



Publicações



LIVE MEDICINA INTERNA

DIRETOR: JOSÉ ALBERTO SOARES
TRIMESTRAL | OUT./NOV./DEZ. 2018
ANO 4 | NÚMERO 16 | 3 EUROS
WWW.JUSTNEWS.PT



*Reuniões dos núcleos
de Estudos de:*

- Cuidados Paliativos
- Insuficiência Cardíaca
- Doenças Respiratórias

9.ª Escola de Verão de MI
com participação recorde

Vasco Barreto, secretário-geral da SPMI:

**"TODOS OS DOENTES INTERNADOS
DEVIAM SER ACOMPANHADOS
POR UM INTERNISTA"**



PUBLICIDADE





PUBLICIDADE

sumário

Entrevista

06 Vasco Barreto

“Os modelos organizacionais dos hospitais vão ter de evoluir no sentido de todos os doentes internados terem um internista”

Reportagem

14 Serviço de Medicina Interna do Hospital de Vila Franca de Xira

A MI como especialidade “organizadora e estruturante do processo assistencial do doente”

Notícias

05 Núcleo de Doenças Respiratórias realizou 1.ª reunião na Sertã

NEDRESP quer contribuir para melhorar capacidades de diagnóstico e tratamento

19 “Importa identificar bem os casos de IC”

Paulo Bettencourt, na sequência da I Reunião do NEIC-SPMI

21 “Formação em Medicina Paliativa deveria ser obrigatória no internato médico”

Considera Duarte Soares, presidente da Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos (APCP)

Discurso direto

20 Pedro Moraes Sarmiento

Tratamento farmacológico da insuficiência cardíaca em 2018

22 Elga Freire

Comunicação em Cuidados Paliativos e em fim de vida

Espaço Internos

23 António Grilo Novais, coordenador do NIMI

“A MI deverá acreditar no futuro, que somos nós”

24 Sofia Nóbrega

Escola Europeia de Inverno de MI

25 9.ª Escola de Verão de MI

Participação recorde

26 Flávio Pereira

Escola de Verão: a perspetiva de um dos participantes

Festa da Saúde da SPMI animou os Jardins do Palácio de Cristal



Luís Campos, Olga Gonçalves, João Araújo Correia e Vasco Barreto

O Porto acolheu a 2.ª edição da Festa da Saúde, uma iniciativa da SPMI que arrancou em 2017, em Lisboa, mobilizando a população da capital nos Jardins de Belém. Agora, o local escolhido foram os Jardins do Palácio de Cristal, que tiveram, assim, uma animação muito especial durante os dias 7 e 8 de julho.



Foto da capa Vasco Barreto fotografado na Casa de Chá da Boa Nova, em Leça da Palmeira.



LIVE Medicina Interna

Diretor: José Alberto Soares **Assessora da Direção:** Cláudia Nogueira **Assistente de Direção:** Goreti Reis **Redação:** Maria João Garcia, Sílvia Malheiro, Susana Catarino Mendes **Fotografia:** Joana Jesus, Nuno Branco - Editor **Publicidade:** Ana Paula Reis, João Sala **Diretor de Produção Interna:** João Carvalho **Diretor de Produção Gráfica:** José Manuel Soares **Diretor de Multimédia:** Luís Soares **Morada:** Alameda dos Oceanos, Nº 25, E 3, 1990-196 Lisboa **LIVE Medicina Interna é uma publicação da Just News**, de periodicidade trimestral, dirigida a profissionais de saúde, isenta de registo na ERC, ao abrigo do Decreto Regulamentar 8/99, de 9/06, Artigo 12º nº 1A **Tiragem:** 5000 exemplares **Preço:** 3 euros **Depósito Legal:** 386025/14 **Impressão e acabamento:** TYPIA - Grupo Monterreina, Área Empresarial Andalucía 28320 Pinto Madrid, Espanha **Notas:** 1. A reprodução total ou parcial de textos ou fotografias é possível, desde que devidamente autorizada e com referência à Just News. 2. Qualquer texto de origem comercial eventualmente publicado nesta revista estará identificado como "Informação".

geral@justnews.pt
agenda@justnews.pt
Tel. 21 893 80 30
www.justnews.pt

Publicações

justNews

NEDRESP QUER CONTRIBUIR PARA MELHORAR CAPACIDADES DE DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO

Núcleo de Doenças Respiratórias realizou 1.^a Reunião na Sertã

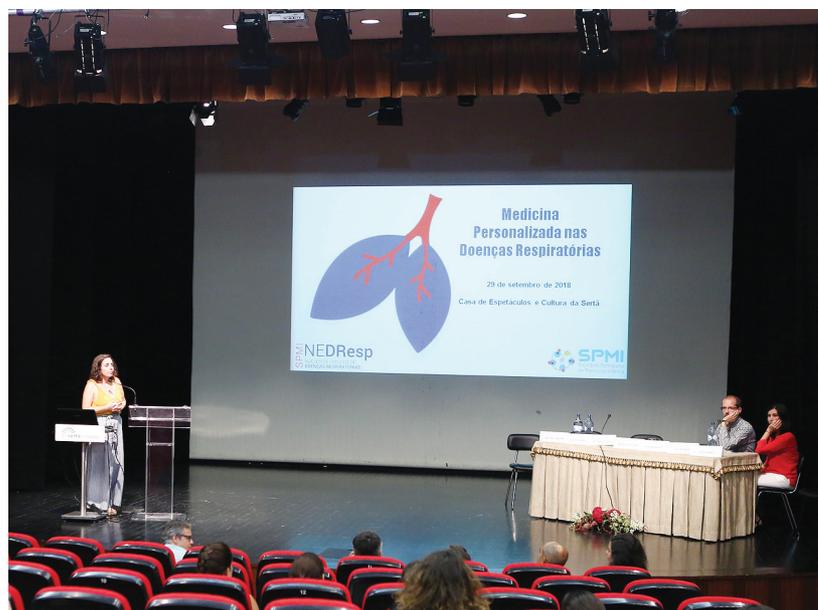
É um dos mais recentes núcleos da SPMI. “Temos que reconhecer que não foi fácil arrancar com a sua criação”, afirma Alfredo Martins, coordenador do Núcleo de Estudos de Doenças Respiratórias (NEDResp), que realizou dia 29 de setembro a sua primeira reunião, na Sertã. Em declarações à *Just News*, o médico refere que “a dificuldade foi sendo ultrapassada à medida que foi crescendo o número de jovens internistas interessados em aprofundar conhecimentos e melhorar competências na gestão de doentes respiratórios e, com isso, surgiu a oportunidade de criar o NEDResp”. Nesta fase inicial, uma vez que o Núcleo “tem que se dar a conhecer e demonstrar a sua utilidade, o secretariado está a trabalhar com esse objetivo em mente”. Alfredo Martins está convicto de que “os internistas estão certamente disponíveis e empenhados para colaborar com o NEDResp, para que melhorem as capacidades de diagnóstico e tratamento nas doenças respiratórias”. Apesar de ter a sua origem no norte de Portugal, o responsável faz questão de salientar que o Núcleo “é nacional e tem necessidade de se estender a todo o país. Para isso, precisamos que os sócios da SPMI de todo o país com gosto particular por doenças respiratórias se inscrevam no NEDResp”.

Novos dados clínicos “podem ajudar num diagnóstico mais preciso”

O programa da primeira reunião do NEDResp esteve centrado nas principais doenças das vias aéreas (DPOC, asma e bronquiectasias) e na insuficiência respiratória e suporte da função respiratória. Segundo Alfredo Martins, durante a reunião, subordinada ao lema “Medicina Personalizada nas Doenças Respiratórias”, não foram evitadas as dificuldades que frequentemente são encontradas na prática clínica na definição de asma, DPOC ou bronquiectasias: “São três

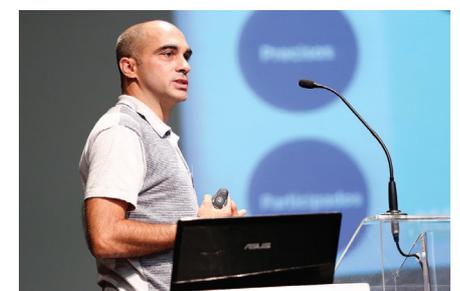


Elementos envolvidos no desenvolvimento do NEDResp e na realização da sua primeira reunião



doenças crónicas das vias aéreas, cujo diagnóstico diferencial é muitas vezes difícil de resolver.” Igualmente em foco estiveram questões relacionadas com a gestão dos doentes que, “muito frequentemente, apresentam comorbilidades significativas, que condicionam as intervenções terapêuticas”.

“Quisemos levar essas dificuldades para a reunião e debatê-las, para além dos dados clássicos, em que estamos habituados a suportar os diagnósticos, numa perspetiva da medicina de precisão, utilizando elementos novos que nos têm sido proporcionados pelos avanços biomédicos”, afirma o internista do Hospital Luz Arrábida.



VASCO BARRETO, SECRETÁRIO-GERAL DA SOCIEDADE PORTUGUESA DE MEDICINA INTERNA:

“Os modelos organizacionais dos sentido de todos os doentes inter



hospitais vão ter de evoluir no nados terem um internista”



Aos 44 anos, o atual secretário-geral da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna (SPMI), Vasco Barreto, dirige o Serviço de Medicina Interna do Hospital Pedro Hispano, que integra a Unidade Local de Saúde de Matosinhos. A Medicina Interna, a família e a escrita são três das suas grandes paixões. À Just News, o internista fala sobre o seu percurso até aqui e, entre outros temas, sobre o momento que vive a Medicina Interna em Portugal.

Just News (JN) – Nasceu em Aveiro, em 23 de julho de 1974. Desde quando está ligado ao Porto?

Vasco Barreto (VB) – Vivi em Aveiro até aos 18 anos, altura em que entrei para a Faculdade (Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar – ICBAS) e vim para o Porto, onde me mantenho desde então.

JN – Como foi a sua infância e juventude?

VB – Aveiro é uma cidade muito luminosa e muito plana, perto do mar, onde se pratica muito desporto. A minha infância foi sempre ligada à praia e ao desporto. A minha avó tinha uma casa perto da praia, onde passávamos boa parte do ano. Desde pequeno pratiquei natação e mais tarde estive no andebol federado.

Outras curiosidades da minha infância estão relacionadas com a minha família. O meu pai é *designer* gráfico e, embora não tenha tido carreira artística, desenha e fotografa e tive sempre contacto com este meio. Passava horas no ateliê dele a vê-lo. A minha mãe é educadora de infância e está ligada à educação pela arte, de maneira que só por milagre é que não tenho talento absolutamente nenhum para o desenho.

Além disso, também gosto de escrever, uma paixão que talvez esteja mais relacionada com o meu bisavô. A certa altura, ele vivia sozinho, numa casa enorme, então os meus pais foram viver para lá. Ainda morámos com ele uns anos, antes da sua morte. Durante décadas, ele foi reitor do Liceu de Aveiro. Era professor de Português e autor da Gramática Nacional e da Seleta Literária do Antigo Regime, embora sem qualquer ligação política ao mesmo. A minha memória dele é de um homem de 90 e tal anos, que fazia jogos linguísticos connosco, que nos passeava na biblioteca e que nos dava pastilhas *Rennie* em vez de rebuçados. Foi uma figura muito marcante na minha vida.

JN – Tem irmãos?

VB – Sim, somos quatro. Sou o mais velho. Uma das minhas irmãs tem um ano de diferença. O irmão a se-

guir tem uma diferença de quatro anos e a outra irmã é 14 anos mais nova. Com ela já foi uma relação mista de irmão mais velho e de pai. Somos todos muito amigos. Aveiro é uma cidade muito pacífica e agradável para se crescer!

JN – Como surgiu a Medicina na sua vida? Tem mais médicos na família?

VB – Tenho alguns. Mas acho que a minha escolha pela Medicina não esteve relacionada com o facto de ter tios e um tio-avô médico. A minha aproximação deveu-se mais ao facto de sempre ter gostado de Ciências e, a meio do Liceu, ter começado a pensar nessa área, mais especificamente na Biologia e nas Ciências Naturais. Desde a Primária, sempre tive também um fascínio enorme pelo corpo humano. Quando percebi que fazer Medicina permitia aprofundar este interesse e trabalhar muito com relações humanas, acabei por decidir. Também tinha boas notas, o que me permitiu concorrer sem dúvidas – entrei no ICBAS como primeira opção.

JN – E a Medicina Interna?

VB – Desde que comecei a ter disciplinas clínicas, a partir do 4.º ano, que percebi que queria ser internista. Houve uma altura, no 5.º ano, em que ainda pensei na Psiquiatria, mas depois rapidamente concluí que, de facto, queria ser internista. Aliás, passei metade do curso como se já fosse interno de Medicina. Para mim, imaginar-me numa especialidade parcial é uma espécie de “batota” cognitiva. O que mais me fascina na Medicina é o desafio da complexidade e de compreender fisiopatologicamente tudo o que se passa com o doente.

JN – Nunca se arrependeu?

VB – Nunca, mesmo quando há semanas de 3-4 turnos de urgência. Não é a carga de trabalho que define a Medicina Interna. Numa reunião, um destes dias, houve um colega que dizia que “o internista não come

mel, come abelhas”. Ele dizia isto ironicamente para fazer um pouco a caricatura daquele internista que é um “animal” de trabalho. No entanto, apesar de muitos internistas terem uma vida de trabalho muito pesada, não é isso que define a especialidade. A carga de trabalho é circunstancial e acho que vai melhorar nos próximos anos. De qualquer forma, isso nunca me desmotivou!

JN – Fez o Internato no Hospital de Santo António (HSA). Como é que o Hospital Pedro Hispano (HPH) surge na sua vida?

VB – Foi uma coincidência que hoje considero feliz. No ano em que estava a terminar o Internato, a Administração do HSA decidiu que não iriam ser contratados internistas. Fui fazer o exame de fim de especialidade no HPH que, por acaso, estava a precisar de internistas. Fui um dos três contratados. No HPH consegui ter oportunidades que não deveria ter ou poderia levar anos a ter no HSA. Por exemplo, ao fim de menos de um ano convidaram-me para ser coordenador da formação do Serviço, o que, para mim, foi muito entusiasmante, porque sempre gostei de formação.

JN – E quanto tempo depois foi convidado para ser diretor do Serviço?

VB – Ao fim de nove anos. Tinha 41 anos quando assumi a Direção. Ainda hesitei um pouco, porque sentia que talvez fosse cedo de mais, mas aceitei. Felizmente, não estou muito sobrecarregado com tarefas puras de gestão, porque muitas delas dependem da Direção de Departamento. Faço muito a coordenação do trabalho clínico e de projetos. Por outro lado, seria impensável deixar de fazer clínica tão cedo! Não consigo trabalhar diretamente no internamento, porque obriga a presença contínua, mas mantenho-me na Urgência e na Consulta Externa.

JN – Dirige o Serviço de Medicina Interna, que está integrado no Departamento de Medicina. Na sua ótica, o modelo departamental é o mais adequado?

VB – Sem dúvida. E sob vários pontos de vista. Primeiro, do assistencial, porque para os doentes é melhor ser tratado num departamento deste tipo dado que, simultaneamente, o doente é observado por um internista, que o vê de um modo global, estando em condições de definir a ordem de prioridades em termos de diagnóstico e terapêutica a cada momento, tendo também sempre disponível a consultoria de outras especialidades. Se o internista estiver perante uma doença rara da área endocrinológica, que conheça mal, pede ajuda de um endocrinologista com treino nessa área. Se precisa de uma técnica que o internista não faça – por exemplo, da Pneumologia ou da Gastrenterologia – também tem esse apoio. Nunca se perde a abordagem generalista nem a especificidade técnica e a consultoria mais especializada.

Para o doente é fabuloso e para o hospital é muito mais eficiente. Em vez de ter serviços estanques, separados, em que, se calhar, as pessoas estão mal aproveitadas, tem um grande serviço de Medicina que toma conta de todos os doentes e, depois, pequenos serviços de outras especialidades que se dedicam, sobretudo, às técnicas

e às consultas. Assim, conseguimos, por exemplo, ter tantos enfartes agudos do miocárdio como os grandes centros do país, tendo um Serviço de Cardiologia pequeno, e isso só é possível por termos esta estrutura.

JN – Na sua opinião, qual deve ser o papel do internista no hospital?

VB – Num departamento médico, deve assumir o mesmo papel que em Matosinhos, ou seja, todo o doente que é internado tem um internista que é responsável pelo internamento, pela observação diária do doente e pela articulação entre as diferentes especialidades de que esse doente possa precisar.

Mas no hospital o internista tem de ter outras missões que ainda não está a assumir em quase nenhum lugar, inclusive no HPH, mas acho que são caminhos que é necessário percorrer. Uma das missões é estar presente nas enfermarias cirúrgicas. Hoje, um doente de 75 anos, diabético e com insuficiência cardíaca vai ser internado por infeção urinária no Serviço de Medicina, sendo visto por médicos que sabem tratar cada um dos seus problemas e as intercorrências que podem surgir. Se for internado por colecistite aguda, o mesmo doente vai para o Serviço de Cirurgia Geral, onde só se sabe tratar aquele problema. Se fraturar o colo do fémur vai para a Ortopedia e a situação é idêntica. Isto, do ponto de vista do doente, é impensável! Os modelos organizacionais dos hospitais vão ter de evoluir no sentido de todos os doentes internados terem um internista, porque assim é seguro que todos os problemas serão abordados. Esta é uma das grandes missões da Medicina Interna no futuro.

“HÁ UMA SÉRIE DE NOVAS NECESSIDADES NO SISTEMA DE SAÚDE ONDE A MI PODE TER UM PAPEL MUITO IMPORTANTE”

JN – Que momento vive a Medicina Interna em Portugal?

VB – Apesar de a SPMI fazer 67 anos este ano, a especialidade está-se a redescobrir. Há uma série de novas necessidades no sistema de saúde onde a MI pode ter um papel muito importante, mas não são áreas tradicionalmente de atuação dos internistas. Vamos ter que assumir um papel cada vez maior no doente agudo cirúrgico e, à medida que a população for tendo mais literacia em saúde e compreender o conceito de *patient safety*, vai ser impensável não se ter um internista nos serviços cirúrgicos. Outra área é o ambulatório, que não está ainda muito desenvolvida, mas que está a ser incentivada a nível governamental, como os projetos de integração de cuidados com proximidade aos CSP, a hospitalização domiciliária e, acrescentaria, com existência de consultas abertas no hospital, equipas de doentes crónicos complexos, consultas de reavaliação precoce... Enfim, um dispositivo de ambulatório muito mais ágil do que a Consulta Externa tradicional e que permita que os doentes entrem em circuitos diferentes dos habituais, até para desentupir a Urgência, que é uma área crítica.

Outro desafio para a Medicina Interna é o que acaba por ser um novo ciclo repetitivo do que aconteceu no



século XX: o conhecimento médico aumentou muito e a velha “Medicina” – que era a MI a meio do século passado – começou a ter profissionais especializados em determinadas áreas, o que levou à criação de novas especialidades, que esvaziaram a Medicina Interna e que depois constituíram serviços estanques. Nos anos 60, 70, 80, a MI acabou por passar por uma grave crise de identidade e ficou moribunda.

Entretanto, há mais ou menos 30 anos, a MI ressurgiu e cresceu progressivamente. Hoje em dia, esta especialidade, que se caracteriza e se afirmou pela abordagem global do doente, está novamente a assistir ao desenvolvimento de áreas de diferenciação – que são inevitáveis, e até desejáveis, mas temos que ter cuidado para que não se repita a fragmentação da especialidade, com serviços de Geriatria, Hepatologia, AVC, Insuficiência Cardíaca... completamente autónomos da especialidade. Ao dizer isto, não estou a defender a indeferênciação como um fim, mas sim a identidade generalista como um valor, o que é bem diferente.



JN – A diferenciação dos internistas não é positiva?

VB – É fundamental que a Medicina Interna, no seu seio, permita a diferenciação dos internistas, mas que esses médicos não deixem de ser internistas e que sejam capazes de conviver nas fronteiras com as especialidades com maior afinidade a essa área de diferenciação, o que não tem sido fácil. Porque há problemas “territoriais” nalgumas fronteiras, que são perniciosos e escusados. Nessas “zonas”, deveria existir diálogo construtivo entre internistas diferenciados numa dada área e especialistas tradicionais da área. Quando, em vez deste tipo de convivência saudável, se travam lutas corporativas, a própria imagem pública da classe médica sai prejudicada.

JN – Considera que deveria haver a especialidade de Urgência em Portugal?

VB – Não, mas, mais do que dizer não ou sim, o que interessa é que se trata de uma falsa questão, isto é, o problema das urgências em Portugal não tem a ver com o facto de não existir essa especialidade, mas sim com

**“É BOM PARA A URGÊNCIA
E PARA OS SERVIÇOS DE
INTERNAMENTO QUE ESTEJAM
LÁ OS INTERNISTAS, MESMO
QUE SEJA EM EQUIPAS MISTAS,
EM CONVIVÊNCIA COM PESSOAS
A FAZER TRABALHO MENOS
DIFERENCIADO.”**

a sua hiperutilização. As pessoas vão demasiado ao Serviço de Urgência porque não têm circuitos alternativos. Por exemplo, a doença aguda não grave (amigdalites, pequenos traumatismos, lesões cutâneas, por exemplo) deveria ter resposta nos CSP e não tem. E não é por não haver médico de família, mas porque o especialista em MGF não é incentivado a dedicar tempo a estes doentes, nem os doentes estão habituados a ir ao médico de família. Estamos perante uma falha na diferenciação entre o doente urgente hospitalar e o doente agudo não grave. Por outro lado, há o doente crónico complexo com multimorbilidade, que deveria ter acesso a cuidados hospitalares para situações imprevistas, mas que não fosse a Urgência, como a consulta aberta no hospital, hospitais de dia que realmente funcionassem, equipas vocacionadas para receber estes doentes, para fazerem, inclusive, domicílios...

Se o tipo de doentes que mencionei fosse retirado do circuito de Urgência, iam sobrar os doentes agudos graves, a que as equipas de urgência, tal como estão, iam ter capacidade de dar resposta. Logo, os problemas das urgências em Portugal não se resolvem com a criação da especialidade de Urgência. A sua criação pode ser discutida à luz de outras imperiosidades, como a colocação de jovens médicos, mas não acho que seja essa a resposta para este problema.

Além disso, os internistas são médicos perfeitamente vocacionados para ver doentes agudos, tal como veem os crónicos. Logo, é bom que os internistas façam um turno de Urgência por semana. O que não é bom é que sejam sobrecarregados e que fiquem submersos em atividade na Urgência e não tenham tempo para fazer mais nada. As equipas devem estar dimensionadas para essa passagem semanal. Assim, os internistas poderão, por um lado, dar o seu contributo para doentes que lá estão e, por outro, estar no sítio onde entra a maior parte dos doentes que estão internados no seu serviço.

Se existir uma equipa de emergencistas completamente isolada do internamento vai haver conflitos de interesse, porque os emergencistas querem retirar dali o doente e os internistas não querem receber um doente que não conhecem. É bom para a Urgência e para os serviços de Internamento que estejam lá os internistas, mesmo que seja em equipas mistas, em convivência com pessoas a fazer trabalho menos diferenciado.

JN – Qual a importância que os médicos de outras especialidades atribuem à MI?

VB – É variável e depende do contexto e da especialidade. Por exemplo, a maior parte dos ortopedistas gostaria de ter um internista no seu internamento, porque a maioria dos doentes são idosos, com pluripatologia. As especialidades cirúrgicas, em geral, reconhecem o nosso papel, sobretudo no internamento, e mesmo outras especialidades médicas, por exemplo, a Gastroenterologia, que é muito técnica e tem um internamento residual nalguns sítios.

Mas há depois especialidades com que há maior sobreposição, como é natural, porque não se pode usar regra e esquadro para delimitar as áreas de intervenção. Existem zonas de interpenetração. Por exemplo, na doença respiratória crónica verifica-se esta situação

entre a MI e a Pneumologia. E a realidade difere, dependendo do hospital. Na minha opinião, nessas zonas há especialidades que formam excelentes parcerias com a MI, enquanto outras têm muita dificuldade em abdicar daquilo que consideram ser o seu exclusivo acerca de certos grupos de patologias, o que é uma pena porque só se tem a ganhar, sobretudo os doentes, com colaboração em vez de lutas territoriais. Mas, no geral, reconhece-se a MI...

JN – O facto de o HPH estar integrado numa ULS é importante na imprescindível articulação que tem de existir entre os cuidados de saúde hospitalares e os CSP?

VB – As ULS têm grandes virtudes. Primeiro, o modelo de ULS reconhece logo à partida a integração entre CSP e cuidados hospitalares, ou seja, se queremos fazer uma medicina realmente centrada no doente, não é o doente que tem de andar a saltitar de sítio em sítio, tem de ser o sistema de saúde que se organiza em torno dele.

É importante que o doente tenha CSP localmente e hospital em comunicação com os CSP e bem articulados. Quando tem alta hospitalar, precisa de alguém que dê sequência ao plano de cuidados definido na alta. Quando está nos CSP, com determinado plano de saúde, e tem uma intercorrência aguda, precisa de ir ao hospital e ser tratado com base no plano que tem da parte dos CSP. Se não houver articulação, há quebra de continuidade, que pode ser vista como inaceitável para o doente, do ponto de vista teórico. E assim o é.

Teoricamente, este problema tem resposta numa ULS, em que há um CA único que define as prioridades de uma dada população em termos de CSP e hospitalares, agilizando enormemente a comunicação entre níveis de cuidados. Para dar o exemplo mais básico, na ULSM todos os profissionais têm rede de telemóveis comum e a lista de contactos de telemóvel está disponível para todos, tanto nos CSP como no hospital.

“ESTARMOS EM CONTACTO COM ALUNOS É ALGO QUE NOS PÕE ‘EM SENTIDO’ E NOS OBRIGA A QUESTIONARMO-NOS E A ESTARMOS ATUALIZADOS”

JN – Está a fazer doutoramento. Em que fase está?

VB – Candidatei-me este ano. Fui aceite e ainda estou na fase inicial. Tenho projeto e orientador... Vai ser sobre pneumonias, porque há bastante tempo que faço investigação nesta área. Tenho um projeto de há alguns anos em Matosinhos, um registo prospetivo de pneumonias em internamento, e tenho uma base de dados prospetiva com centenas de doentes, desde o início com consultoria de serviços de estatística e epidemiologia. A certa altura, achei que fazia sentido trabalhar estes dados no âmbito de um doutoramento.

JN – Paralelamente à carreira hospitalar, tem-se dedicado ao ensino, sendo professor associado convidado do ICBAS. É uma carreira em que pretende continuar a apostar?

VB – Sempre gostei muito do ensino. Quando terminei

o curso, em julho de 1998, só comecei como médico em janeiro de 1999, mas em setembro de 1998 já era professor. Durante três anos, dei aulas de Anatomia e Fisiologia nas ESTeS Porto e, depois, durante o internato no HSA, dei aulas práticas de Semiologia Médica durante 5 anos. Desde que integro o HPH, houve um período em que coordenei o ensino pré-graduado de alguns alunos da Faculdade de Medicina e, a partir de novembro de 2017, fui contratado pelo ICBAS para coordenar a orientação de alunos do 6.º ano que são enviados em regime de afiliação, inicialmente apenas para a Medicina, mas com vista a evoluir para outras áreas.

Estarmos em contacto com alunos é algo que nos põe “em sentido” e nos obriga a questionarmo-nos e a estarmos atualizados. Mas, estando num hospital que não é universitário, não posso dizer que a carreira académica seja a minha primeira prioridade. Podendo continuar, vou fazê-lo, mas, no meu contexto, atual a área clínica é a minha prioridade.

JN – Como vê o ensino da MI em Portugal?

VB – Acho que a formação pós-graduada em Medicina Interna é, de forma geral, bastante boa. Claro que os hospitais são todos diferentes e não é a mesma coisa estar numa unidade central universitária ou noutra de

pequena dimensão, que não tenha ensino e investigação. Mas há coisas boas nos dois lados. Mesmo quem está nos hospitais mais pequenos também consegue fazer estágios nos de maior dimensão e isso acaba por ser compensador. A própria SPMI tem oferta de formação muito interessante e as pessoas têm muitas possibilidades formativas. No geral, a formação pós-graduada é boa, o que não significa que não possa ser melhorada.

Em termos de participação da MI no ensino pré-graduado – e que também não é igual em todos os lados –, acho que há coisas a mudar. Recentemente, formou-se na SPMI um grupo de pessoas ligadas ao ensino universitário que tem estado a refletir sobre esta área e que distribuíram pelas várias faculdades de Medicina uma tomada de posição sobre qual pode ser o papel da MI no ensino universitário pré-graduado. Não se prevê reformulação do curso, mas é uma expressão de intenções sobre o que a SPMI acha que pode ser o papel da MI nesta área.

A MI posiciona-se, essencialmente, em duas áreas do ensino pré-graduado. No início do ciclo clínico, a da Semiologia, em que os alunos aprendem a fazer a história clínica e o exame físico, a pedir e interpretar exames auxiliares e a treinar o raciocínio clínico. No 6.º ano profissionalizante, é nas disciplinas de área clínica, onde



os alunos estão integrados em equipas assistenciais e participam na observação dos doentes. Mas há áreas algo lacunares onde a MI se poderia também afirmar: o ensino mais estruturado do raciocínio clínico, da abordagem global do doente e da gestão de prioridades em doentes complexos.

No que respeita ao raciocínio clínico, que é ainda uma área onde há um certo vazio, está-se a tentar que no Exame Nacional de Seriação exista um formato de casos clínicos em que se avaliam conhecimentos teóricos, mas também capacidade de raciocínio e de aplicação de conceitos teóricos num doente concreto. Este exercício de estruturação do raciocínio e de definição de prioridades de investigação e terapêutica está entre o que de mais nobre o internista faz.

“NÃO É POSSÍVEL FAZER MEDICINA SEM EMOÇÕES, PORQUE EXISTE UMA RELAÇÃO ENTRE DUAS PESSOAS”

JN – Como médico, tem de lidar com casos complicados. Foi sempre fácil gerir os sentimentos?

VB – Sou uma pessoa bastante emocional. Não é possível fazer Medicina sem emoções, porque existe uma relação entre duas pessoas. Até certo ponto isto é bom, porque a dimensão humana do médico como cuidador

implica algum envolvimento emocional. Mas também se sabe que não podemos deixar as emoções controlar a atividade médica.

É preciso encontrar o ponto certo entre razão e emoção, onde nós treinamos e nos habituamos a tomar boas decisões, que são o essencial da atividade médica de um internista e que tem de ter em conta fatores científicos e especificidades do próprio doente – biológicas, psicológicas, relativas às suas preferências, etc. E aquela decisão sensata – que nem sempre é fácil – não pode ser dominada pela emoção. Por isso, faço questão de não ser médico do meu pai, da minha mãe, dos meus irmãos... Posso tratar uma constipação, mas mais do que isso deve-se evitar, porque perde-se o discernimento e o equilíbrio que um certo distanciamento nos permite ter. Mas é impossível e não é desejável eliminar de todo a emoção, caso contrário, perde-se o fator humano.

JN – Ao longo destes anos, há algum caso que o tenha marcado mais?

VB – Tive vários episódios difíceis. Um deles aconteceu na primeira semana de trabalho como interno geral, em 1999. Hoje, ainda me é difícil falar sobre esta história. Uma jovem estava internada com um sarcoma ósseo em fase terminal. Durante vários dias, fui vê-la

e, no fim, ela morreu. Era perfeitamente previsível... eu era muito novo e ela era exatamente da minha idade. Quando começou a ficar pior começou a tratar-me por tu, tendo-se tornado, para mim, ainda mais difícil de distanciar. Foi das mortes que eu vivi com mais dificuldade.

“VOU TENTANDO EVITAR QUE A VIDA FAMILIAR SEJA PREJUDICADA”

JN – É fácil conjugar a vida profissional com a pessoal?

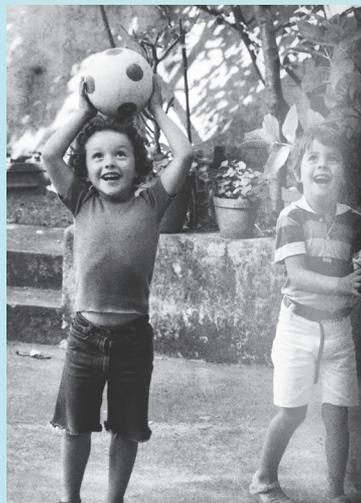
VB – Nem sempre. Tenho dois filhos, de 9 anos e 1 ano, e, a partir do momento em que tive o primeiro, percebi que não podia ter a vida profissional, pessoal e social a que estava habituado. E, deste conjunto, acabei por prejudicar mais a minha vida social. Não é fácil, mas vou tentando evitar que a vida familiar seja prejudicada. Muitas vezes deixo coisas de trabalho a meio e acabo quando eles já estão a dormir. A minha mulher é oncolologista e também não tem uma vida fácil. Dividimos as tarefas em casa. Sou sempre eu que cozinho, é um dos meus *hobbies* preferidos. Não me estou a queixar – dá-me muito gozo pensar no que vai ser o jantar! Ir às compras ao fim da tarde faz-me desligar, descansar a cabeça...

JN – Tem outros hobbies?

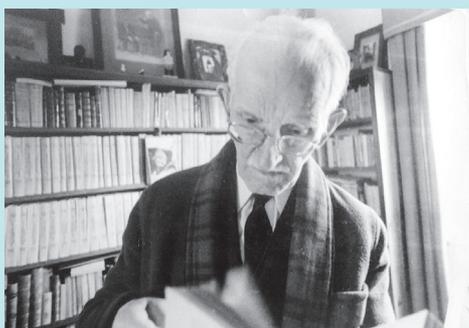
VB – Gosto muito de escrever. A literatura é uma grande paixão. Durante muitos anos lia 20 ou 30 romances por ano. Mas, desde que tive filhos, baixei substancialmente. Também não tenho escrito como gostava. No internato, em 2004, escrevi um romance, ainda o reví, mas nunca o publiquei. Tem, aliás, uma versão 3, mas não sei se agora o publicaria, teria de o reler. Depois, em 2010, na minha licença parental e após uma operação a uma hérnia discal, escrevi uma narrativa longa e que também não publiquei. Desde então, nunca mais escrevi um texto de ficção. Só um poema de vez em quando. São as poucas coisas que sinto que não estão tão conseguidas como gostaria, mas ainda hei de conseguir.

JN – E sonhos por realizar?

VB – Ter tempo para escrever ficção e poesia, mas se não o tenho feito é por boas razões. Que me perdoem os meus amigos neurologistas pela falta de rigor do que vou dizer, mas acho que a parte do meu cérebro que se costumava dedicar à escrita criativa está agora a dedicar-se à paternidade... Também gostava de fazer viagens mais longas, não apenas de 22 dias úteis. Sempre tive “inveja” de quem tira licença sem vencimento e vai para longe, ou de quem, entre o liceu e a faculdade, vai um ano viajar. Nesta fase, não teria disponibilidade mental para o fazer, mas gostava de viajar assim mais tarde. Por que não viajar e escrever? A viagem coloca-nos num estado mental que também ele é muito de exploração e abertura, de criatividade, de procura, de introspeção, que nos coloca em novas situações de contacto com o mundo e que frequentemente nos leva a escrever. Na faculdade e no internato, costumava fazer retiros apenas para escrever, ou mesmo viagens de exploração literária.



Infância e adolescência de Vasco Barreto em Aveiro e na Praia da Barra



José Pereira Tavares, bisavô, reitor do Liceu de Aveiro (1926-1957), na sua biblioteca





PUBLICIDADE





PUBLICIDADE

SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA DO HOSPITAL DE VILA FRANCA DE XIRA

A MI como especialidade “organizadora e estruturante do processo assistencial”

Quem conhece o Hospital de Vila Franca de Xira sabe bem das boas condições que a instituição oferece aos doentes e aos profissionais de saúde. As novas instalações daquela unidade hospitalar, que é gerida através de um modelo de parceria entre o Estado e o Grupo José de Mello Saúde, inauguradas em abril de 2013, vieram substituir o antigo Hospital Reynaldo dos Santos. No HVFX, a Medicina Interna assume-se como “especialidade organizadora e estruturante do processo assistencial do doente”. A Just News foi conhecer este Serviço, dirigido por José Barata.

O atual diretor do Serviço de Medicina Interna fez o internato de formação específica no antigo Hospital Reynaldo dos Santos. Depois desse período, esteve noutra instituição durante quase 20 anos, sem, no entanto, perder relação com as pessoas com quem se formou.

Com a construção do novo hospital, surgiu a oportunidade de assumir a direção do Serviço, um desafio que considerou muito interessante, sobretudo pelo facto de se tratar de uma unidade em regime

No que respeita à organização, o médico refere que as diferenças são “abissais”, destacando o papel da PPP no processo de gestão. “Em Portugal, não temos muitas parcerias deste género em funcionamento. As mesmas trouxeram claras vantagens relativamente aos modelos de gestão convencional que temos nos hospitais portugueses, tanto na vertente financeira como organizativa. Neste hospital, há uma preocupação muito grande com a qualidade, com a segurança do doente

outro lado, reporto as minhas dificuldades à gestão com toda a naturalidade. Tenho dados sobre produção, altas, consultas, entre outros, monitorizados diariamente, o que me dá uma ferramenta extremamente interessante para orientação da atividade funcional do Serviço. O objetivo último é a qualidade

do que fazemos e o bem-estar do doente”, garante.

MI como especialidade que “toma conta dos doentes”

A perspetiva da administração do HVFX relativamente ao papel da Medicina In-



de PPP, desde 1 de junho de 2011. Ainda esteve cerca de um ano nas instalações antigas, até a obra estar concluída. “Foi o passar de uma instituição antiquada e de reduzidas dimensões para um projeto novo”, conta.

e com a formação das pessoas”, menciona, salientando que “há um diálogo permanente entre quem gere e quem está no terreno”. “Tenho um *feedback* permanente da atividade assistencial do Serviço e, por



adora encial do doente”

terna é a mesma de José Barata, que a vê como “especialidade organizadora e estruturante do processo assistencial do doente”.

As especialidades médicas internam os doentes no Serviço de MI, que está distribuído por três pisos do hospital, e são os internistas que os acompanham, havendo uma intervenção de outros especialistas em situações particulares, de diagnóstico ou de terapêutica.

“Quem toma conta dos doentes é a Medicina Interna, que está especialmente vocacionada para olhar para o doente como um todo”, diz. À sua disposição tem 126 camas, o que representa 57%

da produção de doentes adultos do hospital.

Atualmente, há uma escala de apoio aos doentes das especialidades cirúrgicas, mas a perspetiva é que, no próximo ano, haja um internista dedicado a esta área. “Se um doente com uma fratura tiver um acompanhamento mais amplo e pluridisciplinar, provavelmente, terá melhor qualidade de vida e estará menos tempo no hospital”, considera.

Neste momento, no nosso país, há alguma discussão acerca dos modelos assistenciais possíveis para a Urgência. Pelas características dos nossos serviços de saúde e da nossa população, que condicionam a conhecida sobreprocura da Urgência, José Barata não acredita que venha a existir uma especialidade dedicada exclusivamente a esta área, ou seja, “os internistas vão ter que manter a sua presença na Urgência”.

No HVFX, o Serviço de Urgência é assegurado durante as 24 horas do dia por uma equipa de quatro internistas (dois da equipa fixa e dois do Serviço de MI).

Criação de circuitos como forma de não compartimentar

Importa agora perceber como está organizado o Serviço no que diz respeito à parte assistencial. Uma das valências é o Percurso Clínico do Doente com AVC. “Temos 14 camas destinadas ao doente com AVC, com uma equipa dedicada, constituída por dois internistas e dois neurologistas. O doente é abordado na Urgência e no Internamento e, depois de tratado, é seguido em Consulta Externa pela equipa que o acompanhou no Internamento”, clarifica.

Há, depois, o Percurso Clínico do Doente Geriátrico, em que “este é identificado no Serviço de Urgência, é direcionado para o internamento e é abordado por um internista que se dedica eletivamente à Geriatria. Posteriormente, há um

JOSÉ BARATA:

“Desde a primeira aula da cadeira de Medicina I que tive a certeza que queria seguir Medicina Interna”

José Barata é casado e tem uma filha, de 17 anos. Nasceu a 19 de janeiro de 1956, na Pampilhosa da Serra. Foi viver para Lisboa aos seis anos, onde fez toda a escolaridade. Haveria de se licenciar na FMUL, em 1981.

“Hoje, as pessoas têm uma noção bastante clara do que é a especialidade de Medicina Interna, na sua abrangência, e da sua capacidade integradora. Esse conhecimento que hoje chega à população está muito relacionado com o



Fez o Ano Comum nos Hospitais Cívicos de Lisboa e a especialidade de MI no antigo HVFX, denominado Hospital Reynaldo dos Santos. Depois de fazer exames de saída em 1991, fez o antigo concurso de provimento, tendo ficado no quadro do hospital. Em dezembro de 1993, integrou o Hospital Garcia de Orta, pouco depois de ter sido inaugurado. 10 anos depois tornou-se diretor do Serviço, onde ficou até 2012, até regressar a Vila Franca de Xira, para o novo projeto.

“Passados 30 anos, reencontrei-me com os colegas que iniciaram comigo uma formação, cada um no papel de diretor do seu serviço, o que cria uma coesão indiscutível e cria um diálogo interespecialidades muito profícuo”, salienta.

“Desde a primeira aula da cadeira de Medicina I, no 4.º ano da faculdade, que tive a certeza de que queria seguir Medicina Interna”, lembra.

O médico destaca o papel que a Sociedade Portuguesa de Medicina Interna (SPMI) tem tido nos últimos anos, em prol da dignificação da área da MI:

trabalho intenso que a SPMI tem feito na divulgação da especialidade.”

José Barata tem tantos anos de fotógrafo como de médico. Fez um curso profissional na Associação Portuguesa de Arte Fotográfica. Até hoje, fez pelo menos 150 exposições coletivas e individuais. Entre outras temáticas, gosta de fotografar ambientes urbanos, rurais, pós-industriais e ruínas.

A História é outra das suas paixões. Há algumas décadas que é autodidata, tendo publicado quatro livros. O médico ambiciona até fazer uma licenciatura na área. Fez também um curso de Escultura e chegou, até, a realizar três exposições coletivas.

Coleciona “tudo o que é colecionável”. A coleção que mais o entusiasmou nos últimos anos foi uma de manuscritos, reunindo documentos das principais figuras da cultura e da política, dos finais do século XIX até aos anos 80.

De modo a aproveitar o tempo, dorme quatro horas por dia, o que, diz, “faz com que, ao fim de uma semana, ganhe mais um dia”, restando-lhe tempo para outras atividades.



acompanhamento em ambulatório”. Também existe uma área dedicada à infeção por VIH, com seguimento em ambulatório.

Neste momento, o Serviço de MI está a criar, em articulação com a especialidade de Cardiologia, um circuito idêntico dedicado ao doente com insuficiência cardíaca, desde a Urgência até ao Internamento, passando depois pelo ambulatório de Hospital de Dia e de Consulta Externa.

De acordo com José Barata, o intuito da existência de circuitos e não de departamentos é a não compartimentação:

“O doente é identificado no Serviço de Urgência, é triado, faz-se a primeira abordagem, passa para a área médica, tem um tratamento segundo as *guidelines* que determinamos e, depois, tem um acompanhamento em ambulatório,

consoante as suas necessidades, o que permite uma funcionalidade dirigida ao doente mais eficiente relativamente ao seu processo de recuperação.”

A nível do ambulatório, além da Consulta de Medicina Interna, o Serviço oferece

cerrar o corrente ano com um acréscimo de cerca de mais 200 doentes relativamente a 2017. O número de consultas tem também vindo a aumentar de forma significativa, situando-se atualmente perto das 7000 anuais”, sublinha o nosso

ATUALMENTE, HÁ UMA ESCALA DE APOIOS AOS DOENTES DAS ESPECIALIDADES CIRÚRGICAS, MAS A PERSPETIVA É QUE, NO PRÓXIMO ANO, HAJA UM INTERNISTA DEDICADO A ESTA ÁREA.



Ensino e formação

O Serviço de Medicina Interna do HVFX atribui uma grande importância ao ensino e à formação. A nível pós-graduado, tem um protocolo antigo com a Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, recebendo alunos do 3.º ao 6.º ano. Desde a inauguração das instalações do novo hospital, foi formalizado um protocolo com a Faculdade de Ciências Médicas, a NOVA Medical School, acolhendo os alunos do 4.º ano.

No que respeita à formação pós-graduada, recebe entre 8 a 12 internos do Ano Comum por semestre, além dos internos de Formação Específica, que na data em que foi realizada a reportagem eram 19.

Além disso, há alunos de universidades estrangeiras que procuram o Serviço para estágios de curta duração – um ou dois meses –, assim como os internos de formação de outras especialidades

que estão a fazer o estágio de Medicina Interna, inserido no seu processo formativo.

Uma das curiosidades é que quando são abertas vagas para os novos internos de Formação Específica as mesmas são escolhidas por médicos que passaram no Serviço enquanto alunos ou internos do Ano Comum.

O grupo José de Mello Saúde organiza um congresso anual de internos e depois tem a formação institucional necessária, desde o suporte básico de vida, transversal a todos os profissionais, administrado por uma equipa contratada.

O Serviço tem patrocínio institucional para o Congresso Europeu de Medicina Interna e para o Congresso Europeu de Geriatria. E, pontualmente, também para outro tipo de formação que tenha lugar fora do país.



uma Consulta de Diabetes, com cinco pessoas dedicadas, e uma de Doenças Autoimunes, ambas em articulação com os cuidados de saúde primários.

“A atividade assistencial do Serviço é intensa. O número de doentes tratados foi de 5150 no ano transato e iremos en-

interlocutor.

Em cada um dos três pisos pelos quais se distribui o Serviço, há uma equipa fixa de Enfermagem, havendo profissionais mais orientados para os circuitos do AVC e da Geriatria. Há, também, um grupo que dá apoio na área da diabetes.

Conta ainda com a colaboração do Serviço Social, da Nutrição e da Medicina Física e de Reabilitação. Além disso, há um farmacêutico dedicado à Medicina Interna, que faz a visita com a equipa e com o qual articula, fazendo uma avaliação periódica dos consumos e das necessidades.

Doentes idosos seguidos por uma equipa dedicada

Eduardo Doutel Haghighi chegou ao Serviço de MI do HVFX, há cerca de quatro anos, com uma missão definida: desenvolver a área da Geriatria. Trazia consigo uma grande “bagagem teórica” nesta área. Tinha terminado o internato de Medicina Interna seis meses antes, durante o qual tirou um curso de mestrado em Geriatria e iniciou atividade docente na área. Tinha participado em vários projetos nesta área, principalmente com João Gorrão Clara, um dos grandes impulsionadores da Geriatria em Portugal.



Eduardo Doutel Haghighi

De acordo com Eduardo Doutel Haghighi, no hospital existia já uma grande preocupação com a área do idoso, tendo sido desafiado a lançar um projeto que pudesse fazer a diferença. Nesse sentido, foi criado o Percurso Clínico do Doente Idoso, um projeto dinâmico porque, conforme explica, “não é estanque nem localizado apenas num sítio específico”. Este Percurso, que inclui internamento e consulta, permite que os idosos, selecionados a partir da Urgência, sejam preferencialmente encaminhados para uma zona do Serviço onde está a equipa dedicada a esta área, para que, quando estão internados, sejam submetidos a uma avaliação global, multidisciplinar, o que está preconizado nas boas práticas da Geriatria (avaliação geriátrica

JOÃO LOURO, INTERNO DO 4.º ANO DE FORMAÇÃO ESPECÍFICA EM MI:

“O facto de as outras especialidades não terem camas atribuídas permite-nos ter contacto com patologias que, de outra maneira, não teríamos”

João Louro é interno do 4.º ano de Formação Específica em Medicina Interna do HVFX. Embora seja natural da cidade onde se localiza o hospital, esse não foi o único critério que teve em conta quando procurou o local para fazer a especialidade, uma vez que ali lhe ofereciam uma série de oportunidades.

“Por se tratar de um hospital distrital, temos um volume de doentes que é superior ao de um central. Além disso, e falando especificamente da MI, para mim foi extremamente importante a circunstância de os doentes internados ficarem a cargo dos internistas, embora contando com a colaboração de outras especialidades”, enumera.

E sublinha: “O facto de as outras especialidades não terem camas atribuídas permite-nos ter contacto com patolo-



gias que, se não fosse assim, não teríamos. E, além disso, termos um contacto mais próximo com os colegas dessas especialidades, discutindo caso a caso.”

O Serviço tem tido uma procura crescente por parte dos internos do Ano Comum, o que se reflete nas médias que são necessárias para fazer o internato no hospital. Para João Louro, este aspeto contribui de forma importante para o crescimento dos internos enquanto profissionais.

Adicionalmente, apesar de ter uma casuística pequena em casos muito raros, promove a investigação clínica e a publicação de artigos científicos em revistas. Por outro lado, o facto de ser um hospital mais pequeno faz com que seja quase familiar. “Existe uma grande proximidade entre todas as especialidades e o Serviço tem um ambiente muito bom”, realça.

O jovem médico, de 32 anos, destaca também a possibilidade que o Serviço dá aos internos de realizarem estágios nacionais e internacionais.

global]. Quando têm alta os doentes são preferencialmente encaminhados para a Consulta de Geriatria.

Este circuito destina-se a doentes idosos que tenham perdido autonomia recentemente ou uma capacidade funcional (por exemplo, que andavam e deixaram de o fazer; ou que faziam o levante e ficaram acamados); que tenham tido alguma deterioração recente a nível cognitivo; que tenham apresentado várias quedas nos últimos meses; que se desloquem à Urgência com frequência ou que recorram à assistência médica, sempre pelos mesmos motivos. Segundo o nosso entrevistado, estes são os chamados sinais de alarme na Geriatria. Conforme refere, são idosos que, se não se atuar de forma precoce e assertiva, podem perder as capacidades referidas de forma definitiva.

Neste momento, a consulta é coordenada por Eduardo Doutel Haghighi, contando ainda com uma equipa de enfermagem dedicada, que faz a primeira avaliação, assim como com uma “via verde” para o Serviço Social, para uma avaliação neuropsicológica e/ou para o Serviço de Medicina Física e de Reabilitação. Habitualmente, encontra-se acompanhado por vários estagiários in-

ternos que têm vindo de vários pontos do país.

No que respeita ao internamento, o que acontece atualmente é que, no espaço das primeiras 48 horas, todos os doentes que são sinalizados como geriátricos são abordados pelas equipas médica e de enfermagem, pela assistente social, pela dietista e fisioterapeuta. De acordo com o médico, este procedimento permite que, “de forma precoce e célere, sejam trabalhadas as várias componentes do doente”. E, em paralelo, tratar do motivo médico que implicou o internamento (uma pneumonia, por exemplo). A equipa já automatizou vários procedimentos, tais como o levante precoce, a suspensão atempada da medicação endovenosa, ou a desalgaliação, entre outros.

Nesse espaço existe material exclusivo para estes doentes, tais como pedaleiras ou barras paralelas com obstáculos, e aguarda-se a chegada de relógios de parede com hora e data e de talheres adaptados. Há formação contínua dos profissionais envolvidos e existem protocolos e manuais de atuação. Quando têm alta, é feita uma revisão medicamentosa exaustiva. São ainda identificados a nível informático para realização de estudos estatísticos.

Serviço em números (setembro 2018)

N.º de camas: **126**

N.º de especialistas de Medicina Interna: **20**

N.º Internos de Formação Específica de Medicina Interna: **18**

N.º enfermeiros: **88**

(setembro 2018)

N.º de doentes tratados: **5445**

N.º de primeiras consultas: **2199**

N.º de consultas subsequentes em 2018: **5521**

Demora média de internamento: **9,4 dias**

Os doentes da consulta são oriundos do internamento, dos CSP, de outra consulta do hospital ou de outros internamentos, com os mesmos critérios, aos quais se acrescenta mais um: doentes com polifarmácia e a quem os médicos tenham dificuldade em retirar esse excesso de medicação.

O projeto tem tido bons resultados. Pretendia-se que houvesse menos deterioração física ou cognitiva do que no internamento clássico de Medicina Interna, o que, conforme refere, tem estado a acontecer. Tudo isto sem influenciar as demoras médias ou até melhorando o tempo de internamento dos idosos.

“Como atuamos a vários níveis, há menos intercorrências dentro do hospital, nomeadamente, com diminuição do número de quedas e de infeções e menos *deliriums*. Em termos estatísticos, nos últimos dados que analisámos, temos tido menor mortalidade e em doentes com mais idade e mais complexos face aos da mesma faixa etária.”

Eduardo Doutel Haghighi destaca a colaboração e o desenvolvimento de projetos com a farmácia do hospital. “É fundamental abordar a parte da farmacologia no idoso. Há medicações que não devem ser dadas, pelas suas características ou pelas suas doses aos idosos”, refere, desenvolvendo que, nesse sentido, foram criados quadros de alerta para todos os clínicos do hospital, de modo a que sempre que prescrevem determinado fármaco inadequado aparece o quadro mencionando que o mesmo não deve ser dado e expondo alternativas. Num estudo realizado, constatou-se uma menor administração de haloperidol e, quando isso aconteceu, realizou-se numa dose e formulação apropriadas para idosos. Já foram até comprados medicamentos mais seguros para idosos, para substituir os clássicos. Já foram apresentados vários trabalhos em congressos nacionais e internacionais e espera-se que, a curto prazo, seja possível expandir mais a equipa médica, preferencialmente com mais internistas dedicados à área da Geriatria.

Equipa da diabetes quer dar um apoio específico a todos os serviços hospitalares

Mónica Reis iniciou a sua atividade como internista em Vila Franca de Xira em 2003 e é responsável pela Consulta de Diabetes desde 2009. Toda a sua formação, desde a faculdade, sempre foi muito virada para esta área, tal como a sua carreira.



À semelhança do que acontece em todo o país, em Vila Franca de Xira, o número de pessoas com diabetes é muito elevado. O problema da falta de médicos de família na região (estima-se que haja 70 mil doentes sem médico atribuído) acaba, muitas vezes, por sobrecarregar a consulta, porque alguns doentes poderiam, eventualmente, ser referenciados de novo aos CSP, embora a maior parte dos casos seja complexa.

A perspetiva é que se termine 2018 com cerca de 1700-1800 consultas realizadas, um número superior aos dos anos anteriores (1200-1400, em média), o que se deve ao facto de haver mais médicos dedicados (há cinco internistas a fazer a consulta). Neste momento, há um grupo de sete enfermeiros que dão apoio, realizando uma consulta prévia.

Embora o número de especialistas em MGF não esteja sequer perto do desejável, o Serviço tem mantido uma parceria importante com os CSP na área da diabetes, nomeadamente com os ACES da região e com a comunidade, desenvolvendo atividades de prevenção e formação para a população em geral.

“Tem sido um projeto muito interessante, que tem vindo a crescer ao longo do tempo. Há um interesse cada vez maior das cinco autarquias a que estamos ligados em participar e em estar presentes”, salienta Mónica Reis.

Um dos projetos “na calha” consiste

em passar a dar um apoio específico ao doente diabético a todos os serviços do hospital. O objetivo é que o doente, quando entra no Serviço de Internamento, seja identificado como diabético, estando ou não descompensado, para que, depois, a equipa de diabetes o avalie e veja quais são as possibilidades de otimização terapêutica.

A médica sublinha que uma má gestão



Mónica Reis

do doente diabético leva a atrasos de alta e faz com que possa haver, eventualmente, algumas complicações. “Se tivermos uma diabetes devidamente compensada, será facilitador também para que todas as outras patologias pe-

O PERCURSO CLÍNICO DO DOENTE IDOSO PERMITE QUE OS CASOS SELECIONADOS A PARTIR DA URGÊNCIA SEJAM PREFERENCIALMENTE ENCAMINHADOS PARA UMA ZONA DO SERVIÇO ONDE ESTÁ A EQUIPA DEDICADA A ESTA ÁREA.

las quais o doente fica internado sejam de mais fácil resolução”, justifica.

A equipa de internistas dedicados à área da diabetes conta com o apoio de outras especialidades, essencialmente a Cirurgia, a Oftalmologia e a Nutrição e, em casos particulares, a Ortopedia.

“Apesar de sermos um hospital estruturalmente grande, ainda temos alguma proximidade entre as pessoas e isso também é facilitador da rápida deteção e orientação dos doentes”, destaca.

PAULO BETTENCOURT, NA SEQUÊNCIA DA I REUNIÃO DO NEIC-SPMI:

“Importa identificar bem os casos de IC”

“O diagnóstico de insuficiência cardíaca pode ser muito simples, nomeadamente para clínicos experientes”, afirma Paulo Bettencourt, coordenador do Núcleo de Estudos de IC (NEIC) da SPMI. Contudo, o médico faz uma advertência:

“O facto de muitos dos sintomas e sinais que encontramos em doentes com esta condição serem partilhados com outras patologias, como, por exemplo, a doença respiratória crónica, pode fazer com que seja desafiante.”

O tema foi abordado na I Reunião do NEIC, que teve lugar no Porto, no dia 29 de setembro.

De acordo com Paulo Bettencourt, que é o diretor do Serviço de Medicina Interna da CUF Porto, é “fulcral identificar bem os doentes com IC” para que possa ser possível reconhecer aqueles que vão beneficiar de toda a intervenção médica, nomeadamente terapêutica, que melhore o prognóstico e a sua qualidade de vida.

“Com bastante frequência, os clínicos que se dedicam a esta área da IC identificam doentes que já têm queixas muitas vezes há meses ou anos e que frequentemente percorrem diversas especialidades sem que a IC seja reconhecida”, diz. O internista lembra que todas as especialidades médicas generalistas, para



além da Cardiologia, estão necessariamente envolvidas na abordagem de quem sofre de IC, nomeadamente, e de forma muito significativa, a Medicina Geral e Familiar e a Medicina Interna.

Mas como deve ser feito o diagnóstico em casos em que existe suspeita de IC? Relativamente a esta questão, Paulo Bettencourt explica:

“Para o diagnóstico de IC, tem de haver

queixas compatíveis ou que sugerem IC e, adicionalmente, demonstrar que no seu coração algo não está bem – ou não funciona adequadamente ou a estrutura tem modificações importantes que causam os sintomas e a necessidade de demonstração de alterações da função da estrutura cardíaca.”

“A IC quase nunca surge sozinha”

O internista recorda que a IC é uma condição muito mais frequente nas pessoas mais idosas, que são doentes que “coleccionam” patologias, algumas das quais são, entre si, fatores de risco para IC ou podem estar na sua génese.

“A IC quase nunca surge sozinha. Os indivíduos que sofrem com este problema são diabéticos, têm doença respiratória crónica, insuficiência renal, anemia, défices cognitivos”, refere, salientando a importância da diversidade do manejo integral nas diversas perspetivas que são necessárias para o bem cuidar destes doentes.

Organizar para “cuidados de maior qualidade”

Na Reunião, que contou com muitos dos principais especialistas da área, também se falou sobre organização de cui-

dados, tendo sido apresentada a experiência de Espanha com um programa de IC, bem como outras a decorrer em Portugal.

“Numa perspetiva nacional, foi muito interessante percebermos as realidades diversas na área geográfica do país, especificamente, como é que cada um se organiza com particularidades próprias, pelo cariz geográfico e pelas características locais de cada área”, afirma, acrescentando:

“Foi importante que as pessoas tivessem oportunidade de se conhecerem e de saberem o que os outros fazem e perceberem o que é necessário para melhor nos organizarmos. Não é tão complexo quanto isso fazê-lo para podermos prestar cuidados de maior qualidade.”

No evento estiveram presentes mais de 150 participantes, entre especialistas em MGF, cardiologistas e internistas, o que, na opinião de Paulo Bettencourt, “demonstra a vontade e interesse que existe nesta área”.

“É expectável que a IC se torne cada vez mais relevante na prática médica, uma vez que se estima que o número de doentes com esta condição vá aumentar progressivamente nos próximos anos”, conclui.



CO da Reunião: Irene Marques, César Lourenço, Pedro Moraes Sarmento, Joana Pimenta, Inês Araújo e Paulo Bettencourt

Tratamento farmacológico da insuficiência cardíaca em 2018



Pedro Moraes Sarmiento
Hospital da Luz

Nos anos seguintes, assistiu-se a importantes avanços no campo das medidas não farmacológicas para o tratamento da IC com FE_r. Surgiram também novos fármacos com resultados positivos nos ensaios clínicos, mas as linhas diretrizes da abordagem farmacológica do doente com IC com FE_r continuaram a centrar-se no bloqueio dos mecanismos reguladores, ou seja, no bloqueio do SRAA e do SNS.

Foi preciso aguardar pelo estudo SHIFT, publicado em 2010, para que uma nova classe farmacológica demonstrasse contribuir significativamente para a redução da mortalidade na IC com FE_r. Os resultados mostraram que, versus placebo, a ivabradina, inibidor seletivo do nódulo sinusal, em doentes com FE<35% e em ritmo sinusal com FC>70 bpm, reduziu o número de mortes cardiovasculares (CV) ou por hospitalização por IC em 18% ($p < 0,0001$).

Mas foi em 2014 que o estudo PARADIGM-HF, introduziu a mais recente e entusiasmante classe farmacológica no tratamento da IC com FE<35%: os inibidores da neprilisina-antagonista do recetor da angiotensina II (INRA). O sacubitril-valsartan, primeiro representante desta classe, alcançou, versus enalapril, uma redução de 20% ($p < 0,001$) na mortalidade CV ou hospitalização por IC. Este ensaio clínico, para além de demonstrar, pela primeira vez, a superioridade de uma nova classe farmacológica comparativamente a um iECA, veio igualmente modificar o paradigma do tratamento farmacológico desta síndrome. Finalmente, após mais de 25 anos de investigação, o agonismo de um sistema contra-regulador, o sistema dos péptidos natriuréticos, obteve resultados positivos, tornando realidade o conceito de modelação neuro-hormonal, já preconizado nas recomendações de 1997.

Assim, em 2018, o tratamento farmacológico da IC com FE_r consiste no bloqueio do SRAA, com recurso a um iECA ou a um antagonista do recetor da angiotensina II (ARAI), e a um antagonista dos recetores dos minero-corticoides (ARM), e no bloqueio do SNS, com recurso a um BloqB. No doente em que persistam sintomas, ou seja, que mantenha uma classe da NYHA igual ou superior a II, é recomendado substituir o iECA ou ARAI por um INRA (sacubitril/valsartan). Se, igualmente, o doente apresentar um ritmo sinusal com FC>70 bpm é recomendado iniciar ivabradina. Deverão ainda ser equacionadas as medidas não farmacológicas, como a indicação para a implantação de um dispositivo de ressincronização cardíaca e/ou de um desfibrilhador implantável.

No que respeita ao tratamento farmacológico da IC com FE_p, bem como da IC aguda, os resultados dos estudos não têm demonstrado benefício prognóstico pelo que, para além do controlo sintomático, continuam a não existir recomendações formais para estes doentes.

Ainda no que respeita ao tratamento farmacológico, é importante não esquecer o tratamento das comorbilidades, muito prevalentes no doente com IC. Em particular, o tratamento da ferropenia com carboximaltose férrica endovenosa demonstrou, no estudo CONFIRM-HF, uma redução significativa do número de hospitalizações por IC (61%; $p=0,009$) apesar de não ter alcançado benefício na mortalidade CV. Por seu lado, o tratamento da diabetes tipo II com empagliflozina, um inibidor da SGLT2, demonstrou no estudo EMPA-REG, pela primeira vez para um fármaco antidiabético, uma redução significativa da mortalidade CV, enfarte de miocárdio e AVC não fatais (14%, $p=0,04$).

Por último, não é demais relembrar que a IC é uma síndrome de elevada prevalência na população geral e que representa um dos principais problemas de saúde pública da atualidade. Uma correta otimização da terapêutica farmacológica constitui a principal estratégia para reduzir a morbimortalidade desta síndrome.

Bibliografia:

- Task Force of the Working Group on Heart Failure of the European Society of Cardiology. The treatment of heart failure. *Eur Heart J* 1997; 18:736-53.
- Swedberg K, Komajda M, Böhm M et al. Ivabradine and outcomes in chronic heart failure (SHIFT): a randomised placebo-controlled study. *Lancet* 2010; 376:875-85.
- McMurray JJ, Packer M, Desai AS, et al. Angiotensin-neprilysin inhibition versus enalapril in heart failure. *N Engl J Med*. 2014; 371:993-1004.
- The Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC). 2016 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. *Eur Heart J* 2016; 37:2129-200.

Em 1997, a Sociedade Europeia de Cardiologia promoveu a publicação das primeiras recomendações para o tratamento da insuficiência cardíaca (IC). Nestas, o bloqueio do sistema renina-angiotensina-aldosterona (SRAA), por um inibidor da enzima de conversão da angiotensina (iECA), assim como o bloqueio do sistema nervoso simpático (SNS), por um bloqueador beta-adrenérgico (BloqB), foram pela primeira vez recomendados como medidas farmacológicas modificadoras de prognóstico nos doentes com IC e fração de ejeção reduzida (FE_r). Em relação aos doentes com fração de ejeção preservada (FE_p), para além de medidas de controlo sintomático, da frequência cardíaca e da pressão arterial, nenhuma medida foi recomendada como modificadora de prognóstico.

CONSIDERA DUARTE SOARES, PRESIDENTE DA ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE CUIDADOS PALIATIVOS (APCP)

“Formação em Medicina Paliativa deveria ser obrigatória no internato médico”

A criação da especialidade de Medicina Paliativa e a formação obrigatória nesta área no internato médico foram dois pontos defendidos por Duarte Soares, presidente da Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos (APCP), nas II Jornadas do Núcleo de Estudos de Medicina Paliativa (NEMPAl) da SPMI.

Duarte Soares foi uma das presenças na mesa da sessão de abertura do evento, que decorreu no dia 22 de setembro, na Fundação Cupertino Miranda, no Porto, sob a temática “Comunicação em Cuidados Paliativos e fim de vida”.

Fazendo referência ao tema do Mês dos Cuidados Paliativos (outubro) – “Vamos continuar a escrever esta história” –, defendeu que “o próximo capítulo, a nível médico, é ver a Medicina Paliativa como especialidade”.



Duarte Soares, Edna Gonçalves, João Araújo Correia, Carlos Mota Cardoso e Elga Freire

O responsável realçou ainda que “a formação nesta área deveria ser obrigatória no internato médico”. “Precisamos de mais médicos dedicados à Medicina Paliativa; faço um apelo às especialidades-mãe desta área – Medicina Interna e Medicina Geral e Familiar – para que olhem com urgência para a necessidade de formação”, afirmou.

A aposta na atividade formativa também foi um tema abordado por Edna Gonçalves, presidente da Comissão Nacional de Cuidados Paliativos, realçando que os médicos são presença constante, nos últimos tempos, nos cursos de pós-graduação ou de mestrado em Medicina Paliativa. “Mesmo nas escolas de enfermagem, a maioria dos alunos são

médicos. Isto é demonstrativo de que estes profissionais estão a acordar para a importância desta área”, concluiu.

Contudo, frisou, “é preciso haver estágios em equipas especializadas, porque apenas com prática clínica se conseguem melhores cuidados de saúde”. A médica falou ainda da luta, junto do Ministério da Saúde, para que quem tenha competência em Medicina Paliativa possa dedicar mais tempo a essa formação: “A maioria tem de conjugar esse trabalho nas equipas intra-hospitalares com as urgências e as consultas.”

Doentes com participação ativa nas decisões

João Araújo Correia, presidente da SPMI, na sua intervenção, começou por realçar a importância da MI nos Cuidados Paliativos. “A relevância da MI deve-se à sua vocação natural, de especialidade generalista, de se sentir particularmente confortável no seguimento e tratamento do doente complexo, habitualmente idoso, com várias patologias e terapêuticas”, observou.

E sublinhou a pertinência da temática das Jornadas. “A comunicação sempre foi fundamental para se gerar empatia entre o médico e o doente, contribuindo-se assim para melhores prognósticos e decisões terapêuticas.”

O presidente da SPMI lembrou que esta relação entre os profissionais de saúde e os utentes se alterou bastante com o advento da internet, nomeadamente no conceito que se tem da profissão: “Os médicos deixaram de ser endeusados e vistos como os únicos portadores de conhecimento e os doentes são chamados a ter uma participação ativa em todas as decisões.”

João Araújo Correia reconheceu a complexidade da comunicação em Cuidados Paliativos e fim de vida e apontou que “os médicos, quando conseguem estabelecer uma comunicação fluida e empática com o doente terminal, devem sentir o mesmo orgulho que se tem nos casos de diagnósticos mais complicados e na realização de técnicas complexas”. Terminou enaltecendo o trabalho do NEMPAl e da sua coordenadora, Elga Freire, também ela presente na sessão de abertura. Carlos Mota Cardoso esteve a representar a Ordem dos Médicos.

Comunicação em Cuidados Paliativos e em fim de vida

**Elga Freire**

Coordenadora do NEMPAl da SPMI

O tema debatido nas II Jornadas do Núcleo de Estudos de Medicina Paliativa (NEMPAl) da SPMI foi “Comunicação em Cuidados Paliativos e em fim de vida”. Estiveram presentes cerca de 100 participantes de várias áreas profissionais e de todo o país.

A Comissão de Honra integrou o Dr. João Araújo Correia, presidente da SPMI, o Prof. Doutor Carlos Mota Cardoso, em representação do bastonário da Ordem dos Médicos, a Dr.ª Edna Gonçalves, presidente da Comissão Nacional de Cuidados Paliativos, e o Dr. Duarte Soares, presidente da Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos (APCP), para além de mim própria, como coordenadora do NEMPAl.

Na conferência inaugural, a Prof.ª Doutora Maria do Céu Patrão Neves, professora catedrática de Ética, abordou de uma forma clara, prática e esclarecedora o tema “Diretivas antecipadas de vontade (DAV): as questões da comunicação”.

Vários especialistas que trabalham em Cuidados Paliativos falaram sobre comunicação e tomada de decisão, incluindo o plano individual e integrado de cuidados (PIIC) e as decisões de fim de vida em contextos especiais: o Dr. Duarte Soares, médico internista e paliativista no Departamento de Cuidados Paliativos da ULS do Nordeste, nas insuficiências de órgão; eu, como coordenadora da Equipa Intra-hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos (EIHSCP) do Centro Hospitalar Universitário do Porto (CHUP), nas doenças neurodegenerativas -- esclerose lateral amiotrófica e demência; a Dr.ª Florbela Gonçalves, do Serviço de Cuidados Paliativos do IPO de Coimbra, na emergência pré-hospitalar e no serviço de urgência; e o Dr. António Carneiro, internista, diretor clínico do Hospital da Luz Arrábida, nos cuidados intensivos.

Ficou claro que as DAV não substituem o PIIC, sendo este uma estratégia abrangente que integra os pilares dos cuidados paliativos: a definição de terapêuticas e controlo de sintomas, o apoio e envolvimento da família, o trabalho da espiritualidade e o estabelecimento do plano em equipa interdisciplinar. As competências de comunicação são fundamentais para ajudar o cidadão no preenchimento das DAV e na definição do PIIC ao longo do trajeto da doença.

Foram abordadas, entre outras questões, as relacionadas com a alimentação por tubo e antibioterapia na demência avançada, colocadas diariamente a quem lida com estes doentes.

A sessão sobre comunicação e os vários interlocutores, de acordo com um dos moderadores, o Dr. Luis Campos, deixou-nos diferentes, tocou-nos. As regras básicas da comunicação com o doente foram brilhantemente expostas pela Dr.ª Fátima Seabra, interna de Medicina Interna no Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, mestre em Comunicação Clínica. Ficou claro que as competências necessárias a uma comunicação eficaz e empática podem ser adquiridas através de formação e treino adequados.

A Dr.ª Iuri Correia, coordenadora da EIHSCP do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, abordou, de forma muito prática, a comunicação com a família do doente em situações difíceis como a conspiração do silêncio, a perda de via oral e a comunicação com crianças e adolescentes.

O Dr. Rui Carneiro, do Hospital Luz Arrábida, emocionou todos os presentes com o tema “A comunicação com os profissionais de saúde e comigo”. Foi realçado que o profissional de saúde é uma ferramenta de ajuda ao doente e família, mas, simultaneamente, uma pessoa no seu próprio percurso vital.

A despedida do profissional de saúde com o seu doente em fim de vida, tema raramente falado, foi sabiamente abordada pela Dr.ª Sara Moreira, psiquiatra da EIHSCP do CHUP. Falou não só como médica, mas também como profissional de saúde atenta aos outros profissionais, e terminou a sua sessão com o convite: “Despeçam-se dos vossos doentes, não tenham receio”.

No encerramento das Jornadas tivemos a participação do SOTAO, grupo de teatro dos alunos do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar (ICBAS), que excelentemente representou uma situação de comunicação difícil em contexto de fim de vida vivida pela EIHSCP do CHUP.

Também durante as II Jornadas do NEMPAl, foi apresentado o *Ebook do Guia Prático de Controlo Sintomático*, já lançado em formato de papel nas I Jornadas. Dado o seu sucesso e a grande procura, a Angelini voltou a patrocinar o *Guia*, agora em formato digital. Os profissionais de saúde podem adquiri-lo através do contacto com aquela empresa ou no *microsite* do NEMPAl.

ESPAÇO INTERNOS

de Medicina Interna



ANTÓNIO GRILLO NOVAIS, COORDENADOR DO NIMI:

“A MI deverá acreditar no futuro, que somos nós”

“A Medicina Interna como especialidade central e pilar de todos os hospitais deverá acreditar no futuro, que somos nós”, considera António Grilo Novais, o novo coordenador do Núcleo de Internos de Medicina Interna (NIMI) da SPMI.

O responsável realçou a importância da especialidade no 13.º Encontro Nacional de Internos de Medicina Interna (ENIMI), que decorreu em Aveiro, sob o tema “MI no futuro”.

António Grilo Novais começa por dizer, em declarações à *Just News*, que “o futuro da MI é uma incógnita, mas, enquanto interno desta especialidade, quero acreditar que é risonho, no qual se vão ouvir mais as nossas ideias e opiniões, de forma a que os serviços aprendam a valorizar-nos”.

Quanto ao evento, recorda que a organização ainda esteve a cargo da anterior coordenação de Ricardo Fernandes, afirmando que o balanço foi positivo: “Tivemos 80 participantes e muitos colegas enviaram tra-

balhos bastante interessantes do ponto de vista clínico-científico, o que só vem mostrar que há internos interessados e com vontade de se tornarem bons internistas.” Para Ricardo Fernandes, os temas abordados fazem parte do dia-a-dia dos internos. “A Medicina tem evoluído a olhos vistos e nós temos e teremos dificuldade em acompanhar os novos desafios e competências que vão surgindo, daí a relevância destas iniciativas”, refere o coordenador cessante do NIMI.

O enfoque no trabalho de qualidade dos internos foi um dos pontos essenciais dos presentes na sessão de abertura do evento. Além de António Grilo Novais e de Ricardo Fernandes, que deixaram ainda algumas palavras de incentivo a todos os participantes, Lèlita Santos, vice-presidente da SPMI, lembrou que “este Núcleo é um dos que a SPMI mais acarinha, porque estes jovens são o futuro da nossa especialidade”. A médica disse mesmo



acreditar que os próximos tempos vão ser “brilhantes”. “O futuro da MI está muitíssimo bem garantido”, garantiu.

Rosa Jorge, diretora do Serviço de Medicina Interna do CH do Baixo Vouga (CHBV), destacou, por sua vez, “o dinamismo, a determinação e a resiliência dos mais novos”, um estado de espírito importante numa especialidade que, sublinhou, “nem sempre é reconhecida nas instituições”. O diretor clínico do CHBV, Frederico Cerveira, lembrou, por sua vez, o quão essencial é participar nestas reuniões de internos, nas quais se aprende, e deixou um conselho: “Estes eventos não são apenas para assistir aos trabalhos, é importante trocar opiniões e ideias, conhecer os nossos colegas de diferentes pontos do País.”



Ricardo Fernandes, Lèlita Santos, António Grilo Novais, Rosa Jorge e Frederico Cerveira

Escola Europeia de Inverno de MI



Sofia Nóbrega

Interna de 5.º ano de Medicina Interna,
Hospital Central do Funchal

A 29.ª Escola Europeia de Medicina Interna (ESIM), na sua 8.ª edição de Inverno, decorreu entre 22 e 26 de janeiro de 2018 na mágica Lapónia, na Finlândia. Esta escola, que contou com a participação de 47 jovens internos de vários países (Bélgica, República Checa, Estónia, Finlândia, França, Alemanha, Grécia, Israel, Itália, Letónia, Holanda, Noruega, Polónia, Portugal, Roménia, Rússia, Eslováquia, Espanha, Suécia, Suíça, Turquia e Reino Unido) teve lugar em Levi, acima do Círculo Polar Ártico, nuns agradáveis 90 cm de neve e -30°C, sob a direção do Prof. Risto Kaaja e administração do Dr. Kim Pettersson-Fernholm, incansável em todo o processo.

Portugal foi representado por mim, interna de 5.º ano do Hospital Central do Funchal, pelo João Coimbra, interno de 4.º ano do Centro Hospitalar de São João, e pela Fani Ribeiro, interna de 4.º ano do Centro Hospitalar do Baixo Vouga, com o patrocínio da nossa Sociedade Portuguesa de Medicina Interna.

Fundamental para a candidatura é o envio de um currículo resumido, um caso clínico em inglês, uma carta

de motivação e a preciosa carta de recomendação do nosso orientador de formação e/ou diretor de serviço, a quem desde já quero agradecer.

A ESIM é um espaço de formação de qualidade, condensado numa semana em que tivemos o privilégio de participar em palestras, *workshops* e conferências clinicopatológicas com palestrantes de reconhecido mérito, como foi o caso do Prof. Runólfur Pálsson, presidente da Federação Europeia de Medicina Interna (EFIM), do Dr. Xavier Corbella, secretário-geral da EFIM, e de vários membros dos Young Internists. Foi uma oportunidade única de aprofundar conhecimentos em áreas tão importantes como a insuficiência cardíaca, intoxicações, ventilação não invasiva, síndromes endocrinológicas, emergências reumatológicas, entre outras, num formato de partilha de vivências e de procedimentos, do qual é impossível não sair mais rico.

A componente prática foi uma constante, com a discussão em grupo de estratégias diagnósticas e terapêuticas,

com reconhecimento da variável epidemiologia e procedimentos adotados nos diferentes países. De realçar a oportunidade de uma aprendizagem *hands-on* no que diz respeito à ecografia à cabeceira do doente e da preocupação em transmitir a importância do *choosing wisely*, campanha adotada pela EFIM, voltada para a utilização de procedimentos e terapêuticas verdadeiramente necessários e livres de dano, numa era em que somos cada vez mais interventivos e com cada vez mais opções diagnósticas e terapêuticas ao nosso dispor.

Outro momento de grande enriquecimento pessoal e profissional foi a apresentação de casos clínicos por um interno de cada País, num ambiente de empatia e de aprendizagem, com exposição da orientação dada a cada caso, refletindo a prática da Medicina nos variados locais. No caso de Portugal, essa apresentação ficou a meu cargo, com um caso de degenerescência combinada subaguda da medula, que reverteu com a administração de vitamina B12 e que motivou a participação e partilha de experiências dos restantes colegas.



Uma grande mais-valia da ESIM foi permitir este convívio entre colegas, formadores e formandos num ambiente informal e em que se notava em todos a vontade de ali estar. A componente social não pode aqui ser descurada, com uma enorme partilha de experiências e vivências com os colegas de outros países, em termos académicos, clínicos, comunicacionais, culturais e laborais, com a criação de laços profissionais e de amizade. Criaram-se pontes que esperamos que possam vir a contribuir para melhorar o futuro da Medicina Interna.

Foi uma oportunidade incrível e, sem dúvida, uma mais-valia na minha formação enquanto interna e enquanto pessoa.

9.ª Escola de Verão de MI com participação recorde

A localidade de Albernoa, concelho de Beja, recebeu mais uma Escola de Verão de Medicina Interna (EVERMI), de 14 a 16 de setembro. Em declarações à *Just News*, o seu diretor, Nuno Bernardino Vieira, faz um balanço “muito positivo”, realçando a participação recorde de 47 internos de MI, dos quais três vindos de Espanha (parceria com a Sociedade Espanhola de Medicina Interna).

“A 9.ª edição da EVERMI dedicou-se aos grandes temas em MI, sempre com uma abordagem muito interativa com os participantes e recorrendo a ferramentas que fomentassem essa participação dos formandos, como os Encontros com o Especialista ou os Workshops. Foram percorridas grandes áreas de conhecimento dos internistas, como a diabetes, a antibioterapia, a infeção por VIH, a tuberculose ou a doença hepática crónica, entre outras”, relata o assistente hospitalar de MI do CH Universitário do Algarve.

De acordo com Nuno Bernardino Vieira, os temas científicos abordados também se distinguiram pela sua qualidade e atualidade. Para além disso, segundo refere, todos os participantes destacaram o espírito de grupo que se cultivou naqueles dias e o crescimento profissional e pessoal que sentiram.

“Globalmente, na avaliação da EVERMI realizada pelos formandos, a classificação da Escola é muito boa e todos expressam desejo de repetir a experiência”, sublinha. Questionado sobre a qualidade da formação



Nuno Bernardino Vieira



em MI em Portugal, Nuno Bernardino Vieira não hesita em afirmar que é reconhecida como sendo de elevada qualidade, garantindo uma formação muito abrangente aos especialistas de MI, capacitando-os para assumir responsabilidades nas mais diversas áreas a nível hospitalar. No entanto, considera, “este esforço de melhoria contínua tem que continuar e existe uma série de desafios para ultrapassar nos próximos anos”. Na sua opinião, o principal desafio é que a formação consiga acompanhar a evolução que a Medicina Interna tem sofrido e as novas exigências a que os internistas vão ter que responder.



Escola de Verão: a perspetiva de um dos participantes



Flávio Pereira

Interno do 2.º ano, CH do Baixo Vouga

No passado mês de setembro, decorreu a 9.ª edição da Escola de Verão de Medicina Interna, organizada pelo Núcleo de Estudos da Formação em Medicina Interna da SPMI, com o apoio do Núcleo de Internos de MI. Tive a sorte de ser um dos selecionados para participar neste evento, no qual estiveram presentes 47 internos de todo o país e ainda colegas espanhóis.

Este ano, a organização procurou inovar, com encontros com especialistas, *quizzes*, casos clínicos e um laboratório de ecografia, sem esquecer a importância da comunicação no relacionamento com o doente e as novas abordagens terapêuticas. Gostaria de realçar a inclusão de temas de cultura geral, assim como de práticas diárias saudáveis, de forma a ajudar a combater o *burnout*, infelizmente, tão prevalente na nossa profissão.

No evento, incentiva-se à atualização científica, não descurando, no entanto, o fomento do convívio informal e a troca de experiências entre internos e formadores. Inclusivamente, incentivou-se à discussão de temas que nos preocupam tanto na nossa formação como na visão a longo prazo da Medicina.

Esta iniciativa é essencial para fortalecer o espírito de união dos jovens internistas, assim como para criar uma rede de contactos nacional que nos possibilita tentar inovar nos nossos serviços e na nossa formação. Para este último ponto, foi extremamente importante a presença de internos do nosso país vizinho, onde a estrutura do internato em Medicina Interna é bastante

distinta da nossa, possibilitando a abertura de horizontes para uma realidade diferente, mas tão próxima, que pode trazer inúmeras vantagens, enquanto internos de hoje e especialistas do futuro.

Importante também foi a presença do atual presidente da SPMI, Dr. João Araújo Correia, que nos fez ver que a Sociedade está preocupada com o futuro da especialidade, incluindo o programa formativo, demonstrando-se aberto a discussão do plano curricular e recetivo a sugestões de alterações e inovações do mesmo.

Tendo tudo isto em conta, é uma atividade que recomendo a todos os internos de Medicina Interna do nosso país, porque irá ser um marco importante na vossa formação, assim como uma abertura de inúmeras portas para o futuro.

Termino agradecendo ao Dr. Nuno Bernardino Vieira e ao Dr. António Martins Baptista pela dinamização anual desta atividade. Acho que a Escola de Verão é importante na formação, devendo aos seus responsáveis o espírito que nela se vive, uma vez que são eles que o criam, sendo da opinião que todos os internos deverão passar por esta experiência.

PUBLICIDADE



PUBLICIDADE



PUBLICIDAD

