas da Qualidade ¹.

Fica lançado o desafio a todos os colaboradores do CHLO para que utilizem esta nova ferramenta de melhoria da Qualidade, para o que poderão consultar os documentos disponíveis na Intranet ou contactar o Departamento da Qualidade (H. Egas Moniz, Tel.: 213650104, e-mail: departamento.qualidade@hsc.min-saude.pt). ■

JOÃO FARO VIANA
Director do Departamento da Qualidade

¹ Juntamente com o tratamento das reclamações e das Não Conformidades (estas últimas a implementar em breve) e que utilizam metodologias semelhantes.

Dia Mundial do Coração

O coração a bater saudável

No dia 29 de Setembro comemora-se o Dia Mundial do Coração. O Jornal do Centro não quis deixar passar esta data em branco, publicando nas linhas que seguem uma série de conselhos e prevenções para que o seu coração bata de forma saudável. Fique também a conhecer quais os principais factores de risco e algumas estatísticas a ter em conta.

Factores de Risco:

- ♥ Sedentarismo
- ♥ Hipertensão
- ♥ Tabagismo
- ♥ Stress
- ♥ Obesidade

SEDENTARISMO

Mexa-se. A prática de exercício físico é fundamental para o bem-estar do corpo e da mente. E mexer-se não significa obrigatoriamente ter uma actividade desportiva. O simples facto de caminhar a pé o mais possível, subir e descer escadas em vez de utilizar o elevador são ajudas preciosas.

No que diz respeito às doenças cardiovasculares, a actividade física tem um papel de vital importância, dado que interfere no controlo de múltiplos factores de risco dessas doenças: hipertensão arterial, tabagismo, stress, excesso de peso/obesidade, diabetes e hipercolesterolemia.

Pratique exercício físico pelo menos três vezes por semana, com a duração média de 20 minutos por sessão.

HIPERTENSÃO

A hipertensão arterial (HTA) é a principal causa de morte e incapacidade no nosso país. Em Portugal existem cerca de 2 milhões de hipertensos. Mas só cerca de metade dessas pessoas sabe efectivamente que tem a pressão arterial elevada.

Medir a pressão arterial é então uma prática que os portugueses devem tornar num hábito regular.

É sabido que se a HTA for detectada precocemente e controlada adequadamente existe um enorme potencial para reduzir a incidência de doença e de morte cardiovascular. Uma doença que quando não tratada pode progredir, silenciosamente, ao longo dos anos.



Em Portugal existem cerca de 2 milhões de hipertensos. Mas só cerca de metade dessas pessoas sabe efectivamente que tem a pressão arterial elevada

TABAGISMO

Os malefícios e as doenças associadas ao tabaco são mais que muitas. De entre as mais graves destacam-se a bronquite crónica, cancro do pulmão, angina de peito e enfarte do miocárdio (morte súbita).

Alguns dados estatísticos:

- O fumo do tabaco é responsável por um milhão e 200 mil mortes anuais, no continente europeu.

- Em 2020, prevê-se que este número chegue aos dois milhões.

- 20% da mortalidade, por doença coronária, deve-se ao tabaco.

- 25 a 30% da totalidade dos cancros relacionam-se com o tabaco.

- Apenas 18% da população portuguesa associa habitualmente o tabagismo com as doenças cardiovasculares.

Se fumar constitui a principal e a mais importante causa de morte evitável, nos dias de hoje, então pare de fumar. Pela sua saúde. E pela dos outros.

STRESS

Nos dias de hoje, e sobretudo em países industrializados, fugir ao stress é uma tarefa hercúlea. Tratando-se de algo inevitável, há que saber lidar e contornar o stress da melhor forma possível.

**CALENDARIZAÇÃO
2006/2007
DAS SESSÕES CLÍNICAS**

**A realizar no Hospital
de São Francisco Xavier**

**Audatório do 5º piso
5^{as} feiras, 12h30**

DIA	OUTUBRO
12	Serviço de Urgência Geral
26	Serviço de Imunohemoterapia
DIA	NOVEMBRO
9	Serviço de Patologia Clínica
23	Serviço de Anestesia
DIA	DEZEMBRO
14	Serviço de Obstetrícia/Ginecologia
DIA	JANEIRO
11	Serviço de Pediatria
25	Serviço de Pedopsiquiatria
DIA	FEVEREIRO
8	Serviço de Imagiologia
22	Serviço de Medicina Física e Reabilitação
DIA	MARÇO
8	Serviço de Medicina
22	Serviço de Cirurgia Geral
DIA	ABRIL
26	Comissão de Controlo de Infecção Hospitalar
DIA	MAIO
10	Saúde Ocupacional
DIA	JUNHO
7	Serviço de Anatomia Patológica

PROXIMA SESSÃO

Sessão Clínica
12 de Outubro de 2006
12.30h

Serviço de Urgência Geral

Reestruturação do Serviço de Urgência Geral

Professor:

Serviço de Serviço de Urgência Geral

Local: Auditório 5º Piso

Apesar de ser difícil dar uma definição exacta de stress, das suas causas e formas de manifestação variarem de pessoa para pessoa, existem técnicas para aliviar o stress que podem ser óptimas opções, tais como: meditação, relaxamento muscular, exercícios aeróbicos, jogging, yoga, marcha, etc...

Outro conselho importante para evitar situações de stress é sabermos gerir o nosso tempo, equilibrando as nossas tarefas profissionais como a família, o lazer e o descanso. Importante é também aprender a dizer “não” perante um desafio, uma tarefa ou um pedido que se revele desajustado ou exagerado. Infelizmente, não podemos satisfazer todos aqueles que nos rodeiam. Sendo a vida feita de prioridades, é fundamental percebermos quais são elas e quais os nossos limites.

Ainda assim, como cada pessoa é um caso, e nem todas as técnicas ou conselhos citados anteriormente poderão ser úteis ou ajustados para todos. Na dúvida, consulte sempre o seu médico.

OBESIDADE

Uma alimentação saudável e equilibrada e a prática de exercício físico são fundamentais para a prevenção das doenças do coração.



Carnes gordas e lacticínios gordos, ricos em gorduras saturadas fazem subir o colesterol no sangue. Evite comer doces regularmente e quando os ingerir, faça-o a seguir à refeição, de preferência depois do almoço. Coma muita fruta e legumes frescos. As vitaminas que contêm ajudam a evitar a obstrução das artérias.

A obesidade em geral, e a obesidade abdominal em particular, elevam o risco de doença cardiovascular, limitando cada vez mais a qualidade e a esperança de vida da população. ■

Artigo elaborado com base em informação do site da
Fundação Portuguesa de Cardiologia
<http://cardiologia.browser.pt>

Novas nomeações no CHLO

O Conselho de Administração, em sessão realizada em 13 de Setembro de 2006, deliberou nomear de acordo com os artigos 22º, 24º, 25º e 27º do Regulamento Interno do Centro Hospitalar as seguintes Comissões de Apoio Técnico: Comissão de Ética, Comissão de Controlo de Infecção Hospitalar, Comissão de Farmácia e Terapêutica e a Comissão Técnica de Certificação de Interrupção

Voluntária da Gravidez.

As denominadas Comissões de Apoio Técnico são constituídas por diversos profissionais do CHLO e tem como objectivo actuarem em matérias especializadas e específicas.

Em sessões realizadas a 6 e 13 de Setembro, o Conselho de Administração nomeou os Directores dos seguintes Serviços: Psiquiatria e Saúde Mental de Adultos, Cirurgia Geral II, Neurologia e do Departamento de Neurociências.

HOSPITAL DE EGAS MONIZ

Obras no Serviço de Neurologia

Foi lançado o concurso público para as obras de remodelação do Serviço de Neurologia do Hospital de Egas Moniz, estando as propostas em fase de elaboração por parte dos concorrentes e que serão posteriormente analisadas pelos órgãos de decisão do Centro Hospitalar.

Esta obra tem como principal objectivo a recuperação e modernização do serviço, tendo em vista satisfazer melhor as necessidades e expectativas dos utentes.

As decisões bem como os prazos de execução da obra serão brevemente divulgados.

HOSPITAL DE SANTA CRUZ

Sala da Hemodinâmica reabre a 3 de Outubro

Informa-se que a sala da Hemodinâmica do Hospital de Santa Cruz que se encontrava encerrada por motivo de remodelação de equipamento, entrará em pleno funcionamento no próximo dia 3 de Outubro.



SERVIÇO DESTINADO A RECEBER SUGESTÕES E RECLAMAÇÕES

Aprovação do Regulamento do Gabinete do Utente

Aprovado no passado dia 13 de Setembro de 2006 pelo Conselho de Administração do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, E.P.E. (CHLO), o Regulamento do Gabinete do Utente, criado pelo Despacho do Ministério da Saúde nº 26/86 de 24 de Julho, é um serviço destinado a receber sugestões e reclamações dos utentes dos serviços de saúde, conferindo ao cidadão o direito de tomar parte da decisão dos assuntos públicos do país e de apresentar reclamações ou queixas para defesa dos seus direitos.

O CHLO conta, assim, com um gabinete em cada unidade hospitalar, com o objectivo de manter os órgãos de gestão informados sobre o que

pensam os utentes acerca da eficácia dos serviços e do comportamento dos funcionários, permitindo-lhes um melhor controlo de gestão.

São atribuições do Gabinete do Utente:

a) Coordenar e promover a divulgação de toda a informação de interesse para os utentes, de acordo com a estratégia definida pelo Conselho de Administração;

b) Informar os utentes sobre os seus direitos e deveres em relação aos serviços de saúde;

c) Colaborar no controlo dos procedimentos e execução de relatórios que permitam verificar e analisar a eficácia funcional da prestação de serviços ao utente;

d) Receber as reclamações sobre o funcionamento dos serviços e comportamento dos funcionários;

e) Reduzir a escrito as reclamações orais, quando os reclamantes não possam fazê-lo;

f) Receber sugestões formuladas pelos utentes, no que se refere à organização e funcionamento dos serviços;

g) Recolher da imprensa todos os assuntos respeitantes ao Gabinete do Utente;

h) Promover a divulgação da existência do gabinete do Utente;

i) Contribuir para a humanização e qualidade dos serviços.

HOSPITAL DE SÃO FRANCISCO XAVIER

Senhor Director
do Hospital de São Francisco Xavier,

Na passada 6ª feira, dia 1 de Setembro, pelas 19h00, dirigi-me ao Serviço de Urgência desse Hospital, a conselho do meu cardiologista que se encontrava de férias, devido a problemas de tensão arterial elevada, acompanhada de dor difusa no peito.

Ia naturalmente muito assustada, recordando as inúmeras histórias sobre a ineficácia, confusão, desorganização e longo tempo de espera atribuídas às Urgências dos Hospitais portugueses.

No entanto, não foi esse cenário caótico que eu experienciei. Havia, sem dúvida, muitos doentes na sala de espera e alguns nos corredores, muitas ambulâncias que chegavam, mas fui atendida dentro de um prazo que considerei bastante razoável e na sala de mulheres, onde fui observada, o ambiente era calmo, organizado, tranquilo, apesar do número de doentes presentes.

Toda a equipa médica era jovem, agradável e serena e a médica que me observou, cujo nome desconheço, foi de uma simpatia e atenção nos cuidados que me dispensou que me deixaram agradavelmente surpreendida.

Gostava de deixar este testemunho e o meu agradecimento, porque habitualmente estamos sempre prontos a sublinhar e a criticar os aspectos negativos, ou que consideramos menos positivos, esquecendo-nos de valorizar os exemplos de boas práticas.

Fazendo votos para que os nossos hospitais prossigam no caminho da humanização e da qualidade dos serviços prestados aos doentes, apresento a V. Exa. os meus melhores cumprimentos

ROSA EUGÉNIA FERNANDES
6 de Setembro de 2006

Exm^{os} Senhores,
Venho por este meio agradecer o atendimento da equipe médica do Dr. João Pereira do Hospital de São Francisco Xavier, no dia 16-09-2006, às 06H32, a maneira humana, dedicada e gentil que esses profissionais dedicaram ao meu marido Renato dos Santos Madeira.

O meu Bem-haja
Com os melhores cumprimentos,

MARIA DE FÁTIMA MADEIRA
18 de Setembro de 2006

HOSPITAL DE SANTA CRUZ

Quero agradecer a forma como fui exemplarmente tratado e atendido no Hospital de Santa Cruz, nos dias 9 e 10 de Maio 2006.

O meu muito obrigado aos “amigos” da recepção e da Hemodinâmica.

Parabéns ao Hospital de Santa Cruz, por ter profissionais assim.

FAUSTO CARDOSO
16 de Maio de 2006

Pela maneira como fomos tratados ao longo da presença neste digno Hospital, sobre todos os aspectos. A partir da recepção até aos mais sofisticados serviços, inclusivamente alimentação, tratamentos, assistência, etc. Considero esta unidade hospitalar como um exemplo a seguir no nosso País.

Um Grande Agradecimento por tudo

MANUEL ANTÓNIO DA SILVA
11 de Setembro de 2006

DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRIA E SAÚDE MENTAL DO HSFX

Exm^o. Senhor
Director do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do HSFX

Maria de Lourdes Pires Corico, mãe de um dos utentes da Unidade de Dia do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do HSFX, quero tornar público o meu sincero agradecimento pela forma profissional, humana e empenhada como têm tratado o meu filho e eu própria, como familiar. Todos os Projectos desenvolvidos pela equipa têm tido resultados muito satisfatórios por permitirem, tanto aos doentes como aos familiares, tomarem consciência da doença, e da medicação.

Bem hajam todos os envolvidos neste grande Programa Individual de Reabilitação. A vossa ajuda e, sobretudo, a vossa disponibilidade que tem sido extremamente importante nos momentos de maior desespero de todos aqueles que frequentam a Unidade de Dia.

Atenciosamente,

MARIA DE LOURDES PIRES CORICO
14 de Setembro de 2006

2	0	0	6		
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	

CURSOS / JORNADAS / SIMPÓSIOS

11 a 14 Outubro 2006

**REUNIÃO ANUAL DA SPAIC
– SECÇÃO IMUNOALERGOLOGIA
PEDIÁTRICA – “O DESAFIO DA
DOENÇA ALÉRGICA”: PRESENTE E
FUTURO**

LOCAL: Hotel Sana Lisboa
INSCRIÇÕES: a/c Luísa Carvalho
Rua Manuel Rodrigues da Silva, 7 C,
Escritório I, 1600-503 Lisboa
TEL.: 21 715 24 26
FAX: 21 715 24 28
E-MAIL: spaic@sapo.pt
www.spaic.pt

26 e 27 Outubro 2006

XIV JORNADAS DE SAÚDE DE AVEIRO

LOCAL: Centro Cultural
e de Congressos de Aveiro
SECRETARIADO / TEL.: 234 401 246
E-MAIL: judite@srsaveiro.min-saude.pt

26 e 27 Outubro 2006

**SIMPÓSIO APTFERIDAS 2006 –
ÚLCERAS DE PRESSÃO**

LOCAL: Fórum da Maia, Praça Dr. José
Vieira de Carvalho, 4470-202 Maia
TEL.: 22 940 86 43
INSCRIÇÕES a/c
Associação Portuguesa de Feridas
Rua Álvares Cabral, 137, sala 21
4050-041 Porto
TEL.: 222 026 725
FAX: 222 007 890
E-MAIL: aptferidas@netcabo.pt /
aptferidas@aptferidas.com /
aptferidas@gmail.com
INFORMAÇÕES: 222 026 725

16 e 17 Outubro 2006

**3º CURSO VENTILAÇÃO
MECÂNICA NO RECÉM-NASCIDO
– “VENTILAÇÃO SINCRONIZADA
COM PRESSÃO DE SUORTE E
VOLUME GARANTIDO”**

ORGANIZAÇÃO: Unidade de Cuidados
Intensivos Neonatais do Hospital de
Dona Estefânia
LOCAL: Centro de Formação Profissional
do Hospital de Dona Estefânia
Rua Jacinta Marto
1169-045 Lisboa
HORÁRIO DO CURSO: 9h00-17h00
INFORMAÇÕES: 21 359 64 41
FAX: 21 359 64 39
E-MAIL: cfpi@hdestefania.min-saude.pt

27 Outubro 2006

**BIOÉTICA NA UNIDADE DE
CUIDADOS INTENSIVOS**

LOCAL: Auditório do Hospital de Santo
André, EPE (Leiria)
TEL.: 244 81 70 27
E-MAIL: sec.ucip@hsaleiria.min-saude.pt

20 e 21 Outubro 2006

**3ª JORNADAS DE ENFERMAGEM DO
HOSPITAL DE SANTARÉM**

LOCAL: Auditório da Estação Zootécnica
Nacional, Quinta Fonte Boa,
2005-048 Fonte Boa, Vale de Santarém
TEL.: 243 76 73 00
INSCRIÇÕES a/c Associação de Enfermeiros
de Santarém (ASES)
TEL.: 96 021 74 97

6 e 7 Novembro 2006

**IX JORNADAS DA UNIDADE
DE SAÚDE DA COSTA DO SOL
– CUIDADOS CONTINUADOS**

LOCAL: Centro de Congressos do Estoril
Avenida Amaral, 2765-192 Estoril
SECRETARIADO / TEL.: 21 440 69 30
FAX: 21 440 69 39
E-MAIL:
Rita.veludo@prestige-eventos.com

PÓS-GRADUAÇÕES

16 Outubro 2006 a 29 Junho 2007

PÓS GRADUAÇÃO EM CUIDADOS CONTINUADOS

COORDENAÇÃO: Mestre Vera Romão
LOCAL: Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz, Campus Universitário
– Quinta da Granja, 2829-511 Monte da Caparica
TEL.: 21 294 67 00 / 6 • **FAX:** 21 294 68 68 • **E-MAIL:** posgraduacoes@egasmoniz.edu.pt