CLIDOPA (ANGOLA), LDA.
CLÍNICA DOS PETRÓLEOS E CORPO DIPLOMÁTICO

*A Maior Riqueza é a Saúde*

MINISTÉRIO DA SAÚDE
GOVERNO DA REPÚBLICA DE ANGOLA

a saúde nas suas mãos

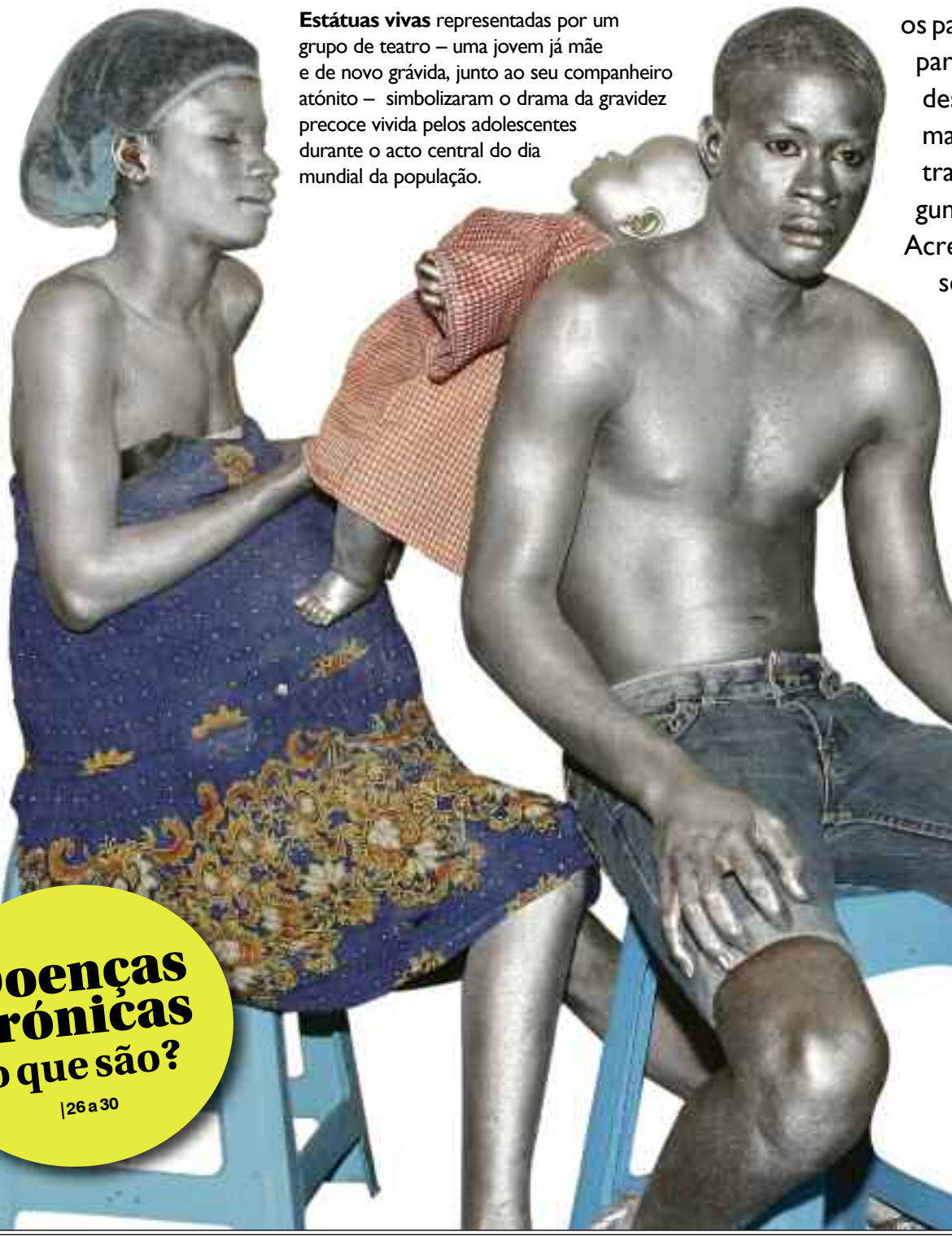
# jornal da Saúde ANGOLA

Ano 4 - Nº 41
**Julho/Agosto 2013**
Mensal **Gratuito**

**Director Editorial:** Rui Moreira de Sá
**Directora-adjunta:** Maria Odete Pinheiro

## Gravidez na adolescência

# Drama familiar



**Estátuas vivas** representadas por um grupo de teatro – uma jovem já mãe e de novo grávida, junto ao seu companheiro atónito – simbolizaram o drama da gravidez precoce vivida pelos adolescentes durante o acto central do dia mundial da população.

No mundo, mais de 16 milhões de meninas, entre os 15 e 19 anos, dão à luz em cada ano. A gravidez precoce desestabiliza a família: quer a jovem, quer os pais, não estão preparados para receber uma notícia destas. Abortos, partos prematuros e crescimento intra-uterino restrito são algumas das complicações. Acresce que a jovem não se sente enquadrada na escola e interrompe os estudos e a sua formação. Em Angola registam-se gravidezes aos 12 e 13 anos. O dia mundial da população foi celebrado este ano sob o lema "Prevenir a Gravidez na Adolescência". Saiba tudo |8 e 10

**Doenças crónicas o que são?** |26 a 30

## Pneumonia

**O ASSASSINO SILENCIOSO EM ÁFRICA**
**A pneumonia é responsável por mais mortes em crianças com menos de 15 anos de idade do que a SIDA e a malária em conjunto.** |14 a 16

### Hospital Josina Machel

## Atendimento seguro e humanizado

"Queremos um hospital com um atendimento cada vez mais seguro e humanizado", assegurou o director geral do hospital Josina Machel, Leonardo Europeu Inocêncio. O responsável falou ao JS, à margem do VII Encontro Científico desta instituição central de saúde que decorreu de 24 a 26 de Julho, reunindo cerca de 250 profissionais, entre médicos, enfermeiros e técnicos. |4

## Ortopedistas com Congresso à vista

A Sociedade Angolana de Ortopedia e Traumatologia realiza o seu 2º Congresso, de 5 a 10 de Agosto, em Luanda. |32

## Cirurgia de invasão mínima revolucionou as ciências cirúrgicas e tem um futuro promissor |37

## Inclusão de crianças com necessidades educativas especiais

O aluno com necessidades educativas especiais deve ter condições efectivas de aprendizagem e desenvolvimento das suas potencialidades. É assim necessário e urgente que os sistemas de ensino se organizem para que, além de assegurar as suas matrículas, garantam também a permanência de todos os alunos, sem perder de vista a intencionalidade pedagógica e a qualidade do ensino. |18 a 20

BANCO ESPIRITO SANTO ANGOLA



RUI MOREIRA DE SÁ
Director Editorial
direccao@jornaldasaude.org

# Gravidez na adolescência

A gravidez precoce, ou a gravidez na adolescência, é um tema de grande preocupação mundial, com tendência a crescer. Há mais de 16 milhões de meninas, entre os 15 e 19 anos, que dão à luz em cada ano.

O problema deriva da falta de informação aos adolescentes aquando da passagem à fase adulta. Quando os jovens se vão descobrindo a si próprios, pensam que são imunes e que nada lhes acontece. O grande dilema é que, quando se fala em anti-concepção, os adolescentes não se identificam, não sentem esse problema como sério, não sabem o que é a fisiologia de uma gravidez, não vêem o perigo.

> "Psicologicamente a jovem ressente-se porque não se sente enquadrada na escola e acaba por interromper os estudos e a sua formação"

Uma gravidez na adolescência tem uma influência enorme no seio da família. Desestabiliza-a porque, quer a jovem, quer os pais, não estão preparados para receber uma notícia destas. Psicologicamente, a jovem ressente-se porque não se sente enquadrada na escola e acaba por interromper os estudos e a sua formação.

Em Angola, a situação não é menos grave. São necessárias campanhas informativas dirigidas aos jovens, aos pais, e mais educação sexual nas escolas. Assim, o lema deste ano do dia mundial da população, a que damos destaque nesta edição, não poderia ser mais oportuno. O Jornal da Saúde associa-se e dá o seu contributo informativo para reverter a situação.

## O QUE PROMETEMOS AO LEITOR

A saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade. Trata-se de um direito humano fundamental. A conquista de um elevado nível de saúde é a mais importante meta social.

A promoção da saúde pressupõe o desenvolvimento pessoal e social, através da melhoria da informação, educação e reforço das competências que habilitem para uma vida saudável. Deste modo, o leitor fica mais habilitado a controlar a sua saúde, o ambiente, e fazer opções conducentes à sua saúde.

**Prometemos contribuir para:**

– Melhorar e prolongar a vida do leitor, através da educação, informação e prevenção da saúde;

– Contribuir para se atingirem os objectivos e metas da política nacional de saúde e os Objectivos do Milénio, através da obtenção de ganhos em saúde nas diferentes fases do ciclo de vida, reduzindo o peso da doença;

– Constituir um referencial de formação e um repositório de informação essencial para os profissionais de saúde.

Queremos estreitar a relação consigo, incentivando a sua participação em várias secções do Jornal da Saúde. Envie-nos os seus textos, comentários e sugestões.

facebook

E-mail direccao@jornaldasaude.org
SMS 932 302 822 / 914 780 462
www.jornaldasaude.org
www.ordemmedicosangola.org







**3.º Módulo > Gestão de Marketing e Comunicação na Saúde - 23 a 27 de Setembro de 2013**

SECRETARIADO E INSCRIÇÕES: Rua Vereador Ferreira da Cruz, 64, Miramar, Luanda
Tel.: +244 931 298 484 / 923 276 837 / 932 302 822 E-mail:elizabeth.leonor@marketingforyou.co.ao | www.indeg.iscte.pt

## EMPRESAS SOCIALMENTE RESPONSÁVEIS

O Jornal da Saúde chega gratuitamente às suas mãos graças ao apoio das seguintes empresas e entidades socialmente responsáveis que contribuem para o bem-estar dos angolanos e o desenvolvimento sustentável do país.

**Parceria:**

## FICHA TÉCNICA

**Conselho editorial:** Prof. Dr. Miguel Bettencourt Mateus, decano da Faculdade de Medicina a UAN (coordenador), Dra. Adelaide Carvalho, Prof. Dra. Arlete Borges, Dr. Carlos (Kaka) Alberto, Enf. Lic. Conceição Martins, Dra. Filomena Wilson, Dra. Helga Freitas, Dra. Isabel Massocolo, Dra. Isilda Neves, Dr. Joaquim Van-Dúnem, Dra. Joseth de Sousa, Prof. Dr. Josinando Teófilo, Prof. Dra. Maria Manuela de Jesus Mendes, Dr. Miguel Gaspar, Dr. Paulo Campos.
**Director Editorial:** Rui Moreira de Sá direccao@jornaldasaude.org;
**Directora-adjunta:** Maria Odete Manso Pinheiro mariaodete.pinheiro@jornaldasaude.org;

**Redacção:** Andreia Pereira; Esmeralda Miza; Luís Óscar; Maria Ribeiro; Patrícia Van-Dúnem. **Correspondente provincial:** Elsa Inakulo (Huambo) **PUBLICIDADE:** Maria Odete Pinheiro Tel.: 935 432 415 mariaodete.pinheiro@jornaldasaude.org **Revisão:** Marta Olias; **Fotografia:** António Paulo Manuel (Paulo dos Anjos). **Editor:** Marketing For You, Lda - Rua Dr. Alves da Cunha, nº 3, 1º andar - Ingombota, Luanda, Angola, Tel.: +(244) 935 432 415 / 914 780 462, direccao@jornaldasaude.org. Conservatória Registo Comercial de Luanda nº 872-10/100505, NIF 5417089028, Registo no Ministério da Comunicação Social nº 141/A/2011, Folha nº 143.

**Delegação em Portugal:** Beloura Office Park, Edif.4 - 1.2 - 2710-693 Sintra - Portugal, Tel.: + (351) 219 247 670 Fax: + (351) 219 247 679
**E-mail:** delegacao@jornaldasaude.org
Director Geral: Eduardo Luís Morais Salvação Barreto
**Periodicidade:** mensal **Design e maquetagem:** Fernando Almeida;
**Impressão e acabamento:** Damer Gráficas, SA
**Transportes:** Francisco Carlos de Andrade (Loy)
**Distribuição e assinaturas:** Africana
**Tiragem:** 20 000 exemplares. **Audiência estimada:** 100 mil leitores.

**Receba todos os meses no seu e-mail o Jornal da Saúde em pdf. Envie pedido para: direccao@jornaldasaude.org**

# Campanha massiva de vacinação de crianças em Luanda



À hora do fecho desta edição, todas as condições logísticas e humanas estavam criadas para iniciar, no dia 30 de Julho, em Luanda, a campanha de intensificação da vacinação de rotina, incluindo a nova vacina, denominada Pneumo 13, que visa imunizar cerca de 124.300 mil crianças, menores de 1 ano de idade.

De acordo com a chefe de secção de saúde pública, Regina António, a campanha prevê a instalação de 154 postos fixos, 80 equipas avançadas e a mobilização de mais de mil técnicos de saúde que vão vacinar até ao próximo dia 30 de Outubro.

Com a vacina Pentavalente pretende-se aumentar o número de crianças vacinadas com a 3ª dose. Só após três doses a criança está imunizada contra a pólio, tétano, sarampo, difteria, coqueluche (moléstia infecto-contagiosa aguda do trato respiratório transmitida pela bactéria Bordetella pertussis), hepatite B, meningite e outras doenças causadas pelo vírus Haemophilus Influenzae.

A vacina Pneumo 13, lançada em Junho, conforme noticiámos na última edição, protege contra 13 serotipos de pneumococo, bactéria que causa doenças como a meningite, pneumonia, sepse, bacteriemia, empiema (presença de pus no espaço pleural) e otite média.

O acto de lançamento da campanha tem lugar no campo do Felício, bairro da Sagrada Esperança, Maianga, sob orientação do governador da província de Luanda, Bento Bento, na presença do ministro da saúde, José Van-Dúnem.

# Genéricos de confiança

A Elnor Pharma é a representante oficial IDA Foundation. Esta instituição tem como missão assegurar a acessibilidade de medicamentos às populações mais carenciadas para o tratamento do HIV, malária, tuberculose e doenças tropicais negligenciadas. É representada em Angola pela Elnor Pharma, dirigida por Munir Sabjaly.







SHALINA PATROCINOU O VII ENCONTRO CIENTÍFICO DO HOSPITAL JOSINA MACHEL

# Chevron estimula estudantes de geociências



A Chevron promoveu no seu stand na Filda um encontro com estudantes de Geociências da Universidade Agostinho Neto (UAN), os quais tiveram a oportunidade de participar num seminário com técnicos e directores da Chevron.

De acordo com a directora geral de Políticas, Relações Públicas e Governamentais, Recursos Humanos e Serviços Médicos da Chevron, Vanda Andrade, a iniciativa permitiu aos jovens "aprenderem mais sobre as suas futuras profissões e a indústria".

Em 2012, a empresa e os seus parceiros investiram mais de 33 milhões de dólares nos programas de responsabilidade corporativa. Com impacto em mais de dois milhões de beneficiários, entre os projectos e programas desenvolvidos em 2012, destacam-se a construção de escolas, capacitação de professores e alunos, os programas de prevenção e rastreio de doenças como a anemia falciforme, o VIH/SIDA e a malária e o apoio aos agricultores, pescadores, empresários e pequenos empreendedores.

GASES MEDICINAIS

# Fabricante líder quer apoiar hospitais




A Ultra Controlo, fabricante de centrais para a produção de gases medicinais desde 1986, com mais de 460 sistemas a funcionar em Portugal, quer formar técnicos e apoiar as unidades de saúde angolanas.

De acordo com o CEO da empresa, Sabino de Pompeia, as centrais, certificadas pela directiva 93/42/CEE, produzem, no local, oxigénio, vácuo, protóxido de azoto, ar medicinal respirável e CO2, com isenção de óleo nas redes de ar comprimido.

# Banco Espírito Santo Angola abre sete novas agências

O Banco Espírito Santo Angola (BESA) abriu, em simultâneo, sete novas agências que se vão juntar aos 47 balcões que a instituição já tem em operação no país.

As novas agências localizam-se no Lubango Center, Avô Kumbi, Viana Park, Posto CFB Lobito, Catete, FILDA e Cacuaco. O BESA aumenta assim a sua cobertura de rede para 54 agências, nas quais se integram ainda um Centro Private, que funciona no edifício sede do banco, e cinco Centros de Empresas, a operar na província de Luanda. Até ao fim do ano prevê ter 70 agências abertas e 6 centros de empresas operacionais.

O Banco Espírito Santo Angola, S.A. foi formalmente constituído em Agosto de 2001 e detém actualmente um capital social de USD 170 milhões.



## Hospital Josina Machel

# Atendimento seguro e humanizado

"Queremos um hospital com um atendimento cada vez mais seguro e humanizado", assegurou o director geral do hospital Josina Machel, Leonardo Europeu Inocêncio. O responsável falou ao JS, à margem do VII Encontro Científico desta instituição central de saúde que, sob o lema "A segurança e a humanização no atendimento do doente – desafios do presente e do futuro", e um programa científico de excelência, decorreu de 24 a 26 de Julho, reunindo cerca de 250 profissionais, entre médicos, enfermeiros e técnicos.

De acordo com Leonardo Europeu, o Encontro teve como objectivo "a consciencialização dos profissionais de saúde para uma cultura de segurança e humanização no atendimento, trocar experiências e incentivar a investigação científica". A melhoria da segurança hospitalar passa, entre outros, "pela identificação correcta dos pacientes, a comunicação eficiente entre os profissionais, a melhoria na prescrição e administração dos medicamentos e vigilância dos efeitos adversos, no assegurar as cirurgias correctas, seguindo a check list, redução dos riscos de infecções associadas e de lesões devido às quedas dos leitos".

Para o director, "de nada servirá o investimento em infra-estruturas, equipamento e tecnologia se não prepararmos o homem nos aspectos de segurança e humanização", concluiu.



**CERIMÓNIA DE ABERTURA DO EVENTO** Primeiro secretário do comité de especialidade dos médicos em Angola, José Luís Pascoal, embaixador do Japão, Ryozo Myoi, director nacional de recursos humanos do Ministério da Saúde, António Costa, director geral do hospital Josina Machel, Leonardo Europeu Inocêncio e bastonária da Ordem dos Enfermeiros, Teresa Vicente



**O VII Encontro Científico do hospital Josina Machel, sob o lema "A segurança e a humanização no atendimento do doente – desafios do presente e do futuro", reuniu cerca de 250 profissionais, entre médicos, enfermeiros e técnicos**



**LEONARDO EUROPEU "De nada servirá o investimento em infra-estruturas, equipamento e tecnologia se não prepararmos o homem nos aspectos de segurança e humanização"**

### Olhar o paciente como patrão

O médico Francisco Quimbamba, na comunicação que apresentou sobre "Princípios éticos no atendimento a pacientes", sublinhou que "devemos olhar o paciente como o patrão e nós, profissionais de saúde, como servidor público. O cidadão pensa que é um favor que o funcionário lhe faz, mas não é. Pelo contrário, é um direito que lhe assiste". Contou, a propósito, algumas histórias em que familiares de pacientes insistiram em pagar-lhe com "saldo", o que recusou liminarmente, dado que "os serviços que prestamos são gratuitos e devemos declinar". Recordou que a pauta deontológica do serviço público é clara quando estipula que " a administração pública, no desempenho da sua insubstituível função social, deve pautar a sua conduta por princípios, valores e regras alicerçadas na justiça, transparência e ética profissional como primeiro passo para o estabelecimento da necessária relação de confiança entre os servidores públicos e os cidadãos".

**Comunicar aos familiares**

**Errado**

"O paciente da cama 20 é uma apendicite aguda, saiu do bloco operatório, está pendente de alta".

**Certo:**

O utente José António sofreu uma intervenção cirúrgica devido a uma apendicite aguda. Agora está com boa informação e pendente de alta (com tom afável).

Entre os valores essenciais do profissional de saúde, destacou o interesse público, legalidade, neutralidade, integridade e responsabilidade e competência (aprender a conhecer, aprender a fazer, a viver juntos e a ser). Como tal, os deveres para com os cidadãos passam pela "qualidade na prestação do serviço público, isenção e imparcialidade, competência e proporcionalidade, cortesia, informação e probidade (procedimento honesto do funcionário)".

### Apoio do Japão

O embaixador do Japão, Ryozo Myoi, garantiu a continuidade do apoio do seu país ao Josina Machel a quem a Agência de Cooperação Japonesa (Jaica) doou 40 milhões de dólares, desde 1996, com vista à melhoria dos serviços de saúde que prestam à população. "Mais de 800 profissionais de saúde de várias áreas, entre as quais administração hospitalar e imagiologia, já beneficiaram de formação e treinamento técnico. Ao Encontro Científico trouxeram um especialista em neurocirurgia, o médico Yuji Aso, que fez uma conferência.

## Mais de 83% dos luandenses não sabe que o tabaco provoca AVC

Os resultados de um inquérito a uma amostra aleatória da população em Luanda, apresentados pela médica Alberta Lutucuta, revelam que cerca de 83,3% dos cidadãos desconhecem que o uso do tabaco é um factor de risco para ocorrer um AVC (acidente vascular cerebral). Mais de 75% não sabe que a falta de exercício físico constitui outro dos factores de risco. Cerca de 41% confessa que consome muito sal e 59% muita gordura na sua dieta. A boa notícia é que mais de 83% acompanha com legumes. Mas, pelo contrário, mais de 42% não controla a tensão arterial. Cerca de 80% dos hipertensos assegura que toma fármacos, embora 30% destes declare que apenas "quando tem a tensão alta". Os hipertensos constituem 27,7 % e os diabéticos, com idades entre os 44 e 63 anos, 7,3% da amostra da população inquirida.

No dicionário de epidemiologia, factor de risco é definido como um aspecto do comportamento ou estilo de vida, exposição ambiental, característica inata ou hereditária pessoal ou da população, que, pelas evidências epidemiológicas, se sabe estar relacionado com um estado de saúde considerado importante para ser prevenido.

# Investir no homem

Para o director nacional de recursos humanos do Ministério da Saúde, António Costa, em representação do ministro da saúde "os investimentos em equipamentos e condições de trabalho foram realizados. Agora precisamos de investir no capital humano, no homem". De acordo com este responsável "a nossa actividade enquanto profissionais de saude é baseada na relação com o outro, no bem-fazer, no acudir a quem nos procura". A humanização e a segurança incluem também a segurança do profissional de saúde. "Devemos transmitir confiança a quem nos procura, reforçarmos a eficiência da organização e a qualidade dos serviços prestados", pelo que considerou o lema e os temas do Encontro de grande oportunidade. "O hospital Josina Machel soube adaptar-se aos tempos que correm", concluiu.



**ANTÓNIO COSTA "A nossa actividade enquanto profissionais de saúde é baseada na relação com o outro, no bem-fazer, no acudir a quem nos procura"**

TECHIMED

# UM SÓLIDO COMPROMISSO

## EM ANGOLA PARA SOLUÇÕES INOVADORAS DE SERVIÇOS MÉDICOS



## EQUIPAMENTOS E MATERIAL HOSPITALAR

A **TECNIMED** tem como finalidade e principal objectivo contribuir, em colaboração com todos os possíveis parceiros, para o **progresso, desenvolvimento e melhoria da qualidade dos serviços médicos prestados à população de Angola.**

**WWW.TECNIMEDANGOLA.COM**
TECNIMED@TECNIMEDANGOLA.COM

Advanced Partner
TECNIMED
SIEMENS

Av. Comandante Gika, 237/239
Apartado 4082
LUANDA
ANGOLA

+ (244) 222 324 8 / 16 / 38
+ (244) 222 321 898
+ (244) 931 678 680 / 81
+ (244) 918 084 906 / 07

+ (244) 935 452 145



A directora de saúde da cidade de Luanda, Vitória Cambuanda, e a representante da Sonangol e do Bloco 18, Francisca Lemos, procedem à inauguração do posto de saúde



O presidente da SSI, Jie Weiqiang, confraterniza com os responsáveis do Hospital Divina Providência



À direita, o vice-presidente para a comunicação e assuntos governamentais da BP Angola, Paulo Pizarro, o director geral adjunto da BP Angola, Helder Silva, e a conselheira do departamento de Desenvolvimento Sustentável da BP Angola, Luduvina da Costa, no acto inaugural.

## População do Kilamba Kiaxi beneficia de melhor assistência sanitária

# Posto de Saúde Nossa Senhora da Paz foi ampliado e reapetrechado

**O Posto de Saúde Nossa Senhora da Paz, integrado no Hospital Divina Providência, no Kilamba Kiaxi, em Luanda, foi reinaugurado no dia 3 de Julho, após beneficiar de obras de ampliação e reapetrechamento.**

O financiamento foi da BP Angola e seus parceiros do Bloco 18 (Sonangol e SSI) no montante de USD 260 mil. Incluiu ainda a aquisição de equipamento de laboratório para o Hospital e Centro de Saúde.

Para o director geral adjunto da unidade de saúde, Padre Fernando Alves Tchimbumba, "a construção vai permitir melhorar a qualidade na prestação de serviços de saúde à população do município, estimada em cerca de 1,5 milhões de habitantes".

Segundo a directora de saúde da cidade de Luanda, a médica Vitória Cambuanda, "este apoio é muito bem acolhido pois contribui decisivamente para aumentar a capacidade e a eficiência nas consultas à população, em particular a mais carenciada, bem como a realização de análises clínicas".

O Hospital Divina Providência, construído em 1994, é uma instituição que pertence à Obra da Divina Providência, Organização Não Governamental nacional vinculada à Igreja Católica, presente em Angola desde 1985.

**Rede sanitária**

A rede sanitária do Hospital Divina Providência dispõe de unidades vocacionadas para a atenção primária, uma unidade de referência com prestações polivalentes (nível secundário) e um centro para o tratamento de doenças infecciosas, como a tuberculose e Sida. Tem 109 camas, das quais 55 de medicina e 54 de pediatria, parte das quais destinadas a acolher crianças com má nutrição "a segunda causa de mortalidade, depois das doenças respiratórias", de acordo com a directora clínica, Sofia Vanda Loa.

Na cerimónia estiveram ainda presentes a representante da Sonangol e do Bloco 18, Francisca Lemos, o presidente da SSI, Jie Weiqiang, o Director Geral Adjunto da BP Angola, Helder Silva, o vice-presidente para a comunicação e assuntos governamentais da BP Angola, Paulo Pizarro, os conselheiros do departamento de Desenvolvimento Sustentável da BP Angola, Luduvina da Costa e José Luís Fernandes, o director-geral e a directora administrativa do Hospital, respectivamente Padre Jacob e Chiara Giusto e o delegado da Congregação Divina Providência, Padre Nelo.





A directora administrativa do Hospital, Chiara Giusto, dirigiu a visita às novas instalações

"A construção vai permitir melhorar a qualidade na prestação de serviços de saúde à população do município, estimada em cerca de 1,5 milhões de habitantes"



A directora clínica, Sofia Vanda Loa



A directora de saúde da cidade de Luanda, Vitória Cambuanda



## Certificação

# A vantagem da qualidade

**A Concentra Diagnósticos recebeu o Certificado do Sistema de Gestão da Qualidade pelo Normativo Internacional ISO 9001, atribuída pela multinacional alemã TÜV Rheinland, no âmbito da realização de análises clínicas nas valências de hematologia, bioquímica, microbiologia, parasitologia, imunologia e virologia bem como a acessoria técnica na gestão de laboratórios de análises clínicas.**



O sistema de gestão da qualidade criou as condições para um maior enfoque no cliente e na procura, sempre constante, de melhores níveis de satisfação do cliente, o que implica a melhoria contínua dos processos de trabalho na empresa.

"O reconhecimento no mercado nacional ou internacional de uma gestão baseada na qualidade e nas boas práticas prestigia a empresa que a adopta e proporciona um ambiente de trabalho empresarial assente na melhoria contínua"

O Grupo Concentra, com mais de 20 anos de implementação no mercado angolano, tem, desde 20 de Junho de 2013, a sua primeira empresa do grupo certificada.

Com efeito, a Concentra Diagnósticos recebeu oficialmente, no passado dia 15 de Julho, durante a 3ª Conferência Internacional "Experiências da Qualidade e Coopetição" promovida pela SinASE, o Certificado do Sistema de Gestão da Qualidade pelo Normativo Internacional ISO 9001.

Atribuída pela multinacional alemã TÜV Rheinland, o âmbito da certificação refere-se à realização de análises clínicas nas valências de hematologia, bioquímica, microbiologia, parasitologia, imunologia e virologia bem como a acessoria técnica na gestão de laboratórios de análises clínicas.

Trata-se de uma aposta da Concentra Diagnósticos, o primeiro laboratório de análises clínicas certificado em Angola, mantendo o compromisso com a melhoria contínua do serviço prestado aos seus clientes.

As vantagens de uma aposta consistente na qualidade tornam-se cada vez mais evidentes à medida que os clientes ficam mais conscientes e exigentes em relação aos serviços que pretendem.

O reconhecimento no mercado nacional ou internacional de uma gestão baseada na qualidade e nas boas práticas prestigia a empresa que a adopta e proporciona um ambiente de trabalho empresarial assente na melhoria contínua.




A Concentra Diagnósticos é o primeiro laboratório de análises clínicas certificado em Angola



O verdadeiro empenho na implementação e consolidação de uma política de qualidade transformou de forma positiva a cultura dentro da Concentra Diagnósticos.

Os hábitos e as rotinas menos adequados foram progressivamente substituídos por regras e procedimentos harmonizados, monitorizados e continuamente melhorados.

O sistema de gestão da qualidade criou as condições para um maior enfoque no cliente e na procura, sempre constante, de melhores níveis de satisfação do cliente o que implica a melhoria contínua dos processos de trabalho na empresa.

Ao aplicar uma abordagem factual às tomadas de decisão, uma definição clara das responsabilidades e tarefas de cada colaborador, o envolvimento das pessoas aumentando o grau de motivação e profissionalismo dos colaboradores e promovendo o aumento da credibilidade no meio através das entidades e pessoas a quem se presta serviços, escutando-as regularmente e avaliando a suas necessidades, criamos um ambiente de melhoria contínua.

Todas as vantagens a adquirir posteriormente pela Concentra Diagnósticos serão consequência lógica da melhoria contínua e de melhores níveis de satisfação dos clientes, nomeadamente a de proporcionar à empresa futuras vantagens competitivas no mercado em relação aos concorrentes.

A conquista desta certificação reflecte o cumprimento de boas práticas laboratoriais e o investimento na qualidade do serviço prestado pela Concentra Diagnósticos.

É também o reconhecimento do empenho, dedicação e envolvimento da Administração e todos os colaboradores da empresa.

Para dar continuidade a este trabalho e contribuir de forma positiva para o desenvolvimento sustentado da saúde em Angola, o Grupo Concentra mantém a estratégia de investimento na formação contínua dos quadros já existentes na Concentra Diagnósticos e na futura certificação de todas as empresas do Grupo.

A Concentra Diagnóstico está situada Rua Cónego Manuel das Neves, 382, Bairro de São Paulo, em Luanda.

Contactos: 222 448 748 / 933 868 326 www.concentra.co.ao

## Kourtoum Nacro

# "A gravidez na adolescência não é só uma questão de saúde, é uma questão de desenvolvimento"

RUI MOREIRA DE SÁ
rui.moreiradesa@jornaldasaude.org

**Pobreza, desigualdade de género, violência, casamento forçado e falta de educação são algumas das razões porque 16 milhões de meninas entre os 15 e os 19 anos dão à luz em cada ano.**



**KOURTOUM NACRO** Os adolescentes e jovens devem ter acesso a educação sexual compreensiva apropriada à sua idade, de forma a desenvolverem o conhecimento e as habilidades para proteger a sua saúde ao longo de suas vidas

"Quebrar o ciclo da gravidez na adolescência requer um compromisso por parte das nações, comunidades e indivíduos nos países desenvolvidos e em desenvolvimento e um investimento em meninas adolescentes". Para a representante do Fundo das Nações Unidas para a População em Angola (UNFPA), Kourtoum Nacro, que falava em nome do director executivo desta instituição Babatunde Osotimehin, a 11 de Julho, em Luanda, por ocasião da celebração do dia mundial da população, sob o lema Prevenir a Gravidez na Adolescência, "os governos deverão promulgar e reforçar as leis nacionais que aumentam a idade do casamento para os 18 anos e promover esforços que apoiem os direitos das meninas e previnam o casamento infantil e suas consequências".

De acordo com a UNFPA "os adolescentes e jovens devem ter acesso a educação sexual compreensiva apropriada à sua idade, de forma a desenvolverem o conhecimento e as habilidades para proteger a sua saúde ao longo de suas vidas".

No entanto, segundo a representante desta instituição, "a educação e informação não são suficientes. Serviços de saúde reprodutiva de boa qualidade também devem estar disponíveis para que os adolescentes possam fazer escolhas informadas e sejam saudáveis".

Kourtoum Nacro lembrou que a gravidez precoce põe em risco os direitos, a saúde, a educação e o potencial de demasiadas meninas adolescentes "roubando-lhes um futuro melhor".

O evento que celebrou O Dia Mundial da População contou com uma mesa redonda que debateu, entre outros, as razões porque não é aconselhável a gravidez na adolescência, as suas consequências, a falta de acompanhamento, métodos contraceptivos, a necessidades da formação dos profissionais de saúde e o papel da família.

## João Baptista Kussumua

# "O acesso universal à saúde e direitos reprodutivos é um investimento numa sociedade sustentável"

"Estamos perfeitamente conscientes de que o investimento no acesso universal à saúde e aos direitos reprodutivos traduz-se na redução da pobreza e é um investimento numa sociedade sustentável", afirmou o ministro da Assistência e Reinserção Social, João Baptista Kussumua, no acto comemorativo do Dia Mundial da População.

Este responsável reafirmou o engajamento do Executivo pela "contenção das taxas de prevalência contraceptiva e de natalidade entre adolescentes e um maior planeamento familiar".

João Baptista Kussumua reflectiu ainda sobre o papel da família e lembrou que os pais e as mães de hoje tiveram menos acesso à informação e uma educação muito mais repressiva. "O desejo da maioria das famílias é que os filhos façam uma trajectória onde a formação escolar, o trabalho e a autonomia financeira definem um trilho que tem o seu cume com a constituição familiar, sinónimo de maturidade e responsabilidade. A gravidez e a maternidade na adolescência rompem com essa normalidade tida como natural", disse.

### Educação nas escolas

O ministro lembrou que as escolas já abordam os temas da sexualidade e saúde reprodutiva. Considera, no entanto, indispensável que a informação seja formatada à medida para que a mensagem chegue ao público-alvo. "Passa por conhecer bem a maneira de "funcionar" das jovens adolescentes, os locais que frequentam e o seu tipo de gostos".



**JOÃO BAPTISTA KUSSUMUA** Reafirmamos o nosso total engajamento na luta pelos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio definidos para esta área

Para João Baptista Kussumua, "todos os intervenientes neste processo informativo – pais, professores, técnicos de saúde, jornalistas – deverão ser também alvo de formação para que se consiga garantir os objectivos estabelecidos e se obtenha o impacto desejado", concluiu.



**A sessão comemorativa do dia mundial da população, sob o lema Prevenir a Gravidez na Adolescência, acolheu participantes de cinco Ministérios, com o apoio do Fundo das Nações Unidas para a População (UNFPA)**

### A LINGUAGEM DOS NÚMEROS

Nascem **2 pessoas** por segundo
A população mundial
é de **7 biliões**
Nos últimos 25 anos **cresceu 50%**
Jovens entre 15 e 24 anos
somam **1 bilião**
Há mais de **600 milhões**
de meninas, das quais mais de 500 milhões nos países em desenvolvimento
**16 milhões** de meninas,
entre os 15 e 19 anos,
dão à luz em cada ano

**Com 12 e 13 anos de idade**

## Gravidez precoce aumenta

Entrevistado pelo JS a propósito deste tema, o director da maternidade Lucrécia Paím, Abreu Pecamena, garante que há um número crescente de gravidezes na adolescência, sobretudo em Luanda. Refere que, em média, cerca de 60 % das cesarianas realizadas são em adolescentes.
"Acresce que começa a haver gravidezes aos 12 e 13 anos. Temos até um caso de gravidez aos 11 anos. A própria gravidez apresenta, nestes casos, diversas complicações", garantiu.

"Os currículos escolares devem enfatizar mais a educação sexual"

O grupo de estudo que criou para o estudo desta problemática detectou abortos, partos prematuros, crescimento intra-uterino restrito, isto é, o bebé cresce menos que o normal, pré-eclâmpsia (tensão alta na gestante), e uma maior incidência de mortalidade. Abreu Pecamena defende que os currículos escolares enfatizem mais a educação sexual. "É preciso desenvolvê-los e adaptá-los à nossa realidade para que as pessoas compreendam melhor a necessidade de educar os nossos filhos desde a tenra idade para entender o fenómeno da sexualidade".

# Futuro planeado

## HUAMBO APROVA PLANO DE DESENVOLVIMENTO SANITÁRIO 2013/2017 E CAPACITA TÉCNICOS DE SAÚDE.

ELSA INAKULO |
Correspondente no Huambo

**As autoridades sanitárias reuniram-se recentemente para a discussão e aprovação do Plano Provincial de Desenvolvimento Sanitário do Huambo 2013/2017.A actividade serviu ainda para capacitar os técnicos da saúde com vista a assegurarem os mecanismos de monitoria e avaliação dos 11 planos municipais orçamentados para o exercício económico 2014-2017.**



Georgina Francisca Figueiredo é uma das funcionárias da Direcção Provincial de Saúde de Huambo que completou com sucesso o workshop sobre a integração dos planos e prioridades municipais orçamentados no plano provincial

Na ocasião, o director provincial de saúde, Frederico Juliana, sublinhou ter sido o Huambo a primeira província a realizar com êxito o exercício de elaboração dos planos municipais de desenvolvimento sanitário orçamentados para os 11 municípios, em parceria com o Programa dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional (projecto ForçaSaúde da USAID).

Segundo Frederico Juliana, apesar da melhoria significativa dos principais indicadores de saúde, Angola ainda regista uma elevada taxa de mortalidade materna, infantil e infanto-juvenil, alta incidência de doenças infecciosas e parasitárias, com destaque para as grandes endemias, doenças respiratórias e diarreicas agudas, um nível alto de mal nutrição em menores de 5 anos, persistência de surtos de cólera, raiva, sarampo e um aumento exponencial das doenças crónicas não transmissíveis, para além da sinistralidade rodoviária e da violência.

**Documento estratégico e operacional**

Porém, as doenças transmissíveis ainda são responsáveis por mais de 50 porcento dos óbitos registados na população angolana. Atentos aos referidos factores e no intuito da sua urgente resolução, Juliana lembrou que o chefe do executivo exarou o despacho presidencial 84/11, de 27 de Outubro, constituindo a Comissão Multissectorial, coordenada pelo Ministro da Saúde, para a elaboração do Plano de Desenvolvimento Sanitário 2012/2025, tendo como primeira etapa a elaboração dos planos municipais de desenvolvimento sanitário quinquenais 2013-2017.

Segundo explicou, o plano é um documento fundamental de gestão para sustentar política, técnica e financeiramente o sistema nacional de saúde a médio e longo prazos. Apresenta-se como um documento estratégico operacional para materializar as orientações fixadas nas estratégias do desenvolvimento "Angola 2025" e na política nacional de saúde, bem como nas prioridades do executivo, transformando-as em acções e intervenções concretas a serem executadas durante a sua vigência.

O governo da província do Huambo promete apoiar, através da Direcção Provincial da Saúde, a execução dos 11 planos municipais de desenvolvimento sanitário até 2017.

Na oportunidade os participantes do certame foram incentivados a aplicar os ensinamentos para a melhoria cada vez mais do bem-estar da população, onde os supervisores de cada programa deverão ser os verdadeiros artífices para a implementação, controlo e consequentemente o êxito destes planos.

Após 5 dias de debate foi aprovado o Plano Provincial de Desenvolvimento Sanitário 2013-2017.

**As metas do plano**

A reunião contou com a participação de representantes de todos os municípios que identificaram os principais problemas que afectam a saúde dos habitantes. Foi então traçado um plano de trabalho a ser desenvolvido nos primeiros 5 anos (2013-2017) para posterior balanço e elaboração do próximo plano quinquenal 2018-2025. Segundo o director, constituiu um exercício importante no Huambo, pois vai influenciar positivamente na situação de saúde de cada cidadão da província.

Dentre as metas do ambicioso plano, adiantou o responsável, apontam-se os programas de combate à malária, VIH/SIDA, tuberculose, doenças diarreicas e respiratórias agudas, vacinação e vigilância epidemiológica que incidam directamente na mortalidade materno-infantil. "Queremos diminuir a mortalidade materno-infantil. Temos uma meta muito ambiciosa. A nossa mortalidade materna actualmente é de 210 por ano e queremos baixar para menos de 100 em 2017. A mortalidade por malária é, actualmente, de 31 óbitos / ano, segundo dados do ano passado, e queremos baixar para menos de 20 até 2017. A mortalidade infantil no Huambo é inferior a 70 por ano e pretendemos baixá-la, até 2017, para menos de 30 mortes em toda a província".

**Como vai ser implementado**

Para a implementação do plano, nas comunidades e unidades sanitárias de todos os municípios será desenvolvido um conjunto de acções, entre as quais o treinamento dos técnicos, a sensibilização da população para prevenir, por exemplo, a gravidez na adolescência, o parto domiciliar, ou na comunidade, incentivando que seja feito em unidades sanitárias apropriadas, o alargamento do programa de vacinação para gestantes, e, ainda, o incentivo à profilaxia da malária com o Fansidar, no caso de gestantes, afirmou Frederico Juliana. "Esperamos que todos estes planos sejam implementados em todas as unidades sanitárias de todos os municípios, pois o beneficiário directo é o povo do Huambo. Queremos ver menos pessoas ficarem doentes, menos pessoas a morrer por causas que se podem prevenir" completou.

### Frederico Juliana

# "Vamos proteger 130 mil crianças da pneumonia"

**Agentes sanitários do Huambo prontos para ministrar a pneumo-13, a nova vacina infantil contra doenças respiratórias agudas.**

A Direcção Provincial de Saúde do Huambo realizou um seminário de formação dos seus profissionais ligados ao Programa Alargado de Vacinação (PAV) sobre a implementação de uma nova vacina.

Trata-se da Pneumo 13, medicamento preventivo cujo grupo alvo sãos as crianças entre um a dois anos de idade, segundo o director provincial da saúde, Frederico Juliana.

"A vacina é pneumocócica conjugada de treze valentes. Ou seja protege 13 serotipos de bactérias dos 23 existentes", disse, acrescentando que entre as doenças preveníveis pela vacina constam a otite média aguda, meningite, pneumonia, artrite, peritonite, osteomielite, bacteriemia febril, sepse generalizada e sinusite.

" Pretendemos proteger cerca de 130 mil crianças contra a pneumonia", disse o responsável. Segundo Juliana, todas as crianças de um ano a um ano e nove meses de idade devem ser conduzidas aos centros sanitários tão logo estejam disponibilizadas as vacinas para que sejam imunizadas, uma vez ser uma vacina sem quaisquer contra-indicações.



FREDERICO JULIANA "Queremos diminuir a mortalidade materno-infantil. Temos uma meta muito ambiciosa. A nossa mortalidade materna actualmente é de 210 por ano e queremos baixar para menos de 100 em 2017"

**As responsabilidades dos técnicos**

Aos técnicos ficou a incumbência de prosseguir com as sessões de formação e transmitir as informações aos demais vacinadores dos postos e hospitais da comunidade. Mensagem visivelmente acatada, pois os vacinadores afirmaram estar preparados para a aplicação dos conteúdos ora adquiridos.

Durante o seminário vários temas foram dissertados, tais como as doenças preveníveis pela vacinação, o novo calendário nacional de vacinação, a cadeia de frio e gestão de vacina, injecções seguras e eventos adversos pós vacinação, comunicação e mobilização social, planificação e implementação de sessões de vacinação, bem como um sistema de informação e de monitorização da vacinação de rotina.

Das recomendações extraídas sublinham-se a administração diária das vacinas em todas as unidades sanitárias, o cumprimento rigoroso do novo calendário de vacinação nacional, o melhoramento das cadeias de frio, a assepsia e cuidados com o material a utilizar.

# Prevenir a gravidez na adolescência



UNFPA - FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A POPULAÇÃO
UNFPA - Porque cada um conta

## Sabias que estudos realizados em algumas províncias de Angola mostram que:

— **75%** dos adolescentes são sexualmente activos
— **37%** das raparigas (14-17 anos) já tinham engravidado
— Apenas **17%** dos rapazes tiveram conhecimento de ter engravidado uma rapariga
— **62%** das cesarianas realizadas foram em adolescentes
— **50%** das adolescentes que engravidaram, abortaram
— **79%** dos abortos foram provocados

## O que é a gravidez na adolescência?

É a gravidez que acontece muito cedo na vida das jovens entre os 13 e os 19 anos.



## Como surge a gravidez na adolescência?

Das relações sexuais de meninas com rapazes e adultos sem protecção. Isto pode ocorrer:
— Numa única relação sexual
— Porque os pais não falam com os seus filhos sobre sexualidade
— A escola, centro de saúde e outras estruturas na comunidade dão pouca informação aos jovens sobre sexualidade



## Porque os pais não falam com os seus filhos sobre sexualidade?

— Porque alguns não sabem como abordar
— Porque não é fácil ter um diálogo aberto com os filhos sobre estes assuntos delicados e íntimos
— Porque é tabu
— Porque pensam que vão estimular o sexo precoce





## Quais são os prejuizos para a jovem rapariga?

— Abandono da escola
— Muitas jovens abandonam a casa dos pais e ficam sem apoio
— Muitas jovens fazem abortos e ficam em perigo de vida
— As jovens mais inseguras até abandonam os filhos recém-nascidos



## Porque não é aconselhavel engravidar na adolescência?

— Porque o corpo da menina ainda não está preparado para uma gravidez
— Porque a menina e o seu parceiro não estão preparados psicologicamente para ter um filho
— Porque a menina e o seu parceiro não criaram as condições materiais para ter um filho
— Oa filhos podem ter problemas de desenvolvimento e de comportamento
— Porque os adolescentes e jovens devem aproveitar a juventude.



## O que é a Paternidade e Maternidade Responsáveis?

— É a escolha do melhor momento para ter um filho
— É sentir-se responsável pelo eventual sofrimento de um filho
— É escolher o momento em que a menina e o seu parceiro têm condições físicas, emocionais e materiais para ter um filho
— É evitar engravidar quando não se está preparado
— É não ter relações sexuais quando não se tem condições de assumir as consequências de uma relação a dois





## PARA PREVENIR A GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA:

**— Conversa com os teus pais ou outros adultos**
**— Dirige-te ao Centro de Saúde ou Hospital e pede apoio dos profissionais de Saúde**
**— Vê que apoio a Escola, a Igreja ou outra estrutura comunitária te pode dar**







## CONVIVER COM AMIGOS FAZ PARTE DO DESENVOLVIMENTO DOS ADOLESCENTES

## ACREDITA QUE TERÁS UM FUTURO PROMISSOR!

República de Angola
Ministério da Família e promoção da Mulher
Ministério da Juventude e Desportos
Ministério da Saúde
Ministério da Educação
Ministério da Reinserção Social

ANGOLA

Angola 2013


SISTEMAS
CLINIDATA
SOLUÇÕES INTELIGENTES E INTEGRADAS
Laboratórios de Diagnóstico
Gestão de Alertas e Mensagens
Microbiologia sem Papel
Rastreio de Tubos e Seroteca
Controlo Qualidade
Cálculo da Eficiência
Gestão de Stocks
Requisição Electrónica
Termos de Responsabilidade
Anatomia Patológica
Gestão de Assépsias
Banco de Sangue e Transfusões
MAXDATA ANGOLA, LDA
R. da Missão 93, 1º E - Luanda . maxdata@netcabo.co.ao
Telem: (+ 244) 923 332 237 - Telef: (+ 244) 922 000 402
MAXDATA INFORMÁTICA, LDA
R. António Correia Bahrém 33A - 2690-468 Carregado . maxdata@maxdata.pt
Telef: (+ 351) 263 400 300 - Fax: (+ 351) 263 400 309


Solução Completa de Diagnóstico in vitro para uma vida melhor
Conectado a.....
Sífilis
HIV
Malária
Testes rápidos para toda a cobertura de cuidados de Saúde
Mesmo sem electricidade nem cadeia de frio
VIH
Sífilis
Malária
HBV
TB
SD
cicci


EXCELÊNCIA EM FARMÁCIA
Todos os medicamentos que precisa
para si e sua família!
novic
FARMÁCIA
Atendimento perfeito
com aconselhamento!
Qualidade Fiabilidade Modernidade
24/24 horas ao seu serviço
Novic - Farmácia e Distribuição Rua Amílcar Cabral 19 A, Luanda,
Tel.: 222 332 175


SOMOS
O SEU PARCEIRO
LOGÍSTICO
farma.log
LOGÍSTICA FARMACÊUTICA
O NOSSO ESPAÇO OFERECE-LHE
A SOLIDEZ DAS BOAS PRÁTICAS
DE DISTRIBUIÇÃO (BPD).

# Centralização da logística na saúde: o caso de Angola

JOSÉ CRESPO DE CARVALHO
Professor Catedrático – Gestão de Empresas
ISCTE – IUL – Instituto Universitário de Lisboa



**Angola passou, nos anos mais recentes, por três modelos de gestão da saúde no que à forma de organização (centralizada ou descentralizada) diz respeito.**

Começou por apresentar um modelo centralizado e tendente a abastecer todos os hospitais com meios médicos e farmacêuticos tendo sucumbido, numa primeira fase, às normais contingências da guerra. Tivesse sido por causa da ausência de financiamento ou por outras razões, que à guerra reportam, a centralização inicial não funcionou. Basicamente poderá dizer-se que um modelo centralizado só funciona bem quando as componentes intangíveis, ligadas aos sistemas de informação, e tangíveis, ligadas ao transporte, conseguem estar operacionais. Poderia haver planeamento e mesmo dinheiro. Faltassem as ligações rodoviárias, por via da guerra, e o modelo estaria imediatamente comprometido.

**Modelo descentralizado**

Posteriormente, o país viu nascer um modelo descentralizado. Uma experiência de descentralização num sistema logístico é quase sempre necessária num quadro de cedência de poder aos vários agentes envolvidos (por exemplo, hospitais provinciais). A verdade é que um sistema descentralizado só funciona bem quando funciona bem o planeamento local ou, em alternativa, uma lógica de açambarcamento. Os transportes e os sistemas de informação são mais dispensáveis na medida em que cada local terá tendência a ter stocks bastante mais elevados que quando funcionando centralmente – ganhando assim autonomia.

Da guerra, de resto, é conhecida a independência das várias fortificações que, funcionando descentralizadamente, demoravam mais tempo a ceder face aos ataques do inimigo porque eram mais autónomas (no fundo, com stocks mais elevados que quando funcionavam centralmente). Este é, não obstante, um modelo sempre caro e que exige muito capital investido em medicamentos e dispositivos médicos. Com a agravante de, elevando os stocks, poder ficar sujeito a consecutivas roturas por expirarem prazos de validade.

**Modelo centralizado via CECOMA**

Finalmente, o país está a ver nascer um novo modelo centralizado via CECOMA – Central de Aprovisionamentos de Medicamentos e Meios Médicos. Esta central supõe-se que irá fazer compras, via concursos públicos, para as várias unidades de saúde do país. Mas a questão da centralização das compras – embora possa ser uma matéria sensível e de extrema urgência – não resolve o problema físico e das entregas e serviço aos vários hospitais, sejam eles nacionais, provinciais ou municipais.

São conhecidos no mundo inteiro sistemas de compras centrais que não funcionam ou não funcionaram. Em Portugal, por exemplo, várias tentativas de catálogo central a compras centrais falharam e irão falhar – se tentadas novamente – por uma simples razão: a primeira condição ou requisito num sistema central não é garantir as compras centrais mas, sim, os meios físicos de armazenagem e de distribuição aos vários locais. Assim como as condições de planeamento central mais ajustadas. Para isto é necessário perceber a componente física da logística e a sua criticidade.

> ''Se Angola tiver capacidade para o fazer, e acredito que sim pelo que li do Senhor Ministro da Saúde e do Senhor Secretário de Estado, então teremos um sistema centralizado que, a breve trecho, poderá ser um benchmark para muitos outros, no mundo inteiro, que colapsaram por desconhecerem as prioridades de construção/edificação desse mesmo sistema''

Não há modelo central que possa funcionar sem armazéns e entregas físicas. Sem planeamento e sistemas de informação. Tudo isto requer desenho e implementação de processos e procedimentos que estão muito para além da compra central. Dir-se-ia mesmo que os erros que se têm cometido em vários sistemas de saúde por via da centralização se devem efetivamente a querer-se uma central de compras operacional antes de um sistema físico operacional. Pergunte-se o que colapsou neste sistema em Portugal e, não menos, pergunte-se por responsabilidade de quem falhou. Haverá certamente quem saiba dizer os porquês da falha. Sobretudo se for alguém conhecedor profundo de como funciona a interligação entre compra e abastecimento (físico).

**Passos certos**

Do que li e vi escrito, Angola está numa fase essencial para dar os passos certos na montagem de um bom sistema central. E não se trata de perceber se o que vem primeiro é o ovo ou a galinha. Trata-se, isso sim, de perceber que só há uma escolha possível: a escolha do planeamento, do transporte, da armazenagem (que não pode ser apenas uma armazenagem central, a partir de Luanda, quando se conhece a extensão do território e a existência de 18 províncias) e das entregas.

A escolha deverá estar inexoravelmente ligada à montagem da logística tangível, física, excluindo a componente compras. Experimentada para um produto, mais tarde grupos de produtos e, finalmente, alargada a todos os demais. É nessa altura que o sistema de compras central deverá estar a funcionar. Não antes do sistema físico pois o resultado será centralizar fisicamente sem capacidade de planeamento, de perceção do número de locais de armazenagem e de entrega (transporte). Resultado: haverá um sistema de compras e de produtos que não irão chegar aos vários locais. E que morrerão dentro de um armazém central à procura de planeamento e de entregas.

Se Angola tiver capacidade para o fazer, e acredito que sim pelo que li do Senhor Ministro da Saúde e do Senhor Secretário de Estado, então teremos um sistema centralizado que, a breve trecho, poderá ser um benchmark para muitos outros, no mundo inteiro, que colapsaram por desconhecerem as prioridades de construção/edificação desse mesmo sistema.

**NOTA DA REDACÇÃO:** O Prof. Crespo de Carvalho, em conjunto com a Prof. Tânia Ramos, ministraram o módulo de Logística e Operações do Programa de Especialização em Gestão da Saúde, a decorrer em Luanda.

Farmácias




MS
MONIZ SILVA
International
Desde 2005

Farmácia Coqueiros
Farmácia Novassol
Farmácia Belas
Farmácia Malanga
Farmácia Maculusso
Farmácia Vitória
Farmácia Cine S. Paulo
Farmácia Huambo
Farmácia Acácias
Farmácia Lubango

2006 2007 2008 2009 2010 2011

**Acácias**
Edifício Acacias Place
Lojas n.º 6 e 7
Rua Aires de Almeida
Santos, Benguela
ANGOLA

**Belas**
Centro Comercial Belashoping
Loja n.º 115
Tlm.: +244 917 404 145
Tlm.: +244 928 056 963
E-mail: fbelas@ms.co.ao

**Cine S. Paulo**
Rua do Kicombo, n.º 6
Município do Sambizanga, Luanda
ANGOLA
Tlm.: +244 935 097 006
E-mail: fcinespaulo@ms.co.ao

**Coqueiros**
Rua Rainha Ginga nº 33 R/C
Tel.: +244 222 398 975
Fax: +244 222 397 495
Tlm.: +244 924 771 408
E-mail: fcoqueiros@ms.co.ao

**Huambo**
Avenida Norton de Matos
S/ n.º R/C
Bairro: Cidade Alta
Huambo
ANGOLA

**Lubango**
Rua 1. de Agosto n.º 22
Bairro Comercial
Lubango

ANGOLA

**Maculusso**
R. Cmdte Che Guevera n.º33 R/C
Tel.: +244 222 320 061
Fax: +244 222 320 161
Tlm.: +244 937 240 712
E-mail: fmaculusso@ms.co.ao

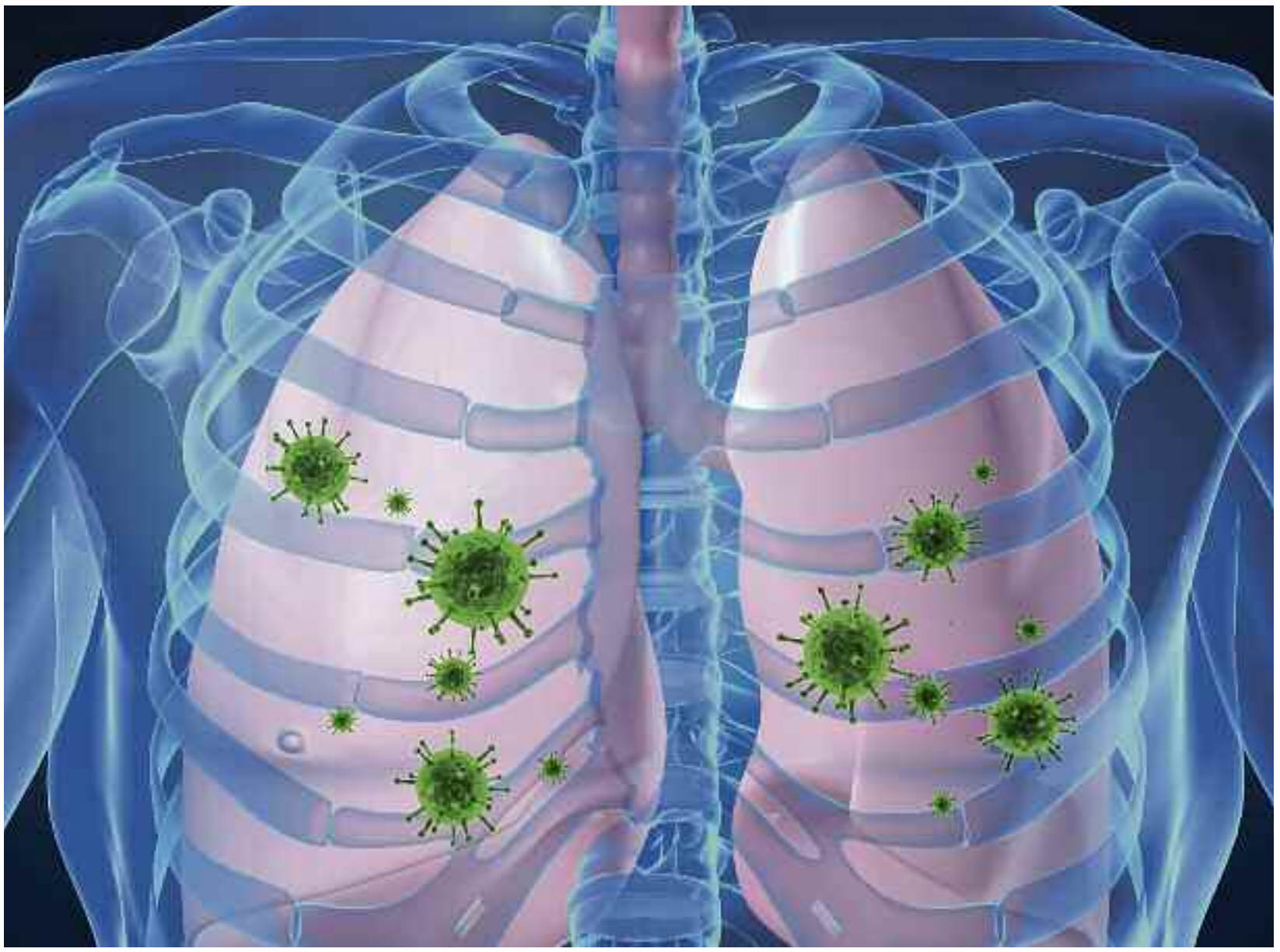
**Malanga**
Rua N'Kwame N'Krumah nº 38/40
Tel.: +244 222 332 177
Fax: +244 222 397 432
Tlm.: +244 921 020 250
E-mail: fmalanga@ms.co.ao

**Novassol**
Av. de Portugal nº 69 R/C
Tel.: +244 222 393 922
Fax: +244 222 391 502
Tlm.: +244 925 421 445
E-mail: fnovassol@ms.co.ao

**Vitória**
Rua da Samba n.º 90 R/C
Tel.: +244 222 351 822
Fax: +244 222 356 852
Tlm.: +244 935 140 898
E-mail: fvitoria@ms.co.ao

# Pneumonia – O assassino silencioso em África

SACHIN PARAB
Médico



**A pneumonia é responsável por mais mortes em crianças com menos de 15 anos de idade do que a SIDA e a malária em conjunto.**

A pneumonia é uma infecção aguda dos alvéolos, de um ou de ambos os pulmões, geralmente causada por bactérias, vírus ou fungos. Como os pulmões se encontram cheios de líquido, expectoração ou pus, o doente apresenta sintomas de febre com arrepios, falta de ar e/ou dores no peito.

## ESTATÍSTICAS EM ÁFRICA

A pneumonia — o assassino silencioso em África — é responsável por mais mortes em crianças com menos de 15 anos de idade do que a SIDA e a malária em conjunto. A região africana apresenta, em geral, a maior carga de mortalidade infantil global. Embora compreenda cerca de 20% da população mundial de crianças com menos de 5 anos, apresenta cerca de 45% das mortes globais abaixo dos 5 anos de idade e 50% das mortes a nível mundial devido à pneumonia para este grupo etário. Em Angola, a pneumonia é responsável por 20% das mortes devido à pneumonia abaixo dos 5 anos de idade.

A Nigéria, República Democrática do Congo, Etiópia e Angola constituem 5 países de entre 10 responsáveis por 2/3 das mortes devido a pneumonia.

Este número encontra-se altamente concentrado nas regiões e países mais pobres e entre as crianças em maior desvantagem nestas sociedades. Quase 90 por cento das mortes devido a pneumonia, assim como a diarreia, ocorrem na África subsariana e no Sul da Ásia.

A mortalidade devido à pneumonia na infância está fortemente ligada a factores relacionados com a pobreza, incluindo subnutrição, falta de acesso a água potável, bem como condições sanitárias adequadas, poluição atmosférica dentro de casa e acesso pouco adequado a cuidados de saúde básicos. Como tal, torna-se uma necessidade urgente encontrar uma abordagem integrada para lidar com esta importante questão de saúde pública.

## FACTORES CHAVE DA PNEUMONIA

— A pneumonia é a causa principal de morte infantil a nível mundial;
— A pneumonia mata cerca de 1,2 milhões de crianças com menos de cinco anos de idade todos os anos – mais do que a SIDA, malária e tuberculose em conjunto;
— A pneumonia pode ser prevenida por imunização, nutrição adequada e por abordagem dos factores ambientais.

## SINTOMAS DA PNEUMONIA

Os sinais e sintomas da pneumonia variam conforme o envolvimento do tecido pulmonar, a idade, a imunidade do indivíduo e o organismo que causou a infecção. Os sintomas de pneumonia ligeira são semelhantes aos da constipação e gripe, mas duram mais tempo.
— Febre, suores, arrepios;
— A febre é geralmente elevada, excepto em certos indivíduos com um sistema imunitário fraco, nos quais a febre poderá ser abaixo do normal;
— Dores no peito ao tossir ou ao respirar fundo;
— Falta de ar, também conhecida por dispneia;
— Tosse, com ou sem expectoração;
— Fadiga e dores musculares;
— Pode estar associada a náuseas, vómitos ou diarreia.

O padrão é diferente em recém-nascidos ou bebés, já que podem não mostrar quaisquer sinais de infecção e podem apresentar um apetite reduzido ou ausência do mesmo, letargia, náuseas, vómitos.

## CAUSAS DE PNEUMONIA

As causas mais frequentes de pneumonia são bactérias e vírus.

### Pneumonia adquirida na comunidade

Ocorre na comunidade fora dos hospitais e instituições de saúde:
— As bactérias, tais como o Streptococcus pneumonia, são a causa mais frequente de pneumonia bacteriana. Outras bactérias que podem causar pneumonia são o H. influenzae e outras bactérias atípicas como o Mycoplasma pneumoniae, que produzem tipicamente sinais e sintomas mais ligeiros do que os outros tipos de pneumonia.
— Os vírus são a causa mais frequente de pneumonia em crianças com menos de 2 anos de idade. A pneumonia viral é geralmente ligeira. Contudo, a pneumonia viral causada por certos vírus da gripe, tais como a síndrome respiratória aguda súbita (SRAS), pode tornar-se bastante grave.
— Os fungos que se encontram no solo e nos excrementos de pássaros. Este tipo de pneumonia é mais frequente em pessoas com um problema de saúde subjacente ou com um sistema imunitário enfraquecido e em pessoas que inspiraram uma grande quantidade de organismos.

> "A pneumonia pode ser fatal se não for tratada na altura certa e com os antibióticos correctos, especialmente em crianças e pessoas com um sistema imunitário fraco"

> "A amoxicilina com ácido clavulânico é uma opção melhor do que a amoxicilina simples devido ao aumento das resistências"

### Pneumonia adquirida no hospital

A pneumonia que ocorre 48 horas após a admissão num hospital é conhecida por pneumonia adquirida no hospital ou pneumonia nosocomial. Geralmente, é observada em doentes imunocomprometidos e nos doentes ventilados, sendo que neste caso é designada por pneumonia associada a ventilador. Estes tipos de pneumonias tendem a ser resistentes aos antibióticos.

### Pneumonia adquirida em instituições de cuidados (lares)

A pneumonia adquirida em instituições de saúde é uma infecção bacteriana que ocorre em pessoas que vivem em instituições de cuidados de saúde (lares), ou que foram tratadas em clínicas, incluindo centros de diálise renal. Tal como a pneumonia adquirida no hospital, a pneumonia adquirida nas instituições de saúde pode ser causada por bactérias que são mais resistentes a antibióticos.

### Pneumonia por aspiração

A pneumonia por aspiração ocorre ao inalarem-se alimentos ou bebidas, vómito ou saliva para dentro dos pulmões. Esta aspiração pode dar-se se houver algo que perturba o reflexo de deglutição normal, tal como lesões cerebrais, problemas de deglutição ou abuso de álcool ou drogas.

## FACTORES DE RISCO

As seguintes pessoas encontram-se em risco de contraírem uma pneumonia
— Crianças com menos de 2 anos de idade ou adultos com mais de 65 anos de idade;
— Pessoas ventiladas;
— Pessoas cuja imunidade esteja comprometida, tais como doentes com VIH ou doentes imunocomprometidos devido a tratamento com fármacos como quimioterapia, esteróides a lon-

Shalina

APRESENTAÇÃO

# MOXYCLAV™ DUO

Comprimidos Co-Amoxiclav BP / Suapensão Oral de Amoxicilina e Clavulanato de Potássio USP

A
**Escolha de Primeira Linha**
**Em Infecções do tracto respiratório inferior**

Os benefícios duas vezes por dia 2

**Maior nível de adesão do doente**[1]

- Fim de doses em falta
- Melhor conveniência

**Menor incidência de reacções adversas associadas a medicamentos**[1]

- Tolerabilidade gastrointestinal melhorada[2]
- Menos incidências de diarreia moderada a severa



*Africa Pharmacy Limitada (Representante exclusivo em Angola)*

Luanda - Escritório - Rua de Cafaco N°1 (Em frente ao prédio da TAAG), 1°Andar - Sala C/D, Ingombotas, Luanda, Angola. Tel: (+244) 222 394 315, 222 394 461, Fax: (+244) 222 394 574

Filiais: Mulemba | Palanca | Gamek | Viana | Lobito | Huambo | Uíge | Lubango

Sede

Dubai - Shalina Healthcare DMCC., 30th Floor, Almas Tower, Jumeirah Lakes Towers, P.O. Box 340575, Dubai, U.A.E. Tel: +971 44309111, Fax: +971 44309112 Website: www.shalinahealthcare.com

email: shalina.angola@shalina.com | www.shalina.com

Qualidade • Acessibilidade • Disponibilidade

SOCINTER

Sociedade de Comércio Internacional

MEDICAMENTOS A GROSSO E A RETALHO



**FARMÁCIA KINAXIXI**
Av. Comandante Valódia nº 23
Email: geral.fk@socinterangola.com
Telf: 222448588/936140088

**FARMÁCIA ATRIUM**
Centro Comercial Atrium Nova Vida Pólo I
Email: geral.fat@socinterangola.com
Telf: 943213128

**ABERTOS 24h**
Cuidamos de Si.

SOCINTER - Sociedade de Comércio Internacional, Lda.
www.socinterangola.com

OSA

TECNOLOGIA E INOVAÇÃO EM EQUIPAMENTOS HOSPITALARES

# OXIGÉNIO E GASES MEDICINAIS



## Estação de carregamento de garrafas de oxigénio modelo ifill



A estação de oxigénio iFill de DeVilbiss é única no mercado angolano.
Incorpora a última tecnologia fornecendo uma flexibilidade ímpar e a conveniência na facilidade de utilização.

## Concentradores de Oxigénio

O concentrador Compact DevillBiss® é um dispositivo eletrónico que fornece uma fonte ininterrupta de oxigénio de acordo com as necessidades do paciente. O concentrador do oxigénio extrai ar ambiente, separa o oxigénio de outros gases e fornece oxigénio em concentrações elevadas ao paciente. Embora o concentrador filtre o oxigénio do ar ambiente, não afetará a quantidade normal de oxigénio ambiente.





Máquina Converter H - Resíduos Hospitalares

VENDEMOS E INSTALAMOS FÁBRICAS DE OXIGÉNIO E GASES MEDICINAIS – PSA (HOSPITAIS PÚBLICOS E CLÍNICAS PRIVADAS)
INSTALAMOS REDES DE GASES MEDICINAIS, AR MEDICINAL E VÁCUO

## Planta Geradora de Oxigénio e Gases Medicinais - PSA

O sistema é capaz de fabricar o Oxigénio e Ar Medicinal no local, fornecendo gás no local a um baixo custo, suprindo todas as necessidades do hospital.
As plantas são construídas na Dinamarca, e desenvolvidas para atender as condições específicas de cada localidade.



## Câmaras de Medicina Hiperbáricas

A câmara hiperbárica é o equipamento destinado as pessoas que se submeterão a sessões de oxigenoterapia hiperbárica(OHB) a fim de respirar oxigênio 100% puro a pressões superiores a pressão ao nível do mar.





Sede: Rua N´Kwamme N´Krumah n.° 11, 1° D, Luanda, Angola. Tlm.:+244 924 602 581

go prazo ou fármacos anti-rejeição após os transplantes;
— Certas doenças crónicas como a asma, doença pulmonar obstrutiva crónica que geralmente ocorre em fumadores.

## COMPLICAÇÕES

A pneumonia pode ser fatal se não for tratada na altura certa e com os antibióticos correctos, especialmente em crianças e pessoas com um sistema imunitário fraco. Abaixo encontram-se as complicações da pneumonia.
— **Dispneia** - significa literalmente dificuldade em respirar. Em caso grave, os doentes devem ser hospitalizados ou mantidos no ventilador se não forem capazes de respirar por si só. Geralmente observa-se em doentes crónicos ou imunocomprometidos;
— **Bacteriémia** - significa que existem **bactérias** na corrente sanguínea. As bactérias entram na corrente sanguínea a partir dos pulmões e causam falência dos órgãos em diferentes partes do organismo;
— **Abcesso pulmonar** - o pus na cavidade pulmonar chama-se abcesso pulmonar. É tratado com antibióticos ou por drenagem através de um procedimento cirúrgico.
— **Derrame pleural** - acumulação de líquido na membrana que reveste os pulmões, conhecida como a pleura. Se o líquido estiver infectado e/ou a sua quantidade for maior, isto poderá fazer com que o doente fique com falta de ar, havendo então necessidade de drenar o líquido com uma agulha ou através de um procedimento cirúrgico.

## EXAMES COMPLEMENTARES DE DIAGNÓSTICO

O diagnóstico é feito através da história clínica, exame físico, o qual é confirmado pelos seguintes exames:
— **Radiografia do tórax** para confirmar a presença de pneumonia e determinar a extensão e localização da infecção;
— **Análises ao sangue**, tais como a contagem de leucócitos, permitem ver se há uma infecção; uma cultura do sangue diz-nos qual o organismo específico e a sua sensibilidade em casos de bacteriemia;
— **Oximetria de pulso** permite verificar a saturação de oxigénio no organismo, a qual está geralmente comprometida, dependendo da gravidade da infecção;
— **Análise da expectoração**. Faz-se uma colheita de líquido dos pulmões (expectoração) após uma tosse profunda e o mesmo é analisado para se identificar o tipo de infecção.
— **Cultura do líquido da pleura.** Faz-se uma colheita de líquido da zona da pleura e o mesmo é analisado para ajudar a determinar o tipo de infecção.
— **Broncoscopia**. Um tubo fino e flexível com uma câmara é inserido pela garganta até às vias respiratórias para ver se existe algo a bloquear as vias respiratórias ou se há qualquer outra coisa a contribuir para a pneumonia.
— **Tomografia computorizada do tórax** em indivíduos seleccionados que não respondam ao tratamento para se ver uma imagem pormenorizada dos pulmões

## TRATAMENTOS E MEDICAMENTOS

O tratamento para a pneumonia envolve curar a infecção e prevenir quaisquer complicações.

As pneumonias adquiridas na comunidade, ligeiras, são geralmente tratadas em ambulatório, quanto às restantes pneumonias é melhor serem tratadas no hospital, especialmente se não respondem ao tratamento precoce. Os seguintes doentes requerem hospitalização:
— Com idade superior a 65 anos;
— Com desorientação temporal, em relação a pessoas e lugares;
— Com náuseas e vómitos;
— Com descida da tensão arterial;
— Com respiração rápida;
— Com uma temperatura corporal abaixo do normal.

As crianças podem ser hospitalizadas se:
— Tiverem menos de 3 meses de idade;
— Forem excessivamente sonolentas;
— Tiverem dificuldade em respirar;
— Tiverem níveis baixos de oxigénio no sangue;
— Parecerem estar desidratadas;
— Tiverem uma temperatura abaixo do normal.

## ANTIBIÓTICOS

A escolha do antibiótico depende dos resultados da cultura e dos testes de sensibilidade assim que os mesmos estiverem disponíveis. Existe uma vasta gama de antibióticos para tratar as pneumonias adquiridas na comunidade/hospital. Os factores que podem determinar a escolha do antibiótico incluem:
— Estado imunitário;
— Padrões de resistência a antibióticos num dado hospital ou comunidade;
— Uso recente de antibióticos;
— Tipo de bactéria que causa a pneumonia;
— Uso de ventiladores.

A pneumonia adquirida na comunidade (PAC) é geralmente sensível aos antibióticos em comparação com a pneumonia adquirida no hospital (PAH) ou à pneumonia adquirida por ventiladores (PAV), embora nos dias de hoje a PAC esteja também a mostrar sinais de resistência. As directrizes conjuntas emitidas em 2007 pela Sociedade Americana de Doenças Infecciosas e pela Sociedade Torácica Americana (ITSA/ATS) recomendam que a PAC ligeira em doentes de resto saudáveis seja tratada com antibióticos macrólidos orais (azitromicina, claritromicina ou eritromicina).

Muitos doentes com doenças cardíacas, doenças renais, diabetes, ou com outras afecções co-existentes podem ainda ser tratados em ambulatório. Contudo, deve ser-lhes administrada uma fluoroquinolona (moxifloxacina, gemifloxacina ou levofloxacina) ou um beta-lactâmico (de preferência amoxicilina ou amoxicilina-clavulanato em doses elevadas), mais um macrólido, a menos que vivam numa zona com S. pneumoniae com elevada resistência aos macrólidos.



"De acordo com as Directrizes da Sociedade Respiratória Europeia, a amoxicilina é o primeiro medicamento de eleição nas infecções do tracto respiratório inferior, em crianças com menos de 5 anos de idade"

De acordo com as Directrizes da Sociedade Respiratória Europeia, a amoxicilina é o primeiro medicamento de eleição nas infecções do tracto respiratório inferior, em crianças com menos de 5 anos de idade.

A amoxicilina com ácido clavulânico é uma opção melhor do que a amoxicilina simples devido ao aumento das resistências. No caso dos doentes que não podem tomar medicamentos por via oral ou doentes graves, estes são geralmente hospitalizados e é-lhes administrado um antibiótico injectável de última geração.

A PPC (pneumonia por Pneumocystis carinii) em doentes com VIH pode responder ao cotrimoxazol. A duração do tratamento com antibióticos é geralmente de 7 a 14 dias, dependendo da gravidade da infecção.
**Medicamentos antivirais**, para tratar a pneumonia viral. Os sintomas geralmente melhoram no período de uma a três semanas.
**Medicamentos para baixar a febre**, tais como o paracetamol ou ibuprofeno.
**Medicamentos para a tosse** - são administrados medicamentos mucolíticos e mucocinéticos de modo a amolecer a expectoração endurecida e eliminá-la do organismo com facilidade.

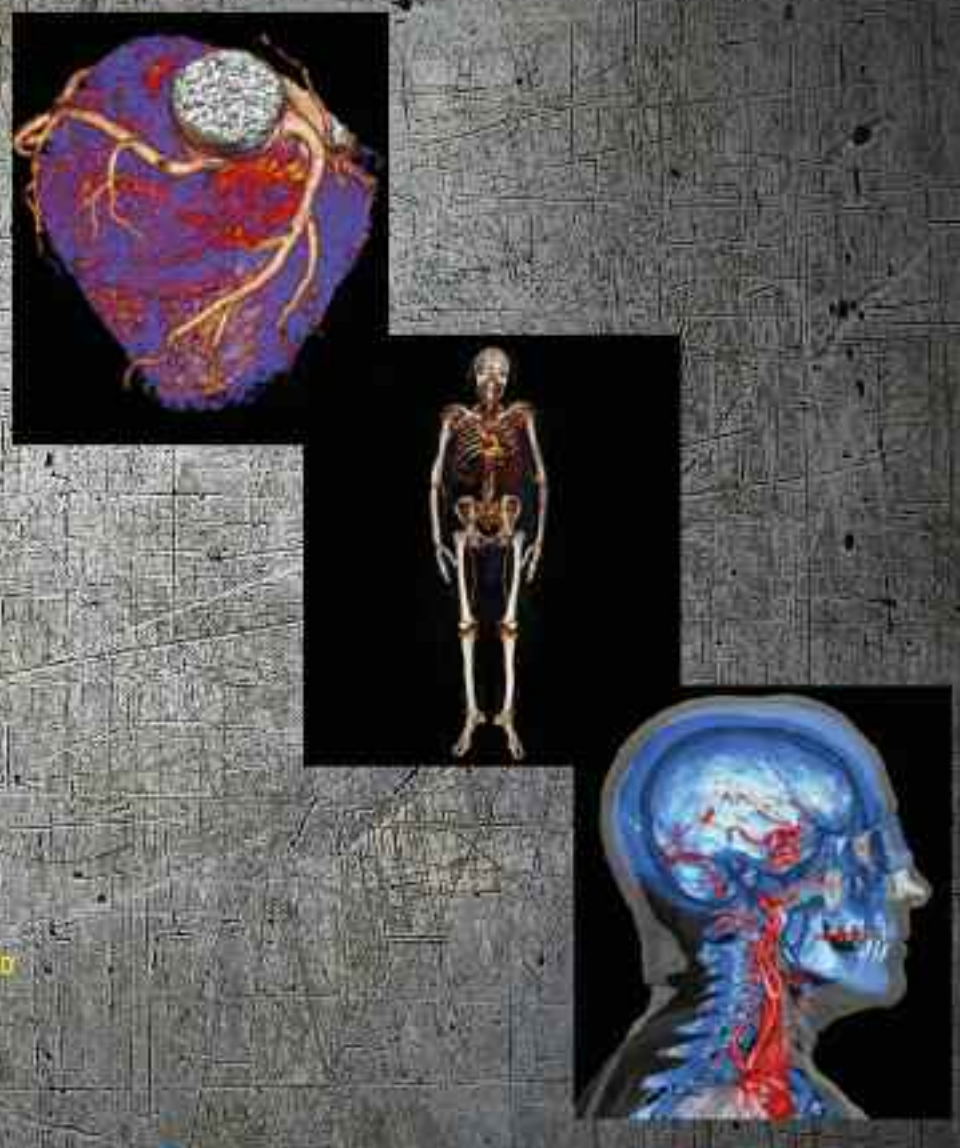
# Prevenção

A mortalidade infantil pode ser reduzida se se adoptarem medidas preventivas adequadas.
A imunização contra o H. influenzae, pneumococos, sarampo e tosse convulsa (pertussis) constitui a forma mais eficaz de prevenir a pneumonia.
Uma nutrição adequada é a chave para melhorar as defesas naturais das crianças, começando com a amamentação exclusiva durante os primeiros seis meses de vida. Para além de ser eficaz na prevenção da pneumonia, também ajuda a reduzir o tempo de duração da doença se uma criança adoecer.
A abordagem aos factores ambientais tais como a poluição atmosférica dentro de casa (fornecendo fogões para o interior, limpos e a um preço acessível, por exemplo) e encorajando uma boa higiene em casas sobrelotadas, também reduz o número de crianças que adoecem com pneumonia.
Em crianças infectadas pelo VIH, o antibiótico cotrimoxazol é administrado diariamente para reduzir o risco de contrair pneumonia.

**Referências:**
— http://www.mayoclinic.com/health/pneumonia/DS00135
— http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs331/en/
— http://www.childinfo.org/pneumonia.html
— http://www.who.int/bulletin/volumes/86/5/07-048769/en/#
— https://www.escmid.org/fileadmin/src/media/PDFs/4ESCMID_Library/2Medical_Guidelines/ESCMID_Guidelines/Woodhead_et_al_CMI_Sep_2011_LRTI_GL_summary.pdf

cdi luanda
CENTRO de DIAGNÓSTICO por IMAGEM

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA
TOMOGRAFIA COMPUTORIZADA
CORONARIOGRAFIA POR T.A.C.
COLONOGRAFIA POR T.A.C.
MAMOGRAFIA DE AQUISIÇÃO DIGITAL
ECOGRAFIA \ DOPPLER
RADIOLOGIA DIGITAL
RADIOLOGIA DE INTERVENÇÃO
CARDIOLOGIA



Diagnosticamos, Seguramente

Rua Rei Katyavala, Condomínio Katyavala, Bloco C, Bairro Maculusso | TLF: 222 440 300 | 222 440 315 | FAX / DDI: 222 440 346 | E-MAIL: geral@cdiluanda.com

MEDICINA DE
**QUALIDADE PREMIUM**
PARA VOCÊ E PARA
A SUA EMPRESA

A Climed é uma empresa voltada para a vida, para o bem-estar do ser humano. Essa é - sempre - a nossa primeira preocupação.

Foi a partir daí que criamos soluções em serviços de saúde para empresas de diversos portes e em todos os setores da economia angolana.

Temos equipamentos de última geração, farmácia e laboratórios próprios.

Nossa equipe médica está pronta para atender em 24 diferentes especialidades.

São recursos para o cuidado amplo e integral do ser humano e resultado de nosso compromisso em assegurar aos nossos clientes uma medicina de qualidade mundial.

Climed soluções em saúde
www.climedweb.com
Fone: +(244) 222 444 703 / 923 283848



ELNOR PHARMA
www.elnorpharma.com

MEDICAMENTOS
CONSUMÍVEIS HOSPITALARES
MOBILIÁRIO E EQUIPAMENTOS HOSPITALARES



wherever you are
we take care.

Rua João de Barros, n.º 42 | Luanda, Angola | tel. 222 311 060
tlm. 919 418 571 | fax 222 311 061 | info@elnorpharma.com

# Inclusão de crianças com necessidades educativas especiais



VANDA SARDINHA
Terapeuta da Fala
vanda.sardinha@hotmail.com

**O aluno com necessidades educativas especiais deve ter condições efectivas de aprendizagem e desenvolvimento das suas potencialidades. É assim necessário e urgente que os sistemas de ensino se organizem para que, além de assegurar as suas matrículas, garantam também a permanência de todos os alunos, sem perder de vista a intencionalidade pedagógica e a qualidade do ensino.**



**A terminologia "necessidades educativa especiais" deve ser utilizada para referir-se às crianças e jovens cujas necessidades decorrem da sua elevada capacidade ou das suas dificuldades para aprender**

Caros leitores,

Ao longo dos últimos seis meses tive a oportunidade de visitar algumas escolas na cidade do Lubango e pude observar que a inclusão de crianças com Necessidades Educativas Especiais (NEEs) ainda não é uma prática muito comum. Sendo uma medida que já vai sendo implementada por todo o mundo há quase 20 anos, penso que seria importante realçar a sua importância.

Vivenciamos um momento em que mundialmente se fala na inclusão escolar de alunos com necessidades educativas especiais, na rede regular de ensino. Sabemos que a legislação é explícita quanto à obrigatoriedade em acolher e matricular todos os alunos, independente de suas necessidades ou diferenças. Por outro lado, é importante ressaltar que não é suficiente apenas esse acolhimento, mas que o aluno com necessidades educativas especiais tenha condições efectivas de aprendizagem e desenvolvimento das suas potencialidades. Desta forma, é necessário e urgente que os sistemas de ensino se organizem para que além de garantir essas matrículas, assegurem também a permanência de todos os alunos, sem perder de vista a intencionalidade pedagógica e a qualidade do ensino.

## NECESSIDADES EDUCATIVAS ESPECIAIS

Para a construção de uma verdadeira sociedade inclusiva é importante, também, que se tenha preocupação e cuidado com a linguagem que se utiliza. Afinal, através da linguagem é possível expressar, voluntária ou involuntariamente, aceitação, respeito ou preconceito e discriminação em relação às pessoas ou grupos de pessoas, conforme suas características.

A expressão 'necessidades educativas especiais' tornou-se bastante conhecida, no meio académico, no sistema escolar, nos discursos oficiais e mesmo no senso comum. Surgiu da intenção de atenuar ou neutralizar os efeitos negativos de terminologias adoptadas anteriormente para distinguir os indivíduos em suas singularidades, por apresentarem limitações físicas, motoras, sensoriais, cognitivas, linguísticas, síndromes variadas, altas habilidades, condutas desviantes, etc, tais como: deficientes, excepcionais, subnormais, infradotados, incapacitados, superdotados, entre outras. A terminologia "necessidades educativas especiais" deve ser utilizada para referir-se às crianças e jovens cujas necessidades decorrem da sua elevada capacidade ou das suas dificuldades para aprender. Assim, a terminologia "necessidades educativas especiais" pode ser atribuída a diferentes grupos de educandos, desde aqueles que apresentam deficiências permanentes até aqueles que, por razões diversas, fracassam no seu processo de aprendizagem escolar. Está associada, portanto, às dificuldades de aprendizagem, não necessariamente vinculadas às deficiências. Na verdade, com o uso dessa expressão, procurou-se deslocar o foco do "especial" do aluno direccionando-o para as respostas educacionais que eles requerem, ou seja, evita-se enfatizar os atributos ou condições pessoais que influenciam directamente na aprendizagem e na escolarização, ressaltando-se a importância do papel da escola no atendimento a cada aluno nas suas necessidades específicas. Assim, respeitar a diversidade e manter a acção pedagógica torna-se um desafio no desenvolvimento do trabalho com alunos que apresentam necessidades especiais.

> Numa comparação entre a legislação e a realidade educacional, a inclusão dos alunos que apresentam necessidades educativas especiais no ensino regular não se consolidou da forma desejada. A proposta de educação actual vigente ainda não oferece nem garante condições satisfatórias para ser considerada efectivamente

## FUNÇÃO DA ESCOLA E DO PROFESSOR

A diversidade humana é inegável. Mas a escola, apesar de ser um espaço sociocultural onde as diferenças coexistem, nem sempre reconheceu sua existência ou considerou-a na sua complexidade, em todos os elementos do processo pedagógico. Possibilitar essas diferentes presenças de forma harmoniosa e produtiva na escola, sempre foi um desafio, visto que esta sempre procurou desenvolver um trabalho baseado na homogeneização, baseado e 'justificado' na premissa de que turmas homogéneas facilitam o trabalho do professor e facilitam a aprendizagem.

Sendo a escola, o espaço primeiro e fundamental da manifestação da diversidade, decorre a necessidade de repensar e defender a escolarização como princípio inclusivo, reconhecendo a possibilidade e o direito de todos que não são por ela alcançados.

Desta forma, o movimento de inclusão traz como premissa básica, propiciar a educação para todos, uma vez que, o direito do aluno com NEEs e de todos os cidadãos à educação é um direito constitucional. No entanto, sabemos que a realidade desse processo inclusivo ainda é bem diferente do que se propõe na legislação e requer ainda muitas discussões relativas ao tema. O que podemos perceber é que numa comparação entre a legislação e a realidade educacional, a inclusão dos alunos que apresentam necessidades educativas especiais no ensino regular não se consolidou da forma desejada, a proposta de educação actual vigente ainda não oferece nem garante condições satisfatórias para ser considerada efectivamente inclusiva. Ainda, se faz necessária uma maior competência profissional, projectos educacionais mais elaborados, uma maior gama de possibilidades de recursos educacionais.

## CONTRIBUIÇÕES AOS PROFESSORES DO ENSINO REGULAR

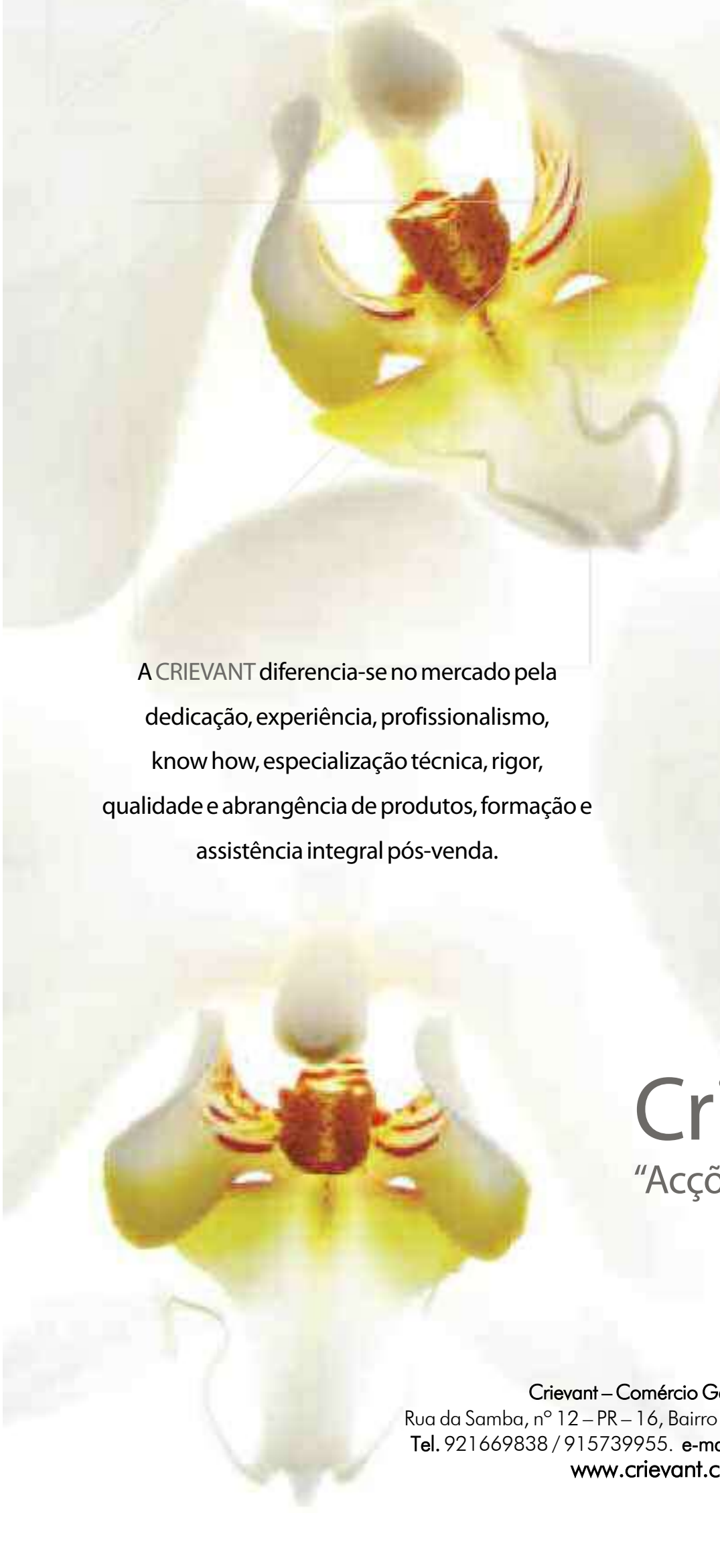
Sabemos que ensinar é uma tarefa que envolve principalmente: conhecimento acerca de como se dá o processo de ensino/aprendizagem; domínio do conhecimento a ser socializado; competência técnico-pedagógica; planeamento; intencionalidade pedagógica; competência para perceber e atender às especificidades educacionais dos alunos.

Incluir pessoas com NEEs na escola regular pressupõe uma grande reforma no sistema educacional. Isto implica a flexibilização ou adequação do currículo, com modificação das formas de ensino, metodologias e avaliação; implica também o desenvolvimento de trabalhos em grupos na sala de aula e na criação e adequação de estruturas físicas que facilitem o ingresso e a movimentação de todas as pessoas. É um desafio fazer com que a inclusão ocorra, sem perdermos de vista que, além das oportunidades, devemos garantir, não só o desenvolvimento da aprendizagem, bem como o desenvolvimento integral do indivíduo com necessidades educativas especiais.

Estamos conscientes de que o desafio colocado aos professores é grande e que parte significativa continua "não preparada" para desenvolver estratégias de ensino diversificado. Mas o aluno com necessidades especiais está na escola. Então cabe, a cada um, encarar esse desafio de forma a contribuir para que, no espaço escolar, aconteçam avanços e transformações, ainda que pequenas, mas que possam propiciar o início de uma inclusão escolar possível.

De modo geral, dentre essas adaptações que fazem parte do currículo, para garantir a inclusão e a perma-

CRIEVANT



A CRIEVANT diferencia-se no mercado pela dedicação, experiência, profissionalismo, know how, especialização técnica, rigor, qualidade e abrangência de produtos, formação e assistência integral pós-venda.

## Dispomos de uma equipa multidisciplinar ao seu serviço:

– Imagiologia
– Ortopedia
– Anestesiologia
– Oftalmologia
– Bloco Operatório
– Odontologia
– Instrumental Cirúrgico
– Maxilo-Facial
– Ginecologia/Obstetrícia
– Gastroenterologia
– Cardiologia
– Urologia
– ORL - Otorrinolaringologia
– Neurologia
– Emergência Médica
– Assistência Técnica Especializada
– Consultoria/Soluções Integradas
– Mobiliário Hospitalar
– Consumíveis: Películas de Raio-x, Revelador e Fixador, Papel de Ecografia e ECG, Gel de Ecografia, Produtos de Contraste Iomeron, Gastrografina



## Criamos sinergias

"Acções sincronizadas superam limites"

Crievant – Comércio Geral, Lda.
Rua da Samba, nº 12 – PR – 16, Bairro Prenda, Zona 6, Luanda
**Tel.** 921669838 / 915739955. **e-mail:** geral@crievant.com
www.crievant.com

nência do aluno com necessidades educacionais especiais no ensino regular, estão:
— A criação de condições físicas, materiais e ambientais na sala de aula;
— Favorecer o melhor nível possível de comunicação e interacção do aluno com toda a comunidade escolar;
— Permitir e favorecer a participação do aluno em toda e qualquer actividade escolar;
— Lutar pela aquisição de equipamentos e materiais específicos necessários;
— Realizar adaptações em materiais de uso comum em sala de aula;
— Permitir sistemas alternativos de comunicação, tanto no decorrer das aulas como nas avaliações, para alunos que não utilizam a comunicação oral;
— Colaborar na eliminação de sentimentos de baixa auto-estima, inferioridade, menos valia ou fracasso.

É importante ressaltar ainda, que antes de se iniciar um trabalho com alunos com necessidades educativas especiais, no ensino regular, é necessário que se faça um preparo dos restantes alunos, no sentido de conscientização da importância da convivência na diversidade e no respeito às diferenças.



**A escola, apesar de ser um espaço sociocultural onde as diferenças coexistem, nem sempre reconheceu sua existência, ou considerou-a na sua complexidade, em todos os elementos do processo pedagógico**

## ADAPTAÇÕES PARA ATENDER ALUNOS COM NEEs

Para que o processo de inclusão possa ser direccionado ao atendimento eficaz dos alunos que apresentam necessidades especiais, devemos repensar a escola e suas práticas pedagógicas, visando o benefício de alunos e professores. É preciso organizar e estabelecer o desenvolvimento de estratégias de intervenção que facilitem a implementação desta proposta. Claro que não há modelos pedagógicos prontos, fechados, nem directrizes que possam dar conta de uma transformação da escola tradicional, para uma escola inclusiva e de qualidade para todos. Cada escola, cada turma, cada professor, cada aluno, possuem as suas especificidades e estão inseridos em diferentes realidades. Mas, é possível estabelecer algumas adaptações que possam contribuir de forma simples, prática e abrangente às diversas situações, dificuldades e necessidades especiais existentes nas escolas, uma vez que os alunos com necessidades especiais, já estão na escola, então cabe a cada um, encarar esse desafio de forma a contribuir para que no espaço escolar, aconteçam avanços e transformações, ainda que pequenas, mas que possam propiciar o início de uma inclusão escolar possível no intuito de favorecer uma aprendizagem de qualidade para todos os alunos envolvidos no processo.

> "Respeitar a diversidade e manter a acção pedagógica torna-se um desafio no desenvolvimento do trabalho com alunos que apresentam necessidades especiais"

### Adaptações para a inclusão de alunos com DEFICIÊNCIA VISUAL

— Posicionar o aluno de modo a favorecer as condições de audição na sala de aula;
— Facilitar a locomoção e o deslocamento do aluno, proporcionando maior grau de independência, evitando acidentes, através da melhor disposição possível do mobiliário;
— Explicar verbalmente, de forma detalhada todo o material utilizado visualmente em sala, para que o aluno tenha noção do que e de como se está a desenvolver a actividade;
— Oferecer suporte físico e verbal para a locomoção do aluno, no que se refere à orientação espacial;
— Ampliar o tempo disponível para a realização das actividades e provas;
— Evitar dar uma avaliação diferente, pois isso pode ser considerado discriminatório e dificulta a avaliação comparativa com os outros estudantes;
— Ajudar só na medida do necessário;
— Ter um comportamento o mais natural possível, sem super protecção, ou pelo contrário, indiferença.

### Adaptações para a inclusão de alunos com DEFICIÊNCIA AUDITIVA

— Posicionar o aluno na sala de aula de forma que possa ver os movimentos do rosto (orofaciais) do professor e de seus colegas;
— Utilizar a escrita e outros materiais visuais para favorecer a apreensão das informações abordadas verbalmente;
— Utilizar os recursos e materiais adaptados disponíveis: treinador de fala, tabelas de comunicação, softwares educativos, solicitar que o aluno use a prótese auditiva, etc.;
— Utilizar textos escritos complementados com elementos que favoreçam sua compreensão: linguagem gestual, língua de sinais;
— Apresentar referências importantes e relevantes sobre um texto (o contexto histórico, o enredo, os personagens, a localização geográfica, a biografia do autor, etc.) em língua de sinais, oralmente, ou utilizando outros recursos, antes de sua leitura;
— Promover a interpretação de textos por meio de material plástico (desenho, pintura, murais, etc.) ou de material cénico (dramatização e mímica);
— Utilizar um sistema alternativo de comunicação adaptado às possibilidades e necessidades do aluno: língua de sinais, leitura orofacial, linguagem gestual, etc.
— Há alunos que conseguem ler os movimentos dos lábios. Assim, o professor e os colegas devem falar o mais claramente possível, evitando voltar-se de costas enquanto falam. É extremamente difícil para estes alunos anotarem nas aulas, durante a exposição oral da matéria, principalmente aqueles que fazem leitura labial enquanto o professor fala;
— É sempre útil fornecer uma cópia dos textos com antecedência, assim como uma lista da terminologia técnica utilizada na disciplina, para o aluno tomar conhecimento das palavras e do conteúdo da aula a ser leccionada;
— Este estudante pode necessitar de tempo extra para responder aos testes;
— Fale com naturalidade e clareza, não exagerando no tom de voz;
— Evite estar em frente à janela ou outras fontes de luz, pois o reflexo pode obstruir a visão;
— Quando falar, não ponha a mão na frente da boca; Quando utilizar o quadro ou outros materiais de apoio audiovisual, primeiro exponha os materiais e só depois explique ou vice-versa (ex: escreva o exercício no quadro ou no caderno e explique depois e não simultaneamente);
— Repita as questões ou comentários durante as discussões ou conversas e indique (por gestos) quem está a falar para uma melhor compreensão por parte do aluno;
— Escreva no quadro ou no caderno do aluno datas e informações importantes, para assegurar que foram entendidas;
— Durante as avaliações, o aluno deverá ocupar um lugar na fila da frente. Um pequeno toque no ombro poderá ser um bom sistema para lhe chamar a atenção, antes de fazer um esclarecimento.

### Adaptações para a inclusão de alunos com DEFICIÊNCIA MENTAL

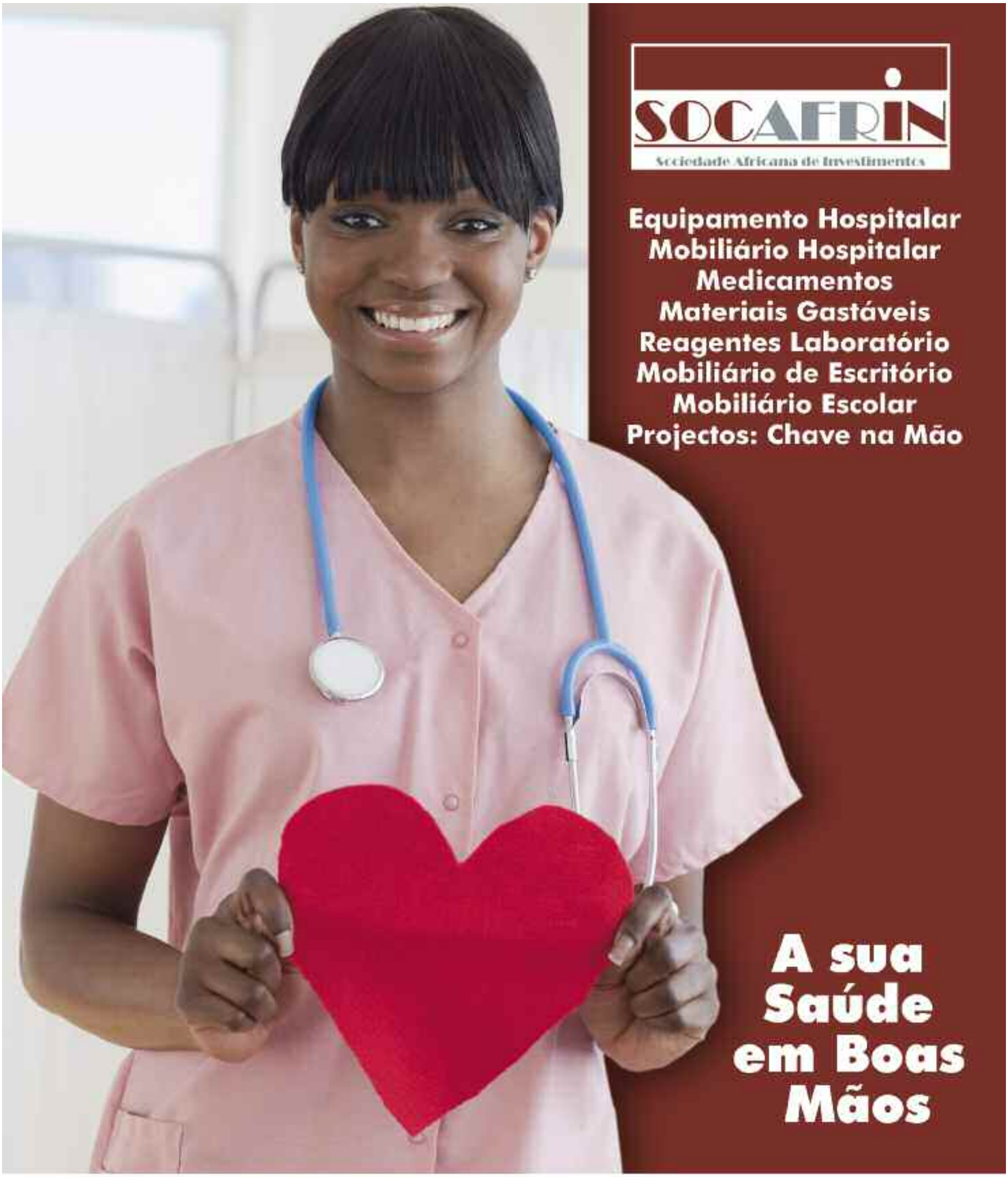
— Posicionar o aluno de forma que possa obter a atenção do professor;
— Estimular o desenvolvimento de habilidades de comunicação interpessoal;
— Encorajar a ocorrência de interacções e o estabelecimento de relações com o ambiente físico e de relações sociais estáveis;
— Estimular o desenvolvimento de habilidades de autocuidado;
— Estimular a atenção do aluno para as actividades escolares;
— Estimular a construção de crescente autonomia do aluno, ensinando-o a pedir as informações de que necessita, a solicitar ajuda, enfim, a comunicar com as restantes pessoas de forma que estas sejam informadas das suas necessidades;
— Oferecer um ambiente emocionalmente acolhedor para todos os alunos.

### Adaptações para a inclusão de alunos com DEFICIÊNCIA FÍSICA

A grande maioria dos alunos com deficiência física apresenta como necessidade especial para o acesso ao currículo ajustes no ambiente físico, tais como:
— Posicionar o aluno de forma a facilitar-lhe o deslocamento na sala de aula, especialmente no caso dos que utilizam cadeiras de rodas, bengalas, andarilhos, etc;
— Utilizar recursos ou equipamentos que favoreçam a realização das actividades propostas em sala de aula: pranchas para escrita, presilhas para fixar o papel na carteira, suporte para lápis (favorecendo a preensão), presilha de braço, cobertura de teclado, etc;
— Utilizar os recursos ou equipamentos disponíveis que favoreçam a comunicação dos que estiverem impedidos de falar: sistemas de símbolos (livro de signos, desenhos, elementos pictográficos, ideográficos e/ou outros, arbitrários, criados pelo próprio professor juntamente com o aluno, ou criado no ambiente familiar, etc.), auxílios físicos ou técnicos (tabuleiros de comunicação, sinalizadores mecânicos, tecnologia de informática);
— Utilizar textos escritos complementados por material em outras linguagens e sistemas de comunicação (desenhos, fala, etc.).

### Adaptações para a inclusão de alunos com ALTAS HABILIDADES (SOBREDOTAÇÃO)

— Estimular a independência do aluno;
— Estimular o aluno a ler, a pesquisar, a buscar novas informações em materiais extra sala, de forma que ele aprenda a estudar pesquisando, e assim, possa extrapolar os conteúdos regulares, seguindo seu próprio ritmo;
— Estimular a utilização de processos cognitivos complexos, como o pensamento criativo, a análise crítica, etc;
— Estimular discussões amplas sobre fatos, questões, ideias, buscando o aprofundamento do nível de complexidade de análise, comunicação, tomada de decisão, organização do pensamento e raciocínio lógico, planeamento, entre outros;
— O fato de ter altas habilidades pode dificultar a convivência entre pares, por isso é de grande importância que a interacção e as habilidades de comunicação interpessoal constituam objectivos de ensino, de igual importância aos




INDIMAX · seca · Nahita · Motic · BAYER · Riester · AUXILAB S.L. · Haier · FUJIFILM · PHARMA

Rua Cónego Manuel das Neves, nº 250 r/c - Luanda - República de Angola

demais conteúdos curriculares;
— Estimular o envolvimento em actividades cooperativas;
— Estimular o desenvolvimento do respeito pelos demais seres humanos, independentemente de suas características, talentos e competências. O aluno com altas habilidades pode tornar-se alguém impaciente com pessoas que possuem um ritmo diferente do seu. Desta forma, é importante tratar do desenvolvimento e da prática do respeito humano enquanto conteúdo curricular.

**Adaptações para a inclusão de alunos com ATRASOS GLOBAIS DO DESENVOLVIMENTO**

No ensino regular, o currículo a ser desenvolvido com alunos com atrasos globais do desenvolvimento deve ser o mesmo estabelecido para os restantes alunos. É necessário que se tenha cuidado e preocupação em associar-se ao trabalho académico as questões nas áreas sócio-emocional, que muitas vezes esses alunos requerem. Assim, além das capacidades cognitivas e linguísticas há que se propor acções pedagógicas que estabeleçam o desenvolvimento das capacidades relacionadas à interacção e integração social, bem como ao equilíbrio emocional.

De modo geral, a actuação do professor deve visar a potencialização do desenvolvimento cognitivo, emocional, social e psicomotor, nas relações sociais, nas adaptações organizativas e no desenvolvimento emocional. Dentre várias, citamos:
— É importante que o professor estabeleça claramente, com os alunos, os limites necessários para a convivência em grupo;
— É fundamental que seja identificada a forma mais adequada de comunicação, para cada aluno, de forma a permitir que ele trabalhe com compreensão, com prazer e com a maior autonomia possível;
— É importante que o ensino seja individualizado, quando necessário, norteado por um Plano de Ensino que reconheça as necessidades educativas especiais do aluno e a elas responda pedagogicamente;
— É importante que o aluno possa, sempre que possível, relacionar o que está aprendendo na escola, com as situações de sua própria vida;
— É importante, também, que as actividades académicas ocorram num ambiente que por si só seja e tenha significado e estabilidade para o aluno;
— A previsibilidade de acções e de acontecimentos pode diminuir em muito a ansiedade do aluno que apresenta comportamentos não adaptativos. Assim, é importante que o professor estruture o uso do tempo, do espaço, dos materiais e a realização das actividades, de forma a diminuir ao máximo a ansiedade que um ambiente complexo pode representar para esse aluno;
— Estimular o aluno a saber ouvir;
— Levá-lo a reflectir sobre seus actos e suas consequências;
— Criar condições para que o aluno possa expressar verbalmente e de outras maneiras, seus sentimentos;
— Oferecer alternativas diversificadas para diferentes problemas;
— Desenvolver a consciência corporal, buscando o conhecimento de si mesmo e do que o rodeia;
— Proporcionar actividades em que as possibilidades de sucesso sejam mais frequentes que o fracasso;



**A actuação do professor deve visar a potencialização do desenvolvimento cognitivo, emocional, social e psicomotor, nas relações sociais, nas adaptações organizativas e no desenvolvimento emocional dos alunos com necessidades educativas especiais**

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Não temos dúvidas de que todos os indivíduos têm direito a uma educação de qualidade. No entanto, a dúvida que mais preocupa é como construir essa escola inclusiva, de qualidade para todos.

Sabemos que a educação é o alicerce para o desenvolvimento de qualquer cidadão, e que incluir o aluno com necessidades educativas especiais, é também, uma forma de respeitá-lo e garantir a possibilidade de seu crescimento. No entanto, percebemos que as dificuldades existem, não são poucas e ficam bem claras quando se pára para observar de forma mais crítica. Afinal, colocar o aluno em sala regular e não atender o que realmente ele necessita, não é inclusão.

Na verdade, a inclusão, não deve ser vista simplesmente como um fato, mas sim como um processo, que tem suas etapas e que necessita ser muito analisado, avaliado em todo o seu decorrer, com responsabilidade e senso crítico.



# Medtrónica, Lda.

**Fiabilidade, perfomance e assistência técnica garantida**




**Comercializamos e assistimos tecnicamente as seguintes áreas:**

- Aceleradores lineares
- Cirurgia
- Consultoria
- Consumíveis
- Cuidados Intensivos
- Densitometria óssea
- Ecografia
- Electrocardiografia
- Electroencefalografia
- Electropletismografia
- Endoscopia
- Esterelização
- Estomatologia
- Fisioterapia
- Gases Medicinais
- Ginecologia e Obstetrícia
- Instrumentação
- Laboratório clínicos
- Mamografia
- Medicamentos
- Mobiliário Hospitalar
- Neonatologia
- Neurologia
- Oftalmologia
- Oncologia
- Otolaringologia
- PET
- Projectos Chave-na-Mão
- Raios-X digital e convencional
- Ressonância Magnética
- Tomografia Axial Computorizada
- Urologia

Clientes - parceiros: Ministério da Saúde, Governos Provinciais, Direcções Provinciais de Saúde, principais Hospitais e Clínicas

SAMSUNG MEDISON · FEDESA · mindray · FUJIFILM FUJIFILM Medical Systems USA

**Medtrónica, Lda** - Rua Cónego Manuel das Neves, nº 250, Luanda, Tel.: (+244) 222448821
**E-mail: medtronica@netcabo.co.ao Website: www.medtronica-angola.com**

Prevenção e tratamento do fígado gordo

# Vida saudável de mãos dadas com a saúde hepática

DANIELA GONÇALVES

**A acumulação de gordura no fígado pode gerar doenças hepáticas graves como a esteato-hepatite e a cirrose. Saiba que a adopção de um estilo de vida saudável e uma vigilância regular podem fazer toda a diferença para evitar o problema e o comprometimento da sua saúde hepática.**



O fígado gordo "representa um conjunto de situações nas quais o fígado sofre por excesso de gordura aí depositada e esse sofrimemto tem várias expressões", explica o Professor Guilherme Macedo, director do Serviço de Gastroenterologia e Hepatologia do Hospital de S. João e membro da direcção da Associação Portuguesa de Estudos do Fígado (APEF). A acumulação de gordura prejudica, por um lado, o funcionamento deste orgão e, por outro, origina, em certas circunstâncias particulares, inflamação e fibrose. Ou seja: "o processo de cicatrização descontrolada acaba, em certa medida, por condicionar o próprio funcionamento do fígado".

O especialista adianta que a doença inclui vários estádios clínicos, podendo contemplar o fígado gordo por si só ou envolver situações mais graves e complexas, como a esteato-hepatite. "Trata-se de uma inflamação e fibrose provocadas pela gordura no fígado." Importa saber que o indivíduo pode ter "uma sobrecarga ponderal associada a uma acumulação de gordura no fígado, que é uma situação relativamente frequente, segundo os resultados das análises mais comuns do fígado". Como afirma o presidente da APEF, este quadro traduz "o lado mais benigno desse espectro".

### Quando o fígado começa a sofrer

O fígado gordo, por si só, não constitui um problema grave, mas se não for tratado de uma forma adequada pode gerar doenças graves como a esteato-hepatite, que actualmente ainda não dispõe de uma terapêutica totalmente eficaz, diz o Professor Guilherme Macedo. Quais as suas consequências? "O fígado gordo pode não induzir nenhuma grave alteração, o problema é que, em alguns indivíduos, esse quadro evolui para inflamação, como seja a esteato-hepatite, a qual pode ter uma evolução grave para doença hepática crónica ou cirrose." O especialista acrescenta mesmo que pode ocorrer o pior dos prognósticos, a falência hepática. "O que faz com que a esteato-hepatite já seja neste momento uma causa importante de transplante hepático." A obesidade constitui um factor de risco muito importante para o surgimento de problemas de fígado gordo e os dados epidemiológicos falam por si. "Pelo menos 40% das pessoas com sobrecarga de peso apresentam alterações nas provas hepáticas, o que significa que têm fígado gordo."

Por isso, o Professor Guilherme Macedo lança o alerta para se estudar bem cada um desses pacientes, a fim de despistar complicações associadas à acumulação de gordura no fígado. A síndrome metabólica e, em especial, a diabetes e os níveis elevados de mau colesterol no sangue (LDL) são factores de risco determinantes. "A prevalência de doença hepática associada a esta síndrome é muito elevada, oscilando entre os 40 e os 60%."

### Hereditariedade versus saúde hepática

O Professor Guilherme Macedo aponta a hereditariedade como um "co-factor de risco associado às causas que provocam o fígado gordo, bem como doenças mais graves relacionadas com o problema, como a esteato-hepatite e a cirrose". Falamos de situações em que se considera que a "obesidade, a sobrecarga ponderal e a síndrome metabólica têm base genética". O presidente da APEF clarifica a potencial relação entre a história de doença metabólica familiar e os factores ambientais precipitantes. "Pode haver uma influência poligénica, ou seja, existir várias circunstâncias biológicas, as quais podem resultar de uma transmissão familiar, constituindo, por isso, um território favorável para que – em certas circunstâncias ambienciais – haja a expressão dessa doença."

### Como se faz o diagnóstico?

As análises clínicas ao sangue constituem o ponto de partida para indicar pistas de que a saúde do fígado pode estar em risco, mas são insuficientes. A realização de provas hepáticas que levem a que se faça "uma avaliação microscópica do fígado" abre a porta a um diagnóstico em tempo útil. "Não há uma análise para revelar que a pessoa tem gordura no fígado. A melhor maneira para se apurar se existe esta acumulação e, principalmente, se se gerou inflamação, concretiza-se a partir da realização de uma biópsia hepática, num hospital", explica o Professor Guilherme Macedo. "Uma ecografia pode demonstrar que o fígado tem gordura, mas nada garante que o orgão tem ou não inflamação associada, que pode gerar esteato-hepatite ou cirrose."

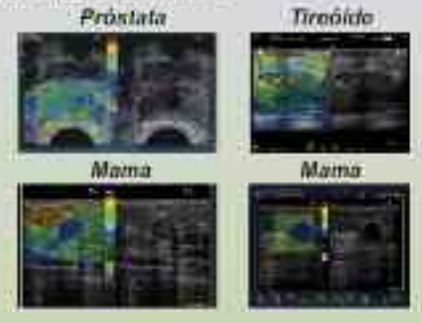
### Estilo de vida saudável contra a gordura no fígado

O membro da direcção da APEF refere que a terapêutica do fígado gordo "é ainda limitada", embora exista uma clara aposta na investigação nesta área, sobretudo em termos de biologia molecular, para "encontrar soluções de tratamento que evitem a progressão para doenças mais graves". O especialista explica que actualmente quem sofre de fígado gordo deve seguir uma medicação à base de estatinas e emagrecer, com toda a mudança no estilo de vida que isso acarreta. Salienta que o processo de emagrecimento deve estar relacionado com a prática de actividade física, não por questões estéticas, mas pelos efeitos metabólicos demonstrados pela evidência empírica. Isto porque "a prática de actividade física parece ser um factor benéfico e promissor em termos de prognóstico, por interferir com o metabolismo". Segundo o Professor Guilherme Macedo, a adopção de um estilo de vida saudável, com impacto na redução do peso, constitui a melhor arma para proteger o fígado, daí que "a mensagem da sociedade científica assente nessa ideia e no incentivo à não ingestão de álcool".

# OFERECEMOS

## *ELASTOGRAFIA*

O diagnóstico de doenças cancerosas, está mais facilitado com a nova técnica revolucionária de diagnóstico chamada ***ELASTOGRAFIA***.




**Aplicações clinicas úteis:**

* *Mama/Próstata/Tireóide Fígado/Pâncreas, etc.*

**Benefícios:**

* Diferenciação entre patologias benignas e malignas;

* Realizar um diagnóstico antecipado e reduzir biópsias desnecessárias;

* Valorização da zona afectada pela patologia;

* Valorização dos efeitos terapêuticos.

***Obstétrica com 3 e 4D em tempo real***



HJ MENEZES ECOGRAFIAS
Serviços Médicos



Avenida Hoji-ya-Henda Torre A (Castanha) da Cidadela 1° Dto
Telef : 932730686 | E-mail : hjmenezes124@yahoo.com.br







Há dez anos que actuamos nos sectores de saúde, higiene e beleza em Angola.

Com o Know How adquirido pela Neofarma em Angola e a busca diária por qualidade nos produtos e serviços, conquistámos a Certificação da ISO 9001, em Outubro de 2009, e desde sempre somos referência em processos de logística no país.

Possuímos parcerias maduras com grandes indústrias farmacêuticas em todo o mundo.

Estamos prontos para Servir!

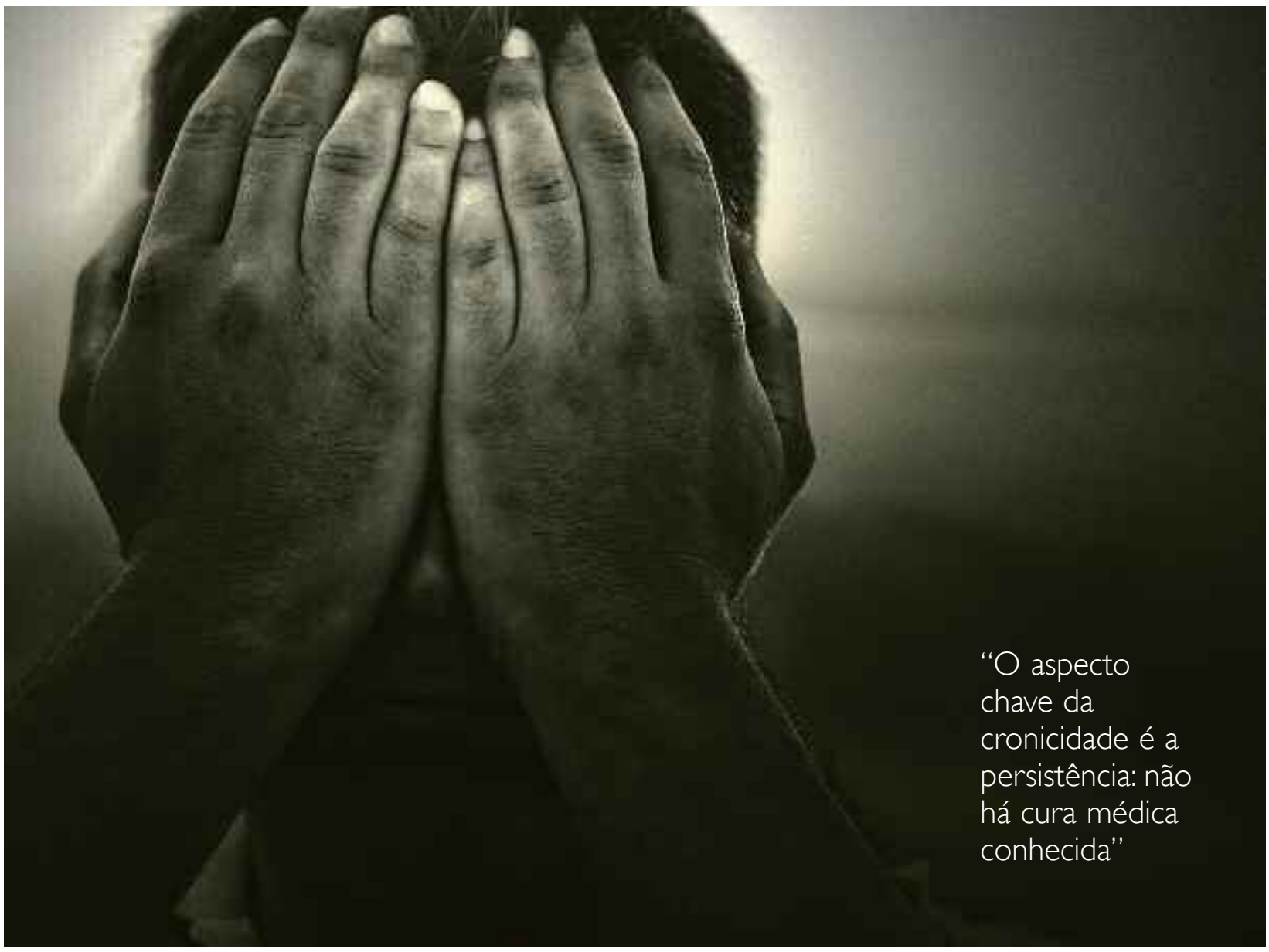
Análise conceptual

# A definição de uma Doença Crónica

**As múltiplas variáveis subjacentes ao conceito de doença crónica têm uma importância essencial no planeamento dos cuidados direccionados para os doentes crónicos, pelo que, devem ser tidas em consideração na definição de modelos e nas decisões de políticas que visem uma melhoria da qualidade dos cuidados para este tipo doentes.**



JOÃO GUERRA |
Medical Advisor
(Chevron Clinic – Luanda)
Assistente Graduado de Medicina Interna
Mestre em Gestão da Doença
joaoluisguerra17@gmail.com




A cronicidade é um construto relacionado com a duração e a natureza dos problemas de saúde de longo prazo. As perspectivas da cronicidade estendem-se desde as pessoas afectadas, aos seus familiares e amigos, médicos, investigadores sociais, prestadores de cuidados, políticos e entidades pagadoras. A terminologia usada varia na proporção directa das disciplinas e focos de interesse dos diferentes stakeholders envolvidos (Bury M., 1982); (Charmaz K., 1991). Os sociólogos estudam a cronicidade a três níveis: o individual (fenomenológico), o social (sociologia dos papeis, normas etc.) e societal (economia política da saúde e da doença) (Turner B, Samson C., 1996). Os investigadores de saúde pública enfatizam a medição das funções mentais, sociais e físicas, a qualidade de vida, as causas e factores socioeconómicos, incluindo as circunstâncias ocupacionais e comportamentais que predispõem ao desenvolvimento das doenças crónicas (Bowling A, 1990); (Mathers C., 1993); (Bowling A., 1995).

Os responsáveis governamentais e entidades pagadoras dos cuidados de saúde realçam a custo-efectividade dos resultados face ao investimento financeiro destinado aos serviços ou programas de saúde específicos (Strauss A, Corbin J., 1988).

A nomenclatura e os enquadramentos usados definem, não só a delimitação das áreas conceptuais de interesse, mas também formatam e são formatados pelas respostas individuais, sociais, económicas e políticas à cronicidade (Brown P., 1995).

**Aspecto chave**

O aspecto chave da cronicidade é a persistência: não há cura médica conhecida (Rothenberg R, Koplan J., 1990). A duração e as consequências são duas dimensões consistentes da cronicidade, transversais aos diferentes stakeholders. Elas incluem, geralmente, uma expectativa prolongada do problema, uma categoria diagnóstica, impacto da doença na qualidade de vida, no estado funcional e prognóstico, bem como na rede de cuidados (Cadman D et al. 1986); (Jessop D, Stein R., 1994). Numa definição clássica que pertence ao domínio conceptual dos cuidados de saúde, Mayo, com grande clarividência, descreveu as doenças crónicas como "perturbações, ou desvios da normalidade, que têm uma ou mais das seguintes características: são permanentes, deixam incapacidade residual, são causadas por alterações patológicas irreversíveis, requerem treino especializado do doente para a reabilitação e têm a expectativa de requerer longos períodos de supervisão, observação e cuidados" (Mayo, L. 1956).

Nas perspectivas epidemiológica e da biomedicina as doenças crónicas são consideradas de duração prolongada – muitas vezes com um período de latência e uma longa evolução – de etiologia incerta e sem cura definitiva. A noção clínica de cronicidade é reflectida nas características epidemiológicas da maior parte das doenças crónicas: mudanças graduais ao longo do tempo, evolução assíncrona e expressão heterogénea na população afectada (Rothenberg R, and Koplan J., 1990).

A World Organisation of Family Doctors (WONCA) define a cronicidade como um problema de saúde ou um episódio de cuidados que dura seis meses, ou mais, e a doença (illness) como o estado subjectivo de não se sentir bem (Bentzen N et al., 1995).

A abordagem mais comum para uma definição epidemiológica prática de cronicidade consiste no uso de "listas" de doenças, condições ou perturbações reconhecidas como sendo de longa duração na maior parte dos casos, tais como a diabetes, a asma, a paralisia cerebral, a esquizofrenia (Perrin E et al. 1993).

A Organização Mundial de Saúde tem usado tal lista de condições, para reunir a informação sobre a prevalência dos problemas crónicos de saúde (WHO 1982).

Da mesma forma, numa abordagem mais centrada no indivíduo, Curtin and Lubkin definem a doença crónica como tendo "presença irreversível, acumulação ou latência de estados de doença ou perturbações que envolvem a totalidade do ambiente humano para os cuidados de suporte e de autogestão, manutenção das funções e prevenção de incapacidades futuras". (Curtin M, Lubkin I., 1986:6).

**Experiências que acompanham as doenças crónicas**

As experiências subjectivas e desagradáveis que acompanham as doenças crónicas envolvem o ambiente humano total, incluindo o financeiro, sexual, legal, conjugal e psicológico. O doente e a sua família podem confrontar-se com importantes ameaças às suas identidades, assim como requererem assistência, não só médica, mas social, como os transportes ou o apoio nas actividades da vida diária (Strauss A, and Corbin J., 1988).

O termo crónico deriva do grego Khronicós, o qual

1 - Doenças não transmissíveis são identificadas pela OMS como "Doenças do Grupo II," uma categoria que agrega (com base no código ICD-10) as seguintes condições/causas de morte: neoplasias malignas, outras neoplasias, diabetes mellitus, distúrbios endócrinos, condições neuropsiquiátricas, doenças de orgãos dos sentidos, doenças cardiovasculares, doenças respiratórias (e.g. DPOC, asma, outras), doenças digestivas, doenças genitourinárias, doenças da pele, doenças musculoesqueléticas (e.g. artrite reumatóide), anomalias congénitas (e.g. fenda palatina, síndrome de down) e condições orais (e.g. cáries dentárias). Estas distinguem-se das doenças do Grupo I (transmissíveis, condições maternas, perinatais e nutricionais) e das doenças do Grupo III (lesões intencionais e não intencionais).




Sociedade Universal Médica e Serviços

# Especialistas em equipamentos de imagiologia e electromedicina

Farmácia, Material Hospitalar
e Equipamentos Médicos



Rua Cónego Manuel das Neves, 97, Luanda
**Tel.:** 923329316 / 917309315 **Fax:** 222449474 **E-mail:** socimedica@gmail.com

HITACHI · AGFA · Planmed · MEDI LINK · ecotech · DMS-APELEM

# Clínica Girassol

Saúde, Conforto e Compromisso

TEMOS AO DISPOR DOS NOSSOS CLIENTES UMA VASTA GAMA DE SERVIÇOS CLÍNICOS NAS MAIS VARIADAS ÁREAS DE ATENDIMENTO HOSPITALAR.

PARA O CUMPRIMENTO DOS NOSSOS SERVIÇOS, POSSUÍMOS EQUIPAMENTO MODERNO E INSTALAÇÕES COM PADRÃO TOPO DE GAMA.

Rua Comandante Gika, nº 225, Luanda -Angola
Tel.: 226 698 000 / 226 698 415 / 226 698 416 FAX: 226 698 218
www.clinicagirassol.co.ao

**ESPECIALIDADES MÉDICAS**
- Dermatologia
- Gastrenterologia
- Medicina Interna
- Medicina Intensiva
- Nefrologia
- Neurologia
- Cardiologia
- Endocrinologia
- Hematologia Clínica
- Reumatologia
- Oncologia
- Infecciologia
- Fisioterapia
- Psiquiatria
- Hemoterapia

**ESPECIALIDADES CIRÚRGICAS**
- Neurocirurgia
- Oftalmologia
- Ortopedia
- Cirurgia Plástica
- Reconstrutiva e Estética
- Cirurgia Pediátrica
- Ginecologia – Obstétrica
- Cirurgia Geral
- Cirurgia Maxilofacial
- Angiologia
- Cirurgia Vascular
- Urologia
- Otorrinolaringologia
- Cirurgia Cardiotorácica
- Odontologia
- Anestesiologia

**ESPECIALIDADES PEDIÁTRICAS**
- Neonatologia
- Puericultura
- Cirurgia Pediátrica
- Cardiologia Pediátrica

**CONSULTAS EXTERNAS**
- Psiquiatria
- Pneumologia
- Fonoaudiologia
- Maxilo Facial
- Nutrição

pode assumir dois significados: "que dura há muito tempo" e "diz-se das doenças que, em oposição às agudas, se prolongam, percorrendo lentamente os seus períodos" (Michaelis - Moderno Dicionário da Língua Portuguesa, 1998). Estes dois sentidos do termo põem em destaque o curso temporal da doença.

Diferenças na definição

A definição de doença crónica (DC) não é, como se viu, um tema universalmente aceite e as diferenças na definição podem ter consequências apreciáveis sobre a avaliação das consequências, das necessidades de tratamento e dos programas de gestão de cuidados dos doentes. Definir o que se integra no conceito de doença crónica é, pois, um pré-requisito essencial para:

— Medir a magnitude epidemiológica do fenómeno, em termos de frequência, de determinantes ou de consequências.

— Avaliar o impacto em termos de custos, com o objectivo de ajustar os financiamentos dedicados.

— Permitir um tratamento médico e económico optimizados (Serge B, 2010).

Assim, definir, categoricamente, o que se entende por doença crónica permite determinar as necessidades de uma população com doença crónica, a fim de se equacionarem as respostas mais adequadas. Toda a doença crónica pode ser caracterizada por uma série de aspectos que incluem: a etiologia, a gravidade, a duração, a perspectiva de cura ou remissão, as recorrências e, finalmente, as consequências ou sequelas, particularmente, sobre o estado funcional do indivíduo. Assim, a escolha da definição de doença crónica depende da perspectiva e do objectivo de utilização do conceito. Neste sentido, o profissional de saúde e o utilizador poderão preferir, muitas vezes, uma abordagem por patologias e pelas características etiológicas das doenças crónicas, enquanto o decisor, a entidade pagadora e os financeiros optarão, provavelmente, por uma abordagem diferente, que permita dar resposta às necessidades das pessoas afectadas, numa base populacional, abordando o problema numa visão mais transversal. No contexto desta revisão utilizaremos a perspectiva que mais interessa à gestão da doença crónica.

Genericamente, as doenças crónicas têm sido referidas na literatura como enfermidades crónicas, doenças não transmissíveis e doenças degenerativas. Elas são, geralmente, caracterizadas por uma etiologia incerta, factores de risco múltiplos, um longo período de latência, um curso prolongado da doença, origem não contagiosa, perturbação funcional ou incapacidade e incurabilidade (McKenna, T.M., et al., 1998).

Historicamente, tem sido comum defini-las como qualquer condição que não é aguda (Christianson JB et al, 1998). Esta é, contudo, uma definição muito vaga, pelo que, têm continuado a ser desenvolvidos esforços para padronizar uma definição mais precisa de DC. Para Jennings, Callahan e Caplan (x) (Jennings, B., Callahan, D., Caplan, A.L., 1988), a "DC pode ser definida como uma condição que dura um certo período de tempo ou tem sequelas que são debilitantes durante um longo período de tempo". O Center for Disease Control and Prevention define DC como "doenças que são prolongadas, não resolvem espontaneamente e raramente curam completamente" (National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, 1999).

> ''Nas perspectivas epidemiológica e da biomedicina as doenças crónicas são consideradas de duração prolongada – muitas vezes com um período de latência e uma longa evolução – de etiologia incerta e sem cura definitiva''

**Definição da OMS**

As designadas "condições crónicas" são definidas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como requerendo "uma gestão por um período de anos ou décadas" e cobrem uma ampla margem de problemas de saúde que se estendem para além da definição convencional de doença crónica, tal como a doença cardíaca, a diabetes e a asma. Elas incluem algumas doenças transmissíveis, tais como a síndrome de imunodeficiência adquirida, a qual, em consequência dos avanços científicos no campo da terapêutica médica, se transformou numa doença controlável, que adquiriu o estatuto de doença crónica. As referidas condições também se estendem às doenças mentais, tais como a depressão e a esquizofrenia, assim como a certos cancros e a estados mórbidos sem classificação nosológica, como, as lombalgias (WHO, 2002).

A OMS utiliza, cumulativamente, o termo doenças não transmissíveis para designar as doenças crónicas, definindo-as como doenças de longa duração, de progressão geralmente lenta e

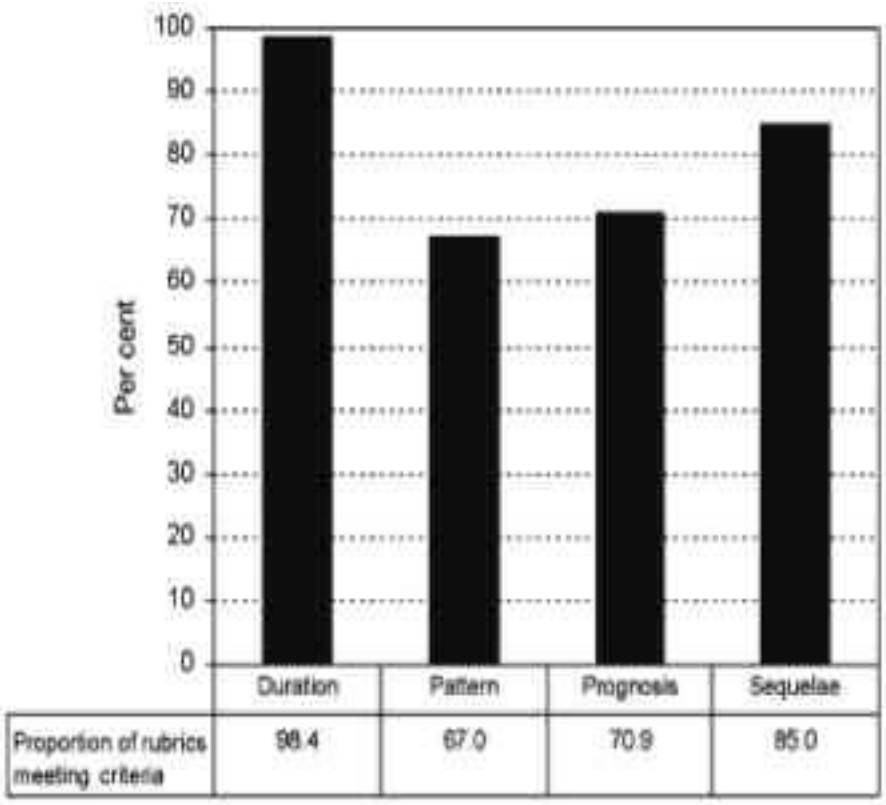



**Fig. 1- Proporção de doenças crónicas que satisfazem cada um dos critérios. (O'Hallaron JF et al, 2004)**






# GOSTAM MUITO DE FALAR DE NÓS... É DE CERTEZA POR ALGUMA COISA QUE FIZEMOS.

**AMBIENTE, PRIVATE BANKING, RESPONSABILIDADE SOCIAL, DESENVOLVIMENTO, INOVAÇÃO, CULTURA, PROGRESSO.**

Desde a sua fundação, a actuação do BESA foi pautada por um sério compromisso com o desenvolvimento sustentável, reflectido no apoio a diversas iniciativas relacionadas com a responsabilidade social, valorização da cultura, educação, protecção ambiental e dinamização da economia. O BESA actua como promotor da qualidade de vida das comunidades e do desenvolvimento económico, sendo ao mesmo tempo um verdadeiro parceiro financeiro. Sabemos ao certo por que falam tanto de nós. É de certeza por alguma coisa que fizemos.

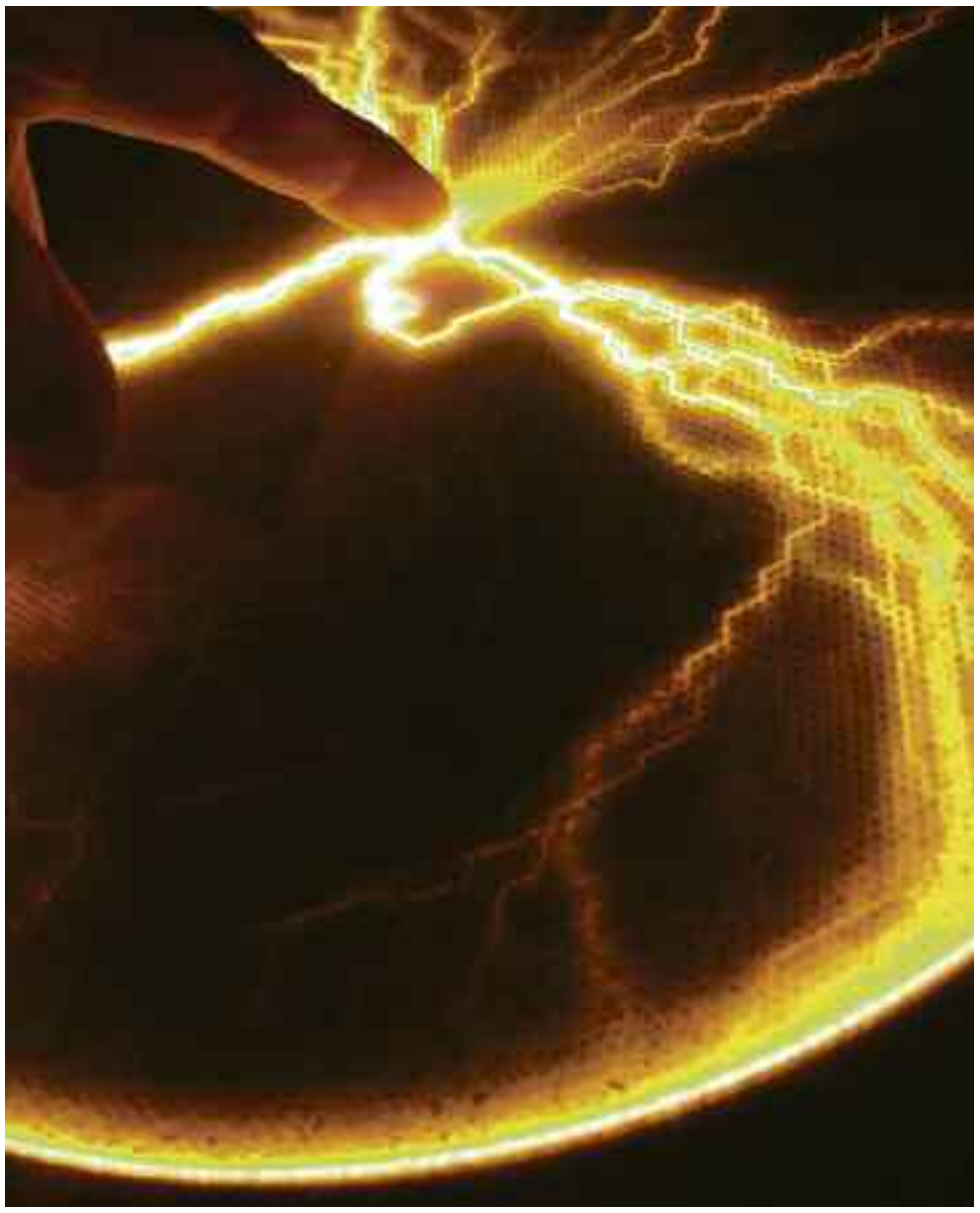
www.besa.ao

10 BANCO ESPIRITO SANTO ANGOLA

GLOBAL FINANCE · GLOBAL FINANCE · GLOBAL FINANCE · BANKING AWARDS 2011 · GLOBAL FINANCE · GLOBAL FINANCE · GLOBAL FINANCE · BANKING AWARDS 2012

que constituem a principal causa de morbilidade e de mortalidade em termos mundiais. Com efeito, as DC, tais como as doenças cardiovasculares, a diabetes, a asma, a doença pulmonar obstrutiva crónica e o cancro, são, de longe, as principais causas de mortalidade no mundo, representando 63% de todas as mortes. Dos 36 milhões de mortes ocorridas em 2008 por doença crónica, nove milhões ocorreram em pessoas com menos de 60 anos e 90% destas mortes ocorreram em países de baixo e médio rendimento (WHO, 2002). Note-se, porém, que o termo doenças não transmissíveis, usado pela OMS, é equívoco, na medida em que a doença infecciosa HIV/SIDA é, actualmente, uma doença de evolução prolongada e coexiste, frequentemente, com as demais doenças crónicas clássicas (HIV/AIDS, UNAIDS. 2011). Além disso, numa perspectiva social, as principais doenças crónicas partilham riscos comuns como o sedentarismo, dietas inadequadas, tabagismo, os quais têm um forte potencial de influência (contágio) através das redes sociais. Recentemente, alguns autores têm-se referido às doenças não-transmissíveis como doenças realmente transmissíveis, no sentido de que os principais determinantes dos comportamentos de risco para a saúde, como o tabagismo, o sedentarismo e o excesso de álcool, devem ser considerados os vectores das doenças crónicas. Na perspectiva destes autores, estes vectores transmitem-se através das famílias, comunidades e populações, pelo que sugerem, mesmo, a utilização do termo doenças crónicas transmissíveis (Unwin N, Epping J et al., 2004).

Por outro lado, esta definição da OMS atribui uma certa ênfase à duração destas doenças. Contudo, a duração não pode ser um critério único aplicável à classificação das condições crónicas (O'Hallaron JF, Miller GC, Britt H., 2004). Para além da duração, outros critérios encontrados na literatura, indicativos de cronicidade, são a etiologia, o início, o padrão de recorrência, o prognóstico, as sequelas, o diagnóstico, a gravidade e a prevalência. Transcende os propósitos deste artigo analisar todos eles, mas é pertinente analisar, no seu contexto, as dimensões da prevalência e do prognóstico, pelas suas potenciais implicações no planeamento da prestação de serviços e no desenvolvimento de políticas de cuidados de saúde para as doenças crónicas, aspectos que representam o foco principal das questões adjacentes ao tema das doenças crónicas.



**O prognóstico**

O prognóstico é uma das dimensões da cronicidade, recorrentemente citada na literatura, que se expressa no doente pelas incertezas em relação à cura e ao futuro existencial (Clarke A., 1994). Tem também fortes implicações na abordagem da doença crónica, na medida em que, sem a perspectiva de cura, a ênfase deve focalizar-se na gestão dos cuidados e nas intervenções efectivas para melhorar a qualidade de vida (Holman H, Lorig K., 2000), e menos nas intenções de cura.

Alguns autores só incluem nas doenças crónicas, doenças com elevada prevalência (Schellevis FG., 1993), prática não consensual, na medida em que pode conduzir a uma subestimação da real prevalência das doenças crónicas, ao serem excluídas as de baixa prevalência. Mais recentemente, a prevalência é aceite como um critério electivo na selecção de doenças crónicas elegíveis para programas de gestão da doença (Gurnee MC, DaSilva RV., 1997), embora se reconheça que doenças de baixa prevalência, mas que geram custos elevados para os sistemas de saúde possam, de igual modo, ser elegíveis para os programas de gestão da doença.

**Conclusão**

Em conclusão, as múltiplas variáveis subjacentes ao conceito de doença crónica a que fizemos referência neste artigo, as quais enfatizam as diferenças fundamentais relativamente às doenças agudas, em particular a necessidade de um acompanhamento de cuidados estruturado e sem descontinuidades, têm uma importância essencial no planeamento dos cuidados direccionados para os doentes crónicos, pelo que, devem ser tidas em consideração na definição de modelos e nas decisões de políticas que visem uma melhoria da qualidade dos cuidados para este tipo doentes.

> ''As experiências subjectivas e desagradáveis que acompanham as doenças crónicas envolvem o ambiente humano total, incluindo o financeiro, sexual, legal, conjugal e psicológico. O doente e a sua família podem confrontar-se com importantes ameaças às suas identidades, assim como requererem assistência, não só médica, mas social, como os transportes ou o apoio nas actividades da vida diária''

**Referências**


— Bentzen, N. et al. 1995. An International Glossary for General/Family Practice. WONCA Classification Committee. Family Practice 12:341-69.

— Bowling, A. 1990. Measuring Health: A Review of Quality of Life Measurement Scales Buckingham, Philadelphia: Open University Press.

— Bowling, A. 1995. Measuring Disease. A Review of Disease-Specific Quality of Life Measurement Scales. Buckingham, Philadelphia: Open University Press.

— Bury, M. 1982. Chronic illness as biographical disruption. Sociology of Health and Illness 4:167–83.

— Brown, P. 1995. Naming and framing: the social construction of diagnosis and illness. Journal of Health and Social Behaviour: 34–52.

— Cadman, D., Boyle, M, Offord, D., Szatmari, P., Rae-Grant, N., Crawford, J. and Byles, J. 1986. Chronic illness and functional limitation in Ontario children: findings of the Ontario Child Health Study. Canadian Medical Association Journal 135:761–67.

— Charmaz, K. 1991. Good Days, Bad Days: The Self in Chronic Illness. New Brunswick, New Jersey: Rutgers University Press.

— Christianson, J.B., et al. (1988). Restructuring Chronic Illness Management - Best Practices and Innovations in Team-based Treatment. San Francisco: Jossey-Bass Publisher.

— Chronic care for HIV and non-communicable diseases How to leverage the HIV UNAIDS / JC2145E. (2011) © Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS)

— Clarke A., What is a chronic disease The effects of re-definition in HIV and AIDS. Soc Sci Med 1994; 39:591-597.

— Curtin, M., Lubkin, I. 1986. What is chronicity? In Chronic Illness: Impact and Interventions, (ed.) Lubkin, I. Boston: Jones and Bartlett.

— Gurnee MC, DaSilva RV., 1997. Constructing disease management programs. Manag Care. June 1997. Disponível em: http://www.managedcaremag.com/ archives/9706/9706.disease_man.shtml . Acedido em 1 de Julho de 2012.

— Holman H, Lorig K., Patients as partners in manahing chronic disease. Partnership is prerequisite for effective and efficient health care. Br Med J 2000; 320: 526-527

— Jennings, B., Callahan, D., Caplan, A.L. (1988). Ethical Challenges of Chronic Illness. Hastings-Center Report. Suppl. 1: 1-15.

— Jessop, D. and Stein, R. 1994. Providing comprehensive health care to children with chronic illness. Pediatrics 93:602–7.

— Mathers, C. 1993. Health Differentials Among Adult Australians Aged 25–64Years.Canberra: Australian Institute of Health and Welfare, Australian Government Printing Service.

— Mayo, L. 1956. Problem and challenge. In, Guides to Action on Chronic Illness, Vol. 35,

— McKenna, T.M., et al., 1998. Current Issues and Challenges in Chronic Disease Control Chap 1. in Ross C Brownson, Patrick L Remington, James R Davis (Ed). Chronic Disease Epidemiology and Control (2nd ed). Washington D.C.: American Public Health Association.

— National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion (1999). About chronic disease: definition, overall burden, and cost-effectiveness of prevention. www.cdc.gov/nccdphp/about.htm New York: National Health Council.

— O'Hallaron JF, Miller GC and Britt H., Defining chronic conditions for primary care with ICPC-2. Family Practice 2004; 21:381-386

— Perrin EC, NewachecK P, Pless IB et al., Issues involved in the definition and classification of chronic health conditions. Pediatrics 1993; 91: 787-793

— Perrin, E., Newacheck, P., Pless, B., Drotar, D., Gortmaker, S., Leventhal, J., Perrin, J.,

— Rothenberg, R. and Koplan, J. 1990. Chronic disease in the 1990s. Annual Review of Public Health 11:267–96.

— Schellevis FG., Chronic Diseases in General Practice: Comorbidity and Quality of Care. Nijmegen: Department of General Practice and Social Medicine, University of Nijmegen; 1993

— Serge Briançon et al. Maladies chroniques. adsp n° 72 septembre 2010

— Stein RE, Bauman LJ, Westbrook LE et al., Framework for identifying children who have chronic conditions: the case for a new definition. J Pediatr 1993; 122:342-347

Stein, R., Walker and D., Weitzman, M. 1993. Issues involved in the definition and classification of chronic health conditions. Pediatrics 91:787–93.

— Strauss, A. and Corbin, J. (eds) 1988. Shaping a New Health Care System. The Explosion of Chronic Illness as a Catalyst for Change. San Francisco and London: Josey-Bass Publishers.

— Strauss, A. and Corbin, J. (eds) 1988. Shaping a New Health Care System. The Explosion of Chronic Illness as a Catalyst for Change. San Francisco and London: Josey-Bass Publishers

— The Royal Australian College of General Practitioners, Chronic Condition Self-Management Guidelines. http://www.racgp.org.au/content/navigationmenu/clinicalresources/racgpguidelines/sharinghealthcare/20020703gp.pdf Acedido em Julho 2012

— Turner, B. and Samson, C. 1996. Medical Power and Social Knowledge. (2nd edition). London: Sage Publications.

— Unwin N. Et al., Rethinking the terms non-communicable disease and chronic disease. J Epidemiol Community Health 2004;58:801

— WHO (2002) http:// www.who.int/ topics/ chronic_diseases/en/

— WHO, (2002). Innovative Care for Chronic Conditions: Building Blocks for Action. Geneva: World Health Organization

— WONCA, ICHPPC-2 Defined (International Classification of Health Problems in Primary Care). Oxford: Oxford University Press; 1983.

— World Health Organization (WHO) 1982. International Conference on Health Statistics for the Year 2000, Bellagio, Italy.

# Remédios da Avó

# Limão

**A origem do limão e a sua utilização na culinária e na medicina remontam aos primórdios da civilização. Sabe-se que chineses, indianos e birmaneses o utilizavam em receitas medicinais há cerca de 4 mil anos. Por ser uma fruta com propiedades anticépticas elevadas, o limão e outras ervas eram usadas na produção de remédios caseiros, contra cobras e infecções na pele.**

## PROPRIEDADES MEDICINAIS DO LIMÃO

Pode-se dizer que o limão é uma das frutas mais ricas em propriedades medicinais. O seu gosto azedo e amargo dificil de ser consumido naturalmente, pode combater e prevenir o aparececimento de várias doenças. O consumo periódico de sumo de limão, por exemplo, melhora a circulação sanguínea e evita a propagação de vários vírus.

## INIMIGO DE GRIPES E CONSTIPAÇÕES

Há séculos que os homens tem vindo a utilizar o limão para combater gripes e constipações. No momento em que os sintomas da doença começam a manifestar-se, produtos contendo limão, ao serem ingeridos, passarão a lutar contra o vírus invasor. Quanto ao processo de prevenção de doenças, o limão é ainda mais eficaz. O seu consumo regular tem o poder de impedir o aparecimento de gripes e constipações.

## LIMÃO E EMAGRECIMENTO

Além de combater o crescimento das células gordurosas, o limão é um excelente agente de limpeza e desintoxicação dentro do nosso corpo. Ele é bactericida, fungicida, e antibiótico natural. Como desintoxicante, o limão melhora a circulação do sangue, reduz a celulite e impede o aparecimento de varizes. Para as pessoas que desejam perder peso, mas não querem utilizar remédios, o uso do limão é bastante recomendado pelos médicos naturalistas. Uma dieta com limão, se usada correctamente, obterá os resultados desejados sem prejudicar ou debilitar outras partes do corpo.

## O LIMÃO, A PELE E AS AXILAS

Usado com moderação, o limão facilita a limpeza de pele. Para pessoas que possuem sérios problemas com acne, o limão é indicado para tratamento. Misturar algumas gotas de limão em água morna e passar no rosto após o banho permite limpar os poros da pele, retirando a sujidade existente na face, além de clarear a pele. Nas axilas o limão age como poderoso agente bactericida. Ele elimina as bactérias alojadas na pele, acabando com o mau cheiro e o odor. Muitos médicos naturalista recomendam os seus clientes passar limão sobre as axilas antes do banho. É importante salientar que tratamentos com limão sobre a pele devem ser feitos somente à noite. A alta concentração de acidez existente no limão, quando exposto aos raios solares poderá resultar em queimaduras na pele.

## COMBATENDO A TRANSPIRAÇÃO EXCESSIVA DOS PÉS

Algumas pessoas possuem um desagradável odor nos pés, o famoso chulé. Este odor é consequência de milhões de bactérias que se alojam entre as juntas dos dedos. Boas práticas de higiene pessoal, substituindo periodicamente as meias e lavando os pés com água morna, com algumas gotas de essência de óleo de limão, poderão resolver este problema.

## Remédios caseiros com limão*

### 1.CHÁ DE GENGIBRE E LIMÃO PARA GRIPES E CONSTIPAÇÕES

1 colher de sopa de gengibre fatiado
1 xicara de chá de água
1 colher de sopa de mel
Sumo de 1 limão médio

Modo de preparação:
Numa panela, ferva a água com o gengibre durante 5 minutos. Retire do fogo, acrescente o sumo de limão, o mel e abafe por mais 5 minutos. Tome morno.

### 2. RECEITA CASEIRA CONTRA NAÚSEAS

Corte 1 limão ao meio e aqueça na frigideira até obter mais suco dentro da fruta. Acrescente um pouco de sal com mel dentro da frigideira. Chupe o limão.

### 3. DOR DE GARGANTA

Esprema um limão em uma xicara de água morna e acrescente uma colher de chá de sal. Faça o gargarejo durante 1 minuto, 3 vezes ao dia.

## Receitas cosméticas com limão*

### 1.LIMPEZA DAS AXILAS

Aplique limão com algodão sobre as axilas à noite e remova-o com sabonete neutro na manhã seguinte.

### 2.CREME DE ESFOLIAÇÃO COM LIMÃO

Ingredientes:
3 colheres de sopa de açucar mascavo
1 colher de sopa de flocos de aveia
Sumo de meio limão
1 colher de sopa de mel

Modo de preparação:
Em uma tigelinha, misture todos os ingredientes. Molhe o corpo no chuveiro ou na banheira e começe a passar suavemente nas partes do corpo em que deseja esfoliar. Mantenha por alguns minutos o creme no corpo e lave. Faça o tratamento de 15 em 15 dias. Se o creme estiver pastoso é recomendável utilizar um pouco mais de sumo de limão.

### 3. LIMPAR O ORGANISMO DAS TOXINAS

Junte o sumo de 1 limão em meio copo de água morna e beba todos os dias em jejum.

*ADVERTÊNCIA:
Evite usar estas ou outras receitas caseiras sem conhecimento do seu médico

GRH ANGOLA - RECURSOS HUMANOS E CONSULTORIA
Tel. 923520400 Email: grhangola@gmail.com

Com o patrocínio da DHL

# II CAOT - CONGRESSO ANGOLANO de ORTOPEDIA e TRAUMATOLOGIA

## Sociedade Angolana de Ortopedia e Traumatologia




## 5 a 10 Agosto 2013

HOTEL de CONVENÇÕES de TALATONA
Luanda

### Temas do Congresso

- Infecções Osteoarticulares
- Artroplastias em Angola
- Internato de Ortopedia em Angola e suas Perspectivas

Profissionais de Saúde 10.000,00Akz
Estudantes Área da Saúde 5.000,00Akz

### Actividades Pré - Congresso

- Curso Básico de Ortopedia para Clínicos Gerais
- Curso sobre Anca Pediátrica
- Workshop Sobre Organização de Bloco Operatório e Instrumentação
- Workshop sobre Técnicas Cirúrgicas de Artroplastias

Local dos Cursos: A Confirmar
Valor da Inscrição 7.000,00Akz cada Curso

Pontos de Inscrição
Hospital Américo Boavida
Hospital Militar
Capacitarh - Centro de Formação
R. Amilcar Cabral, nº 16, Maianga, em frente à CNE
www.saot.co.ao

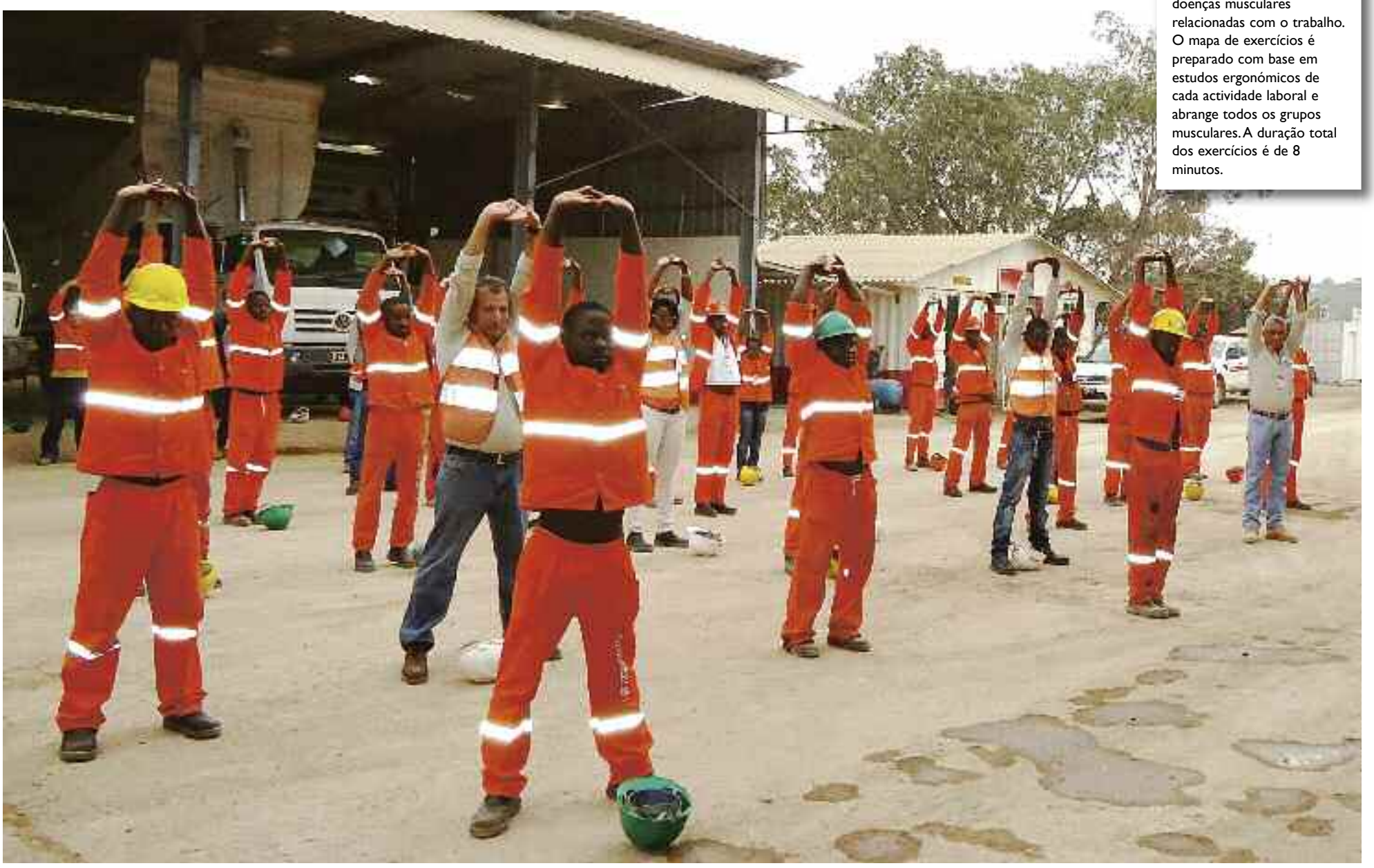
Informações
• 927 706 624
• 932 860 149
• 929 821 065
• www.saot.co.ao

Organização e Produção
Centro de Formação
Rua Amilcar Cabral, Nº 43
em frente a CNE, Maianga

**Na Odebrecht Angola**

# Mexa-se, Estamos Juntos!

# Alongamentos preventivos e qualidade de vida no ambiente de trabalho



A Odebrecht lançou recentemente, e simultaneamente em todos seus projectos, o Programa de Alongamentos Preventivos: Mexa-se, Estamos Juntos!

O Programa Mexa-se, Estamos Juntos! foi idealizado após estudos sobre as atividades laborais do Programa de Ergonomia iniciado em fevereiro deste ano.

Através da realização de alongamentos no início da jornada de trabalho, o objectivo principal do Mexa-se, Estamos Juntos! é preparar as estruturas musculares e articulares dos trabalhadores para as suas actividades profissionais e, assim, evitar as dores musculares, além de proporcionar a melhor interação das equipes e a quebra da monotonia.

De acordo com fisioterapeuta ergonomista responsável pelo Programa, Cristina Lopes, "nas primeiras semanas após o início dos alongamentos preventivos, os nossos integrantes já referiram os benefícios. Este factor reforça a tese de que se pode promover a qualidade de vida com exercícios de baixa intensidade e curta duração – que também auxiliam na liberação de substâncias que promovem a sensação de bem-estar. A resposta está no nosso corpo e o importante é evitar o sedentarismo".

## O que são os alongamentos preventivos?

Os alongamentos preventivos – conhecidos também como ginástica laboral – são realizados no ambiente e dentro do horário de trabalho com o objectivo de melhorar a saúde, reduzir a fadiga, controlar o stress e prevenir doenças musculares relacionadas com o trabalho. O mapa de exercícios é preparado com base em estudos ergonómicos de cada actividade laboral e abrange todos os grupos musculares. A duração total dos exercícios é de 8 minutos.



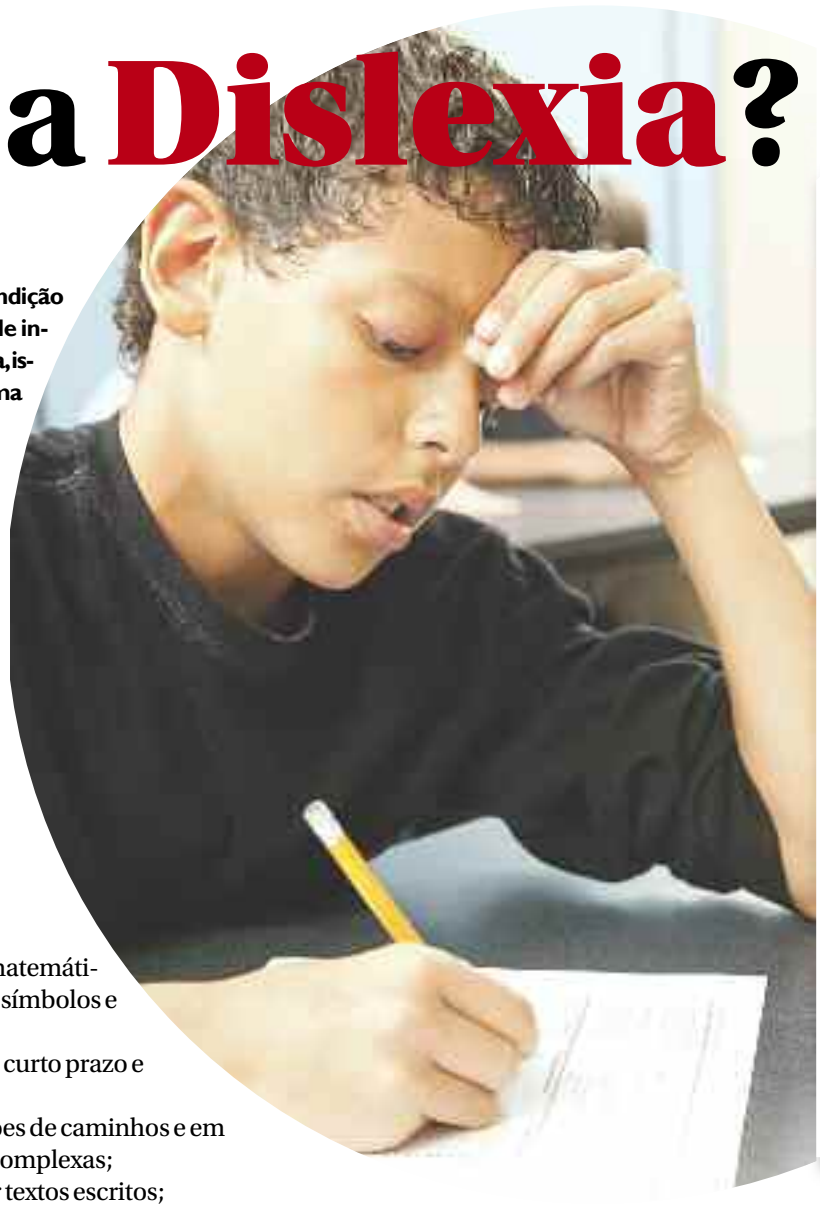


**O objectivo principal do programa Mexa-se, Estamos Juntos! é preparar as estruturas musculares e articulares dos trabalhadores para as suas actividades profissionais e, assim, evitar as dores musculares, além de proporcionar a melhor interacção das equipes e a quebra da monotonia**

# Sabe o que é a Dislexia?

## O QUE É A DISLEXIA

**A dislexia é um transtorno de aprendizagem, na área da leitura, soletração e escrita, com maior incidência nas salas de aula. Pesquisas realizadas em vários países mostram que entre 5% a 17% da população mundial é disléxica.**
**A dislexia não é o resultado de má alfabetização, desatenção, desmotivação, condição socioeconómica ou baixo índice de inteligência. Tem sim origem genética, isto é, alterações no padrão do sistema nervoso e pode ser hereditária.**



## SINAIS DE ALERTA

Os pais e educadores devem estar atentos se a criança a apresentar os seguintes sinais durante o desenvolvimento das actividades escolares

### Sempre:

- Dificuldades de linguagem e escrita:
- Dificuldades em escrever;
- Dificuldades na ortografia;
- Lentidão em aprender a ler;

### Às vezes:

- Dificuldades com a linguagem falada;
- Dificuldade com a percepção espacial;
- Confusão entre direita e esquerda.

### Muitas vezes:

- Disgrafia (letra feia);
- Discalculia, dificuldade com a matemática, sobretudo na assimilação de símbolos e de decorar tabuada;
- Dificuldades com a memória de curto prazo e com a organização;
- Dificuldades em seguir indicações de caminhos e em executar sequências de tarefas complexas;
- Dificuldades para compreender textos escritos;
- Dificuldades em aprender uma segunda língua.

## IDADE PRÉ-ESCOLAR

**Fique alerta se a criança apresentar alguns desses sintomas:**
- Dispersão;
- Fraco desenvolvimento da atenção;
- Atraso no desenvolvimento da fala e da linguagem;
- Dificuldade em aprender rimas e canções;
- Fraco desenvolvimento da coordenação motora;
- Dificuldade em montar um quebra-cabeça;
- Falta de interesse por livros impressos;

## IDADE ESCOLAR

**Nesta fase, se a criança continua apresentando alguns ou vários dos sintomas a seguir indicados, é necessário um diagnóstico e acompanhamento adequado, para que possa prosseguir os seus estudos junto com os demais colegas e tenha menos prejuízo emocional:**
- Dificuldade na aquisição e automação da leitura e escrita;
-Pobre conhecimento de rima (sons iguais no final das palavras) e aliteração (sons iguais no início das palavras);
-Desatenção e dispersão;
- Dificuldade em copiar de livros e da lousa;
- Dificuldade na coordenação motora fina (desenhos, pintura) e/ou grossa (ginástica, dança);
- Desorganização geral: constantes atrasos na entrega de trabalhos escolares e perda de materiais escolares, entre outros;
- Confusão entre esquerda e direita;
- Dificuldade em manusear mapas, dicionários, listas telefónicas, etc.
- Vocabulário pobre, com frases curtas e imaturas, ou frases longas e vagas;
- Dificuldade na memória de curto prazo, como instruções, recados, etc.
- Dificuldades em decorar sequências, como meses do ano, o alfabeto, tabuada, etc.
- Dificuldade na matemática e desenho geométrico;
- Dificuldade em nomear objectos e pessoas (disnomia);
- Troca de letras na escrita;
- Dificuldade na aprendizagem de uma segunda língua;
- Problemas de conduta como: depressão, timidez excessiva ou o ''palhaço" da turma;
- Bom desempenho em provas orais.
Se nesta fase a criança não for acompanhada adequadamente, os sintomas persistirão e irão permear a fase adulta, com possíveis prejuízos emocionais e consequentemente sociais e profissional.

## ADULTOS

**Se não teve um acompanhamento adequado na fase escolar ou pré-escolar, o adulto disléxico ainda apresentará as seguintes dificuldades:**
- Dificuldade na leitura e escrita;
- Memória imediata prejudicada;
- Dificuldade na aprendizagem de uma segunda língua;
- Dificuldade em nomear objectos e pessoas (disnomia);
- Dificuldade com direita e esquerda;
- Dificuldade em organização;
- Aspectos afectivos emocionais prejudicados, trazendo como consequência: depressão, ansiedade, baixa auto-estima e algumas vezes o uso de drogas e o álcool.




## O que é o CECANA

O Centro de Capacitação e Atendimento Neuropsicológico de Angola (CECANA) é uma organização de carácter voluntário, aberta a todas as pessoas interessadas, nacionais e estrangeiras, que tem como objectivos:
a) Promover ações de formação e capacitação de técnicos de várias áreas do saber para realização de diagnósticos e atendimentos;
b) Desenvolver actividades de avaliação, diagnóstico e atendimento de pessoas com transtornos de aprendizagem;
c) Realizar seminários, workshops, conferências e oferecer serviços de orientação para pais e educadores com profissionais especializados;
d) Criar parcerias com instituições nacionais e internacionais visando o encaminhamento, troca de informações e serviços qualificados.

## VISÃO

Ser a organização não governamental mais actuante, respeitada e reconhecida, nacional e internacionalmente, nas comunidades profissionais e pelo público em geral, no campo da dislexia e dos transtornos de aprendizagem.

## MISSÃO

-Ajudar de todas as formas o disléxico e os portadores de transtornos de aprendizagem, pertencentes à população mais carenciada.

- Actuar para que os disléxicos e os portadores de transtornos de aprendizagem se transformem em cidadãos produtivos, evitando a sua marginalização, quer da educação formal, quer do mercado de trabalho.

- Liderar e agir activamente nas áreas de diagnóstico, acompanhamento, investigação, cursos e eventos sobre dislexia, transtornos de aprendizagem e TDAH.

- Colaborar com o Governo e entidades privadas que actuem na área do TDAH, da educação e inclusão.


ALÔ MUNDO
O mundo está a 30 Kz de distância.
SALUT!
movicel
OLÁ!
HELLO!
900Kz = 30 minutos de chamadas internacionais*.
Validade de 7 dias.
Envia sms para 19305 e activa já.
HALLO!
*CONSULTE A LISTA DE PAÍSES EXCLUÍDOS NO SITE.
Leila Lopes
APOIO AO CLIENTE
1 9 1 9 1
www.movicel.co.ao
facebook.com/movicel

# Diagnóstico

A dislexia deve ser diagnosticada por uma equipe multidisciplinar que avalia o possível portador. Esse tipo de avaliação multidisciplinar cria condições para um acompanhamento mais eficaz das suas dificuldades após o diagnóstico, direccionando-o às particularidades de cada indivíduo, levando a resultados mais concretos.

Uma equipe multidisciplinar, formada por psicólogo, fonoaudiólogo, defectólogo e psicopedagogo deve iniciar uma minuciosa investigação. Essa mesma equipe deve ainda garantir uma maior abrangência do processo de avaliação, verificando a necessidade do parecer de outros profissionais, como Neurologista, Oftalmologista e outros, conforme o caso.

A equipe de profissionais deve verificar todas as possibilidades antes de confirmar ou descartar o diagnóstico de dislexia. É a chamada avaliação multidisciplinar e de exclusão. Outros factores deverão ser excluídos, como o défice intelectual, disfunções ou deficiências auditivas e visuais, lesões cerebrais (congénitas e adquiridas), desordens afectivas anteriores ao processo de fracasso escolar (com constantes fracassos escolares, o disléxico irá apresentar prejuízos emocionais, mas estes são consequências, não causa da dislexia).

Neste processo de avaliação é muito importante tomar o parecer da escola, dos pais e levantar o histórico familiar e de evolução do paciente.

A avaliação não só identifica as causas das dificuldades apresentadas, como permite dar um encaminhamento adequado a cada caso, por meio de um relatório.

Sendo diagnosticada a dislexia, o encaminhamento orienta o acompanhamento consoante às particularidades de cada caso, o que permite que este seja mais eficaz e mais proveitoso. O profissional que acompanhar o indivíduo diagnosticado fará o seu trabalho com base nos pareceres constantes do relatório feito pela equipa multidisciplinar.

Conhecendo as causas das dificuldades, o potencial e as particularidades do indivíduo, o profissional pode utilizar a linha de acompanhamento que achar mais conveniente para cada caso. Para que o acompanhamento tenha êxito é importante que haja entrosamento entre profissional e paciente. Também é de extrema importância que haja troca de informações, experiências e sintonia dos procedimentos executados, entre profissional, escola e família.

**Porquê um diagnóstico multidisciplinar e de exclusão?**

Somente um diagnóstico multidisciplinar pode identificar com precisão o que está ocorrendo. Os distúrbios de leitura e escrita são os factores de maior incidência em sala de aula, mas nem todos têm uma causa comum. Embora a dislexia seja o maior índice, outros factores também podem causar os mesmos sintomas; distúrbios psicológicos, neurológicos, oftalmológicos, etc.

Uma equipe multidisciplinar analisa o indivíduo como um todo, verificando todas as possibilidades.

**O disléxico precisará sempre de suporte e/ou acompanhamento profissional?**

Uma pessoa disléxica sempre será um disléxico. Não podemos alterar esse fato, mas com acompanhamento adequado, mediante uma avaliação adequada, o disléxico evoluirá de forma consistente em seu acompanhamento até obter alta. Esse tempo de acompanhamento varia de disléxico para disléxico, além de que temos que considerar os diferentes graus da dislexia (leve, moderado e severo). Desde o princípio do acompanhamento que o próprio disléxico, os familiares e a escola poderão notar as mudanças, o que vai ser altamente positivo para sua vida académica, familiar, social e profissional.

Deve-se lembrar sempre que o disléxico tem uma dificuldade, não uma impossibilidade. Devidamente acompanhado ele vai paulatinamente superando ou contornando suas dificuldades.

**Qual a idade ideal para se fazer um diagnóstico?**

Qualquer idade, sendo adulto ou jovem terá atendimento adequado à sua faixa etária. Muitas vezes, antes do primeiro ano de alfabetização, poderá ocorrer um ''quadro de risco''. Ou seja, poderá não ser confirmada a dislexia, mas também não se descartam outros factores. Podemos sugerir um acompanhamento adequado e fazer uma observação mais cuidadosa, até podermos diagnosticar com precisão, após a alfabetização, se há, de fato, a presença de um quadro de dislexia.

## 9 Dicas para lidar com o disléxico em casa



1 - Dividir a lição em partes para cansar menos e a produção ser maior.

2 - Alguém estar ao lado para ler os enunciados, ou explicá-los, caso a criança tenha dúvidas.

3 - Dividir a leitura de livros com a criança: a criança lê uma parte, a mãe, pai ou irmão, outra e assim sucessivamente. Começar a leitura de um livro muito antes da realização de provas escolares para permitir a sistematização do conteúdo da leitura por partes.

4 - Procurar livros, sites ou outros materiais de estudo que demonstrem através de figuras, desenhos, esquemas a matéria de forma concreta para facilitar a compreensão.

5 - Adquirir filmes que retratem questões históricas ou literárias – que se enquadram nos conteúdos escolares estudados – também ajudam na aprendizagem.

6 - Valorizar positivamente os feitos da criança e não destacar somente os erros, tanto na escola como nas suas actividades quotidianas.

7 - Observar a criança e perceber o que para ela funciona melhor: estudar à tarde, pela manhã ou à noite; sozinha ou acompanhada; fazer intervalos de 15 minutos ou meia hora, etc. Cada criança é diferente da outra e os disléxicos não são a excepção.

8- Não corrigir sistematicamente erros da escrita e dismonia (trocas de palavras).

9 - Demonstrar amor, carinho e aceitação, incentivando à superação das dificuldades.

## CECANA

Centro de Capacitação e Atendimento Neurológico de Angola
Bairro Operário, Prédio nº 35, 2º andar, Apart. J, Luanda
Tel.: + (244) 912 868 123 | E-mail: geral@cecana.org
www.cecana.org






CLÍNICA MEDITEX

# A Cirurgia de Invasão Mínima revolucionou as ciências cirúrgicas e tem um presente e futuro prometedor



SIGIFREDO DE LA CARIDAD MONTERO FERRER
Médico Especialista em Cirurgia
Clínica MEDITEX

**O que é a Cirurgia de Invasão Mínima**

A cirurgia de invasão mínima (CIM), conhecida também como cirurgia de acesso mínimo ou cirurgia endoscópica, surge no século XX graças à vinculação e aplicação nas ciências cirúrgicas dos conhecimentos e benefícios alcançados pela revolução científica e técnica deste século. Em particular, na videoelectrónica, onde, através de um sistema de lentes e uma videocâmara, pode-se virtualmente mostrar os órgãos na tela de um monitor de alta resolução e atuar cirurgicamente sobre eles, sem a necessidade do trauma cirúrgico que representam as feridas necessárias para a realização da cirurgia aberta ou convencional.

No início, a CIM foi recebida pelos cirurgiões simplesmente como uma nova tecnologia que permitia realizar, com certas vantagens quanto a custo fisiológico, as mesmas operações realizadas por uma cirurgia aberta. Tal visão inicial mostrou ser limitada, porque com o desenvolvimento na sua aplicação e a incorporação de novos conhecimentos científicos da medicina e de outros ramos das ciências, a cirurgia de invasão mínima teve, e tem, implicações que vão mais além de um simples avanço tecnológico e do uso de uma nova instrumentação.

Por esta razão, muitos vêem-na como um novo tipo de cirurgia representando uma abordagem inteiramente diferente na terapêutica cirúrgica. Sem dúvida uma nova atitude e, possivelmente, uma nova teoria cirúrgica que permite reparar, ressecar, anastomosar ou substituir um órgão com a menor agressão biológica possível. E a sua aplicação não se limita apenas às especialidades de perfil cirúrgico, como a cirurgia geral, a urologia ou a ginecologia e obstetrícia, mas também se estende a outras de apoio clínico, na gastrenterologia, na imaginologia e na cardiologia, nos chamados procedimentos intervencionistas não cirúrgicos.

**Vantagens da Cirurgia de Invasão Mínima**

Como se refere anteriormente, a cirurgia de invasão mínima permite abordar e tratar os órgãos nas diferentes cavidades do corpo sem a necessidade ou minimizando o trauma cirúrgico necessário na cirurgia aberta. Isto traduz-se em poder realizar pequenas feridas cirúrgicas conhecidas como portos de trabalho, que, nas técnicas atualmente padronizadas, são geralmente da ordem dos 10, 5 e 3 mm de longitude. Com isso, a exposição do interior das cavidades do corpo ao meio externo é mínima, assim como a manipulação das estruturas e órgãos vizinhos ao sítio operatório. Diminuem-se, assim, os riscos próprios das feridas cirúrgicas convencionais, como a infecção, o sangramento, os hematomas, a evisceração, as hérnias incisionais e as cicatrizes hipertróficas. Outras

MEDITEX
Serviços Médicos Estomatológicos e Farmacêuticos

ATENÇÃO HUMANA
E PROFISSIONALISMO MÉDICO
24 HORAS






Especialidades Clínicas
- Medicina Interna
- Pediatria
- Puericultura
- Neonatologia
- Neurologia
- Gastroenterologia
- Cardiologia
- Dermatologia
- Podologia
- Endocrinologia
- Saúde mental
- Fisiatria
- Medicina geral Integral
- Ozonoterapia
- Reumatologia
- Cuidados intensivos do adulto e da criança
- Check-up médico para trabalhadores e pessoas com pretensão de realizar estudos no estrangeiro

Especialidades Cirúrgicas
- Cirurgia Geral
- Cirurgia Pedriátrica
- Cirurgia Videoendoscópica
- Máxilofacial
- Cirurgia Ginecológica e Obstetra
- Ortopedia e Traumatologia
- Neurocirurgia
- Urologia
- Otorrinolaringologia
- Cirurgia Estética
- Cirurgia Vascular
- Angiologia
- Estomatologia básica, ortodôncia e prótese bucal
- Oftalmologia e cirurgia oftalmológica pediátrica
- Anestesiologia e tratamento da dor crónica

SERVIÇOS DE MEIOS DE DIAGNÓSTICO
Laboratório Clínico; Microbiologia
Neurofisiologia; Rx e Ecografia
Endoscopia do espaço digestivo superior e inferior e laparoscopia diagnóstica

CENTRO OFTALMOLÓGICO E CLÍNICA ESTOMATOLOGIGA
NOVAS CONSULTAS
2º E 4º SÁBADO DE CADA MÊS

SERVIÇO DE AMBULÂNCIA, BANCO DE URGÊNCIA E INTERNAMENTO

Rua da Missão, nº 52, Ingombota, Luanda, Angola -Telefones: 928616507 / 912300744

complicações mais dependentes da abertura, manipulação e exposição dos órgãos na cirurgia aberta, como são o íleo paralítico e as aderências pós-operatórias, mostraram uma diminuição significativa no desenvolvimento da CIM.

A maioria dos autores assinala como principais vantagens: as incisões e cicatrizes menores do que com as técnicas tradicionais com maior resultado estético, pós-operatórios com menos desconforto e com menor risco de infecções por feridas ou outras complicações, a redução de custos derivada de uma estadia hospitalar mais curta e a recuperação e incorporação à vida quotidiana de maneira mais rápida. São estas e outras as vantagens que foram surgindo no decurso do desenvolvimento da Cirurgia de Invasão Mínima e que promoveram a sua generalização a nível mundial.



"Através de um sistema de lentes e uma vídeo câmara, pode-se virtualmente mostrar os órgãos num monitor de alta resolução e actuar cirurgicamente sobre eles, sem a necessidade do trauma cirúrgico que representam as feridas necessárias para a realização da cirurgia aberta ou convencional"

**Desvantagens da Cirurgia de Invasão Mínima**

As principais limitações são de carácter técnico. Nem todos os órgãos e tecidos do corpo humano podem ser operados, devido ao facto dos instrumentos não conseguirem aceder a determinadas regiões do organismo. Estas limitações vão, todavia, desaparecendo dia a dia. Seguindo o desenvolvimento desta cirurgia podemos comprovar a mudança revolucionária de instrumentos rígidos por outros semi-flexíveis, flexíveis e "invertebrados", de igual ou menor diâmetro, e com maior manobrabilidade, que facilitaram a realização de técnicas cirúrgicas mais complexas.

Uma desvantagem relativa da CIM ao compará-la com a cirurgia aberta está relacionada com o cirurgião que a realiza. Na cirurgia aberta, a interacção do cirurgião com o paciente é directa. Ele vê, com os seus próprios olhos, apalpa e manipula os órgãos com suas mãos. Portanto, a experiência sensorial acumulada e a habilidade técnica de suas mãos são os factores principais para o desenvolvimento com êxito da operação. Entretanto, na Cirurgia de Invasão Mínima esta visão já não é direta. O cirurgião não olha o campo operatório, a não ser a imagem transmitida por uma tela electrónica e não apalpa, nem manipula, diretamente os tecidos. Isto só pode realizá-lo uma vez extraído o tecido, ou órgão, no final do acto operatório. Por isso a CIM depende predominantemente da tecnologia e é necessário o seu domínio e controle para poder efectuar com êxito as operações.

Outra desvantagem assinalada é o custo elevado do equipamento que não permite que todos os centros hospitalares o possam adquirir, ao menos em sua totalidade. Mas está demonstrado que é recuperado satisfatoriamente pela alta demanda e seus espectaculares resultados.

**Futuro promissor**

A cirurgia de invasão mínima provocou uma revolução dentro das ciências cirúrgicas só comparável à corrida dos finais do século XIX e XX com o surgimento e desenvolvimento posterior da anestesiologia. Procedimentos que, no início, tinham um objetivo de exploração ou diagnóstico, como a laparoscopia, converteram-se em padrões de primeira linha na realização de tratamentos cirúrgicos. O seu desenvolvimento só pode ser travado com a paragem da revolução científica e técnica e do engenho criador do homem. Sendo isto impossível, podemos afirmar que a Cirurgia de Invasão Mínima tem um presente e um futuro prometedor, assim como um alcance que difícil de imaginar no momento actual.

# Tipos de Cirurgia de Invasão Mínima

Existem quase tantos tipos de cirurgias de invasão mínima como especialidades cirúrgicas. Só faremos menção das realizadas na Clínica MEDITEX e outras com projecção mediática na sua realização e desenvolvimento:

**ARTROSCOPIA:** Permite examinar o interior de uma articulação e realizar operações. As mais frequentes são operações ao menisco e de ligamentos.
**COLPOSCOPIA:** Exame do colo do útero e da vagina mediante um endoscópio especialmente desenhado que se introduz através da vagina. Permite cirurgias de tumores e infecções destes órgãos.
**CISTOSCOPIA:** Muito conhecida pois permite tratar enfermidades da próstata, assim como as enfermidades da bexiga e dos ureteres.
**ENDOSCOPIA DIGESTIVA:** Emprega-se para tratamentos mini-invasivos de muitas enfermidades. Entre as mais conhecidas estão a obstrução das vias biliares – onde se realiza a colangiopancreatografia retrógada endoscópica com fins diagnósticos e terapêuticos –, o sangramento digestivo com a aplicação de electrocoagulação, injecção de substâncias esclerosantes e ligadura das venhas sangrantes e a amputação de pólipos ou tumores. É uma das mais desenvolvidas e padronizadas no mundo e, este ano, serão realizadas na clínica Meditex com a chegada do equipamento necessário. Neste momento, efectuam-se os procedimentos diagnósticos, não menos importantes, que incluem a endoscopia superior, a anoscopia, a rectosigmoidoscopia, a colonoscopia esquerda e a coloscopia total.
**MEDIASTINOSCOPIA:** Exame endoscópico, com possibilidade de realizar operações, do mediastino antero-superior da cavidade torácica.
**TORACOSCOPIA:** Exploração endoscópica da cavidade pleural (tórax) que permite tratar cirurgicamente múltiplas enfermidades.
**LAPAROSCOPIA:** É a abordagem endoscópica da cavidade abdominal. No decurso da sua evolução no tempo e com base nos bons resultados alcançados, padronizaram-se diferentes técnicas cirúrgicas que constituem o paradigma no tratamento de diferentes doenças, passando a cirurgia aberta a complemento, ou opção secundária, quando cirurgicamente não é possível realizar por via endoscópica. Exemplo disso é a Colecistectomia videoendoscópica popularizada em 1987 e rapidamente propagada no mundo pelos resultados espectaculares na sua aplicação, constituindo a regra de ouro no tratamento das enfermidades da vesícula biliar com indicação cirúrgica. Podemos afirmar também que foi o motor impulsor para que os cirurgiões gerais, e de outras especialidades cirúrgicas, se motivassem no desenvolvimento e padronização de outras técnicas por via laparoscópica, com a criação de numerosos instrumentos e equipes que converteram a endoscopia numa alternativa de tratamento cirúrgico de muitas enfermidades que só eram realizadas por cirurgia aberta. Exemplo disso são a funduplicatura na enfermidade de vazante gastroesofágico, a esplenectomia nas enfermidades do baço, a suprarrenalectomia nas enfermidades da glândula suprarrenal, as recepções ou derivações do intestino magro e grosso, em dependência da enfermidade a tratar, a histerectomia, a cirurgia da obstrução tubos e a do ovário no ramo ginecológico, a cirurgia da apêndice cecal no caso das apendicites agudas. Muitas delas estão em condições de ser realizadas quando o paciente é atendido na Clínica Meditex, tais como: a colecistectomia laparoscópica, a apendicetomia, a obstrução tubos distal, a gravidez ectópica e as cirurgias do ovário. Outras começarão a aplicar-se a curto prazo como são a cirurgia da enfermidade da vazante gastroesofágico, a cirurgia do baço e a cirurgia do cólon, para citar alguns exemplos.




clínica **caridade**
especializa em bem-estar

## ESPECIALIDADES

- MEDICINA INTERNA
- MEDICINA INTENSIVA DO ADULTO
- GINECOLOGIA
- OBSTETRÍCIA
- NEONATOLOGIA
- PEDIATRIA
- CARDIOLOGIA
- OFTALMOLOGIA
- NEUROLOGIA
- ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
- CIRURGIA
- GASTROENTEROLOGIA
- FISIOTERAPIA
- PSICOLOGIA
- ANESTESIA
- MEDICINA GENERAL INTEGRAL
- ESTOMATOLOGIA



## PRINCIPAIS MEIOS DE DIAGNÓSTICO

- IMAGIOLOGIA: RAIOS X,USG, TAC
- LABORATÓRIO CLÍNICO
- ENDOSCOPIA



## OTROS SERVICIOS ESPECIALIZADOS

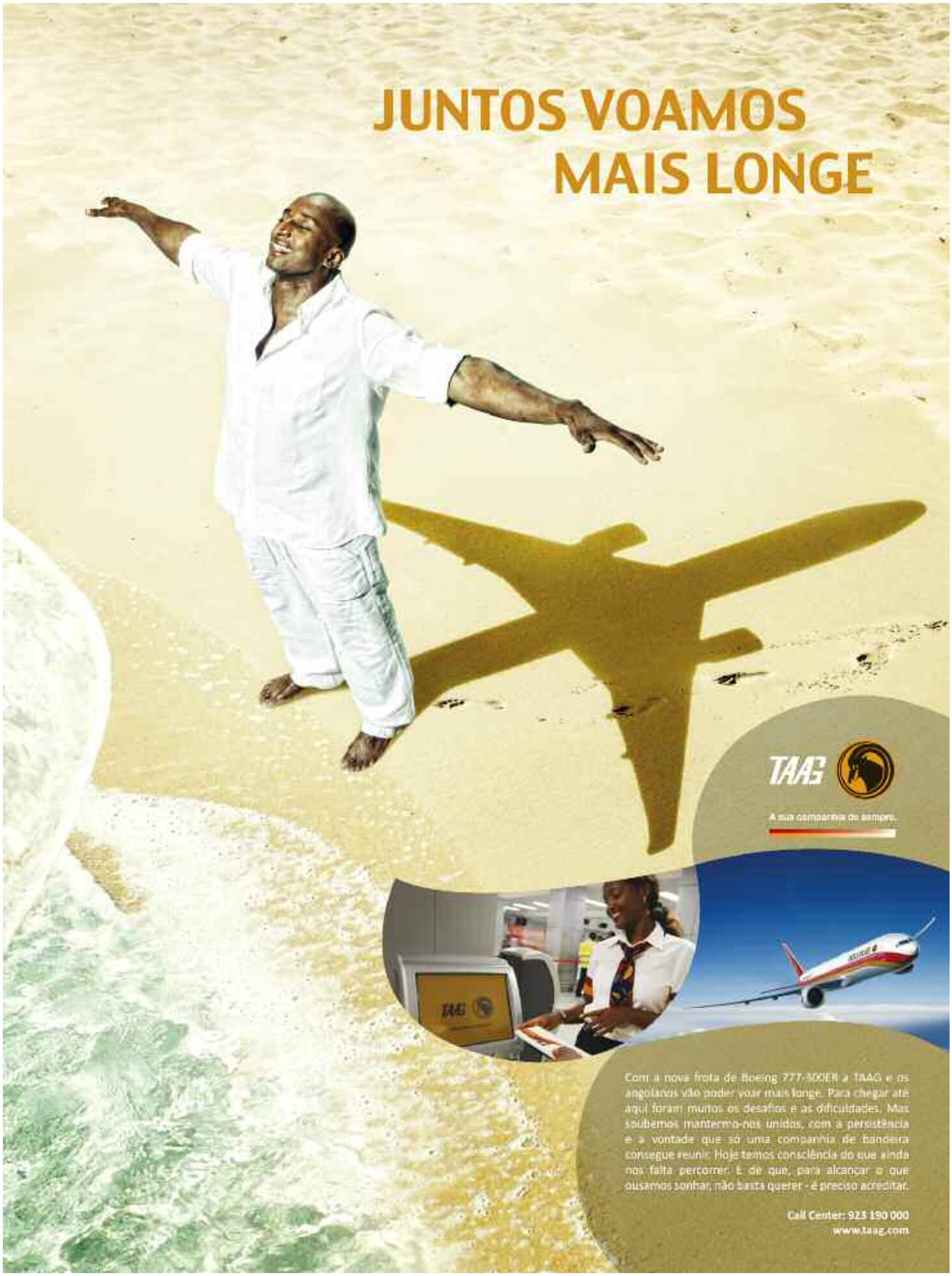
- CLÍNICA DOR: CRANEOPUNTURA







Rua 53, Projecto Nova Vida, Luanda
**Tel.:** + 244 227 270 167 **Site:** www.clinicacaridade.com


JUNTOS VOAMOS
MAIS LONGE
TAAG
A sua companhia de sempre.
Com a nova frota de Boeing 777-300ER a TAAG e os angolanos vão poder voar mais longe. Para chegar até aqui foram muitos os desafios e as dificuldades. Mas soubemos mantermo-nos unidos, com a persistência e a vontade que só uma companhia de bandeira consegue reunir. Hoje temos consciência do que ainda nos falta percorrer. E de que, para alcançar o que ousamos sonhar, não basta querer - é preciso acreditar.
Call Center: 923 190 000
www.taag.com