



somos HFF

NEWSLETTER - HOSPITAL PROF. DOUTOR FERNANDO FONSECA, E.P.E.

Agosto 2015

20.

CUIDADOS COM O SOL

p. 02

Na época estival é de relembrar que o prazer do Sol também aporta riscos, em particular o Melanoma Maligno (MM). O MM é o mais grave tumor cutâneo e em geral ocorre na pele exposta ao Sol, no entanto a ocorrência nas extremidades (palmas das mãos, plantas dos pés e leito das unhas) – em particular em negros – e olhos, são outros locais comuns.

Cuidados com o Sol p. 02

Via Verde de Sépsis p. 03

Os Cuidados Paliativos p. 03

A Dor Crónica p. 04

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) p. 05

Fibrilhação Auricular p. 05

Hipertensão Arterial p. 06

A Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica p. 07

CUIDADOS COM O SOL



O SOL TAMBÉM APORTA RISCOS!

Tome nota de alguns conselhos para identificar possíveis lesões da pele este Verão.

Na época estival é de relembrar que o prazer do Sol também aporta riscos, em particular o **Melanoma Maligno (MM)**.

O MM é o mais grave tumor cutâneo e em geral ocorre na pele exposta ao Sol, no entanto a ocorrência nas extremidades (palmas das mãos, plantas dos pés e leito das unhas) – em particular em negros – e os olhos, são outros locais comuns.

A principal causa do MM é a exposição à radiação ultravioleta (UV) do Sol e dos solários, mas a ocorrência em locais não expostos à luz (ex. região anal), pressupõe outras causas associadas. A **exposição desprotegida e repetitiva à radiação UV**, em particular em idades jovens, considera-se o principal factor evitável.

A existência de nevos (“sinais” na pele) e sua vigilância para alteração de características, é também factor preventivo.

O diagnóstico passa por biopsia de lesão suspeita.

O tratamento em fases localizadas é cirúrgico, no entanto se a doença disseminar o tratamento é actualmente de imunoterapia e outros novos medicamentos, podendo também usar-se quimioterapia.

SALIENTAMOS DUAS MENSAGENS:

PREVENÇÃO: evitar prolongadas e desprotegidas exposições ao sol, em particular em idades jovens e no horário de maior risco (11-16h);

AUTOVIGILÂNCIA: vigiar “sinais” existentes na pele ou de aparecimento recente, em particular: assimetria (A) de forma, irregularidade de bordos (B), variação na cor (C), aumento do diâmetro (D), e evolução (E) (sangrante, dificuldade em cicatrizar, comichão) – regra “ABCDE”.

Em caso de lesão suspeita deve consultar um dermatologista ou oncologista.

ABCDE

REGRA ABCDE PARA AUTOVIGILÂNCIA
Consulte o seu médico caso identifique...

	NORMAL	MALIGNO
A		
B		
C		
D		
E		

ASSIMETRIA
Se dividir a lesão ao meio e as metades não forem iguais.

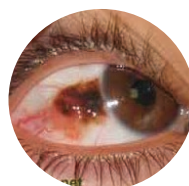
BORDA (CONTORNO)
Lesões do melanoma têm geralmente o contorno/borda irregular (borrada).

COR
Se a lesão tiver mais do que uma cor (castanho, azul, etc) e/ou as cores estiverem distribuídas de forma não homogénea.

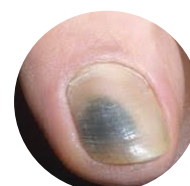
DIÂMETRO
As lesões do melanoma são maiores que seis milímetros de diâmetro (aprox. uma borracha da parte de trás de um lápis)

EVOLUÇÃO
A mudança das características de uma pinta é o mais importante sinal de transformação maligna.

ESTEJA TAMBÉM ATENTO A MELANOMAS EM LUGARES QUE LHE PAREÇAM MENOS COMUNS



Olho



Debaixo da Unha

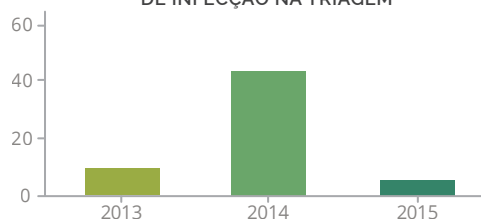
VIA VERDE DE SÉPSIS A PERSPECTIVA DOS ENFERMEIROS

É desde 2013 que o atendimento de doentes com suspeita de sépsis no Serviço de Urgência Geral é realizado com a ajuda de um Sistema Informatizado baseado num modelo de actuação designado por Via Verde Sépsis (VVS), no qual o enfermeiro assume o relevante papel na detecção de potenciais situações de doença, aquando da Triage de Prioridades de Manchester. **A sépsis é a consequência de uma infecção, que é difícil de prevenir, de diagnosticar e de tratar.** Estes doentes têm um elevado risco de complicações e de mortalidade. Representa um problema de saúde pública, com tendência ascendente de ano para ano. A VVS veio permitir a diminuição da morbilidade e mortalidade, assim como os encargos financeiros

CRITÉRIOS DE PRESUNÇÃO DE INFECÇÃO
Tosse + dispneia ou dor pleurítica
Dor lombar + disúria ou polaquiúria
Dor abdominal ou icterícia
Diminuição aguda do nível de consciência
Cefaleias + vômitos
Sinais inflamatórios cutâneos extensos
Crítério clínico do responsável
CRITÉRIOS DE SIRS
Frequência cardíaca > 90 bpm
Frequência respiratória > 20 cpm
Temperatura corporal < 36°C ou > 38°C

para as instituições. **Durante a triagem, o enfermeiro inicia o despiste** de critérios de presunção de infecção, levando à avaliação de critérios de Síndrome de Resposta Inflamatória Sistémica (SIRS). Doentes que apresentem **queixas sugestivas de infecção e pelo menos 2 critérios de SIRS, são avaliados** por um médico para confirmação de caso-suspeito de sépsis. Desde a implementação do sistema VVS no HFF, verifica-se a existência de 60 casos com referência para VVS a partir da triagem, dos quais apenas 6 doentes tiveram registo na VVActivação (baseado nos registos efectuados). Das 6 activações de VVS, confirmaram-se 2 casos. **A formação dos profissionais de enfermagem e médicos é essencial para o sucesso da aplicação da VVS e assim promover a detecção de doentes em risco.**

NÚMERO DE UTENTES COM SUSPEITA DE INFECÇÃO NA TRIAGEM

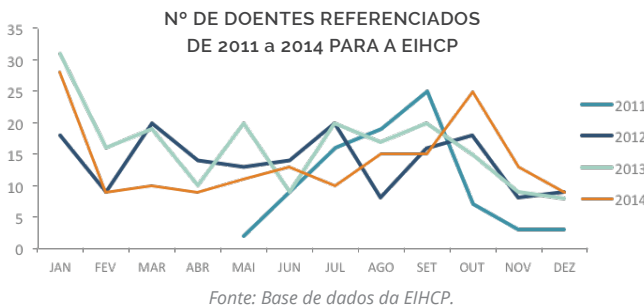


OS CUIDADOS PALIATIVOS

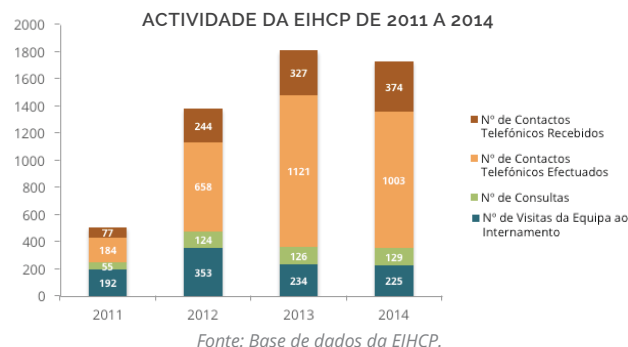
Os cuidados paliativos visam melhorar a qualidade de vida dos doentes com doenças graves e/ou incuráveis, e das suas famílias, através da prevenção e alívio do sofrimento (Organização Mundial de Saúde), com recurso à identificação precoce, avaliação adequada e tratamento rigoroso dos problemas físicos, psicossociais e espirituais. **A Equipa Intra Hospitalar de Cuidados Paliativos (EIHCP) do HFF foi constituída em 2010**, por uma enfermeira, duas médicas e uma assistente social, todos estes profissionais desempenhavam funções na equipa em tempo parcial. Mas a evidente necessidade de resposta da EIHCP levou ao reforço da equipa por mais uma enfermeira, também a tempo parcial. Actualmente a equipa integra uma enfermeira a tempo inteiro, uma médica e uma assistente social a tempo parcial. A EIHCP tem também apoio de especialidades médicas sempre que seja necessário.

A esta equipa foram **referenciados cerca de 800 doentes e famílias**, sendo os principais motivos de referência a necessidade de controlo e gestão da dor ou de outros sintomas, nomeadamente alterações gastrointestinais, o apoio a familiares/cuidadores e o apoio na tomada de decisão clínica.

O contacto com a EIHCP efectua-se por qualquer profissional clínico de acordo com a situação do doente (consulta, internamento, urgência) e é confirmada pelo médico assistente que formaliza a referência através do documento próprio.



A primeira abordagem realizada pela EIHCP ao doente/família **é efectuada em conjunto pela médica e pela enfermeira, independentemente da situação ou do doente.** Depois é mantido o acompanhamento presencial (doentes internados) ou telefónico (doentes em ambulatório) pela enfermeira, para vigilância e monitorização dos sintomas. É efectuada a reavaliação médica sempre que necessário.



A DOR CRÓNICA

A **Dor Crónica** é uma experiência individual e subjectiva, com componentes sensitivo, cognitivo, emocional, comportamental, social... Torna-se uma verdadeira Doença com intensidade nem sempre relacionada com o estímulo causal.

A Dor Crónica, "**Dor-Doença**" é uma dor prolongada no tempo, de diversa etiologia, que pode persistir para além da cura da lesão que lhe deu origem.

Interfere no **Bem-estar e Qualidade de Vida do doente**, uma vez que se associa a estados de **ansiedade, depressão, transtornos do sono, comportamentos de evitamento social e falta de autonomia**, com repercussão no estado global de saúde e no absentismo laboral.

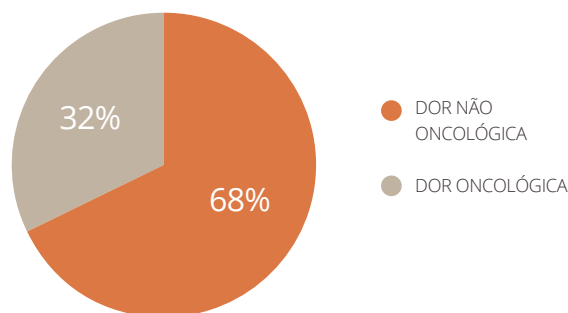
Cerca de 30% da população adulta sofre de Dor, de intensidade moderada a forte em quase metade dos casos. Torna-se mais frequente com o avançar da idade e atinge mais o sexo feminino.

Em 2001 foi aprovado o **Plano Nacional de Luta Contra a Dor pela DGS**, que define o modelo organizacional a desenvolver pelos serviços de saúde assim como orientações técnicas para a promoção das boas praticas profissionais



Equipa Multidisciplinar (de cima para baixo, esquerda para a direita: Enf.ª Anabela Marques, Dr.ª Alice Luís, Dr.ª Georgina Coucelo, Dr.ª Luz Maruenda, Dr.ª Ana Pedro, Dr.ª Ana Cruz Dias, Dr.ª Mafalda Miranda, Dr.ª Susana Cabrita

ETIOLOGIA DA DOR NOS DOENTES DA UNIDADE DE DOR DO HFF, EPE



DOR ... É quando dói!...

Esta definição demasiado simplista tem a sua verdade. A Dor intensa é de tal forma avassaladora que bloqueia o doente. Este só deseja que o tratem e libertem desse pesadelo.

TÉCNICAS ANALGÉSICAS		
Infiltração de Zonas Descendentes	Infiltração de Músculos Profundos	Bloqueio de Nervos Periféricos
Bloqueios neuroeixo	Bloqueios do S.N. Simpático	Ozonoterapia
Acupunctura	Eletroterapia	Radiofrequência

na abordagem da Dor. Tem sido alvo de actualizações a última das quais a 30 de Outubro de 2013 (**PENPCDor**). O impacto da Dor Crónica representa um desafio terapêutico e implica a existência de uma **equipa multidisciplinar**, cujo espectro de acção engloba, além do **tratamento da Dor, a estabilização do humor e a recuperação funcional**. A **Unidade de Dor do HFF** existe formalmente desde 14 de Junho de 2002. **Recebe doentes referenciados** por **médicos do HFF** e dos **Centros de Saúde** da área do Hospital, e dá apoio aos doentes no **Internamento**. Os profissionais que a integram desempenham funções assistenciais (**consulta e execução de técnicas analgésicas**), **investigação clínica** de novos fármacos e **atividade formativa** dirigida a todos os profissionais de saúde na área de **Medicina da Dor**, no sentido de motivar e promover uma melhor prestação de cuidados a todos os doentes com Dor.

O ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL (AVC)

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) é a primeira causa de morte e incapacidade em Portugal. No HFF, em 2014, foram internados 1479 doentes com AVC, tendo sido admitidos na Unidade Alta Dependência 142 doentes. Em 20 destes doentes foi realizada trombólise. Calcula-se que, **por hora, três portugueses têm um AVC**, um dos quais resulta em morte. Cerca de um terço dos sobreviventes pode recuperar significativamente no primeiro mês, mas metade dos doentes irá manter sequelas neurológicas incapacitantes. Apesar de ser mais frequente nos idosos **pode aparecer em qualquer idade e a prevenção é o melhor tratamento. O AVC é uma emergência médica** pelo que é fundamental **identificar os primeiros sintomas**. A Sociedade Portuguesa do AVC adoptou como

SINAIS DE ALERTA

o aparecimento súbito dos denominados **3F: FALA** –

dificuldade em se expressar ou perceber o que lhe dizem; **FORÇA** – perda de força no braço dum lado do corpo; **FACE** – desvio da parte inferior da face dum lado (boca ao lado).

Ligando para o **112** o doente será encaminhado para a **Via Verde do AVC** e atendido como prioritário num Serviço de Urgência onde o diagnóstico será realizado e o tratamento imediatamente instituído. Se se tratar de um AVC isquémico (por falta de irrigação cerebral), e se não existirem contra-indicações

para o tratamento, pode ser realizada **trombólise** - procedimento que visa fragmentar/ desfazer o trombo/coágulo que está a obstruir a artéria - de modo a restabelecer o fluxo sanguíneo cerebral. Este tratamento é **tanto mais eficaz quanto mais cedo for iniciado** e a perda de tempo significa menor probabilidade de recuperação.



SEJA MAIS RÁPIDO QUE UM AVC

- falta de força num braço • boca ao lado
- dificuldade em falar

LIGUE DE IMEDIATO 112

Logos: Ministério da Saúde, Alta Comissariado da Saúde, Sociedade Portuguesa de Doenças Cardiovasculares, INEM

TEMPO É CEREBRO!

FIBRILHAÇÃO AURICULAR A NOVA "EPIDEMIA" DO SÉCULO XXI

A **fibrilhação auricular (FA)** é a **arritmia cardíaca crónica mais frequente, afetando 2,5% dos Portugueses com > 40 anos**. A sua prevalência aumenta com a idade, podendo ultrapassar os 10% nos indivíduos com >80 anos.

A FA pode resultar na formação de **coágulos sanguíneos no coração**, que podem deslocar-se para o cérebro e provocar um **Acidente Vascular Cerebral (AVC) isquémico, a forma de AVC mais frequente. A FA aumenta aproximadamente em 5x o risco de AVC**, estimando-se que seja responsável por 31,5% do total de AVCs isquémicos em Portugal, sendo que os AVCs associados à FA têm uma maior probabilidade de ser fatais, mais incapacitantes e recorrentes. **A FA é responsável por 3,8% do total das mortes ocorridas em Portugal (2010).**

A FA pode ser detetada na sequência de uma complicação (por ex., um

AVC) ou por uma simples **avaliação do pulso irregular**, sendo que frequentemente o **eletrocardiograma (ECG)** confirma o diagnóstico de FA. Em alguns casos serão necessários outros **exames complementares** de diagnóstico, dos quais se destaca o Holter de 24 horas.

Quase todos os doentes com FA estão em risco de sofrer um AVC, e a terapêutica anticoagulante permite



reduzir esse risco, pelo que deverão ser tomados todos os esforços para diagnosticar a FA e promover a instituição de **terapêutica anticoagulante crónica**, à excepção das situações em que esta não esteja indicada ou existam contraindicações.

Apesar de as Recomendações nacionais e Europeias preconizarem a anticoagulação oral como a terapêutica padrão para a prevenção do AVC em doentes com FA, **a prevalência de doentes anticoagulados é apenas cerca de 40%.**

A agravar esta situação tem sido evidenciado que mesmo nos doentes que tomam anticoagulantes, **o controlo da anticoagulação também não é o mais adequado e encontra-se frequentemente abaixo dos valores recomendados em metade dos doentes.**

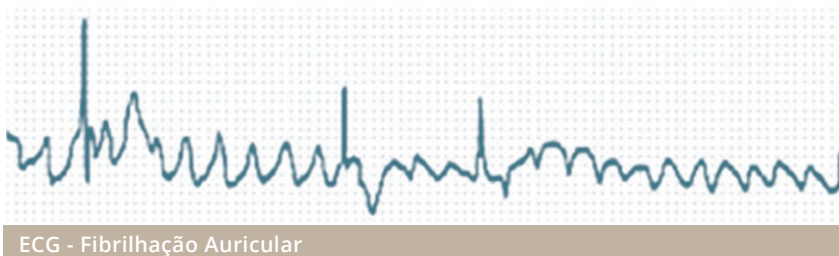
O sub-diagnóstico da FA é muito elevado: **poderão existir mais de 50.000 casos não identificados na**

população portuguesa.

Face ao previsto aumento da idade média da nossa população até 2025, será de esperar um aumento não só desta arritmia, mas também dos AVCs que lhe poderão ser atribuídos.

A FA particularmente pela incapacidade resultante dos AVC com ela relacionados **tem implicações pessoais e familiares devastadoras**. A FA origina também **custos económicos significativos**, derivados principalmente dos cuidados de internamento, cuidados médicos crónicos e **perda de capacidade de trabalho** com gastos elevados para as famílias e para a sociedade.

É importante traçar um **plano de intervenção** fortemente apoiado em três linhas: 1) Implementação de medidas que promovam a **detecção de casos assintomáticos** utilizando meios já existentes “no campo”; 2) Consultas



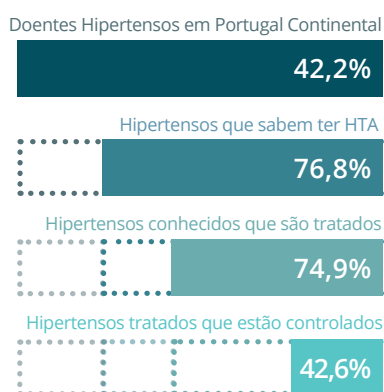
de rotina de MGF, rotinas préoperatórias, medição de PA nas farmácias etc.,
2) **Educação/ informação generalizada da população** sobre a FA e a sua relação com o AVC isquémico e a
3) **Promoção nos médicos e nos enfermeiros das recomendações terapêuticas existentes sobre a pro-**

filaxia do AVC nos doentes de risco. A recente introdução de novos fármacos anticoagulantes, com maior segurança e eficácia demonstradas, constituem uma janela de oportunidade para combatermos eficazmente aquela que a OMS recentemente declarou “**nova epidemia do Século XXI**”.

HIPERTENSÃO ARTERIAL

UMA DOENÇA SILENCIOSA QUE AFECTA METADE DOS PORTUGUESES

A POPULAÇÃO HIPERTENSA EM PORTUGAL CONTINENTAL (%) - 2012



A **Hipertensão Arterial (HTA)**, definida como **pressão arterial acima dos 140/90 mmHg**, é considerada um grave problema de Saúde Pública, atingindo **42,4% da população portuguesa (mais de 3 milhões de portugueses)**. Apesar do nº de hipertensos com a doen-

dia e cerebrovasculares (enfarte do miocárdio, acidente vascular cerebral, insuficiência cardíaca, doença renal), com elevada morbilidade e mortalidade.

No HFF, em cerca de **1/3 dos internamentos em 2014 foi identificada Hipertensão Arterial** (num total de 32357 episódios de internamento).

A redução da ingestão de sal, a dieta equilibrada, o exercício físico regular, o controlo do peso, a medição da pressão arterial, o diagnóstico, o controlo da HTA, e a **abordagem multidisciplinar do doente hipertenso** são essenciais para reduzir o impacto desta doença silenciosa na população servida pelo HFF e no país.

ça controlada ter quadruplicado na última década, o que constitui uma evolução notável na identificação, tratamento e controlo da HTA, a par da **redução do consumo diário de sal** (estudo PHYSYA, 2012), a elevada dimensão do problema, o desconhecimento da doença, em particular pela população mais jovem, e o baixo nível de controlo (cerca de 25% do total de hipertensos), expõe os hipertensos não controlados ao **triplo da probabilidade de sofrer doenças car-**

ABORDAGEM MULTIDISCIPLINAR DO DOENTE HIPERTENSO NO HFF



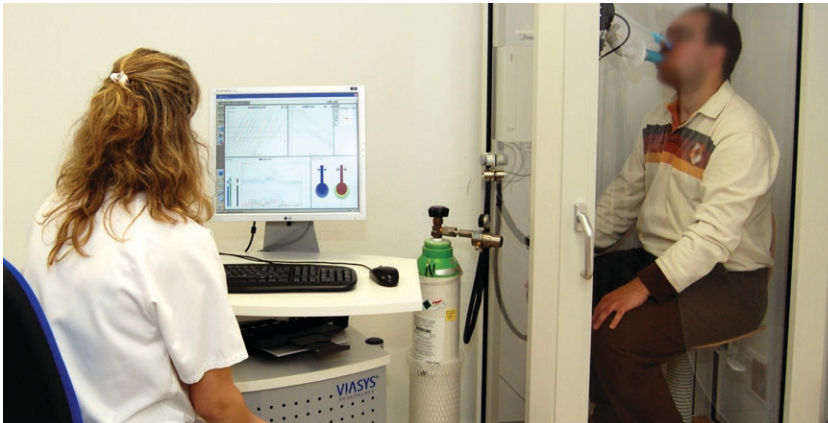
A DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÓNICA

A **Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC)** conhecida mais habitualmente por **bronquite crónica e enfisema**, é uma doença que nos acrescenta o dobro da idade ao limitar ou impedir-nos de realizar tarefas elementares, no limite tão elementares como respirar.

A DPOC tem como causa principal (85% dos casos) o **tabagismo** e como tal pode ser evitada e quanto mais precocemente for diagnosticada mais eficazmente pode ser tratada. Estima-se que 40 a 50% dos fumadores venham a ter DPOC

mento por **exacerbação da DPOC é de 8 a 11%**, também aqui semelhante ao enfarte do miocárdio (8 a 9,4%).

O diagnóstico da DPOC é muitas vezes tardio porque o doente pode ter tosse e expectoração durante anos e não ter ainda cansaço e falta de ar. Quando surge a falta de ar, existe já um grau avançado de obstrução dos brônquios. Por outro lado o doente no início da doença tende a desvalorizar a falta de ar porque a atribui à idade ou à falta de exercício físico.



A DPOC tem como causa principal (85% dos casos) o **TABAGISMO (...)** [há] cerca de 800 mil portugueses com DPOC. No ano de 2012 foram hospitalizados em Portugal 8967 doentes com DPOC (+10,9% que em 2011) dos quais 2938 vieram a falecer (+11,4% que em 2011).

ao longo da vida. Existem contudo outras causas que podem levar a DPOC, como a **exposição profissional e ambiental** a partículas, gases e biocombustíveis. Existe ainda uma componente hereditária da DPOC que abrange cerca de 2% de doentes, que desenvolvem a doença muito mais precocemente, provocada por um **deficit numa proteína, a Alfa-1 antitripsina responsável pelo enfisema pulmonar congénito.**

A DPOC é uma doença crónica definida por **uma obstrução a nível das vias aéreas que leva a que o acto natural de respirar se torne difícil.** É uma doença de curso progressivo a menos que identificada e tratada adequadamente sendo a **cessação tabágica o principal fator influenciador do prognóstico.** As exacerbações (agudizações) e as comorbilidades (outras doenças acompanhantes) contribuem para a gravidade individual da doença.

É a **quarta causa de morte nos países desenvolvidos** e prevê-se que no final de 2020 venha a ser a terceira. De acordo com o relatório da *European Lung Foundation*, entre **200 a 300 mil pessoas morrem anualmente vítimas** desta doença. Em Portugal calcula-se que a prevalência desta doença seja de 14,2 % o que corresponderá a cerca de **800 mil portugueses com DPOC.** No ano de 2012 foram hospitalizados em Portugal 8967 doentes com DPOC (+10,9% que em 2011) dos quais 2938 vieram a falecer (+11,4% que em 2011).

Interessante mas preocupante é sabermos que 22 a 43% dos doentes com DPOC internados vem a falecer no prazo de 1 ano, semelhante ao que acontece no enfarte do miocárdio (25 a 38%). **A mortalidade intra-hospitalar no interna-**

É necessário pois que o doente se queixe ao seu médico e este tenha também um grau de suspeição forte em pessoas com fatores de risco para esta doença. **O diagnóstico é feito por um exame que se chama espirometria** e que mede o grau de obstrução à passagem de ar nos brônquios.

O tratamento ajuda os doentes a viver com melhor qualidade e **pode interferir na história natural da doença impedindo a progressão da DPOC.** Este consiste em medicamentos que contrariam a obstrução dos brônquios, os **broncodilatadores**, mas também na **reabilitação respiratória.** A **oxigenoterapia**, a ventilação não invasiva em estádios mais graves da doença e nalguns casos selecionados o transplante do pulmão são outras terapêuticas possíveis. A terapêutica farmacológica, os internamentos frequentes e o absentismo laboral têm **elevados custos sociais e financeiros.** Evitar que os jovens que não fumem venham a fazê-lo e conseguir que os fumadores deixem de fumar deve ser uma das prioridades na luta contra a DPOC.



CALENDÁRIO DE ACTIVIDADES/EVENTOS

SETEMBRO / OUTUBRO 2015

FALECEU O SENHOR DR. ANTÓNIO DE ALMEIDA

O HFF PERDEU UM AMIGO



O Presidente do Conselho Consultivo do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE (HFF) e também Presidente da Fundação EDP, Senhor Dr. António de Almeida, faleceu no passado dia 15 de Agosto, vítima de doença prolongada.

Depois de uma vida muito preenchida e profissionalmente muito rica, em Portugal, Moçambique e Inglaterra, em que desempenhou cargos de elevada responsabilidade e se dedicou, igualmente, a grandes causas, o Senhor Dr. António de Almeida desempenhava, desde há dois anos, as funções de Presidente da Fundação EDP. Nesta condição, manteve uma excelente colaboração com o nosso Hospital, nomeadamente, na área da Pediatria, através da doação de equipamentos médicos.

Em finais do ano passado, o Senhor Dr. António de Almeida foi eleito Presidente do Conselho Consultivo do HFF e, nessa condição, demonstrou as suas qualidades pessoais e profissionais, relevando-se, enquanto ser humano, um Homem de grande carácter e forte personalidade. Sempre interventivo, dotado de um humor fino, o Senhor Dr. António de Almeida contribuiu, de forma determinante, para algumas das principais medidas sugeridas pelo Conselho Consultivo.

A sua perda irreparável, priva-nos do contributo e conselhos de um homem inteligente, culto, e com larga experiência.

O Conselho de Administração, em nome dos profissionais deste Hospital, apresentou à família do Senhor Dr. António de Almeida, o profundo pesar pelo seu desaparecimento.

10 SETEMBRO COLÓQUIO "DIA MUNDIAL DA PREVENÇÃO DO SUICÍDIO 2015"

A Sociedade Portuguesa de Suicidologia (SPS) promove esta iniciativa no Auditório Nobre da Universidade de Évora, em Évora, com início previsto às 13h45m. Conta com o apoio da Direção-Geral de Saúde Saúde (DGS) e da Universidade de Évora. O colóquio vai reunir diferentes oradores, incluindo Álvaro de Carvalho, diretor do Programa Nacional para a Saúde Mental na DGS. A Sessão de abertura vai centrar-se no lema: «Celebrar a prevenção». Para mais informações e inscrições, contactar: Secretariado - Luis Jorge Pais ljdsecretariado@gmail.com

30 SETEMBRO II ENCONTRO DE TELEMEDICINA DO SNS

A SPMS - Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, EPE irá realizar no próximo dia 30 de Setembro, o II Encontro de Telemedicina do SNS, no auditório do Infarmed (Parque da Saúde de Lisboa) das 9h30 às 18h00. O programa das palestras/debates inclui temas como: Plano Estratégico Telemedicina, Estado da Arte da Telemedicina no Mundo, Telerrastreio Dermatológico, Teleconsultas, Como fazer a mudança, entre outros. Para mais informações: <http://spms.min-saude.pt/>

INQUÉRITO SOMOSHFF

CONTAMOS COM OS NOSSOS LEITORES, PARTICIPE!

O Conselho Editorial vai promover um inquérito de Setembro a Outubro para perceber a sua opinião sobre a newsletter SomosHFF. O inquérito será disponibilizado *online* a todos os nossos leitores (internos e externos).

A avaliação dos resultados obtidos por este inquérito irá permitir melhorar este meio de comunicação do HFF.

A sua participação é muito importante!

FICHA TÉCNICA

COORDENAÇÃO GERAL

Conselho de Administração

EDIÇÃO

Conselho Editorial SOMOSHFF -

Dr.ª Margarida Rato, Dr.ª Arminda Sustelo,

Enf.ª Lúcia Jerónimo, Dr.ª Lucília Gonçalves,

Dr. Paulo Barbosa, Dr.ª Sofia Macias

COLABORARAM NESTE NÚMERO

P.2

Dr. Fernando Gomes (Unidade de Oncologia Médica, Assistente Graduado)

P.3

Em cima: Enf. Nuno Falcato

(SURG, Enfermeiro Chefe),

Enf.ª Ana Fonseca (SURG, Enfermeira)

Em baixo: Enf.ª Sónia Almeida (EIHC, Enfermeira)

P.4

Dr. Georgina Coucelo (Unidade da Dor, Chefe de Serviço)

P.5

Em cima: Dr.ª Amélia Nogueira Pinto (S. Neurologia, Assistente Graduada; Responsável da Neurologia pela Unidade de Alta Dependência; Vice-Presidente e Secretária Geral da Sociedade Portuguesa de Neurologia)

Em baixo: Dr. Carlos Morais (S. Cardiologia, Director),2

P.6

Em baixo: Dr.ª Fernanda Louro (S. Medicina Interna, Directora)

P.7

Dr. Fernando Rodrigues

(S. Pneumologia, Director)

DESIGN | Inês Valente

INFORMAÇÕES / SUGESTÕES

SOMOS.HFF@HFF.MIN-SAUDE.PT

ÍNDICE DE IMAGENS

P.2 | Tabela ABCDE:

Skin Cancer Foundation: www.skincancer.org
Estrutura - Britol-Myers Squibb: www.bristol.com.br

P.5 | Dr. Carlos Morais no "I EU Summit on Chronic Diseases" no Parlamento Europeu em Bruxelas, integrando em representação de Portugal, a Task Force Europeia sobre Fibrilhação Auricular (2014).

P.7 | Exame de Espirometria - Hospital de Talavera



somos **HFF**

nº 20 | Agosto 2015