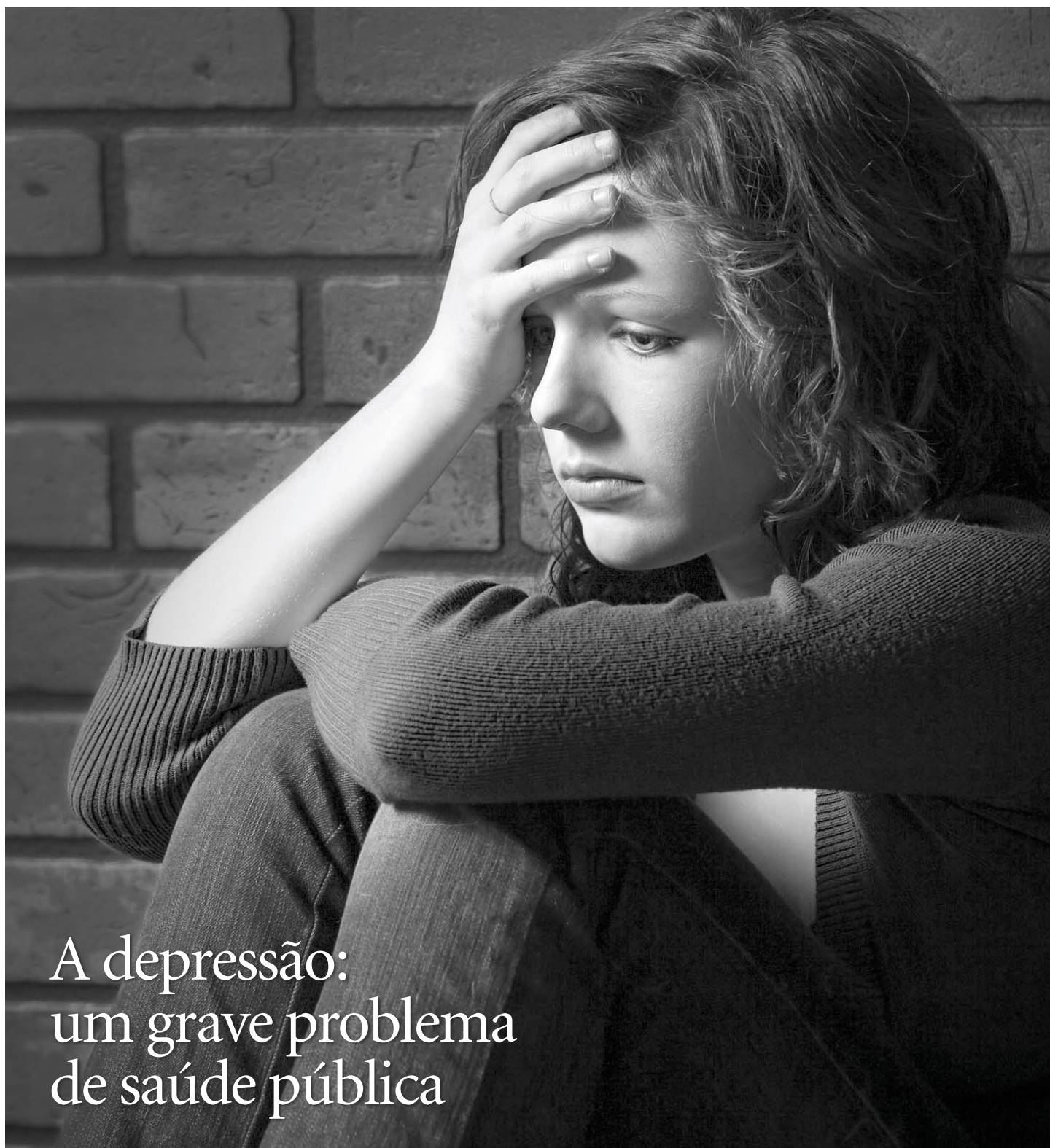




CENTRO HOSPITALAR DE
LISBOA OCIDENTAL, E.P.E.

Jornal do Centro



A depressão:
um grave problema
de saúde pública

Serviço de Gestão
de Doentes
do CHLO

24 de Março
Dia Mundial
da Tuberculose

Reestruturação do
Departamento de Cirurgia
Plástica e da Cabeça e Pescoço

Hospital São Francisco
Xavier integra a
Via Verde do AVC

Telefones úteis

Índice

- 3** Editorial
- 4** Serviço de Gestão de Doentes do CHLO
- 6** 24 de Março, Dia Mundial da Tuberculose
- 7** CHLO – HSFx integra Via Verde do AVC
- 8** A Aliança Portuguesa Contra a Depressão
- 10** Dia da Incontinência Urinária
- 11** Reestruturação e Remodelação do Departamento de Cirurgia Plástica e da Cabeça e Pescoço
- 12** Rastreio de Patologia da Voz



- 13** Prof. Robert W. Schrier visita o HSC
- 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 1 ^a vez	210431765/68
Consulta Externa – Marcações subsequentes:	
• Medicina Interna	210431489/90/91
• Cirurgia	210431525/26
• Ginecologia/Obstetrícia	210431508/9/10
• Pediatria	210431540/41
• Ortopedia	210431306/7
Hospital de Dia de Especialidades Médicas	210431727
Hospital de Dia de Oncologia	210431704/18
Gabinete de Comunicação e Imagem	210431147
Serviço Social	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



A sua opinião conta

Existe no Centro Hospitalar um Gabinete do Utente onde são recebidas diariamente as reclamações dos doentes, seus familiares e suas visitas. Também a este gabinete chegam (felizmente...) numerosas expressões de reconhecimento pela actuação de profissionais dos nossos Hospitais. A umas e a outras procuramos responder.

No caso das *reclamações* após a sua recepção inicia-se um procedimento com envio para os respectivos Serviços em que se pede toda a informação que possa levar ao esclarecimento da situação, à identificação de eventuais erros ou práticas menos correctas dos nossos profissionais. Após a conclusão deste processo e do conhecimento das respectivas chefias procura-se que as suas conclusões sirvam para corrigir eventuais desvios. O relatório final é enviado então ao utente e às entidades oficiais de acordo com a legislação em vigor.

Quanto às expressões de *reconhecimento*, após tomada de conhecimento pelo Conselho de Administração, são sempre enviadas ao(s) próprio(s) e aos respectivos Directores de Serviço. Posteriormente é elaborada uma carta ao doente que é assinada por um membro do Conselho de Administração. Nela agradecemos as palavras que nos foram dirigidas e que são tomadas por nós como estímulo para fazermos mais e melhor no nosso dia-a-dia.

Há uma terceira categoria a que nos queremos referir e que é a das *sugestões*. Sem nada que tenha decorrido particularmente bem ou particularmente mal, alguns dos nossos utentes fazem sugestões para a melhoria de procedimentos ou correcção de deficiências que por eles foram identificadas. Quantas vezes os factos detectados são fáceis de corrigir e no entanto apenas a atenção e o interesse de um utente os permitiu detectar.

O que queremos realçar nestas três categorias de mensagens que nos chegam é que elas são encaradas como instrumentos muito úteis para a melhoria da qualidade dos nossos serviços. A partir delas procuramos identificar eventuais falhas na nossa actuação, perceber o que sentem e como se sentem os que por qualquer motivo têm que se dirigir aos nossos hospitais. Identificado um problema ou alguma deficiência, mais fácil se torna pôr em prática os mecanismos necessários à sua correcção.

São estes os motivos que nos levam a dirigir uma palavra final de agradecimento a todos os que por estas vias se nos dirigem. No final o Centro como Serviço Público é de todos nós e apenas com a colaboração de todos conseguirá cumprir plenamente as suas funções: menos doença e mais saúde para todos em geral e para cada um em particular. ■

Serviço de Gestão de Doentes do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental

São 330 os colaboradores que exercem funções no Serviço de Gestão de Doentes (SGD) do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental (CHLO). Um serviço que intervém na assistência ao utente durante todo o seu percurso no hospital, desde a admissão até à alta. Para dar a conhecer o funcionamento deste Serviço de Apoio à Acção Médica, o Jornal do Centro (JC) entrevistou a Dra. Isabel Cabral (IC), Directora do SGD do CHLO.

JC: Caracterize o Serviço de Gestão de Doentes?

IC: O SGD distribuiu-se por 3 núcleos localizados em cada um dos hospitais que constituem o CHLO, com um responsável local. Este serviço está relacionado com todo o circuito do utente: desde o contacto inicial até à faturação dos serviços prestados. Nele estão inseridos todos os secretariados administrativos dos serviços, tais como, Consultas, Urgência, Internamento, Imagiologia, Laboratórios, entre outros, bem como sectores de apoio e/ou tratamento de dados, como é o caso do SIGIC (Sistema de Gestão de Inscritos para Cirurgia), do Gabinete de Codificação (GDH), da Estatística, do Núcleo de Controlo de Faturação e do Arquivo Clínico.

Estando especialmente vocacionado para todo o apoio e atendimento ao utente, o papel dos funcionários administrativos do SGD é fundamental, no esclarecimento sobre o funcionamento do hospital e na recolha de toda a informação necessária ao registo correcto dos seus dados.

JC: A criação do CHLO exigiu uma reestruturação do serviço, quais as principais dificuldades e melhorias sentidas?

IC: Com a constituição do CHLO deparámo-nos com 3 culturas diferentes e com uma caracterização assistencial distinta. Neste contexto, não esquecendo as especificidades



de cada um, tem-se procurado particularmente a uniformização de procedimentos e sempre que possível a centralização de serviços.

JC: A coordenação do SIGIC (Sistema de Gestão de Inscritos para Cirurgia) é da responsabilidade do SGD, quer-nos falar sobre este sistema? Quais os principais benefícios para os utentes?

IC: Em 2008 foi atribuída a coordenação deste sistema ao SGD, uma área muito importante para os utentes, que se traduz na gestão do tempo de espera para cirurgia. O SIGIC implica uma atenção especial do serviço, porque o número de utentes em listas de espera é muito elevado e nem sempre temos capacidade para dar a resposta que desejaríamos, principalmente em especialidades em que a oferta no exterior é menor.

O SIGIC trouxe benefícios para os utentes, por ser um sistema equitativo e transparente, que permite aos mesmos ter algumas defesas quando se encontram em situação de espera para cirurgia: o utente tem a garantia que é operado de acordo com a

prioridade clínica e/ou ordem de entrada na lista. Para além deste facto, pode saber qual o seu lugar na lista de espera e qual o tempo previsível para ser intervencionado. Se não for intervencionado dentro do tempo aceitável, o sistema dá opção de outras instituições alternativas, sendo os custos suportados pelo hospital de origem. Nestes casos, o utente recebe um vale de cirurgia. Esta situação tem acontecido em algumas especialidades no nosso Centro Hospitalar, no entanto, é comum os utentes preferirem permanecer no hospital, face à relação de confiança com o médico e o desconhecimento da outra instituição.

O sistema veio ainda simplificar os contactos com as várias entidades envolvidas. Acima do hospital, existe uma unidade regional (URGIC) que acompanha os hospitais para solução e resposta aos problemas dos utentes. Por fim, a Unidade Central, ao nível da tutela, que supervisiona. Existe toda uma estrutura que fiscaliza o sistema, sendo a instituição penalizada se não adoptar os procedimentos necessários à resolução da situação do utente.

JC: Mencionou outros sectores de apoio inseridos no SGD? Quer-nos falar sobre a sua actividade?

IC: O Gabinete de Codificação tem por fim a atribuição de um determinado código aos procedimentos clínicos efectuados ao utente, o que permitirá a facturação dos serviços prestados.

A Estatística contabiliza o movimento de doentes num determinado período.

O Núcleo de Controlo de Facturação é responsável pela conferência das facturas respeitantes a serviços clínicos que não são prestados no hospital, sendo este no entanto responsável pela despesa.

É por fim o Arquivo Clínico que tenderá a desaparecer com os novos sistemas electrónicos de atendimento a doentes. Este sector é responsável pela guarda de toda a informação sobre a assistência do utente. Toda a informação clínica por lei não pode ser destruída, pelo que o espaço para a mesma origina muitas dificuldades. Daí o aparecimento de soluções electrónicas de tratamento e guarda da informação clínica.

JC: Então os projectos em curso (processo clínico electrónico, exames radiológicos em formato digital) vão introduzir alterações no volume de trabalho do Arquivo Clínico?

IC: A ideia subjacente a estes projectos é a de um hospital “paper free”, no entanto ainda há um longo caminho a percorrer. Estes projectos diminuirão o espaço físico e o trabalho que está implícito no acto de procurar e arquivar o processo/exames e facilitarão a acessibilidade a toda a informação sobre o utente.

JC: No que diz respeito ao sistema de marcação de consultas, quais os esforços desenvolvidos para diminuir os procedimentos burocráticos?

IC: O projecto “Consulta a tempo e horas” veio facilitar o processo de pedido de consulta pelo médico do Centro de Saúde, evitando a deslocação do utente ao hospital, possibilitando aos médicos do hospital a triagem dos pedidos de forma mais rápida, de acordo com as prioridades, recebendo o utente em sua casa a marcação da consulta.



Gabinete do SIGIC para esclarecimento de dúvidas sobre a situação na lista de espera para cirurgia

Localização: Hospital de Egas Moniz
Contactos: 210432341/2

Em quase todas as especialidades existe uma grande abertura para receber todos os utentes independentemente da sua área de residência, à excepção das especialidades que têm um elevado número de utentes em espera, cujas marcações são restritas à área de influência do hospital. Nestes casos e para que exista igualdade de oportunidades é fundamental que o utente forneça dados verdadeiros, como a morada correcta.

JC: Qual a importância dos dados de identificação dos utentes, já referida?

IC: É fundamental o registo correcto dos dados e contactos dos utentes. Embora muitos utentes considerem um incómodo a insistência dos funcionários administrativos na confirmação e actualização de dados, como o cartão do utente, bilhete de identidade, cartão do subsistema e meio de contacto. Estes procedimentos são em defesa do utente e da instituição. O utente deverá ser responsável por ter um contacto activo e fácil de concretizar para seu interesse.

JC: Qual o papel dos funcionários do SGD na facturação dos procedimentos?

IC: Qualquer utente assistido numa instituição de saúde produz um conjunto de custos tabelados, que serão facturados aos vários subsistemas e ao Serviço Nacional de Saúde. Esta actividade constitui a base do financiamento hospitalar.

Todo o pessoal do SGD tem uma enorme responsabilidade na facturação do hospital. Esta receita provém de toda a informação produzida pelos sectores de atendimento e de apoio deste serviço. Ao obterem a informação do subsistema de saúde do utente e todos os registos de procedimentos e actos no sistema, estão a produzir facturação. Assim, qualquer incorrecção nos registos terá reflexos nessa facturação.

JC: A cobrança de taxas moderadoras também é da responsabilidade do vosso serviço. Esta é por vezes uma tarefa difícil?

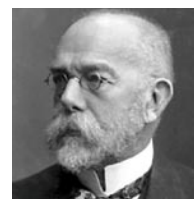
IC: O utente não isento tem a obrigação legal de pagamento de taxas moderadoras, tal como o funcionário que o atende tem que prestar contas desse cumprimento legal. Insistimos para que o pagamento seja feito no acto, pois caso contrário, em cada atendimento sairá o registo de taxas moderadoras em dívida. Acresce a esta situação que as taxas moderadoras acumuladas poderão atingir valores mais difíceis de liquidar.

JC: Sabendo que o atendimento ao público é determinante para a imagem do hospital, qual o investimento feito ao nível de formação?

IC: Face à difícil gestão de recursos humanos e ao número elevado de funcionários em locais de atendimento ao público que funcionam ininterruptamente, nem sempre a participação em acções de formação se realiza com a frequência que seria desejável. Consideramos que os funcionários deste serviço são dos mais penalizados a este nível. No entanto, conscientes da importância da formação no desenvolvimento pessoal e profissional, estamos a desenvolver esforços para que esta seja considerada uma prioridade. ■

24 de Março

Dia Mundial da Tuberculose



Robert Koch

No dia 24 de Março de cada ano comemora-se o Dia Mundial da Tuberculose. Esta data ficou marcada na história pela descoberta feita por Robert Koch, em 1882, do microrganismo responsável pela doença, o *Mycobacterium tuberculosis*, posteriormente baptizado com o nome do médico que o identificou: Bacilo de Koch (BK).

1. A Tuberculose no Mundo

Estima-se que cerca de 2 biliões de pessoas (um terço da população mundial) estejam infectadas pelo BK; em cada ano são detectados cerca de 9 milhões de novos casos de Tuberculose, que causam perto de 2 milhões de óbitos anuais.

Esta doença associa-se frequentemente a deficientes condições sócio-económicas e médico-sanitárias, factores que atrasam o diagnóstico e facilitam a transmissão do bacilo entre pessoas da mesma comunidade.

Na Europa, a sua incidência ainda se cifra em 17,8/100.000 habitantes, mas o panorama mais dramático verifica-se em África e no Sudoeste Asiático.

Com a descoberta de fármacos eficazes no tratamento da Tuberculose, a partir da década de 40 do século XX, a evolução foi positiva até aos anos 80. A terapêutica, durante 6 meses, com uma associação de vários fármacos de baixo custo monetário, levava à cura de grande parte dos doentes, assistindo-se durante algumas décadas a uma descida significativa do número de novos casos a nível mundial.

O problema da Tuberculose, que parecia possível de controlar, sofreu um grave retrocesso nos anos 80, aquando do aparecimento da infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH/SIDA), uma vez que a associação frequente entre estas duas doenças conduziu ao aparecimento de formas graves e muito contagiosas de Tuberculose, o que levou a uma subida dramática do número de novos casos.

A toxicodpendência e a promiscuidade, associando-se frequentemente ao mau cumprimento da terapêutica anti-tuberculosa, têm facilitado a emer-

gência de uma forma de tuberculose resistente ao tratamento convencional, a Tuberculose Multirresistente, frequentemente incurável.

Perante o assustador crescimento do número destes casos, a Organização Mundial de Saúde (OMS), declarou a Tuberculose como uma emergência a nível mundial, em 1993.

Actualmente há, a nível mundial, um grande investimento na pesquisa de novos fármacos, novas vacinas e, sobretudo, na organização dos serviços de saúde para que o diagnóstico seja feito precocemente e o tratamento seja cumprido na íntegra.

2. A Tuberculose em Portugal

Em Portugal, a incidência da Tuberculose tem vindo a decrescer nos últimos anos, mas ainda se mantém em valores preocupantes (25/100.000 em 2008 - dados da Direcção-Geral da Saúde (DGS), ainda provisórios para o ano de 2008).

Na União Europeia, onde a taxa de incidência apurada em 2006 era de 17,8/100.000 habitantes, Portugal é um dos países com maior incidência de Tuberculose.

Apesar da evolução satisfatória do número total de doentes, é muito preocupante a subida do número de casos de Tuberculose Multirresistente, para a qual frequentemente não há medicamentos eficazes.

Pela grave ameaça que este tipo de doença condiciona para a Saúde Pública, o Programa Nacional de Luta contra a Tuberculose elegeu a Tuberculose Multirresistente como área prioritária no seu Plano de Acção a curto e médio prazos (2007-2015).

É, no entanto, da máxima importância, realçar que a forma de Tuberculose mais frequente é uma doença facilmente tratável, apenas obrigando à toma regular de comprimidos durante um período de 6 meses, obtendo-se uma elevada taxa de cura sem deixar sequelas.

3. A Tuberculose no CHLO

A forma mais eficaz de reduzir a incidência da Tuberculose é promover e aplicar estratégias que permitam o

diagnóstico rápido e o tratamento correcto e completo dos doentes.

Não podendo nunca descuidar este aspecto, reconhece-se também a relevância de proceder ao rastreio em grupos de risco.

Os trabalhadores das unidades de saúde, apesar de serem habitualmente saudáveis, são também considerados um grupo de risco, uma vez que têm um risco acrescido de se infectar pelo BK (50% superior ao da população geral). Este facto deve-se ao frequente contacto com doentes portadores de Tuberculose em fase contagiosa, que muitas vezes ainda desconhecem o seu próprio problema.

Quando o BK é inalado por um indivíduo saudável, os mecanismos de defesa impedem que se desenvolva doença em 90% dos casos. No entanto, o bacilo pode permanecer “dormente” nos gânglios linfáticos, sem causar qualquer queixa. Esta situação diagnostica-se pelo aumento da reacção na Prova de Mantoux e designa-se Tuberculose Latente ou Tuberculose-Infecção. Não se tratando de uma doença, a Tuberculose Latente pode, em situações de quebra imunitária (terapêuticas imunossupressoras, por exemplo), evoluir para Tuberculose-Doença.

Com o objectivo de diagnosticar situações de Tuberculose Latente e, em casos que o justifiquem, propor e vigiar a terapêutica adequada a esta situação, está a funcionar, desde 1996, uma Consulta de Rastreio de Tuberculose para Funcionários no Hospital de Egas Moniz. Actualmente esta consulta abrange os funcionários dos 3 hospitais que constituem o Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental (Hospitais de Egas Moniz, São Francisco Xavier e Santa Cruz).

Em colaboração com o Serviço de Saúde Ocupacional, que procede a uma primeira triagem, tem sido possível diagnosticar uma média de 20 funcionários por ano com indicação para terapêutica da Tuberculose Latente, medida preventiva do desenvolvimento de doença tuberculosa activa. ■

Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental – Hospital de São Francisco Xavier integra a rede de unidades da Via Verde do AVC

A Unidade de Acidentes Vasculares Cerebrais (UAVCs) do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental foi, esta semana, integrada na rede de unidades da Via Verde do AVC, como uma unidade de tipo A, ou seja do nível mais diferenciado. Esta unidade tem seis camas e está situada no Hospital de São Francisco Xavier, sendo a assistência assegurada por uma equipa multidisciplinar e a responsabilidade da sua gestão partilhada entre Medicina Interna e a Neurologia.

Assim, a rede hospitalar da área metropolitana de Lisboa aumenta a sua capacidade de responder aos doentes com AVC na sua fase aguda, em mais uma unidade especializada. O internamento dos doentes nestas unidades permite que estes doentes sejam melhor tratados, diminui a taxa de complicações, a mortalidade e os custos por doente tratado, melhorando a recuperação funcional e o prognóstico, de uma forma global. Estes resultados são explicáveis pela introdução de protocolos, melhores registos, mais formação e experiência dos profissionais e pela integração de cuidados de uma equipa multidisciplinar.

A entrada em funcionamento da via verde intra-hospitalar vai também permitir a utilização atempada de terapêutica trombolítica, que possibilita o desfazer do coágulo, nos doentes com indicação e que cheguem ao hospital após o início dos sintomas. O encaminhamento dos doentes para estas unidades é feito pelo Centro de Orientação Urgente (CDU) do INEM após a receção da chamada pelo 112.

Em Portugal sucedem seis AVCs por hora, o que representa mais de 240 mil dias de internamento.



«A rede hospitalar da área metropolitana de Lisboa aumenta a sua capacidade de responder aos doentes com AVC na sua fase aguda, em mais uma unidade especializada»

Assim se compreende que esta seja uma prioridade nas políticas de saúde, assumida no Plano Nacional de Saúde 2004-2010, onde se referem explicitamente, como metas para 2010, a redução da taxa de mortalidade por AVC, dos indivíduos com menos de 65 anos, de 17,9 para 12 por 100.000. A criação das Unidades de AVC será seguramente um dos factores para que esta seja uma das metas bem sucedidas do Plano Nacional de Saúde. ■

DR. LUIS CAMPOS
Director do Serviço de Medicina IV

A Aliança Portuguesa Contra a Depressão

European Alliance Against Depression, EAAD



Saúde pública e depressão

A depressão: um grave problema de saúde pública

A depressão é uma doença médica que causa importante sofrimento emocional e físico aos indivíduos afectados e sobrecarrega as suas famílias, com diminuição substancial da qualidade de vida e aumento significativo das incapacidades, agravamento da saúde física e de outras patologias médicas, mortalidade prematura, para além de custos elevados para a sociedade.

O termo depressão pode descrever um conjunto de fenómenos que, em continuidade, oscilam entre o humor depressivo comum, vulgo tristeza – a qual afecta transitoriamente a totalidade das pessoas e é uma emoção normal – até uma perturbação médica grave em que essa tristeza se torna inamovível ao longo do tempo em níveis de intensidade marcada, em associação com vários outros sintomas, comprometendo o funcionamento do indivíduo, e eventualmente, a própria vida.

Muitas vezes a depressão é recorrente ou persistente, ou seja, é uma doença crónica. Prejudica a qualidade de vida dos indivíduos afectados, mais do que qualquer outra doença, e frequentemente, conduz ao suicídio e parasuicídio. Mais de 15% dos doentes com depressão major grave cometem suicídio.

Calcula-se que uma em cada três a quatro pessoas experimentará pelo menos um qualquer tipo de episódio depressivo no decurso da sua vida. Neste preciso momento, pelo menos 5 % da população geral sofre de depressão moderada a grave.

Os índices elevados de suicídio são considerados como importantes indicadores do subdiagnóstico e subtratamento da depressão.

Tendo em conta estes factos, não surpreende que num estudo recente da Organização Mundial de Saúde (Figura 1) a depressão tenha sido apontada

como a perturbação que nos países industrializados lidera a lista das patologias responsáveis pelo peso global da doença.

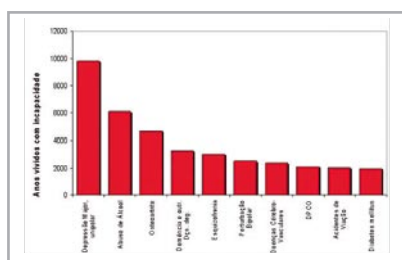


Fig. 1: Estudo da OMS, “Peso Global da Doença”, Murray & Lopez 2001

Suicidalidade

Mais de 90% dos suicídios ocorrem no contexto de doença psiquiátrica sendo que a depressão se afigura de longe como a mais significativa. Anualmente, mais de 45.000 pessoas nos países da União Europeia morrem em consequência de suicídio. Em cada hora, mais de 5 homens e mulheres cometem suicídio. Estima-se que o número de tentativas de suicídio seja 8-20 vezes superior aos suicídios registados. As taxas de suicídio em cada país oscilam entre os 5,92 por cada 100.000 habitantes, para a Itália, e 25 por cada 100.000 habitantes na Eslovénia (OMS, 2002-2003).

Em Portugal, ocorre um suicídio de 8 em 8 horas e a taxa oficial de suicídio ronda os 10 por 100.000 habitantes (INE, 2002).

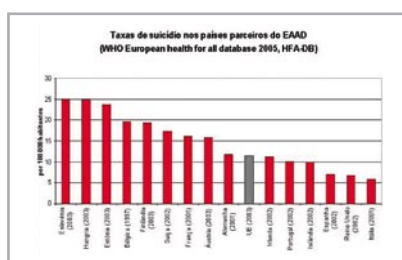


Fig. 2: Fonte OMS “Taxas Europeias de suicídio”, 2005

Na maior parte dos países, o risco de suicídio é superior nos idosos do

sexo masculino, e o risco de tentativas de suicídio é mais frequente nas mulheres jovens. Um estudo revelou que 40% dos indivíduos que cometem suicídio consultaram um médico nas 4 semanas anteriores à passagem ao acto suicida, sublinhando a necessidade de se empreenderem intervenções sustentadas ao nível dos cuidados de saúde não especializados.

Lacunas no diagnóstico e no tratamento

Apesar da disponibilidade de tratamentos efectivos (antidepressivos, psicoterapia), apenas 10% dos doentes deprimidos recebem cuidados adequados. Os motivos para o subdiagnóstico e subtratamento da depressão derivam principalmente de barreiras e défices ao nível dos profissionais prestadores de cuidados de saúde primários, ao nível das atitudes e crenças da população em geral (e.g.: “a depressão não é uma doença a sério” ou deve-se “apenas a fracasso pessoal”) e passando também pelo próprio doente deprimido (e.g.: desesperança, falta de energia para procurar ajuda, insegurança).

Dado o potencial para a optimização da prestação de cuidados dirigidos a doentes deprimidos têm sido desenvolvidas medidas e programas de intervenção, tanto à escala nacional como no plano europeu.

O conceito do projecto EAAD Os objectivos do projecto EAAD

A necessidade de programas integrados para optimizar os cuidados prestados aos doentes deprimidos é premente. O projecto EAAD tem por objectivo abordar os problemas de diagnóstico e as lacunas no tratamento da depressão, estabelecendo programas de intervenção comunitária com 4 níveis de abordagem, em diversas regiões Europeias.

No contexto do EAAD, são actualmente levados a cabo programas de intervenção comunitários em 18 regiões da Europa.

Em Portugal, o projecto está em implementação nos concelhos de Cascais e Oeiras desde 2007.

A abordagem a 4 níveis

A intervenção tem lugar simultaneamente a diferentes níveis do sistema de cuidados de saúde, e na comunidade, de modo a estabelecer efeitos sinérgicos. São desenvolvidas as seguintes medidas:

1. Cooperação com os médicos de família e outros profissionais de cuidados primários

Os médicos de família (MF) são convidados a participar em workshops de formação. Recebem material audiovisual sobre depressão que poderão ser fornecidos aos doentes. Os médicos de família têm acesso a psiquiatras para a gestão de casos individuais de depressão observados na sua prática clínica. Enfermeiros dos centros de saúde e profissionais da saúde materno-infantil estão também na primeira linha para a detecção de casos e início da prestação de cuidados.

2. Campanha de relações públicas

O público em geral é abordado através de cartazes, *outdoors*, panfletos informativos, brochuras e eventos públicos, bem como uma página na Internet. O objectivo é o de incrementar o conhecimento acerca dos tratamentos adequados da depressão e de reduzir o estigma em torno do tópico “depressão” e dos indivíduos que dela padecem.

3. Cooperação com facilitadores comunitários

Os facilitadores comunitários, tais como padres, professores, polícias, bombeiros, profissionais envolvidos em cuidados geriátricos e jornalistas, são informados acerca da depressão e recebem formação e treino em workshops educacionais.

4. Serviços para os doentes e seus familiares

Após uma tentativa de suicídio grave, definida segundo critérios psiquiátricos, os indivíduos ficam sinalizados o que lhes garantirá um acesso directo a ajuda profissional em situações de crise. Poderá ser promovida a formação de grupos de auto-ajuda e organização de eventos especiais para a criação de novos grupos de auto-ajuda a nível local.

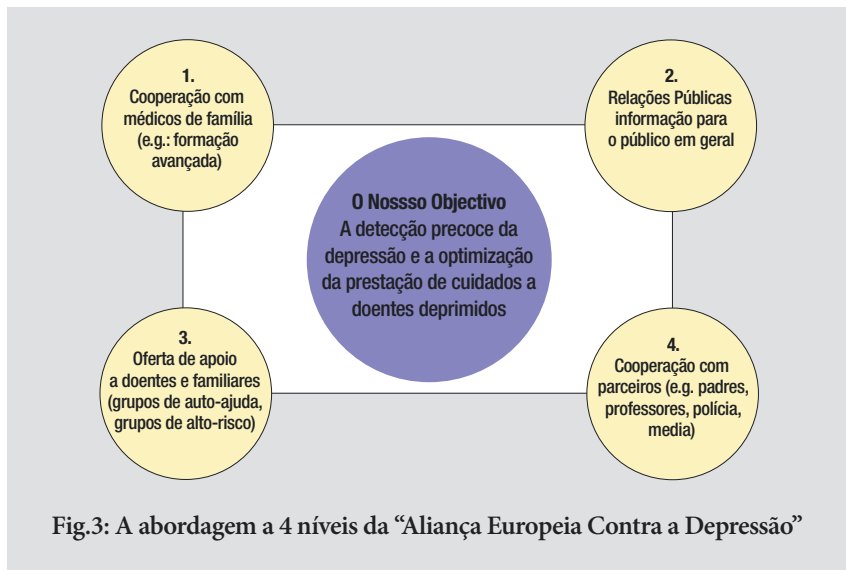


Fig.3: A abordagem a 4 níveis da “Aliança Europeia Contra a Depressão”

A metodologia do nosso trabalho Partilhar a nossa experiência

O objectivo principal do projecto EAAD (ou AECD, Aliança Europeia Contra a Depressão) é o de desenvolver programas de intervenção com base na comunidade em países europeus, de âmbito regional e nacional, e em acordo com a abordagem a 4 níveis.

Num primeiro momento, os materiais de informação e conceitos para a formação foram recolhidos a nível internacional, e os exemplos das melhores práticas foram avaliados por um grupo de peritos. Foi compilado um catálogo do EAAD de material de campanha, contendo cartazes, panfletos, videocassetes, *spots* promocionais, instrumentos de avaliação e pacotes de formação para utilização à escala internacional. Com este propósito, os materiais foram traduzidos e adaptados às populações dos países específicos. Colocou-se um ênfase especial numa visão comum, de forma a transmitir ao público em geral uma imagem do EAAD enquanto iniciativa europeia de carácter abrangente. Decorrem reuniões regulares em que todos os parceiros do projecto EAAD se encontram para coordenar as acções nos diferentes países e partilhar as diferentes experiências e práticas bem como empreender esforços em termos europeus globais.

A Construção da Aliança

Durante a primeira fase do projecto EAAD (Abril de 2004 a Outubro de 2005) foi estabelecida a rede interna-

cional de cooperação entre parceiros, representando 16 regiões europeias. Neste momento são várias dezenas de regiões em que o projecto está a ser implementado.

Em Portugal, a instituição líder do projecto é a Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa. O projecto está em implementação nos concelhos de Cascais e Oeiras desde 2007 com protocolos com os Municípios e com o Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental (CHLO).

Foi assinado um protocolo com o CHLO em 1 de Novembro de 2007, por 3 anos, renováveis, do qual já resultou um forte envolvimento do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do nosso Centro Hospitalar e num projecto comunitário de reorganização da prestação de cuidados aos portadores de patologias mentais comuns, e ao nível da ligação com os cuidados de saúde primários, o DepAnx.

Dos desenvolvimentos ocorridos neste projecto DepAnx e das Alianças Portuguesas Contra a Depressão em Cascais e em Oeiras, e do que está previsto ocorrer, daremos conta aos utentes do CHLO em futuros números deste Jornal do Centro. ■

PROF. DOUTOR RICARDO GUSMÃO

Prof. Aux. Convitado de Psiquiatria e Saúde Mental
Assistente Graduado de Psiquiatria
Coordenador Nacional OSPi-Europe e EAAD
Dep. de Saúde Mental, FCM – UNL
Coordenador da Unidade de Psiquiatria de Ligação,
Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental

14 de Março

Dia da Incontinência Urinária

O que é a incontinência urinária?

Chama-se incontinência urinária a qualquer perda involuntária de urina, que atinge cerca de 20% da população. Há diversas causas para a incontinência, sendo a incontinência de esforço a mais comum e a de mais fácil tratamento. Ocorre por hiper mobilidade da uretra ou defeito esfinteriano.

Neste caso a perda de urina surge com esforços como tossir, espirrar, rir ou correr, ou com mudanças de posições súbitas.

Outra forma de incontinência é a incontinência por imperiosidade (5% a 20% dos casos), em que a perda da urina é precedida de uma vontade irremovível de urinar. São clássicos os casos de perdas de urina no elevador ou ao meter a chave na porta de casa.

Podem coexistir os dois tipos de incontinência num quadro misto de incontinência ao esforço e por imperiosidade.

As razões para a ocorrência de incontinência urinária são diversas, a maioria das quais ligadas ao envelhecimento, nomeadamente a diminuição da densidade de células musculares lisas na uretra e da estática do pavimento pélvico.

Quais as soluções?

Para as diversas causas e tipos de incontinência urinária dispomos de soluções ajustadas a cada caso. Hoje dispomos de tratamentos farmacológicos, tratamentos de estimulação e reabilitação da musculatura do pavimento pélvico, ou intervenção cirúrgica de mínima intrusão, convencionais ou laparoscópicas.

Nos últimos anos, o Serviço de Urologia do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental – Hospital de Egas Moniz adquiriu uma grande experiência em qualquer das modalidades de tratamento da incontinência urinária com particular destaque para a terapêutica cirúrgica, de reduzido tempo de internamento (cerca de



24 horas) e elevada taxa de sucesso, superior a 85%.

Consiste, na maioria dos casos, em intervenção muito simples e de resultados muito gratificantes. Implica a colocação de uma rede para sustentar a uretra, através de uma pequena incisão vaginal. ■

«A terapêutica cirúrgica, de reduzido tempo de internamento, tem uma elevada taxa de sucesso.»

DR. RUI NOGUEIRA

Assistente Graduado de Urologia

DR. HELDER MONTEIRO

Director do Serviço de Urologia

Reestruturação e Remodelação do Departamento de Cirurgia Plástica e da Cabeça e Pescoço

Em 13 de Março de 2009 inaugurou o Conselho de Administração do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental o Internamento deste Departamento, com inovações de acordo com as novas exigências clínicas e técnicas, com o objectivo de melhor servir o Doente.

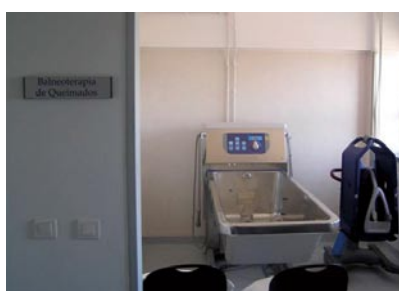
Assim, além dos quartos de duas e três camas com casas de banho próprias totalmente reestruturadas, construíram-se duas novas unidades com especial significado e relevo para a qualidade de tratamento:

1) A Unidade de Queimados Moderados é uma pequena unidade, com espaço físico individualizado que comporta dois doentes queimados moderados, por vezes com áreas anatómicas críticas de “Alto Stress funcional” como face e pescoço, áreas articulares, região perineal, mãos etc., doentes que passam a beneficiar de condições de isolamento, para regime exposto e balneoterapia assistida;

2) A Unidade de Vigilância Pós-Operatória, espaço de observação e monitorização de doentes que após terem alta de recobro cirúrgico permanecem com risco de hemorragias, obstrução das vias aéreas superiores e desequilíbrio hidro-electrolítico e metabólico, especialmente doentes com cirurgias extensas (volumes e superfícies) e demoradas (retalhos livres) e doentes da esfera maxilo facial e faríngea com risco de observação da permeabilidade das vias aéreas e hemorragias cataclísmicas.

Pensamos desta forma ter contribuído para maior segurança no tratamento de situações patológicas complexas.

A par do descrito, é digno de registo o melhor espaço de trabalho para os profissionais de saúde quer nas salas de tratamento quer nas salas de trabalho e de reuniões, vestiários e gabinetes.



«Construíram-se duas novas unidades com especial significado e relevo para a qualidade de tratamento»

É de enaltecer a compreensão destas necessidades por parte do actual Conselho de Administração, ao qual agradecemos de uma forma muito especial o empenhamento e a efectiva concretização.

Desta forma, vamos corresponder na prática diária a estes gestos que contribuíram para a melhoria global do nosso desempenho e empenhamento profissional. ■

DR. Z. BISCAIA FRAGA
Director de Departamento de Cirurgia Plástica e da Cabeça e Pescoço

16 de Abril, Dia Mundial da Voz

Rastreio de Patologia da Voz

A voz é o som que é produzido pela vibração das cordas vocais (laringe) causada pelo ar expelido pelos pulmões. É a forma mais comum de comunicação, pelo que se torna insubstituível nas interações sociais e no desempenho profissional.

Nem todas as pessoas com problemas vocais têm consciência de que podem apresentar patologia que pode ser tratada e melhorada e nem todas as pessoas com problemas vocais procuram o apoio médico mais adequado.

O Dia Mundial da Voz comemora-se a 16 de Abril. A propósito dessa efeméride, a Consulta de Voz (Responsável: Dra. Clara Capucho) do Serviço de Otorrinolaringologia do Hospital de Egas Moniz (HEM) do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, organiza, desde há vários anos, várias iniciativas com o propósito para alertar para o diagnóstico atempado das patologias da voz e para a necessidade de se instituírem medidas que defendam a voz e a preservem, ao longo da vida.

Uma dessas iniciativas é a realização de um Rastreio de Patologia da Voz, que irá ter lugar, este ano, no HEM, nos dias 13 a 16 de Abril (segunda a quinta-feira), entre as 8h00 e as 20h00, na Sala de Técnicas de ORL, piso 1, edifício das Consultas.

A este rastreio poder-se-ão dirigir todos os utentes, inscritos ou não inscritos na Consulta de Otorrinolaringologia, que apresentem queixas vocais tais como rouquidão, cansaço vocal e outras, particularmente se forem fumadores.

Durante o rastreio será ministrado um questionário que pretende caracterizar as queixas do doente e confirmar a pertinência da sua observação. De entre as questões incluídas nesse questionário destacam-se as seguintes seis perguntas:

- A sua voz tornou-se rouca ou mais rude?
- Sente com frequência um aperto na garganta, ou a garganta áspera ou dolorosa?



Rastreio de Patologia da Voz

Dias 13 a 16 de Abril, das 8h00 às 20h00

Hospital de Egas Moniz

Edifício das Consultas Externas

Sala de Técnicas de ORL, piso 1

- Actualmente sente que tem de fazer um esforço maior para falar?
- Faz muitas vezes o gesto de limpar a garganta (pigarrar)?
- Acontece frequentemente perguntarem-lhe se está constipado por ter a voz diferente?
- Não consegue muitas vezes cantar sons agudos?

O rastreio inclui ainda uma observação médica na qual é realizada uma laringoscopia (exame endoscópico da laringe), e na qual as cordas vocais são visualizadas e as diferentes patologias identificadas. Em casos seleccionados, os doentes são encaminhados para a Consulta de Otorrinolaringologia ou para a Consulta de Voz do HEM, para uma observação e tratamento complementares.

Durante os dias em que decorre o rastreio, estarão presentes alguns ar-

tistas profissionais da voz convidados para o efeito, com a intenção de motivar o público para a importância da voz, da prevenção dos seus problemas e da necessidade do seu rastreio.

O Dia Mundial da Voz é ainda uma oportunidade para se divulgar alguns conselhos e medidas que as pessoas, e em particular os profissionais da voz, devem adoptar, de forma a promover a saúde do seu aparelho vocal e evitar as doenças da laringe. Esses conselhos incluem os seguintes tópicos:

- Beba diariamente 6 a 8 copos de água;
- Não fume;
- Não abuse da voz (não grite, não esforce a voz se sentir a voz cansada, não fale muito em ambientes com muito ruído);
- Não faça frequentemente o gesto de limpar a garganta (pigarrar);
- Não esforce muito a voz se estiver constipado e sobretudo se estiver rouco. ■

DRA. CLARA CAPUCHO

Responsável da Consulta da Voz

Serviço de Otorrinolaringologia

Director do Serviço: **PROF. MADEIRA DA SILVA**

Prof. Robert W. Schrier visita o Hospital de Santa Cruz

No dia 9 de Março tivemos o privilégio de contar com a presença do Prof. Doutor Robert W. Schrier, Professor Jubilado de Medicina e Nefrologia, antigo Director do Serviço de Medicina Interna (que engloba os Serviços de Nefrologia, Cardiologia, Oncologia, Hematologia, Gastroenterologia e Hepatologia e Pneumologia) dos 4 hospitais que constituem o *University of Colorado Health Sciences Center (UCHSC)*, tendo então chefiado cerca de 400 médicos. O Prof. Schrier presenteou-nos com uma excelente apresentação simultaneamente para os Serviços de Nefrologia e Cardiologia do Hospital de Santa Cruz – Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, sobre como o coração e o rim são afectados pela Diabetes mellitus tipo 2, enfatizando o papel predominante da hipertensão arterial e do sistema renina-angiotensina.

O Prof. Schrier desenvolveu nos últimos 35 anos uma intensa actividade de investigação básica, sendo consecutivamente apoiado por bolsas muito competitivas do *National Institutes of Health*. Distinguiu-se no estudo da regulação do equilíbrio hidro-salino nas várias situações que levam à formação de edema, na doença poliquística renal do adulto e na insuficiência renal aguda. Além disso, o Prof. Schrier tem-se dedicado com igual energia à prática clínica e à investigação clínica. Inspirado por uma doente que apresentava nefropatia diabética e que, contra todos os pressupostos, manteve-se com uma função renal estável durante muitos anos seguindo um rigorosíssimo controle da pressão arterial, conseguiu organizar um estudo unicêntrico com mais de 1.000 doentes em Denver, para avaliar os impactos relativos do controle glicémico e do controle tensional em doentes diabéticos tipo 2. O estudo ABCD demonstrou a importância do con-



Da esquerda para a direita:
Dr. Domingos Machado,
Dr. José Diogo Barata,
Prof. Robert W. Schrier
e Prof. Doutor André Weigert

trole tensional, nomeadamente com inibidores do enzima de conversão da angiotensina no desenvolvimento de patologia cardiovascular e renal nesses doentes. O Prof. Schrier foi autor de mais de 800 artigos científicos, sendo editor de vários dos mais conceituados livros na área da Nefrologia, bem como de várias revistas científicas (incluindo actualmente a *Nature Clinical Practice Nephrology*). Foi Presidente de diversas Sociedades Científicas, nomeadamente a *American Society of Nephrology*, bem como da *International Society of Nephrology*. Ao longo de 26 anos na chefia da Nefrologia na UCHSC, conseguiu aglutinar uma equipe ímpar de nefrologistas, criando um centro que foi considerado por muitos, o melhor centro de formação de nefrologistas dos Estados Unidos da América (USA). Cerca de 150 nefrologistas se formaram no UCHSC, não só de nacionalidade americana, mas oriundos de inúmeros outros países (Brasil, Índia, China, Israel, Espanha, Rússia, Canadá, Alemanha, etc.).

O Prof. Schrier consegue incorporar como poucos conferencistas, conceitos de fisiopatologia derivados

da sua extensa investigação básica, com elementos de ordem clínica altamente relevantes para todos os médicos. Não foi, portanto, difícil, cativar a audiência que veio assistir à sua excelente conferência, interessando igualmente internistas, nefrologistas e cardiologistas, até porque o Prof. Schrier se auto define como um “Cardio-Endocrino-Nefrologista”.

Uma faceta menos conhecida do conferencista foi o seu passado como grande jogador de basquetebol na Universidade de De Paun, Indiana. Numa entrevista recente, o Prof. Schrier referiu que da prática séria de desporto podem-se tirar importantes ensinamentos para quem decida seguir uma carreira académica e, verdadeiramente, para todos. Alguns dos ensinamentos que parecem muito relevantes incluem-se:

- 1) Persistência e força de vontade;
- 2) Capacidade de lidar com reveses e de aprender com os erros;
- 3) Capacidade de trabalhar em equipe;
- 4) Genuíno gosto por ver o sucesso de outros membros da equipe;
- 5) A motivação é tão ou mais importante do que o talento.

Por todas essas razões é de crer que essa memorável conferência inspire todos os que estiveram presentes numa compreensão mais integrada dos problemas cardíacos e renais dos doentes e numa colaboração cada vez mais estreita entre as especialidades de Nefrologia e Cardiologia.

Pessoalmente foi uma honra receber o Prof. Schrier por ter sido o meu mentor durante o estágio de três anos (*Renal Fellow Ship*) na Universidade do Colorado, tendo testemunhado na primeira pessoa as extraordinárias capacidades clínicas científicas e pedagógicas deste invulgar médico. ■

PROF. DOUTOR ANDRÉ WEIGERT
 Assistente Graduado de Nefrologia
 Serviço de Nefrologia

HOSPITAL DE SANTA CRUZ**Associação Coragem apoiada pela RTP e KNOT**

Foi no dia 8 de Março de 2009 que a RTP festejou os seus 52 anos, promovendo a já tradicional Corrida de Aniversário. Este ano e, pela primeira vez, a RTP associou esta maratona a uma causa social, permitindo que durante o período das inscrições para a corrida, os participantes pudessem contribuir para apoiar a Associação Coragem.

Do edifício Sede da RTP até ao Parque das Nações participaram 4500 pessoas por um “Coração Saudável”.

No dia 14 de Março de 2009 a Knot lançou um livro infantil, intitulado “As aventuras do Dingo: A família no jardim”. Este livro escrito por Domingos Galamba e Marcelo Teixeira, com ilustração de Terumi Moriyama apoiará, também, a Associação Coragem com parte da receita das vendas.

A Associação Coragem agradece a todos os que estão a apoiar



esta causa, lembrando que este fundo social servirá para apoiar as crianças com todas as formas de doença cardíaca, congénita ou adquirida, assim como as suas famílias, prestando apoio de carácter social à humanização dos cuidados prestados, contribuindo ainda com ajudas de custo aos pais das crianças internadas, na aquisição de medicação, transporte, alojamento, alimentação e roupa.

Para apoiar esta causa e dar mais Coragem às crianças que sofrem de doenças do

Coração, lembramos que pode sem qualquer custo ou perda para si, fazer reverter 0,5% do seu IRS a favor da Coragem. Para isso basta preencher o quadro 9 do anexo H do Modelo 3, da Declaração de IRS, com os seguintes dados: No campo “Denominação” inserir – Minicor, IPSS (Nota: Coragem é a denominação social de Minicor, IPSS). No campo “NIPC” inserir – 507 394 178.

Agradecemos o seu apoio a esta causa, do fundo do Coração.

ASSOCIAÇÃO CORAGEM

**CENTRO HOSPITALAR****Nomeações**

O Conselho de Administração deliberou:

- Em sessão realizada em 20/02/2009 nomear Enfermeira Chefe do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental (CHLO), a Enf^a. Maria de Fátima Luz Bicho e Enfermeira Chefe do Serviço de Medicina III do CHLO, a Enf^a. Célia Osana Piedade Oliveira, ambas as nomeações com efeitos a partir de 01/03/2009;

- Em sessão realizada em 26/02/2009 nomear Directora do Serviço de Gestão de Compras, a Dra. Ilda Maria Pinto Rodrigues Joaquim, com efeitos a partir do dia 01/03/2009. Ainda nesta data foram nomeadas a Dra. Maria Dulce Banza da Luz Gonçalves, Coordenadora do Serviço Social do CHLO, em acumulação de funções de Responsável do Serviço Social do Hospital de São Francisco Xavier, a Dra. Maria Manuela Costa Fuslier Castelo Munhoz Cardoso, Responsável do Serviço Social do Hospital de Santa Cruz e a Dra. Ana Maria Monteiro Martins Almeida, Responsável do Serviço Social do Hospital de Egas Moniz;

- A 05/03/2009 nomear, em sua substituição e sob proposta da Sra. Directora

do Serviço de Anatomia Patológica, a Dra. Sância Florentina Ramos, Coordenadora do Registo Oncológico do CHLO. Nesta data, foi também nomeada a Técnica Superior, Dra. Isabel Maria Moura Elisiário, Responsável pelo Serviço de Gestão Estratégica de Recursos Humanos, com efeitos a 01/03/2009.

- Em 12/03/2009 nomear Directora da Unidade de Oncologia Médica do CHLO, a Dra. Ana Maria Henriques Martins Carvalho Mourão, a qual funcionará na dependência directa da Direcção Clínica;

- A 19/03/2009 nomear a Enf^a. Especialista Maria Celeste Silva Mendes Trindade e a Enf^a. Cristina Isabel M. Branco Santos, para exercerem funções, respectivamente, de Chefia e de Coordenação do Serviço de Cirurgia Cardiorádica, a partir de 01/03/2009. Ainda nesta data foi nomeada a Dra. Ana Maria Piedade Nunes, Coordenadora da Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCINN), com efeitos a partir de 01/04/2009;

- Em 25/03/2009 nomear como Coordenador da Comissão de Vigilância e Profilaxia do Tromboembolismo Venoso, Sub-comissão da Comissão de Farmácia e Terapêutica, o Dr. Carlos Alberto Pinto das Neves.

3 DE ABRIL A 22 DE MAIO**Exposição de Fotografia no CHLO**

Joel Santos nasceu em 1978, Lisboa, Portugal. Licenciado e Mestre em Economia, tem dedicado os últimos cinco anos à sua maior paixão - a fotografia - sendo actualmente o Director da Revista “O Mundo da Fotografia Digital”. Os seus trabalhos fotográficos cruzam os mais diversos géneros, como a paisagem, o retrato, a macro e o fotojornalismo.

As suas fotografias já marcaram presença em dezenas de exposições individuais e colectivas, designadamente em Portugal e em Timor-Leste.

O seu portfólio pode ser visto em www.joelsantos.net

Esta exposição estará patente nos três hospitais do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, nas seguintes datas:

Hospital de Egas Moniz – 3 a 17 de Abril

Hospital de Santa Cruz – 17 de Abril a 4 de Maio

Hospital de São Francisco Xavier – 4 de Maio a 22 de Maio

TALIS QVALIS XIX

Qualidade – Apontamentos

Para avaliar os cuidados de saúde (e poder melhorá-los) costumam-se utilizar:

1. Indicadores de Qualidade organizacional¹

Centram-se normalmente em actividades muito consumidoras de recursos (humanos, financeiros, etc.), com o objectivo de maximizar a eficiência, eliminando ao máximo os desperdícios. Por essa razão, são muito variáveis de instituição para instituição, consoante as respectivas áreas críticas.

2. Indicadores de Qualidade técnica¹

Embora desejavelmente a avaliação deva ser feita com base nos resultados, sabe-se que, na área da saúde, a sua valorização é muito difícil porque eles dependem de premissas não controláveis tais como gravidade da doença, doenças associadas, terreno genético, factores socio-económicos, psicológicos, etc.. Dito de outra forma, a variabilidade intrínseca do doente é muito grande quando comparada com a dos cuidados prestados e, como

tal, ao nível do indivíduo, é raro poder atribuir-se o resultado à efectividade dos cuidados.

Mesmo assim, ao nível dos resultados, existem vários indicadores dos quais são exemplo os propostos pelo IQIP (*International Quality Indicator Project*)².

Ao nível da estrutura, são particularmente relevantes os relacionados com os recursos humanos (qualificação e formação contínua dos profissionais) e, ao nível dos processos, a utilização de **Normas de Orientação Clínica**³, obrigatoriamente acompanhadas das respectivas **Auditorias Clínicas**⁴.

3. Indicadores de Qualidade percebida¹

Dado que a satisfação resulta da diferença entre a expectativa e a experiência, a sua avaliação, tipicamente feita por Inquéritos de Satisfação, não reflecte necessariamente a qualidade do atendimento.

Tendo em conta este desvio, os Inquéritos de Satisfação devem ser desenhados para avaliar os factores

mais críticos, nomeadamente a cortesia, a capacidade de ouvir e de ajudar e em especial a prática de *informar* o melhor possível o doente ou seu representante *sobre a situação clínica existente*.

A informação ao doente (obrigatória em procedimentos invasivos: “Consentimento Informado”) é, além disso, um factor crítico da política de **Segurança dos Doentes**, porque diminui a probabilidade de alguns tipos de “Erro Médico” (trocas de medicação, procedimentos no lado errado, etc.).

JOÃO FARO VIANA

Director do Departamento da Qualidade

¹TALIS QVALIS:

ORIGEM DA PALAVRA LATINA QUALITAS

(Footnotes)

¹ Ver *Talis Qvalis II* (Março de 2006)

² Acessíveis no site <http://www.internationalqip.com/indicators.aspx>

³ Ver *Talis Qvalis XV* (Julho de 2008)

⁴ Ver *Talis Qvalis XI* (Novembro de 2007)

Doutoramentos no CHLO

A Dra. Isabel Soares do Serviço de Medicina I e a Dra. Cândida Fonseca do Serviço de Medicina III concluíram as respectivas provas de Doutoramento no passado mês de Dezembro.

As provas de Doutoramento da Dra. Isabel Maria Correia Soares, Assistente Graduada de Medicina, realizaram-se a 11 e 12 de Dezembro. O estudo elaborado para a dissertação de Doutoramento, intitulado “Enfarte cerebral e incapacidade no idoso”, foi realizado sob a orientação do Prof. José Ferro, da Faculdade de Medicina de Lisboa, e do Prof. Pedro Abecasis, da Faculdade de Ciências Médicas e Presidente do Conselho de Administração do CHLO. A dissertação teve como tema principal a identificação de factores de prognós-

tico para mau resultado em doentes idosos com AVC isquémico. Este estudo, integralmente realizado no Serviço de Medicina I do CHLO, debruça-se sobre doentes com idade superior a 70 anos, os quais, embora constituam a maioria dos doentes com AVC isquémico, internados nos Serviços de Medicina, têm sido até ao momento presente os menos estudados.

As provas de Doutoramento da Dra. Cândida Fonseca, Assistente Graduada de Medicina, Especialista em Cardiologia e Assistente da Faculdade de Medicina da Universidade Nova de Lisboa, realizaram-se nos dias 15 e 16 de Dezembro. A dissertação de Doutoramento, intitulada “Insuficiência Cardíaca - Uma Epidemia do

Século XXI: O Desafio do Diagnóstico” foi apresentada e discutida na Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa e arguida pelos Professores Doutores Casiano Abreu e Lima, da Faculdade de Medicina do Porto, e Hugo Madeira, da Faculdade de Medicina de Lisboa. O trabalho foi orientado pela Prof^a. Fátima Ceia da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa e Directora do Serviço de Medicina III do CHLO. A dissertação discute a problemática do diagnóstico completo da Insuficiência Cardíaca com especial ênfase na dificuldade e necessidade do diagnóstico precoce como forma de conter a Epidemia. Reúne 17 artigos publicados em revistas *peer-reviewed*, nacionais e internacionais da especialidade, discutidos à luz do Estado da Arte.

Homenagem a José Coelho

O Serviço Farmacêutico do Hospital de Santa Cruz presta publicamente homenagem ao colega, José Almeida Coelho, falecido a 17 de Março de 2009, pela sua dedicação, capacidade de trabalho e companheirismo.

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

5 a 8 de Maio de 2009

CONGRESSO INTERNACIONAL EM CUIDADOS PALIATIVOS PEDIÁTRICOS

Organização: Instituto de Bioética da Universidade Católica Portuguesa
Local: Universidade Católica Portuguesa, Pólo Foz, Porto
Informações:
<http://www.porto.ucp.pt/cppediatricos>

14 a 15 de Maio de 2009

III JORNADAS DE ENDOCRINOLOGIA E DIABETES DO HOSPITAL CURRY CABRAL

Organização: Hospital Curry Cabral
Local: Anfiteatro Cardeal Medeiros da Universidade Católica – Lisboa
Informações: Marta Prates
 Telf.: 214 307 740 • Fax: 214 307 749
 Email: congressos@factorchave.pt

28 a 29 de Maio de 2009

VIII CONGRESSO DE NUTRIÇÃO E ALIMENTAÇÃO

Organização: Associação Portuguesa dos Nutricionistas
Local: Centro de Congressos da Alfândega do Porto
Informações:
 Email: congresso@apn.org.pt

4 a 5 de Junho de 2009

FÓRUM DA SPESM: A SAÚDE MENTAL E A VULNERABILIDADE SOCIAL

Organização: Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental
Local: Anfiteatro do Pólo Artur Ravara da ESEL, Lisboa
Informações:
 Telf.: 239 484 464 • Fax: 239 482 918
 Email: dir.spesm@gmail.com
www.spesm.org

4 a 5 de Junho de 2009

10º ENCONTRO DE ENFERMAGEM PEDIÁTRICA

Organização: Hospital Pediátrico de Coimbra
Local: Hospital Pediátrico de Coimbra
Informações:
 Telf.: 239 484 464 • Fax: 239 482 918
 Email: asic@asic.pt
www.asic.pt

CURSOS E PÓS-GRADUAÇÕES

2 e 5 de Maio de 2009

CURSO DE FELDENKRAIS “TOMADA DE CONSCIÊNCIA DO MOVIMENTO”

Organização: Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão (CMRA)
Local: Auditório do CMRA
Informações:
 Tel.: 214 608 306 • Fax: 214 608 348
 Email: eugenia.gomes@cmra.scml.pt
 ou Silvia.pereira@scml.pt

ACÇÕES DE FORMAÇÃO ORGANIZADAS PELO NÚCLEO DE FORMAÇÃO DO CHLO

Informação

PLANO DE FORMAÇÃO 2009 JÁ DISPONÍVEL

O Plano de Formação do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental para 2009 pode ser consultado na Intranet (Serviços de Apoio/Formação/Plano Anual de Formação). Os interessados deverão preencher a ficha de inscrição e enviá-la ao respectivo Núcleo de Formação. Sugerimos que as inscrições para os cursos a realizar em Abril e Maio sejam enviadas com a maior brevidade possível. Os programas dos cursos serão disponibilizados brevemente. Não hesite em contactar o Núcleo de Formação para obter os esclarecimentos que considere necessários.

Abril de 2009

TÉCNICAS DE ATENDIMENTO E RELACIONAMENTO COM CLIENTES**Destinatários:** Administrativos/AAM**CIPE/SAPE****INFECÇÃO ASSOCIADA AOS CUIDADOS DE SAÚDE****LEITURA DE TRAÇADOS CARDÍACOS PREVENÇÃO NO TRATAMENTO DE ÚLCERAS DE PRESSÃO****PLANEAMENTO DE ALTAS – CUIDADOS CONTINUADOS****Destinatários:** Enfermeiros**SUORTE BÁSICO DE VIDA****Destinatários:** Enfermeiros/Médicos/Técnicos**EXCEL****Destinatários:** Multiprofissional

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