



# Jornal do Centro



## Diálise Peritoneal no Hospital de Santa Cruz – CHLO Uma Técnica com 40 anos

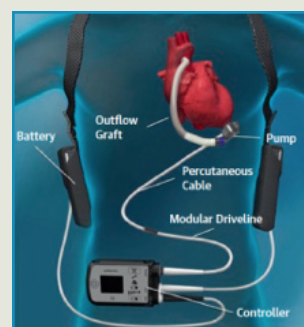
**Reações Infusionais: Relato da experiência do Hospital de Dia de Oncologia**



**Transplantação Renal no Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental – Novo passo na área do Transplante Renal**



**Viver com *Heartmate*  
A importância do papel do Enfermeiro**



## Telefones úteis

### Índice

- 03** Editorial
- 04** Homenagem aos Profissionais de Saúde em tempos de pandemia Covid-19 dos alunos do 6º ano da Escola EB 2,3 D. Pedro IV – Agrupamento de Escolas Miguel Torga – Sintra
- 05** Transplantação Renal no Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental – Novo Passo na área do Transplante Renal
- 06** Reações Infusionais: Relato da experiência do Hospital de Dia de Oncologia
- 07** Viver com *Heartmate* – A importância do papel do Enfermeiro
- 08** Diálise Peritoneal no Hospital de Santa Cruz – CHLO – Uma Técnica com 40 anos
- 11** Jorge Manuel Guimarães dos Santos Bessa (1939 – 2021)
- 12** Úlcera Terminal de Kennedy
- 14** Projeto: “Sessões de Relaxamento: Autocuidado”
- 15** Breves
- 16** Agenda do Centro

### HOSPITAL DE EGAS MONIZ

Rua da Junqueira, 126 – 1349-019 Lisboa

Apoio ao Internamento	210432221/22/30
Consulta Externa – Informações e marcações	210432371/73
Consulta do Viajante – Informações e marcações	210432354/6
Urgência de Oftalmologia	210432235
Cirurgia Ambulatória	210432261/62
Gabinete de Comunicação e Imagem	210432448
Gabinete de Apoio ao Utente	210432317

### HOSPITAL DE SANTA CRUZ

Av. Prof. Reinaldo dos Santos – 2790-134 Carnaxide

Informações gerais/Apoio ao Internamento	210433001/2
Consulta Externa – Marcações 1ª vez	210433005
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

### HOSPITAL DE SÃO FRANCISCO XAVIER

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

Apoio ao Internamento	210431160/1772
Urgência Geral – Informações	210431160/1772
Urgência Geral – Admissão de Doentes	210431132
Urgência Obstétrica/Ginecológica – Admissão de Doentes	210431686
Urgência Pediátrica – Admissão de Doentes	210431686
Consulta Externa – Informações e marcações 1ª vez	210431768
Consulta Externa – Marcações subsequentes	
Medicina Interna	210431490/91
Cirurgia	210431525/26
Ginecologia/Obstetrícia	210431509/10
Pediatria	210431540/41
Ortopedia	210431306/07
Hospital de Dia de Especialidades Médicas	210431727
Hospital de Dia de Oncologia	210431704/18
Gabinete de Comunicação e Imagem	210431403

## Gabinete do Cidadão do CHLO

### Contactos

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

HOSPITAL DE EGAS MONIZ  
gabcidadaohem@chlo.min-saude.pt  
Tel.: 21 043 24 48

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

HOSPITAL DE SÃO FRANCISCO XAVIER  
gabcidadaohsfx@chlo.min-saude.pt  
Tel.: 21 043 14 03

### 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 | **Diretora:** Rita Perez | **Coordenação e Revisão:** Alexandra Flores  
**Edição:** Helena Pinto | **Redação e Fotografia:** Rosa Santos, Helena Pinto, Débora Rodrigues  
**Distribuição:** Serviço de Comunicação e Imagem | **Conceção Gráfica e Impressão:** Seleprinter, Sociedade Gráfica, Lda.  
**Tiragem:** 3000 exemplares | **ISSN:** 1646 – 379X | **Depósito Legal:** 238539/06





**Rita Perez**

Presidente do Conselho de Administração

Editorial

Este número do Jornal do CHLO traz à liça a realidade e o futuro depois de uma pandemia que quer queiramos ou não, modificou muito a nossa vida.

Permitiu-nos ver a vantagem da equipa, da formação, da segurança, das novas tecnologias, e atira-nos para um velho problema que teremos que empenhadamente querer resolver porque seguramente vai melhorar o SNS e a saúde dos doentes: a fluidez e integração dos diversos níveis de cuidados de saúde em segurança.

Quanto à segurança dos doentes nos cuidados de saúde:

A DGS e o Ministério da Saúde aprovaram o novo plano nacional para a segurança dos doentes para os anos 2021 a 2026, em que a tónica são metas a atingir e monitorizar neste sentido, no sentido da cultura da segurança, da comunicação, do compromisso das lideranças, na prevenção de incidentes com aumento de notificação e acompanhamento de medidas correctivas, na prevenção das infecções associadas aos cuidados de saúde que promovam essa mesma segurança.

A verdade é que muito foi feito neste capítulo, como por exemplo a inequívoca identificação dos doentes, as publicações em saúde que relembram cuidados de segurança contra quedas nas instituições ou em casa, as campanhas de lavagem das mãos, ou stop infecção, ou aumento da capacidade de consultar nos cuidados primários e hospitais o mesmo processo clínico, ou a cirurgia segura, e um largo etc que visa a segurança mas que estará sempre incompleto porque também a imaginação deve estar ao serviço destes objectivos que visam um desígnio, que é aumentar a confiança através da segurança que temos no que podemos oferecer.

Quanto à integração dos cuidados de saúde nos seus diversos níveis:

Ainda temos muito por fazer, mas também já há caminho feito, com programas comuns, com a inclusão no mesmo polo de desenvolvimento científico – o Centro Clínico Académico de Lisboa de que fazemos parte de pleno direito, e que possibilitará a colaboração mais facilitada com todos os projectos possíveis em comum. O fim da pandemia possibilita as reuniões presenciais regulares que se interromperam, mas que não foram completo impedimento para a nossa colaboração estreita.

O processo clínico praticamente 100% digital, e o caminho na interoperabilidade entre programas permitirá o relacionamento clínico em cada doente, as novas tecnologias, a aproximação entre profissionais e o reconhecimento de que há que fazer este percurso o repto mais importante dos próximos tempos.

Facilitar o acesso, programado, devolver a informação de modo claro e com a certeza de ter interlocutor será o que nos preocupará para fazer dos percursos dos doentes uma linha mais facilitada e comum.

É tempo de renovar e inovar e é isso que queremos fazer, mantendo o nosso ADN de Centro Hospitalar diferenciado e diferenciador, na formação de novos profissionais e na investigação clínica.

# Homenagem aos Profissionais de Saúde em tempos de pandemia Covid-19

## dos alunos do 6º ano da Escola EB 2,3 D. Pedro IV

### Agrupamento de Escolas Miguel Torga – Sintra



Agradeço do fundo do meu coração a todos os profissionais de saúde. Esses bravos homens e mulheres que lutam diariamente para salvar vidas!



Muito bons são a tratar dos doentes com todo o coração e sempre contentes.

A alegria que me dão é boa e encantadora. Vou chamar o meu cão e ir ter com a minha dot.

Sei que me vai curar e deixar melhor que nunca. Poi ela é boa a ajudar e nunca partirei a nunca.



Nesta pandemia muitas pessoas sofrem, mas as pessoas que sofrem mais são os profissionais de saúde. Cada minuto que passa é um sacrifício novo para tentar curar um doente com covid-19. Por vezes uma gotinha coloca o país em emergência. Mais respeito com os profissionais de saúde.

Em Março de 2020 surgiram os primeiros casos de covid-19 em Portugal. Atualmente estamos em Abril de 2021 com 400 ou 500 casos por dia. Todos os dias os profissionais de saúde tentam cuidar as pessoas, mas é muito difícil. Eu gostaria imenso de ser trabalhar por todos os dias salvar vidas. Quem me dá um médico, enfermeiro ou paramédico para salvar milhares de pessoas como eles.

Obrigado por nos salvarem!



Ser médico é ter a missão nobre e especial de lutar pelo bem mais precioso que temos: a vida.

# Transplantação Renal no Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental Novo Passo na Área do Transplante Renal

**I**nciámos no Serviço de Cirurgia III – Hospital de Santa Cruz (HSC), a Nefrectomia para doação de Rim em Dador Vivo por técnica mini invasiva via Laparoscópica no passado mês de julho de 2021, tendo já dado continuidade ao programa com bons resultados.

Esta técnica tem vindo a ser adotada pelas unidades de transplante com ganho substancial, na redução do período de internamento e na dor pós cirurgia, traduzindo-se numa melhor aderência por parte dos doadores.

Passa assim a haver esta possibilidade em Lisboa e região Sul do País. A Transplantação Renal é sem dúvida o melhor tratamento substitutivo da insuficiência renal crónica por proporcionar melhor qualidade de vida, assim como uma redução do

risco de mortalidade quando comparamos com outros tratamentos como a hemodiálise e a diálise peritoneal.

O Rim pode ser proveniente de dador falecido ou de dador vivo.

O programa de Transplantação Renal com dador falecido iniciou-se em 1985.

Em todo o mundo há uma enorme desproporção entre o número de doentes para transplantar e a oferta de rins de dadores falecidos.

O Serviço de Cirurgia Geral e Transplantação Renal do Hospital Santa Cruz iniciou em 1995 o seu programa de Transplante Renal de dador vivo, com o empenho do nosso saudoso Dr António Pina.

A Transplantação com dador vivo não tem tempo de espera.

O rim provém de um dador saudável, obtido em melhores condições. Tem menor tempo entre as cirurgias de colheita e transplante.

A recuperação do doente transplantado é mais rápida.

Em 2007 efetuámos o 1º Transplante de dador vivo em Portugal entre pares não relacionados.

A nefrectomia era efetuada por via aberta com uma incisão o menor possível (10-11 cm) no flanco esquerdo (na maioria das vezes).

Com o desenvolvimento da cirurgia laparoscópica a maioria dos Centros de Transplantação optou pela nefrectomia por esta via, mas assistidas por mão, outros tentaram a via retroperitoneal e nos últimos anos a maioria opta por nefrectomia laparoscopia transperitoneal.

A via laparoscópica está associada a uma menor morbidade do que a cirurgia convencional, além da bai-



xa taxa de complicações e uma boa função do enxerto. E sobretudo de menor dor no pós-operatório e menos tempo de internamento.

Manifestamos o nosso agradecimento ao Prof Dr. Miguel Ramos, responsável pela Unidade de Cirurgia Renal e Transplante do Hospital de Santo António – Centro Hospitalar Universitário do Porto, que amavelmente nos recebeu no seu serviço e logo se prontificou a colaborar na primeira nefrectomia por via laparoscópica no nosso Serviço.

Agradecemos a colaboração e apoio das equipas de enfermagem do Serviço de internamento da Cirurgia III e do Bloco Operatório do HSC.

Agradecemos o incentivo dos colegas da Nefrologia, Anestesia, Direção do Serviço de Urologia e do Departamento de Cirurgia Geral do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental (CHLO).

Agradecemos o apoio e incentivo do Conselho de Administração do CHLO.

**Dr. António Martinho**  
**Dr. Belarmino Clemente**  
**Dr. João Godinho**



Aguarela do Hospital de Santa Cruz, do Dr. Paulo Simões

# Reações Infusionais: Relato da experiência do Hospital Dia de Oncologia

**R**esumo: A administração de fármacos antineoplásicos pode provocar reacções infusionais (RI) que podem ser ou não de hipersensibilidade, imediatas ou tardias. A incidência e gravidade são difíceis de prever e os sinais e sintomas podem variar desde reacções cutâneas ligeiras a reacções anafiláticas graves, com risco de letalidade. A prevenção é fundamental e o reconhecimento precoce é elemento chave para reverter o quadro com sucesso.

O estudo observacional, retrospectivo e unicêntrico, incidiu na revisão dos registos das notificações efectuadas (*National Cancer Institute - Common Terminology Criteria Adverse Events, 2017*) de acordo com a sua incidência, gravidade, fármacos administrados e

protocolos de pré e pós-medicação, com o objectivo de realizar uma sub-análise para identificação de preditores para reacções. A análise dos dados foi realizada por meio de estatística descritiva, teste t, teste exato de Fisher e regressão logística, usando software StataIC 15.1 (StataCorp LLC).

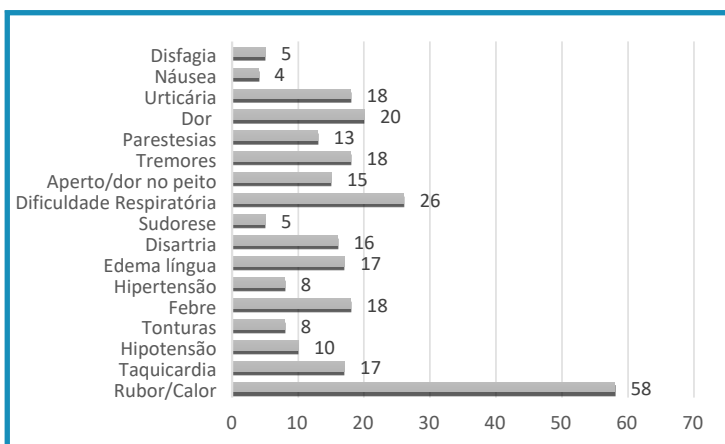
Os resultados apurados em 147 registos de RI em três anos (jul 16 a jun 19) evidenciaram maior prevalência de reacções aos platinos e aos taxanos, sendo os sinais/sintomas mais comuns os mucocutâneos o que corrobora os relatos da literatura consultada.

A revisão da história patológica e alérgica do doente, a monitorização da adesão medicamentosa da pré-medicação, a reconciliação terapêutica e vigilância de sinais e sintomas, são essenciais

na avaliação prévia à infusão de tratamentos antineoplásicos. Assim como o registo sistemático e detalhado das RI é essencial para avaliação da efectividade dos protocolos instituídos visando a melhoria dos cuidados de atuação. O reforço de pré e pós-medicação com corticoterapia e anti-histamínicos, protocolos de dessensibilização a fármacos e consulta de imunoalergologia, permitem intervenções precoces, individualizadas de forma a garantir com segurança a continuidade das linhas terapêuticas no tratamento da doença oncológica.

Este estudo foi apresentado em Comunicação Oral na MASCC/ISOO *Annual Meeting 2021 Supportive Care in Cancer* (25-26 jun 21) e publicado artigo na Revista OncoNews nº 42 (jan-jun 21).

Variáveis	Reacções Infusionais (n=147)
<b>Idade (anos)</b>	
Mediana	60
min, máx	18,89
<b>Citotóxico administrado</b>	
Taxanos, n (%)	27 (18.3)
Docetaxel, n (%)	6 (4)
Pacitaxel, n (%)	21 (14)
Platinas, n (%)	76 (52)
Oxaliplatina, n (%)	54 (37)
Carboplatina, n (%)	16 (11)
Cisplatina, n (%)	6 (4)
Anticorpos monoclonais, n (%)	35 (18)
Bevacizumab	5 (3)
Cetuximab	6 (4)
Pertuzumab	4 (3)
Trastuzumab	10 (7)
Rituximab	10 (7)
Esquema de Monoterapia vs Poliquimioterapia, n (%)	30 (26) vs 117 (80)
<b>Ciclo aquando da 1ª RI</b>	
1ª - 3ª	93 (63)
4ª - 8ª	37 (25)
9ª ou subsequentes	17 (12)
Pré-medicação, S/N (%)	141/6 (96/4)
<b>Timing da RI</b>	
1ªs 30 min, n (%)	77 (52)
30-60 min, n (%)	34 (23)
> 60 min, n (%)	36 (25)
Administração de Protocolo de RI, S/N (%)	122/25 (83/17)
<b>Atitude após RI</b>	
Retoma, n (%)	88 (60)
Suspende, n (%)	58 (40)
Reacção Subsequente, n (%)	22 (18.8)



**Acute Infusion Reactions To Systemic Anticancer Therapy: A Single Institute Experience And Investigation On Predictors For Subsequent Reactions (MASCC20-ABS-1547)**

Sandra Ponte<sup>1</sup>, Patricia Cavaco<sup>1</sup>, Leonor Matos<sup>1</sup>, Carla S. Cabral<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Oncology Day Hospital, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, Lisboa, Portugal

MASCC/ISOO Annual Meeting  
 24-26 JUNE - SUPPORTIVE CARE IN CANCER

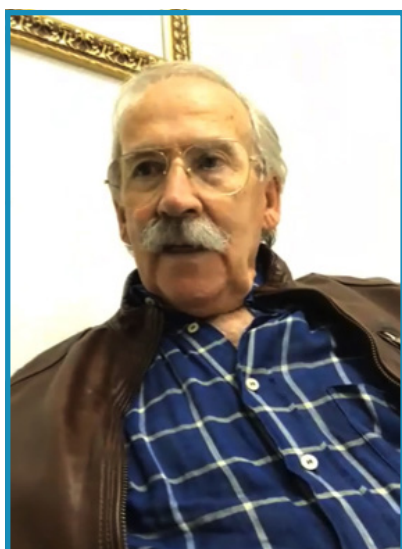
**Sandra Ponte**  
 Enfermeira  
**Patricia Cavaco**  
 Farmacêutica

# Viver com *Heartmate* – A importância do papel do Enfermeiro

A Insuficiência Cardíaca (IC) é um reconhecido problema de saúde pública e, de acordo com a Sociedade Portuguesa de Cardiologia, cerca de 26 milhões de indivíduos em todo o mundo vivem atualmente com IC. Os sintomas mais comuns são a dispnéia e a fadiga, que interferem negativamente e de forma significativa na capacidade funcional e qualidade de vida do utente (Gouveia M. *et al*, 2020).

O transplante cardíaco continua a ser a opção de primeira linha para tratar a IC avançada. No entanto, a existência atual de dispositivos de assistência ventricular de longa duração (LVAD) implantáveis, permite melhorar e prolongar o tempo de sobrevivência de doentes que se encontram em lista de espera para transplante (ponte para transplante), e de doentes que não são elegíveis para transplante (terapêutica de destino).

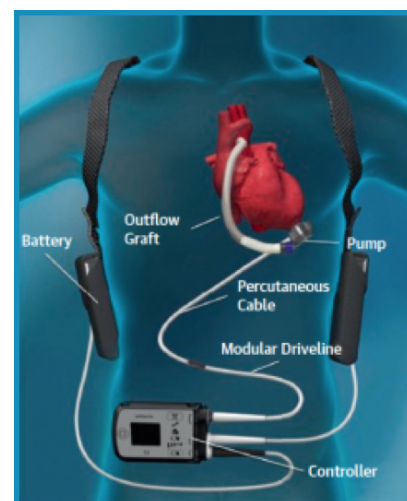
Os LVADs surgiram nos anos 70, e assistem a função de bombeamento do ventrículo esquerdo (VE), desviando o sangue para um circuito circulatório externo, conectando-se à aorta. Normalmente são constituídos por 3



Portador de "heartmate" desde agosto 2018

componentes: a componente interna de bombeamento implantado cirurgicamente no VE, uma *driveline* percutânea e componentes externos de controlo e baterias. O *HeartMate3 (HM3)* é o mais recente LVAD, de 3ª geração, que suporta maioritariamente a insuficiência do VE e o único utilizado até à data em Portugal. No nosso país 11 pessoas foram submetidas à implantação de LVAD e no HSC foram colocados 6.

Com o aumento do número de indivíduos com LVAD, nós enfermeiros devemos elaborar estratégias para avançar nos cuidados aos doentes e famílias e assim proporcionarmos um cuidado mais adequado e de melhor qualidade. Nesse sentido, a avaliação do doente é importante para gerir problemas de saúde, tornando-se útil para prevenir ou diagnosticar precocemente as complicações associadas ao HM3 (ex: monitorizar a escala de coma de Glasgow, Sinais Vitais, oximetria e padrão respiratório, perfusão periférica, sinais de hemorragia, sinais e sintomas de infeção), bem como a monitorização da funcionalidade do HM3 (*Pump Speed, Pump Flow, Pulse Index e Pump Power*). Estes doentes ficam mais fragilizados relativamente a depressões, ansiedade, receios quanto à imagem corporal, questões financeiras, independência e morte. É necessário fornecermos-lhes suporte emocional, esclarecer dúvidas e receios. Um ponto importante destacado na literatura é relativo à educação para a saúde, visto que o doente e a família necessitam de ser capacitados sobre a anatomia e funcionamento do HM3, os riscos e benefícios, os cuidados necessários no domicílio, que devem compreender os alarmes do dispositivo, a manutenção das baterias, os cuidados com a saída da *driveline* e serem capazes de proteger o dispositivo nos cuidados de higiene, identificar si-



Fonte: <https://revistafrontal.com/investigacao/dispositivo-de-assistencia-ventricular-uma-nova-esperanca/>

nais e sintomas de infeção e de instabilidade hemodinâmica e conhecer a terapêutica. Devemos assim dar enfoque ao nível do Conhecimento, da Adesão e Gestão do Regime Terapêutico e ao Papel do Prestador de Cuidados.

Os cuidados de enfermagem ao doente com HM3 têm como principais objetivos a promoção do autocuidado, da confiança e da segurança no regresso a casa. A intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação ao longo do internamento permite a desmistificação da realização de exercícios, melhorando a capacidade funcional e a promoção da autonomia. É um processo que evidencia a importância do papel do enfermeiro na complexidade deste procedimento, numa assistência pautada na interdisciplinaridade, fundamental para a promoção da saúde, prevenção de complicações e melhoria da qualidade de vida destes doentes.

Enf<sup>a</sup> Raquel Rombo

Enf<sup>a</sup> Sílvia Coelho

Enf<sup>a</sup> Lúcia Ferreira

Serviço de Cirurgia Cardiotorácica

# Diálise Peritoneal no Hospital de Santa Cruz – CHLO – uma técnica com 40 anos

**C**elebramos este ano o 40º aniversário do início da diálise peritoneal (DP) no Hospital de Santa Cruz (HSC), instituição pioneira nesta técnica em Portugal, introduzida pela iniciativa do Prof. Doutor Jacinto Simões e pela Dra. Maria João Pais, pertencentes ao recém-formado Serviço de Nefrologia deste hospital.

A nossa primeira doente foi uma criança de 6 anos, com doença renal crónica terminal, residente longe de Lisboa, com dificuldades na criação de acesso vascular e não tinha expectativa de transplante. A diálise iniciou-se com a colaboração do Dr. Humberto Messias que também colocou, pela primeira vez em Portugal, um cateter peritoneal definitivo. A doente manteve-se em DP durante um ano. Desde então a Unidade tem mantido um programa de DP com expressão relevante, bem estabelecido para os doentes com insuficiência renal terminal, com cerca de 500 doentes tratados até ao presente. Atualmente encontram-se em tratamento com esta técnica 73 doentes renais.

A DP, para o tratamento da insuficiência renal em estágio terminal, foi introduzida na década de 1960. É, atualmente, uma terapia consagrada que constitui uma alternativa à hemodiálise (HD), e representa 11% de todos os pacientes em diálise a nível mundial. Apesar dos bons resultados clínicos e sobrevida dos doentes semelhantes entre HD e DP, esta é ainda uma modalidade subutilizada.

Em Portugal, apenas 7% dos doentes com necessidade de terapêutica de substituição renal se encontram em DP. Vários fatores podem explicar esse paradoxo, como a falta de experiência do pessoal de saúde, a carência de infraestruturas para ensino, questões organizacionais e capacidade instalada das unidades de HD. Além disso, as contraindicações para fazer DP, percebidas (correta ou incorretamente) pelo pessoal de saúde, doentes e familiares, podem representar barreiras para o uso desta técnica, muitas vezes considerada menos eficaz e segura que a HD. Neste breve artigo, apresentamos a forma

como a nossa Unidade se organizou e as medidas que foram tomadas ao longo destes anos, para superar os problemas e se tornar a que é atualmente o maior programa da zona sul do País.

## Precisamos uns dos outros

A nossa estratégia de adequação da diálise é sempre centrada no doente, numa abordagem multidimensional. Desde o início existe uma parceria coesa com a equipa de Enfermagem e Cirurgia Geral. Ao longo dos anos envolveu-se também o Serviço Social, a Nutrição e a Farmácia, com a finalidade de melhorar a adesão ao tratamento e prevenir as complicações, nomeadamente infecciosas e nutricionais.

## Aprender a Escolher

Em 2010 foi criada a consulta de opções para esclarecimento das terapêuticas disponíveis para tratar a doença renal crónica terminal, que disponibiliza um programa educacional aos doentes e familiares e que contribui para posicionar a DP como uma técnica de substituição da função renal acessível e segura. Aumentando a informação aos doentes, permite uma escolha livre, informada e esclarecida sobre as técnicas de substituição da função renal e contribui para melhorar a baixa penetração da DP.

Desta forma, nos últimos 10 anos uma percentagem estabilizada de doentes do HSC tem vindo a optar por DP (10,8-11,4%), em linha com as estatísticas mundiais e superior à média nacional (6-7%).

## Mitos e Evidências

Na Unidade DP têm sido estabelecidos protocolos para prevenção e terapêutica dos problemas mais frequentes, que enumeramos de seguida:

### • Problemas com Cateteres de DP

O acesso peritoneal permanente e o risco de peritonite são os principais obstáculos para uso em maior escala. A capacidade técnica do cirurgião que implanta o cateter é o fator mais importante para o sucesso. No nosso Hospital há uma excelente colaboração com a equipa cirúrgica. A colocação é célere e a resolução de problemas com o cateter muito eficiente,

destacando-se por fazerem escola os Drs. António Martinho e Belarmino Clemente. Uma palavra de gratidão à memória do Dr. António Pina, que nos ensinou “a maravilhosa lição que é possível morrer-se jovem, por mais que a isso se opunham as leis do tempo”.

### • Complicações infecciosas

A peritonite continua a ser uma complicação importante na DP e a principal causa de morbilidade destes doentes. Atualmente, a incidência de peritonite é inferior a 1 episódio/25 meses de tratamento em diálise e 70% dos doentes nunca tiveram esta complicação.

### • Problemas com fluidos para DP

Ao longo dos anos, as soluções dialisantes contendo açúcar permaneceram a pedra angular no tratamento da DP. Para dotar estas soluções de um pH mais fisiológico, com maior biocompatibilidade, têm sido desenvolvidos diferentes tampões. O uso de solução de DP com pH neutro e baixo teor em produtos de degradação da glicose levou a uma maior preservação da função renal residual e da membrana peritoneal. Na década de 1990, foram desenvolvidas soluções de DP com moléculas alternativas à glicose, utilizadas atualmente na nossa unidade para longos períodos de permanência ou em doentes com diabetes, a fim de reduzir a utilização de açúcar.

### • Diálise Peritoneal Automatizada

Foram desenvolvidas cicladoras para o tratamento com DP automatizada (DPA). Não há diferenças consistentes entre DP manual ou automática na taxa de perda de função renal residual, taxa de peritonite, manutenção da euvolemia, sobrevida da técnica, mortalidade ou qualidade de vida relacionada com a saúde. Realçamos a cultura de tenacidade da Dr.ª Augusta Gaspar e Enf. Fátima Marques que iniciaram esta modalidade no HSC.

### • Diálise Peritoneal Assistida

Nas últimas duas décadas, a maioria dos países desenvolvidos tem visto um crescimento contínuo no número de doentes idosos com doença renal terminal com indicação para iniciar terapêutica de substituição renal. A DP ainda é subutilizada em doentes



vulneráveis, dependentes do ponto de vista físico ou mental, o que interfere com a autonomia da técnica. A assistência de cuidados domiciliários, de um membro da família ou um cuidador podem superar esse problema. Fomos pioneiros na criação de DP assistida para doentes com alto índice de comorbilidades que não conseguem realizar as trocas sozinhos. A taxa de falência da técnica, a incidência de peritonite e os índices de qualidade de vida tornaram-se, com esse apoio, comparáveis às de pacientes autónomos.

#### **Benefícios para outros doentes**

##### **• DP nos doentes com doença renal e cardíaca crónicas**

A DP tem surgido como uma alternativa terapêutica para o controle da sobrecarga hídrica em doentes com insuficiência cardíaca refratária, fornecendo uma ultrafiltração lenta e diária em ambulatório. A Unidade conta com a experiência de 18 doentes cuja indicação para início da técnica foi síndrome cardiorenal com congestão refratária à terapêutica médica.

Desde o início da consulta reno-cardíaca multidisciplinar temos aumentado o número de doentes sob DP com SCR refratária, com resultados animadores no que diz respeito à diminuição dos sintomas congestivos, número de hospitalizações, melhoria de qualidade de vida e, por vezes, até melhoria de parâmetros laboratoriais e ecocardiográficos.

##### **• DP nos doentes pediátricos com doença cardíaca**

A DP tem sido utilizada no HSC em crianças internadas pelo Serviço de Cardiologia pediátrica, no perioperatório de cirurgia cardíaca de correção de malformações cardíacas congénitas. Esta modalidade de diálise tem contribuído para o tratamento da lesão renal

aguda e o equilíbrio metabólico nesta fase de enorme fragilidade.

#### **Um Caso Raro e Feliz**

É extremamente raro que as doentes em DP consigam ter sucesso no seu legítimo sonho de serem mães. As complicações locais e sistémicas são numerosas e o risco é considerado elevado para a mãe e para o feto. Em 2021, a equipa teve uma alegria maior, uma doente nossa engravidou e foi mãe em junho do presente ano. O bebé nasceu de termo, saudável, e a mãe também viveu a gravidez sem complicações de maior, e com sucesso. Em todo o processo foi fundamental a colaboração com a consulta de nefro-obstetrícia do Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte (CHULN).

#### **A Unidade e os mais novos**

Durante estes 40 anos, a unidade beneficiou do contributo de jovens internos, tendo participado na formação pós graduada dos internos de Nefrologia, quer do nosso Centro Hospitalar, quer de outros Hospitais Nacionais e Brasileiros.

#### **Porquê Divulgar?**

Além da vertente formativa, a Unidade de DP ao longo dos anos tem tido uma atividade científica muito ativa, demonstrada pela apresentação de trabalhos em congressos nacionais e internacionais, participação em ensaios clínicos, bem como a publicação de artigos em revistas científicas. A Dr.<sup>a</sup> Margarida Bruges formou-nos no austero gosto pelo rigor.

#### **Pontes com outras Unidades**

Os doentes renais crónicos devem ter as mesmas oportunidades que os outros cidadãos, incluindo deslocações de índole profissional, familiar ou de lazer. Assim, a nossa Unidade tem dado apoio a doentes de outras Unida-

des nacionais e internacionais (Espanha, França, Bélgica, Angola, Moçambique, Cabo Verde, Guiné-Bissau, África do Sul, Líbia, entre outros), pontualmente em férias ou em processos de mudança de residência.

A Cirurgia do HSC tem colaborado com outras unidades, quer na colocação de cateter de DP, quer na resolução de problemas mecânicos dos mesmos, quer no acolhimento de doentes em férias. Esforçamo-nos por manter a técnica nos doentes que recorrem ao centro hospitalar para resolução de problemas agudos de doentes de outras unidades.

#### **Objetivos futuros**

Constituímo-nos num centro de referência nesta técnica e no acesso peritoneal.

Orgulhamo-nos da linha positiva que a diálise peritoneal traçou no HSC/CHLO, da sua Missão e capacidades específicas. Nos últimos 40 anos, a DP provou ser um tratamento eficaz para doentes com doença renal terminal. Durante este período, a compreensão da fisiologia e patologia da membrana peritoneal aumentou. Devido às melhorias nos sistemas de diálise, disponibilidade de cicladores para DPA, desenvolvimento de novas soluções e esforços para reduzir complicações como a peritonite, o tratamento tem melhorado consideravelmente. Atualmente, a sobrevida do paciente nos primeiros 5 anos é igual à hemodiálise convencional. Tão importante como os avanços científicos e tecnológicos, tem sido o contributo das pessoas, da sua generosidade e capacidade de inovar, bem como tudo o que aprendemos com a coragem dos nossos doentes e suas famílias. O que se encontra descrito neste artigo é apenas uma parcela dos factos que ocorreram durante estes 40 anos e do impacto que esta Unidade teve na vida dos nossos doentes.

#### *A Equipa Atual da Diálise Peritoneal*

*Dra. Patrícia Branco*

*Dra. Patrícia Matias*

*Nefrologistas*

*Enf<sup>a</sup> Elisabete Costa*

*Enf<sup>a</sup> Sara Pereira*

*Pessoal de Enfermagem*

*Dra. Gabriela Paim*

*Assistente Social*

*Dra. Mariana Salazar de Sousa*

*Nutricionista*

*Dra. M. Augusta Gaspar*

*Diretora do Serviço de Nefrologia*

*Enf<sup>a</sup> Ana Albuquerque*

*Enfermeira Chefe da Consulta*

# Homenagem à nossa primeira doente de Diálise Peritoneal, Sandra Soares, e à sua família na figura da sua mãe, D. Albertina Soares

A nossa doente, Sandra Soares, faleceu no dia 2 de Junho de 2021, com 46 anos, vítima de neoplasia. Durante 40 anos foi doente renal crónica terminal e usufruiu da evolução da especialidade de nefrologia, de todas as técnicas de substituição da função renal, das terapêuticas para controlo da doença óssea renal, da anemia, da evolução dos meios complementares de diagnóstico e da terapêutica imunossupressora. Ao longo da sua vida fez Diálise peritoneal, Hemodiálise e foi submetida a dois Transplantes renais, numa dinâmica de oferecer a melhor terapêutica para a situação clínica do momento. Esteve em cuidados paliativos de fim de vida, no nosso hospital, local escolhido por ela, por ser o local que a acolheu desde sempre, proporcionando-lhe melhores e mais adequados cuidados ajustados à sua situação clínica.

**“Nós, Serviço de Nefrologia comprometemo-nos a manter a qualidade e assegurar a atualização da prevenção e tratamento da doença renal para proporcionar-lhes uma terapêutica mais global que lhes permita ter a melhor esperança e qualidade de vida.”**

A Sandra tinha 6 anos, em 1981, quando lhe foi diagnosticada uma doença renal crónica terminal no Serviço de urgência do hospital de D. Estefânia. Era uma criança com raquitismo renal, anemia grave, desnutrição e o seu prognóstico vital era de dias. Era o tempo em que se iniciava o Serviço Nacional de Saúde e a Nefrologia em Portugal. O Serviço de Nefrologia do



HSC tinha sido criado junto ao serviço de Nefro-Medicina pelo Prof. Doutor Jacinto Simões com uma equipa jovem e motivada para fazer mudanças e fazer evoluir a nossa especialidade.

Quando se decidiu iniciar a Diálise peritoneal crónica ambulatória nesta doente o acesso à diálise em Portugal não era universal. A Sandra era uma criança muito pequena e frágil, residia longe de Lisboa, não tinha vasos apropriados para criar um acesso vascular e não existiam cateteres de hemodiálise endovenosos. Foi a oportunidade para iniciar uma técnica dialítica nova. O Dr. Humberto Messias, do Serviço de Cirurgia Geral, sempre parceiros nas técnicas da Nefrologia, colocou um cateter de *Tenckhoff* no peritoneu e a equipa de Nefrologia iniciou a terapêutica dialítica liderada pela Dra. Maria João Pais.

Esta técnica tem sido um desafio até ao momento atual. Só foi possível concretizá-la e transformá-la numa técnica credível de substituição da função renal devido ao trabalho conjunto de várias equipas multidisciplinares que incluíram engenheiros, químicos e médicos para a resolução dos problemas técnicos, a biocompatibilidade

dos fluidos, produtos mais “amigos” do ambiente. Isto só foi possível pelo incentivo dado pelos nossos doentes e famílias que pretendiam gerir a sua doença e o seu tempo, mantendo os tratamentos em ambulatório no conforto do seu lar integrando-os na sua vida familiar, trabalho e lazer.

A nossa doente viveu 40 anos com a doença renal crónica, com o apoio incondicional da sua família, da sua mãe, a D. Albertina Soares, sempre presente e disponível para aprender procedimentos até aí só efetuados por enfermeiros e médicos, estando atenta a sinais de alarme, fazendo sugestões de melhoria para a qualidade de vida da sua filha.

A Sandra cresceu, estudou e teve uma vida profissional. A sua vida cruzou-se com as alternativas que a Nefrologia lhe pôde oferecer, fez diálise peritoneal por não ter disponível um acesso vascular e posteriormente hemodiálise e 2 transplantes renais. Usufruiu de novos medicamentos que permitiram o sucesso da transplantação renal ao longo destes anos.

Todo o Serviço tem a maior gratidão para com a Sandra e sua família que partilharam connosco esta caminhada, que esperamos que continue, como exemplo para futuros doentes e familiares. Nós, Serviço de Nefrologia comprometemo-nos a manter a qualidade e assegurar a atualização da prevenção e tratamento da doença renal para proporcionar-lhes uma terapêutica mais global que lhes permita ter a melhor esperança e qualidade de vida.

*Maria Augusta Gaspar  
Diretora do Serviço de  
Nefrologia do HSC  
Patrícia Branco  
Responsável da Unidade de Diálise  
Peritoneal do HSC*

# Jorge Manuel Guimarães dos Santos Bessa (1939 - 2021)

**J**orge Santos Bessa – o Prof. Santos Bessa – deixou-nos no passado dia 11 de Junho aos 81 anos. Aprazível no seu contacto pessoal, sempre com um sorriso, sabia, no entanto, ser duro quando necessário. E é isso que distingue um líder.

Dotado de senso de humor – esse adorno da inteligência –, sabia tirar proveito dos prazeres da vida, vida que dele emanava com enorme força.

Licenciado pela Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra – onde seu pai, o Dr. José dos Santos Bessa, viria a ser Professor de Pediatria – desejando seguir a carreira de Cirurgia Geral, foi naturalmente atraído pelo prestígio dos Hospitais Cívicos de Lisboa (HCL), onde, em 1965, após concurso, iniciou o Internato Geral.

Ultrapassou todas as barreiras representadas pelos concursos hospitalares (cujas malhas eram, então, mais apertadas do que as de agora...) até atingir em 1980 o grau de Chefe de Serviço Hospitalar. No ano seguinte vamos encontrá-lo a liderar uma equipa no serviço recentemente criado, a Unidade de Urgência Cirúrgica (UUC), sediado no Hospital de S. José.

Com este serviço tinha-se revolucionado o conceito de urgência nos HCL, substituindo o centenar esquema de equipas provenientes dos vários hospitais com serviço semanal no Banco, por equipas exclusivamente dedicadas à urgência. O Prof. Santos Bessa foi



**Jorge Santos Bessa**

seu director entre 1989 e 1991.

Neste ano, apesar dos progressos notáveis obtidos nesta área médica, o serviço foi extinto, retomando-se o antigo modelo.

Talvez este facto e a natural ambição (quem não é ambicioso não singra) de progredir mais rapidamente na carreira, levaram-no, não sem pesar, a deixar para trás a sua velha Casa e a transferir-se para o Hospital Egas Moniz onde foi dirigir o Serviço de Cirurgia (1992-2007).

Pode dizer-se que a sua actividade na área da cirurgia culminou com a presidência da Sociedade Portuguesa de Cirurgia, entre 2004 e 2006, para a qual foi eleito pelos seus pares, que assim, lhe afirmaram a estima e consideração em que o tinham.

Outra das suas legítimas ambições era a carreira académica. Doutourou-se em 1996 pela Universidade Nova de Lisboa defendendo tese sobre “Perfuração de úlcera duodenal” e foi Professor Associado pela mesma instituição, em 2002, com uma tese sobre o “Refluxo Gastro

– Esofágico Patológico”, temas, um e outro, a traduzirem o clínico que sempre foi.

Ao lado da carreira hospitalar desenvolveu intensa actividade no campo da comunicação científica (artigos, palestras, participação em congressos) e assumiu lugares da maior responsabilidade na organização de duas reuniões médicas em que participaram centenas de congressistas: foi secretário geral do 6º Congresso Mundial do *Collegium Internationale de Chirurgiae Digestivae*, em 1980, e presidente do *International Congress of Emergency Surgery*, em 1991, ambos realizados em Lisboa. Foi considerado um anfitrião exemplar.

Reproduzindo uma frase do Dr. Rodrigo Costa e Silva: “Como ele diz, formar uma equipa é tarefa de uma vida, mas, acima de tudo, conseguiu transmitir a todos quanto tivemos o prazer e a felicidade de com ele trabalhar e conviver, uma forma muito especial de estar na cirurgia e na vida. Não tenho dúvidas de que o seu exemplo perdurará e será transmitido para todos nós, seus discípulos.”

Que não se destrua o seu trabalho...

*(Adaptado de artigo publicado na Newsletter do CHLC N° 82 de 25/6/21 de Dr. Luís Damas Mora)*

**O Serviço de Cirurgia II  
Hospital de Egas Moniz, CHLO**

# Úlcera Terminal de Kennedy

A pele vai dando sinais de maior fragilidade quando a pessoa se aproxima do fim de vida. Como afirma SIBBALD *et al.* (2009), “A pele, como maior órgão do corpo humano, tem a propriedade de refletir externamente a situação em que se encontra o organismo”.

**“(...) a consciencialização sobre a situação real do doente, é fundamental para que as intervenções priorizem o bem-estar e vão de encontro às necessidades da pessoa.”**

De entre as alterações que podem ser verificadas na pele em fim de vida, encontra-se a Úlcera Terminal de Kennedy (UTK), uma lesão que é entendida como se tratando de uma Úlcera de Pressão (UP), mas que comporta determinadas características que lhe são particulares. Estas lesões foram designadas por UTK em 1989 como homenagem



ao trabalho realizado pela Enfermeira Karen Lou Kennedy, que em 1983, liderou um estudo com 500 doentes, com o objetivo de verificar o prognóstico de vida após desenvolverem UP. Concluiu que em 55,7%, a morte ocorria até 6 semanas após ter surgido a lesão. Ao longo da sua investigação verificou ainda que estas UP, apresentavam características similares entre si que diferiam das habitais UP.

Atualmente, entende-se que UTK é um importante indicador de falência orgânica e um sinal de morte iminente. Trata-se, portanto, de uma lesão cutânea que surge em fim de vida, e relaciona-se com fatores intrínsecos como hipoperfusão e isquemia tecidual. Resulta da alteração dos mecanismos homeostáticos que diminuem a perfusão da pele e tecidos moles, originando uma fragilidade acrescida em que a mínima pressão provoca lesão. A região em que mais frequentemente surge é a sacrococcígea, embora possa também surgir nos calcâneos e região posterior dos membros inferiores.

É caracterizada por apresentar uma forma semelhante a uma pera, borboleta ou ferradura com bordos irregulares. Surge de forma repentina como uma área avermelhada ou arroxeadada, e evolui com a deterioração muito rápida dos tecidos para uma lesão que envolve a epiderme, derme e tecido subcutâneo com tecido desvitalizado e necrótico. Este agravamento ocorre em 24 a 48 horas.

**“Após a identificação correta deste tipo de lesão, importa que a equipa multidisciplinar se reúna no sentido de debater sobre as manifestações da ferida, o impacto que poderá provocar no doente, instruir o próprio doente e a família da situação, assim como, decidir sobre o plano de cuidados.”**

A UTK não pode ser evitada desenvolvendo-se independentemente da implementação de medidas preventivas. Ocorre como resultado do processo de morrer e todas as alterações do organismo que perturbem a perfusão sanguínea, contribuem para o desenvolvimento deste tipo de lesão. Assim, os fatores de risco causais são: anemia, alterações de nutrição, insuficiência respiratória, hipoxia, imobilidade, diabetes mellitus, hipoalbuminemia, desidratação, doença renal, falência de um ou mais órgãos para além da pele. O aparecimento deste tipo de lesão é preditor do prognóstico de vida e a morte ocorre em média entre 2 e 8 semanas. Os cuidados ao doente com UTK

devem ser centrados numa perspectiva paliativa, visando o conforto e dignidade. Após a identificação correta deste tipo de lesão, importa que a equipa multidisciplinar se reúna no sentido de debater sobre as manifestações da ferida, o impacto que poderá provocar no doente, instruir o próprio doente e a família da situação, assim como, decidir sobre o plano de cuidados. A comunicação com o doente e família sobre o que esperar nesta fase, alertá-los para a proximidade da morte, mas também, permite desmistificar a ideia de que as feridas terão surgido por negligência dos profissionais de saúde, ou da própria família, e assim, promover algum conforto psicológico. As decisões sobre os cuidados devem ir de encontro aos objetivos gerais do doente, serem dependentes da trajetória da doença, do estado geral da pessoa, mas principalmente das prioridades da pessoa cuidada.

Esta reflexão surge a partir da identificação de uma UTK num doente que se encontrava internado. Tratava-se de um Senhor de 55 anos, com múltiplas comorbidades e vários fatores de risco associados. No dia 18/3/ 2021 desenvolveu uma UP a nível da região sagrada descrita como “escara de evolução muito rápida”. Oito dias depois, no dia 26/3/ 2021 a UP apresenta uma extensão de 14cm por 10 cm, com forma semelhante a uma borboleta, bordos irregulares e presença de tecido necrosado. Neste mesmo dia faleceu.

A situação clínica do doente referido, embora grave e sem indicação para realização de nenhuma intervenção com intuito curativo, não era entendida como um caso com necessidade de cuidados paliativos.

Nas doenças de insuficiência de órgão, como no caso deste doente, a referenciação para cuidados paliativos ocorre muitas vezes na fase agónica, ou morrem sem esse acompanhamento diferenciado. O principal motivo, deve-se com a maior dificuldade em se estabelecer o prognóstico de vida nestes doentes, do que por exemplo, nos doentes oncológicos sem tratamento oncodirigido.

**“(...) a necessidade de divulgar os cuidados paliativos e reconhecê-los como parte integrante do sistema de saúde, é de extrema importância para que os doentes sejam encaminhados para esta especialidade com a mesma naturalidade, certeza e confiança depositada nas restantes especialidades médicas.”**

A utilização de instrumentos de avaliação de funcionalidade e prognóstico de vida são recursos que nos permitem prever o tempo médio de vida do doente, e assim, direcionar os cuidados de acordo com as suas necessidades. A escala PPS - *Palliative Performance Scale version 2*, é um instrumento de fácil e rápida utilização que avalia 5 itens - capacidade de deambulação, atividade e evidência da doença, autocuidado, ingesta e estado de consciência - e como resultado teremos um score que pode ir de 0 a 100 %, sendo que quanto mais baixo for este valor menor será a sobrevida estimada. Um doente com um score de 50% na PPS, tem uma probabilidade de estar vivo dentro de 6 meses inferior a 10%.

Após o preenchimento da PPS é possível aplicar a PPI - *Palliative Prognostic Index*, e desta forma, predizer a expectativa de vida com maior precisão. No seu preenchimento podemos obter uma pontuação que varia de 0% a 15%, sendo que uma pontuação superior a 6% estima uma sobrevida inferior a 3 semanas.

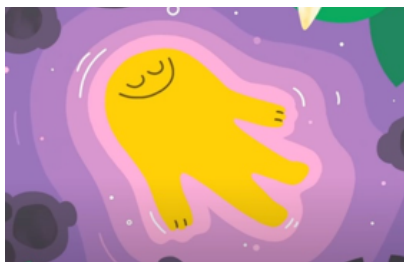
A avaliação prognóstica em doentes terminais, é um recurso valioso para o processo de tomada de decisão, e a consciencialização sobre a situação real do doente, é fundamental para que as intervenções priorizem o bem-estar e vão de encontro às necessidades da pessoa. Quando a possibilidade de cura da doença deixa de ser uma opção, e os cuidados transitam para uma vertente paliativa, este processo não pode ser encarado como desinvestimento, mas sim como a resposta técnica e diferenciada, indispensável para os problemas vivenciados em fim de vida.

Refletir sobre a importância de reconhecer achados clínicos característicos de fim de vida, como é exemplo a UTK, assim como a consciencialização para a necessidade de divulgar os cuidados paliativos e reconhecê-los como parte integrante do sistema de saúde, é de extrema importância para que os doentes sejam encaminhados para esta especialidade com a mesma naturalidade, certeza e confiança depositada nas restantes especialidades médicas.

**Dora Ribeiro**  
**Enfermeira da EIHSCP**  
**do CHLO – HSC**  
**Paula Cruz**  
**Enfermeira Coordenadora da**  
**EIHSCP do CHLO**

# Projeto: “Sessões relaxamento: autocuidado”

As atuais circunstâncias de incerteza, ansiedade, exaustão física e emocional associadas à pandemia da Covid-19, têm tido um forte impacto no bem-estar e saúde mental dos profissionais de saúde. Para lidar melhor com todos estes desafios, é crucial estimular o autocuidado, ex.: prática de hábitos de vida saudáveis, inclusive o relaxamento. Neste contexto, foi sugerido através do Núcleo Local de Resposta de Saúde Mental a Acidentes Graves ou Catástrofes do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental (CHLO), a implementação de uma intervenção de relaxamento do corpo/mente junto dos nossos profissionais. O objetivo seria incutir um olhar interno de autocuidado que promovesse a conexão do corpo/mente, de uma forma consciente, procurando promover um maior bem-estar dos profissionais. De acordo com o exposto surgiu-me a ideia de desenhar este projeto piloto



“Sessões de Relaxamento: Autocuidado” na nossa instituição. Optei por iniciar as sessões no Hospital de Egas Moniz (HEM) e no Hospital de São Francisco Xavier (HSFX) em Março de 2021. Após avaliação da adesão ao projeto nestes locais e dos pedidos dos colegas do Hospital de Santa Cruz (HSC), no mês de Abril as sessões passaram a decorrer nos três hospitais do CHLO, onde ainda se mantêm.

As sessões contemplam essencialmente 3 fases:

**Fase Reflexiva/ Psicoeducativa:** Sensibilização para o cuidado autocuidado; Consciencialização e conexão corpo/ mente; Aplicação da Escala do Bem-Estar no início da sessão (figura 1);

**Fase Prática:** Promoção de técnicas de gestão de stress ex: prática respiração diafragmática; Prática de alongamentos e exercícios de Yoga; Relaxamento Guiado;



Figura1: Escala do Bem-Estar

**Fase de Avaliação:** Balanço e partilha individual; Disponibilização de materiais (ex.: App); Reforço dos benefícios na prática; Aplicação da Escala do Bem-Estar no final da sessão (figura 1);

No sentido de monitorizar e avaliar as sessões desenvolvidas foi aplicada de forma anónima a Escala (figura 1), no início e no final de cada sessão. Além de permitir uma avaliação do impacto da mesma, inscreveu-se num treino de consciencialização de si e de autoobservação.

Após três meses e meio verificou-se:

- **Número de participantes:** 86;
- **Idade média:** 48.5 anos;
- **Categoria profissional:** Dos 86 participantes, 28 são Assistentes Técnicos (AT) e 21 Assistentes Operacionais (AO) os quais constituíram a maior percentagem de participações;
- **Participantes por Hospitais:** Dos 86, HEM participações 44, HSC 29 e 13 no HSFX;
- **Escala do Bem-Estar:** Dos 86, 44 autoavaliaram-se no **início da sessão** no item 3 (**alguma tensão**) e 80 autoavaliaram-se no **final** no item 0 (**Muito relaxado**) e 1 (**Relaxado**).

Assinalo que, apesar desta intervenção estar aberta a todos os profissionais do CHLO, houve oportunidade de se estruturar uma intervenção dirigida só aos profissionais da Unidade de Internamento de Doentes Agudos do Serviço de Psiquiatria. Algo que não estava contemplado no projeto inicial, mas traduz a possibilidade de se implementar em futuras intervenções dirigidas a grupos específicos atendendo às necessidades dos mesmos.

Apesar das incertezas do futuro, o balanço que faço desta experiência é bastante positiva, mantendo a minha disponibilidade para assegurar a continuidade do projeto com os mesmos moldes e/ou direcionado a qualquer serviço.

Múltiplas reflexões surgiram no decorrer do mesmo, das quais destaco: o feedback muito positivo da maioria dos participantes ao nível da diminuição da tensão, do aumento do relaxamento e da intenção de repetirem a atividade. No entanto, tal não se confirmou no número de reagendamentos. O que me leva a refletir: Será que os profissionais de saúde colocam como prioridade no seu dia-a-dia o autocuidado?...

Finalizo com as partilhas de duas colegas, cuja participação se tem pautado pela exímia dedicação e regularidade:

“Aprendi a ter tempo para parar. Ouvir o meu corpo... a ter consciência da minha respiração. Em momentos de stress pessoal ou profissional consigo perceber e ter maior controle sobre a situação.” (sic, Clara Ferreira HEM)

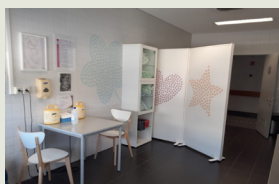
“Em tempo de pandemia é preciso relaxar o corpo e a mente, foi com grande alegria que a Enfª Sandra se lembrou da “Gente”. Muito obrigada pela excelente ideia que tem permitido aliviar o nosso stress.” (sic, Margarida Pereira HSC)

Grata a todos os que de alguma forma participaram neste projeto, pois permitiu-me crescer e aprender!

Enfª Sandra Andrade  
Hospital de Egas Moniz  
scandrade@chlo.min-saude.pt  
Inscrições para as sessões ext: 2300

## Unidade de Neonatologia Cantinho da Amamentação renovado

O Cantinho da Amamentação da Unidade de Neonatologia foi melhorado, no âmbito do “Projeto CHICCO DÁ VIDA” que ajuda as Neonatologias dos Hospitais Públicos de Portugal.



O Cantinho da Amamentação do Hospital São Francisco Xavier foi um dos 15 Hospitais Públicos de Portugal a beneficiar com este projeto, que visa melhorar as condições destes espaços, oferecendo materiais de apoio e redecoração.

## Profª Doutora Fátima Falcão distinguida com Medalha de Honra

No passado dia 17 de junho de 2021, a Profª Doutora Fátima Falcão, Diretora dos Serviços Farmacêuticos do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, foi distinguida com a Medalha de Honra da Ordem dos Farmacêuticos (OF). Esta homenagem pretendeu reconhecer o seu mérito e dedicação na valorização da atividade farmacêutica.

A distinção foi atribuída no âmbito da apresentação dos resultados do Estudo “Valorização do Desempenho do Farmacêutico Hospitalar”, realizado pela Nova SBE – School of Business and Economics para a OF com o apoio da Associação Portuguesa de Farmacêuticos Hospitalares. Na



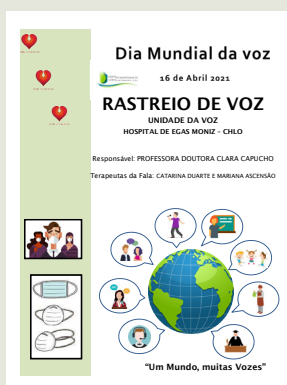
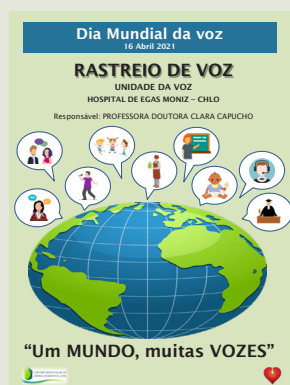
Fotografia retirada do Portal da Saúde

sessão estiveram presentes, entre outros, a Senhora Ministra da Saúde e a Senhora Bastonária da Ordem dos Farmacêuticos.

## Rastreio de Voz - Hospital de Egas Moniz - 14, 15 e 16 de abril

A Unidade da Voz, do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, realizou mais um Rastreio a propósito do Dia Mundial da Voz, que se assinala a 16 de abril. O rastreio decorreu nos dias 14, 15 e 16 de abril, no Hospital de Egas Moniz.

A organização da iniciativa ficou a cargo da responsável pela Unidade, Profª Doutora Clara Capucho, com a colaboração das Terapeutas da Fala, Catarina Duarte e Mariana Ascensão.



## Inauguração das Instalações Provisórias da Unidade de Saúde Mental de Oeiras do Serviço de Psiquiatria de Adultos e da Exposição de Fotografias de Arte Urbana no Concelho de Oeiras com o título “Proximidade e Diferenciação”



As instalações provisórias da Unidade de Saúde Mental de Oeiras do Serviço de Psiquiatria de Adultos do CHLO foram inauguradas no dia 25/05/2021, na presença da Senhora Ministra da Saúde, Dra. Marta Temido, do Senhor Presidente da Câmara Municipal de Oeiras, Dr. Isaltino Morais, do Senhor Presidente do Conselho Diretivo da ARSLVT, Dr. Luis Pisco, da Senhora Presidente do Conselho de Administração do CHLO, Dra. Rita Perez, bem como de outros representantes da área da saúde e profissionais do CHLO. Foi também inaugurada a Exposição de Fotografias de Arte Urbana no Concelho de Oeiras com o título “Proximidade e Diferenciação”, da autoria de Fernando Peres – Psiquiatra e Fotógrafo. Esta exposição representa um compromisso desta unidade em prestar cuidados de Saúde Mental (SM) convergindo proximidade e diferenciação, no caminho da qualidade e da melhoria contínua.

## CHLO em números – 1º semestre 2021



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

## JORNADAS, CONGRESSOS E CURSOS

13 a 15 de outubro de 2021

### CMIN Summit`21 - Nascer e Crescer Saudável no Séc. XXI

**Organização:** Centro Materno-Infantil do Norte/ Centro Hospitalar Universitário do Porto

**Local:** Auditório do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, no Porto

**Informações:**  
<https://cminsummit.pt/>

4 a 5 de novembro de 2021

### VI Jornadas Técnicas de Medicina Intensiva

**Organização:** Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central

**Local:** Faculdade de Medicina Dentária, Lisboa

**Informações:**  
<https://www.admedic.pt/eventos/vi-jornadas-tecnicas-de-medicina-intensiva.html>

29 de outubro de 2021

### Formação “Um Dia sobre a Mão”

**Organização:** Hospital Ortopédico de Sant’Ana

**Local:** Hospital Ortopédico de Sant’Ana

**Informações:**  
Email: [hosa.eventos@ccml.pt](mailto:hosa.eventos@ccml.pt)

19 de novembro de 2021

### XIII Jornadas de Neuropsicologia - 25º Aniversário da Unidade de Neuropsicologia do CHLO

**Organização:** Unidade de Neuropsicologia do Hospital de Egas Moniz

**Local:** Hospital de Egas Moniz

**Informações:**  
Email: [neuropsicologia@chlo.min-saude.pt](mailto:neuropsicologia@chlo.min-saude.pt)

## ACÇÕES DE FORMAÇÃO ORGANIZADAS PELO NÚCLEO DE FORMAÇÃO DO CHLO

Outubro a dezembro

### Formação de Assistentes Operacionais

**Destinatários:** Assistentes Operacionais

**Destinatários:** Assistentes Operacionais

### Violência Doméstica: Abordagem de Intervenção

**Destinatários:** Assistentes Sociais

### Maus Tratos em Crianças e Jovens

**Destinatários:** Assistentes Sociais, Enfermeiros, Médicos e Psicólogos

### Secretariado Clínico

**Destinatários:** Assistentes Técnicos

### Abordagem ao Doente com AVC

**Destinatários:** Enfermeiros

Leitura de Traçados Cardíacos

Via Verde AVC (com avaliação neurológica)

**Destinatários:** Enfermeiros

### Biodanza – Urgência Obstétrica/ Ginecológica

**Destinatários:** Enfermeiros Urgência Obstétrica/Ginecológica

### Abordagem à dor

**Destinatários:** Enfermeiros e Médicos

Ventilação Não Invasiva

**Destinatários:** Enfermeiros e Médicos

### Suporte Avançado de Vida Pediátrico

**Destinatários:** Enfermeiros e Médicos (serviços pediátricos)

**Destinatários:** Enfermeiros e Médicos (serviços pediátricos)

### Controlo de Sintomas

**Destinatários:** Enfermeiros, Médicos (c/ Curso Básico de Cuidados Paliativos)

**Destinatários:** Enfermeiros, Médicos (c/ Curso Básico de Cuidados Paliativos)

### Suporte Básico de Vida

**Destinatários:** Enfermeiros, Médicos e Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica

### Comunicação em Contexto de Resistência à Mudança

**Destinatários:** Enfermeiros, Médicos, Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica e Técnicos Superiores de Saúde

**Destinatários:** Enfermeiros, Médicos, Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica e Técnicos Superiores de Saúde

### Indução Miofascial – Módulo III

**Destinatários:** Fisioterapeutas

### Suporte Avançado de Vida

**Destinatários:** Médicos, Enfermeiros UCI e Urgência Geral

**Destinatários:** Médicos, Enfermeiros UCI e Urgência Geral

### Atitudes e comportamentos em ambientes hostis

**Destinatários:** Multiprofissional

Excel Avançado

Gestão de Conflitos

Prevenção e Gestão de Comportamentos Agressivos

Prevenção de Lesões musculó-esqueléticas

Primeiros Socorros

Risco Biológico - Acidentes de Trabalho

Triagem de Resíduos

**Destinatários:** Multiprofissional

### Liderança e Coaching em Equipas de Saúde

**Destinatários:** Multiprofissional (com funções de chefia)

### Mais Informações

Núcleo de Formação HEM – 2032

Núcleo de Formação HSC – 3308

Núcleo de Formação HSE – 1028