III Reunião Anual do Núcleo de Estudos de Insuficiência Cardíaca da SPMI

LIVE MEDICINA INTERNA

Publicações justNews

DIRETOR: JOSÉ ALBERTO SOARES
QUADRIMESTRAL | MAI.-AGO. 2022
ANO 8 | NÚMERO 27 | 3 EUROS
WWW.JUSTNEWS.PT

Siga-nos hospital público

António Martins Baptista, diretor da Escola de Formadores em Medicina Interna:

"O FORMADOR DA MI NÃO PODE SER PATERNALISTA"

LIVE MEDICINA FÍSICA E REABILITAÇÃO

Coração e Vasos
DEPARTAMENTO DE CORAÇÃO E VASOS DO CH UNIVERSITÁRIO LISBOA NORTE

LIVE MEDICINA INTERNA

WOMEN'S MEDICINE

justNews

sumário

Entrevista

06 **António Martins Baptista**
"O formador da Medicina Interna deve ser um irmão mais velho, não pode ser paternalista"

Notícias

04 **Prémio AIDFM / CETERA**
Interna de Medicina Interna do São João venceu

13 **Garante José Mariz, a propósito do I Encontro Nacional do NEEco**
"A POCUS está numa fase de crescimento exponencial"

14 **III Reunião Anual do Núcleo de Estudos de Insuficiência Cardíaca da SPMI**
Apostar na abordagem estruturada dos doentes com IC, que têm uma patologia que diz muito aos internistas

16 **Orientador de formação em Medicina Interna**
Curso valoriza o seu papel

18 **Unidade de Hospitalização Domiciliária do CHVNG/E**
Lançado o projeto "Oficinas do Cuidador"

27 **Manuel Teixeira Veríssimo presidiu às comemorações na qualidade de presidente do CA**
50.º aniversário do Hospital Distrital da Figueira da Foz

Especial IV Jornadas do Núcleo de Estudos de Medicina Paliativa

19 **Cuidados Paliativos**
Cuidar e minimizar o sofrimento com "terapias *out-of-the-box*"

20 **Nuno Silva**
Reiki nos Cuidados Paliativos

21 **Catarina Távora**
Uma presença atenta e compassiva no (auto) cuidado

22 **Cristina Ramalho**
O papel relevante de *Reconstructive Healing* nos prestadores de cuidados de saúde

23 **Susana Teixeira Magalhães**
Vozes que (se) contam: olhares cruzados sobre Cuidados Paliativos

Especial 3.º Reunião do Núcleo de Estudos de Doenças Respiratórias

24 **Pedro Leuschner, coordenador do NEDResp**
"A integração e personalização de cuidados respiratórios deve ser um objetivo de todos"

25 **Ana Raquel Freitas**
Obesidade e doença pulmonar: DPOC, o paradoxo do peso

26 **Fernando Salvador**
Vasculites ANCA – abordagem diagnóstica e tratamento atual

Interna de MI do São João venceu Prémio AIDFM/CETERA

Ana Catarina Elias, interna de MI do CHUSJ, foi a grande vencedora da 5.ª edição do Prémio AIDFM/CETERA, com o trabalho *The ratio of furosemide dosage to urinary sodium concentration predicts mortality in patients with chronic stable heart failure*.

Os resultados foram conhecidos durante a sessão de encerramento do XII Congresso Novas Fronteiras em Medicina Cardiovascular, que decorreu em fevereiro, sendo o Prémio atribuído pela Associação de Investigação e Desenvolvimento da Faculdade de Medicina (AIDFM).

"Este trabalho nasceu da ideia de tentarmos traduzir o conceito de resistência aos diuréticos, que é simples de compreender clinicamente, mas muito difícil de traduzir de forma prática, com números que possamos usar no nosso dia-a-dia", começa por explicar Ana Catarina Elias, em declarações à *Just News*.

Procurando abordar "o papel da resistência aos diuréticos nos doentes com insuficiência cardíaca em fase estável",

Ana Catarina Elias

o grupo de trabalho do qual Ana Catarina Elias é primeira autora criou "um rácio que recorre à dose de diurético e à concentração de sódio urinário dos nossos doentes, permitindo identificar aqueles que têm um melhor ou um pior prognóstico".

Se a recolha dos dados já havia sido colhida previamente, avança que "o seu tratamento, a revisão da temática e a discussão" foram componentes que decorreram já durante o seu internato.

Ana Catarina Elias adianta que o seu interesse pela área cardiovascular nasceu logo no 1.º ano de internato, no âmbito da presença na Consulta de Insuficiência Cardíaca. Tendo sido esta a primeira vez que submeteu um trabalho científico ao PRÉMIO AIDFM/ /CETERA, não deixa de observar ter sido "uma ótima estreia"!

Próximas Reuniões dos Núcleos de Estudos da SPMI

LIVE Medicina Interna
Diretor: José Alberto Soares **Redação:** Miguel Anes Soares, Raquel Braz Oliveira **Fotografia:** Nuno Branco **Publicidade e Marketing:** Ana Paula Reis, Diogo Varela **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 híbrida da *Just News*, impressa e em formato digital (*e-paper*),** de periodicidade quadrimestral. Dirigida a profissionais de saúde, está 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 Andalucia 28320 Pinto Madrid, España **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".

Publicações
justNews

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

Foto da capa
António Martins Baptista fotografado no Hospital Beatriz Ângelo, onde decorreu a entrevista.

28.º
CONGRESSO NACIONAL DE MEDICINA INTERNA
Medicina Interna Da Nascente à Foz
2 a 5 de outubro de 2022
SAVE THE DATE
Centro de Congressos do Algarve, Vilamoura
ORGANIZAÇÃO
SPMI Sociedade Portuguesa de Medicina Interna
AGÊNCIA OFICIAL
FactorChave
factorchave.pt

ANTÓNIO MARTINS BAPTISTA, EX-PRESIDENTE DA SPMI E DO COLÉGIO DA ESPECIALIDADE DE MI DA ORDEM DOS MÉDICOS, DIRETOR DA ESCOLA DE FORMADORES EM MI:

"O formador da Medicina Interna deve ser um irmão mais velho, não pode ser paternalista"

A paixão de António Martins Baptista pela medicina que olha o doente como um todo começou logo na infância. Conhecido pelo seu particular interesse pela área da formação, defende que a relação com os internos deve ser de proximidade e de confiança. Ex-presidente da SPMI e ex-presidente do Colégio da Especialidade de MI da Ordem dos Médicos, é coordenador de MI e diretor do internato médico desde a abertura do Hospital Beatriz Ângelo e diretor da Escola de Formadores em MI. Não menos importante, foi-lhe atribuído o Prémio Nacional de Medicina Interna 2021.

***Just News* (JN) – Sempre quis seguir Medicina?**
António Martins Baptista (AMB) – Sim, foi logo aos 4 anos que comecei a dizer que queria ser médico, seguramente por influência dos clínicos que, na época, viam toda a população daqueles bairros onde eu vivia e iam a meio da noite a casa dos doentes, quando era necessário. O médico que seguia a minha família tinha no consultório um aparelho em que se via tudo dentro de nós (radioscopia) e isso era mágico!

JN – E foi também a visão mais abrangente desse médico que o levou a optar pela Medicina Interna?
AMB – Sim, acho que sempre quis ser médico generalista por causa desse exemplo. Durante o curso, não soube logo muito bem qual seria a especialidade... e até escolhi primeiro Medicina Nuclear. Fazia na altura programação de computadores e, como era uma área muito tecnológica, achei que seria uma opção inteligente. No entanto, esqueci-me de algo fundamental na vida: perguntar ao meu íntimo o que realmente gostaria de fazer. E a resposta só podia ser uma: ver doentes. Cometi, assim, um erro grave que durou apenas uma semana. Retirei o adiamento do serviço militar obrigatório e repeti o exame de acesso à especialidade. Senti-me tão feliz por poder voltar ao meu rumo!

JN – Quando recebeu o Prémio Nacional de Medicina Interna 2021, o 1.º proponente da lista que suportou o seu nome, o também ex-presidente da SPMI Dr. Faustino Ferreira, disse que o Dr. António Martins Baptista "abraçou a especialidade de coração e alma". Foi mesmo assim?
AMB – Sim, é isso mesmo. Quando entrei para o Internato senti-me muito realizado, percebi que era, de facto, a escolha certa: voltar à Medicina pura e dura. Fico até zangado quando se diz mal da MI... [risos]

JN – Está a falar de outras especialidades? O que se costuma dizer?
AMB – Não só! Por vezes, é o próprio internista que, após um dia mais complicado, se queixa... Acho que temos mesmo que entrar na MI de corpo e alma, com entrega total. Aliás, deve ser assim em todas as profissões, caso contrário, a vida é uma chatice.

"QUANDO ENTREI PARA O INTERNATO SENTI-ME MUITO REALIZADO, PERCEBI QUE ERA, DE FACTO, A ESCOLHA CERTA: VOLTAR À MEDICINA PURA E DURA. FICO ATÉ ZANGADO QUANDO SE DIZ MAL DA MI..."

JN – Abriu dois serviços de Medicina, antes da própria inauguração do hospital: o do Fernando Fonseca (HFF) e o do Beatriz Ângelo (HBA). Como foi essa experiência, vivida no âmbito das parcerias público-privadas (PPP)?
AMB – Quando fui para o HFF, ainda era um hospital com gestão pública. Só passou a ter gestão privada ao fim de alguns meses. Eu, o meu diretor do Serviço e três cardiologistas fomos os primeiros médicos a chegar à Amadora. Tentámos montar um modelo idêntico ao que se passa, atualmente, no HBA: o hospital inteiro organizado em torno da MI. Infelizmente, não foi possível... Enfim, tudo tem o seu caminho e um tempo certo... Acabei por

(Continua na pág. 8)

LIVE MI
entrevista

(Continuação da pág. 7)

voltar ao Hospital Curry Cabral, onde havia feito a especialidade.
Entretanto, em 2011, a Eng.ª Isabel Vaz, administradora executiva do Grupo Luz Saúde, fez-me um convite com o qual sonhava há muitos anos: integrar um hospital – neste caso, o HBA – em que toda a organização iria basear-se na MI. Acredito que cada um deve fazer aquilo que realmente sabe. Para um internista, isso significa seguir o doente internado, desde a urgência até à alta hospitalar. As outras especialidades aportam os conhecimentos das suas áreas e os doentes precisam muito da sua ciência.
Mas a MI é treinada, desde sempre, para olhar para o todo, de forma holística, e isso é fundamental. O modelo hospitalar centrado na MI é benéfico para o doente e, como se tem provado no HBA, muito mais rentável para o sistema. Felizmente, hoje em dia, é a própria Tutela que quer as coisas desta forma, depois de ter visto os bons resultados no setor privado.

JN – Falando especificamente do HBA, onde é coordenador de Medicina Interna, chegou a participar na estruturação do espaço?
AMB – Este modelo de gestão no HBA não exige grande estruturação de espaço. As camas são dos doentes, não são dos médicos. Não há o serviço X ou Y. Mas há uma zona onde existem ventiladores, ou capacidade de monitorização cardíaca, ou de isolamento, e os doentes que necessitam são aí internados. Os internamentos não são organizados por especialidade, pois, são os clínicos que se deslocam até aos doentes.

JN – Na sua atividade clínica, quando chega ao fim de um dia de trabalho, sente outra satisfação por a organização ser centrada na MI? O que é diferente, em termos concretos?
AMB – Vejamos, esta forma de estar é uma mais-valia para os doentes, não tem que ser para mim ou para os meus colegas. Sempre sonhei – assim como muitos internistas – em ter um hospital a girar em torno da MI, porque quando assim não é deparamo-nos com muitas disfuncionalidades na prestação de cuidados. É mais exigente? Sim, mas sinto-me satisfeito ao final do dia, porque vejo que os doentes têm aquilo de que necessitam. Quando sentimos que prestámos um mau cuidado ao doente é uma frustração! Obviamente, nada é perfeito e encontramos sempre algo a otimizar, contudo, estamos um passo mais à frente. Somos gestores do doente e isso é reconhecido pelas restantes especialidades, a quem pedimos apoio sempre que o doente necessita. A centralidade da MI é útil também para esses colegas, porque têm sempre apoio da nossa parte. Todas as camas de adultos do HBA têm um internista alocado.

> "ESTE MODELO DE GESTÃO NO HBA NÃO EXIGE GRANDE ESTRUTURAÇÃO DE ESPAÇO. AS CAMAS SÃO DOS DOENTES, NÃO SÃO DOS MÉDICOS. (...) OS INTERNAMENTOS NÃO SÃO ORGANIZADOS POR ESPECIALIDADE, POIS, SÃO OS CLÍNICOS QUE SE DESLOCAM ATÉ AOS DOENTES."

"SE UMA PESSOA TEM UM EPISÓDIO AGUDO – E NÃO EMERGENTE –, TEM QUE TER UMA ALTERNATIVA AO HOSPITAL"

JN – Fala-se muito que é preciso mudar o sistema de saúde. Concorda?
AMB – Sim, sem dúvida! O SNS foi criado nos anos 70 e já não se aguenta mais um modelo organizacional urgentocêntrico, em que as pessoas, quando necessitam de ajuda, só têm a possibilidade de ir a uma urgência hospitalar. As urgências estão no limite, há chefes de equipa em vários hospitais a pedir escusa de responsabilidade...

JN – O que deve mudar?
AMB – Primeiramente, temos que pensar o sistema da base para o topo. Se uma pessoa tem um episódio agudo – e não emergente –, tem que ter uma alternativa ao hospital. Por exemplo: se se tiver uma entorse no pé, é urgente pedir apoio médico, mas o ideal é que se recorra a uma unidade onde um ortopedista faça a observação e peça uma radiografia. Não tem que se sujeitar a vir para o hospital, sobrecarregado, e esperar 24h até ser atendido. Esta mudança tem que ser rápida!

JN – Mas será que isso se poderá dever ao facto de os Cuidados de Saúde Primários terem um horário mais limitado?
AMB – A culpa não é dos colegas dos CSP, que também têm imenso trabalho. Em 2008, houve uma reforma dramática, em que se fecharam os Serviços de Atendimento Permanente (SAP). Desde aí, o sistema de saúde não parou de se tornar progressivamente mais urgentocêntrico. Tem que haver uma reformulação de alto a baixo da organização do sistema. São necessárias muitas outras portas de acesso ao sistema de saúde, nos CSP, nos hospitais e na comunidade. Portugal tem 70% da população por ano na Urgência. A Alemanha tem 7%. Temos que fazer algo rapidamente.

JN – Com a reforma de 2008 foram criados os Serviços de Urgência Básica (SUB), que nalguns locais foram desativados, nomeadamente o referente a Loures/Odivelas, duas zonas de influência do HBA. Isso foi um erro?
AMB – Não! Foi precisamente a criação dos SUB que ajudou a rebentar com o sistema! Criou-se algo que não funciona bem, roubando recursos médicos hospitalares e que referenciam quase tudo à Urgência, por falta de meios.

JN – Sempre esteve muito ligado à Urgência e à Emergência. Na sua opinião, por que razão não se volta a ter SAP?
AMB – Nada se cria de um dia para o outro. Encerrar esses serviços foi fácil, o problema é voltar a abri-los...

JN – Isso acontece, essencialmente, por causa dos recursos humanos?
AMB – Quando um profissional de saúde deixa de fazer noites, é muito complicado voltar. É muito duro trabalhar noites sucessivas! Mas, se calhar, o SAP nem sequer precisaria de estar aberto 24h... Bastaria encerrar às 24h, já que os doentes que lá se deslocam após esse horário são muito poucos. Obviamente, em determinadas localidades, como Lisboa, faz sentido estar 24h, mas o mesmo não acontece em Santarém. O importante é haver uma alternativa até à meia-noite. Tudo tem que ser repensado, inclusive, a distância, para facilitar os cuidados de proximidade.

JN – E, no hospital, receia o surgimento da especialidade de Medicina de Emergência?
AMB – Digamos que tenho pena se isso se verificar porque, em vez da visão holística do internista, vamos ter médicos que fazem apenas urgência... Acaba por ser um trabalho demasiado isolado e fechado, o que reduz a visão integradora do tal *continuum* da urgência à alta.

"NÃO SABÍAMOS QUE VÍRUS ERA ESTE E SE CORRÍAMOS, TODOS, RISCO DE VIDA"

JN – Temos atravessado uma fase pandémica muito complicada. O HBA foi dos hospitais que sentiu maior impacto. Pode-se dizer que o modelo de organização facilitou o apoio à população?
AMB – Não tenho qualquer dúvida! Quem trabalha neste hospital esteve sujeito a um esforço brutal! O Dr. Artur Vaz, que era o administrador na altura, frisou várias vezes esse aspeto e, tendo em conta a nossa dimensão, nesta fase pandémica, fomos das unidades hospitalares, a nível nacional, sujeitas a uma maior pressão. Conseguimos dar o melhor, porque a MI foi o harmónio, que, inclusive, agilizou a gestão dos recursos humanos. O internista esteve em todo o lado: urgências, cuidados intensivos, internamento, unidades covid, etc. A plasticidade do médico internista foi o que permitiu que, apesar da sobrecarga brutal, tivéssemos prestado bons cuidados de saúde durante os piores momentos da pandemia. Podia-se ter feito melhor?

> "EM 2008, HOUVE UMA REFORMA DRAMÁTICA, EM QUE SE FECHARAM OS SERVIÇOS DE ATENDIMENTO PERMANENTE (SAP). DESDE AÍ, O SISTEMA DE SAÚDE NÃO PAROU DE SE TORNAR PROGRESSIVAMENTE MAIS URGENTOCÊNTRICO."

(Continua na pág. 10)

Motas e Fotografia são duas paixões

Natural de Lisboa, onde nasceu a 28 de junho de 1962, fez o seu curso na Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa. A especialização em Medicina Interna teve lugar nos antigos Hospitais Civis de Lisboa.
Após alguns anos no Hospital Curry Cabral (HCC), foi convidado a abrir o Serviço de MI no Hospital Fernando Fonseca, na Amadora. Voltou, entretanto, ao HCC, seguindo-se mais um novo hospital, o Beatriz Ângelo, em Loures, onde se mantém até hoje, sendo, desde o seu início, um dos coordenadores do Serviço de Medicina Interna e o diretor do internato médico. Além de docente na FMUL e de estar envolvido na génese e na coordenação de vários projetos na SPMI, como o EVERMI, o NEFORMI e, mais recentemente, a Escola para Formadores em MI, foi presidente da SPMI e do Colégio da Especialidade da OM. Foi distinguido com o Prémio Nacional de Medicina Interna 2021.
Amante de motas, costuma ir ao Lés a Lés, um evento importante para qualquer motociclista. Casado, pai de três filhos e avô de uma menina de 4 anos, gosta também de ler e de Fotografia – já fez três exposições. Quanto aos filhos, nenhum seguiu as pisadas dos pais (a sua mulher é radiologista). Lembra-se bem o que ouviu o mais velho dizer, na altura de escolher o curso superior: "Quem escolhe Medicina não deve ter dois pais médicos..."

LIVEMI
entrevista

(Continuação da pág. 9)

Obviamente, como em tudo. Mas o balanço foi positivo.

JN – Como coordenador de MI, como é que conseguiu gerir as equipas?
AMB – Foi um trabalho de todo o hospital. Foi reinventar a roda todos os dias! Chegou-se ao ponto de se desmontar toda a organização previamente estabelecida de um momento para o outro e criar grupos de trabalho de maneira a permitir que quem tivesse menos treino – envolveram-se todas as especialidades – não estivesse sozinho. Note-se que este vírus leva a uma agudização muito rápida, de uma hora para a outra. A enorme quantidade de doentes que seguimos teve sempre a vigilância necessária!

"A PLASTICIDADE DO MÉDICO INTERNISTA FOI O QUE PERMITIU QUE, APESAR DA SOBRECARGA BRUTAL, TIVÉSSEMOS PRESTADO BONS CUIDADOS DE SAÚDE DURANTE OS PIORES MOMENTOS DA PANDEMIA."

JN – Mas, em exaustão, como se motiva as pessoas a manterem-se a trabalhar horas a fio?
AMB – Tivemos várias fases. A primeira foi de pânico, porque não sabíamos que vírus era este e se corríamos, todos, risco de vida. Os profissionais de saúde – não me refiro somente a médicos – deixaram as suas famílias, foram viver para hotéis e apartamentos, com medo de transmitirem o vírus aos filhos, aos pais... Não foi fácil por causa do medo. Mas, apesar disso, deram o seu melhor. Posteriormente, percebeu-se que a covid-19 não era assim tão letal e, mesmo até, transmissível. Bastava, sobretudo, ter alguns cuidados; aliás, os casos de infeção surgiram mais do convívio familiar. A partir de então, sossegámos um pouco mais. Mais tarde, nas 2.ª e 3.ª vagas, no início de 2021, o problema foi mesmo a exaustão. O hospital chegou ao ponto de se centrar somente na covid-19, face ao elevadíssimo número de doentes. Não foi possível de outra forma... Contudo, vou recordar estes momentos com algum carinho e orgulho... A angústia foi muito grande, mas é muito bom sentir que estivemos à altura do desafio. Não chegámos ao desespero dos nossos colegas italianos e espanhóis.

JN – Esse foi um dos maiores receios?
AMB – Sim.

JN – O Dr Faustino Ferreira também realçou a sua capacidade de liderança e de organização. Acredito que tenham sido reforçadas após esta experiência?
AMB – Sou resiliente, sim! [risos]

JN – Gosta de desafios e isso dá-lhe força...
AMB – Sim! De outra forma, não vale a pena viver. Todavia, gosto de desafios quando os mesmos envolvem serviço aos outros. É aquilo que me motiva mais!

JN – É um líder que acredita que para o ser tem de servir?
AMB – Eu, pessoalmente, gosto que assim seja. Não me vejo a liderar de forma egoísta. É muito gratificante ver que, à minha volta, as pessoas estão felizes.

JN – O HBA deixou de ser PPP em 19 de janeiro deste ano. Isso mudou alguma coisa no seu trabalho como coordenador?
AMB – O modelo de organização, em que tudo gira à volta da MI, vai manter-se. É uma garantia da atual administração. Este hospital é atraente para se fazer MI. Obviamente, passámos a jogar com as regras públicas, mas já se sabia que iria ser assim. Outro aspeto importante tem que ver com o facto de ser um bom local para os jovens aprenderem. E prova disso é que a primeira interna a escolher MI no País optou por esta instituição. O HBA é, aliás, primeira opção dos internos em diversas especialidades.

"DAQUI A 10 ANOS, A MEDICINA VAI SER DIFERENTE"

JN – A formação e o ensino são dois pontos que considera essenciais. Quando surgiu esse interesse?
AMB – Comecei a dar aulas logo no 5.º ano da faculdade e nunca mais parei. Sou, desde então, assistente da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa. Gosto muito de ser docente, daí também a minha aposta nesta vertente dentro da própria Sociedade Portuguesa de Medicina Interna. Estive na origem do Núcleo de Estudos de Formação em Medicina Interna, que liderei até há poucos anos.

JN – Esteve muito envolvido na Escola Europeia de Medicina Interna...
AMB – A certa altura, fui desafiado pela Federação Europeia de Medicina Interna (EFIM) a organizar a Escola Europeia de MI (ESIM). Participavam internos de Medicina Interna de toda a Europa. Convidava também alguns de outros continentes. E porquê? Porque é importante conhecer outras realidades, para vermos como somos todos muito parecidos. Fui, então, durante 3 anos, diretor da Escola Europeia de MI em Portugal, seguindo-se mais três como codiretor da ESIM em Londres. Foi aí que vivenciei um episódio que é bem revelador de como não podemos ficar pelo nosso "mundo".
Na altura, convidei uma colega moçambicana que, durante uma discussão sobre indicações para hemodiálise, disse o seguinte: "Não percebo as vossas dúvidas. No meu país, temos apenas três máquinas de hemodiálise, por isso, temos que ser muito criteriosos na escolha dos doentes." Respostas como esta são muito educativas para os nossos médicos. Tanto que alguns diziam-me que saíam da escola a sentir-se muito mais europeus...

"OS FORMADORES DEVEM ACONSELHAR E ABRIR CAMINHOS"

JN – Depois a Escola terminou...
AMB – Sim, mas quem estava comigo achou que se devia continuar e começou, assim, a Escola de Verão de MI (EVERMI), que ainda continua.

JN – Em 2022, sendo o Ano do Orientador de Formação de MI, envolveu-se em mais um projeto: o da Escola de Formadores em Medicina Interna, com a sua primeira edição em maio. Sentiu que faltava esta ajuda para quem é tutor?
AMB – Sim, mas é também um local de reflexão sobre o que tem que mudar, sobretudo quando o sistema está a rebentar e alguma coisa tem que ser feita o mais rapidamente possível. O sistema está a entrar em falência e as novas tecnologias estão a mudar muita coisa. A pergunta central é: o que vai ser o médico daqui a uns anos? Mesmo no recente Congresso da Ordem dos Médicos se abordou esta questão. É preciso antever a formação dos médicos porque, daqui a 10 anos, a medicina vai ser diferente. Não se trata de a tecnologia substituir o médico; todavia, aquele que tiver competências nessas áreas vai ter mais oportunidades. Em suma, os futuros clínicos terão que saber muito de medicina, mas têm que estar prontos para a evolução tecnológica.

"O SISTEMA ESTÁ A ENTRAR EM FALÊNCIA E AS NOVAS TECNOLOGIAS ESTÃO A MUDAR MUITA COISA. A PERGUNTA CENTRAL É: O QUE VAI SER O MÉDICO DAQUI A UNS ANOS?"

JN – E o que mudaria na formação?
AMB – O Eng. Carlos Moedas, presidente da Câmara Municipal de Lisboa, deu uma conferência muito interessante acerca deste tema no Congresso da OM. Ele dizia que o médico terá que estar disponível para estabelecer pontes, com a Matemática, a Física, a Informática, etc. É óbvio que temos que estar atentos a esta mudança, quer a nível pré como pós-graduado. Quem entra no curso tem que perceber que não basta saber de medicina, tem que dialogar com outras profissões, porque é na fronteira entre diferentes saberes que vão borbulhar as novidades nos próximos anos.

JN – E, hoje em dia, acresce a necessidade de dar resposta aos doentes que chegam com um "relatório" do Dr. Google e afins...
AMB – É verdade! A problemática dessas fontes é a capacidade de filtração das informações que surgem na internet. Nem sei se alguma vez se irá conseguir bons filtros... Sou um grande defensor da liberdade, mas também do aconselhamento da multiplicidade de coisas que são ditas e escritas e que podem pôr em causa a saúde da população. Como é que se consegue esse equilíbrio? Vamos discutir, ver como poderá ser...

JN – Tendo em conta todos estes anos de contacto com internos, quer nos hospitais como nos projetos da SPMI, qual acha que deve ser a relação formador-formando?
AMB – Idêntica à do médico-doente: o formador de MI – ou de outras especialidades – deve ser um irmão mais velho, não pode ser paternalista. A ideia que se tinha de alguém que temos que seguir cegamente está ultrapassada. Esse irmão terá de indicar o caminho e não obrigar a tomar determinada decisão. A liberdade de fazer mal ou bem é do próprio que está a aprender. Os formadores devem aconselhar e abrir caminhos. Tem que ser, inevitavelmente, uma relação de confiança. Aliás, só se aprende fazendo. Não contem comigo para a "infantilização" dos médicos internos. É um processo de crescimento, em que alguém ampara os passos. Os internos são autónomos a partir do primeiro ano de internato...

JN – Sendo docente, aconselha os formandos a optar por essa via de ensino?
AMB – O próprio Juramento de Hipócrates realça a obrigação de transmitir conhecimento, existindo uma troca permanente, porque o especialista também aprende imenso com o interno. E investir na investigação, para não se estagnar. Essa é outra vertente essencial. Obviamente, nem todos irão ser investigadores de ponta, contudo, mesmo nesses, é uma ajuda preciosa para se ser crítico com os resultados dos artigos que vamos lendo. Quantas descobertas científicas aparentemente importantes caíram por terra em 3 ou 4 anos?

JN – Durante a pandemia, foram publicados muitos estudos, mesmo sem revisão interpares...

(Continua na pág. 12)

(Continuação da pág. 11)

AMB – Sim! Por acaso, em Portugal, não tivemos maior mortalidade porque, mesmo antes da evidência científica, começámos a usar os corticoides em doentes mais graves. Hoje, sabe-se que é uma forma de aumentar a sobrevida destes pacientes. Foi sorte, uma intuição portuguesa que correu bem...

"OS ESPECIALISTAS DE MI – SEM DESPRIMOR POR NINGUÉM – TÊM UMA ENORME ENTREGA AOS DOENTES"

JN – Foi presidente da SPMI e do Colégio da Especialidade de MI da Ordem dos Médicos. Como foram essas experiências fora do ambiente hospitalar e académico?

AMB – Muito positivas, extraordinárias! Devo, contudo, salientar que não estive sozinho, é sempre um trabalho de equipa. Muita coisa aconteceu nos últimos anos, nomeadamente quanto à forma como se olha para a Medicina Interna. A própria população já vai conhecendo um pouco mais o que é a MI, apesar do muito trabalho que ainda está por fazer, obviamente.

JN – O que mais aprendeu com o desempenho desses cargos?

AMB – Primeiro, que os especialistas de MI – sem desprimor por ninguém – têm uma enorme entrega aos doentes. Em face disso, merecem que os dirigentes olhem por eles. Segundo, tem-se maior noção de que há coisas que nem sempre conseguimos fazer por causa da inércia política. O Prof. Pedro Pita Barros, de Economia em Saúde, disse-me uma vez que "a saúde é como uma parede de borracha, que pode ser empurrada com um dedo, mas que, ao retirá-lo, fica tudo na mesma". Para mudar alguma coisa, temos que manter a pressão...

JN – Olhando para o futuro, o que mais quer para os doentes e para os internistas?

AMB – É urgente refazer todo o sistema de saúde! Muitos dos doentes que estão no hospital seriam melhor cuidados noutros locais. É o caso dos utentes dos lares, que podiam ser acompanhados nessas instituições sem terem que se deslocar ao hospital. A única medida bem feita nos últimos anos foi a criação de unidades de hospitalização domiciliária, porque seguem a lógica de retirar as pessoas do hospital. Nos próximos anos, é também importante que os médicos vão ter com os utentes. Por que razão não existe um local próprio na comunidade, onde o oftalmologista ou o otorrinolaringologista possa dar consultas, prevenindo-se que os mais frágeis tenham que andar de um lado para o outro? O hospital deve ser apenas para casos emergentes. Espero, realmente, que haja esta reorganização, que não passa apenas por injeção de dinheiro.

"OS ESPECIALISTAS DE MI – SEM DESPRIMOR POR NINGUÉM – TÊM UMA ENORME ENTREGA AOS DOENTES. EM FACE DISSO, MERECEM QUE OS DIRIGENTES OLHEM POR ELES."

GARANTE JOSÉ MARIZ, A PROPÓSITO DO I ENCONTRO NACIONAL DO NEEco:

"A POCUS está numa fase de crescimento exponencial"

A criação de centros de formação é "um dos grandes desafios" dos próximos tempos no que diz respeito à ecografia à cabeceira do doente (Point-of-care Ultrasonography – POCUS). A opinião é de José Mariz, coordenador do Núcleo de Estudos de Ecografia (NEEco) da SPMI, que falou à Just News a propósito do I Encontro Nacional do NEEco, que decorreu no dia 26 de março, em Lisboa.

Na sequência do evento, que contou com a participação de palestrantes de Espanha, Brasil e EUA, José Mariz confirma o que há muito vem dizendo: "A POCUS está numa fase de crescimento exponencial." Ainda há vários passos que têm que ser dados, mas a ecografia à cabeceira do doente já é vista cada vez mais como uma mais-valia para os pacientes.

Falta, contudo, apostar na criação de centros de formação, dentro e fora do hospital: "É preciso garantir um programa sólido, com objetivos bem definidos, para uma técnica que é transversal a várias especialidades e que obriga a uma atualização constante."

Segundo José Mariz, "não havendo, até à data, uma base sólida de regulamentação, é preciso regular, uniformizar, normalizar, acompanhar, avaliar e monitorizar."

Alguns dos elementos do Núcleo de Estudos de Ecografia

José Mariz

Medidas estas cuja implementação, no seu entender, vai acabar por ser inevitável a curto prazo, já que há muitos profissionais de saúde que se dedicam a esta técnica nos seus serviços, tal como ficou demonstrado num inquérito realizado pelo NEEco junto de internistas, a nível nacional.

"A ecografia já ultrapassou o âmbito exclusivo da Imagiologia, o trabalho é cada vez mais multidisciplinar, de colaboração interpares", salienta.

Contudo, faz questão de dizer que o trabalho a ser desenvolvido não é tarefa apenas da Medicina Interna, "nem implica qualquer confronto com a Imagiologia". Como explica, "o caminho deve ser de diálogo, tendo em conta as vantagens da ecografia à cabeceira do doente nas mais diversas especialidades".

O trabalho em conjunto, multidisciplinar, foi também um dos pontos abordados neste I Encontro do NEEco, que, admite José Mariz, ultrapassou "as melhores expectativas".

Recorde-se que o mesmo foi adiado por duas vezes por causa da pandemia, apesar de o Núcleo de Estudos de Ecografia ter mantido o objetivo de partilhar conhecimento, mesmo que à distância. Exemplo disso foram os *webinars Fighting COVID-19 with Ultrasound* realizados.

justNews justNews

LIVEMI
notícia

III REUNIÃO ANUAL DO NÚCLEO DE ESTUDOS DE INSUFICIÊNCIA CARDÍACA DA SPMI

Apostar na abordagem estruturada dos doentes com IC, que têm uma patologia que diz muito aos internistas

"Nos primeiros três meses após a alta, há um elevado risco de os doentes com insuficiência cardíaca serem reinternados ou morrerem", alerta Joana Pimenta, a coordenadora do Núcleo de Estudos de Insuficiência Cardíaca (NEIC) da SPMI. Daí ser "tão importante existirem várias estratégias terapêuticas, estudadas nos últimos anos, que podem ajudar a melhorar o prognóstico dos doentes no período peri-hospitalização".

Considerando que "grande parte dos internamentos por IC estão nas enfermarias de Medicina Interna", Joana Pimenta, que é diretora do Serviço de MI do CHVNG/E, realça tratar-se de "uma patologia que diz muito aos internistas" e defende a importância de se "apostar na abordagem estruturada destes doentes, desde a marcha diagnóstica até à otimização da terapêutica".

Sendo a própria hospitalização "um momento de gravidade", caracteriza o período pós-hospitalização como "especialmente vulnerável para o doente com IC". Este foi um dos assuntos abordados na III Reunião do NEIC-SPMI, que se realizou dia 9 de abril, na Fundação Dr. António Cupertino de Miranda, no Porto.

A importância do regresso da Reunião Anual foi enaltecida na sessão de abertura por Joana Pimenta, afirmando: "Pretendemos discutir a insuficiência cardíaca, difundir as novidades, que englobam as novas recomendações da Sociedade Europeia de Cardiologia, publicadas em agosto de 2021, e da Sociedade Americana de Cardiologia, apresentadas no início de abril."

Acresce "a união na partilha do saber e a vivência de momentos de convívio, em conjunto com representantes de vários núcleos de estudos da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna, como o de Diabetes *Mellitus*, na pessoa do seu coordenador, Estevão Pape, e do Grupo de Estudo de IC da Sociedade Portuguesa de Cardiologia, coordenado por José Silva Cardoso".

Joana Pimenta

"GRANDE PARTE DOS INTERNAMENTOS POR IC ESTÃO NAS ENFERMARIAS DE MEDICINA INTERNA", LEMBROU JOANA PIMENTA, REALÇANDO TRATAR-SE DE "UMA PATOLOGIA QUE DIZ MUITO AOS INTERNISTAS".

Joana Pimenta destacou os "tempos difíceis" que se viveram nos últimos anos, "tanto para os profissionais de saúde, que se viram confrontados com uma doença que desconheciam e que obrigou a uma carga de trabalho importante, como para os doentes com IC que, além de estarem muito fragilizados em relação a esta pandemia, foram privados de muitos dos seus cuidados".

A internista recordou ainda a "perda súbita e brutal que o próprio NEIC viveu em setembro de 2021, quando se viu sem o seu coordenador, o Prof. Paulo Bettencourt, alguém muito importante para toda a comunidade de IC em Portugal, que beneficiou do seu conhecimento e dinamismo, e, claro, para a sua família, amigos e doentes".

Em representação da SPMI, Olga Gonçalves, destacou que esta sociedade científica "tem visto um dos seus principais objetivos – a difusão da Ciência – concretizados através do NEIC". A coordenadora da Unidade de Hospitalização Domiciliária do CHVNG/E e tesoureira da SPMI não pôde deixar de parabenizar "um Núcleo que conseguiu fazer um volte-face em relação a uma doença em que todos pensavam não haver muito mais por fazer e dar aos internistas a projeção e a expressão do que acontece diariamente".

"Não basta falar de *guidelines*, é preciso saber como fazer bem no terreno"

Adelaide Belo, coordenadora do Núcleo de Integração de Cuidados da ULS do Litoral Alentejano, participou, em conjunto com Cândida Fonseca, diretora do Serviço de Medicina Interna do Hospital São Francisco Xavier (CHLO) na moderação da última sessão da Reunião. A médica fez questão de sublinhar que, "quando se trata de doentes crónicos – muitos deles complexos –, não basta falar de *guidelines*, é preciso saber como fazer bem no terreno".

Subscrevendo uma frase de uma das participantes nessa mesa, a cardiologista Fátima Franco, que referiu que "onde se pode fazer a diferença é na organização de cuidados", afirmou que, de facto, "tudo o resto nós temos, bons profissionais de saúde e acesso a praticamente todas as terapêuticas".

Coordenadora e secretariado do NEIC: Joana Pimenta, Pedro Morais Sarmento, Irene Marques, César Lourenço e Inês Araújo

ADELAIDE BELO: "QUANDO SE TRATA DE DOENTES CRÓNICOS – MUITOS DELES COMPLEXOS –, NÃO BASTA FALAR DE *GUIDELINES*, É PRECISO SABER COMO FAZER BEM NO TERRENO."

Adelaide Belo

Comentando o olhar de Joana Pimenta quanto "à forma interessante como diferentes estratégias adaptadas à realidade local funcionam bem e chegam aos doentes", Adelaide Belo frisou a "existência de dificuldades no começo e a falta de recursos como pontos em comum aos vários projetos locais apresentados na sessão".

Salientou, finalmente, ser "necessário coordenar cuidados, quer de forma intrainstitucional como interinstitucional, apostando na comunicação".

Evento pôde ser acompanhado online e incluiu a realização de dois cursos

Apesar de o NEIC ter sete anos de vida, esta foi apenas a terceira reunião que organizou, e uma das condicionantes foi a pandemia, que suspendeu a realização deste encontro formativo nos últimos dois anos.

Ainda assim, este Núcleo da SPMI tem "apostado ativamente na formação dos profissionais, na caracterização da doença, na monitorização da qualidade dos cuidados prestados, na colaboração multidisciplinar e na divulgação e promoção da literacia em saúde junto da população".

Com um programa de um dia, subordinado ao tema "O Futuro hoje!", o evento – que também pôde ser acompanhado online – também contemplou a realização, na véspera, dos cursos "Atualização da AbordaGem e tratamento do doente com Insuficiência CaRdIaCa – AGIR-IC" e "Keep Beating".

Curso valoriza o papel do orientador de formação em Medicina Interna

"Queremos que o curso valorize o papel do orientador de formação", afirma Zélia Lopes, internista do CH Tâmega e Sousa e uma das responsáveis pela criação do Curso de Orientadores de Formação em Medicina Interna, promovido pelo Núcleo de Estudos de Formação em MI (NEForMI) da SPMI e especialmente dirigido a quem tem a seu cargo a tarefa de orientar a formação de um ou mais internos de MI.

Susana Marques, Zélia Lopes e Carla Araújo

Susana Marques, internista do CH de Setúbal, foi o outro elemento envolvido no lançamento do curso, em 2016. Em declarações à *Just News*, ambas explicam que o projeto foi inovador na SPMI: "Tínhamos muitas ações para internos, mas não para os orientadores de formação. O objetivo é falar sobre esta temática, que estava, de certa forma, esquecida."

As profissionais esclarecem ainda não haver "barreiras ideológicas", sendo o curso destinado a todos os especialistas de MI, de todas as idades e de todos os hospitais do país. Prova disso foi a sessão presencial que teve lugar no dia 4 de fevereiro, em Lisboa, na sede da SPMI, onde foram recebidos oito participantes de várias regiões de Portugal.

O curso está inserido no projeto do AOFMI – Ano do Orientador de Formação de MI, que decorre ao longo de 2022. Para além de Zélia Lopes e Susana Marques, completam o leque de formadores Carla Araújo, do Hospital Beatriz Ângelo, e Ricardo Fernandes, do CH de Vila Nova de Gaia / Espinho. Esta formação acontece, normalmente, duas vezes por ano.

"Colmatar uma lacuna de formação"

De acordo com Carla Araújo, este curso surgiu com o propósito de "colmatar uma lacuna de formação". Por outro lado, sublinha que "o papel do orientador de formação tem que ser valorizado dentro da medicina e até regulamentado".

Para a formadora, a MI pode ser pioneira nesta missão, uma vez que "a ideia é criar um movimento nacional e mostrar a importância e motivação que os hospitais têm que dar aos orientadores de formação, de modo a acompanharem eficazmente o internato".

O Regulamento do Internato Médico contempla que o especialista em MI não deve ter mais do que 3 internos, de anos diferentes, e que tem que lhes dedicar 3 horas por dia. Contudo, "esse tempo não é cumprido", garante Susana Marques. E, assim, "toda a formação fica comprometida", sublinha Zélia Lopes.

De referir que a edição de fevereiro deste curso teve um formato inovador, em modelo *b-learning*, em que uma componente *online* de três horas ficou disponível para consulta antes mesmo da sessão presencial. Esta última foi organizada em um único dia, num total de oito horas. Liderança e Comunicação, entre outros, foram dois módulos introduzidos no programa.

O curso atribuiu, através da Direção-Geral do Emprego e das Relações de Trabalho (DGERT), o Certificado de Formação Profissional emitido através da plataforma SIGO – Sistema de Informação e Gestão de Oferta Educativa e Formativa, coordenado pela Direção-Geral de Estatísticas da Educação e Ciência.

A segunda edição de 2022 do curso deverá acontecer a 4 de novembro, no Porto.

A vontade de criar uma rede nacional de orientadores de formação

A SPMI está empenhada em criar uma rede nacional de orientadores de formação em Medicina Interna, até agora inexistente, e em elaborar uma ferramenta de trabalho, o denominado Guia de Apoio à Formação em MI (GAFMI), que pretende ajudar a encontrar resposta para as questões inerentes ao exercício da função. Estas questões serão abordadas na Tarde do Orientador de Formação, dia 4 de outubro, durante o 28.º Congresso Nacional de Medicina Interna.

Jornal Médico DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

UHD do CHVNG/E lança "Oficinas do Cuidador"

"Olhar pelo cuidador" é o lema da Unidade de Hospitalização Domiciliária do CH de Vila Nova de Gaia/Espinho para o seu 5.º ano de vida. Este anúncio foi feito no decorrer da sessão comemorativa do 4.º aniversário da Unidade.
Para a UHD do CHVNG/E, a data de 23 de março é motivo de celebração. Neste dia, que marca o culminar de quatro anos de atividade, a equipa dinamizou uma sessão comemorativa, durante a manhã, no Auditório da Liga dos Amigos do Centro Hospitalar de Gaia (LACHG), aberta a um reduzido grupo de pessoas, nomeadamente cuidadores, referenciadores e profissionais de saúde que estiveram na génese do projeto.

Após um pequeno momento musical protagonizado pelo violinista Diogo Ramos e a apresentação de um vídeo introdutório sobre o papel do cuidador, passou-se à discussão do tema por um painel de profissionais, constituído por Magda Oliveira, psicóloga clínica, Joaquim Massena, arquiteto e presidente da LACHG, Cláudia Costa, enfermeira especialista em Reabilitação, Francisco Espinhaço, advogado e cuidador, e Mónica Alexandre, assistente social.
Posteriormente, foi divulgado o lema para o próximo ano de atividade – "Olhar pelo cuidador". Olga Gonçalves, especialista de MI e coordenadora médica da UHD, realça à *Just News* o motivo desta escolha: "É preciso estarmos atentos aos cuidadores, aqueles que estão na retaguarda dos doentes e os amparam."
Ao mesmo tempo, "na senda da ligação que temos com a LACHG, que neste novo mandato está a trabalhar num projeto para apoio aos cuidadores, também nós pretendemos apostar nesta vertente".

Oficinas do Cuidador: "Uma ação inédita"

O final desta sessão de aniversário ficou precisamente marcado pela apresentação do projeto Oficinas do Cuidador, "uma ação inédita que parte da necessidade de promovermos a literacia em saúde dos cuidadores".
Ao sábado, a cada quatro ou seis semanas, a equipa dinamizará estas oficinas que, "durante uma hora e meia, levarão formação e informação àqueles que estão junto dos doentes".
Olga Gonçalves avança que as Oficinas do Cuidador pretendem constituir-se como "um tempo de pausa para os cuidadores, que servirá para reflexão, partilha de anseios, dificuldades e potenciais soluções no seu quotidiano de acompanhamento da pessoa doente e/ou dependente".
A equipa da UHD do CHVNG/E, cuja grande maioria dos seus elementos são do Serviço de Medicina Interna, visa também "proporcionar aos cuidadores o acesso a técnicas práticas do ato de cuidar e a meios para poderem igualmente cuidar de si próprios e descansar".
Tendo acompanhado já 1425 doentes em internamento domiciliário ao longo destes quatro anos de vida, a equipa "renova o seu propósito de cuidar do doente em sua casa, tendo, a partir de agora, uma especial atenção para com o cuidador".

HOSPITAL Público
A PARTILHA DE BOAS PRÁTICAS

IV JORNADAS DO NEmPAL

Cuidados Paliativos: cuidar e minimizar o sofrimento com "terapias *out-of-the-box*"

"Quando a Medicina não pode curar, existe sempre o cuidar para minimizar o sofrimento do doente e da família. Há sempre mais alguma coisa a fazer." As palavras são da internista Elga Freire, coordenadora do Núcleo de Estudos de Medicina Paliativa (NEmPAL) da SPMI, cujas IV Jornadas decorreram dia 19 de março.

Sob a temática "Terapias *Out-of-the-Box* em Cuidados Paliativos", nestas Jornadas que foram híbridas, com componente presencial no Porto, participaram internos e especialistas de Medicina Interna, mas também outros profissionais ligados a esta área.
O objetivo do evento, ao refletir sobre as terapias que estão "fora da caixa", foi, segundo Elga Freire, foi "promover a abordagem de áreas complementares à medicina convencional, tais como a medicina narrativa, a biblioterapia, o *mindfulness*, a terapia reconectiva e o reiki".
Segundo a médica, "todas estas alternativas têm mostrado mais-valias quando utilizadas nos Cuidados Paliativos, quer para os doentes e seus familiares como para os profissionais".
Elga Freire sublinha precisamente a necessidade dos profissionais também cuidarem de si próprios: "Quem cuida tem de estar minimamente bem para o conseguir fazer, sobretudo numa situação tão difícil como uma doença grave, independentemente do seu estádio."
No evento, falou-se ainda da utilização terapêutica da canábis e foi apresentado o Pallium Game, um jogo desenvolvido por enfermeiros para facilitar a comunicação entre profissional-doente-família.

Elga Freire

No final, sob coordenação de Elga Freire, foi lançado o livro *Vozes que (se) contam: olhares cruzados sobre Cuidados Paliativos*, que conta com a colaboração de especialistas, internos, doentes e cuidadores. "Quisemos dar a conhecer as nossas vivências diárias", especifica a coordenadora do NEmPAL.

Juntar as abordagens curativa e paliativa

Na sessão de abertura das Jornadas, esteve presente Vasco Barreto, na qualidade de vice-presidente da SPMI, tendo realçado o facto de o NEMPAL ser "uma estrutura muito ativa" da Sociedade, contribuindo para o que disse ser "o seu prestígio nacional e internacional".

ELGA FREIRE: "QUEM CUIDA TEM DE ESTAR MINIMAMENTE BEM PARA O CONSEGUIR FAZER."

Comentando a temática central da reunião, Vasco Barreto afirmou que, no seu entender é a expressão de como a Medicina Paliativa é "integrativa e multidisciplinar".
A mesma visão foi partilhada pelos restantes convidados, nomeadamente António Araújo, presidente do Conselho Regional do Norte da Ordem dos Médicos, que lembrou que o que está "fora da caixa" também pode ser importante.
O presidente da Comissão Nacional de Cuidados Paliativos, Rui Silva, também proferiu algumas palavras, lembrando a falta de recursos humanos nesta área.
Catarina Pazes, presidente da Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos, enfatizou, por sua vez, a necessidade de adquirir mais competências e sublinhando como é "absolutamente essencial juntar as abordagens curativa e paliativa".

HOSPITAL Público
A PARTILHA DE BOAS PRÁTICAS
PublicaçãoPeriódicaHíbrida
VEJA AQUI A ÚLTIMA EDIÇÃO!

Jornal distribuído aos profissionais de saúde das unidades hospitalares do SNS.
justNews
a partilhar informação desde 1981
www.justnews.pt

Reiki nos Cuidados Paliativos

Nuno Silva
Enfermeiro

"É do senso comum que as pessoas se sentem melhor se se sentirem mais cuidadas e tiverem mais atenção. Mas isso não significa que a "magia" do Reiki funcione." (Carlos Fiolhais e David Marçal in *Terapias, energias e algumas fantasias*, de João Villalobos).

De facto, a magia pode acontecer quando menos esperamos ou simplesmente nos encontramos recetivos para podermos sair do campo da ilusão e integrarmos o campo da perceção, da sensação e da emoção.

É como estabelecer uma ponte entre o mundo terreno e o mundo espiritual. Uma ponte que permite a conexão com o nosso EU superior, a nossa essência no seu estado mais puro. É permitirmo-nos simplesmente ser.

O Reiki abre-nos essa porta. A porta que dá para lugar nenhum em específico, mas simultaneamente para todo um universo de expansão, implicando uma modificação do nosso estado de espírito, por forma a acontecer a abertura da nossa consciência.

Mas, afinal, o que é o Reiki? Esta é uma pergunta que pode ter uma diversidade de respostas ou não fossemos nós seres diferentes e com perceções também elas diferentes. Mas, de acordo com Mikao Usui, japonês e fundador do Reiki, é "uma técnica de cura espiritual e cura energética. A cura espiritual proporciona o relembrar da consciência universal, enquanto a cura energética remove os sintomas da mente que causam desordens a nível físico".

É uma descoberta constante e permanente, numa montanha-russa de conhecimento de nós mesmos, de sensações, de sentimentos, de compreensão. É uma aventura na descoberta do autoconhecimento, de aceitação das nossas limitações e da vida tal e qual como ela se nos apresenta no plano material. É como se de uma reconciliação se tratasse. É termos a consciência do templo vivo que somos.

Mas onde entra o Reiki na prestação de cuidados de saúde? De facto, e não querendo entrar numa discussão de cura ou de não cura, cumpre-me clarificar que o Reiki não cura por si só. Há artigos científicos que já demonstraram que a cura pode acontecer e esta não se encontra relacionada com o Reiki.

Como profissional de saúde que sou e pela longa experiência que tenho no seguimento de doentes complexos, e alguns deles em fase final do seu ciclo de vida, considero que o Reiki traz claros benefícios para a pessoa. Quanto mais não seja, vai proporcionar-lhe um estado de relaxamento, de harmonização energética, de reconexão com o seu propósito de vida.

Não me compete validar a credibilidade ou o ceticismo da sua aplicabilidade, não. Mas acredito, mais importante do que essa pseudodiscussão, que não há bem maior na vida do que sentirmos que, pelo menos, podemos dar àquela pessoa um momento de tranquilidade, de paz, de profundidade e espessura do que somos.

Quiçá, de preparação para o que ainda está para vir. De ter essa oportunidade de simplesmente ser, estar, ficar ali naquele lugar como noutro qualquer, de observar e fazer a sua própria reflexão.

Isto faz de nós melhores pessoas, melhores cuidadores, melhores profissionais. Parafraseando Susana Magalhães, na sua recente publicação no livro "Vozes que (se) contam – olhares cruzados sobre os Cuidados Paliativos": "Os cuidados de saúde constroem-se pela raiz e precisam de se alicerçar com sentido, sem o qual correm o risco de se esvaziar, transformando-se numa prescrição de gestos e procedimentos que atentam na doença, mas não na Pessoa."

Talvez esta visão nos permita refletir e abrir o campo da nossa consciência para interiorizarmos que a integração de outras abordagens, entenda-se complementos, possa unificar-se em estratégias clínicas que tenham também na sua base a estabilização emocional, sem entrarmos em campos utópicos e dissonantes de discussão científica quando, na verdade, o que não é "palpável" e exato é sempre gerador de desconfiança, de não credível, de inadequado e de outras tantas coisas mais, só porque não ou só porque sim.

Penso que é chegado o momento de nós, profissionais de saúde, abrirmos os nossos horizontes de intervenção e de definirmos um caminho que nos leve ao encontro do outro, e que possamos conduzi-lo ao encontro de si próprio.

Quando conseguirmos isto, estamos preparados para discutir cuidados de saúde numa perspetiva cada vez mais centralizada na pessoa e no que, de facto, ela pretende para si, sem em momento algum descurar a importância da Medicina e dos seus métodos terapêuticos, pois, isso seria desvirtuar tudo o que até aqui foi escrito.

No momento atual que atravessamos de tanta incerteza e de desafios para a humanidade, urge encontrar a oportunidade onde possamos cruzar o conhecimento e o encontro connosco próprios.

Uma presença atenta e compassiva no (auto)cuidado

Catarina Távora
Facilitadora do Programa Mindful Self-Compassion*

"A autocompaixão é tão crítica para a felicidade quanto nossa compaixão pelos outros, se não mais... Mas para muitas pessoas ela parece tão estranha e desconfortável como andar sobre as mãos." Thupten Jinpa - Um Coração Sem Medo

Todos os cuidadores já se depararam, nalgum momento, com a dificuldade entre equilibrar aquilo que queremos oferecer ao mundo e o que somos capazes de oferecer a nós mesmos. Seria de esperar que esta fonte natural de compaixão, que estendemos a quem nos rodeia, fosse também um lugar de amparo quando vivemos uma dificuldade, sentimos que falhamos ou quando simplesmente seria importante atender às nossas necessidades fundamentais.

Mas por que é que este equilíbrio é tão desafiante? Talvez nunca tenhamos refletido no facto de que a autocompaixão é uma âncora para o bem-estar, talvez nos tenham dito que devemos ficar para último lugar ou talvez não saibamos como fazer. Seja como for, estamos sempre a tempo de reconhecer e gerir alguns dos hábitos mentais que nos previnem de cuidar melhor de nós.

Abrandar o piloto automático

Pesquisas científicas indicam que passamos 47% do tempo ausentes das tarefas que temos entre mãos. Este número mostra que vivemos uma parte significativa do dia em piloto automático, pouco conscientes daquilo que se passa no nosso mundo interno de pensamentos, emoções e sensações. Cultivar uma mente presente, treinando a atenção, vai suportar-nos no processo de reconhecer o que sentimos e aquilo de que necessitamos, momento a momento.

Conhecer e suavizar a voz autocrítica

Os nossos pensamentos parecem ter vida própria e revelar verdades inquestionáveis, muitas vezes expressando-se num tom exigente, intolerante e crítico. Observar estes pensamentos com uma atitude questionadora e compreender que existe a possibilidade de dialogarmos e agirmos connosco mesmos, com aceitação e gentileza, vai permitir-nos encontrar "dentro de casa" um espaço de segurança que pode acomodar qualquer dificuldade.

Reduzir as barreiras do isolamento

Quando passamos por momentos de sofrimento, é comum sentirmo-nos sozinhos nessa dor e essa solidão acaba frequentemente por exacerbar a experiência, deixando-nos desorientados e com pouco acesso aos recursos internos que já temos para lidar com a situação. Recordar que essa sensação de separação é aparente, e que as raízes do nosso sofrimento são partilhadas com todos os seres humanos, ajuda-nos a ganhar perspetiva, a ressignificar experiências e a colocarmo-nos ao serviço do mundo com mais músculo emocional.

Kristin Neff, pioneira na investigação da autocompaixão, definiu os elementos descritos, anteriormente, como os três pilares da autocompaixão: *mindfulness*, bondade para consigo mesmo e humanidade comum. De uma perspetiva mais informal, ela convida-nos a pensar na autocompaixão como uma "forma de nos tratarmos a nós próprios, da mesma maneira que tratamos uma pessoa querida quando ela está a passar por uma dificuldade."

Como nutrir estes três elementos?

Para semearmos uma transformação sustentada, é importante expormo-nos a práticas formais (meditação) e informais (integrando estratégias simples no dia-a-dia), como as que se seguem:

Enraizar: antes de uma consulta, conversa ou uma visita a um paciente tomamos um momento para estabilizar e sentir os pés em contacto com o chão. Desta forma, damo-nos a oportunidade de encerrar o que aconteceu até ali e abrirmo-nos para um novo início.

Suavizar: quando sentirmos uma emoção desafiante, podemos oferecer a nós próprios um gesto de carinho, acompanhado de algumas palavras de encorajamento, expressas num tom suave e gentil.

Conectar: quando estivermos perante um momento de sofrimento, recordamos a importância de nos incluir no círculo de cuidado e ao desejarmos o melhor para a outra pessoa desejamos também o melhor para nós.

Se decidirmos mergulhar nestes elementos da autocompaixão, eis alguns dos benefícios que podemos esperar: Seremos capazes de oferecer uma presença mais estável e segura, o que nos permitirá escutar mais profundamente e conectar com as verdadeiras necessidades daqueles que encontramos. O músculo da compaixão será fortalecido, o que nos tornará capazes de aliviar o sofrimento sem nos perdermos. Individualmente, encontraremos um espaço de relaxamento e estabilidade interna e vamos aprender a acarinhar e a cuidar do nosso sofrimento sem o rejeitar, mas escolhendo os melhores meios para o aliviar, tendo em conta o nosso bem-estar de longo prazo.

** Criado pela Dr.ª Kristin Neff (UT Austin) e pelo Dr. Christopher Germer (Harvard Medical School).*

O CONCEITO DE *HEALING*

O papel relevante de *Reconstructive Healing* nos prestadores de cuidados de saúde

Cristina Ramalho
Mentora e instrutora associada da The Reconnection

Reconnective Healing – usualmente traduzida para Cura Reconectiva – tem sido alvo de bloqueios na sua divulgação no mundo clínico pela natureza do seu próprio nome. A palavra cura pode ter sido alvo de maus usos e de associações a ações menos éticas, no entanto, não existe qualquer outra palavra em português para traduzir *healing*. Além disso, o conceito de *healing* é mais alargado do que o conceito de cura: segundo Cambridge Dictionary, na sua versão americana, *healing* é tornar saudável ou completo outra vez.

É neste aspeto de completude que *Reconnective Healing* (RH) se manifesta desde logo e é desse estado que todos os processos de cura mais específicos se poderão manifestar, sendo eles, emocionais, mentais ou físicos.

Facilitada sem toque, presencial ou à distância, RH sido instrumento de retorno ao equilíbrio de um número cada vez maior de profissionais de saúde, com um largo impacto na sua qualidade de vida e dos seus serviços prestados.

***Healing* não é terapia**

No aviso legal de todos os facilitadores de sessões de RH, o cliente é informado que o facilitador não faz qualquer garantia do resultado das sessões, que não tem a intenção de diagnosticar ou tratar qualquer doença, nem se trata de um substituto a nenhum tratamento prescrito por um médico ou outro profissional de saúde. Não tendo nenhum objetivo em concreto, não se compondo de nenhuns passos ou procedimentos, sendo apenas um processo de atenção sem qualquer intenção, RH define-se como não sendo uma terapia e não usando nenhuma técnica.

Neste processo de atenção ao invisível e subtil, estas frequências de elevada frequência permitem-nos reconectar à nossa essência, invisível aos nossos olhos, transcendendo a mente. É conectar a nossa atenção à consciência que é antes da mente, ao Ser que a manifesta.

Neste lugar de observação que RH nos proporciona não existe análise, interpretação, palavras, ideias ou conceitos. Experiencia-se um silêncio mental e uma profunda paz interior em poucos minutos de interação. Daqui vive-se uma expansão na perspetiva do Eu, do Ser que é antes, durante e depois de estar humano, e um processo de cura se desenrolará nas semanas seguintes.

O efeito observador descoberto pela física quântica, bem como o fenómeno de emaranhamento quântico, contextualizam os efeitos observados da interação com estas frequências.

***Reconnective Healing* e as técnicas energéticas**

Ao aplicar uma técnica energética, como, por exemplo, o reiki, usa-se a intenção, pois que se aplica procedimentos e passos e se espera um resultado em concreto. Ao fazê-lo, o facilitador torna-se um condutor de energia.

Ao facilitar RH, sem intenção e sem aplicação de procedimentos, tornamo-nos catalisadores. Ou seja, em RH, o facilitador está também a receber, não enviando nada. Recebe e amplifica a influência destas frequências de luz em si mesmo e em quem presta atenção. Um bom fator indicativo desta diferença é o cansaço sentido por um facilitador de qualquer técnica energética depois das suas sessões e o estado recuperado e sem fadiga que um facilitador de RH experiencia depois de facilitar as suas sessões.

O papel de *Reconnective Healing* e os profissionais de saúde

O estado de consciência em que vivem os prestadores de cuidados de saúde, durante o dia e nos desafios das suas vidas, influencia em muito o resultado das suas interações com os pacientes. Muitos enfermeiros e enfermeiras já usam este instrumento para se manterem mais facilmente em equilíbrio, notando que apenas a sua presença acalma uma enfermaria quando o usam.

Muitos psicólogos clínicos usam já RH para acelerar os processos de psicoterapia. Os profissionais de Cuidados Intensivos, Urgências, Paliativos e outras especialidades mais expostas a questões energéticas/espirituais, com um trato mais estreito com o paciente, reportam beneficiar muito ao ancorar neles mesmos esta capacidade catalisadora.

***Reconnective Healing* – O convite**

Como facilitadora e instrutora internacional, sou parte deste fenómeno, faço parte da evidência que *Reconnective Healing* é um poderoso instrumento que todos temos, bem como as mais de 100.000 pessoas em todo o mundo que aprofundaram esta capacidade, ao longo de mais de 25 anos da sua descoberta acidental.

O convite aqui fica, para que se abra ao paradigma quântico e aos seus fenómenos, descobrindo os seus efeitos nas sua própria vida e prática profissional, para melhoria do bem-estar de todos.

Vozes que (se) contam: olhares cruzados sobre Cuidados Paliativos

Susana Teixeira Magalhães
Coord. Unidade de Conduta Responsável em Invest. Científica, i3S-UP. Docente na Univ. Fernando Pessoa. Coord. Grupo de Estudos e Reflexão em Medicina Narrativa (GERMEN)

A pandemia que se instalou oficialmente em Portugal, em março de 2020, teve especial impacto em duas dimensões dos cuidados de saúde: na visibilidade de problemas persistentes que afetam o contexto relacional destes cuidados; e na disseminação da experiência da doença, abrindo espaço à consciencialização da necessidade de se alterar atitudes, gestos e comportamentos quando cuidamos.

A pandemia também despertou a sensibilidade (por vezes, adormecida) para questões éticas relacionadas com falhas de comunicação, decisões difíceis e obstáculos experienciados no confronto com a Morte, a Incerteza / o Erro, e questões subjacentes à definição de políticas públicas de Saúde adequadas a uma situação excecional.

Para suprir as lacunas tornadas visíveis, os profissionais de saúde precisam de espaços seguros, onde possam refletir e partilhar as suas perceções, crenças e conhecimentos. É este espaço de reflexão e partilha que oferece a formação em Medicina Narrativa (MN). Sendo uma área do conhecimento interdisciplinar, alicerçada no desenvolvimento de capacidades narrativas, a MN permite que os profissionais reconheçam o sofrimento dos outros e deles próprios; sejam capazes de interpretar as narrativas verbais e não verbais de doença; e sejam motivados a agir de modo a respeitar a Pessoa do doente e a do próprio profissional de saúde.

Ancorando os cuidados de saúde no que designo por três Rs – Relação, Respeito e Reflexão/Reconciliação – e assumindo que a dificuldade de comunicação e de relação com o outro radica na singularidade do olhar que cada um tem sobre o mundo, considero que a formação em saúde exige o saber Ser e Estar e não apenas o saber Fazer e Pensar. É urgente repensar os lugares e os tempos onde cuidamos e somos cuidados e é essencial integrar na rotina profissional as histórias que cuidam de todos os envolvidos, ou seja, as histórias que nos permitem ver a realidade através de diferentes perspetivas, aprofundando a nossa *humanitude*.

Podemos, portanto, afirmar que a pandemia levantou o véu que silenciava questões essenciais do cuidar:

– Como podemos integrar a incerteza e a ambiguidade no exercício de cuidados baseados na evidência, transformando a medicina da suspeição numa hermenêutica de reparação e confiança?

– Como podemos *ouvir com outros olhos* a experiência da doença, no atual contexto pandémico de disseminação da mesma por tantas casas?

– De que necessitamos para incluirmos a experiência da doença como um dado essencial no registo clínico, dando voz à *pessoa que tem a doença* e não apenas à *doença que a pessoa tem;*

– Por que é tão difícil revisitar e enquadrar a vulnerabilidade dos profissionais de saúde na solicitação do respeito que lhes é devido e que se materializa na possibilidade de serem Pessoas no exercício profissional?

– De que modo é que a educação médica pode, efetivamente, contribuir para alargar o olhar para lá do binómio doente/saudável, desenvolvendo pensamento crítico em relação à normalidade patológica que causa sofrimento?

O resgate da medicina baseada na relação pode ser, assim, entendido como a *beleza colateral* da crise pandémica. Há, no entanto, três barreiras principais à implementação desta abordagem:

– *A relação com a mortalidade*: as diferentes perceções das pessoas com doença e dos profissionais de saúde sobre a finitude;

– *A perspetiva sobre a doença*: os profissionais de saúde tendem a ter uma perspetiva mais biomédica; quem adoece integra o processo de adoecimento no contexto da sua existência;

– *Crenças sobre as causas da doença*: diferentes níveis de literacia originam diferentes noções sobre a doença e as suas causas, muitas vezes entrelaçadas com vergonha, culpa e medo.

A relação terapêutica coloca-nos o desafio de mantermos a distância, para podermos agir e responder às solicitações de quem sofre, e, simultaneamente, de nos mantermos suficientemente juntos para nos nutrirmos. No mundo digital, em que cada vez mais imergimos, e no qual os objetos dão lugar a informação guardada *na nuvem*, a magia das coisas e do toque é tarefa exigente, que requer humildade narrativa: ou seja, a humildade de acolher a narrativa do outro sem juízos de valor, sem manipulação.

O que precisamos de construir, reparar, desconstruir e fazer nascer pode beneficiar da MN que, não prescrevendo modelos de comunicação, tem como principais objetivos:

– Promover reflexão pessoal e em grupo;

– Abrir espaços seguros para repensarmos conceitos/ /termos e práticas;

– Providenciar ferramentas que consolidem a relação terapêutica;

– Promover ética narrativa no contexto organizacional.

O livro *Vozes que se contam*, cuja apresentação suscitou esta reflexão, "convida-nos a ler cada texto com o coração entrelaçado com a sabedoria de experiência feita. Mergulhar no livro é mergulhar no âmago da humanidade, no verdadeiro sentido do cuidar: inclinar-se, estar presente, sermos mais, mais profundos, mais expressos. (...) Sem relação, o Outro dilui-se num conjunto de métricas, valores estatísticos, objetividade neutral, realidade desfasada do que verdadeiramente importa a quem, no fundo da sua Pessoa, procura objetivar-se, fazer-se escutar, fazer-se ver (...)" (Susana Magalhães. 2022. Vozes que se contam: olhares cruzados sobre cuidados paliativos. Edições Parsial, pp. 7 e 9).

PEDRO LEUSCHNER, COORDENADOR DO NEDResp-SPMI:

"A integração e personalização de cuidados respiratórios deve ser um objetivo de todos"

Para Pedro Leuschner, coordenador do Núcleo de Estudos de Doença Respiratória (NEDResp) da SPMI, não há qualquer dúvida quanto ao caminho a seguir para serem prestados melhores cuidados ao doente respiratório.

Pedro Leuschner

"Deve existir uma forma de trabalho complementar entre a MI, a Pneumologia, a Imunoalergologia, a MGF e até a Fisiatria, tão essencial na reabilitação respiratória, que privilegie a coordenação, integração e personalização de cuidados respiratórios, considera Pedro Leuschner."
Até porque "o doente respiratório pode, hoje, estar bem e não precisar de vir à consulta programada, mas amanhã, porque o ar está mais particulado, porque fumou mais ou porque teve uma infeção vírica, pode estar pior e precisar de aconselhamento". Desta forma, "torna-se essencial que as especialidades se consigam articular para garantir uma resposta rápida".
A título de exemplo, diz conhecer vários hospitais periféricos que têm um pequeno número de pneumologistas a desempenhar uma carga de trabalho elevada, "onde existe uma excelente relação com a Medicina Interna, confiando a Pneumologia, inclusivamente, uma parte dos cuidados àquela especialidade".

Para si, é evidente a importância do papel do internista nesta área, porque "além de a doença respiratória ser uma patologia muito frequente nos doentes que acompanhamos, é preciso tê-la em consideração na maior parte das prescrições médicas, uma vez que, regularmente, não se apresenta como o problema principal, mas o associado, merecendo algum ajuste terapêutico".

Uma equipa focada em promover a aproximação às especialidades

Assim, uma das ambições da coordenação do NEDResp para o triénio 2021-2023 é justamente a aproximação às especialidades, bem como a idealização/constituição de consultas específicas, dinamização de oportunidades formativas, implementação de protocolos de orientação e criação de parcerias, que vão "desde os prestadores de cuidados respiratórios domiciliários até aos fornecedores de oxigénio".
O tema esteve, aliás, em foco durante a 3.ª Reunião Anual do NEDResp, que decorreu, dias 1 e 2 de abril, na Escola Superior de Educação de Viana do Castelo.
Pedro Leuschner, que é internista do CHUPorto, realça ainda que "é preciso procurar a convergência de esforços, partindo para a organização de uma rede, seja a nível de cada uma das organizações, seja na ligação à SPMI, ou ainda às demais sociedades".
Pedro Leuschner sucedeu a Alfredo Martins, internista do Hospital da Luz Arrábida, na coordenação do NEDResp, e o seu grupo de trabalho segue a tradição de ser caracterizado por pertencer, ter pertencido ou manter grande proximidade ao CHUPorto.
Na realidade, trata-se de um centro hospitalar onde "a Medicina Interna sempre esteve particularmente afeta ao diagnóstico e tratamento dos doentes respiratórios".

Elementos da CO da 3.ª Reunião do NEDResp com o coordenador do Núcleo: Marta Brandão Calçada, Sara Montezinho, Joana Simões, Isabel Rodrigues Neves, Cláudia Ferrão, Pedro Leuschner

3.ª REUNIÃO DO NEDResp

O pulmão nas doenças sistémicas

Cláudia Ferrão, secretária do NEDResp e internista militar do Hospital das Forças Armadas do Polo do Porto, presidiu à Comissão Organizadora desta 3.ª Reunião do NEDResp.
O lema escolhido foi "O pulmão nas doenças sistémicas". De acordo com a médica, "o cerne do internista, aquilo que o empolga verdadeiramente, são as doenças sistémicas, pelo que daí surgiram as três grandes temáticas a tratar: O enfoque nas doenças sistémicas com envolvimento pulmonar – obesidade, imunodeficiências e doenças granulomatosas não infeciosas."
Por um lado, foi abordada a "Obesidade e doença pulmonar", considerando que "essa é a grande epidemia deste século e que existe uma interação com a doença do pulmão", o que levará à abordagem da sua fisiopatologia e da relação com a asma e a DPOC.
Seguidamente, foram tratadas as "Imunodeficiências", tanto primárias, que "comprometem muitas vezes o pulmão, pretendendo-se discutir o seu diagnóstico, padrões de envolvimento e complicações associadas", como adquiridas, decorrentes de doenças crónicas, infeções agudas ou crónicas, transplantes ou modalidades de tratamento.
"Numa realidade em que os doentes têm cada vez mais comorbilidades, muitos são aqueles que estão sob terapêutica imunossupressora e biológica, ou quimioterapia, levando a alterações funcionais e estruturais do pulmão", explica.

Cláudia Ferrão

As "Doenças granulomatosas não infeciosas" que acometem o pulmão também foram alvo de análise, pretendendo-se "facilitar a abordagem diagnóstica e promover uma discussão clínica acerca da necessidade de terapêutica, particularmente da sarcoidose e da vasculite ANCA".

Obesidade e doença pulmonar: DPOC, o paradoxo do peso

Ana Raquel Freitas
Assistente hospitalar de Medicina Interna

A doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC) é uma das 3 principais causas de mortalidade em todo o mundo, uma causa major de morbilidade crónica e um importante problema de saúde pública, potencialmente prevenível e tratável. Na maioria dos doentes, associa-se a outras doenças crónicas, que contribuem para o aumento da morbimortalidade.

A associação positiva entre excesso de peso/obesidade e mortalidade cardiovascular e por todas as causas está bem estabelecida. No entanto, estar acima do peso ou ser obeso tem sido associado a um melhor prognóstico em indivíduos portadores de algumas doenças crónicas.

O termo "*Obesity Paradox*" surgiu, pela primeira vez, em 2002 (Gruberg *et al.*), quando se verificou um maior risco de complicações e mortalidade em doentes com doença arterial coronária submetidos a revascularização percutânea que estavam abaixo do peso, ou mesmo que apresentavam Índice de Massa Corporal (IMC) normal. Posteriormente, foram realizados vários estudos para avaliar o impacto da obesidade em outras doenças crónicas.

Especificamente na DPOC, tem-se demonstrado uma associação inversa entre IMC e mortalidade; este "paradoxo" é mais evidente em indivíduos com obstrução brônquica grave (volume expiratório forçado no 1.º segundo mais baixo), enquanto em condições leves-moderadas a mortalidade relacionada ao peso apresenta um comportamento semelhante ao observado na população geral. A diminuição do peso corporal por si só, independentemente do IMC, é também identificada como um fator de mau prognóstico nos doentes com DPOC.

O estado nutricional nos doentes com DPOC está comummente associado à desnutrição, fruto de vários mecanismos próprios da doença. Entre as causas da desnutrição e caquexia no doente com DPOC estão a diminuição do apetite, dispneia para o ato alimentar, aumento da taxa de degradação da proteína muscular, ingestão de corticosteroides sistémicos que levam a depleção de massa muscular, diminuição da capacidade para a realização de atividade física, aumento do trabalho dos músculos respiratórios pela anormal mecânica ventilatória, internamentos frequentes associados a exacerbações agudas e, finalmente, o efeito da inflamação sistémica crónica. A ineficiência mecânica e metabólica e a inflamação sistémica são determinantes de um estado hipermetabólico, não equilibrado pela ingestão dietética.

Apesar de demonstrado o paradoxo do peso na DPOC, a relação entre peso corporal e risco de mortalidade não é unidirecional. A obesidade é relativamente comum entre indivíduos com DPOC, com uma prevalência de 20 a 35%. Também a prevalência média geral de síndrome metabólica em doentes com DPOC é elevada (cerca de 34%).

Então, enquanto analisamos que a presença de obesidade demonstrou trazer uma vantagem de sobrevivência em doentes com DPOC mais grave, nos estágios iniciais da doença, a inflamação sistémica de baixo grau relacionada com a presença de obesidade visceral, provavelmente, representa um dos principais fatores que contribuem para o aumento do risco de comorbilidades e complicações cardiovasculares nestes doentes. Além disso, a obesidade extrema (IMC → 40 Kg/m^2) foi significativamente associada ao aumento da mortalidade por complicações respiratórias em doentes com DPOC.

Tal como o tratamento da patologia de base, também o das complicações nutricionais associadas é fundamental para atrasar a progressão da doença e melhorar a qualidade de vida do doente. As diretrizes nutricionais atuais para o tratamento de doentes com DPOC não fornecem nenhuma orientação específica, exceto no sentido de evitar a perda de peso. Assim, será consensual o benefício da avaliação e apoio nutricional para manter ou aumentar a disponibilidade de energia e promover a síntese de proteína muscular em doentes com DPOC que apresentam baixo peso.

Contudo, mais estudos são necessários para entender o possível papel protetor do excesso de peso, para melhor adequar a intervenção nutricional. É necessário perceber se há ganhos efetivos em ganhar peso e se isso pode modificar a morbilidade e mortalidade da DPOC.

No que respeita ao tratamento da obesidade, este baseia-se nas modificações do estilo de vida, que englobam a intervenção nutricional e a modificação comportamental, com vista ao balanço energético negativo. A intervenção farmacológica está recomendada principalmente para situações de IMC ↗ 30 Kg/m^2 ou IMC ↗ 27 Kg/m^2 associado a comorbilidades, sem resposta adequada às modificações do estilo de vida e sempre como adjuvante destas. Por fim, a abordagem cirúrgica do doente obeso será uma opção a considerar em casos selecionados.

Dadas as especificidades da DPOC, é imprescindível atingir e manter um adequado estado nutricional do doente capaz de contrariar as alterações fisiológicas, fruto do curso da doença. A intervenção terapêutica deve ser adaptada à condição do doente, bem como às suas necessidades nutricionais específicas.

Vasculites ANCA – abordagem diagnóstica e tratamento atual

Fernando Salvador
Diretor do Serviço de MI do CHTMAD

A vasculite é um processo patológico caracterizado pela inflamação dos vasos sanguíneos. Condiciona quer sintomas locais, quer sintomas sistémicos. Este processo é complexo e multifatorial. Nele intervêm linfócitos B e T, monócitos, células endoteliais e fatores da via alternativa do complemento.

Ao longo dos anos, foram sendo descritos diferentes fenótipos da doença e adotadas diferentes classificações. A classificação de 1990 do American College of Rheumatology e a nomenclatura da Chapel Hill International Consensus Conference são as que se encontram em uso na atualidade. Nas vasculites associadas a anca (VAA) são utilizados termos que refletem os processos fisiopatológicos em detrimento de epónimos: poliangeíte microscópica (PAM), granulomatose com poliangeíte (GPA) e granulomatose eosinofílica com poliangeíte (GEPA).

Abordagem diagnóstica

As VAA, como um protótipo de doenças multissistémicas, apresentam sintomas variados e pouco específicos.

A GPA (anteriormente designada de granulomatose de Wegener) caracteriza-se habitualmente pelo aparecimento dos sintomas sistémicos associados a insuficiência renal rapidamente progressiva, atingimento ORL e atingimento pulmonar, com nódulos parenquimatosos bilaterais e/ou hemorragia alveolar.

A PAM apresenta envolvimento renal muito frequente, com glomerulonefrite necrotizante associada a hemorragia alveolar difusa.

A GEPA (anteriormente designada de síndrome de Churg-Strauss) pode manifestar-se com asma mal controlada, rinossinusite, eosinofilia periférica, infiltrados pulmonares eosinofílicos e mononeurite multiplex.

Em todos os doentes com suspeita de VAA devem ser pedidos exames complementares de diagnóstico como: hemograma, bioquímica, marcadores inflamatórios e exame sumário de urina. As serologias víricas e o estudo autoimune devem ser igualmente realizados.

Os ANCA são positivos em aproximadamente 90% dos doentes: habitualmente ANCA-PR3 na GPA e ANCA-MPO na PAM e em menor percentagem na GEPA. A telerradiografia torácica deve completar a investigação inicial. A investigação posterior passará pelos órgãos/ /sistemas afetados.

A conjugação das alterações clínicas, laboratoriais e imagiológicas levantam a hipótese de VAA. A suspeita deve ser confirmada por biópsia. A identificação de uma glomerulonefrite pauci-imune ou vasculite necrotizante de qualquer órgão mantém-se como *gold standard* para o diagnóstico.

Tratamento atual

Após o diagnóstico, a doença deve ser classificada consoante a sua extensão/gravidade, habitualmente em doença limitada (não ameaçadora de vida / sem atingimento de órgão vital) ou doença severa (ameaçadora de vida / atingimento de órgão vital). O tratamento deve ser iniciado e a resposta à terapêutica classificada em: remissão, resposta, recidiva e doença refratária.

Na GPA/PAM, sem atingimento de órgão vital, o metotrexato associado à corticoterapia é o esquema utilizado. Com atingimento de órgão vital, a escolha passa pela ciclofosfamida ou pelo rituximab, sendo na manutenção utilizadas a azatioprina ou o rituximab.

NA GEPA, a utilização do Five Fator Score (FFS) permite diferentes condutas consoante a gravidade. Se FFS = 0, a corticoterapia parece ser suficiente; se FFS 1, a ciclofosfamida como indução, seguida da azatioprina como manutenção, são habitualmente utilizadas.

Novas evidências

Estudos recentes acrescentaram conhecimento às recomendações anteriormente referidas. Sabe-se hoje que a utilização de glucocorticoides deve-o ser com a menor dose no menor tempo possível. Fármacos com mecanismos diferentes, como o avacopan, começam a ser utilizados.

No estudo PEXIVAS, uma redução de 50% na dose de corticoterapia conduziu a uma não inferioridade de resposta, com menor taxa de efeitos adversos. No mesmo estudo, e em simultâneo, constatou-se que a utilização da plasmaferese não reduziu a incidência de morte / / doença renal crónica terminal.

Por outro lado, e fruto de estudos do Grupo Francês para o Estudo das Vasculites, recomenda-se que em doentes com risco elevado de recidiva (ex. ANCA-PR3) a terapêutica de manutenção com rituximab deva ser prolongada dos habituais dois anos para os quatro.

Por fim, e na GEPA, a utilização do bloqueio IL-5 (mepolizumab) pode constituir uma terapêutica alternativa, igualmente eficaz.

Muito tem sido feito no tratamento e na investigação das vasculites (ver figura). Todas estas estratégias permitem que tenhamos aumentado a sobrevida aos 5 anos na década de 50 de 12% para uns atuais 70%.

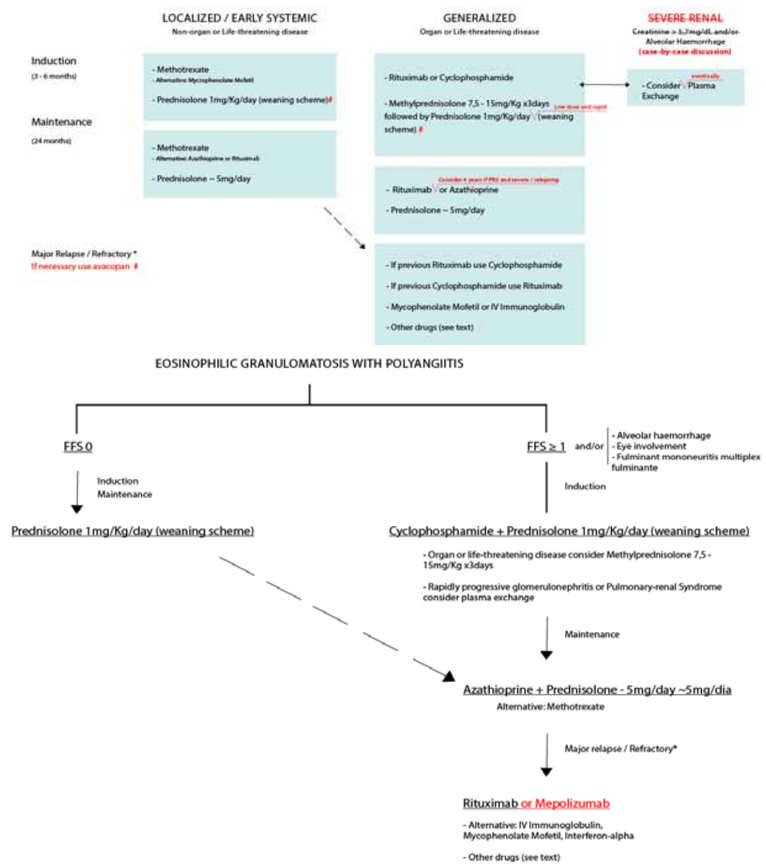

Figura – Algoritmo de tratamento das vasculites associadas a anca (a vermelho, atualizações recentes)

Bibliografia:

- *Salvador F. ANCA associated vasculitis. Eur J Intern Med. 2020 Apr; 74:18-28.*

MANUEL TEIXEIRA VERÍSSIMO PRESIDIU ÀS COMEMORAÇÕES NA QUALIDADE DE PRESIDENTE DO CA

50.º aniversário do Hospital Distrital da Figueira da Foz

Os novos projetos do Hospital Distrital da Figueira da Foz (HDFF) têm "avançado a bom ritmo e permitirão uma maior diferenciação", assegurou Manuel Teixeira Veríssimo, ao intervir na cerimónia que assinalou os 50 anos do hospital, precisamente a 20 de março.

Falando na qualidade de presidente do CA daquela unidade hospitalar do SNS, o ex-presidente da SPMI fez um balanço muito positivo da "evolução científica, tecnológica e social" da instituição. Aproveitou também para lembrar que, em pleno período da pandemia, durante o ano de 2021, o hospital realizou "o maior número de sempre de cirurgias e de consultas".
Considerando o HDFF uma unidade moderna, "com uma grande capacidade de adaptação e de inovação", lembrou que "o avanço tem sido constante, tendo aparecido novos projetos". Entre as várias obras planeadas, está a construção de uma Unidade de Convalescença, com 20 camas, que irá "facilitar a gestão de doentes". Também "a capacidade de urgência será aumentada, de modo a criar espaços próprios para os doentes respiratórios".

Novo Bloco Operatório

A comemoração do 50.º aniversário do HDFF ficou marcada pela inauguração do novo Bloco Operatório, com a presença de Marta Temido, ministra da Saúde. A par desta obra, Manuel Teixeira Veríssimo lembrou que há outras iniciativas essenciais a dar os primeiros passos, tendo sido investidos cerca de 11 milhões de euros a pensar num futuro HDFF muito diferente, sob o ponto de vista estrutural e funcional.
Esclareceu que haverá um novo serviço de esterilização, bem como um novo hospital de dia e uma área para a realização de técnicas médico-cirúrgicas. Destacou igualmente que será criada uma Unidade de Cuidados Paliativos com 20 camas "para responder às necessidades da região centro".

Outro objetivo é criar uma UCI no antigo Bloco Operatório, de modo a permitir a realização de novos tipos de cirurgias e dar maior segurança à comunidade de mais de 100 mil habitantes que o hospital serve. Futuramente, a intenção é ainda "expandir o número de gabinetes de consultas".
No final da cerimónia, homenagearam-se colaboradores aposentados do hospital e Rosa Reis Marques, presidente da ARS Centro, sublinhou que a recente atribuição da Medalha de Ouro do Ministério da Saúde à Administração do HDFF significa o reconhecimento oficial do trabalho feito.

LIVE Medicina Física e de Reabilitação

Coração e Vasos
Departamento de Coração e Vasos do CH Universitário Lisboa Norte

LIVE Medicina Interna

Women's Medicine

LIVE Medicina Interna

LIVE Medicina Física e de Reabilitação

LIVE Medicina Física e de Reabilitação

Women's Medicine

Coração e Vasos
Departamento de Coração e Vasos do CH Universitário Lisboa Norte

Coração e Vasos
Departamento de Coração e Vasos do CH Universitário Lisboa Norte

LIVE Medicina Interna

Women's Medicine

Women's Medicine

LIVE Medicina Física e de Reabilitação

LIVE Medicina Interna

LIVE Medicina Interna

Coração e Vasos
Departamento de Coração e Vasos do CH Universitário Lisboa Norte

LIVE Medicina Física e de Reabilitação

LIVE Medicina Física e de Reabilitação

Women's Medicine

Coração e Vasos
Departamento de Coração e Vasos do CH Universitário Lisboa Norte

justNews