



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

# Jornal do Centro

Estigma e preconceito são obstáculos à prevenção

## O que é o VIH



A Fisioterapia no Hospital de Egas Moniz

Satisfação Profissional e Burnout

O stress e a exaustão no trabalho



A exposição do ser humano às radiações

Cultura X

## Índice

- 3 Editorial
- 4 O que é o VIH:  
Estigma e preconceito são  
obstáculos à prevenção
- 6 Cultura X:  
A exposição do ser  
humano às radiações
- 8 A Fisioterapia no  
Hospital de Egas Moniz



- 10 O stress e a exaustão  
no trabalho: Satisfação  
Profissional e Burnout

- 12 Ocorrência de úlceras  
de pressão em doentes  
hospitalizados:  
Um indicador de  
Qualidade dos cuidados  
de enfermagem

- 14 Breves

- 15 O Utente: Agradecimento

- 16 Agenda do Centro



### JORNAL DO CENTRO CONTA CONSIGO

## Participe, comente, colabore

Publicamos em baixo os contactos do Serviço de Comunicação e Imagem para que possa estabelecer contacto com a equipa do Jornal do Centro. Escreva, sugira-nos artigos e assuntos que gostasse de ver publicados neste seu jornal. Comente e colabore com a publicação do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental.

#### HOSPITAL DE EGAS MONIZ:

Nádia Rodrigues – [nadiarodrigues@hegasmoniz.min-saude.pt](mailto:nadiarodrigues@hegasmoniz.min-saude.pt)  
Tel.: 21 365 01 67

#### HOSPITAL DE SANTA CRUZ:

Rosa Santos – [rsantos@hsc.min-saude.pt](mailto:rsantos@hsc.min-saude.pt)  
Tel.: 21 416 34 00 (ext.2695)

#### HOSPITAL DE SÃO FRANCISCO XAVIER:

Helena Pinto – [spinto@hsfxavier.min-saude.pt](mailto:spinto@hsfxavier.min-saude.pt)  
Nuno Miguel Mota – [nmota@hsfxavier.min-saude.pt](mailto:nmota@hsfxavier.min-saude.pt)  
Tel.: 21 300 03 55



## Ficha Técnica

**Propriedade:** Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, E.P.E. | Estrada do Forte do Alto do Duque, 1449-005 LISBOA  
Telefone: 213 000 300 • Fax: 213 017 533 | **Director:** José Miguel Boquinhas | **Edição:** Nuno Miguel Mota  
**Redacção:** Helena Pinto, Nádia Rodrigues e Rosa Santos | **Revisão:** Alexandra Flores  
**Fotografia:** Nuno Miguel Mota | **Distribuição:** Serviço de Comunicação e Imagem  
**Concepção Gráfica:** Paulo Reis **Impressão:** Grafivedras – Torres Vedras | **Tiragem:** 5000 exemplares  
ISSN: 1646-379X | **Depósito Legal:** 238539/06

## José Miguel Boquinhas

Presidente do Conselho de Administração



**N**um recente inquérito à avaliação da qualidade apercebida pelos utentes dos hospitais EPE levada a efeito pela Universidade Nova de Lisboa, e que mereceu destaque na última edição do Jornal do Centro, foram também comparados os seus resultados com os de inquéritos semelhantes feitos à qualidade de outros serviços públicos e privados, entre os quais a banca, considerado o melhor de entre eles com graus de satisfação superiores a 70%. Não deixa de ser curioso e muito estimulante para todos os que trabalham nos hospitais públicos, que os seus serviços merecessem nota tão positiva, superior a 80%, batendo assim toda a concorrência pública ou privada avaliada. Já há cerca de 5 anos num estudo elaborado com finalidade semelhante, mas abrangendo todos os serviços de saúde, o Prof. Villaverde Cabral tinha chegado a conclusões semelhantes no que respeita ao grau de satisfação dos utentes. Acrescentava ainda na ocasião, que os que tinham uma apreciação negativa dos serviços públicos de saúde eram predominantemente aqueles (cerca de 70%) que não os utilizavam. Pelo contrário, os que a eles recorriam tinham, na maior percentagem dos casos, uma apreciação positiva. Ou seja, tendem a ter uma impressão negativa dos serviços públicos de saúde os que não os utilizam, não tendo, por isso, uma vivência real da forma como são prestados os cuidados de saúde. Acresce a esta situação, as impressões negativas colhidas na comunicação social que, como é sabido, tende a privilegiar as más notícias sobre casos que correm mal no sistema de saúde, em detrimento de notícias mais positivas. É importante, no entanto, que se diga, que em qualquer dos inquéritos referidos não foi introduzida a questão do acesso ao sistema de saúde, em especial, na vertente das listas de espera para cirurgias de patologias de baixa gravidade, onde a avaliação seria certamente bem menos positiva. Mas esse é um tipo de avaliação que não cabe em inquéritos com a finalidade de avaliar apenas o grau de satisfação de quem utiliza o sistema, não sendo, por isso, sequer comparável. O sistema parece pois funcionar bem para os doentes que a ele acedem, sendo de fácil acesso para patologias de média ou elevada gravidade. Em todo o caso, o problema do acesso não é apenas português e países bem mais ricos que o nosso têm-no, alguns deles com muito maior gravidade. Numa ocasião em que tanto se critica os funcionários públicos e os trabalhadores do Estado, e sabemos que muitos deles merecem ser criticados, é bom saber que existem serviços públicos onde o grau de satisfação é muito elevado contrariando deste modo ideias preconcebidas. A grande maioria dos funcionários que trabalham nos nossos hospitais são muito dedicados e preocupam-se com a qualidade do serviço público que prestam, tendo muitas vezes a deficiente qualidade dos serviços a ver com a má qualidade organizacional. E a responsabilidade por esse facto cabe sobretudo aos conselhos de administração e às chefias intermédias. ■

## Parte I do artigo

# O que é o VIH

Passados 20 anos de acompanhamento das pessoas infectadas pelo vírus da imunodeficiência humana (VIH), o estigma e o preconceito associados a esta doença continuam a ser o principal obstáculo para os esforços de prevenção que se vêm desenvolvendo – as pessoas denegam os riscos, recusam os testes de diagnóstico e procuram, tardiamente, os cuidados médicos e os tratamentos disponíveis.

Como qualquer doença transmissível e mortal, a Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (SIDA) continua a despertar medos e terrores injustificados de contágio, muitas vezes baseados em crenças, má informação e ignorância. Estes receios continuam a ter consequências devastadoras na vida das pessoas infectadas por VIH, que são, muitas vezes, tratadas como indesejadas, perdem ou não chegam a ser admitidas nos empregos, são postas de parte pelos amigos e pela família.

Simultaneamente, assistimos, nos países desenvolvidos, aos benefícios inegáveis do tratamento anti-retrovírico que, ao gerar optimismos excessivos, têm contribuído para a modificação da percepção do risco de infecção e para o desenvolvimento de falsos sentimentos de segurança, levando as pessoas a desprezar as indispensáveis medidas de prevenção da transmissão de VIH.



Quaisquer que sejam os benefícios alcançados com o tratamento anti-retrovírico, a infecção por VIH/SIDA continua a ser uma doença transmissível, incurável e mortal e a prevenção é a arma mais eficaz para combater esta pandemia, isto é, esta epidemia que se alastra por todo o mundo.

## A PANDEMIA DA SIDA

A pandemia, epidemia mundial, provocada pelo vírus da imunodeficiência humana evoluiu e modificou-se ao longo dos anos, adquiriu dinâmicas diferentes e atingiu todos os sectores da população.

A evolução desta pandemia, ao nível das populações, depende de interações dinâmicas entre os três factores representados nos vértices do triângulo epidemiológico representado na figura 1.

### O agente

O agente responsável por esta infecção é designado VIH, o que significa:

V = vírus: partícula de dimensões muito pequenas que só se multiplica dentro das células vivas. (Existem diferentes famílias de vírus, por

exemplo o vírus da gripe, o vírus do sarampo, o vírus herpes, etc.)

I = imunodeficiência: enfraquecimento (ou deficiência) e destruição das células que são responsáveis pela defesa do organismo (células imunológicas), infectadas (atacadas) pelo vírus.

H = humana: referente ao ser humano; o vírus (V) infecta as células da espécie humana.

Existem dois vírus diferentes responsáveis por esta infecção:

- VIH-1, abreviatura de Vírus da Imunodeficiência Humana do tipo 1, descoberto em 1983, sendo o agente mais frequente pela infecção por VIH em todo o mundo;

- VIH-2, abreviatura de Vírus da Imunodeficiência Humana do tipo 2, descoberto em 1986, com uma distribuição geográfica predominante na África Ocidental, estando referidas infecções provocadas por este vírus em muitos países fora da África Ocidental, entre os quais Portugal, França, Espanha e Índia.

Quando se observam ao microscópio electrónico, estes dois vírus não se distinguem. Eles apresentam uma forma esférica de reduzidas dimensões (com 80-100 nanómetros de diâmetro, correspondendo 1 nanómetro à milionésima parte do milímetro) e são constituídos por uma estrutura central, que equivale

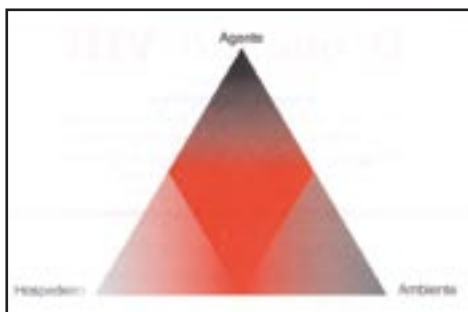


Figura 1. Transmissão: triângulo epidemiológico

**A Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (SIDA) continua a despertar medos e terrores injustificados de contágio, muitas vezes baseados em crenças, má informação e ignorância**



## A infecção por VIH/SIDA continua a ser uma doença transmissível, incurável e mortal e a prevenção é a arma mais eficaz para combater esta epidemia que se alastra por todo o mundo

ao núcleo, a qual é envolvida por uma complexa capa, designada glicoproteína de superfície, onde se podem observar pequenos prolongamentos que contêm as estruturas de ligação aos receptores celulares e que estão representadas na figura 2 com as siglas GP120 e GP41, respectivamente.

Esta diversidade genética de VIH faz com que:

- o vírus consiga escapar aos mecanismos de defesa que o organismo humano constrói, em cada momento, para o destruir;
- o vírus se torne facilmente resistente aos medicamentos que são administrados para combater a infecção;
- seja difícil criar uma vacina capaz ou de controlar a doença (vacina terapêutica), ou de impedir que uma pessoa se infecte (vacina preventiva).

### O hospedeiro

A transmissão da infecção por VIH nas pessoas (também designadas hospedeiro humano) depende de três grupos de factores:

- factores genéticos, isto é, características de cada pessoa que poderão determinar a maior ou menor facilidade de contrair/desenvolver a infecção por VIH;
- susceptibilidade individual, isto é, o estado do organismo quando a pessoa é exposta a uma determinada

quantidade de vírus contidos nos líquidos orgânicos;

- infecciosidade, isto é, a capacidade do vírus VIH provocar doença (que é diferente consoante seja VIH-1 ou VIH-2).

### O ambiente

A pandemia da infecção por VIH continua a evoluir em meios sociais e culturais diversos e muito complexos. A interacção dos factores relacionados com o hospedeiro e com o ambiente pode facilitar a transmissão de VIH numa comunidade (por exemplo, as situações de pobreza, o consumo de drogas, ou as desigualdades entre homens e mulheres, em certas circunstâncias, podem contribuir para o desenvolvimento de comportamentos de risco que favorecem a transmissão de VIH). ■

Continuação do artigo "O que é o VIH" na próxima edição nº 9 do Jornal do Centro.

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

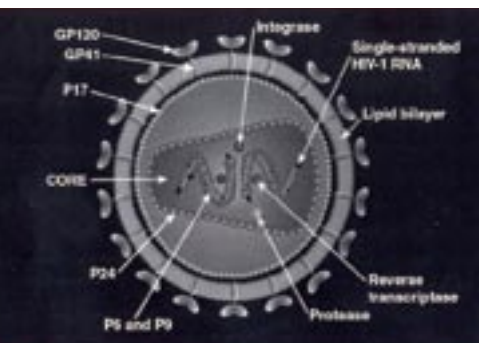


Figura 2. Virus

Uma das propriedades mais surpreendentes do VIH é a diversidade genérica, isto é, a sua extraordinária capacidade para modificar a configuração das estruturas que se localizam ao nível da glicoproteína de superfície.

A exposição do ser humano às radiações

# Cultura X

**S**e Roëntgen (físico Alemão, Prémio Nobel da Física) visitasse hoje o Serviço de Imagiologia de um qualquer hospital do mundo desenvolvido, teria dificuldades em reconhecer por detrás de toda a maquinaria, tecnologicamente avançada, a descoberta que fez, dos raios X, em 1895. O impacto desta descoberta não é, nos dias de hoje, ainda completamente conhecido e pode estar longe do seu fim.

A Radiação é o transporte de energia através do espaço. O Homem está exposto às Radiações Naturais (exemplo: cósmicas) e às Radiações não Naturais ou Artificiais. Nas fontes de Radiação Artificial a maior percentagem (96,42%) cabe às aplicações médicas, Radiologia, Medicina Nuclear e Radioterapia.

A radiação artificial X pertence ao grupo das Radiações Ionizantes (RI), tendo especial importância pelo facto de interferir com os átomos da matéria que atravessa, neste caso os tecidos do corpo humano. Esta interferência poderá implicar efeitos biológicos, por modificação do código genético (DNA) das células.

Por efeito da acção primária das RI, as alterações ocorrerão no momento da divisão celular, traduzindo-se na morte das células ou alterando o código celular, provocando a libertação de Radicais Livres. Estes são, hoje em dia, aceites como indutores de doenças oncológicas (neoplasias).



Sofia Ferreira e Paula Chaves

Estas importantes transformações ao nível celular são seguramente um risco para o organismo sujeito a constantes exposições às radiações.

Sem dúvida as técnicas com RI trazem enormes benefícios aos seus utilizadores mas representam, simultaneamente, um risco para quem é exposto às mesmas. Estes riscos revelam-se de um modo pouco perceptível porque se manifestam no indivíduo imediatamente ou em diferido, sendo difícil de quantificar no imediato, podendo apenas ser demonstrado estatisticamente, isto é, em probabilidades. **Efeitos probabilísticos ou estocásticos.**

## PROBABILIDADES DE RISCO

• Gonadas 20%	• Mama, Bexiga, Fígado Esófago -5% cada	• Resto do corpo 5% Superfície dos ossos 1% Pele 1%
• Medula óssea, Cólon, Pulmão e Estômago 12% cada		

Há, no entanto, outro tipo de efeitos – **Efeitos determinísticos ou não estocásticos.** Se determinada pessoa for irradiada com uma certa

dose no cristalino (15mSv) com toda certeza desenvolverá cataratas.

Sabe-se que as células mais sensíveis à radiação são as mais ricas em oxigénio onde se incluem o tecido linfóide e as células dos tecidos em proliferação (espermatozóides e células precursoras da medula óssea).

O risco **na idade fetal**, nas **crianças** e **adolescentes** excede os valores médios determinados para os adultos (factor 2 a 3 vezes maior) e decresce cerca de 5 vezes em adultos com idades superiores a 50 anos.

Segundo dados da UNSCEAR 2000 Report (United Nations Scientific Committee on the Effects of Atomic Radiation), em 1996 os exames de diagnóstico com radiações ionizantes realizados em todo o mundo rondaram os 2.462 milhões. O recurso a estes exames aumentou significativamente nas duas últimas épocas. Este aumento prende-se principalmente com factores de melhoria da acessibilidade, aos múltiplos serviços de saúde, à franca melhoria da informação e ao progresso tecnológico.

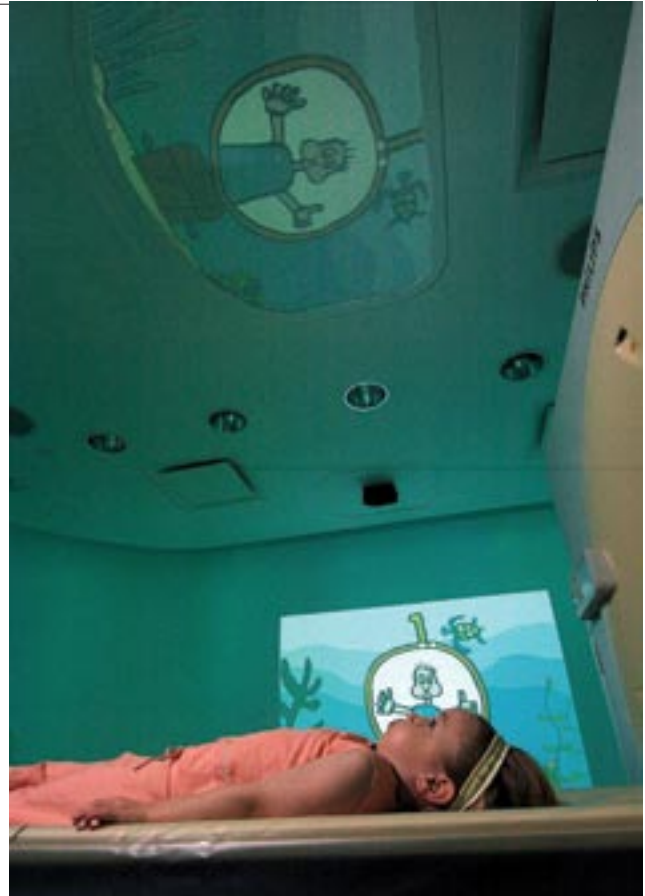
O aumento das exposições e o efeito prejudicial das mesmas, levou a **Comunidade Europeia de Energia Atómica** (Euratom) a criar uma directiva Comunitária já transposta para a lei Portuguesa no Dec. Lei nº182, de 2 de Agosto de 2002, de modo, a criar a cultura em

Protecção Radiológica e as condições de optimização das práticas com o objectivo de proteger o indivíduo e a sociedade numa Europa unificada.

Nesta directiva está representado todo o “teatro” que constitui a exposição radiológica médica, desde o médico que prescreve o exame, ao médico e técnico do departamento de Radiologia, assim como as condições das instalações que oferecem os serviços.

Cada actor tem a sua responsabilidade bem definida. Ao primeiro interveniente cabe a responsabilidade de fornecer a informação clínica,

**Em 1996 os exames de diagnóstico com radiações ionizantes realizados em todo o mundo rondaram os 2.462 milhões. O recurso a estes exames aumentou significativamente nas duas últimas épocas (...) devido à franca melhoria da informação e ao progresso tecnológico**



situação a esclarecer, resumo do caso, patologias associadas, contactos para mais informações. A identificação do doente, a idade, e por último, mas não menos importante, o sexo (no caso de ser mulher e em idade fértil, saber de uma possível gravidez). Estes dados são enviados numa requisição assinada de modo legível e devidamente datada.

No departamento de Radiologia, os médicos Radiologistas e técnicos de Radiologia, têm a responsabilidade da execução dos exames. O médico Radiologista justifica a exposição à radiação considerando o benefício para a saúde do indivíduo, decide sobre métodos alternativos às exposições e assegura que as mesmas são executadas com critérios de referência adequados.

O técnico de Radiologia aplica os vários métodos e técnicas em radiologia de modo a assegurar uma prática correcta. Todas as exposições devem ser executadas sob o Critério AIARA, que significa doses (parâmetros técnicos kV e mAs) tão baixas quanto razoavelmente possível de modo que não comprometam o diagnóstico e em concordância com níveis de referência (NRD - valores de grandeza específica que uniformizam

as exposições de exames frequentes, para doentes tipo.

A mesma Directiva estabelece como limite de dose 20 mSv por ano, para os profissionais expostos e o artigo 13º fixa 1 mSv por ano para o público em geral.

aplicação do espírito a uma coisa, um conjunto de costumes que constituem a herança social de uma comunidade e também um conjunto de acções que asseguram a interacção dos indivíduos numa colectividade, permitindo a normalização das actuações. Esta cultura

Aplicação	Ocupacional	Público
• Dose efectiva (dose com ponderação dos tecidos)	• 20 mSv/ano (média num período de 5 anos)	• 1 mSv/ano
• Dose Equivalente (dose sem ponderação dos tecidos)		
• Cristalino	• 150 mSv/ano	• mSv/ano
• Pele	• 500 mSv/ano	• 50 mSv/ano
• Mãos e pés	• 500 mSv/ano	• 50 mSv/ano
Exame	Dose efectiva mSv (homem)	Dose efectiva mSv (mulher)
• Tórax (AP e Lateral)	• 0.04	• 0.07
• Coluna lombar AP e lateral	• 0.25	• 0.40
• CT Abdómen e Pélvico	• 11.20	• 9.80
• CT Torácico	• 14.80	• 28.60

Reunidas as condições ideais de execução dos exames fica assegurada a Garantia da Qualidade, processo pelo qual é determinada, verificada ou medida a qualidade do produto final.

Na reunião de todas estas ideias fica o conceito de cultura em protecção Radiológica. Cultura é por definição a

consolida o aumento do conhecimento e da competência Europeia no domínio das ciências radiológicas, com vista a melhorar a segurança e eficácia das utilizações médicas da radiação. ■

# A Fisioterapia no Hospital

*“A Fisioterapia é uma profissão empenhada em prestar o melhor nível de cuidados e na busca da excelência da sua prática.”*

A Unidade de Fisioterapia do Hospital de Egas Moniz é considerada pelos seus Fisioterapeutas como uma organização viva. Ao longo dos anos, impulsionada pela sua liderança (Fisioterapeuta Directora), tem investido no seu próprio desenvolvimento, permanecendo em harmonia com o ambiente externo, reagindo de maneira oportuna às exigências da população que serve e tendo a capacidade de antecipar a necessidade de mudar e de evoluir.

Os Fisioterapeutas iniciaram a sua actividade no Hospital de Egas Moniz em 1971 e, desde essa altura, os seus serviços foram dirigidos tanto para o Internamento como para o Ambulatório. A partir daí tem-se verificado um crescimento contínuo na prestação de cuidados e no desenvolvimento dos seus recursos humanos. Tal evolução foi paralela à evolução da profissão no país, com substanciais alterações nos regulamentos normativos que a regem e na área da formação.

Actualmente o quadro dispõe de 22 Fisioterapeutas, embora no último ano (2005), apenas estivessem no activo uma média de 14 elementos. Tem uma estrutura organizacional própria, de forma a coordenar actividades como a prestação de cuidados, o desenvolvimento profissional contínuo e a investigação científica. Apoia também a nível de ensino clínico quatro Escolas Superiores de Fisioterapia.

A Fisioterapia dá assistência aos utentes internados nos vários serviços do hospital bem como em regime externo provenientes das Consultas Externas. Essa assistência é dada quer nos serviços de Internamento, quer nas Instalações da Fisioterapia. Em função da situação clínica, da avaliação do fisioterapeuta e dos objectivos da intervenção, o atendimento é feito em regime individual, ou em grupo.

Para possibilitar uma resposta rápida e adequada às várias solicitações recebidas no Serviço, os Fisioterapeutas estão organizados



**Isabel de Souza Guerra**  
(Fisioterapeuta Directora)



**Margarida Florindo**  
(Fisioterapeuta Sub-Coordenadora)

e distribuem-se por quatro grandes áreas de intervenção (condições músculo-esqueléticas, neuromusculares, cardiorespiratórias e ambulatório), podendo desta forma explorar ao máximo as suas competências e utilizar a formação que desenvolveram.

Cada área tem como responsável um Fisioterapeuta Subcoordenador e a cada uma das áreas encontram-se adstritas várias enfermarias, cuja tipologia de doentes corresponde àquelas condições específicas.

A unidade interliga-se com todos os serviços hospitalares, uma vez que ao longo dos anos os Fisioterapeutas do Hospital de Egas Moniz souberam integrar-se de forma responsável nas equipas, trabalhando numa perspectiva interdisciplinar e em intercomplementaridade, tendo vindo a merecer a confiança dos restantes profissionais e responsáveis dessas equipas.

Utiliza meios de intervenção que lhe são próprios, tais como o movimento, terapias manipulativas e outros meios físicos e naturais, bem como ensino e aconselhamento.

A recente reforma estrutural no sector da saúde surge com vista a uma melhor prestação de cuidados de saúde e maior intervenção ao



# de Egas Moniz



nível das orientações estratégicas, garantindo uma resposta mais atempada e humanizada dos cuidados que presta e uma gestão mais eficiente dos recursos existentes.

O modelo gestacional apresentado com a criação do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental (CHLO) e referido pelo Senhor Presidente do Conselho de Administração, pretende promover a competência técnico-profissional, a liderança, uma gestão económica justa e equilibrada e o cumprimento de objectivos contratualizados com as Administrações, como factores dinamizadores da melhoria contínua da qualidade.

Nesse sentido, a Fisioterapia tem vindo a desenvolver um projecto de melhoria contínua da qualidade através de uma prática activa e de numerosos estudos (mormente liderança, auditoria de registos, audição dos clientes e satisfação dos profissionais). Aqueles valores são partilhados por todos os Fisioterapeutas que os consideram fundamentais para o funcionamento de uma organização de saúde e desejam continuar a contribuir com sentido de responsabilidade, para o sucesso e consolidação do modelo. ■



## O stress e a exaustão no trabalho

# Satisfação Profissional e Burnout

O trabalho, constitui para uma grande parte dos adultos, um domínio de satisfação, muito embora seja simultaneamente uma fonte de experiências menos positivas.

À medida que a população portuguesa e europeia envelhece e os efeitos sociais, económicos e políticos de integração plena na Comunidade Europeia começam a sentir-se, desaparecem as empresas industriais e aumenta o sector terciário, no qual se inclui o comércio de venda a retalho e os serviços de saúde. Concomitantemente, reduz-se o número de trabalhadores expostos aos tradicionais factores de risco físico e químico e aumentam os expostos a factores psicossociais.

De acordo com Levi, em 1987, aproximadamente metade de toda a população trabalhadora é infeliz no seu emprego. O Comité Misto OIT/OMS, 1984, considera que entre 5 a 10% da população activa sofre de perturbações psíquicas graves, devido aos factores psicossociais presentes no local de trabalho (FEMCVT, 1997).

As actuais condições de trabalho, nomeadamente, em consequência da globalização da economia, têm vindo a sofrer grandes transformações, resultando num sentido cada vez mais acentuado de insegurança laboral. As consequências deste quadro também estão relacionadas com as condições de trabalho e produtividade do trabalhador, a sua saúde, o absentismo e os custos económicos daí resultantes (Teixeira, 2002).

Faz parte integrante das actividades

dos nossos profissionais, um permanente contacto interpessoal, grandes responsabilidades inerentes à tomada de decisões, o trabalho habitual em regime de turnos e até de regime nocturno e a deficiente qualidade de muitas instalações, factores estes que constituem agressões permanentes à saúde mental e física dos trabalhadores.

O stress é provocado por um desajuste entre nós próprios e o nosso trabalho, por conflitos entre as nossas funções no trabalho e fora dele e por não possuímos um grau de controlo razoável sobre o nosso trabalho e a nossa vida.

**Os autores têm identificado agentes específicos de stress relacionado com reacções adversas a:**

- sobrecarga de trabalho (física e metal);
- insegurança laboral;
- inadequação das capacidades dos indivíduos ao trabalho;
- ambiguidade de papéis;
- trabalhar em domínio desconhecido;
- perfeccionismo;
- servir uma população que vive em ansiedade e medo;
- não participar nas decisões e planeamento;
- responsabilidades por outras pessoas;
- subaproveitamento das suas qualidades;
- recursos inadequados, ambições não satisfeitas, sentimentos de imortalidade (exposição contínua à morte).

O conceito de stress ocupacional é difícil de definir, na medida que

envolve aspectos intrínsecos ao trabalho, como condições de trabalho precárias, ao indivíduo, como ao seu nível de ansiedade, e ainda extra trabalho, como os problemas familiares.

O termo Burnout, muito utilizado actualmente, foi definido inicialmente por Freudenberg em 1975, focando os profissionais de saúde com um horário de trabalho muito preenchido.

Actualmente, o Burnout é definido como uma resposta prolongada a factores, em situações que são indutoras de stress crónico, de natureza emocional e interpessoal, relacionados com o trabalho. Há três dimensões desta resposta e estas estão divididas em:

- Exaustão Emocional;
- Despersonalização ou Cinismo;
- Redução da Eficácia ou Realização Pessoal.

A **exaustão emocional** é o componente nuclear da resposta ao stress. Refere-se à sensação de depleção de recursos físicos e emocionais experienciados pelo indivíduo, na sua relação com o trabalho. Pode coexistir num sentimento de frustração e tensão, à medida que os profissionais se apercebem que não conseguem continuar a dar-se ou a ser responsáveis, face aos seus clientes como eram antes. Um dos sintomas mais comuns é o temor face ao retorno no dia seguinte, após o fim-de-semana.

A **despersonalização ou cinismo**: o componente atitudinal e relacional do Burnout. Refere-se à resposta negativa, distanciada e

**De acordo com Levi, em 1987, aproximadamente metade de toda a população trabalhadora é infeliz no seu emprego. O Comité Misto OIT/OMS, 1984, considera que entre 5 a 10% da população activa sofre de perturbações psíquicas graves, devido aos factores psicossociais presentes no local de trabalho (FEMCVT, 1997)**



A Fareudenberg, seguiram-se muitas outras pesquisas que vieram demonstrar que o Burnout pode facilmente ocorrer em muitas profissões, a saber: médicos, enfermeiros, psicólogos, advogados, polícias, professores, dentre outras. Profissões que requerem trabalho intenso e muito próximo a pessoas com problemas físicos, psíquicos e/ou cariz social.

O Burnout é explicado pela associação de níveis elevados de *stress* e níveis de baixa satisfação profissional, e não pelo *stress* profissional isoladamente. Por tal facto, é enfatizada a importância dos factores organizacionais em relação aos pessoais, na determinação do *stress*, satisfação e Burnout nos

fria do indivíduo na relação com os doentes e outros aspectos do trabalho. É marcada pelo tratamento dos clientes como objectos e não sujeitos, traduzida por um distanciamento e uma dureza emocional à própria organização. O uso de linguagem abstracta ou detractora, a compartimentação estrita da vida profissional, a intelectualização das situações, o afastamento das tarefas, através de longas pausas ou conversas com os colegas, o uso frequente de calão, são algumas dos sintomas visíveis desse processo de desumanização.

A **redução da eficácia e realização pessoal** é a componente auto-avaliativa do Burnout. Refere-se ao sentimento de incompetência e falta de produtividade no trabalho. A diminuição do desempenho profissional traduz-se por uma auto-avaliação negativa, com sentimento de diminuição de competência e de sucesso profissional (Santos, 2004 e Teixeira, 2002).

Apesar do grande consenso sobre o Burnout, a sua distinção de *stress*, ainda não está bem delineada, alguns autores como Cordes e Dougherty (citado em Frade, 1998), sustentam que o Burnout constitui um tipo específico de *stress*, ou seja, um padrão de resposta crónica afectiva em resposta às condições de trabalho

## O Burnout aparece anos após ter-se começado a trabalhar, e há artigos a referenciar sintomas físicos e comportamentais, que se caracterizam por exaustão, fadiga, incapacidade em permanecer calmo e responder com rapidez

stressantes, que impliquem altos níveis de contacto interpessoal.

O Burnout, assim, representaria um tipo distinto e particular de *stress* do trabalho, no qual o padrão tripartido atrás definido resultaria de um conjunto de requisitos laborais, considerados como stressores, sobretudo os que são de natureza interpessoal.

O Burnout aparece anos após ter começado a trabalhar, e há artigos a referenciar sintomas físicos e comportamentais, que se caracterizam por exaustão, fadiga, incapacidade em permanecer calmo e responder com rapidez, sofrendo frequentemente de dores de cabeça e sintomas gastrointestinais. Quanto à parte comportamental, a pessoa fica rapidamente irritada e frustrada, chora facilmente, pode sentir-se sobrecarregada e o pensamento ficar rígido e inflexível. Despende um número crescente de horas de trabalho, e sente-se cada vez menos realizada (Barros, 1998).

profissionais de saúde e no papel protector da satisfação profissional nesta situação.

### Bibliografia:

- FUNDAÇÃO EUROPEIA PARA A MELHORIA DAS CONDIÇÕES DE VIDA E TRABALHO. COMISSÃO EUROPEIA - Stress lié au travail. Euro Revue. 21 (1997)74 pag.
- Frade, D. – Stress em emergência média pré-hospitalar (INEM). Lisboa, ENSP, 1998. Dissertação apresentada no âmbito do curso de Medicina do Trabalho ministrado na Escola Nacional de Saúde Pública.
- Mcintyre, T. – Stress e os profissionais de saúde: os que tratam também sofrem. Análise Psicológica. 2-3XII (1994) 193-200.
- Santos, V. – Efeitos resultantes dos factores psicossociais em profissionais de saúde: stress e Burnout. Coimbra: Universidade de Coimbra, 2004.
- Teixeira, J.M. – Burnout ou a síndrome de exaustão. Porto: Universidade do Porto, 2002.
- Uva, A.S; Faria, M. – riscos ocupacionais em hospitais e outros estabelecimentos de saúde. Lisboa: Sindicato Independente dos Médicos. Federação Nacional dos Médicos, 1992. ■

DR.<sup>a</sup> VÂNIA MARTINS  
Responsável pelo Serviço  
de Saúde Ocupacional  
Hospital de Egas Moniz

## Um indicador de Qualidade dos cuidados de enfermagem

# Ocorrência de úlceras de pressão

O Hospital de Egas Moniz (HEM) desenvolve há nove anos um projecto de qualidade que pretende minimizar e quantificar a ocorrência de úlceras de pressão. No ano de 2005, cerca de 99,6% dos doentes que desenvolveram úlceras, foram considerados doentes de risco, avaliado pela escala de NORTON. Cerca de 82% dos doentes que desenvolveram úlceras de pressão, apresentavam-nas à data da admissão no HEM, desenvolvendo-as após a admissão 29% dos doentes com úlceras pois alguns acumularam as duas situações (51 doentes). O número de úlceras notificadas foi de 1124 (2003 = 899; 2004 = 987). Predominam as localizações na região sagrada (23%), região dos calcâneos (25%), e trocanteriana (18%), à semelhança de estudos internacionais.

A presença de úlceras de pressão é habitualmente considerada um indicador de deficientes cuidados de enfermagem.<sup>(1,2)</sup>

Estados Unidos da América, sendo a segunda razão mais comum para readmissão hospitalar.<sup>(9)</sup>

Nos Estados Unidos, estima-se que 11% dos doentes hospitalizados têm úlceras de pressão.

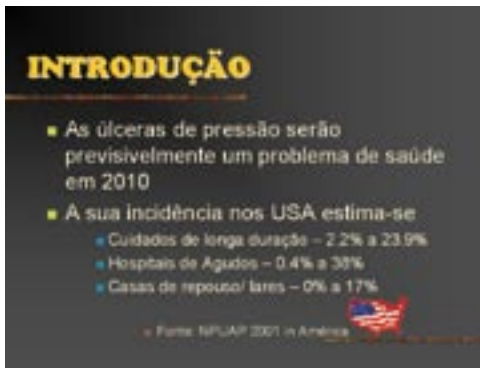
A ausência de registos que permitam comprovar a concretização das directivas recomendadas, assim como a ocorrência de úlceras, conduz a penalizações para profissionais e instituições.<sup>(4)</sup>

pressão através de preenchimento de um impresso de registo individual entregue na DSE após a alta do doente.

No ano de 2005, foram notificados pela maioria dos serviços 1608 doentes para estudo de incidência de úlceras de pressão (12.9% do total de saídos nos referidos serviços no mesmo período).

Destes 1608 doentes, 1602 (99,6%) foram considerados doentes de risco, avaliado pela escala de NORTON. São considerados de risco os doentes com valores < 14. A média na nossa população de doentes com úlceras foi de 8.6. O número de doentes que apresentou úlcera de pressão foi de 475, o que representa 29,7% do total de doentes de risco. Destes 475 doentes, 137 desenvolveram todas ou algumas úlceras na instituição, decorrendo deste facto uma incidência institucional de 8,6%.

A média de idades rondou os 76 anos. A duração média do internamento foi de 25,6 dias. Nos



Tecnicamente, as úlceras de pressão são áreas localizadas de isquémia tecidual que se desenvolvem quando os tecidos são comprimidos entre o osso e uma superfície externa dura, por um considerável período de tempo<sup>(3,4,5)</sup>

A sua existência, para além do sofrimento que acarreta ao doente, traduz-se num aumento do tempo em cuidados de enfermagem, prolongamento da estadia do doente, aumento da morbilidade e eventualmente mortalidade quando ocorre bacteriémia<sup>(1,6,7)</sup>

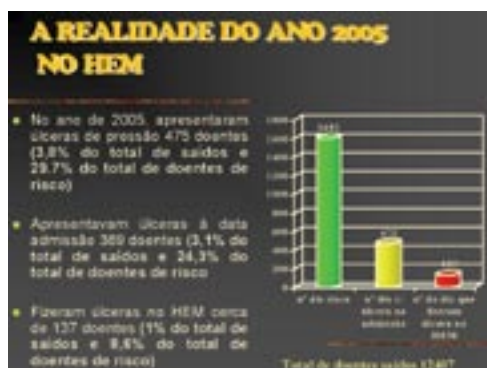
Os custos do tratamento de uma úlcera de pressão foram calculados em 2.5 vezes o custo de prevenir a sua ocorrência.<sup>(8)</sup>

A ocorrência de úlceras de pressão é um dos indicadores de qualidade utilizados nos

## OCORRÊNCIA DE ÚLCERAS DE PRESSÃO

Na nossa instituição há já nove anos que tentamos quantificar o problema. As medidas introduzidas passaram pela:

- **elaboração de protocolos de prevenção e tratamento;**
- **introdução da previsão do risco;**
- **inclusão desta temática na formação em serviço e na orientação diária dos enfermeiros;**
- **notificação de todas as situações de risco e de presença de úlceras de**



# em doentes hospitalizados



USA estimou-se um aumento entre 4 a 17 dias na estadia dos doentes com úlceras.<sup>(13)</sup>

Dos 389 doentes com úlceras à entrada, a maioria foi admitida pela Urgência.

O número de doentes que no final do internamento apresentavam úlceras foi de 336 doentes. Cerca de 138 doentes (29% do total de doentes com úlceras) curaram as úlceras de pressão desenvolvidas.

Foram notificadas 1124 úlceras de pressão o que evidencia a situação de multiescaras em muitos doentes. Um estudo em 1996 na Bélgica evidenciou que 27% dos doentes tinham multiescaras. Verificamos ainda que 81% das úlceras notificadas ocorreram antes da entrada dos doentes na nossa Instituição, em especial para os serviços de Medicina. Cerca de 19% das úlceras ocorreram já na Instituição, sendo os serviços de Medicina os mais penalizados.

Predominaram as localizações na região sagrada (23% dos casos), região dos calcaneos (25%) e trocanteriana (18%). Estas localizações são idênticas às encontradas em estudos americanos e europeus.<sup>(2,23,24)</sup>

Nas situações ocorridas na instituição as localizações são idênticas às ocorridas previamente.

À altura do 1º registo as úlceras de pressão distribuem-se pelo estádio I (sinais precursoros) em 36% dos casos; estádio II (solução de continuidade superficial) em 37% dos casos; estádio III (úlceras profundas que se estende até à fascia mas sem a atravessar) em 16% e no estádio IV (úlceras extensas, profundas que se pode estender até ao osso) em 11%. Salienta-se a elevada frequência de úlceras que entram na instituição já no estádio III e IV.

A evolução das úlceras caracterizou-se pela situação de melhorado em 36% dos casos (com 328 úlceras curadas); estabilizado em 44% dos casos e deteriorado em 20% dos casos. ■

**REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

- 1) Agostini, Joseph V. – *Prevention of pressure ulcers in older patients*, chapter 27, Yale University Schools of Medicine and Public Health.
- 2) Holtzer, L. et al – *A national continuous quality implementation program in the prevention of pressure sores in EPUAP* – Abstracts from the first EPUAP Open Meeting.
- 3) Pressure Ulcers - Wound Care Information Network.
- 4) Lyder, Courtney H., ND – *Pressure ulcer prevention and management*, Jama - 2003, vol. 289, nº 2, January 8, p. 223-226.
- 5) Bliss, Mary – *Medical management of pressure ulcer*, European Pressure Ulcer Advisory Panel, 2001 (EPUAP 2001).
- 6) Warren J. *Outcomes from a heel pressure ulcer prevention program – 1997*.
- 7) Revis Jr, Don R.; Caffee, H. Hollis – *Pressure ulcers, nonsurgical treatment and principles*.
- 8) Byrne, Colene – *Focus on Pressure Ulcers, Equip for Quality*, vol. 1, nº 2.
- 9) 2002 Ducker, Angela – *Pressure ulcers: assesment, prevention and compliance*, The Case Manager, July / August, 2002.
- 10) National Pressure Ulcer Advisory Panel. Cuddigan, J.; Ayello, E.A.; e Sussman. *C Pressure Ulcers in America: Prevalence, incidence and implications for the future*, available at <http://www.npuap.org>.
- 11) Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas crónicas – *Directrices para la elaboracion de indicadores epidemiológicos sobre las úlceras por presión*. Spain, available at [webmaster@gneanpp.org](mailto:webmaster@gneanpp.org)
- 12) Gunningberg, Lena et al – *Is documentation of pressure ulcer care still a problem – 3.º EPUAP Open Meeting*.
- 13) Allman RM et al – *Pressure ulcers, hospital complication and disease severity: impact on hospital costs and length of stay*. Adv. Wound Care, 1999; 12: 22-30.



ENF. SUPERVISORA ISABEL GASPAR  
E ENF. CHEFE ISABEL SANTOS  
Hospital de Egas Moniz

## Conselho de Administração nomeia administradores e gestores para os departamentos e serviços de acção médica

O conselho de administração nomeou recentemente os administradores e gestores hospitalares que passarão a dar apoio aos departamentos e serviços médicos numa nova filosofia que pretende servir de base a um novo modelo de gestão intermédia. O trabalho que os directores de departamento e de serviço irão encetar em conjunto com os administradores e gestores hospitalares é da maior

importância para os novos modelos de gestão intermédia que se pretende criar a nível dos serviços clínicos, responsabilizando mais as chefias perante os resultados, quer de produção, quer de qualidade. Alguns destes departamentos e serviços poderão, no futuro, evoluir para centros de responsabilidade numa lógica de natureza mais empresarial e logo que estejam criadas as condições para o efeito.

## Pisos 2 e 3 do HSFX iniciam obras de remodelação

Iniciaram-se no passado dia 1 de Agosto os trabalhos com vista à remodelação do piso 2 e 3 no edifício 1 do Hospital de São Francisco Xavier (HSFX). Trata-se de uma obra fundamental para alojar o novo Serviço de Medicina IV do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental (CHLO) e os Serviços de Ortopedia e Hematologia que serão transferidos do Hospital de Egas Moniz (HEM). O atraso no início das obras deveu-se à necessidade de elaborar os projectos necessários para dotar estes novos serviços com a energia eléctrica produzida a partir da nova central de cogeração que já assegura essa mesma energia ao novo edifício, com a poupança que significa em termos futuros para o CHLO. A entrada em funcionamento no final do corrente ano dos novos serviços, juntamente com o significativo aumento em número de camas de medicina interna no HEM, irá permitir encerrar as 41 camas que ainda se encontram alugadas ao exterior e acabar de vez com os constrangimentos e a sobrecarga de doentes que tem sido uma constante no serviço de urgência, desde há vários anos.

## Egas Moniz irá ser dotado de hospital de dia de especialidades médicas

À semelhança do que já acontece nos Hospitais de Santa Cruz e de São Francisco Xavier, neste recentemente inaugurada, também o Hospital de Egas Moniz (HEM) irá brevemente ser dotado de uma área para observação de doentes não programados com ligação ao hospital e que não tenham razões clínicas suficientemente graves que justifiquem constantes idas ao banco de urgência. Numa lógica moderna de gestão da doença crónica e melhoria da qualidade dos cuidados prestados, de melhoria da relação do doente com o seu médico assistente e o seu hospital, mas também de contenção de custos

desnecessários que frequentemente acontecem quando os doentes com patologias crónicas têm de recorrer ao serviço de urgência, esta filosofia de observação de doentes com descompensações clínicas de pequena a média gravidade, é também determinante para a melhoria do grau de satisfação dos doentes e para a humanização dos serviços. Com esta medida o conselho de administração pretende também resolver de vez o problema das chamadas consultas de piso, que encham constantemente os serviços com a inevitável desorganização e perturbação do trabalho médico e de enfermagem que provocam.

## Egas Moniz dotado de uma nova unidade de cuidados intensivos

Até finais de Setembro será inaugurada a nova unidade de cuidados intensivos gerais do Hospital de Egas Moniz (HEM). Trata-se de uma moderna unidade que muito irá contribuir para a melhoria dos cuidados de saúde prestados à população servida pelo Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental (CHLO), numa vertente tão importante como é a dos

doentes em situação clínica crítica. Também no Hospital de São Francisco Xavier se trabalha já no projecto que irá proporcionar a construção de uma nova unidade de cuidados intensivos. Com a sua construção encerrar-se-á o ciclo de modernização das unidades de cuidados intensivos das três unidades hospitalares que constituem o CHLO.

HOSPITAL DE EGAS MONIZ

# Agradecimento

**N**o próximo mês de Dezembro estarão decorridos quinze anos que o signatário se submeteu a uma Pneumotomia, na sequência da aparição de um tumor maligno de 4x4 cm, no pulmão direito.

A doença foi detectada pelo ilustre Cirurgião Dr. J. A. Sena Lino.

Este ilustre médico aconselhou-me a procurar em Londres o seu colega Cirurgião, Dr. Peter Goldstraw, o qual em boa hora me operou, pois já cá ando há quase 15 anos.



Regressado a Lisboa, e durante este tempo todo, não dispensei os cuidados do Dr. J. A. Sena Lino.

Todavia, com a idade, em Outubro totalizo 74 anos, as queixas de “falta de ar” e “cansaço” eram cada vez mais intensas.

Até que, há cerca de dois meses e após consulta de rotina o Dr. Sena Lino me recomendou uma consulta para a Sr.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Cristina, ilustre Pneumologista desse Hospital.

Após os respectivos exames à minha capacidade de respiração e ainda à respectiva medicação, prescreveu também, tratamentos de Fisioterapia e, sem mais delongas, comunicou telefonicamente com a terapeuta, Sr.<sup>a</sup> D<sup>a</sup> Fátima Cunha.

E é aqui a origem desta missiva!

Durante 15 anos frequentei quatro Centros de Fisioterapia

a expensas minhas, onde todas as terapeutas eram oriundas da prestigiada Escola de Alcoitão.

Todavia, não existe comparação possível com os tratamentos agora ministrados e os então realizados. Acredite V. Ex.<sup>a</sup> que não existe qualquer tipo de “boa vontade” para com a fisioterapeuta Fátima Cunha ou qualquer das suas colegas.

Por norma sou, como todos os portugueses, muito “crítico” aos serviços que me são prestados, nomeadamente, nos serviços públicos.

Mas por imperativo de consciência, tenho de vir à presença de V. Ex.<sup>a</sup>, para testemunhar a competência, zelo, profissionalismo, dedicação e carinho que a terapeuta, Sr.<sup>a</sup> D<sup>a</sup> Fátima Cunha, me tem vindo a dispensar e vejo dispensar a outros pacientes.

E, não é caso único naquele serviço, pois vejo igual empenho e qualidades nas suas colegas que naquele serviço prestam assistência a outros doentes com padecimentos noutras áreas.

As minhas melhoras são tão evidentes que as pessoas que comigo habitualmente contactam ficam admiradas com a recuperação do meu estado de saúde.

Conclui-se, Senhor Director, que os Serviços de Fisioterapia do Hospital de Egas Moniz são, simplesmente, fantásticos.

Se em todos os sectores deste Hospital os serviços e cuidados forem prestados com a mesma competência, zelo, profissionalismo, dedicação e carinho revelado pelo Serviço de Fisioterapia, está V. Ex.<sup>a</sup> de parabéns, bem como todos os clínicos e demais pessoal que nele trabalha, e esta será a maior homenagem que pode ser dada ao prestigiado médico e cientista que deu nome a esse hospital.

Expresso, desta forma, os meus sinceros agradecimentos pelos excelentes serviços de fisioterapia que até ao momento me têm sido prestados.

Perdoe-me V. Ex.<sup>a</sup> o tempo que lhe tomei.

Com os melhores cumprimentos,  
*Eduardo Artur da Costa Martins*

2	0	0	6		
S	T	Q	Q	S	S
		1	2	3	4
5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22
23	24	25	26	27	28
29	30	31			

## CURSOS / JORNADAS / SEMINÁRIOS

18 Setembro a 20 Outubro 2006

### I CURSO PÓS GRADUADO DE APERFEIÇOAMENTO – ASPECTOS PRÁTICOS DA INVESTIGAÇÃO CLÍNICA

**LOCAL:** Faculdade de Medicina de Lisboa  
**INSCRIÇÕES:** até 11 Setembro  
**SECRETARIADO:** 21 798 51 49  
[www.fm.ul.pt/IMP/APIC](http://www.fm.ul.pt/IMP/APIC)

19 Outubro 2006 a 13 Janeiro 2007

### CURSO DE FORMAÇÃO AVANÇADA EM INFEÇÃO RELACIONADA COM CUIDADOS DE SAÚDE

**LOCAL:** Instituto de Ciências da Saúde Universidade Católica Portuguesa  
**SECRETARIADO:** 21 721 41 47  
[www.ics.lisboa.ucp.pt](http://www.ics.lisboa.ucp.pt)

27 Setembro 2006

### 2<sup>AS</sup> JORNADAS DE SEGURANÇA DO TRABALHO DO CENTRO HOSPITALAR DE COIMBRA

**LOCAL:** Auditório do Hospital de Covões  
**SECRETARIADO:** 93 872 72 60 / 93 872 72 59  
[www.revistaseguranca.com](http://www.revistaseguranca.com)

20 e 21 Outubro 2006

### 3<sup>AS</sup> JORNADAS DE ENFERMAGEM DO HOSPITAL DE SANTARÉM

**LOCAL:** Auditório da Estação Zoológica Nacional Fonte Boa – Vale de Santarém  
**SECRETARIADO:** 21 430 77 40  
**E-MAIL:** [congressos@factorchave.pt](mailto:congressos@factorchave.pt)

29 e 30 Setembro 2006

### SEMINÁRIO: VOZ PATOLÓGICA

**LOCAL:** Grande Auditório da Egas Moniz, Cooperativa de Ensino Superior, CRL – Monte da Caparica  
**SECRETARIADO:** 21 294 67 67 /82/06  
**E-MAIL:** [caem@egasmoniz.edu.pt](mailto:caem@egasmoniz.edu.pt)

21 e 22 Outubro 2006

### III CONGRESSO DAS CIÊNCIAS E TECNOLOGIAS DA SAÚDE – Choque tecnológico da Saúde

**LOCAL:** Auditório da Faculdade de Ciências da Saúde da UBI  
**SECRETARIADO:** 96 766 32 22  
**E-MAIL:** [100ciencia@gmail.com](mailto:100ciencia@gmail.com)  
[www.100ciencia.pt](http://www.100ciencia.pt)

## DIPLOMAS / PÓS-GRADUAÇÕES

Setembro a Dezembro 2006

### DIPLOMA DE ESPECIALIZAÇÃO EM REENGENHARIA DE PROCESSOS (DERP)

**LOCAL:** Instituto Nacional de Administração (INA) de Oeiras, Palácio Marquês de Pombal, 2780 Oeiras  
**SECRETARIADO:** 21 446 54 16  
**E-MAIL:** [sec.cursos.oeiras@ina.pt](mailto:sec.cursos.oeiras@ina.pt)  
[www.ina.pt](http://www.ina.pt)

Outubro 2006 a Fevereiro 2007

### DIPLOMA DE ESPECIALIZAÇÃO EM COMUNICAÇÃO E MARKETING PÚBLICO (DECOMP)

**LOCAL:** Instituto Nacional de Administração (INA) de Oeiras Palácio Marquês de Pombal, 2780 Oeiras  
**SECRETARIADO:** 21 446 54 67  
**E-MAIL:** [teresa.potier@ina.pt](mailto:teresa.potier@ina.pt)  
[www.ina.pt](http://www.ina.pt)

Outubro 2006 a Janeiro 2007

### DIPLOMA DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO PELA QUALIDADE TOTAL NA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA (DEQUAL)

**LOCAL:** Instituto Nacional de Administração (INA) de Oeiras, Palácio Marquês de Pombal, 2780 Oeiras  
**SECRETARIADO:** 21 446 54 60  
**E-MAIL:** [isabel.tavares@ina.pt](mailto:isabel.tavares@ina.pt)  
[www.ina.pt](http://www.ina.pt)

16 Outubro 2006 a Junho 2007

### PÓS-GRADUAÇÃO EM CUIDADOS CONTINUADOS

**LOCAL:** Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz  
**SECRETARIADO:** 21 294 67 00/6  
**E-MAIL:** [posgraduacoes@egasmoniz.edu.pt](mailto:posgraduacoes@egasmoniz.edu.pt)