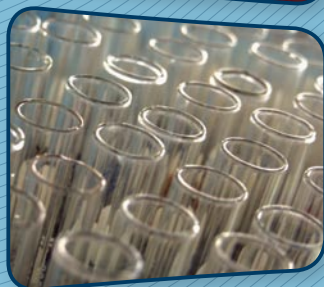


Serviços Farmacêuticos



Desafios e oportunidades

Unidade de Cirurgia de Ambulatório do Hospital Egas Moniz

Certificação da Unidade de Diálise

Sou transplantado cardíaco. Quais são os meus limites?

Telefones úteis

Índice

- 3 Editorial
- 4 Unidade de Cirurgia de Ambulatório do Hospital de Egas Moniz
- 6 Taxa de Recaída da Esquizofrenia Efeitos da Introdução de um Programa de Reabilitação Psicossocial
- 8 Serviços Farmacêuticos do CHLO Desafios e oportunidades



- 10 Sou transplantado cardíaco. Quais são os meus limites?
- 13 Serviço de Nefrologia Certificação da Unidade de Diálise
- 14 Breves
- 16 Agenda do Centro

HOSPITAL DE EGAS MONIZ

Rua da Junqueira, 126 - 1349-019 Lisboa

Apoio ao Internamento	21043221/22
Consulta Externa – Informações e marcações	210432369/71/73
Consulta do Viajante – Informações e marcações	210432356
Urgência de Otorrinolaringologia	210432233
Urgência de Oftalmologia	210432235
Cirurgia Ambulatória	210432261/62
Gabinete de Comunicação e Imagem	210432448
Serviço Social	210432413

HOSPITAL DE SANTA CRUZ

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

Apoio ao Internamento	210433001/02
Consulta Externa – Informações e marcações	210433004/05
Cirurgia Ambulatória	210433036
Unidade de Hemodiálise	210433099/100
Unidade de Hemodinâmica Cardíaca	210433069
Unidade de Transplantação Renal	210433224
Unidade de Cuidados Coronários (Unicor)	210433129/30
Gabinete de Comunicação e Imagem	210433145
Serviço Social	210433135 (Cardiologia)
	210433118 (Cardio-torácica)
	210433092 (Nefrologia)
	210433109 (Cirurgia Geral)

HOSPITAL DE SÃO FRANCISCO XAVIER

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

Apoio ao Internamento	210431161
Urgência Geral - Informações	210431161
Urgência Geral – Admissão de Doentes	210431132
Urgência Obstétrica/Ginecológica – Admissão de Doentes	210431686/7
Urgência Pediátrica – Admissão de Doentes	210431664
Consulta Externa – Informações e marcações 1ª vez	210431765/68
Consulta Externa – Marcações subsequentes:	
• Medicina interna	210431489/90/91
• Cirurgia	210431525/26
• Ginecologia/Obstetrícia	210431508/9/10
• Pediatria	210431540/41
• Ortopedia	210431306/7
Hospital de Dia de Especialidades Médicas	210431727
Hospital de Dia de Oncologia	210431704/18
Gabinete de Comunicação e Imagem	210431147
Serviço Social	210431150

Gabinete do Utente do CHLO

Contactos

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

HOSPITAL DE EGAS MONIZ
gabinete.utente@hegasmoniz.min-saude.pt
Tel.: 21 043 24 48

HOSPITAL DE SANTA CRUZ
gabinete.utente@hsc.min-saude.pt
Tel.: 21 043 31 45

HOSPITAL DE SÃO FRANCISCO XAVIER
gabinete.utente@hsfxavier.min-saude.pt
Tel.: 21 043 11 47

Ficha Técnica

Propriedade: Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, E.P.E. | Estrada do Forte do Alto do Duque, 1449-005 LISBOA
Telefone: 21 043 10 00 • Fax 21 043 15 89 | **Director:** Pedro Abecasis | **Edição:** Helena Pinto
Redacção: Helena Pinto, Henrique Passos, Rosa Santos | **Coordenação e Revisão:** Alexandra Flores
Fotografia: Helena Pinto, Henrique Passos, Rosa Santos | **Distribuição:** Serviço de Comunicação e Imagem
Concepção Gráfica: Paulo Reis | **Impressão:** Grafivedras-Torres Vedras | **Tiragem:** 5000 exemplares
ISSN: 1646-379X | **Depósito Legal:** 238539/06



Pedro Abecasis

Presidente do Conselho de Administração



“Sim, nós podemos”

Este foi o lema da campanha do presidente eleito dos Estados Unidos. Como sabemos, com este lema, ele ganhou as eleições em Novembro passado.

São palavras dinamizadoras e mobilizadoras que, se nos é permitido (e com a devida vénia), gostaríamos de dirigir a todos os que trabalham no nosso Centro Hospitalar.

Sim, nós podemos em ano de crise, continuar a melhorar as deficiências das nossas instalações e torná-las compatíveis com a dignidade que, hoje em dia, se exige às funções assistenciais da moderna medicina.

Sim, nós podemos suportar por esta boa causa os incómodos que as necessárias obras acarretam sem perda da qualidade da nossa actuação.

Sim, nós podemos manter a nossa convicção da importância do serviço público na área da saúde e de ter orgulho de nele exercermos a nossa actividade.

Sim, nós podemos manter a qualidade técnica sem falhas dos nossos actos com o gosto que o que tem que ser feito seja bem feito.

Sim, nós podemos dar um rosto humano a todos os gestos praticados no Centro Hospitalar. O encontro entre pessoas que eles representam a isso o obriga e assim também se torna mais gratificante.

Sim, nós podemos, no nosso campo de actuação, estar sempre do lado das soluções e nunca do lado dos problemas. A vida no Centro será assim mais fácil para todos e com mais agrado viremos trabalhar todos os dias.

Sim, nós podemos, cada um com a sua parte e em todas as categorias profissionais, contribuir para um hospital prestigiado pela qualidade do seu pessoal. No seu campo todos são indispensáveis ao funcionamento harmonioso do todo que é o Centro Hospitalar.

Nós de facto podemos muito se assim o quisermos. O resultado colectivo resulta da soma do que cada um souber, quiser e fôr capaz de fazer. Contamos com o vosso saber e com o vosso querer. ■

Unidade de Cirurgia de Ambulatório do Hospital de Egas Moniz

Serviço de Anestesiologia do CHLO, Directora: **DRA. ANA FERREIRA**

I. INTRODUÇÃO

A Unidade de Cirurgia de Ambulatório (UCA) sediada no Hospital de Egas Moniz (HEM) é uma unidade funcional com espaço físico individualizado, *staff* próprio (administrativo, auxiliar e de enfermagem) e um responsável pertencente ao Serviço de Anestesiologia, onde se realizam cirurgias major, sem internamento.

II. ACTIVIDADE

Iniciou a actividade há cerca de cinco anos, com princípios reguladores de actuação clínica e organizacional bem estabelecidos, por forma a permitir que os procedimentos cirúrgicos sejam re-realizados com a mesma segurança com que são praticados em regime de internamento. Assim o *circuito do doente* estipula as etapas desde a observação do doente em consulta de cirurgia, consulta de anestesia, programação cirúrgica, intervenção cirúrgica até à alta para o domicílio, que assentam em:

1. Critérios clínicos de admissibilidade

Dependem:

Da aceitação do regime ambulatório pelo doente, do estado físico, patologia associada e factores de risco que apresente.

Do tipo de cirurgia que será de curta e média duração, dos planos mais superficiais, que não necessitem de cuidados pós-operatórios especiais e/ou prolongados e que previsivelmente não tenha complicações.

2. Critérios sociais de admissibilidade

Condições de habitabilidade.

Disponibilidade de acompanhante responsável nas primeiras 24 horas de pós-operatório.

Transporte próprio para o domicílio.

Tempo de deslocação para o domicílio ou para o local de pernoita até cerca de 30 minutos.

3. Critérios de exclusão

São de excluir do regime de ambulatório a obesidade mórbida, doenças crónicas sistémicas não compensadas (ASA III não estabilizado ou ASA IV).

Relativamente ao tipo de cirurgia excluem-se: as de planos profundos ou que apresentem risco importante de hemorragia e/ou dificuldade de controlo da dor, náuseas ou vômitos com terapêutica oral e as de carácter urgente.

4. Critérios de alta para o domicílio

Quando se verifica estabilidade hemodinâmica, ausência de dor, náuseas e vômitos, tolerância da via oral, capacidade de deambulação e ainda presença de acompanhante e disponibilidade de transporte.

Alta para o domicílio (por decisão do anestesiológista) após permanência na sala de recobro e monitorização da recuperação clínica.

Acompanhamento pós-operatório:

- Fornecimento de informação escrita sobre cuidados pós-operatórios, prescrição terapêutica e marcação da consulta de especialidade.

- Contacto telefónico 24 horas - das 8h00 às 20h00 – UCA e das 20h00 às 08h00 – anestesista ou cirurgião da especialidade, de urgência interna.

- Telefonema de *follow up*, no primeiro dia de pós-operatório, por enfermeiro escalado para o efeito.

A diminuição do tempo de desinserção social (em grupos etários extremos ou com patologia neuropsiquiátrica) e ainda a diminuição global do risco de infecções nosocomiais são também vantagens a ter em conta na selecção dos doentes.

2. Para os profissionais de saúde

A integração em equipa com atribuição de funções específicas e responsabilização individual, tem demonstrado ser um factor de motivação profissional. A agilização de processos e flexibilidade de atitudes perante situações clínicas inesperadas estimula a procura de novas soluções que se enquadrem nas necessidades dos doentes.

3. Para a instituição:

Desenvolvimento de esquema organizacional baseado no incremento da qualidade assistencial e no grau de satisfação do doente (aferido a partir dos registos de índices de qualidade e das respostas dos doentes a inquérito).

Libertação de tempos no bloco central e camas para os doentes com necessidade de regime de internamento.

Diminuição dos custos directos.

III. OBJECTIVOS PRINCIPAIS

1. Para o doente

Proporcionar uma cadeia de cuidados centrada no doente que vise a sua avaliação clínica, o esclarecimento e acompanhamento, que evite actos desorganizados que multipliquem vindas desnecessárias ao hospital e a dispersão de meios:

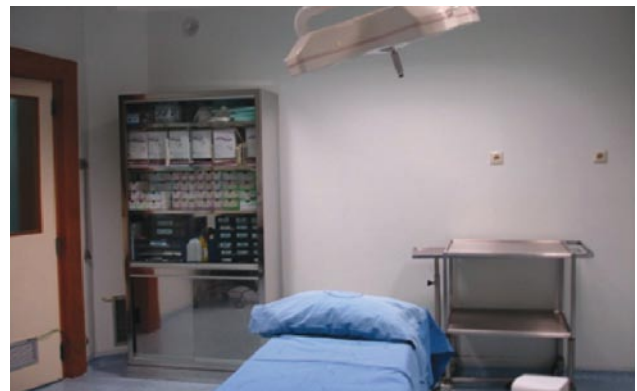
Consulta de anestesia - estudo global de todos os doentes, avaliação do seu estado físico e determinação do risco anestésico.

Entrevista de enfermagem – para avaliação dos critérios sociais e explicação de folheto informativo peri-operatório.

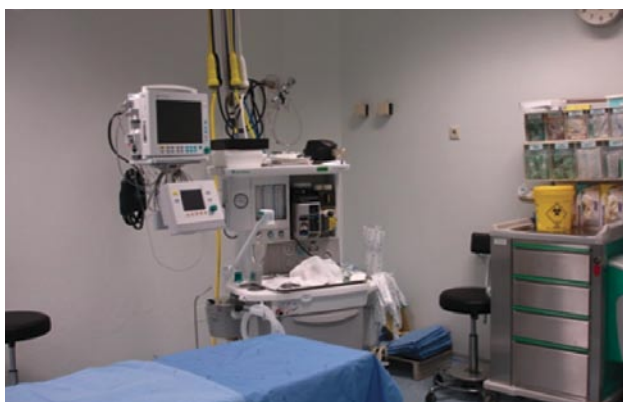
Confirmação telefónica (com 48 horas de antecedência) da disponibilidade do doente e/ou manutenção das condições clínicas para a cirurgia programada.



Entrada



Sala de bloco operatório



Sala de bloco operatório



Recobro

IV. ESPAÇO FÍSICO

A UCA está localizada no piso térreo, com fácil acesso e possui dois lugares de estacionamento reservados para a recepção e recolha dos doentes.

Tem como estruturas principais uma sala de espera e secretariado, uma sala de recepção dos doentes com os respectivos vestiários e W.C., um gabinete de consulta, duas salas operatórias e um recobro com capacidade para 5 macas.

V. ACTIVIDADE NA UCA EM 2008

Número de doentes operados, por especialidade e tipos de procedimentos frequentes:

Cirurgia Geral - 175 doentes

- Hernioplastia
- Laqueação de varizes
- Excisão de quisto sacrococcígeo

ORL – 121 doentes

- Adenoidectomia e/ou meringotomia
- Rinoplastia
- CENS

Urologia – 98 doentes

- Biópsia prostática transrectal

- Cura cirúrgica de varicocele e hidrocele

- Cistoscopia

Cirurgia Plástica – 238 doentes

- Mamoplastia
- Blefaroplastia
- Fasciectomia selectiva (Doença de Dupuytren)

Neurocirurgia – 80 doentes

- Dissectomia/Foraminectomia lombar
- Cifoplastia
- Radiofrequência

Estomatologia – 107 doentes

- Extrações dentárias múltiplas/alveoloplastias
- Extração de sisos inclusos
- Excisão de quistos dentários

Gastrenterologia – 23 doentes

- Extração de balão intragástrico

Cirurgia Vascular – 20 doentes

- Safenectomia
- Excisão de colaterais

Ortopedia – 88 doentes

- Artroscopia do joelho e ombro
- Extração de material de osteossíntese

Ginecologia – 140 doentes

- Histeroscopia
- Polipectomia uterina
- Curetagem

Reumatologia – 3 doentes

- Artroscopia diagnóstica do joelho

VI. ÍNDICES DE QUALIDADE

Cancelamento cirúrgico no dia da intervenção – 5,9%

Por motivos anestésicos – 0,7%

Reintervenção – 0

Morbilidade pós-operatória:

Dor - 23%

Náuseas e vômitos – 5,2%

Internamento – 1,2%

Por motivos anestésicos – 0,2%

Grau de satisfação (respostas a inquérito, a que corresponderam 42,4% dos doentes operados):

Muito satisfeito – 71,9%

Satisfeito – 25,0%

Pouco satisfeito – 1,1%

Insatisfeito – 0,31% ■

DR. MÁRIO CALDEIRA

Chefe de Serviço de Anestesiologia
Coordenador da UCA do HEM

Taxa de Recaída na Esquizofrenia

Efeitos da Introdução de um Programa de Reabilitação Psicossocial no Plano de Tratamento

INTRODUÇÃO

A esquizofrenia é uma perturbação mental grave, inflige um incalculável sofrimento aos doentes e suas famílias e impõe um pesado custo económico à sociedade (Wyatt & Clark, 1987; McGuire, 1991). Grande parte dos custos com a esquizofrenia pode ser atribuída à recaída, situação caracterizada pela exacerbação psicótica e aumento do número de hospitalizações (Melcer, 2005). Estima-se que 80% das pessoas com esquizofrenia tenham pelo menos uma hospitalização (Moreno, 2004), que 60% recaíam nos dois primeiros anos após um primeiro internamento (D'Amato & Rochet, 2001) e que 10-15% sofram mais de três recaídas nos primeiros cinco anos após o primeiro episódio psicótico (Moreno, 2004).

Segundo Marsh (2002), com o tratamento adequado (medicação antipsicótica, apoio psicossocial e reabilitação) cerca de dois terços dos indivíduos com esquizofrenia conseguem uma significativa recuperação e conseguem levar uma vida satisfatória e produtiva na comunidade. Os programas de reabilitação psicossocial têm-se mostrado eficazes não apenas no treino das competências necessárias para a reinserção comunitária, controlo da sintomatologia e melhoria do funcionamento global (Giráldez, 2005), mas também nas taxas de recaídas e reinternamento (Herz *et al.*, 2000; Stuart & Laraia, 2001; Kopelowicz, Liberman & Wallace, 2003), sobretudo quando englobam a família (Falloon *et al.*, 1985; Hogarty *et al.*, 1986; Tarrier, 1989; Goldstein *et al.*, 1992; Dixon *et al.*, 2001).

«Os resultados do presente estudo confirmam que o Programa de Reabilitação da Unidade de Dia contribuiu para diminuir o risco de recaída/reinternamento»

RESULTADOS

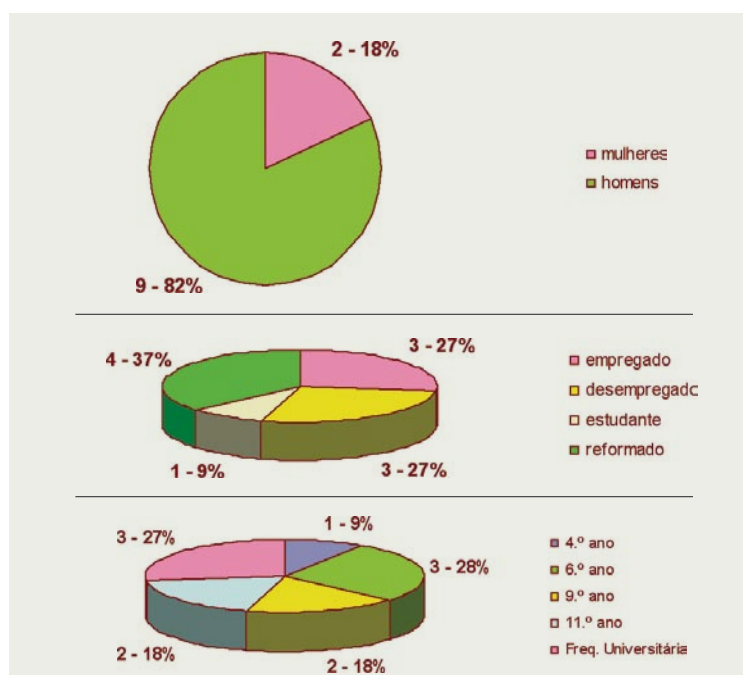
O presente estudo visou avaliar a taxa de internamentos 2 anos antes e 2 anos após o Programa de Reabilitação Psicossocial da Unidade de Dia nas pessoas com diagnóstico de esquizofrenia (ICD10) com alta clínica entre Janeiro de 2004 e Junho de 2006. Define-se alta clínica como a alta acordada entre o doente e a equipa técnica após cumprimento total ou parcial dos objectivos estabelecidos em Plano Individual de Reabilitação.

A amostra é constituída pela totalidade de pessoas com esquizofrenia que tiveram alta (n=11) e foi retirada da totalidade de pessoas com alta clínica durante o período de tempo estudado. A amostra é constituída sobretudo por indivíduos do sexo masculino (82%), tendo havido apenas 2 mulheres (18%) com alta clínica nesse período. Os participantes apresentam uma média de idades de 37,9 anos, sendo a idade máxima 59 anos e a mínima 26 anos. Todos os indivíduos são solteiros e comparativamente às outras situações ocupacionais, encontram-se

na sua maioria na situação de reforma (37%). As habilitações literárias variam do 4.º ano (9%) à frequência universitária (27%), sendo ligeiramente maior o número de doentes com o 6.º ano de escolaridade (28%).

Em média os doentes mantiveram-se em Programa de Reabilitação durante 22 meses, tendo a duração máxima sido de 52 meses e a mínima 3 meses. Relativamente à taxa de recaída/reinternamento, a amostra sofreu alterações significativas nos períodos considerados.

Verificamos que 54,4%, (6) das pessoas com esquizofrenia participantes no estudo não tiveram quaisquer reinternamentos nos 2 anos posteriores à alta clínica do Programa de Reabilitação e que 36,4% (4) não tiveram qualquer variação no número de internamentos. Quando comparado com igual período antes do Programa de Reabilitação, apenas um indivíduo apresentou um número mais elevado de reinternamentos no período de 2 anos pós-Programa.



Desafios e Oportunidades

Serviços Farmacêuticos do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental

Os Serviços Farmacêuticos (SF) Hospitalares são o serviço que, nos hospitais, assegura a terapêutica medicamentosa aos doentes, a qualidade, a eficácia e a segurança dos medicamentos, integra as equipas de cuidados de saúde e promove o ensino. A criação de um SF único no Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental (CHLO), no início de 2006, representou uma oportunidade para implementar uma política de modernização e reestruturação destes serviços.

A centralização de alguns sectores de actividade permitiu rentabilizar recursos e responder aos novos desafios colocados.

Com a centralização da área oncológica no Hospital de São Francisco Xavier (HSFX), houve a necessidade de reorganizar a equipa e uniformizar práticas, no sentido de dar a melhor resposta possível. As novas instalações permitiram assegurar a preparação desta terapêutica com qualidade e segurança. Apenas a área de atendimento do doente oncológico em ambulatório se tornou exígua, dado ter sido pensada unicamente para os doentes da área de influência do HSFX.

Tendo em consideração que a dispensa de medicamentos a doentes em regime de ambulatório tem um peso considerável, os SF procuraram implementar estratégias de racionalização da terapêutica, com vista à promoção da adesão, mas também à contenção de custos, otimizando a qualidade dos cuidados prestados. Sempre que é realizada a dispensa de um medicamento, é feito o correspondente aconselhamento ao doente.

O desenvolvimento, adaptação e melhoria do Manual de Qualidade (MQ) tiveram como objectivo a definição de uma plataforma de padrões e normas de trabalho, permitindo aos SF garantir a redução da variabilidade na prestação dos serviços e estabelecer indicadores de resultado para cada sector de activi-



dade. Para a sua prossecução, a adopção do Código Hospitalar Nacional do Medicamento (CHNM) e a informatização do circuito do medicamento representaram objectivos intermédios essenciais.

No âmbito da reorganização dos SF do CHLO, foi identificada como sendo uma área prioritária a informatização de todo o circuito do medicamento. Nos anos de 2006 - 2008 a prioridade foi a prescrição informatizada, como parte integrante do projecto mais vasto que é o Sistema Integrado de Informação e Gestão cuja dimensão obriga a que o mesmo seja desenvolvido de forma faseada.

Para melhorar a segurança da terapêutica, não basta desenvolver medicamentos seguros, é também necessário criar sistemas de utilização que minimizem os erros associados. Uma das estratégias adoptadas pelo CHLO em relação ao desenvolvimento de metodologias de prevenção do erro de medicação diz respeito à prescrição electrónica.

Actualmente existem no mercado sistemas automatizados de dispensa de medicamentos, a localizar nas enfermarias, integrados ou com interfaces, com os sistemas de informação dos SF. Estes sistemas garantem que a medicação seja administrada aos doentes, mantendo-se um registo do que foi administrado, a quem, quando e por quem. Tais equipamentos são muito úteis em Unidades de Cuidados Intensivos, Urgências, Hospitais de Dia e Bloco Operatório.

Quando existe interface com o sistema de prescrição “on-line”, permitem obter os mesmos resultados do sistema de distribuição individual diária em dose unitária com menor logística e custos associados.

A conexão ao sistema central dos SF permite incluir o consumo de medicamentos no perfil farmacoterapêutico do doente, conseguindo o conhecimento exacto da totalidade de terapêutica dispensada desde o ingresso até à alta.

Foi nesta perspectiva que foram implementados dois sistemas Pyxis nos serviços de Urologia, Pneumologia B, Cirurgia 2B, Cirurgia Plástica, Oftalmologia e Otorrinolaringologia do Hospital de Egas Moniz, no Verão de 2008. Ambos estão acoplados ao sistema informatizado de prescrição médica e validação farmacêutica (SGICM). A sua implementação exigiu um planeamento e redesenho do circuito do medicamento, o empenho e colaboração multidisciplinar e o estabelecimento de procedimentos para o seu uso adequado, seguro e eficaz, e exige a constante monitorização da sua utilização.

Estes sistemas de distribuição de medicamentos apresentam vantagens clínicas e económicas ao reduzirem os erros, desperdícios e desvios de medicamentos, já que o acesso aos medicamentos é limitado a vários níveis de acesso, por senha própria.

Outros sistemas automatizados de distribuição de medicamentos têm vindo a demonstrar ser altamente benéficos não só a nível da optimização e



Serviços Farmacêuticos do Hospital de Egas Moniz



Serviços Farmacêuticos do Hospital de Santa Cruz



Serviços Farmacêuticos do Hospital de São Francisco Xavier

segurança do circuito do medicamento mas também como ferramenta de gestão clínica. O Cardex® e as máquinas FDS® representam soluções válidas para os problemas inerentes ao processo manual de distribuição de medicamentos. Assim, ainda no contexto da automatização da distribuição de medicamentos, em 2008 foi adquirida uma máquina de reembalamento de medicamentos em dose unitária FDS® para o Hospital de Santa Cruz.

Outra área onde a automatização demonstra ter vantagens é a distribuição de medicamentos a doentes em regime

ambulatorio. A necessidade de haver um maior controlo e vigilância de determinadas terapêuticas, assegurar a adesão dos doentes à terapêutica, bem como controlar potenciais efeitos secundários graves associados aos medicamentos distribuídos, a maioria com elevado valor económico, justifica as vantagens decorrentes da utilização de automatização no ambulatorio. Neste sentido, e cientes das necessidades de reestruturação do sector de atendimento ao doente em regime de ambulatorio, os SF gostariam de adequar e melhorar as suas instalações e equipamentos, bem como

robotizar este sistema de distribuição.

No que diz respeito ao MQ, para a elaboração de cada área, foi seguida uma metodologia comum e seleccionadas equipas de trabalho contendo pelo menos um elemento de cada uma das instituições que constituem o CHLO. Tendo presente que não se pode melhorar o que não se controla e não se pode controlar o que não se mede, foram definidos e utilizados indicadores críticos de processo com potencial de melhoria.

Actualmente, com a implementação do MQ verifica-se a existência de procedimentos padronizados e uniformes, permitindo a medição de resultados e índices de actividade dos SF do CHLO, uma melhor organização do trabalho e principalmente uma melhor qualidade dos cuidados prestados aos doentes. A implementação e consequente Certificação do Sistema de Gestão da Qualidade (SGQ) dos SF do CHLO, segundo as NP EN ISO 9001:2000, é o próximo projecto e novo desafio a abraçar.

No âmbito do Programa do Medicamento Hospitalar (PMH) foi criado um plano de financiamento para dotar ou apoiar os Hospitais de requisitos que garantam uma prestação dos SF hospitalares com rigor, qualidade e satisfação interna/externa. Neste contexto, em 2008, os SF do CHLO apresentaram candidatura para financiamento para certificação, automatização do circuito do medicamento e adequação das estruturas às necessidades actuais nas áreas de ambulatorio e ensaios clínicos (HEM), tendo sido contemplado com financiamento nas três candidaturas.

O caminho percorrido reflecte em muito o empenho e dedicacção da equipa que, apesar dos momentos difíceis passados e presentes, sempre procurou ultrapassar as adversidades no pressuposto da melhoria continua. O ano de 2009 apresenta-se como um ano de grandes desafios, que se pretendem ultrapassar com sucesso e igual empenho. ■

DRA. FÁTIMA FALCÃO

Directora dos Serviços Farmacêuticos do CHLO

DRA. DOMINGAS PALMA

Coordenadora dos Serviços Farmacêuticos do HSC

DRA. HELENA FARINHA

Coordenadora dos Serviços Farmacêuticos do HEM

DRA. NADINE RIBEIRO

Coordenadora dos Serviços Farmacêuticos do HSFx

Sou transplantado cardíaco. Quais são os meus limites?

Miguel Bento Monteiro foi transplantado cardíaco em 2006 e Luís Guedes, um ano depois, ambos no Hospital de Santa Cruz.

Com um grave problema de saúde para enfrentar, Miguel Monteiro (MM) e Luís Guedes (LG) tinham uma vida, uma profissão e subitamente é-lhes retirado o tapete do chão. O que fazer? Como sobreviver? Como ultrapassar? Questões que todas as pessoas colocam quando lhes é diagnosticado uma doença grave e que a solução passa, talvez, pelo transplante.

Transplantados, hoje vivem positivamente e até já conquistaram algumas medalhas para Portugal nos Jogos Mundiais e Europeus para Transplantados. O Jornal do Centro (JC) quis saber mais e convidou-os a realizar esta entrevista que, desde já, muito agradecemos.

JC: Já praticava desporto quando descobriu que tinha de ser transplantado?

MM: Praticava ténis, aliás desde que me conheço que pratico este desporto.

LG: Jogava ténis, embora já não o praticasse há seguramente 10 anos. Formei-me, casei, iniciei a minha vida profissional e o ténis acabou por ficar para trás. Mas agora surge com toda a força e confesso que já tinha muitas saudades.

JC: O que sentiu quando se deparou com esta nova realidade?

MM: Inicialmente é sempre muito complicado de aceitar, até porque no meu caso não estava apenas a saúde em risco, mas também a minha actividade profissional, sendo eu médico, não poderia, nem posso voltar a exercer a minha actividade uma vez que com a toma da medicação (imunossuppressores) não posso estar em contacto com qualquer ambiente de bactérias ou estar sujeito a apanhar qualquer infecção.



**Jogos Europeus para Transplantados 2008, Alemanha.
Miguel Monteiro (à esquerda) e Luís Guedes (à direita),
Medalha de Ouro no Ténis Pares**

A doença surgiu de uma forma súbita e como tal inesperada. Após altos e baixos e como é do conhecimento de quem já passou ou está a passar por isto, nós, transplantados passamos por várias fases neste processo: o conhecimento do problema, a sua aceitação ou não, o sentimento de perda de qualquer coisa nas nossas vidas, como por exemplo no meu caso o de não poder voltar a exercer a minha profissão, a ansiedade do transplante, os tratamentos de recuperação e o tentar voltar à vida normal. Estes processos nem sempre são fáceis e é importante termos, tal como eu tive, o apoio da família e amigos.

LG: Sabia que tinha a doença e que tinha de viver com “aquilo”. A doença já tinha sido detectada há já alguns anos e eu tentava fazer a minha vida normal, ou melhor, o que eu pensava que era uma vida normal e efectivamente não era. O momento do transplante foi muito repentino. Para ser sincero não consegui aperceber-me muito bem desse momento, foi tudo muito rápido. Quando me informaram que precisava de um coração, foi um choque, foi difícil de digerir e fiquei sem saber o que fazer. Ainda pen-

sei que teria tempo para ir para casa, preparar-me, mentalizar-me, mas não houve tempo para isso. Já estava internado no hospital, em situação clínica muito complicada, pois estava com uma grande descompensação. Depois, recorde-me que certo dia, acordei, sem saber o que tinha acontecido e só após 48 horas é que a minha esposa me disse, “O Diogo já diz que o pai dele tem um coração novo”...o meu filho já dizia que eu tinha um coração novo. Foi aí que eu me apercebi do que tinha sucedido e na verdade só após o transplante é que eu soube o que era ter uma vida normal.

JC: Qual o segredo para se ultrapassar todo este processo?

MM: Não há segredos. Tem de partir de nós próprios, é preciso delinear objectivos na vida, não se deixar vencer e ter força de vontade para ultrapassar todas as fases da recuperação. É importante ter respeito por nós próprios, aceitar os factos e acima de tudo respeitar os que estão à nossa volta, que também sofreram e sofrem tanto ou mais que nós e nos apoiam a tempo inteiro.

Temos de nos sentir afortunados porque com o transplante ganhamos uma



nova oportunidade. Oportunidade essa que devemos agarrar com todas as nossas forças. Tomadas todas as precauções e seguidos os conselhos médicos podemos ter uma vida perfeitamente normal, tendo como única limitação a toma dos imunossupressores.

LG: Não existe nenhum segredo. É preciso viver o dia-a-dia e ser acima de tudo muito positivo. O apoio da família e amigos é fundamental, é mesmo muito importante.

Seguramente que o Miguel Monteiro foi uma fonte de inspiração para mim. Transplantado um ano antes, curiosamente nós já nos conhecíamos, apesar de já não falarmos há algum tempo. Sabia que tinha sido transplantado, que tinha corrido bem e que tinha vol-

tado a jogar ténis. Foi sem dúvida uma experiência de vida muito interessante para mim.

JC: Quando tomou conhecimento de que poderia continuar a jogar ténis?

MM: Durante 9 meses coloquei esta actividade, tal como outras coisas, de parte. Há medida que fui recuperando e ganhando confiança procurei a minha médica, Dra. Maria José Rebocho, e perguntei-lhe se podia voltar a fazer exercício físico e inclusive voltar a jogar ténis. Com a sua concordância, lembro-me que nesse mesmo dia, procurei um excelente gabinete de fisioterapia onde logo que tive autorização, iniciei trabalho de carga.

Não tendo limitações físicas que me impedissem, voltei a jogar ténis. Inicialmente foi um bocadinho frustrante, pois já não jogava há muito tempo, mas fui fazendo pela vida e voltei a competir.

O ténis acaba por ser lúdico e terapêutico. No meu caso foi excelente para tudo o que me afectou, nomeadamente o equilíbrio, a visão, a concentração, pelo que aconselho, enquanto profissional de saúde, a prática de exercício físico (programado), designadamente o ténis, ou o simples caminhar, dançar, ou qualquer exercício que, claro está, não seja considerado um jogo de contacto, como por exemplo o futebol.

LG: Lembro-me perfeitamente. Eu fui transplantado a 28 de Maio de 2007, entretanto o Miguel tinha-se consagrado campeão do Mundo em Banguete e quando em Setembro vim ao hospital fazer uma biópsia, comentei isso com a Dra. Maria José Rebocho, acrescentando que qualquer dia também iria começar a jogar. Quando a Dra. me disse para ter calma, fiquei muito apreensivo, comecei a pensar que se calhar a minha situação era mais complicada, se calhar inspirava mais cuidados. Em Fevereiro de 2008, numa consulta, perguntei à Dra. Maria José se podia jogar ténis e a resposta foi: “Pode Luis, pode jogar ténis.” ...e... soube bem, aliás eu estava com muita ansiedade para voltar a jogar e regressar ao desporto, porque me sentia efectivamente com outras capacidades físicas. Penso que é aqui que se vê a diferença na qualidade de vida. Fica-se com mais disposição física para tudo, para dedicar ao filho, para trabalhar, para fazer desporto... para fazer uma vida normal.

JC: Desde então parece que tem conseguido algumas conquistas. Quer contar-nos o que conquistou para Portugal e para si?

MM: Não existindo nada que me impedisse e após o transplante reiniciei as competições em 2007, através do Grupo Desportivo de Transplantados em Portugal. A maioria das pessoas não sabe mas existem torneios para transplantados que se traduzem em Jogos Europeus e Jogos Mundiais (de dois em dois anos).

Em 2007, ganhei a medalha de Ouro nos Jogos Mundiais na modalidade de veterano. Em 2008, nos Jogos Europeus na Alemanha, conquistei a medalha de Bronze em Singulares e Ouro em pares, com o Luís Guedes.

É importante ganharmos algo para o nosso país, mas o mais importante é sem dúvida ao nível pessoal. Dá para perceber que se pode ir mais longe, apesar de ser só mais um torneio e que o facto de se ser transplantado não nos torna inválidos ou incapazes.

LG: Sim, comecei por fazer alguns torneios sociais, primeiro a pares e só depois a singulares. Só mais tarde é que eu e o Miguel decidimos ir ao Campeonato do Mundo só para transplantados cardíacos, em França, e, no mesmo ano aos Europeus para todos os transplantados, na Alemanha. Infelizmente, como não havia apoios a nível financeiro, achámos por bem optar apenas por um desses campeonatos. Acabámos por ir ao Europeu, sem qualquer apoio e o resultado foi a medalha de Ouro.

Pessoalmente, eu tinha treinado para uma medalha e tinha a certeza de que conquistaria uma. Não fazia ideia qual e que muito menos seria a de Ouro.

A nível pessoal, esta medalha foi muito importante, porque consegui provar a muita gente que afinal não estava “arrumado”. Normalmente as pessoas pensam que, faz-se um transplante e pronto, “está arrumado”, deixa de estar apto para a vida. E sinceramente, não é nada assim, a medalha foi como que uma prova de que continuamos vivos e capazes.

JC: Quer deixar algum conselho a doentes transplantados cardíacos?

MM: Quero. Em vez de se lamentarem com a doença, considerem-se privilegiados pela sorte que tiveram. Afinal, conseguiram um órgão novo e podem continuar a ter uma vida perfeitamente normal. Não se considerem marginalizados ou deficientes uma vez que o único *handicap* são os medicamentos. Quanto aos cuidados extras, considerados recomendações médicas, podem perfeitamente fazer parte do seu novo estilo de vida.

Continuem com a vossa actividade profissional, respeitando, claro está, as vossas limitações. Pratiquem exercí-



cio físico programado, pois ajuda a combater a doença e a aliviar a mente. Encarem o futuro com optimismo.

LG: Sim. Eu já tenho conversado com alguns candidatos a transplante. Na verdade, como eu já disse, não existem segredos, mas tal como o Miguel foi um exemplo para mim, eu também o posso ser para muitos futuros transplantados.

Efectivamente a qualidade de vida fica muito boa, pelo menos no meu caso. A todos os candidatos a transplante ou a transplantados, eu quero dizer que podemos fazer uma vida completamente normal. É nisto que as pessoas devem pensar, e o desporto ajuda muito. Aliás, o desporto é uma “receita” que eu recomendo.

JC: Uma mensagem especial

MM: Hoje em dia vivo o dia-a-dia com mais prazer e intensidade. Os limites são os meus limites, sou eu que os defino.

LG: Um transplantado deve-se capacitar de que não fica de todo limitado na vida. Não fica. É uma vida completamente diferente e as pessoas têm que ser positivas. A vida não pára e vive-se, seguramente, com uma maior qualidade.

«Temos de nos sentir afortunados porque, com o transplante, ganhamos uma nova oportunidade»

Perante estes testemunhos fantásticos e o respeito demonstrado pela médica que acompanhou os entrevistados, pedimos à Dra. Maria José Rebocho que deixasse a sua opinião sobre estes dois casos.

It is not the life, but the good life that must be essentially considered

Sócrates, IV BC

Este Aforismo de Sócrates (BC) aplica-se ao sentimento expresso pelos dois entrevistados.

Nas duas situações clínicas, a primeira prioridade para nós foi a sua sobrevivência, visto que ambos estavam em Cuidados Intensivos sem qualquer hipótese de sobreviverem; no caso do Miguel - alguns dias; no caso do Luís - apenas algumas horas.

O tempo de duração da doença que levou ao transplante foi diferente nos dois casos. Enquanto que para o Miguel não houve tempo de ser mentalizado para a necessidade de um transplante, o Luís teve uma longa evolução da doença, o que o fez encarar o pós-operatório como o recuperar “de uma vida normal” que ele já não tinha há alguns anos.

As medalhas de ouro conquistadas, para além do significado que tiveram para o Miguel e para o Luís, também dão à equipa e aos outros doentes, em situações semelhantes, um estímulo para se prosseguir com o nosso trabalho. ■

DRA. MARIA JOSÉ REBOCHO
Responsável Médica pela Transplantação Cardíaca

Serviço de Nefrologia

Certificação da Unidade de Diálise

Decorreu no dia 22 de Janeiro, no Hospital de Santa Cruz (HSC), a entrega do diploma correspondente à Certificação “da Qualidade” (ISO 9001) da Unidade de Diálise do Serviço de Nefrologia.

A cerimónia contou com a presença de elementos do Conselho de Administração do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental (CHLO), da empresa certificadora (SGS) e de vários profissionais envolvidos no processo: Serviço de Nefrologia, Departamento da Qualidade, Serviço de Instalações e Equipamentos e equipa de consultores (ImproveConsult).

Na expectativa de sabermos mais sobre este processo de certificação, o Jornal do Centro (JC) colocou algumas questões ao Dr. José Diogo Barata (JDB), Director do Serviço de Nefrologia, e Dr. João Faro Viana (JFV), Director do Departamento da Qualidade.

JC: Qual a sua importância para um Serviço, como o da Diálise?

JDB: A sua importância na Unidade de Diálise, e em qualquer Serviço, resulta do que se disse acima (idoneidade da avaliação, melhoria contínua), acrescida do facto de a Certificação ISO 9001 ser reconhecida em qualquer parte do mundo.

JC: Como decorreu este processo de certificação?

JDB: Este processo teve origem num trabalho mais abrangente, feito no HSC, antes da sua inclusão no CHLO e foi liderado inicialmente pela antiga Direcção do Serviço, Dra. Maria João Pais (actual Directora Clínica do CHLO) e Enf^a Pereira Lopes (actual Enfermeira Directora do Centro Hospitalar de Cascais), com a colaboração, essencial no nosso caso, de consultores da empresa CESO I&D, actualmente ImproveConsult. O meu papel e o da

JC: É importante o envolvimento de todos os profissionais?

JDB: Claro. Para o realçar, eu até colocaria a palavra TODOS em maiúsculas. E este “todos” tem até implicações com elementos de outros serviços, como foi o caso do excelente papel desempenhado pelos Serviços de Instalações e Equipamentos, nomeadamente do Eng. João Martins e do Sr. Luís Libório.

JC: Qualquer serviço pode candidatar-se?

JFV: Sim.

JC: O que é necessário ou quais são os requisitos necessários para que um serviço se possa candidatar?

JFV: Lideranças empenhadas a todos os níveis, desde a Direcção do Serviço até às das várias unidades, como foi o caso das existentes na Unidade de Hemodiálise e Diálise Peritoneal.

Existe também um problema relacionado com recursos. Além de disponibilizar no Serviço pessoas para as tarefas específicas da Gestão da Qualidade, é necessário adquirir apoio de consultoria externa, dado que, neste momento, o Departamento da Qualidade não tem recursos para garantir todo o apoio técnico necessário.

JC: O Departamento da Qualidade teve, também, um papel fundamental em todo este processo. Que tipo de apoio pode fornecer aos serviços?

JFV: Além dos planos de formação na área da Qualidade que se iniciaram no ano passado, estamos a colaborar na elaboração de candidaturas e a tentar harmonizar e definir procedimentos comuns aos sistemas que venham a ser implementados. Estes procedimentos estão sobretudo relacionados com as ferramentas de melhoria e, neste âmbito, estamos em vias de adquirir uma aplicação informática de suporte às actividades dos Sistemas de Gestão da Qualidade. ■



JC: Em que consiste a Certificação ISO 9001?

JFV: A Certificação de Sistemas de Gestão da Qualidade segundo a norma NP EN ISO 9001:2000 (designação mais exacta) consiste na verificação por uma entidade externa independente (no caso a empresa SGS) de que a organização (no caso a Unidade de Diálise) cumpre todas as exigências de Qualidade definidas (as da norma, as regulamentares, ou outras específicas) e que tem mecanismos que garantem uma melhoria contínua dessa Qualidade.

minha actual equipa, Enf^a Casimira Carvalho (Enfermeira Chefe) e Enf^a Salette Pinto (Gestora da Qualidade), quase que se limitou à sua conclusão.

JFV: Começámos por formalizar a estrutura documental (Manual de Qualidade, procedimentos, registos, etc.), implementámos depois as ferramentas do sistema (Auditorias Internas, etc.) e finalmente pedimos a certificação, que nos foi concedida após uma Auditoria Externa, efectuada por uma empresa “acreditada” para efectuar certificações (a SGS).

CENTRO HOSPITALAR

Protocolo celebrado com a União Humanitária dos Doentes com Cancro

No passado dia 6 de Janeiro, o Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental (CHLO) celebrou um protocolo com a União Humanitária dos Doentes com Cancro. Este protocolo tem como principal objectivo o apoio psicológico e acompanhamento a doentes oncológicos internados no CHLO. O apoio é gratuito e é prestado por psicólogos e voluntários desta Associação, durante o horário normal de visitas ou pontualmente noutro horário a definir caso a caso.

CENTRO HOSPITALAR

Nomeações

O Conselho de Administração, em sessão realizada a 22/01/2009, deliberou nomear, nos termos previstos no nº 1 b) do artigo 33º do Regulamento Interno do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, o Dr. José Manuel Fernandes Correia, Coordenador da Consulta Externa II e nomear a Dra. Maria do Céu Vieira Sousa Lobo, Coordenadora do Hospital de Dia de Especialidades Médicas do Hospital de Egas Moniz.

DIA MUNDIAL DO DOENTE, 11 DE FEVEREIRO

Carta dos Direitos de Acesso aos Cuidados de Saúde pelos Utentes do SNS

Em 24 de Agosto foi publicada a Lei nº 41/2007 que define a redacção e publicação da Carta dos Direitos de Acesso aos Cuidados de Saúde pelos utentes do Serviço Nacional de Saúde (SNS) e pelas entidades convencionadas num tempo considerado aceitável para a condição de saúde de cada utente e assegurar o direito dos utentes à informação sobre o tempo de acesso.

Na sequência deste diploma foi publicada a Portaria nº 1529/2008 em 26 de Dezembro, onde são definidos os tempos máximos de resposta garantidos (TMRG) para todo o tipo de prestações de cuidados de saúde sem carácter de urgência, designadamente ambulatório dos centros de saúde, cuidados domiciliários, consultas externas hospitalares, meios complementares de diagnóstico e terapêutica e cirurgia programada. Nos termos da lei os TMRG serão progressivamente discriminados por patologia ou grupos de patologia. Posteriormente, cada estabelecimento de saúde fixará os seus tempos de espera garantidos por tipo de prestação, dentro dos limites estabelecidos a nível nacional. Anexa a esta Portaria é publicada a Carta dos Direitos de Acesso aos Cuidados de Saúde pelos Utentes do SNS, que aqui se transcreve:

Carta dos Direitos de Acesso aos Cuidados de Saúde pelos Utentes do Serviço Nacional de Saúde, ao abrigo da Lei nº 41/2007 de 24 de Agosto

I. Direitos dos utentes no acesso aos cuidados de saúde

O utente do SNS tem direito:

1. À prestação de cuidados em tempo considerado clinicamente aceitável para a sua condição de saúde;
2. Ao registo imediato em sistema de informação do seu pedido de consulta, exame médico ou tratamento e a posterior agendamento da prestação de cuidados de acordo com a prioridade da sua situação;
3. Ao cumprimento dos tempos máximos de resposta garantidos (TMRG) definidos anualmente por portaria do Ministério da Saúde para todo o tipo de prestação de cuidados sem carácter de urgência;



4. A reclamar para a Entidade Reguladora da Saúde caso os TMRG não sejam cumpridos, podendo ainda, no caso de se tratar de um estabelecimento do SNS, reclamar através do Sistema Sim-Cidadão.

II. Direitos dos utentes à informação

O utente do SNS tem direito a:

1. Ser informado em cada momento sobre a sua posição relativa na lista de inscritos para os cuidados de saúde que aguarda;
2. Ser informado, através da afixação em locais de fácil acesso e consulta, pela internet ou outros meios, sobre os tempos máximos de resposta garantidos a nível nacional e sobre os tempos de resposta garantidos de cada instituição prestadora de cuidados de saúde;
3. Ser informado pela instituição prestadora de cuidados quando esta não tenha capacidade para dar resposta dentro do TMRG aplicável à sua situação clínica e de que lhe é assegurado serviço alternativo de qualidade comparável e no prazo adequado, através da referenciação para outra entidade do SNS ou para uma entidade do sector privado convencionado;
4. Conhecer o relatório circunstanciado sobre o acesso aos cuidados de saúde, que todos os estabelecimentos do SNS estão obrigados a publicar e divulgar até 31 de Março de cada ano.

Fonte:

Lei Nº 41/2007 de 24 de Agosto, D.R. 1ª Série, Nº 163

Portaria nº1529/2008 de 26 de Dezembro, D.R. 1ª Série, Nº 249

TALIS QVALIS XVIII

Qualidade – Apontamentos

Para operacionalizar a utilização de um **Indicador de Qualidade** é necessário definir sistemática e sequencialmente:

1. O Indicador

A definição tem de ser clara e inequívoca e a métrica explícita.

Exemplo: O Tempo de Espera para uma Consulta Externa pode ser medido:

- a partir do momento do pedido (que é o que tem mais relevância para o doente)
- a partir da recepção do pedido no Hospital (que é o que o Hospital deve controlar)
- a partir do registo do pedido no sistema informático do Hospital (que, apesar de ser o menos importante, é o que é normalmente medido, devido à sua simplicidade) Pode ainda excluir ou não os pedidos rejeitados numa eventual triagem.

Note-se que muitos dos indicadores são taxas e é preciso definir com precisão tanto os seus numeradores como os seus denominadores.

2. O responsável pela sua medição

A inexistência de um responsável pela medição condiciona normalmente a execução da mesma.

3. O Objectivo / Critério a atingir¹

4. A técnica de medição

Em alguns casos, técnicas diferen-

tes podem originar resultados diferentes. Alguns dos factores são:

- Análise exaustiva de todos os casos versus amostragem
- Entrevistas versus Inquéritos de satisfação
- Registos manuais versus informáticos
- Fontes dos dados. Exemplo: Detecção de Infecções (Laboratório versus clínicos)

5. A calendarização das medições

Medições com intervalos regulares planeados permitem ir corrigindo erros antes que seja tarde de mais.

Exemplo: Um Tempo de Espera para uma Consulta Externa muito alto nos primeiros meses não detectado, pode condicionar o resultado anual, porque não irão ser tomadas medidas correctivas atempadamente.

Um **Indicador de Qualidade** mal definido, mal operacionalizado, mal aceite, mal difundido ou mal utilizado, além de inútil, pode ter consequências gravosas para a organização e gera frequentemente mal-estar entre os profissionais, ao colocar incorrectamente em questão as suas práticas.

JOÃO FARO VIANA

Director do Departamento da Qualidade

*TALIS QVALIS:
ORIGEM DA PALAVRA LATINA QUALITAS

¹ VER TALIS QVALIS XVII (NOVEMBRO DE 2008)

XII Simposium de Actualização em Nefrologia Das Guidelines KDOQI às Recomendações KDIGO: o desafio actual

O Serviço de Nefrologia do Hospital de Santa Cruz organizou por mais um ano consecutivo o XII Simposium de Actualização em Nefrologia. O evento decorreu no dia 24 de Janeiro de 2009 na Ordem dos Médicos, em Lisboa.

Este ano foram discutidos temas como: 25 – Hidroxivitamina D3: que papel na doença renal crónica?; FGF 23 e Klotho; Terapêuticas com vitamina D: que vitamina, como e quando?; Under pressure: pressão e pulso na prescrição; PTH e biopsias ósseas; Guidelines e Recomendações.

Este Simpósio trata-se de uma reunião habitualmente mono temática de âmbito nacional e que se realiza há 12 anos.

É hoje uma das reuniões mais participadas de Nefrologia Portuguesa, sendo a reunião de “Inverno” e a primeira a efectuar-se durante o ano.

Este ano a reunião foi, talvez, a mais participada de sempre com a discussão muito viva e aberta entre todos os participantes. Tivemos duas convidadas brasileiras que enriqueceram o conteúdo científico e catalisaram a vivacidade dos temas científicos.

A participação científica do serviço e a participação da Sociedade Portuguesa de Nefrologia convergiram no início da discussão pública nacional dos índices de performance utilizados actualmente em diálise e que estão intencionalmente em reanálise. Pensamos que este ano, mais uma vez, a reunião para além dos seus conteúdos foi de grande importância como forma de discussão científica da Nefrologia Portuguesa. Contamos em 2010 continuar com este encontro sobre o qual já estamos a trabalhar.

DR. JOSÉ DIOGO BARATA
Director do Serviço de Nefrologia

“MOMENTOS SÉPIAS, SANGUÍNEAS E ÍNDIGOS”

Exposição de pintura de Álvaro Mendes no CHLO

A exposição de pintura “Momentos Sépias, Sanguíneas e Índigos” de Álvaro Mendes estará patente no Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, de 23 de Janeiro a 20 de Março de 2008.

Álvaro Mendes nasceu em 1945, em Sintra. Em 1960 ingressou na Escola de Artes Decorativas António Arroio. Para além de várias menções honrosas, obteve o primeiro

prémio para comemoração do centenário da Caixa Geral de Depósitos em 1976 e, no ano seguinte, o primeiro prémio para comemorar a entrada de Portugal para o Conselho da Europa.

A partir de 1989 realizou, no atelier do Mestre António Inverno, edições de serigrafias com as temáticas “Património Histórico e Empresarial”.

Desde 1991 até à presente data, para além de diversas exposições individuais, participou em várias exposições colectivas: Galeria Exclusive, Casino de Vilamoura, Junta de Freguesia de Cascais, Galeria Padrão dos Descobrimentos, Palácio Galveias, Cordoaria Nacional, Anfiteatro do Espaço Chiado, Centro Cultural Gil Vicente no Sardoal.



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

JORNADAS E CONGRESSOS

12 a 14 de Fevereiro de 2009

X CONGRESSO DE PSIQUIATRIA S. JOÃO DE DEUS

Organização: Instituto S. João de Deus e Instituto das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus

Local: Universidade Católica de Lisboa

Informações: Secretariado do Congresso
Tel.: 21 303 49 00
Email: xcongresso@isjd.pt
<http://xcongressopsiquiatria-sjd.com>

6 a 8 de Março de 2009

I CONGRESSO DE ANÁLISES CLÍNICAS E DE SAÚDE PÚBLICA

Organização: Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias

Instituto Politécnico de Castelo Branco

Local: Instituto Politécnico de Castelo Branco

Informações:
Telf.: 912752620 • Fax: 272340568
E-mail: congresso.analises@esald.ipcb.pt
http://www.esald.ipcb.pt/congresso_ac/index.php

7 a 8 de Março de 2009

JORNADAS DE FISIOTERAPIA COIMBRA 2009 “EVIDÊNCIAS E ABORDAGENS ESPECÍFICAS”

Organização: Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Coimbra

Local: ESTSC

Informações:
E-mail: jornadas.fisio.cbr@gmx.com
<http://jornadasfisiocoimbra.wordpress.com>

1 a 3 de Maio de 2009

II JORNADAS TÉCNICAS DE IMAGIOLOGIA DO CENTRO HOSPITALAR DO BARLAVENTO ALGARVIO “RADIOLOGIA DE INTERVENÇÃO”

Organização: Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio

Local: Hotel Júpiter na Praia da Rocha

Informações:
Serviço de Imagiologia, Tel: 282 450 340
Email: jtrportimao2009@gmail.com

CURSOS E PÓS-GRADUAÇÕES

12 a 14 de Fevereiro de 2009

COMO CONCEBER, REDIGIR E APRESENTAR UM CURRÍCULO VITAE E COMO PUBLICAR NUMA REVISTA MÉDICA

Organização: Direcção do Internato Médico, Departamento de Investigação Clínica e Arquivos Egas Moniz do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental

Local: Auditório do Hospital de Santa Cruz

Informações: D. Mariana Paulino

Tel.: 210 432 319

E-mail: internatomedico@hegasmoniz.min-saude.pt

Março a Novembro de 2009

PÓS-GRADUAÇÃO EM CUIDADOS CONTINUADOS E PALIATIVOS

Organização: Departamento de Psicologia, Instituto Superior de Ciência da Saúde

Local: Instituto Superior de Ciência da Saúde

Informações: CESPU - Formação

D. Mariana Paulino

Tel.: 210 432 319

E-mail: internatomedico@hegasmoniz.min-saude.pt

ACÇÕES DE FORMAÇÃO ORGANIZADAS PELO NÚCLEO DE FORMAÇÃO DO CHLO

Fevereiro de 2009

TRIAGEM DE MANCHESTER

CIPE/SAPE MEDICINA III E IV

CIPE/SAPE CARDIOLOGIA

PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE ÚLCERAS DE PRESSÃO

Destinatários: Enfermeiros

INVESTIGAÇÃO CLÍNICA

Destinatários: Enfermeiros/Médicos/
Técnicos

Núcleo de Formação HEM – 2032

Núcleo de Formação HSC – 3308

Núcleo de Formação HSF – 1028