

**CASO CLÍNICO**  
Síndrome de Brugada

## ANATOMIA PATOLÓGICA

*Workflow contínuo – A revolução no Hospital da Luz*

## VERTIGEM E ALTERAÇÕES DE EQUILÍBRIO

Tratamento com programa personalizado de reeducação vestibular

# Sumário

## 3 Otorrinolaringologia

A vertigem e as alterações do equilíbrio

## 10 Anatomia patológica

Workflow contínuo – revolução no Hospital da Luz

## 18 Caso clínico

Síndrome de Brugada diagnosticada após gastroenterite banal

## 20 Médico associado

A ligação dos médicos com o hospital ajuda a resolver questões de saúde mais complexas

## 22 Formação

O Hospital da Luz organizou o 11.º Curso de Endoscopia Ginecológica

## 24 Agenda

Reuniões médicas dos próximos meses

## 26 ESS Lá fora

Os profissionais da Espírito Santo Saúde participam em diversos fóruns médicos



3



10

## Ficha técnica **iess** Informação da Espírito Santo Saúde

ESPÍRITO SANTO **SAÚDE**

### PROPRIEDADE

**ESPÍRITO SANTO SAÚDE SGPS, SA**

Email [iess@essaude.pt](mailto:iess@essaude.pt)

Director João Paulo Gama | [jgama@essaude.pt](mailto:jgama@essaude.pt)

Conselho Editorial Isabel Vaz, Maria de Lurdes Ventura, Marisa Morais e Mário Ferreira

Colaboram nesta edição Ana Catarino, Ana Diniz, Fernando Guerra, Luís Filipe Catarino, João Rebelo de Andrade, João Sá, Jorge Marcelino, Manuel Caldas de Almeida,

Manuel Delgado, Manuela Costa, Maria de Lurdes Ventura, Mário Ferreira, Marta Ferreira, Palmira Simões, Paulo Ferreira, Pedro Araújo, Pedro Oliveira e Susana Coutinho

Infografia Anyforms Design

Contactos Espírito Santo Saúde – SGPS, SA  
Edifício Amoreiras Square  
Rua Carlos Alberto da Mota Pinto, 17 – 9.º  
1070-313 Lisboa | tel.: (+351) 213.138.260  
fax.: (+351) 213.530.292

Internet: [www.essaude.pt](http://www.essaude.pt)

Contribuinte n.º 504.885.367

Registo n.º 125195 de 23-05-2007 na Entidade Reguladora para a Comunicação Social.

Projecto editorial Espírito Santo Saúde

Projecto gráfico e produção Divisão de Customer Publishing da Edimpresa

A IESS – Informação da Espírito Santo Saúde

é uma publicação trimestral da Espírito Santo Saúde, que integra o suplemento IESS Pro.

Tiragem 42.000 exemplares



PEDRO ARAÚJO ●

# A vertigem e as alterações do equilíbrio

**O síndrome vertiginoso é um sintoma definido como a sensação ilusória de movimento. O tratamento baseia-se num programa de reeducação vestibular**

Texto **Pedro Araújo** Infografias **Anyforms Design**

**AS ALTERAÇÕES** do equilíbrio podem manifestar-se de diferentes formas e são experienciadas por cada doente de forma individual, o que origina as descrições mais variadas, conferindo uma subjectividade e idiossincrasia próprias às queixas de cada doente e transformando a abordagem diagnóstica numa avaliação complexa e laboriosa.

O doente pode descrever a perturbação do equilíbrio como uma vertigem, tontura, instabilidade, desequilíbrio, alterações da marcha, cabeça vazia, sensação de estar num barco, de desmaio iminente ou simplesmente de mal-estar, por vezes associado a náuseas e vómitos. Trata-se de uma diversidade de designações utilizadas para definir o mesmo espectro de queixas, mas que constituem diferentes tipos de alterações do equilíbrio e que importa definir.

A vertigem, ou o síndrome vertiginoso, não é uma doença, mas sim um sintoma definido como a sensação

ilusória de movimento. Pode tratar-se de um movimento rotatório ou simplesmente de uma deslocação linear, do próprio ou da base de sustentação. Embora, em sentido lato, a definição de vertigem englobe as diferentes perturbações do equilíbrio, podemos tentar diferenciar as tonturas como a sensação de movimento do próprio relativamente ao meio envolvente, que se encontra imóvel.

A tontura é uma perturbação do equilíbrio que engloba diferentes queixas, como a sensação de instabilidade, de balancear do corpo, de mal-estar ou até mesmo de cabeça vazia, que nem sempre se relacionam com o sistema vestibular.

## IMPORTÂNCIA DAS ALTERAÇÕES DO EQUILÍBRIO

A vertigem é uma das queixas mais frequentes na consulta de otorrinolaringologia. Estima-se que cerca de 20% dos indivíduos entre os 18 e os 65 anos de idade já sentiram um epi-

sódio de perturbação do equilíbrio e que cerca de 30% destes mantêm queixas ao fim de 12 meses.

Estes números aumentam exponencialmente na população acima dos 65 anos, tornando-se num dos principais problemas de saúde neste grupo etário, particularmente com o aumento da esperança média de vida. É estimado que as alterações do equilíbrio constituam o terceiro motivo de consulta neste grupo, sendo a queixa mais frequente na população acima dos 70 anos de idade, estando presente em 47% dos homens e 66% das mulheres.

As perturbações do equilíbrio constituem um verdadeiro sinal de alarme quando verificamos as elevadas taxas de mortalidade e de morbilidade associadas a quedas em indivíduos acima dos 65 anos. Com efeito, os acidentes constituem a sexta causa de morte neste escalão etário, sendo que as quedas são responsáveis por metade destes episódios. Aos 80 anos, um em cada três indivíduos refere um ▶

episódio de perturbação do equilíbrio com queda e com a mortalidade por fractura da anca, nos 12 meses seguintes, a atingir 67%.

Assim, além da prevalência na população em geral, as perturbações do equilíbrio assumem particular relevância pela repercussão na qualidade de vida. Pela violência das crises e pela incapacidade que a caracteriza, a vertigem é um sintoma causador de grande ansiedade.

A natureza imprevisível das crises, aliada à incerteza de uma nova crise que pode surgir a qualquer momento, conduz a alterações de comportamento, ao isolamento social, com repercussão nas actividades diárias e também nas relações familiares e laborais.

Entre os doentes com perturbações de equilíbrio é frequente encontrar níveis altos de ansiedade e

de depressão, verificando-se uma maior incidência de ataques de pânico e uma maior tendência para agorafobia.

### COMO MANTEMOS O EQUILÍBRIO

A maioria das alterações do equilíbrio é de origem vestibular. Mas o que torna o ouvido tão importante para o equilíbrio?

Na sua condição de bípede, o ser humano é capaz de um adequado equilíbrio estático e dinâmico graças à acção simultânea e congruente de um triângulo formado pelas informações provenientes das aferências visuais, da informação proprioceptiva (sensibilidade muscular profunda, óssea e articular) e do sistema vestibular (labirinto e centros neurológicos), que é o órgão do equilíbrio por excelência.

Os diferentes estímulos são integrados e comparados com padrões de equilíbrio adquiridos ao longo da vida, de forma a realizar os ajustes posturais necessários a que a pessoa mantenha o centro de gravidade dentro do triângulo de sustentação.

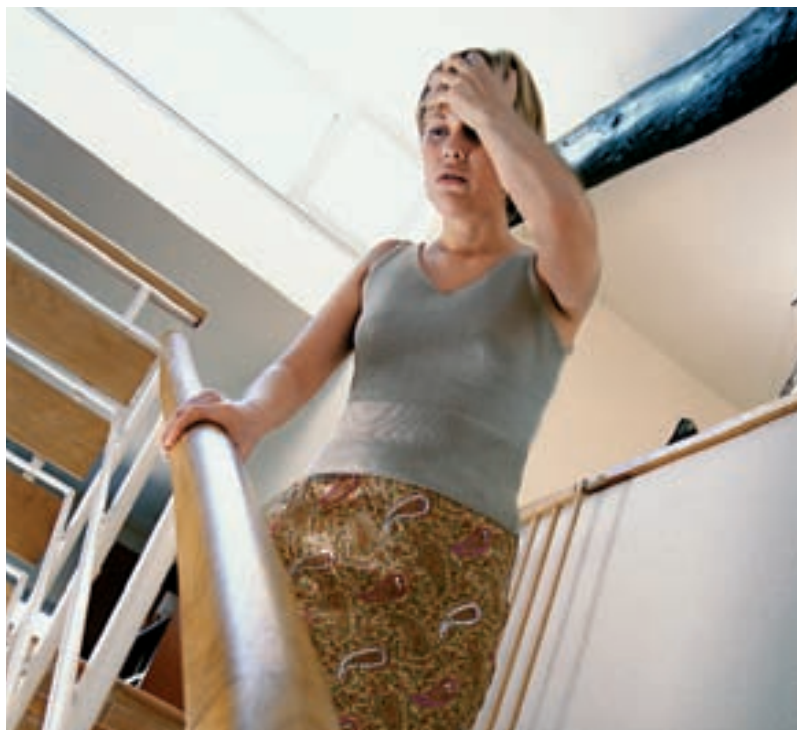
O ouvido possui sensores de movimento. São receptores de deslocamento linear que nos informam da posição do corpo relativamente à gravidade quando, por exemplo, andamos em frente ou de elevador ou, muito simplesmente, quando estamos parados.

O ouvido possui também receptores de deslocamento angular dispostos nos três planos do espaço, de tal forma que, quando rodamos a cabeça ou o corpo num determinado plano, estimulamos o respectivo receptor, que assim nos mantém orientados relativamente ao meio envolvente.

Assim se percebe que uma lesão do ouvido facilmente pode provocar vertigens pela falta de informação ou informação errada da posição do corpo relativamente ao meio ambiente. O ouvido é responsável pela estabilidade ocular e postural através dos denominados reflexos vestibulo-ocular e vestibulo-espinhal, respectivamente.

### QUAIS SÃO AS CAUSAS DAS ALTERAÇÕES DO EQUILÍBRIO?

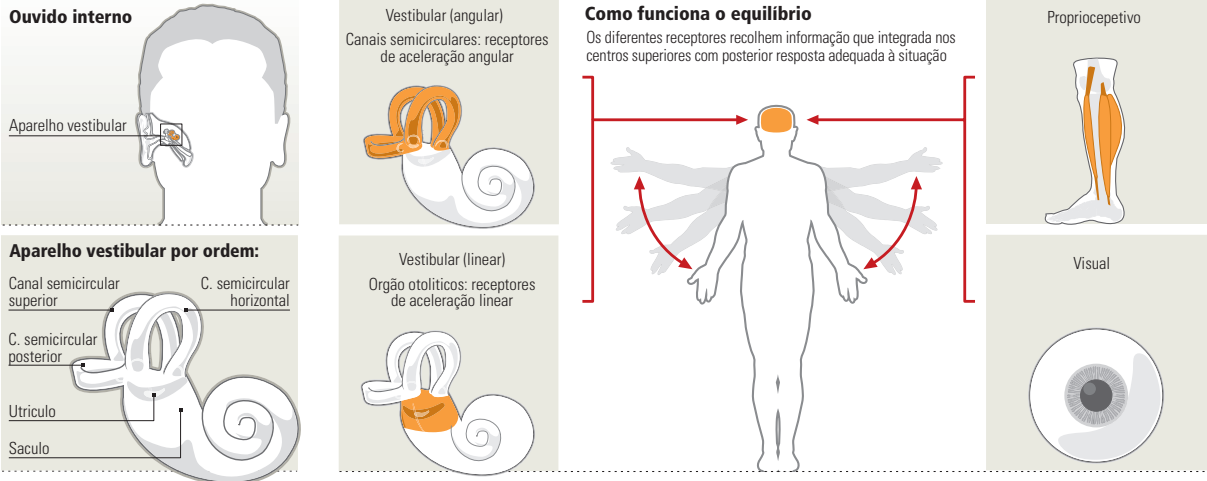
As alterações do equilíbrio podem ser de origem vestibular ou não vestibular. Esta última compreende patologia do sistema nervoso central, doenças cardiovasculares, metabólicas, infecciosas, psicogénicas ou provocadas por tóxicos, pelo que se torna muito importante caracterizar correctamente as queixas de forma a colocar o diagnóstico acertado.





# Fisiologia do equilíbrio

A estabilidade postural é mantida através do triplo conjunto de informações sensoriais recebidas, com posterior integração central e resposta motora adequada à situação.



Neste contexto, quais são, então, as principais etiologias das alterações do equilíbrio?

## 1) Vertigem posicional paroxística benigna (VPPB).

A vertigem posicional paroxística benigna (VPPB) é a forma mais frequente de vertigem. Trata-se de um tipo de vertigem posicional, que é caracterizada por breves períodos de vertigem rotatória desencadeada por mudanças rápidas da posição da cabeça relativamente à gravidade. Trata-se de uma alteração mecânica do ouvido interno, em que um determinado movimento estimula o receptor sensorial angular no plano do movimento. A rotação da cabeça, a hiperextensão cervical ou simplesmente quando rodamos na cama desencadeia uma vertigem rotatória súbita, intensa e extremamente ansiosogénica, que cede ao fim de alguns segundos. Durante a crise não existem sintomas cocleares (hipoacusia, acufenos).

## O ouvido é responsável pela estabilidade ocular e postural

O diagnóstico é feito pela manobra de Dix-Hallpike. Trata-se de uma manobra de posicionamento em que o doente, com uma extensão cervical de 30°, passa da posição de sentado à posição de deitado com a cabeça virada a 45° para o lado doente, ficando com a cabeça pendente.

Esta manobra inicia uma resposta nistágmica, com alguns segundos de duração, caracterizada por latência, fadiga (a resposta desaparece ao fim de alguns segundos) e habituação (a resposta desaparece com estimulações repetidas). É a direcção do nistagmos que identifica o canal lesado.

O tratamento é realizado através de manobras específicas de reeducação vestibular, com um sucesso terapêutico na ordem dos 90%.

A reeducação vestibular é um tipo de treino que visa recalibrar o ouvido na forma como recebe e interpreta as informações, permitindo manter o equilíbrio. Salienta-se que cada programa deve ser personalizado de acordo com o doente e a localização da patologia.

## 2) Doença de Ménière.

A doença de Ménière é, muito provavelmente, a doença vertiginosa mais sobrediagnosticada. O diagnóstico definitivo é complexo e só o seguimento da evolução clínica e a avaliação funcional permitem estabelecer o diagnóstico. A doença é definida pela tríade vertigem, hipoacusia e acufeno.

É caracterizada por crises vertiginosas recorrentes de grande intensidade, associadas a náuseas e ▶

vómitos, com duração superior a 20 minutos. Ao diagnóstico é indispensável a presença de sinais auditivos associados.

As queixas auditivas caracterizam-se por uma hipoacusia sensorio-neural flutuante, com atingimento das baixas frequências numa fase inicial com progressão da surdez com a evolução clínica. Associado, o doente refere plenitude auricular e acufeno. Estas queixas desaparecem após a crise vertiginosa. Por vezes as queixas cocleares precedem a crise vertiginosa como uma aura.

O tratamento durante a fase de crise consiste na administração de depressores vestibulares, que podem ser associados a um diurético.

O tratamento intercrise deve ser associado a uma dieta hipossalina e à evicção do café, do tabaco e também do stress.

Estes doentes devem ser referenciados a uma consulta da especialidade para avaliação laboratorial e orientação terapêutica.

### 3) Vertigem postural fóbica.

É considerada por alguns autores como a segunda causa de vertigem. Como já foi referido, a natureza imprevisível das crises e a incapacidade que estas provocam no doente conduzem a um estado de ansiedade com

uma maior tendência para depressão e agorafobia, com repercussão nas suas relações sociais e laborais. O isolamento social é provocado pelo desencadeamento das queixas em situações de contacto com outros ou em grandes espaços abertos com excesso de estimulações sensoriais, como, por exemplo, em supermercados, provocando desequilíbrio e instabilidade por vezes associados a hiperventilação e a sintomas vegetativos.

### 4) Nevrite vestibular.

É uma síndrome clínica caracterizada pela instalação súbita de uma crise vertiginosa violenta, com duração de minutos a horas, geralmente na sequência de uma infecção respiratória alta (viral), sem sinais cocleares associados. Tipicamente, a primeira crise é a mais intensa, com desaparecimento das queixas nas semanas seguintes.

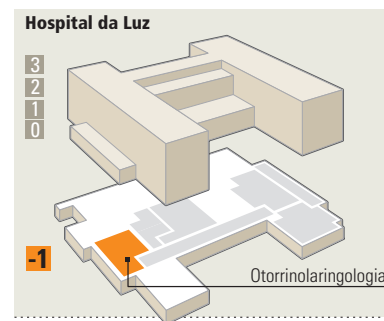
O tratamento na fase aguda da doença pode incluir depressores vestibulares e repouso durante as primeiras 48-72 horas. Toda a medicação vestibuloplégica deve ser suspensa o mais precocemente possível e o doente deve iniciar levantar e uma actividade física normal.

O tratamento deve ser complementado com um treino de reeducação vestibular personalizado e devi-

## Departamento de avaliação diagnóstica e tratamento do equilíbrio

Situado no centro de **Otorrinolaringologia (entrada A)** é composto por três salas de avaliação funcional do equilíbrio, onde se realizam os seguintes exames:

- Videonistagmografia (com capacidade para provas cinéticas)
- Vertical subjectiva
- Potenciais miogénicos vestibulares evocados
- Posturografia dinâmica computadorizada



damente supervisionado, de forma a possibilitar uma recuperação rápida e eficaz.

### 5) Neurolabirintite vestibular.

A diferença desta entidade para a anterior é que a crise vertiginosa surge associada a uma surdez sensorio-neural. Pode surgir no contexto de uma infecção viral, mas também na sequência de uma otite média aguda ou otite média crónica.

É uma urgência médica devido à surdez associada.

### 6) Vertigem pós-traumática.

O traumatismo craniano pode ser uma causa de vertigem por fractura do osso temporal ou por concussão labiríntica. A fractura do osso temporal poderá originar uma crise vertiginosa associada a surdez sensorioneural. A concussão labiríntica também asso-

## PEDRO ARAÚJO

**LICENCIADO** em Medicina pela Faculdade de Medicina de Lisboa

**PÓS-GRADUAÇÃO** em Hidrologia e Climatologia

**FORMAÇÃO** em Otoneurologia no Hospital Lariboisière, em Paris

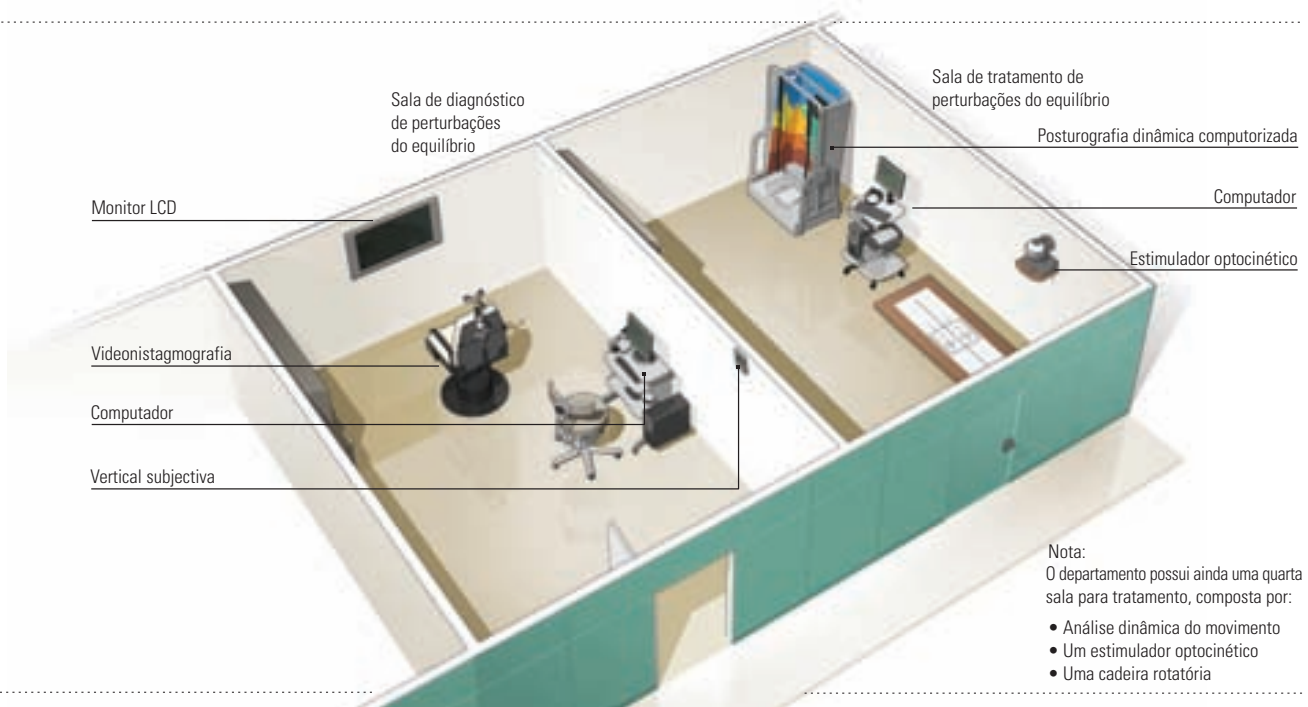
**FORMAÇÃO** em Otoneurologia Pediátrica no Hospital Robert Debré, em Paris

**ESPECIALISTA** em Otorrinolaringologia

**MEMBRO** da Sociedade Portuguesa de Otorrinolaringologia

**MEMBRO** da Associação Portuguesa de Otoneurologia Internacional

**MEMBRO** da Academia Americana de Otorrinolaringologia



cia a vertigem a uma surdez sensorio-neural. A diferença é a ausência de sinais radiológicos. Trata-se de uma etiologia de particular relevância em situações de acidentes de trabalho, especialmente em doentes que trabalham em alturas, podendo obrigar à inibição de actividade profissional por parte destes doentes.

### 7) A vertigem na criança.

Na avaliação da criança, o diagnóstico diferencial deve incluir:

- A nevrite por infecção viral.
- Intoxicação medicamentosa: antidepressivos, ansiolíticos.
- Tumores da fossa posterior, que podem manifestar-se por uma crise vertiginosa inaugural.
- Formas traumáticas com fractura do osso temporal ou por fistula perilinfática.
- Equivalentes migranosos, frequen-

## O traumatismo craniano pode ser uma causa de vertigem por fractura do osso temporal ou por concussão labiríntica

tes na criança e que se traduzem por um torticolis paroxístico em crianças até aos dois anos de idade e por uma vertigem paroxística benigna da criança em crianças até à adolescência.

- Vertigens epilépticas, em que a vertigem constitui a aura de uma crise de epilepsia.
- As malformações congénitas do ouvido interno.

Naturalmente, qualquer criança com alterações do equilíbrio deve ser referenciada a uma consulta da especialidade.

### 8) Défice multissensorial do idoso.

Com a idade, surge uma degeneração do aparelho muscular, da visão e do próprio sistema nervoso, o que pode causar alterações do equilíbrio. Uma abordagem completa da situação clínica e um treino de equilíbrio dirigido à prevenção de quedas é aconselhável, de forma a evitar as consequências que daí advêm.

### MEIOS COMPLEMENTARES DE DIAGNÓSTICO

A avaliação do equilíbrio é complexa e laboriosa, baseando-se numa série de exames que visam, cada um deles, dar uma imagem dos diferentes elementos sensoriais do ouvido interno ►

que concorrem para a manutenção do equilíbrio. A avaliação consiste no estudo dos receptores de aceleração angular e linear, e o conjunto de todas as fotografias faz o filme da avaliação vestibular. Esta inicia-se com o estudo da função auditiva. O exame cardinal da avaliação vestibular é a videonistagmografia, que procura, através de uma série de procedimentos, identificar e quantificar a eventual existência de uma lesão ao nível dos receptores angulares.

O exame é realizado através de câmaras de alta definição, que permitem detectar a posição e a velocidade do olho em resposta a um determinado estímulo. Classicamente, é realizada uma estimulação térmica de cada ouvido, de modo a identificar uma assimetria vestibular.

Um dos protocolos que pode ser realizado neste estudo são as provas cinéticas. A possibilidade de avaliar o ouvido através de provas impulsivas ou de acelerações sinusoidais a diferentes frequências possibilita uma avaliação mais fisiológica e complementar à abordagem clássica, sendo de inestimável valor em casos de arreflexia vestibular, como, por exemplo, em situações de ototoxicidade medicamentosa. Outra vantagem é a possibilidade de se realizar a avaliação vestibular em crianças que, sentadas ao colo dos pais, com a cabeça bem apoiada, colaboram com a realização desta prova, ao contrário da estimulação térmica clássica.

A avaliação otolítica (receptores sensoriais de aceleração linear), quando não realizada, geralmente por incapacidade técnica, impossibilita a avaliação global do órgão vestibular. No entanto, este estudo pode ser facilmente realizado através de dois exames: os potenciais

## Departamento de avaliação diagnóstica e tratamento do equilíbrio

O tratamento do equilíbrio, designado por reeducação vestibular é realizado através de técnicas de substituição, adaptação ou habituação, recorrendo-se para tal à utilização, por exemplo, da posturografia dinâmica, da cadeira rotatória ou do estimulador optocinético.

Sala de diagnóstico de perturbações do equilíbrio



miogénicos vestibulares e a vertical subjectiva. São exames recentes, que podem ser aplicados tanto em crianças como em adultos.

### POSTUROGRAFIA AJUDA A IDENTIFICAR

A posturografia dinâmica computadorizada é uma técnica que permite avaliar o equilíbrio de uma forma global, identificando o elemento desestabilizador. Trata-se de uma técnica que foi desenvolvida em colaboração com a NASA no estudo do equilíbrio dos astronautas antes e após as viagens espaciais.

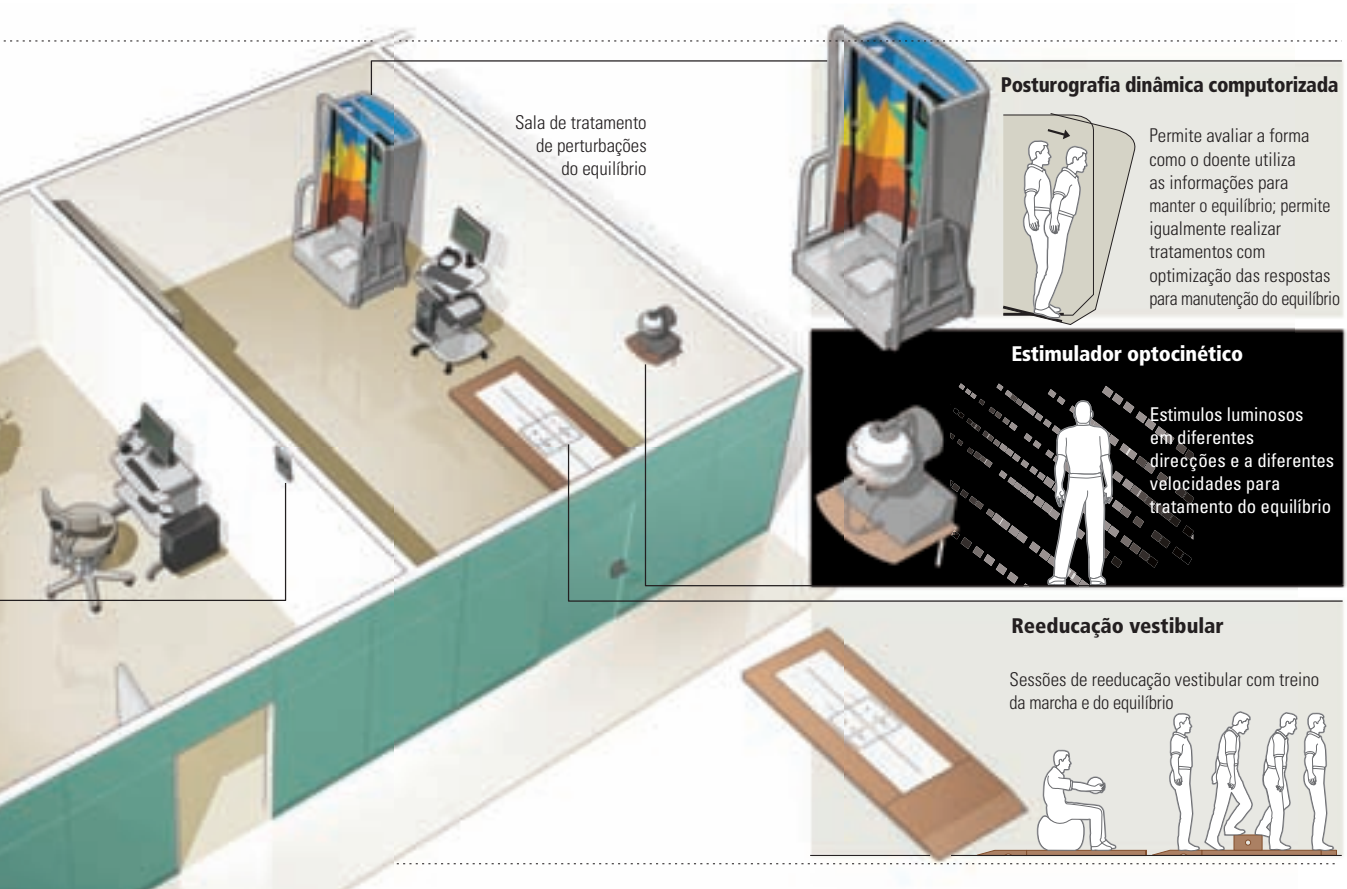
A posturografia procura, pois, avaliar a forma como o doente utiliza

as diferentes informações (visuais, vestibulares, somatossensitivas) para manter o equilíbrio, podendo assim identificar-se uma má utilização das informações sensoriais e uma estratégia de movimento inadequada às situações colocadas, que contribuem para as queixas de desequilíbrio e eventuais quedas.

Recentemente, têm-se introduzido diversos avanços nesta técnica, sendo possível associar também o estudo da marcha.

Estas informações valiosas podem ser utilizadas com fins diagnósticos mas também terapêuticos, orientando programas de reeducação vestibular.





## TRATAMENTO DA VERTIGEM

**O TRATAMENTO** varia com a doença, baseando-se num programa personalizado de reeducação vestibular. Não é de mais enfatizar que a actividade física precoce é essencial para uma recuperação acelerada, devendo o doente evitar o repouso em excesso, iniciando levante o mais rapidamente possível. O tratamento tem como objectivo restabelecer uma estabilidade ocular e postural recorrendo a estratégias de habituação ou de substituição sensorial. De salientar que diferentes estratégias terapêuticas estão disponíveis no tratamento destes doentes

e que podem ser estabelecidos protocolos personalizados de exercícios de estabilização ocular com movimentos de coordenação olho-alvo que o doente pode praticar em ambulatório, de forma complementar ao tratamento hospitalar. Em ambiente hospitalar podemos recorrer a diversas técnicas terapêuticas. Pode utilizar-se como técnica terapêutica a cadeira rotatória, em que, através de uma substituição sensorial, o doente é submetido a uma aceleração angular a altas velocidades com o objectivo

de se obter uma simetria vestibular. Outros mecanismos são os estímulos optocinéticos, em que o doente, num ambiente sem referências visuais, é submetido a um estímulo visual que desfila na sua frente, com estimulação de todo o campo visual. Outra técnica é a utilização da plataforma de posturografia como treino de estratégia de movimentos e de estimulação sensorial. O treino em plataforma permite submeter o doente a diferentes estímulos sensoriais, treinar estratégias de movimentos e limites de estabilidade.



ANA CATARINO E PEDRO OLIVEIRA ●

# Workflow contínuo – A revolução

À medida que a medicina evolui, a metodologia utilizada para o processamento de tecidos mostra-se insuficiente, porque é desejável uma maior prontidão no diagnóstico

Texto **Ana Catarino** Fotografias **Estúdio João Cupertino, Ana Catarino e Pedro Oliveira**

**O SERVIÇO** de Anatomia Patológica do Hospital da Luz foi concebido de modo a poder corresponder ao objectivo de diagnosticar de forma rápida e eficaz através de uma medicina de excelência e inovação. Para isso dispõe de um laboratório que funciona num espaço físico amplo e luminoso, o que é já por si só diferente, e está organizado segundo um conceito totalmente inovador. Tem como principal característica o sistema de *workflow* contínuo, suportado, em grande parte, por equipamentos totalmente automatizados, a que se associam as mais modernas tecnologias.

Com estes recursos, que constituem o centro de toda a mudança, pretende-se reduzir de forma drástica o tempo de resposta do exame anatomo-patológico, conseguindo-se o resultado de uma biópsia no próprio dia da colheita, com idêntica ou melhor qualidade técnica do que a alcançada com a metodologia tradicional e com a vantagem acrescida de reali-

zar os procedimentos técnicos num ambiente mais seguro.

Sem dúvida que o impacto mais visível da aplicação deste novo método reside na diminuição da ansiedade dos doentes que são sujeitos a exames com finalidade diagnóstica. Por outro lado, a planificação do tratamento dos doentes e o seu seguimento clínico são bastante facilitados pelo diagnóstico efectuado em tempo útil no mesmo dia, permitindo uma melhor rentabilização dos recursos hospitalares.

## QUEM É O ANATOMO-PATOLOGISTA

Os anatomo-patologistas são médicos que se especializaram no diagnóstico das doenças a partir do estudo de tecidos e utilizam para isso métodos laboratoriais.

O seu trabalho consiste em analisar células, tecidos e órgãos com o objectivo de identificar as alterações estruturais que as doenças causam.

## DIAGNÓSTICOS NA HORA

### FACTO 1

Mulher de 39 anos.  
Faz uma mamografia de rotina, onde se detecta um nódulo.  
É efectuada uma biópsia guiada da lesão, sendo a amostra imediatamente enviada para o laboratório de anatomia patológica. Enquanto a doente espera ou realiza outros exames, é efectuado o processamento rápido da biópsia. Duas horas depois, é emitido um parecer diagnóstico: carcinoma ductal invasivo. É possível elaborar, nesta altura, um plano para avaliação e estadiamento da doença.

### FACTO 2

Homem de 62 anos.  
PSA sérico aumentado em exames de rotina. Sem sintomas. Indicação para realizar biópsia prostática em sextante. A biópsia é enviada de imediato para o laboratório de anatomia patológica, enquanto o doente espera. Diagnóstico após duas horas: atrofia e prostatite.

● Ana Catarino, médica anatomo-patologista, coordenadora do Serviço de Anatomia Patológica do Hospital da Luz, e Pedro Oliveira, médico anatomo-patologista do Serviço de Anatomia Patológica do Hospital da Luz.



Esses dados são depois integrados com o quadro clínico, imagiológico, bioquímico, entre outros, sendo esta correlação determinante na construção do relatório anatomo-patológico. Este último incorpora vários tipos de informação, a qual é necessária para a orientação terapêutica e o seguimento clínico dos doentes.

A participação do anatomo-patologista no dia-a-dia hospitalar tem uma importância vital. Actualmente, numa era de cuidados de saúde que se vão tornando mais complexos e monitorizados, os clínicos sentem uma necessidade crescente de obter respostas rápidas por parte do anatomo-

mo-patologista, a fim de planearem a estratégia a aplicar a cada doente.

É desejável que se obtenha o diagnóstico final enquanto o doente ainda permanece no hospital, após uma consulta ou uma intervenção cirúrgica, sendo esse tempo especialmente importante quando se trata de patologia oncológica.

O anatomo-patologista tem de ser, por isso, cada vez mais eficaz e consistente nos seus diagnósticos, já que as terapêuticas são ditadas pelo relatório anatomo-patológico. Este médico também acumula responsabilidade na criação das condições apropriadas para a preserva-

ção dos tecidos humanos em geral. Tal procedimento poderá garantir, no futuro, a possibilidade de poderem efectuar-se estudos moleculares, com melhores resultados do que actualmente conseguidos, em amostras de arquivo.

## DO DOENTE AO MICROSCÓPIO

Os tecidos retirados dos doentes durante uma intervenção cirúrgica ou no decorrer de um exame endoscópico ou imagiológico têm de ser fixados de imediato, caso contrário iniciam-se mecanismos irreversíveis de degradação celular que inviabilizam qualquer tipo de estudo morfológico.

Seguidamente, precisam de ser desidratados e impregnados com parafina a alta temperatura, para que endureçam o suficiente de forma a poderem ser cortados em secções muito finas, da ordem de 3  $\mu$ m. Depois de essas secções serem colocadas sobre uma lâmina de vidro, são submetidas a técnicas de coloração com hematoxilina e eosina. ►



**NO LABORATÓRIO** de anatomia patológica do Hospital da Luz o trabalho organiza-se de forma a ser fluido, evitando tempos “mortos”

## ANA CATARINO

**ESPECIALISTA** em Anatomia Patológica

**COORDENADORA** do Serviço de Anatomia Patológica do Hospital da Luz desde 2006

**FORMAÇÃO** Licenciatura em Medicina pela Faculdade de Medicina de Lisboa (1984)

**ASSISTENTE** de Anatomia Patológica no Instituto de Oncologia de Francisco Gentil, Centro de Lisboa (1992-2006)

**INTERNA** da especialidade de Anatomia Patológica no Instituto de Oncologia de Francisco Gentil, Centro de Lisboa (1989-1991)

**INTERNA** da especialidade de Anatomia Patológica no Hospital Egas Moniz (1987-1988)

**ATIVIDADE ACADÉMICA** Assistente convidada da disciplina de Anatomia Patológica da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa (1988-1990/1992-1999)

**ÁREAS DE EXPERIÊNCIA** Patologia da glândula tiroideia; patologia oncológica geral; microscopia electrónica

Só após a montagem, com um filme apropriado ou uma lamela, é que se torna possível a sua observação ao microscópio óptico.

A sequência clássica descrita (fixação – desidratação – impregnação) constitui a base do processamento histológico convencional, transmitida pelos nossos antecessores, sendo por isso tida como segura e fidedigna. Tal permitiu-nos, desde sempre, observar a morfologia celular pelo método que é considerado, de forma universal, como o *gold-standard* em anatomia patológica [1].

Esta metodologia, diga-se, não mudou substancialmente nos últimos 100 anos, mantendo-se inalterados os passos necessários para a obtenção das secções de tecidos. As práticas convencionais de histopatologia sempre tiveram como pressuposto que as peças cirúrgicas fossem sujeitas a fixação *overnight*, ao que se seguia a selecção de amostras e o processamento histológico convencional no dia seguinte. Um processo com pelo menos 48 horas de duração!

As grandes mudanças tiveram sobretudo a ver com a automatização dos procedimentos, tornando-os mais rápidos pela mecanização dos gestos. Pese embora a automatização tenha diminuído consideravelmente o tempo do processamento histológico quando comparado com o trabalho feito manualmente, não se conseguia obter um resultado técnico com a qualidade necessária para fazer um diagnóstico correcto e seguro antes de um período de tempo da ordem das oito horas (*overnight*) e apenas para fragmentos milimétricos de tecido. A obrigatoriedade de recorrer a temperaturas elevadas na fase da impregnação tornava sempre o processo demorado.

Naturalmente, os avanços tecnológicos permitiram produzir máquinas cada vez mais fiáveis, com capacidade para processar um número





A **UNIFORMIZAÇÃO** das amostras de tecido é fundamental no trabalho do anatomo-patologista

maior de amostras por ciclo de trabalho e utilizando cada vez mais sistemas fechados e, por essa razão, mais seguros. O número crescente de regras internacionais para o manuseamento de produtos químicos potencialmente tóxicos também acelerou a modernização dos equipamentos em geral.

### MUDANÇA NA DÉCADA DE 70

O potencial das microondas quando aplicadas à histotecnologia foi reconhecido nos anos 70 por Mayers [2], altura em que começou a surgir na literatura científica muita informação sobre este tema, bem como numerosos trabalhos demonstrando bons resultados com a aplicação dessa tecnologia na fixação e na coloração dos tecidos.

Também nas técnicas complementares do diagnóstico morfológico, co-

mo a imunocitoquímica, se demonstraram as vantagens da fixação com utilização de microondas, notando-se uma melhor preservação antigénica dos tecidos em relação aos fixados exclusivamente em formaldeído pelo método convencional. Essa razão levou a que essa metodologia começasse também a ser utilizada na rotina laboratorial, mantendo-se com sucesso até aos dias de hoje.

Em 1995, Boon *et al.* [3] reportou que era possível acelerar o processamento histológico com a utilização de microondas. Mas só alguns anos depois, em 1998, é que aparece o primeiro processador automático de tecidos associado a microondas, o qual completava um ciclo de processamento em 120 minutos, sendo, no entanto, apenas possível a sua utilização em amostras de pequenas dimensões [4].

## PEDRO OLIVEIRA

**ESPECIALISTA** em Anatomia Patológica

**MÉDICO** do Serviço de Anatomia Patológica do Hospital da Luz desde 2006

**FORMAÇÃO** Licenciatura em Medicina pela Faculdade de Medicina de Lisboa (1986)

**ASSISTENTE** de Anatomia Patológica no Instituto Português de Oncologia de Francisco Gentil, Centro de Lisboa (1994-2006)

**INTERNO** da especialidade de Anatomia Patológica no Instituto Português de Oncologia, Centro de Lisboa (1989-1994)

**ESTÁGIOS** nos Serviços de Anatomia Patológica do MD Anderson Cancer Center (Houston, EUA) e Mayo Clinic (EUA) (1993)

**ATIVIDADE ACADÉMICA** Assistente convidado da disciplina de Anatomia Patológica da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa (1996-2004)

**ÁREAS DE EXPERIÊNCIA** Patologia urológica; patologia óssea; neuropatologia



A observação e interpretação das alterações estruturais dos tecidos sempre se baseou na identificação de “artefactos” com base nos quais os anatomo-patologistas aprenderam a reconhecer os padrões das doenças. De referir que, apesar do grande desenvolvimento de tecnologias morfológicas de carácter molecular, a microscopia tem sido – e tendencialmente continuará a ser [1] – a arma diagnóstica mais poderosa em patologia cirúrgica.

Pese embora os enormes avanços operados na área do diagnóstico morfológico, não há até hoje outra metodologia que forneça tão grande número de informação, de forma tão imediata e pouco dispendiosa como a histologia convencional.

Por essa razão, qualquer nova tecnologia que seja desenvolvida terá de, no mínimo, providenciar toda a informação que até agora tem sido dada pelo *gold-standard* da patologia morfológica, a hematoxilina-eosina, mantendo os padrões estruturais dos tecidos, bem como a sua composição antigénica, a qual pode ser determi-



**AS AMOSTRAS** de tecido são colocadas em cassetes; segue-se o ciclo de processamento no processador de tecidos

nante para o reconhecimento da histogénese a partir do fenótipo celular.

À medida que a medicina evolui e se torna mais complexa, a metodologia utilizada para o processamento de tecidos em anatomia patológica mostra-se insuficiente, sobretudo porque é desejável uma maior prontidão no diagnóstico. Na verdade, são as respostas rápidas, consistentes e seguras que contribuem para tornar o diagnóstico operativo.

O aumento do conhecimento médico na área molecular, sobretudo no que diz respeito ao ARN e proteínas, tem também condicionado a evolução no sentido de utilizar reagentes com capacidade para preservar os ácidos nucleicos, os chamados “fi-

xadores amigos das moléculas”, que impedem que aqueles sejam lesados de forma permanente.

### AS VANTAGENS DA RAPIDEZ

De que forma o processamento rápido de tecidos e o *workflow* contínuo podem revolucionar a prática da anatomia patológica? O grande desafio que qualquer tecnologia inovadora enfrenta é a obrigação de ter de demonstrar de forma inequívoca que consegue adicionar às técnicas existentes algo mais, sem que se perca a qualidade e a segurança oferecidas pelas metodologias tradicionais [6, 7, 8, 9]. Por outro lado, a tradição pode ser um dos obstáculos menos aparente e mais forte às mudanças e à inovação

## ALTERAR GESTOS

### A mudança na macroscopia

**A COLHEITA** uniformizada das amostras de tecido mostrou-se vital no que diz respeito à qualidade técnica das preparações histológicas, sendo considerado um dos pontos chave para o controlo de qualidade do método [13, 14]. É necessário que seja feita a secção das amostras de tecido com uma espessura que não deve ultrapassar 1,5 mm, podendo essa colheita ser efectuada em tecido fresco, fixado em formaldeído ou ainda em fixador com base de álcool (fixador molecular). Por essa razão,

foram desenvolvidos novos métodos de dissecação de tecidos que utilizam mesas de trabalho com dispositivos apropriados para o efeito.

## ALTERAR A TRADIÇÃO

### O diagnóstico no mesmo dia

**PARA ALÉM** de diminuir consideravelmente a ansiedade dos doentes, o anatomo-patologista passa a poder intervir de forma rápida e operativa no planeamento de atitudes médicas ou cirúrgicas. Há por vezes problemas que, não tendo sido detectados clinicamente, são revelados pelos estudos morfológicos.



em histotecnologia. Em 2002, Morales *et al.* [14] descreveu uma metodologia inovadora, baseada na utilização de um processador rápido de tecidos, totalmente automatizado e assistido por microondas, que pelas suas características particulares, entre as quais

o facto de funcionar de forma contínua, evidencia claramente uma enorme capacidade para revolucionar por completo a prática da histopatologia. As amostras de tecido passam a demorar aproximadamente 60 minutos a completar um ciclo de processamento ►



**AMOSTRAS** de tecido prontas a ser coradas

A implementação desta tecnologia tem implicações tremendas na rotina laboratorial, condicionando a redução acentuada do tempo de resposta do exame anátomo-patológico, cujo objectivo concreto é conseguir um diagnóstico no mesmo dia. Este método de trabalho possibilita também uma rentabilização óptima dos recursos humanos e tecnológicos com o sistema de *workflow* contínuo, que diminui bastante os picos de trabalho ao longo do dia. Pensando também no futuro, a metodologia descrita permite ainda uma melhor preservação de ARN e proteínas,

uma vez que utiliza fixadores que não lesam de forma definitiva os ácidos nucleicos [11, 12, 16].

### ALTERAR ATITUDES O *workflow* contínuo

**O EXAME** macroscópico deixa de ser uma actividade que se concentra preferencialmente durante uma parte restrita do dia e passa a ser efectuada de forma contínua, à medida que as peças cirúrgicas e restantes amostras dão entrada no laboratório, durante um dia normal de trabalho. À medida que se seleccionam as

amostras, são imediatamente colocadas no processador rápido e cerca de 60 minutos depois estão prontas para ser incluídas, seccionadas e coradas de modo a poderem ser observadas pelo anátomo-patologista de forma contínua também. E assim possível conseguir um débito de 40 amostras de 15 em 15 minutos. Esta profunda alteração nos procedimentos instalados, criando aquilo a que se chama *workflow* contínuo, permite efectuar a maioria dos diagnósticos histológicos no mesmo dia, caso não seja necessário efectuar exames complementares ou estudos adicionais (imunocitoquímica ou outros).

completo até à impregnação. A grande evolução foi conseguida pela introdução das microondas na produção de temperaturas elevadas, o que acelera todo o processo.

Em termos práticos, verificou-se que durante o primeiro ano de trabalho com este método cerca de dois terços dos casos passaram a ser respondidos no mesmo dia, o que é uma mudança significativa quando compa-

rada com um valor de 1% antes da introdução do processador rápido [14]. Durante cerca de três anos os autores compararam os resultados obtidos com o novo método com a qualidade dos tecidos processados segundo as metodologias convencionais [5].

As conclusões mais importantes referem-se ao facto de terem constatado que as novas tecnologias não alteravam a qualidade das secções his-

tológicas quando comparadas com as obtidas pelo processamento convencional, havendo até uma melhoria no respeitante a alguns detalhes da morfologia nuclear [5, 13]. Também os métodos histoquímicos e imunocitoquímicos clássicos, quando aplicados às amostras processadas pelos novos métodos, produziam resultados de igual qualidade, dispensando recuperação antigénica no caso de alguns anticorpos, visto a exclusão de formaldeído do sistema reduzir a modificação antigénica habitualmente atribuída àquele fixador [5, 10, 15]. ●



#### NOTA FINAL

**Será que estamos a assistir a uma nova era na área da histotecnologia?**

O que sabemos e experimentamos no dia-a-dia diz-nos que um processador rápido de tecidos num laboratório de anatomia patológica obriga a mudanças importantes na prática da especialidade. Podemos concluir que as novas tecnologias mostram capacidade para alterar de forma radical o modo como se trabalha na área do diagnóstico anatomo-patológico de rotina [6].

#### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Rosai J. "Why microscopy will remain a cornerstone of surgical pathology." *Lab Invest*. 2007; 87: 403-408.
- (2) Mayers CP. "Histological fixation by microwave heating." *J Clin Pathol*. 1970; 23: 273-275.
- (3) Boon ME, Walls-Paap C, Visioni F et al. "The two step vacuum-microwave method of histoprocessing." *Eur J Morphol*. 1995; 33: 349-358.
- (4) Visioni F, Milios J, Leong AS-Y et al. "Ultra-rapid micro-wave/variable pressure induced histoprocessing description of a new tissue processor." *J Histotechnol*. 1998; 21: 219-224.
- (5) Morales AR, Nassiri M, Kanhouh R, Vincek V, Nadji M. "Experience with an automated microwave-assisted rapid tissue processing method." *Am J Clin Pathol*. 2004; 121 (4): 528-536.
- (6) Vernon, E Stephen. "Continuous throughput rapid tissue processing revolutionizes histopathology workflow." *Lab Med*. 2005; 36 (5): 300-302.
- (7) Leong, ASY. "Microwaves and turnaround times in histoprocessing. Is this a new era in histotechnology?" *Am J Clin Pathol*. 2004; 121: 460-462.
- (8) Rohr LR, Layfield LJ, Wallin D, Hardy D. "A comparison of routine and rapid microwave tissue processing in a surgical pathology laboratory. Quality of histologic sections and advantages of microwave processing." *Am J Clin Pathol*. 2001 May; 115 (5): 703-708.
- (9) Leong AS. "Microwave fixation and rapid processing in a large throughput histopathology laboratory." *Pathology*. 1991 Jul; 23 (3): 271-273.
- (10) Emerson LL, Tripp SR, Baird BC, Layfield LJ, Rohr LR. "A comparison of immunohistochemical stain quality in conventional and rapid microwave processed tissues." *Am J Clin Pathol*. 2006 Feb; 125 (2): 176-183.
- (11) Stanta G, Mucelli SP, Petrera F, Bonin S, Bussolati G. "A novel fixative improves opportunities of nucleic acids and proteomic analysis in human archive's tissues." *Diagn Mol Pathol*. 2006 Jun; 15 (2): 115-123.
- (12) Olert J, Wiedorn KH, Goldman T, Kuhl H, Mehraein Y, Schertan H, Niketeghad F, Vollmer E, Muller AM, Muller-Navia J. "HOPE fixation: a novel fixing method and paraffin-embedding technique for human soft tissues." *Pathol Res Pract*. 2001; 197 (12): 823-826.
- (13) Morales AR, Nassiri M, Kanhouh R, Vincek V, Nadji M. "Experience with an automated microwave-assisted rapid tissue processing method: validation of histologic quality and impact on the timeliness of diagnostic surgical pathology." *Am J Clin Pathol*. 2004 Apr; 121 (4): 528-536.
- (14) Morales AR, Essendorf H, Essendorf E, Duboue MC, Vincek V, Nadji M. "Continuous-specimen-flow, high-throughput, 1-hour tissue processing. A system for rapid diagnostic tissue preparation." *Arch Pathol Lab Med*. 2002 May; 126 (5): 583-590.
- (15) Nadji M, Nassiri M, Vincek V, Kanhouh R, Morales AR. "Immunohistochemistry of tissue prepared by a molecular-friendly fixation and processing system." *Appl Immunohistochem Mol Morphol*. 2005 Sep; 13 (3): 277-282.
- (16) Vincek V, Nassiri M, Nadji M, Morales AR. "A tissue fixative that protects macromolecules (DNA, RNA, and protein) and histomorphology in clinical samples." *Lab Invest*. 2003 Oct; 83 (10): 1427-1435.



# Siemens e Hospital da Luz: uma parceria de sucesso

**Equipamentos médicos de vanguarda e as mais avançadas tecnologias de informação fazem do Hospital da Luz uma unidade de referência no universo da saúde em Portugal. Como parceira privilegiada neste projecto, a Siemens desenvolveu soluções topo de gama para dar resposta a todas as necessidades dos pacientes**

**INAUGURADO** no início deste ano, o Hospital da Luz assume uma filosofia totalmente inovadora no sector privado, assegurando desde o início uma oferta global e integrada dos cuidados de saúde. A diferenciação assentou – desde o início – na procura de parceiros de excelência que respondessem de forma eficaz às maiores exigências deste mercado. Sendo uma das empresas que mais tem investido na área da saúde em Portugal, a Siemens impôs-se como parceira natural neste negócio, colocando todas as suas valências técnicas e humanas ao dispor da administração do novo hospital. As soluções implementadas nesta unidade hospitalar foram estabelecidas no quadro do programa Siemens One, que articula e congrega competências das várias unidades do grupo.

No que respeita a equipamentos, a Siemens Medical Solutions forneceu ao Hospital da Luz a primeira tomografia axial computadorizada (TAC) Dual Source e Dual Energy, que ao aumentar a resolução temporal na aquisição permite o diagnóstico mesmo de órgãos em movimento, a ressonância All Body, que possibilita o estudo do corpo por inteiro em pacientes até 2,10 metros de altura, e também o Soarian, um sistema de informação para apoio às actividades clínicas, inovador no que toca à aplicação de tecnologias de *workflow* a sistemas de informação na saúde.

Por outro lado, a Siemens assegurou também a maioria de soluções e automatismos integrados na nova unidade hospitalar. Através da área de negócio Siemens Automations & Drives, tornou possível uma gestão

“via *cockpit*”, garantindo uma direcção centralizada da informação bem como dos equipamentos existentes nas várias áreas do edifício. Na área da mobilidade e no quadro da Siemens Enterprise Communications, forneceu servidores de comunicações que ligam enfermarias, blocos operatórios e quartos com terminais fixos e móveis. Outra novidade é a introdução do HiMed, equipamento que disponibiliza TV, rádio, telefone e vídeo aos doentes. Sistemas de ar condicionado, de abertura de portas, de CCTV e alarmes foram, por seu turno, assegurados pela Siemens Building Technologies. Para garantir uma gestão eficiente de todas os equipamentos e soluções implementadas a Siemens mantém em permanência no Hospital da Luz uma equipa de cerca de 50 pessoas. ●





PAULO FERREIRA

# Síndrome de Brugada: diagnóstico na sequência de gastroenterite banal

**A síndrome de Brugada manifesta-se predominantemente no sexo masculino, com uma idade média de morte súbita aos  $41 \pm 15$  anos**

Texto Paulo Ferreira (cardiologista – Clipóvoa), Cláudio Lima (técnico cardiopneumologista – Clipóvoa) e João Primo (cardiologista – Hospital da Arrábida)

**A SÍNDROME** de Brugada, descrita pela primeira vez em 1992, é uma doença hereditária caracterizada por episódios de síncope ou morte súbita por fibrilação ventricular (FV), em indivíduos aparentemente saú-

dáveis, com coração estruturalmente normal e cujo ECG exhibe um padrão de bloqueio de ramo direito com elevação do segmento ST de V1 a V3. A sua transmissão é autossómica dominante com penetração

incompleta, estando relacionada com mutações do gene SCN5A. Manifesta-se predominantemente no sexo masculino, com uma idade média de morte súbita aos  $41 \pm 15$  anos.

## IDENTIFICAÇÃO

F. J. C., 34 anos de idade, sexo masculino, raça caucasiana, casado, natural e residente em Vila do Conde. Antecedentes pessoais e familiares irrelevantes.

## MOTIVO DA CONSULTA

Vómitos, diarreia e febre.

## HISTÓRIA DA DOENÇA ACTUAL

Indivíduo habitualmente saudável, recorre ao SU deste hospital por vômitos, diarreia e febre, com cerca de 24 horas de evolução, tendo sido internado com o diagnóstico

de gastroenterite aguda. À entrada estava prostrado, consciente, colaborante. Mucosas coradas e hidratadas. Temperatura axilar:  $38,9^{\circ}\text{C}$ ; TA: 120-70 mm Hg; pulso: 105 bpm, RRA. AC: S1, S2 normais, taquicárdico, sem sopros. AP: normal. Abdómen mole e depressível, doloroso à palpação, sem organomegalias. Sem edemas.

Evolução clínica favorável, embora mantendo períodos de hipertermia.

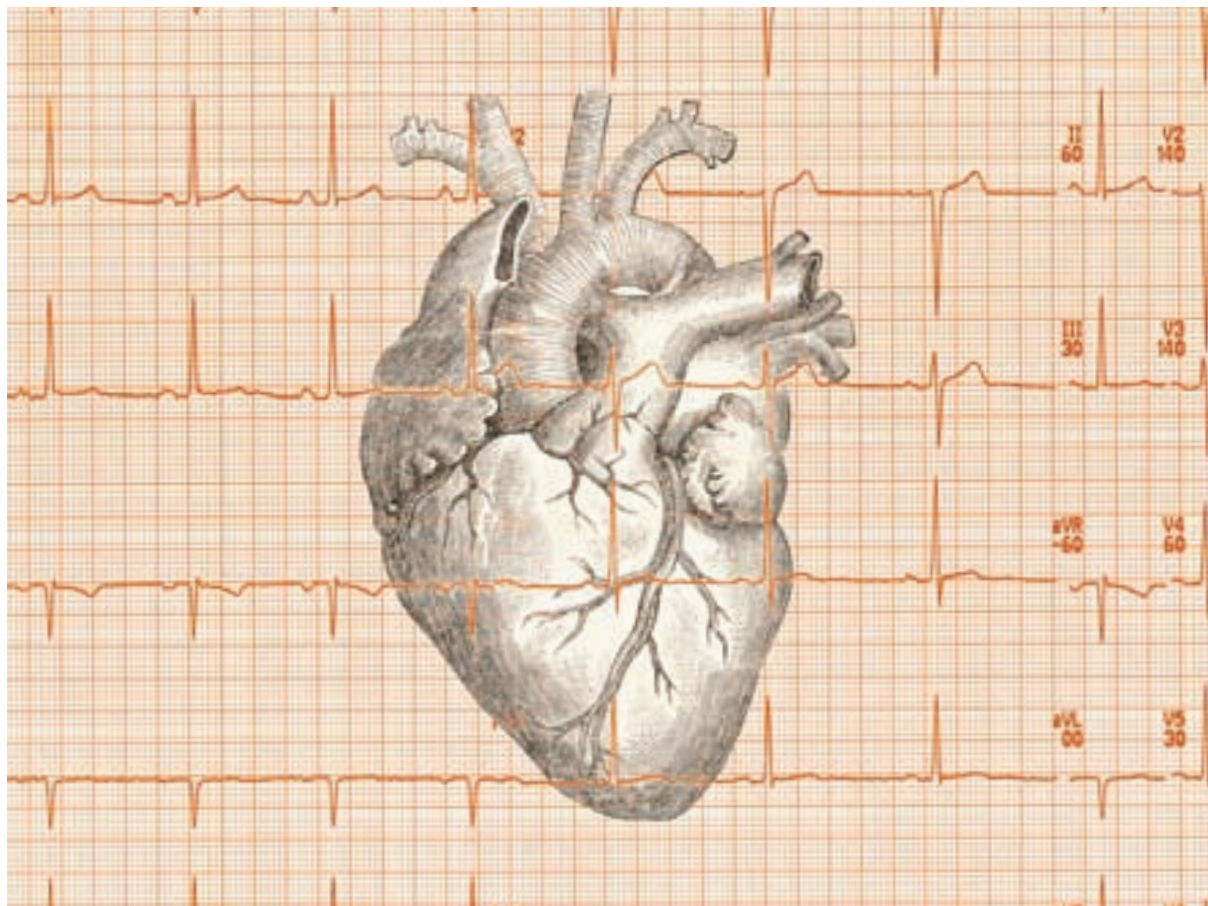
Ao 3.º dia de internamento verifica-se paragem cardio-respiratória, sendo de imediato iniciadas manobras de reanimação. Depois de monitorizado, detectado ritmo de

FV, que reverteu após desfibrilação com 300 J, com recuperação e estabilização clínica. Permaneceu em vigilância em UCI durante dois dias, sem intercorrências.

## EXAMES COMPLEMENTARES DE DIAGNÓSTICO

- Hemograma e bioquímica (D1) sem alterações.
- Ecografia abdominal (D1) normal.
- ECG e ecocardiograma (D3): sem alterações valorizáveis.

Estudo electrofisiológico (EEF) (D6) (ver figura 1): indução de taquicardia ventricular polimórfica sustentada; acentuação das alterações



CORBIS/VMI

da repolarização nas derivações pré-cordiais direitas *Coved Type* (após flecainida) – diagnóstico de síndrome de Brugada.

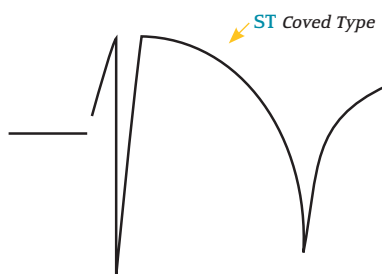
### PROCEDIMENTO

Implantação de cardioversor desfibrilador (CDI).

### EVOLUÇÃO/RESULTADO

O doente não sofreu qualquer desfibrilação adicional até ao momento, fazendo uma vida normal, em segurança.

Foi feito o rastreio aos familiares directos, tendo a doença sido identificada num dos irmãos.



🕒 **SEGMENTO** de electrocardiograma efectuado ao doente. O mesmo mostra curvatura típica (*Coved Type*) da Síndrome de Brugada

### COMENTÁRIOS

A intermitência do padrão da síndrome de Brugada constituiu, neste caso, um obstáculo para o diagnóstico definitivo. O EEF é fundamental na orientação destes doentes. Um estudo positivo com padrão espontâneo deve ser critério para implantação de CDI. Em situações como a deste doente, em que a paragem cardio-respiratória recuperada é sinónimo de morte súbita, o CDI tem indicação absoluta e imediata. Esta é a única terapêutica realmente eficaz, devendo ser encarada como tratamento para toda a vida: basta que exista um episódio tratado para que tenha valido a pena. ●





## O médico associado e o hospital

**Os médicos, dado o maior isolamento em consultório, sentem dificuldades de resolução de situações clínicas dos seus doentes. A ligação com o hospital ajuda a resolver questões de saúde mais complexas**

Texto **João Paulo Gama**

**OS GRANDES** hospitais europeus ou norte-americanos sentiram há muito a necessidade de criar parcerias com a comunidade médica no sentido de aproximar dos serviços disponibilizados.

Também os médicos, dado o seu maior isolamento em consultório, especialmente aqueles cuja actividade se enquadra em cuidados primários e afastados há muito do meio

hospitalar, sentem dificuldades de resolução de situações clínicas dos seus doentes, especialmente a nível da referenciação.

Por outro lado, é também sabido que o cidadão doente recorre quase sempre e em primeiro lugar ao seu médico assistente em consultas de ambulatório.

É, pois, a estes médicos que deve ser dado todo o apoio e as facilita-



## REUNIÕES NO HOSPITAL DA LUZ

De forma a promover a sinergia entre os médicos associados e o hospital, o Hospital da Luz tem vindo a promover encontros com estes médicos. Eis alguns dos já realizados:

### 24 DE MAIO

Cirurgia Geral – Patologia anal: técnicas, terapêuticas e sinais de alerta.  
Por: José Damião Ferreira, Carlos Vaz e João Rebelo de Andrade  
Oncologia – Neutropénia febril – Sinal de alerta  
Por: Passos Coelho

### 21 DE JUNHO

Unidade de Urologia – Prof. Tomé Lopes  
Quando Referenciar e Novos Tratamentos: HBP, Cancro da Próstata e Incontinência Urinária Feminina  
Por: José Dias, João Marcelino,

João Varela e Almeida Santos  
Centro de tratamento de obesidade do Hospital da Luz: abertura do Centro, Organização e Funcionamento.  
Por: Carlos Vaz (coordenador do centro)

### Próximas reuniões:

**22 DE NOVEMBRO**

Otorrinolaringologia

**13 DE DEZEMBRO**

Cardiologia

## TERTÚLIAS NA CLIPÓVOA

Também na Clipóvoa – Hospital Privado da Póvoa de Varzim tem vindo a realizar-se regularmente, desde Maio de 2006, tertúlias médicas, das quais destacamos as mais recentes:

### 28 DE FEVEREIRO

VII Tertúlias de Saúde  
Cefaleias e Lombalgias, a Importância da Imagem

Por: Maria Luís Ribeiro da Silva (neurorradiologista)

### 17 DE ABRIL

VIII Tertúlias de Saúde Imagiologia, Uma Ferramenta para o Diagnóstico  
Por: Paulo Brandão (radiologista)

### 19 DE JUNHO

IX Tertúlias de Saúde  
Avanços em Contraceção  
Por: Rui Coelho, Hélder Carvalho, Cláudia Bernardo (clínica geral).

### Próximas tertúlias:

**6 DE NOVEMBRO**

X Tertúlias de Saúde  
A Oncologia Médica na Clipóvoa  
Por: Leal da Silva (oncologista)

### 28 DE NOVEMBRO

XI Tertúlias de Saúde  
Osteoporose-Osteomalácia  
Por: Pinto de Oliveira (ortopedista)

des inerentes para que, sempre que necessário, possam referenciar os seus doentes, tendo como certo que estes receberão cuidados de saúde de qualidade no mais curto período de tempo.

A conciliação de todas estas necessidades levou os hospitais, independentemente da sua localização geográfica, a criar redes de médicos referenciadores, numa óptica de parceria.

## DOENTE BENEFICIA

É já longa a experiência nos diferentes hospitais espalhados pelo mundo com a criação destas redes de médicos referenciadores. A prática veio revelar que esta parceria se traduziu como sendo de sucesso para todos os intervenientes. Os doentes vêem os seus problemas de saúde resolvidos com celeridade, os

médicos referenciadores encontram respostas rápidas e eficientes para os problemas dos seus doentes, o hospital e os seus médicos vêem reconhecida a sua valorização técnica e científica.

Neste processo, é garantido e assumido o princípio de que o médico referenciador, ao encaminhar um doente para uma unidade hospitalar, o faz exclusivamente pelo reconhecimento da eficiência dos cuidados que aí se prestam tendo – apenas – em conta o interesse do doente.

Nesta parceria, compete ao hospital a divulgação de toda a sua actividade e a disponibilidade de serviços, criando para isso guias compreensivos, como deve de igual modo assegurar a divulgação dos seus níveis de serviço assim como a dos indicadores de actividade do tipo *managing for value*.

O hospital deve ainda encontrar formas de promover reuniões *face-to-face* com estes médicos para manter uma comunicação eficaz entre estes e os médicos residentes do hospital. O envio de *newsletters* e de questionários com perguntas abertas e fechadas para a recolha de *feedback* quanto ao grau de satisfação destes médicos pelos serviços prestados pelo hospital deve também ser uma preocupação dos gestores hospitalares.

Assim, é objectivo da Espírito Santo Saúde, reconhecendo o que são as boas práticas e tendo em conta a nossa realidade, implementar, com as devidas adaptações, o projecto aqui mencionado com a designação de médico associado. Esta iniciativa está já implementada no Hospital da Luz, bem como nas restantes unidades do Grupo. ●

# Hospital da Luz organiza Curso de Endoscopia Ginecológica

A laparoscopia em pelviologia foi o tema de fundo do 1.º curso organizado pelo Hospital da Luz

Texto **João Paulo Gama** Fotografias **Paulo Castanheira**



António Setúbal,  
José Roquette  
e Harry Reich

**ENTRE** 2 e 4 de Maio último o Hospital da Luz organizou a sua primeira grande acção de formação – o Curso de Endoscopia Ginecológica –, evento muito participado e que contou com a presença de cerca de 20 dos mais reputados especialistas mundiais da área da cirurgia ginecológica e da obstetrícia e que teve como tema de fundo a laparoscopia em pelviologia.

Dirigido pelo médico ginecologista António Setúbal, actual coordenador do Departamento de Ginecologia/Obstetrícia do Hospital da Luz, o curso – iniciativa já consolidada no panorama científico da ginecologia portuguesa – foi pela primeira vez organizado pela nova unidade da Espírito Santo Saúde e, do ponto de vista dos participantes, foi um evento coroado de su-

cesso pela importância dos assuntos focados e pela qualidade das palestras.

Ponto alto das 13 sessões que decorreram nos dias 3 e 4 de Maio no Fórum Picoas, e onde foram abordadas temáticas como a adenomiose, a endometriose, a oncologia e a reconstrução pélvica, foram as cinco cirurgias levadas a cabo por especialistas nacionais e estrangeiros e



◀ O CURSO abriu com um *workshop* para pessoal de bloco operatório



## Em destaque estiveram as cinco cirurgias realizadas no bloco operatório do Hospital da Luz

realizadas na sala de cirurgia minimamente invasiva do bloco operatório do Hospital da Luz. As intervenções cirúrgicas foram levadas a cabo pelos cirurgiões Arnaud Wattiez, Philippe Koninckx, Robert Moore, John Miklos e Marc Possover e transmitidas ao vivo para o auditório do Fórum Picoas.

José Roquette, director clínico do Hospital da Luz e um dos presidentes do curso, abriu os trabalhos afirmando que nesse hospital a formação dos profissionais é encarada como um investimento, congratulando-se com a organização do curso.



◀ ISABEL VAZ abordou o papel da laparoscopia na estratégia da Espírito Santo Saúde

Por sua vez, Isabel Vaz, presidente da comissão executiva da Espírito Santo Saúde, abordou, na sua alocução, o tema “Papel da Laparoscopia na Estratégia da Espírito Santo Saúde”, referindo a aposta do Grupo na cirurgia minimamente invasiva (laparoscopia) ao equipar uma sala do bloco operatório do Hospital da Luz com o sistema OR-1 da Storz. “Ainda que as cirurgias minimamente

invasivas sejam frequentemente realizadas em outras salas, as completamente apetrechadas para esse fim possibilitam um maior conjunto de procedimentos, nomeadamente os de maior grau de complexidade”, afirmou Isabel Vaz.

A presidente da Espírito Santo Saúde disse ainda ter como objectivo conseguir que dentro de cinco anos 50% (no mínimo) das cirurgias realizadas no Hospital da Luz sejam minimamente invasivas.

De notar que os trabalhos tiveram início na tarde de 2 de Maio, no auditório do Hospital da Luz, com um *workshop* de laparoscopia para profissionais de bloco operatório, e que foi muito participado por médicos e enfermeiros, e contou com intervenções de conceituados profissionais, entre os quais o cirurgião Tom Lyons e a enfermeira Wendy Winer.

Em 2008, o 12.º Curso de Endoscopia Ginecológica voltará a ser organizado pelo Hospital da Luz, estando agendado para os dias 24 e 25 de Janeiro. ●

# Reuniões médicas dos próximos meses



## **8 A 10 DE NOVEMBRO**

REUNIÃO ANUAL DA SOCIEDADE  
PORTUGUESA DE HEMATOLOGIA  
ALBUFEIRA  
amgen  
Tel.: 214.220.550 Fax: 214.220.555

## **8 A 10 DE NOVEMBRO**

9.º FÓRUM NACIONAL DE MEDICINA  
DO TRABALHO/VIII CONGRESSO  
IBERO-AMERICANO DE MEDICINA  
DO TRABALHO  
CULTURGEST  
LISBOA  
sociedade portuguesa de medicina  
do trabalho  
Tel.: 217.931.720  
E-mail: spmt@clix.pt

## **9 A 11 DE NOVEMBRO**

THE SECOND ASIAN PACIFIC  
CONGRESS ON CONTROVERSIES IN  
OBSTETRICS, GYNECOLOGY AND  
INFERTILITY  
XANGAI  
biosauúde  
Tel.: 217.226.110  
E-mail: biosaude@biosaude.pt



**10 DE NOVEMBRO**

XI REUNIÃO SOBRE INFECÇÃO  
POR HIV/SIDA  
CENTRO DE CONGRESSOS DO ESTORIL  
glaxosmithkline  
Tel.: 214.129.500

**8 A 11 DE NOVEMBRO**

FIFTH INTERNATIONAL CONGRESS  
ON VASCULAR DEMENTIA  
BUDAPESTE  
biosaude – produtos farmacêuticos, lda.  
Tel.: 217.226.110

**10 A 13 DE NOVEMBRO**

11.º CONGRESSO PORTUGUÊS  
DE OBESIDADE  
CASCAIS  
speo  
Tel.: 213.904.065 E-mail: speo@sapo.pt

**10 A 13 DE NOVEMBRO**

XVIII REGIONAL CONGRESS OF  
INTERNATIONAL SOCIETY OF BLOOD  
TRANSFUSION  
HANÓI – VIETNAME  
biosaude  
Tel.: 217.226.110  
E-mail: biosaude@biosaude.pt

**14 A 16 DE NOVEMBRO**

XXXIII REUNIÃO ANUAL  
“MANIPULATING THE IMMUNE  
RESPONSE. A THERAPEUTIC TOOL”  
LISBOA  
soc. portuguesa de imunologia  
Tel.: 213.010.242  
E-mail: spimunologia@clix.pt

**15 E 16 DE NOVEMBRO**

I FÓRUM LUSO-ESPANHOL  
DE MEDICINA AERONÁUTICA  
LISBOA  
www.semae-lisboa-2007.com

**16 E 17 DE NOVEMBRO**

8.º SIMPÓSIO DO NÚCLEO  
DE ESTUDOS  
DA DOENÇA VASCULAR CEREBRAL  
PORTO  
nedvc  
E-mail: secretariado@spmi.webside.pt

**18 A 21 DE NOVEMBRO**

XI CONFERÊNCIA REGIONAL EUROPEIA  
DA ISPCAN SOBRE O ABUSO  
E NEGLIGÊNCIA DE CRIANÇAS  
LISBOA  
associação de mulheres contra  
a violência  
Tel.: 213.802.160  
E-mail: amcvsede@mail.telepac.pt

**19 A 23 DE NOVEMBRO**

VIII CURSO INTENSIVO TEÓRICO-  
-PRÁTICO: FORMACIÓN CONTINUADA  
EM DIALISIS PERITONEAL  
MADRID  
amgen  
Tel.: 214.220.550 Fax: 214.220.555

**21 A 24 DE NOVEMBRO**

XIV JORNADAS DE ENDOCRINOLOGIA  
E DIABETOLOGIA DE COIMBRA  
COIMBRA  
serviço de endocrinologia, diabetes  
e metabolismo  
HUC  
Tel.: 239.400.423  
E-mail: endocdiab@huc.min-saude.pt

**22 A 24 DE NOVEMBRO**

COMEMORAÇÕES DOS 80 ANOS DO  
SERVIÇO DE RADIOTERAPIA DO IPO LX  
AUDITÓRIO DO INSTITUTO DE  
ONCOLOGIA FRANCISCO GENTIL  
serviço de radioterapia  
Tel.: 217.200.454

**23 E 24 DE NOVEMBRO**

VIII JORNADAS DE HIPERTENSÃO  
ARTERIAL E RISCO CARDIOVASCULAR  
DO HOSPITAL PEDRO HISPANO  
instituto de investigação e formação  
cardiovascular

**23 E 24 DE NOVEMBRO**

VI JORNADAS DE CARDIOLOGIA  
DO SERVIÇO DE CARDIOLOGIA DO  
HOSPITAL REYNALDO DOS SANTOS  
ATLÂNTICO GOLFE HOTEL  
PENICHE  
serviço de cardiologia do hospital  
reynaldo dos santos  
Tel.: 263.285.826  
E-mail: cardiologia@hvfira.min-saude.pt

**29 DE NOVEMBRO A 1 DE DEZEMBRO**

II JORNADAS DE DIABETES DO ALGARVE  
VILAMOURA  
a.E.D.M.A.D.A  
Tel.: 289.872.373  
E-mail: aedmada@gmail.com

**28 DE NOVEMBRO**

I SEMINÁRIO SOBRE DOENÇAS  
SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS  
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
UNIVERSIDADE PESSOA – PORTO  
gabinete de comunicação e imagem  
da faculdade  
RUA CARLOS DA MAIA, 296,  
4200-150 PORTO

**29 DE NOVEMBRO A 1 DE DEZEMBRO**

13.ª REUNIÃO DE PNEUMOLOGISTAS  
DO HOSPITAL PULIDO VALENTE  
LABORATÓRIO NACIONAL  
DE ENGENHARIA CIVIL – LNEC  
departamento de pneumologia  
do hospital pulido valente  
Tel.: 217.548.000 Fax: 217.548.215

**30 DE NOVEMBRO**

**E 1 E 2 DE DEZEMBRO**  
V CONGRESSO LUSO-GOÊS  
DE MEDICINA E CARDIOLOGIA  
GOA  
departamento médico de congressos  
Tel.: 213.584.380  
E-mail: dmcongressos@mail.telepac.pt

**7 E 8 DE DEZEMBRO**

CURSO DE FORMAÇÃO  
DE ACTUALIZAÇÃO EM UROLOGIA  
BARCELONA  
grupo português génito-urinário  
da e.O.R.T.C  
Tel.: 217.952.494

**24 E 25 DE JANEIRO**

12º CURSO DE ENDOSCOPIA  
GINECOLÓGICA  
HOSPITAL DA LUZ  
Tel.: 217.104.400



## José Roquette preside 27.<sup>a</sup> reunião da SCC

**O PROFESSOR** José Roquette irá presidir à 27.<sup>a</sup> Reunião da Sociedade de Cirurgias Cardíacas, cujos trabalhos decorrerão em Lisboa entre 24 e 26 de Junho de 2009. Na reunião deste ano, que decorreu entre 21 e 23 de Junho na Faculdade de Medicina da Universidade de Navarra, em Pamplona, José Roquette falou sobre “O Ponto de Vista do Operador Privado”, afirmando que no tocante à cirurgia cardíaca “há poucas unidades privadas a funcionarem na Europa em regime hospitalar com médicos em regime de exclusividade, como no Hospital da Luz”.

## Carlos Vaz comenta cirurgia de pós-bypass gástrico

**POR OCASIÃO** do 1.º Encontro Atlântico de Cirurgia Laparoscópica, evento organizado pela American Society for Metabolic and Bariatric Surgery, que decorreu entre 1 e 3 de Setembro no Funchal, Carlos Vaz, cirurgião geral do Hospital da Luz, moderou a mesa-redonda “Cirurgia por Complicações Pós-Bypass Gástrico”, durante a qual foi executada uma cirurgia ao vivo, comentada pelo médico português e pelo italiano Nicola Scopinaro. Carlos Vaz efectuou ainda uma cirurgia ao vivo – gastrectomia em *sleeve* – em conjunto com o cirurgião belga Jacques Himpens.



## José Fernando Teixeira termina presidência da ETCO

**JOSÉ** Fernando Teixeira, cirurgião vascular do Hospital da Arrábida e da Clipóvoa concluiu em Praga a presidência da Organização Europeia de Coordenadores de Transplantação (ETCO), cargo que exerceu entre 2003-2007. Durante os Congressos da ETCO e ESOT que aí se realizaram entre 28 de Setembro e 3 de Outubro, além de moderador de várias sessões, nomeadamente a sessão conjunta que integrou ambos os congressos, realizou uma palestra em que resumiu os objectivos da direcção nesse período e os resultados obtidos.

Refira-se que a ETCO integra cerca de 500 coordenadores de transplantação, certificou mais de 400 profissionais de saúde e criou uma plataforma de colaboração Institucional com as nove maiores organizações do Mundo desta área de medicina.

## Pedro Araújo em Compostela

**PEDRO ARAÚJO**, médico do Centro de Otorrinolaringologia do Hospital da Luz, foi um dos oradores do 2.º Curso Teórico-Prático de Diagnóstico e Tratamento das Enfermidades do Equilíbrio, que teve lugar entre 24 e 25 de Maio no Serviço de ORL do Complexo Hospitalar Clínico Universitário de Compostela. A palestra de Pedro Araújo, o único orador estrangeiro, versou sobre o tema “Exploração Instrumental: Potenciais Miogénicos Evocados Vestibulares”.



# Queremos ajudá-lo a escolher o melhor tratamento

Sabemos como é importante estudar todas as opções antes de tomar uma decisão. É por isso que lhe queremos falar do tratamento especial que o serviço BES 360<sup>o</sup> lhe oferece, nomeadamente o programa exclusivo de milhas Top Miles, que entre outras vantagens lhe dá milhas a dobrar. Ou seja, por cada euro de compras com cartão de crédito BES 360<sup>o</sup> recebe 2 milhas, e se comprar programas de viagem na

## PROGRAMA TOP MILES

Top Atlântico recebe 4 milhas por cada euro. Mais: ao aderir recebe logo 2.500 milhas de boas-vindas. E como se não bastasse, na subscrição de ofertas financeiras BES 360<sup>o</sup> ainda lhe oferece um bônus de milhas exclusivo que, somadas, podem dar de imediato uma viagem gratuita à Europa. Dito isto, pense sobre o assunto e se tiver dúvidas não hesite em ligar ou visitar o nosso site.

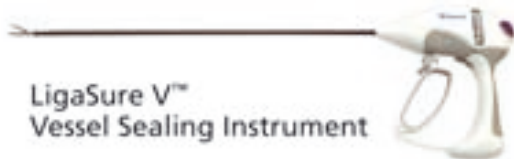
**BES 360<sup>o</sup>**

360<sup>o</sup> à sua volta

**OPERATE WITH CONFIDENCE**



VersaPort™ Plus V2  
Trocar with Fixation Cannula



LigaSure V™  
Vessel Sealing Instrument



VersaStep™ Plus Instruments  
Radial Dilation Access Technology  
with the VersaSeal™ Plus Universal Seal



ENDO STITCH™  
Suturing Device



GIA™ Universal  
Stapling System



DST Series™ EEA™  
Circular Stapler



ENDO GIA™  
Universal XL  
Instrument



DST Series™ EEA™  
Orvil™ Devices

COVIDIEN, COVIDIEN with logo, "positive results for life" and "™" marked brands are trademarks of Covidien Inc. or its affiliates. © 2007 Covidien Inc. or its affiliates. All rights reserved. 5-P-0000000208



**COVIDIEN**

*positive results for life*