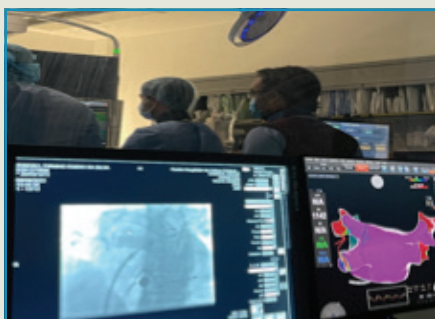




O Centro de Responsabilidade Integrado da Obesidade do CHLO

CHLO/HSC realiza tratamento pioneiro por eletroporação



Um ano de tecnologia UVD ao serviço da prevenção da infeção nosocomial



O Serviço Social e as Readmissões Hospitalares de pessoas idosas no Serviço de Urgência Geral do HSFx



Telefones úteis

Índice

- 03** Editorial
- 04** Projeto de Intervenção no Planeamento de Altas
- 05** O Centro de Responsabilidade Integrada de Obesidade do CHLO
- 06** XVI Jornadas de Endocrinologia de Lisboa Ocidental
- 07** Um ano de Tecnologia UVD ao serviço da Prevenção da Infecção Nosocomial
- 08** CHLO/HSC realiza tratamento pioneiro por eletroporação
- 10** O Serviço Social e as Readmissões Hospitalares de pessoas idosas, no Serviço de Urgência Geral do Hospital São Francisco Xavier
- 12** Quão estreita é a linha que separa a vida da morte
- 13** Breves
- 16** Agenda do Centro

HOSPITAL DE EGAS MONIZ

Rua da Junqueira, 126 – 1349-019 Lisboa

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

HOSPITAL DE SANTA CRUZ

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

Informações gerais/Apoio ao Internamento	210433001/2
Consulta Externa – Marcações 1ª vez	210433005
Consulta Externa – Marcações subsequentes	210433178
Consulta de Arritmologia	210433216
Cirurgia Ambulatória	210433036
Unidade de Hemodiálise	210433099/100
Unidade de Hemodinâmica Cardíaca	210433069
Unidade de Transplantação Renal	210433224
Gabinete de Comunicação e Imagem	210433145

HOSPITAL DE SÃO FRANCISCO XAVIER

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

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

Gabinete do Cidadão do CHLO

Contactos

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

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

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

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

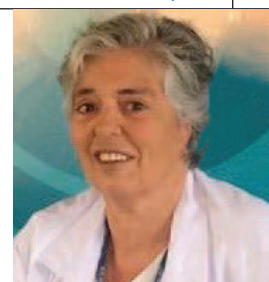
Ficha Técnica

Propriedade: Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, E.P.E. | Estrada do Forte do Alto do Duque, 1449-005 LISBOA
Telefone: 21 043 10 00 – Fax: 21 043 15 89 | Diretora: Rita Perez | Coordenação e Revisão: Alexandra Flores
Edição: Alexandra Flores e Helena Pinto | **Redação e Fotografia:** Alexandra Flores, Débora Rodrigues, Helena Pinto, Miguel Cabrita e Rosa Santos | **Distribuição:** Serviço de Comunicação e Imagem | **Conceção Gráfica e Impressão:** Seleprinter, Lda. | **Tiragem:** 3000 exemplares | ISSN: 1646 – 379X | **Depósito Legal:** 238539/06



Rita Perez

Presidente do Conselho de Administração



A ideia de que o Mundo poderia sair melhor após a pandemia foi acalentada por todos os que trabalhamos na Saúde. Foram dois anos de enormes exemplos de comunicação de ciência, de partilha de conhecimento, de solidariedade, de lições para como fazer, dizer, cuidar, ajudar e tratar doentes e famílias, de como dividir tarefas, dividir estruturas para poder tratar todos, de como aprender depressa o básico e adaptar-se, enfim muitas lições que se produziram durante dois anos e que nos serviram para ver melhor a nossa capacidade plástica, a nossa adaptabilidade, o nosso conhecimento e avaliar a nossa vontade.

Os Cuidados de Saúde Primários foram mobilizados para a vacinação em massa da população “livre” ou institucionalizada, mobilizados para falar com os doentes, acompanhar a doença no domicílio, utilizar as novas tecnologias de comunicação direta, suportar a saúde pública. Agora estão e devem estar a abrir as portas dos seus Centros de Saúde para que voltem os doentes aos seus médicos, para uma relação médico doente que se baseia e sempre implicou, olhar, ver, observar, palpar, ouvir, falar e conversar, o que só pode ser feito frente a frente e lado a lado.

Os hospitais, e o CHLO em particular, mobilizou-se por inteiro, mudaram-se e “inventaram-se” enfermarias e Unidades de Cuidados Intensivos, circuitos para doentes Covid e não Covid, para doentes oncológicos, para grávidas, mudaram-se serviços, pessoas passaram a trabalhar fora do seu hospital, acrescentaram-se competências, protegeram-se alguns dos profissionais, estivemos alerta 24 horas, todos os dias. Tudo e todos durante dois anos. Trataram-se milhares de doentes Covid, e milhares de doentes não Covid, e nestes fazer procedimentos complexos, cirurgias diferenciadas, transplantes renais e de coração, tratar doentes oncológicos, ter a alegria de fazer partos nestes tempos, enfim ser hospitais de primeira linha organizados para tratar doentes que precisavam.

Foi ainda possível e reforçada a Investigação Científica Clínica, com mais estudos, com mais ensaios, com mais publicações. Manteve-se o ensino, ainda que também aqui e de um dia para o outro, foi preciso saber ensinar e aprender à distância, comunicar bem Medicina, num desafio enorme.

No fim destes dois anos precisamos de pensar, e fizemos um novo regulamento interno, tentamos aproximar ainda mais os 3 hospitais que compõe esta Unidade, serem complementares em tudo, robustecer áreas que nos suportam na atividade do dia a dia, melhorar a informação, a comunicação, investir em eficiência e qualidade, enfim projetar o futuro.

O corolário de 2 anos de pandemia, e ainda não da pandemia ela própria, não deveria nem poderia ser uma Guerra na Europa, que é estúpida e cruel, e que não nos deixa espaço para saber como “habitar o futuro”. Temos esperança em habitá-lo em paz, continuando o trabalho de todos, cabendo a cada um essa construção do CHLO e da paz que queremos no dia a dia.

Bem hajam.

Projeto de intervenção no planeamento de altas

Ganhos em saúde e contributos para a qualidade dos cuidados

As crescentes exigências que se colocam às Instituições de Saúde referentes à avaliação do seu desempenho, o envelhecimento da população que servimos, com um maior grau de dependência funcional e a maior complexidade das situações clínicas aliados a factores sociais como seja a ausência de suporte familiar e a carência de apoios na comunidade, tornam imperativo um planeamento de altas atempado que vise identificar precocemente possíveis constrangimentos. Assim, torna-se necessário um maior investimento dos profissionais hospitalares na capacitação dos recursos familiares e na articulação atempada com os Cuidados de Saúde Primários.

Evolução do Projeto de Planeamento de Altas

Em 1998 criou-se um programa de ensino ao familiar do doente dependente com alta para domicílio, assim como a elaboração de folhetos de apoio na educação para a saúde. Este projeto tem perdurado até aos dias de hoje, contribuindo para uma maior articulação entre as equipas de enfermagem hospitalar e as equipas de cuidados de saúde primários. A informação é um dos recursos mais importantes de qualquer organização. Neste campo a eficácia da comunicação entre o hospital e a comunidade foi um marco decisivo.

Projeto de planeamento de altas

O planeamento de alta tem início na admissão do doente, idealmente até às 72h após admissão e divide-se em 4 fases:

- Conhecimento das necessidades do doente (auto-cuidados afetados)
- Desenvolvimento do plano de cuidados
- Identificar suporte familiar/social (entrevista)
- Requerer serviço social para mobilização de recursos na comunidade



- Agendamento de sessões de ensino
- *Follow up* pós alta

Este é um processo interdisciplinar que envolve o doente, familiar de referência, equipa médica, equipa de enfermagem e serviço social. Um bom planeamento é fundamental para reduzir o tempo de internamento, o número de readmissões, bem como para assegurar o sucesso da reintegração dos doentes e suas famílias.

O *follow up* é um questionário efetuado pelo enfermeiro de referência do doente entre o 5º e 10º dia após alta. Tem como objetivo avaliar o impacto do planeamento das intervenções, identificar novas e possíveis necessidades e também compreender a efetividade e a eficiência do processo de alta.

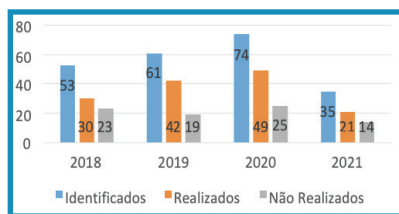


Gráfico 1: Follow up Telefónico (dados referentes até Agosto de 2021)

A avaliação que fazemos do projecto de planeamento de altas é positiva e em tempos pandémicos foi curioso perceber o aumento significativo de ensinos e respetivos *follow ups*. Constatámos também que o cuidador é, na sua maioria, representado pelos filhos, uma vez que os nossos utentes e cônjuges são, na sua generalidade, pessoas com idade avançada e, nalguns casos, também com algum grau de dependência.

As áreas de ensino mais abordadas são os cuidados ao doente dependen-

te, cuidados com dispositivo de alimentação e de eliminação.

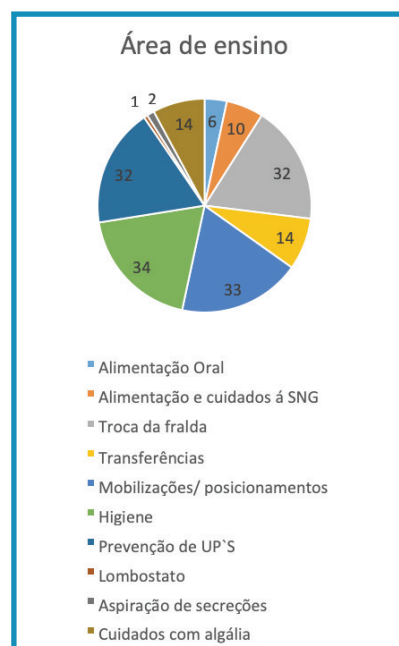


Gráfico 2: Áreas de ensino 2020

Na sua globalidade o feedback transmitido pelo *follow up* é positivo, sendo que na nossa amostra, a maioria manifestou-se totalmente satisfeito com os ensinos efetuados. Concomitantemente, verificou-se que os ensinos realizados são eficazes, pela constatação de que as famílias não referem necessidade de reforço dos mesmos.

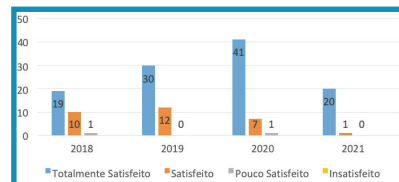


Gráfico 3: Grau de satisfação

Em jeito de conclusão, consideramos que este projeto impulsiona uma maior articulação interdisciplinar, maior gratificação profissional e maior reconhecimento do papel do enfermeiro, quer por parte das famílias quer por parte de outros profissionais.

Enfa Patricia Costa,
Enfa Patricia Ramos, Enfa Rosa Azemel,
Enf. Sérgio Bacelo, Enfa Vera Duque

O Centro de Responsabilidade Integrado da Obesidade do CHLO

A 23-03-2022 foi aprovado pelo Conselho de Administração do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, E.P.E. (CHLO) o Centro de Responsabilidade Integrado da Obesidade (CRI-O).

A obesidade foi considerada pela Organização Mundial da Saúde como um dos principais problemas de saúde pública da atualidade, sendo uma doença crónica, progressiva e com um risco elevado de aparecimento de outras doenças crónicas, conduzindo a alta taxa de mortalidade e morbilidade e acarretando elevados custos aos serviços de saúde.

O Programa de Tratamento Cirúrgico da Obesidade (PTCO) foi criado em 2009 procurando garantir o acesso atempado do doente com obesidade grave à necessária prestação de cuidados através da avaliação e posterior seguimento por uma equipa multidisciplinar por um período de tempo nunca inferior a três anos.

Passada mais de uma década da implementação do referido programa, as respostas do SNS ao tratamento cirúrgico da obesidade continuam insuficientes, o que se traduz no sistemático não cumprimento dos tempos máximos de resposta garantidos quer para consultas quer para cirurgias.

A Unidade de Tratamento Cirúrgico da Obesidade do CHLO, criada em 2009 após a publicação do PTCO, enfrentou, ao longo dos anos, várias dificuldades que se traduziram em tempos de espera para cirurgia progressivamente mais elevados.

Se por um lado a pandemia COVID-19 veio demonstrar a elevada vulnerabilidade do doente com obesidade grave, por outro lado, no CHLO, conduziu a um agravamento do atraso no tratamento destes doentes.

Tendo como base o “princípio” dos Centros de Responsabilidade Integrados (CRI): “... estruturas orgânicas de gestão intermédia que visam potenciar os resultados da prestação de cuidados de saúde,

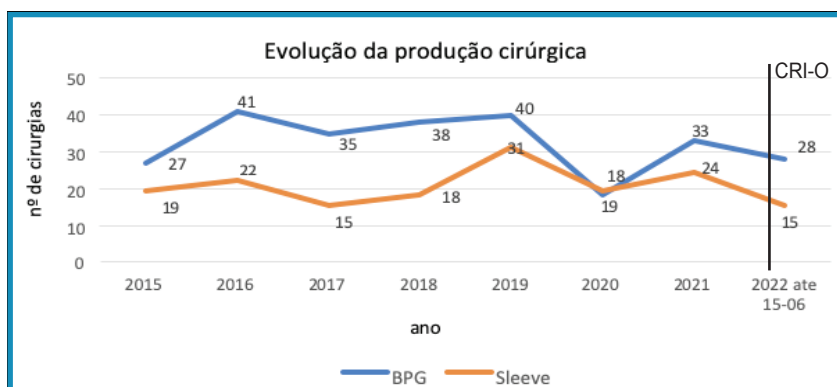


Gráfico 1

Número de doentes operados:

	2018	2019	2022
de 23-03 a 15-06	19	14	34

Quadro 1

melhorando a acessibilidade dos utentes e a qualidade dos serviços prestados, aumentando a produtividade dos recursos aplicados, contribuindo, para uma maior eficácia e eficiência” surgiu a ideia de criação do CRI-O no CHLO de forma a rentabilizar a Unidade existente, contribuindo para a melhoria da resposta, melhoria do acesso, melhoria da continuidade de cuidados e um aumento de compromisso para com os resultados alcançados dos utentes.

O CRI-O é constituído por uma equipa multidisciplinar baseada na equipa que constituía a anterior Unidade, mantendo elementos das especialidades de Cirurgia Geral, Endocrinologia, Medicina Interna, Nutrição e Dietética, Psicologia e Cirurgia Plástica. Foram incluídos no CRI-O elementos de Anestesiologia e ainda uma equipa de enfermagem a nível da Consulta Externa, Bloco Operatório e Internamento.

A equipa propôs-se voluntariamente a aderir a um modelo de organização orientado por objetivos negociados, transparência de processos, responsabilização das partes por um projeto comum e que reconhece e premeia o desempenho coletivo e individual.

Ao abrigo do livre acesso e circulação de utentes no SNS, utentes de qualquer

área de referência podem ser inscritos para intervenção no âmbito do CRI-O, através da referenciação para a consulta de Avaliação Multidisciplinar para Tratamento Cirúrgico da Obesidade (AMT-CO) provenientes das USL, de consultas de outras especialidades, dos vários serviços de internamento ou do serviço de urgência.

Pretendemos com o CRI-O aumentar, no primeiro ano, a produtividade cirúrgica em cerca de 100%. Comparando os números de cirurgias no período de existência do CRI-O com os de períodos homólogos nos anos anteriores à pandemia verificamos que este objetivo está a ser atingido.

Este ano a comemoração do Dia Nacional da Luta Contra a Obesidade no CHLO foi já da responsabilidade do CRI-O, através da realização de exposições a nível dos 3 hospitais que constituem o CHLO e com distribuição de folhetos e ações de sensibilização de utentes no HSFx e no HEM.

Dra. Helena Contente
Assistente Hospitalar Graduada de
Cirurgia Geral
Hospital de São Francisco Xavier
Diretora do Centro de Responsabilidade Integrado da Obesidade do CHLO, EPE

XVI Jornadas de Endocrinologia de Lisboa Ocidental

As XVI Jornadas de Endocrinologia de Lisboa Ocidental realizadas a 26 e 27 de maio último marcam o tão desejado regresso aos encontros presenciais, após os sucessivos adiamentos por conta de uma pandemia mundial. Decorreram no Instituto de Higiene e Medicina Tropical e foram essencialmente dirigidas aos médicos que trabalham na área de influência do CHLO e contaram com a colaboração preciosa de distintos endocrinologistas de todo o país. Registamos com especial alegria a contribuição de muitos endocrinologistas formados no CHLO nas últimas décadas e que agora trabalham noutras unidades hospitalares. Foi com alegria que nos reencontrámos, destacando naturalmente as presenças dos anteriores diretores do Serviço, Carlos Vasconcelos e Machado Saraiva.

Com estas Jornadas e, como já é habitual, pretendemos enaltecer e promover a investigação clínica na área da endocrinologia e diabetes contribuindo para a formação de todos os profissionais envolvidos através da partilha de conhecimentos e experiências. A integração dos cuidados de saúde é um desafio em aberto e uma preocupação, que iniciativas como esta que aproximam diversos profissionais, podem ajudar a desenvolver. Pessoas com doenças não transmissíveis com múltiplas patologias, mais



ou menos frágeis, idosos, com enquadramento familiar ou social mais ou menos limitado, são as que procuramos cuidar no dia a dia, atempadamente, segundo as melhores práticas e com toda a humanidade.

É longa a tradição multidisciplinar destas jornadas, em que se debatem temas transversais, quer à endocrinologia, quer a todas as outras especialidades médicas, não descurando os cuidados de enfermagem e dos diversos técnicos de diagnóstico e terapêutica que prestam assistência aos nossos doentes. Isto mesmo foi sublinhado pela Presidente do Conselho de Administração, Dra. Rita Perez, nas palavras que dirigiu aos participantes, presentes na sessão de abertura das Jornadas.

O programa científico que construímos, incluiu temáticas alargadas nas áreas da Patologia da Tireoideia, Patologia da Hipófise, Endocrinologia e Sexologia, Endocrinologia Pediátrica, Diabetes Mellitus e suas Complicações e a Multidisciplinaridade em Endocrinologia. Contou ainda com um simpósio patro-



cinado, um curso Pré-congresso sobre a Terapêutica da Diabetes Mellitus Tipo 2, a discussão de vários casos clínicos com os colegas da ACEs na perspetiva de debatermos normas de referência e acessibilidade. Também foram apresentados 19 trabalhos originais sob o formato de e-posters. Foram atribuídos 2 prémios monetários ex-equos que ilustram a qualidade dos trabalhos apresentados e dão testemunho das dificuldades do Júri em eleger apenas um. Foram escolhidos uma casuística (Síndrome de Klinefelter: fatores que influenciam alterações da densidade mineral óssea) e uma auditoria de qualidade (Prescrição de terapêuticas injetáveis em combinação com terapêuticas orais no tratamento da diabetes mellitus - melhoria contínua da qualidade).

Pensamos que as XVI Jornadas de Endocrinologia de Lisboa Ocidental alcançaram as expectativas, de participação e qualidade das apresentações. Vamos trabalhar para que em 2024 as XVII possam superar as agora realizadas.

Dr. João Sequeira Duarte
Diretor do Serviço de Endocrinologia
do CHLO

XVI Jornadas
ENDOCRINOLOGIA
de Lisboa Ocidental
IHMT | Universidade Nova de Lisboa
25-27 MAIO 2022

CURSO DE NUTRIÇÃO
WORKSHOP - A TERAPÊUTICA
DA DIABETES MELLITUS TIPO 2
UM MUNDO EM MUDANÇA

ORGANIZAÇÃO
Núcleo de Amigos do Serviço de Endocrinologia
do Hospital de Egas Moniz

COLABORAÇÃO
Serviço de Endocrinologia,
Diabetes e Metabolismo do
Hospital de Egas Moniz
CHLO, IFT
Diretor: João Sequeira Duarte

SECRETARIADO
INTEGRATED RESOLUTIONS
Lisboa: augusto.integratedresolutions.com
Tel: 96 95 71 777

CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA OCIDENTAL, IFT
HOSPITAL DE EGAS MONIZ

Um ano de Tecnologia UVD ao serviço da Prevenção da Infecção Nosocomial

A medida que os países emergem da pandemia COVID-19 é interessante analisar como se apresenta o novo, ou modificado, quotidiano das pessoas; voltarão aos seus escritórios a tempo inteiro? Haverá, em alguns sectores, uma nova preferência por horários mais flexíveis e híbridos (casa + escritório) de trabalho? As rotinas serão mais ou menos vinçadas? Teremos sido afetados na forma como nos relacionamos com os outros? E como se passa, no Hospital?

Estas e outras questões têm na base uma nova responsabilidade criada pelo risco de transmissão de um agente microbiológico, no caso, o SARS-CoV-2, intrinsecamente ligado com o ambiente. Em primeiro lugar, o vírus pode ser transmitido diretamente, quando pessoas infetadas tosem, espirram, e geram gotículas ou partículas aerossolizadas que atingem outra pessoa¹. Em segundo lugar, o vírus pode permanecer viável em superfícies (tendo capacidade de ser transmissível e causar doença) durante algum tempo², especialmente em ambientes com temperaturas mais frias³. Por conseguinte, pode ser transmitido, indiretamente, quando as mãos tocam



lação e treino, o robot ficou colocado no Bloco Operatório Central do Hospital de São Francisco Xavier. Com um ano de atividade, foram realizados mais de 70 ciclos de desinfecção, tendo-se tornado uma peça fundamental na rápida prontidão das salas operatórias. Enquanto uma desinfecção de uma sala de Bloco Operatório onde esteve um doente infetado pode demorar até 60 minutos, com este dispositivo UVD, a mesma sala demora cerca de 20 minutos a ficar operacional para outro doente.

“(...) a área da prevenção da infecção não é alheia a estes avanços conseguindo-se, com este robot, aliar eficácia e eficiência, com superior garantia de ambiente seguro, quer para doentes quer para profissionais.”

nas superfícies contaminadas e de seguida são levadas à boca, ao nariz ou aos olhos. Esta e outras cadeias de infeção são tidas em linha de conta, diariamente, no hospital. Como apresentado no último exemplo, o ambiente assume um papel de relevo na mitigação da infeção. Um dos desígnios do Grupo Coordenador Local de Prevenção e Controlo de Infeção e da Resistência aos Antimicrobianos (GCL-PPCIRA) é adotar medidas sinérgicas, de estrutura e de processo, tendo como objetivo principal, a segurança do doente. Com a pandemia COVID-19, os Estados e a própria União Europeia, desenvolveram esforços e lançaram projetos de apoio à prevenção e controlo da infeção. Neste seguimento, o GCL-PPCIRA do CHLO candidatou-se a um destes projetos e foi selecionado, tendo ganho um robot de desinfecção automática por raios UVD. Após os necessários requisitos de insta-

Assim, o robot de desinfecção automática por raios UVD tem sido considerado, pelos utilizadores, um facilitador no processo de desinfecção e na gestão de tempos de trabalho. Além disso, permite poupança de esforço das equipas, ficando estas disponíveis para outras tarefas.

Numa era onde a tecnologia assume cada vez maior destaque na Saúde, a área da prevenção da infeção não é alheia a estes avanços conseguindo-se, com este robot, aliar eficácia e eficiência, com superior garantia de ambiente seguro, quer para doentes quer para profissionais.

**Clara Carvalho
Catarina Conceição
GCL - PPCIRA**



1 World Health Organization: <https://www.who.int/news-room/q-a-detail/coronavirus-disease-covid-19-how-is-it-transmitted>

2 Kampf, G. et al. (2020) Persistence of coronaviruses on inanimate surfaces and their inactivation with biocidal agents. Journal of Hospital Infection.

3 Ratnesar-Shumate S, et al. (2020). Simulated sunlight rapidly inactivates SARS-CoV-2 on surfaces. The Journal of Infectious Diseases.

CHLO/HSC realiza tratamento pioneiro por eletroporação

Regresso ao futuro, *Back to the future*

A Unidade de Arritmologia do Serviço de Cardiologia do Hospital de Santa Cruz (HSC) introduziu, em Portugal e na Península Ibérica, a ablação de fibrilhação auricular com energia de eletroporação. O primeiro tratamento foi realizado a 6 de Junho 2022 e desde então foram tratados mais dez doentes.

Trinta e dois anos depois da primeira ablação efetuada em Portugal (1ª fulguração em Novembro de 1990 no HSC), volta a ser utilizada uma descarga elétrica para eliminar substratos arritmogénicos. A fulguração utilizava um desfibrilhador externo modificado e consistia numa descarga de 180J que passava da extremidade distal de um cateter multipolar colocado no coração, atravessava o miocárdio no local de origem da arritmia e dispersava-se numa placa metálica colocada no dorso do doente, eliminando assim o substrato arritmogénico.

A fulguração foi a primeira forma energética utilizada para tratar doentes com arritmias mantidas refratárias ao tratamento farmacológico e foi abandonada com o aparecimento da ablação com energia radiofrequência (RF).

A Ablação com RF tinha a vantagem de não necessitar de anestesia geral, porque não provocava fasciculação muscular e não tinha os riscos associados à deflagração provocada por um choque elétrico de alta energia.

Passados tantos anos fazemos um regresso ao futuro e voltamos a encontrar vantagens em fazer ablações com uma descarga elétrica modificada a que chamamos agora de **eletroporação**.

A **eletroporação** foi introduzida para tratar doentes com fibrilhação auricular.

A fibrilhação atrial (FA) é a arritmia cardíaca mantida mais frequente, ocorrendo em 2,5% da população. Aumenta o risco de acidente vascular cerebral e de insuficiência cardíaca, com redução significativa da capacidade funcional, da qualidade de vida e duplica a mortalida-

de. As guidelines europeias recomendam a ablação por cateter da FA em doentes sintomáticos, especialmente se refratários a medicamentos ou com insuficiência cardíaca.

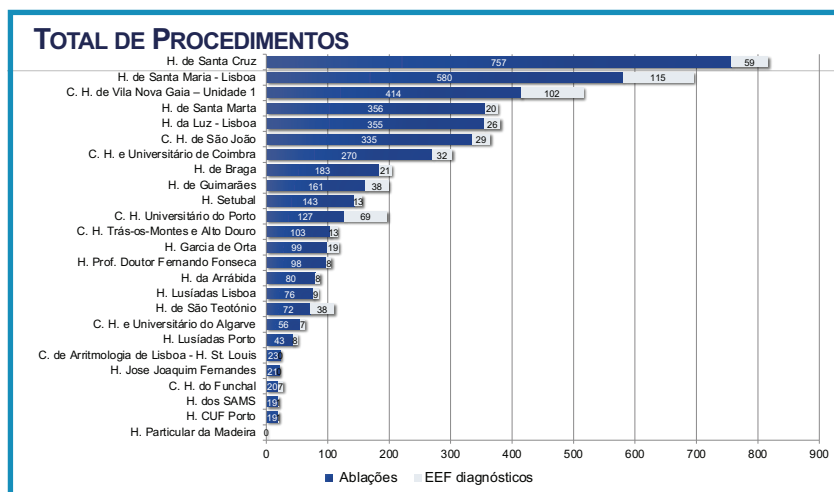
A patogénese da FA é complexa e vários estudos relatam que os focos das veias pulmonares (VP) desempenham um papel importante tanto no início quanto na perpetuação dessa arritmia. O isolamento das veias pulmonares (IVP) iniciado, a

nível mundial, no HSC em Outubro de 1996, continua a ser a pedra angular de todos os procedimentos de ablação, independentemente das características do doente.

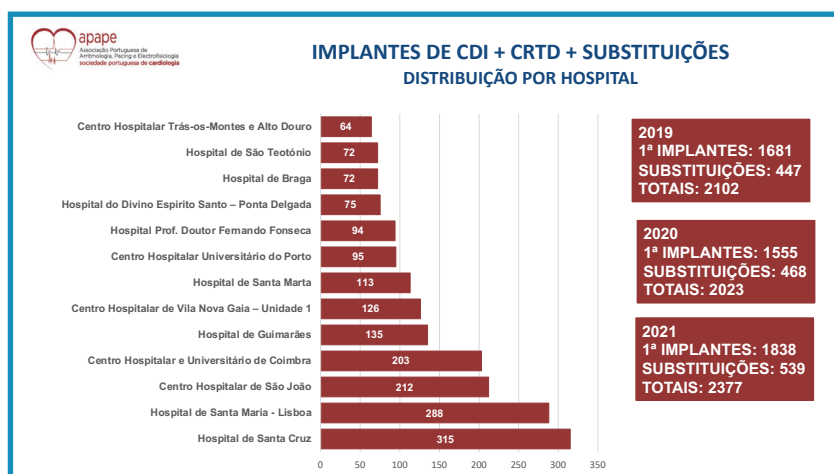
A abordagem convencional utilizada pelos electrofisiologistas cardíacos para realizar a ablação da FA é a energia de RF. A eficácia da ablação depende de numerosos fatores que devem ser controlados para determinar o tamanho e a profun-

Registo Nacional de Eletrofisiologia 2021
(APAPE, fev 2022)

Ablações e Estudos Eletrofisiológicos

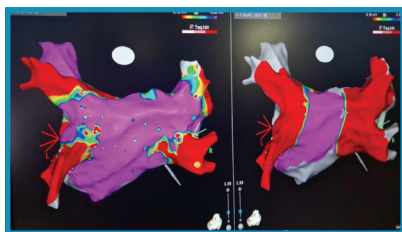


Registo Nacional Dispositivos Cardíacos Implantáveis 2021
Desfibriladores-Cardioversores (com e sem ressincronização)





Regresso às origens: Fulguração...
Eletroporação, a energia do futuro?



Isolamento das veias pulmonares:
Mapa de voltagem antes e após eletroporação

didade ideais da lesão após a ablação por RF: potência, impedância e temperatura do tecido, duração da ablação e força de contato.

Hoje existem outras energias alternativas e cateteres especialmente desenhados para efetuar o isolamento das veias pulmonares, como o balão de crio e o balão de laser. A eficácia terapêutica destas tecnologias não mostrou vantagens face à RF, sendo consideradas equivalentes.

Até agora a grande limitação da ablação de FA é a reconexão dos IVPs que acontece em 20% dos doentes. Além disso, a ablação com RF, o balão de crio e o balão de laser estão associados a lesões dos órgãos adjacentes ao coração, em especial o esófago e o nervo frénico.

Seria muito útil a introdução de uma nova fonte de energia mais eficaz e segura para melhorar os resultados clínicos da ablação no tratamento da FA.

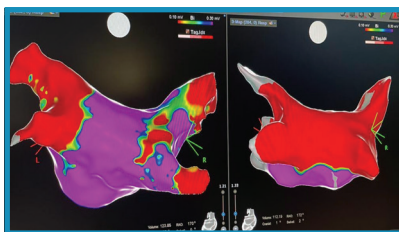
Surge assim a **ablação pulsada (eletroporação)**, uma energia não térmica que usa pulsos de alta voltagem de muito curta duração para provocar a inibição/destruição dos miócitos.

A ablação por eletroporação destabiliza as membranas celulares formando poros irreversíveis, que provocam a morte celular.

O campo elétrico é produzido por uma corrente contínua de alta tensão entre dois ou mais elétrodos. O mecanismo de ablação não térmico permite que a eletroporação faça uma ablação das células do miocárdio auricular porque elas são mais sensíveis que as estruturas adjacen-



Cateter de eletroporação na VP superior esquerda



Isolamento da parede posterior da aurícula esquerda:
Mapa de voltagem antes e após eletroporação

tes ao coração (vasos, nervos e esófago). O eletroporação poupa a matriz extracelular, evitando a rotura dos planos tecidulares, no que difere substancialmente das lesões com energia de RF, crio ablação ou energia de laser.

Potencialmente elimina o risco de fistula átrio-esofágica, contudo a preservação das estruturas adjacentes à aurícula (esófago e nervo frénico) é dose dependente, não estando assegurada se forem utilizadas doses demasiado elevadas.

Os parâmetros clínicos recomendados incluem 10 a 90 pulsos, com duração de pulso de microssegundos ou nanossegundos (geralmente 100 ms), a uma frequência de 1 a 10 Hz e com um campo elétrico entre 500 e 3.000 V/cm.

Em geral, quanto maior o número de pulsos, maior a voltagem e quanto maior o comprimento do pulso, mais tecido é lesado. O desenho do elétrodo é também crucial para garantir uma ótima orientação do vetor de campo elétrico.

A experiência clínica sugere que a eletroporação pode ser mais eficaz e segura do que outras tecnologias.

Em doentes com FA paroxística, o IVP com eletroporação foi seguro, eficiente e durável com uma baixa taxa de recorrência de arritmias auriculares.

O cateter Farapulse agora introduzido, mostrou ter alta eficácia na realização de IVP, com uma baixa taxa de recidiva e elevada segurança.

Na FA paroxística, as taxas de sucesso a um ano são de 90%.

Em doentes com FA persistente, o isola-

mento da parede posterior da aurícula esquerda foi obtido em 100% dos doentes estudados, tendo grande vantagem quando comparado com a RF ou outras energias convencionais.

A esófagogastroduodenoscopia pós-procedimento e a repetição da tomografia computadorizada cardíaca não revelaram lesões de mucosa ou estreitamento das VPs, e o remapeamento invasivo demonstrou que os isolamentos são duráveis (96% de PVI e 100% de isolamento da parede posterior), confirmando um perfil elevado de segurança.

Na ablação com eletroporação são necessários protocolos de sedação, para eliminar a dor sentida pelos doentes, reduzir as contrações musculares e, evitar a necessidade de intubação dos doentes.

A introdução desta nova tecnologia no HSC está a ser avaliada com um seguimento comparativo entre os doentes submetidos a ablação por cateter para tratamento da FA, utilizando as diferentes formas de energia disponíveis.

A Unidade de Arritmologia do Hospital de Santa Cruz CHLO é o Centro de Arritmologia que efetua o maior número de ablações por cateter na Península Ibérica (mais de 700 ablações/ano, 350 de FA).

Alguns marcos terapêuticos da nossa Unidade:

- 1 - Ablação por cateter de arritmias cardíacas (Novembro de 1990, introdução em Portugal) e introdução das diferentes formas de energia para efetuar ablação (fulguração, RF, microondas, crio, laser e agora eletroporação).
- 2 - Implantação de cardioversor-desfibrilhador (CDI) (Fevereiro de 1992, introdução em Portugal).
- 3 - Isolamento percutâneo das veias pulmonares para FA (Outubro de 1996, introdução mundial).
- 4 - Sistemas de mapeamento tridimensional endocárdico e precordial para electrofisiologia.
- 5 - Ressincronização ventricular (CRT).
- 6 - CDI subcutâneo.
- 7 - Cápsula cardíaca (pacemaker intracardíaco, sem elétrodo transvenoso).
- 8 - Sistemas de modulação da contratilidade cardíaca.

Prof. Doutor Pedro Adragão
Unidade de Arritmologia do Serviço de
Cardiologia do HSC, CHLO

O Serviço Social e as Readmissões Hospitalares de pessoas idosas no Serviço de Urgência Geral do Hospital São Francisco Xavier

O Serviço Social Hospitalar intervém na resolução de problemas sociais, na prevenção de disfunções promotoras de entraves ao tratamento e reabilitação dos doentes, e no planeamento da alta, com vista a assegurar condições de saúde, segurança, bem-estar e continuidade de cuidados na comunidade.

No contexto de urgência, as situações-problema são as mais inesperadas e o Assistente Social deve estar preparado para intervir com a maior celeridade e assertividade, promovendo de forma personalizada a garantia dos direitos do cidadão e a dignidade humana.

Na prática diária, evidenciamos um número considerável de readmissões hospitalares no Serviço de Urgência Geral (SUG) do Hospital São Francisco Xavier (HSFX). Por readmissão hospitalar, entende-se a admissão hospitalar de um doente após a sua última alta; assume-se que até 30 dias após a alta, é o período utilizado com mais frequência para a definição destas readmissões (Suzano, 2015).

Esta constatação motivou a realização de uma análise sobre o universo das readmissões hospitalares no SUG do HSFX. A amostra, recolhida entre Dezembro de 2019 e Julho de 2020, foi constituída por 51 doentes, com mais de 65 anos e com necessidade de intervenção do Serviço Social.

Relativamente ao número de readmissões e ao motivo de sinalização dos doentes ao Serviço Social,

Número de readmissões/ por esta ordem:	Motivo de sinalização ao Serviço Social/ por esta ordem:
Entre 1 a 5 vezes - 80,4%; Entre 6 a 10 vezes - 9,8%; Entre 11 a 15 vezes - 7,9%; Superiores a 15 vezes - 2%	Agravamento da dependência física - 37,3%; Ausência/insuficiência de rede de suporte formal - 29,4%; Exaustão do cuidador - 27,5%; Altas hospitalares recentes e readmissões na urgência - 21,6%; Recusa de alta hospitalar - 15,7%

Quadro 1

Identificação pessoal
Mulheres - 58,8%; Média de idades é de 83 anos: maior relevância estatística entre os 85 e os 94 anos - 41,2%; Estado civil é o de viúvos/as - 62,7%; Vivem sós em - 43,1% - e com os filhos/filhas em - 33,3%; Concelho de Oeiras - 64,7%; Autonomia funcional (utilizada a Escala de Katz) para a realização das atividades básicas da vida diária – totalmente dependentes (58,8%), semi-dependentes (25,5%) e independentes (15,7%).

Quadro 2

Situação de Saúde	
Doenças crónicas Cardiovascular – 60,8%.	Diagnósticos clínicos Infeção Trato Urinário – 27,5%; Hipertensão Arterial – 23,5%.

Quadro 3

obtiveram-se os dados constantes no quadro 1.

- Verificou-se que cerca de 80% dos doentes foram readmitidos neste serviço, entre uma a cinco vezes, no período de 30 dias.
- Apurou-se que os motivos principais de sinalização ao Serviço Social foi o agravamento da dependência física, expresso em 37% da amostra, e a ausência/insuficiência de rede de suporte formal em 29%, respetivamente. Da evidência prática estas duas variáveis estão, em regra,

numa relação direta. Analisámos ainda, dimensões prevalentes em três domínios da amostra, nomeadamente:

- 1) **Identificação pessoal e situação de saúde dos doentes** (quadro 2 e 3)
- 2) **Rede suporte informal e formal do doente**
A rede de suporte informal é constituída pelos familiares, vizinhos e amigos, em que se pressupõe relações espontâneas e recíprocas. A rede suporte formal diz respeito aos serviços de atendimento formal,



integra os apoios institucionais, de saúde e sociais.

Ao nível da rede de suporte informal foi mais expressiva a relação do doente com o familiar cuidador. Os familiares que se assumem como cuidadores são sobretudo do sexo feminino, e em termos de disponibilidade para prestação de cuidados, alguns manifestam ser total (25,5%); outros mediante o horário de trabalho (9,9%); contudo, 7,8% destes familiares não têm a disponibilidade necessária para cuidar.

“No contexto de urgência, as situações-problema são as mais inesperadas e o Assistente Social deve estar preparado para intervir com a maior celeridade e assertividade, promovendo de forma personalizada a garantia dos direitos do cidadão e a dignidade humana.”

Os cuidados prestados são principalmente ao nível da alimentação (49%) e na higiene pessoal, vestir e despir (45,1%). O familiar cuidador revelou que a prestação de cuidados acarreta sobrecarga emocional (49%) e implicações nas rotinas da vida pessoal e familiar (49%); que resultam na insatisfação com o papel de cuidador (45,1%). Sobre esta



amostra, verificou-se que 49% dos doentes não têm familiar cuidador. Relativamente à rede de suporte formal verificou-se que, 60,8% dos doentes não beneficiam de apoio a este nível. Os que o usufruem são sobretudo beneficiários de Serviços de Apoio Domiciliário (SAD) de Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS).

Os apoios formais recebidos, centram-se na satisfação de necessidades básicas de subsistência e não são serviços promotores da saúde integral dos doentes. Na análise da amostra, os doentes expressaram necessidade de reforço dos seguintes serviços: fisioterapia (39,2%); apoio psicológico (39,2%); apoio psicossocial (23,5%) e higiene habitacional (21,6%). Na nossa opinião, urge a necessidade de requalificar os SAD, com competências ajustadas às dependências cada vez mais severas, a escalões etários dos agregados familiares mais elevados, e a uma maior disponibilidade diária na prestação de cuidados.

3) Avaliação e planeamento de alta hospitalar dos doentes

No âmbito da intervenção do Serviço Social, efetuaram-se atividades em contexto da preparação da alta, com a equipa de saúde interna e a rede externa. Releva na ação o encaminhamento/articulação com os pares da rede de apoio social comunitária (74%), e a intervenção di-



reta com o doente e família (70%). Verificou-se que, nos doentes que constituem a amostra e que se encontravam com alta clínica, resultou o seu retorno ao domicílio em 54%, a integração em Estrutura Residencial para Pessoas Idosas (ERPI) em 11,8%, falecimentos em 4% e outros foram internados em contexto hospitalar (29%).

“(...) prevenir as readmissões hospitalares de pessoas idosas, requer alargamento e qualificação de recursos, exigindo políticas intersectoriais, mormente da Segurança Social e da Saúde, que possam dar resposta às atuais necessidades dos doentes e famílias.”

Conclusão:

Às readmissões hospitalares estão subjacentes as inúmeras fragilidades intrínsecas e extrínsecas ao doente, decorrentes do processo biológico e patológico do envelhecimento individual, e da respetiva integração e adaptação nos sistemas envolventes. Identifica-se que estes doentes são particularmente vulneráveis; Casos, em que os recursos formais se manifestam insuficientes para responder à complexidade das necessidades e problemáticas em evidência, em termos sociais e dos determinantes sociais da saúde.

Considerando os dados apresentados, prevenir as readmissões hospitalares de pessoas idosas, requer alargamento e qualificação de recursos, exigindo políticas intersectoriais, mormente da Segurança Social e da Saúde, que possam dar resposta às atuais necessidades dos doentes e famílias.

Dra. Ana Rita Santos
Assistente Social no SUG do CHLO
(Mestre em Gerontologia Social)
Dra. Dulce Gonçalves
Direção do Serviço Social CHLO

Quão estreita é a linha que separa a vida da morte



“Aqueles que possuem força e amor para se sentarem junto a um paciente moribundo, no silêncio que se estende para lá das palavras, saberão que esse momento não é assustador nem doloroso, mas a cessação pacífica do funcionamento do corpo. Assistir a morte em paz dum ser humano, faz-nos recordar uma estrela cadente, numa de milhões de luzes no céu que brilha durante um curto instante para se extinguir para sempre na noite sem fim.”

Twycross (2001)

A morte é nos dias de hoje muitas vezes encarada como um fracasso dos profissionais de saúde, cuja premissa central assenta sobretudo na cura.

De tal forma que é necessária uma consonância entre todos aqueles que participam na rotina clínica, no sentido de criar condições adequadas ao término da vida, quando os mecanismos terapêuticos são superados pela entropia fisiológica. Deste modo, é impreterível que os profissionais de saúde, e em particular os enfermeiros, sejam capazes de dar ao doente terminal a oportunidade de morrer com dignidade, proporcionando condições físicas, psicológicas, e espirituais para um fim humanizado.

A sociedade actual encara a morte como se fosse imune à mesma, receia falar ou até mesmo pensar sobre o fim de vida.

A criação do SNS alterou bastante o paradigma da saúde em Portugal, e consequentemente modificou também o padrão da morte no nosso país. Os dados estatísticos revelam que na década de 80 cerca de 60% dos indivíduos falecia em casa, no entanto, com a entrada do século XXI esta tendência invertia-se, e em 2008 apenas cerca de 20% dos indivíduos morreram no domicílio.^{1,3}

Estudos internacionais de 2017 que se têm debruçado sobre esta temática, incluído outras premissas como a preferência do doente pelo local da morte, e em particular nos doentes oncológicos, demonstraram que mais de metade dos indivíduos inquiridos prefere morrer em casa, em detrimento do hospital.²

Sendo que a qualidade de vida dos doentes se associa também à qualidade da morte e na tentativa de respeitar a preferência de um doente falecer no domicílio.

Cuidar o doente terminal é, indubitavelmente, um processo complexo e angustiante, que requer uma série de aptidões humanas, e técnicas. Somos testemunhas da angústia vivida pelo doente/família devido à finitude da vida e à sucessão de perdas: a vida profissional, a perda de autonomia,

a incapacidade física, a separação dos entes queridos, a dor, o sofrimento, os seus últimos desejos. Apesar do sofrimento visível, este doente foi sempre uma pessoa afável, meiga, compreensiva, resiliente e determinada mantendo sempre a sua vontade de regressar a casa.

Durante o período de internamento, cerca de 1 mês, o Sr. J. esteve sempre consciente e orientado no tempo, espaço e pessoa. *Palliative Performance Scale* (PPS)-50%. Encontrava-se estável, sem sintomatologia descontrolada mas com evidência de progressão da doença, registando-se momentos de alguma instabilidade hemodinâmica e de dificuldade respiratória que foram sendo corrigidos. Perante esta vontade constante do doente ir morrer em sua casa foram realizadas várias conferências familiares onde participaram os diferentes elementos que compõem a equipa multidisciplinar (família, médico, enfermeiro, assistente social), com o intuito de planejar a alta e assegurar os cuidados necessários em doente no fim de vida. Para isso foi programado o ensino ao doente dependente, tendo sido realizado ao filho e à esposa e, paralelamente, foi contactada a equipa comunitária de suporte em cuidados paliativos de Oeiras que se disponibilizou a acompanhar este doente e família no pós-alta hospitalar.

No dia previsto da alta o doente encontrava-se francamente piorado, dispneico, sudorético com palidez cutânea e extremidades frias, PPS- 30% pelo que foi contactada a família e foram explicados os riscos inerentes ao transporte. Apesar de elucidados, doente e família mantiveram a mesma disposição - o regresso do doente a casa.

De realçar que esta família apesar de sofrida manteve-se sempre envolvida, unida e disposta a cumprir o último desejo do seu familiar.

Sendo que a qualidade de vida dos doentes se associa também à qualidade da morte e na tentativa de respeitar a preferência de um doente falecer no domicílio, que a equipa mobilizou todos os recursos disponíveis, tendo sido necessário iniciar suporte ventilatório não invasivo para asse-

gurar maior conforto e garantir as condições no transporte, deforma a acompanharmos o Sr. J. até à sua residência, com o apoio da equipa comunitária de suporte em cuidados paliativos de Oeiras que aguardavam a chegada do doente.

Chegados a casa do doente, encontramos a família, que recebeu o doente com as condições que o mesmo almejava, fazendo notar o gosto musical. O doente proferiu algumas palavras aos familiares que o rodeavam junto ao leito e acabou por falecer poucos minutos depois, sereno, com a dignidade e a qualidade ímpar do seu ambiente familiar que este momento exige.

Como profissionais de saúde que estamos habituadas a lidar com a morte no espaço hospitalar, o momento vivido com esta família fez-nos reflectir sobre a individualização dos cuidados e do processo que é a morte. Foi também uma oportunidade de perceber de forma empírica o quão estreita é a linha que separa a vida da morte, e a entender a morte não apenas como uma entidade que encerra a vida, mas como parte integrante do ciclo, ainda que numa perspectiva metafísica.

Do ponto de vista emocional, houve um misto de sensações vividas quase que em simultâneo no decorrer desta viagem, a angústia, a tristeza, por aquilo que a morte representa na sociedade, mas ao mesmo tempo também alguma satisfação, na medida em que o nosso trabalho foi cumprido com sucesso. De salientar ainda que a família do doente demonstrou bastante apreço por tudo o que foi feito desde o início até fim, uma vez que todos os esforços foram feitos com o propósito de garantir a vontade do doente.

Joana Correia
Enfermeira na Pneumologia HEM
Pós-Graduação Cuidados Paliativos
Elemento da EIHSCP
Marta Fonseca
Enfermeira na Medicina IBHEM
Mestre Cuidados Paliativos
Elemento da EIHSCP

Referências bibliográficas:

- 1.Osswald W. Sobre a Morte e o Morrer. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos, 2013
- 2.Relatório de Outono 2018: Congruência entre o local desejado do óbito e local de ocorrência – Católica, Instituto de Ciências da Saúde, 2018
- 3.Barbosa António e Neto Isabel; Manual de Cuidados Paliativos 2ª edição, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, 2010

Espectáculo da Operação Nariz Vermelho no Hospital de São Francisco Xavier



No passado dia 8 de julho, a Operação Nariz Vermelho (OPV) realizou um espetáculo no Hospital de São Francisco Xavier (HSFX), intitulado “Compasso de Palhaço”, uma pequena sinfonia que convidou todos, colaboradores e utentes, adultos e crianças, a espreitar a arte dos Doutores Palhaços. Esta iniciativa veio assinalar os 20 anos desta Instituição Particular de Solidariedade. O Serviço de Pediatria do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental tem o privilégio de contar com a visita destes doutores todas as 2^{as} feiras.

As comemorações dos 20 anos da ONV vão continuar, de 3 a 17 de outubro poderão visitar uma exposição interativa, no HSFX, “Da Ponta do Nariz ao Sorriso de uma Criança”, que dará a conhecer melhor a sua missão. Obrigada Doutores Palhaços!

2º Encontro de Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica

De 7 a 8 de outubro realiza-se o 2º Encontro de Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica, sob o lema “Partilhar para crescer”. Este encontro organizado por enfermeiros do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental terá lugar no Fórum Lisboa.

Inscrições e informações: eemcorg.chlo@gmail.com

Data limite de inscrição: 05/10/2022 (limitado à capacidade da sala)

Data limite de submissão de resumos: 09/09/2022



Vídeo: Como lidar com os efeitos secundários da imunoterapia?



Uma parte importante do trabalho da Equipa de Enfermagem é, minimizar o impacto dos planos de tratamento na Qualidade de Vida das Pessoas com doença oncológica, a todos os níveis.

Neste vídeo foram abordadas algumas questões, como por exemplo ensinar a reconhecer quais são os sinais e sintomas mais frequentes, como gerir melhor os efeitos secundários dos medicamentos e deixar “dicas” úteis para que seja possível prevenir e/ou minimizá-los.

A equipa de enfermagem lembra que ninguém está sozinho neste percurso!

Enfa Sandra Ponte

CHLO parceiro no Plano Local de Oeiras para as Demências



O Centro Hospitalar Lisboa Ocidental, E.P.E. é uma das entidades parceiras e membro do grupo de trabalho do Plano Local de Oeiras para as Demências 2021-2023. Este plano decorre da assunção do compromisso, a nível local, de implementar um conjunto articulado de medidas em estreita colaboração com parceiros estratégicos, na área das demências, cada vez mais relevante do ponto de vista social e de saúde pública, considerando ainda a futura articulação com os Planos Regionais, nos termos da referida Estratégia e do Plano de Recuperação e Resiliência. A assinatura da Declaração de Compromisso decorreu no dia 07/04/2022, esteve presente a Dra. Rita Perez, Presidente do Conselho de Administração do CHLO.

Exposição no HSFx - Abril – Mês da Prevenção dos Maus Tratos na Infância e Juventude



Durante o mês de abril decorreu, no Hospital de São Francisco Xavier, uma exposição da iniciativa da Educadora Maria Edite Pereira, alusiva ao tema “Abril – Mês da Prevenção dos Maus Tratos na Infância e Juventude”. Esta exposição, de trabalhos realizados pelas crianças internadas no Serviço de Pediatria, teve como objetivo dar visibilidade, divulgar e sensibilizar profissionais e utentes para esta temática, promovendo o afeto, a proteção e o cuidar. Esta iniciativa foi a resposta ao desafio lançado pela CPCJ – Comissão de Proteção de Crianças e Jovens de Lisboa Ocidental, entidade que contribui para a Promoção dos Direitos e Proteção das Crianças e Jovens em articulação com a Família. A exposição contou com a visita da Dra. Antónia Pereira, Presidente da CPCJ e do Senhor Prof. Doutor Luís Menezes Pinheiro, Presidente do Comité Português para a Comissão Oceanográfica Intergovernamental (COI/ UNESCO), no âmbito do Projeto “Marinheiro da Esperança”.

XIV Jornadas do Interno – Unidade Multidisciplinar da Dor

Decorreram, no passado dia 30 de maio, as XIV Jornadas do Interno, organizadas pela Unidade Multidisciplinar da Dor – Serviço de Anestesiologia do CHLO, em colaboração com a USF Conde de Oeiras. Este ano as jornadas foram subordinadas ao tema “COVID, e agora?” e decorreram no auditório do Hospital de Egas Moniz.



CHLO celebra protocolo com a GNR



Médicos cirurgiões do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, E.P.E. (CHLO) vão realizar intervenções cirúrgicas e de tratamento em regime de ambulatório no Centro Clínico da Guarda Nacional Republicana (GNR), em Lisboa, na sequência de um protocolo assinado no dia



05/04/2022, entre as duas entidades.

Com esta parceria o CHLO irá realizar mais cerca de 200 cirurgias até ao final do ano, na área de Otorrinolaringologia. Ambas as entidades têm intenção de alargar o âmbito da colaboração a outras especialidades.

28 de Abril – Dia Nacional de Prevenção e Segurança no Trabalho

A 28 de Abril comemora-se o Dia Mundial para a Segurança e Saúde no Trabalho. Em Portugal, foi instituído ser o “Dia Nacional de Prevenção e Segurança no Trabalho”, sendo celebrado através de campanhas de informação, formação e prevenção.

Desde 1996, que se comemora em todo o mundo como forma de homenagear as vítimas de acidentes de trabalho e doenças profissionais. Esta comemoração é reconhecida e apoiada pela Organização Internacional do Trabalho (OIT) desde 2001 e atualmente é celebrada oficialmente em inúmeros países.

Uma cultura de segurança no local de trabalho é algo que deve ser transversal a todos os trabalhadores, com objetivo de reduzir os acidentes e as doenças profissionais, sendo da responsabilidade de cada um.

A Organização Internacional do Trabalho (OIT) definiu para o Dia Mundial de Segurança e Saúde no Trabalho 2022 – 28 de abril – o tema “Vamos agir em conjunto para construir uma cultura positiva de segurança e saúde”.

Nesse sentido, o Serviço de Segurança e Saúde no Trabalho do CHLO, E.P.E (SSST) associou-se a este dia com a elaboração de um cartaz de sensibilização: “Melhore a qualidade de vida no seu local de trabalho - pratique exercícios no seu local de trabalho.” Nesta perspetiva de construção positiva, foi proposto ao Serviço de Medicina Física e Reabilitação a realização de um vídeo com alguns exercícios que se podem realizar no seu local de trabalho, durante pelo menos 10 minutos, tendo o mesmo sido divulgado aos trabalhadores e colocado na página da intranet do CHLO, E.P.E.

O vídeo fica disponível na página da intranet do SSST (antigo SSO), de modo a ser consultado sempre que ne-

REPÚBLICA PORTUGUESA SAÚDE

40 SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

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

Serviço de Saúde Ocupacional

28 de abril
Dia Nacional de Prevenção e Segurança no Trabalho

HOSPITAL DE S. FRANCISCO XAVIER

Melhore a qualidade de vida no seu Local de Trabalho

Pratique exercícios no seu local de trabalho!

Veja o vídeo realizado pelo Serviço de Medicina Física e Reabilitação.

Fonte: <https://www.act.gov.pt/>

cessário, para a promoção e implementação regular de boas práticas no local de trabalho, para prevenção das lesões musculo-esqueléticas.

Dra. Teresa Martinho
(Diretora de Serviço)
Serviço de Segurança e Saúde no Trabalho

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

Agenda do Centro

JORNADAS, CONGRESSOS E CURSOS

21 a 23 de setembro de 2022

16.ª Conferência Internacional de Investigação em Enfermagem

Organização: Associação Portuguesa de Enfermeiro

Local: Fundação Calouste Gulbenkian, Lisboa

Informações:

<https://www.apenfermeiros.pt/16a-conferencia-internacional-de-investigacao-em-enfermagem/>

7 a 8 de outubro de 2022

2.º Encontro de Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica do CHLO

Organização: Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental

Local: Fórum Lisboa

Informações:

eemcorg.chlo@gmail.com

23 a 24 de setembro de 2022

11ª Reunião Anual do Capítulo de Cirurgia Endócrina e da Cabeça e Pescoço da SPCIR

Organização: Sociedade Portuguesa de Cirurgia

Local: AESE Business School - Lisboa

Informações:

<https://www.spcir.com/evento/87>

Email: spc@spcir.com

12 a 14 de outubro

Jornadas do Internato de Psiquiatria do CHPL 2022

Organização: Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa (CHPL)

Local: Anfiteatro do CHPL

Informações:

Email: internatomedico@chpl.min-saude.pt

ACÇÕES DE FORMAÇÃO ORGANIZADAS PELO NÚCLEO DE FORMAÇÃO DO CHLO

Agosto a outubro

Abordagem do doente com AVC

Destinatários: Suporte Imediato de Vida

Destinatários: Enfermeiros e Médicos

Curso Básico de Cuidados Paliativos

Destinatários: Enfermeiros, Médicos, Farmacêuticos, TDT e TSS

Infeção Associada a Cuidados de Saúde – HSC

Destinatários: Infeção Associada a Cuidados de Saúde – HSFx

Destinatários: Suporte Básico de Vida

Destinatários: Ventilação Não Invasiva

Destinatários: Enfermeiros, Médicos e TDT

Comunicação em contexto de resistência à Mudança

Destinatários: Cuidados Paliativos Pediátricos

Destinatários: Métodos de Investigação Qualitativa: entrevista e

Destinatários: Focus Groups

Destinatários: Enfermeiros, Médicos, TDT e TS

Suporte Avançado de Vida

Destinatários: Médicos, Enfermeiros Serviço de Urgência Geral e Unidades

Atitudes e Comportamentos em Ambientes Hostis

Destinatários: Como Lidar com um Evento Adverso

Destinatários: Curso Brigadas de 1ª Intervenção – HSC

Destinatários: Dormir bem! Viver melhor!

Destinatários: Excel Avançado

Destinatários: Excel Iniciação

Destinatários: Gestão de Conflitos

Destinatários: Gestão do Stress e Ansiedade

Destinatários: Liderança

Destinatários: Prevenção de Burnout

Destinatários: Promoção de Competência Emocional e Soft Skills

Destinatários: Enfermeiros, Médicos, TDT e TS

Mais Informações

Núcleo de Formação HEM – 2032

Núcleo de Formação HSC – 3308

Núcleo de Formação HSFx – 1028