



Publicações

JN justNews

LIVE MEDICINA INTERNA

DIRETOR: JOSÉ ALBERTO SOARES
TRIMESTRAL | OUT./NOV./DEZ. 2017
ANO 3 | NÚMERO 12 | 3 EUROS
WWW.JUSTNEWS.PT

I JORNADAS
DO NÚCLEO
DE ESTUDOS DE
MEDICINA PALIATIVA

Miguel Castelo-Branco, internista e intensivista:

**"INVESTIR NA SIMULAÇÃO
EM MEDICINA É OFERECER
MAIS SEGURANÇA AO DOENTE"**



PUBLICIDADE



The background of the entire page is a grayscale photograph of a large, leafy plant in a textured, light-colored pot. A solid red horizontal banner is positioned across the middle of the image, serving as a backdrop for the title. The word "PUBLICIDADE" is written in a white, elegant serif font, centered within the red banner. Above and below the banner are decorative white flourishes. The top flourish is a symmetrical scrollwork design with a central starburst. The bottom flourish is a symmetrical design featuring a central starburst and a series of pointed, zigzag shapes at the base.

PUBLICIDADE

sumário

Entrevista

- 10 Miguel Castelo-Branco, internista e intensivista do CHCB, professor da UBI e presidente da Sociedade Portuguesa de Simulação Aplicada às Ciências da Saúde**
 “A simulação é uma área que tem ainda uma grande aplicação e espaço de manobra em Portugal”

Reportagem

- 26 Unidade de Medicina Interna do Hospital CUF Porto**
 MI assume-se no hospital como especialidade “âncora” no internamento

Discurso direto

- 16 Arlindo Guimas**
 Porfirias
- 18 Vítor Paixão Dias**
 12.º Congresso de Hipertensão e Risco Cardiovascular Global
- 22 Paulo Reis Pina**
 Dor crónica – a importância da formação
- 23 Ana Rafaela Araújo**
 Motivada para a mudança
- 24 Maria da Luz Brazão**
 X Curso “O Internista e a Urgência” - 2017
- 42 Lia Marques**
 Geriatria, diabetes e prevenção do compromisso funcional

Notícias

- 20 SPMI ofereceu Festa da Saúde à população de Lisboa**
 Porto vai receber iniciativa em 2018
- 22 Curso de Dor Crónica**
 Promovido pela SPMI, decorreu na sede da Sociedade
- 37 “É cada vez mais importante saber lidar com as pessoas idosas”**
 Afirmou Manuel Teixeira Veríssimo, na abertura do XV Curso Pós-Graduado sobre Envelhecimento

Especial I Jornadas do Núcleo de Estudos de Medicina Paliativa

- 32 “Todos os médicos devem ter alguma formação na área dos cuidados paliativos”**
 Miguel Guimarães, bastonário da OM
- 33 Manual responde a questões do foro da Medicina Paliativa**
 Sob a coordenação de Elga Freire, foi lançado o *Guia Prático de Controlo Sintomático*
- 34 Céu Rocha**
 Cuidados paliativos – a experiência durante o internato
- 35 Ricardo Fernandes**
 As tréguas entre o multissistémico e o multidimensional
- 36 Rui Carneiro**
 Demência: entre a ética e o cuidado total

Especial XVIII Jornadas VIH 2017

- 38 Mais de 35 mil doentes com VIH contam com o SNS “para ter qualidade de vida”**
 Sublinhou o secretário de Estado da Saúde, Manuel Delgado
- 39 Homenagem a José António Malhado**
 Pelo “muito que deu à MI”
- 40 José António Malhado, internista e infeciologista**
 “O médico de família tem um papel essencial na prevenção de complicações e no seu diagnóstico precoce”

Espaço Internos

- 45 “Temos uma situação chocante, a nível europeu, na urgência hospitalar”**
 Afirmou Luís Campos, presidente da SPMI, na sessão de abertura do 12.º ENIMI
- 46 Ricardo Cleto Marinho**
 A importância da avaliação nutricional
- 47 Ana João Carvalho**
 Ser interno de Medicina Interna no... Centro Hospitalar de Leiria
- 48 SPMI apoiou a ida de três internos à Holanda**
 Escola Europeia de Medicina Interna
- 50 Escola de Verão de Medicina Interna**
 Foi “novamente um sucesso”



10



20



26

The background of the entire page is a grayscale photograph of a large, leafy plant in a textured, light-colored pot. A solid red horizontal banner is positioned across the middle of the image, containing the word 'PUBLICIDADE' in white, uppercase, serif font. The banner is flanked by two identical white decorative flourishes, each featuring a central floral-like motif with symmetrical, swirling lines extending outwards.

PUBLICIDADE

Lisboa recebe o Congresso Europeu de Medicina Interna em 2019

A edição de 2019 do Congresso Europeu de Medicina Interna vai ser em Lisboa. O anúncio teve lugar durante a Assembleia-Geral da Federação Europeia de Medicina Interna (European Federation of Internal Medicine - EFIM), que decorreu em Itália, no contexto do Congresso Europeu.

Em declarações à *Just News*, Luís Campos afirma que esta decisão representa "o reconhecimento, por parte da EFIM, da dinâmica e da força da Medicina Interna portuguesa no contexto nacional".

Por outro lado, evidencia "o protagonismo que os internistas portugueses têm tido, ao longo dos anos, na EFIM, e, naturalmente, resulta também da crescente atratividade que a cidade de Lisboa tem ganho nos últimos anos, como destino de eventos científicos".

O presidente da SPMI acrescenta que, "além de ser uma honra para a Medicina Interna portuguesa, é também um grande desafio e uma grande responsabilidade, à qual vamos seguramente corresponder com empenho e imaginação, na tradição de hospitalidade que caracteriza os portugueses e a cidade de Lisboa".



Foto da capa
Miguel Castelo Branco fotografado à entrada da Faculdade de Ciências da Saúde da Univ. da Beira Interior.

"Outside the box"

O Congresso Europeu de Medicina Interna realizou-se este ano em Milão, subordinado ao tema "*Thinking outside the box in a world of limited resources*". Na reunião estiveram participantes de 53 países, "sendo a delegação portuguesa a mais numerosa, com 247 especialistas e internos, que apresentaram 608 trabalhos".

Por parte da comitiva portuguesa, Sofia Duque, coordenadora da Unidade de Ortopedia do Serviço de MI do Hospital São Francisco Xavier, apresentou uma conferência sobre "*Successful Aging*". Já Luís Campos fez uma palestra intitulada "*What challenges to improve the quality of care in internal Medicine?*". Foi ainda convidado para o *Young Internists Corner*, para abordar o tema "*Why choose Internal Medicine?*"

PPCIRA tem nova Direção

Maria do Rosário Rodrigues, diretora do Serviço de MI do IPO do Porto, é a nova diretora do Programa Nacional de Prevenção e Controlo de Infecções de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA). Sucede no cargo a Paulo André Fernandes,

médico intensivista no CH Barreiro Montijo. O primeiro dirigente do Programa, que desempenhou funções entre 2013 e 2016, foi José Artur Paiva, diretor clínico do CH de São João. São os três especialistas de Medicina Interna.



Maria do Rosário Rodrigues

Reunião da Direção da SPMI e do Colégio com o bastonário

Realizou-se no dia 15 de setembro, na sede do Conselho Regional do Porto da OM, uma reunião da Direção da SPMI e do colégio de MI com o bastonário da OM, Miguel Guimarães. Foram abordados diversos assuntos que dizem respeito à realidade atual da MI nos hospitais, desde a necessidade de evolução do atual modelo organizativo, novas áreas de atuação, condições de trabalho e de remuneração, até outros assuntos profissionais relativos ao futuro da especialidade.

Festa da Saúde animou os jardins frente aos Jerónimos



Luís Campos: "Esta iniciativa inédita é, de alguma forma, a afirmação do compromisso da SPMI com a prevenção da doença e a promoção da saúde."

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 Andalucia 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

The background features a large, leafy plant in a textured, light-colored pot. A horizontal red banner is positioned across the middle of the image. The word "PUBLICIDADE" is written in white, serif, all-caps font on the banner. Above and below the banner are white decorative flourishes. At the bottom of the image is a white crown graphic.

PUBLICIDADE



PUBLICIDADE



The background features a large, leafy plant in a textured, light-colored pot. A horizontal red banner is positioned across the middle of the image. The word "PUBLICIDADE" is written in white, serif, all-caps font on the banner. Above and below the banner are white decorative flourishes. At the bottom of the image is a white crown graphic.

PUBLICIDADE



**MIGUEL CASTELO-BRANCO, INT
PROFESSOR DA UBI E PRESIDEN
DE SIMULAÇÃO APLICADA ÀS C**

**“A simulaç
área que t
uma grand
e espaço d
em Portug**

Miguel Castelo-Branco, assistente graduado sénior de Medicina Interna e Medicina Intensiva do Centro Hospitalar Cova da Beira (CHCB) e professor associado com agregação da Faculdade de Ciências da Saúde (FCS) da Universidade da Beira Interior (UBI), assumiu há alguns meses a presidência da Sociedade Portuguesa de Simulação Aplicada às Ciências da Saúde (SPSim), que ajudou a criar. Em entrevista à Just News, o médico de 56 anos diz que, em Portugal, a simulação em Medicina tem uma “grande aplicação e espaço de manobra”, sendo necessário dar um salto em contexto de formação pós-graduada, com o objetivo de melhorar ainda mais a sua qualidade.

Just News (JN) – É natural da freguesia de Tortosendo, na Covilhã. O que recorda da sua infância e juventude nesta região?

Miguel Castelo-Branco (MCB) – Foi uma infância marcada pela morte do meu pai, quando eu tinha seis anos, e pelo esforço da minha mãe para garantir o suporte da família, os meus irmãos e eu. Recordo com muito carinho o tempo de infância passado em casa dos meus avós paternos no Tortosendo e dos meus avós maternos, com os primos, em Penamacor. Da minha juventude, lembro-me das festas de garagem que fazíamos em casa uns dos outros, nas quais eu punha música.

ERNISTA E INTENSIVISTA DO CHCB,
TE DA SOCIEDADE PORTUGUESA
IÊNCIAS DA SAÚDE (SPSIM):

ão é uma
em ainda
e aplicação
e manobra
al”

Como se diz hoje, eu era o DJ... Tenho também ótimas lembranças das idas à serra com um grupo de amigos, que ainda hoje se mantém. Esse era um dos nossos divertimentos: explorar a serra, fazer caminhadas descobrindo as inúmeras lagoas, onde tomávamos uns banhos bastante revigorantes. Ainda hoje, no verão, nos encontramos todos, agora com as respetivas famílias, para fazermos os passeios pela serra e tomar banho nas lagoas. Também fizemos alguns acampamentos inesquecíveis! No inverno fazia ski, que é um desporto de que gosto muito. A Serra da Estrela é um local fantástico!

JN – É proveniente de uma família grande?

MCB – De uma família com uma dimensão mais ou menos normal para a época. Os meus pais tiveram três filhos, dois rapazes e uma rapariga, sendo eu o mais velho. O meu irmão, infelizmente, faleceu em 1998.

JN – E a Medicina, foi sempre a sua primeira opção?

MCB – A Medicina sempre foi a minha primeira opção desde miúdo. Sinto que a doença e a morte do meu pai criaram em mim uma enorme vontade de me entregar à Medicina, pois o meu contributo poderia ajudar outras pessoas e outras famílias. Por isso, sinto-me muito realizado por ter entrado na faculdade, por ter conseguido fazer o curso e a especialidade e hoje poder fazer parte da formação de futuros médicos.

JN – Tinha algum médico na família?

MCB – Por acaso, tinha um tio-avô e um primo que foram médicos e dos quais guardo a visão de um profundo humanismo e vontade incansável de tratar as pessoas. Claro que isso deixou sempre uma marca importante. Quem lê Fernando Namora consegue perceber o que era a Medicina daquela época. Para um miúdo que queria tratar as pessoas, é um bom reforço.

JN – O que mais lhe agradava na Medicina?

MCB – O que me entusiasmava na Medicina foi sempre a possibilidade de poder vir a ser útil em termos de saúde e poder melhorar a vida das pessoas. Por outro lado, agradava-me a ideia de ajudar a desenvolver tecnologia que pudesse apoiar também as pessoas a cuidarem melhor dos seus problemas de saúde.

JN – Fez a licenciatura em Lisboa, o internato geral no Hospital Distrital da Covilhã e a especialidade no então Centro Hospitalar de Coimbra, tendo regressado depois à Covilhã. A sua vontade foi sempre voltar à sua terra natal?

MCB – Na altura, os cursos ainda eram muito teóricos e os estudantes tinham algumas oportunidades para poder praticar, mas não as que têm hoje. A minha opção, no fim do curso, foi a de ganhar autonomia e, portanto, de ir para um hospital onde tivesse muitas oportunidades de desenvolver as minhas competências. Durante a licenciatura, vivia em Cascais e tinha de ir para Lisboa todos os dias. Era complicado devido aos transportes. Daí, depois do internato geral na Covilhã, ter optado por ir para Coimbra fazer a especialidade. Nessa altura, a minha opção foi fazer o treino de especialidade num hospital central com formação clínica reconhecida. Apesar das vagas serem poucas, pude escolher o então Centro Hospitalar de Coimbra.

JN – Gostou de estar em Coimbra?

MCB – Senti-me muito bem. A equipa do Serviço de Medicina era extraordinária e o hospital tinha uma grande dinâmica de proximidade com outras especialidades, um aspeto extremamente importante para o desenvolvimento das competências médicas e de inter-relacionamento no contexto atual da Medicina.

“A visão global e a relação com o doente são os aspetos que mais me entusiasmam na MI”

JN – Porquê a especialidade de Medicina Interna?

MCB – O processo tem alguma graça... Devido àquela visão mais tecnológica que atrás referi, uma primeira opção seria a área cirúrgica. Depois, houve dois acontecimentos dentro do meu internato geral que me marcaram: ter tido um tutor de Medicina Interna, o Dr. Fausto Elias da Costa, que era um internista fantástico e me influenciou imenso; por outro lado, perceber que, na altura, a cirurgia se dedicava muito ao ato cirúrgico em si e depois desligava-se um pouco do doente, e isso era aquilo que eu não tinha interesse em fazer, porque gosto da relação com o doente. Em resumo, a visão global do doente, que é aquilo que o internista faz, e também a relação com o doente são os aspetos que mais me entusiasmam na MI.

JN – Interrompeu a especialidade para fazer o serviço militar...

MCB – Durante esse período, tive a possibilidade de exercer Medicina no quartel em que fui colocado, em Viseu, já que atuei como médico do Regimento, prestando assistência não só aos militares, mas também aos familiares dos militares do quadro.

JN – No final, recebeu até um louvor público do Comandante do Regimento de Infantaria de Viseu...

MCB – Sim, é verdade.

JN – Mais tarde, resolveu fazer uma segunda especialidade, Medicina Intensiva, embora nunca se tenha desligado da Medicina Interna. O que o motivou a fazê-lo?

MCB – A Medicina Intensiva aconteceu por duas razões. Por um lado, porque quando começo a ficar fatigado de fazer coisas semelhantes, de rotina, normalmente, vou à procura de desafios novos. E, portanto, esse foi um desafio novo que encontrei e que coincidiu, interessantemente, com a necessidade de desenvolver o Serviço de Medicina Intensiva no Hospital Pero da Covilhã que, na altura, era novo (foi inaugurado em 2000). O que se fez foi encontrar alguém que viesse dirigi-lo (uma pessoa com experiência na direção de Cuidados Intensivos, o Dr. Dinis Cunha Leal). E, depois, era preciso constituir uma equipa. Nessa altura, eu pensei juntar o útil ao agradável e dedicar-me à Medicina Intensiva, não largando a Medicina Interna.

JN – Pelo meio, obteve também a competência em Urgência e Emergência...

MCB – Mas isso já é mais vulgar. Um internista tem sempre de atuar, pelo menos durante grande parte da sua vida, na Urgência, que também foi sempre uma área que me interessou, mas que continuo a achar complexa e a necessitar de competências adicionais. Portanto, pareceu-me que era um campo que valia a pena aprofundar.

JN – Durante o seu percurso, tem-se dedicado muito aos fatores de risco vascular. Como surgiu esse interesse?

MCB – Sim, também por uma coincidência interessan-

te: o meu orientador de internato era, obviamente, um internista, o Dr. Mário Rui Ferreira, e dedicava-se muito aos fatores de risco vascular. Nessa altura, engraçadamente, associei-me a dois grupos: o do meu orientador, mais virado para a hipertensão arterial e para as dislipidemias, e o da diabetes. Portanto, foram vertentes de conhecimento em que eu tive prática adicional. E deram-me muita capacidade de gestão clínica dos doentes.

Além disso, participei em vários ensaios clínicos, o que me deu muita tarimba, até na parte da investigação. Deu-me também capacidade de escrita e de publicação, o que foi muito interessante. Acabei o internato com 17 publicações, o que era completamente fora do habitual, tendo inclusivamente ganho um prémio por uma das publicações.

“Não tenho dúvidas de que o médico português é um excelente profissional de saúde”

JN – Iniciou o seu percurso como docente na Escola dos Serviços de Saúde de Coimbra. Não concebia a área assistencial sem a vertente do ensino?

MCB – Foi um desafio engraçado que sucedeu de uma situação interessante. Escolhi o Centro Hospitalar de Coimbra porque a minha visão era mais clínica do que propriamente académica. No entanto, depois de ter começado a especialidade, houve um colega, o Dr. Carlos Atayde (também um brilhante internista!), que era docente lá na escola e me desafiou e eu aceitei. E comecei a gostar também da parte do ensino.

JN – Tem tido um papel muito ativo na Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior, quer no ensino da Medicina, quer na própria organização...

MCB – Fiz parte do grupo de trabalho envolvido na criação da Faculdade. O então reitor, Prof. Doutor Manuel Santos Silva, achou que eu podia ajudá-lo a desenvolver o projeto e acompanhei-o em muitas diligências, inclusivamente em visitas externas a universidades que têm cursos de Medicina modernos e inovadores e pela Europa fora, no sentido de se conhecer o que se estava a fazer para poder utilizar modelos também aqui na nossa Faculdade. Foi um projeto altamente desafiante e extremamente interessante e muito motivador!

JN – Que avaliação faz da evolução do ensino da Medicina em Portugal nas últimas décadas?

MCB – Na minha opinião, sofreu uma grande evolução nos últimos anos. Felizmente. Penso que aquela intenção de reforma que foi estabelecida no fim do século passado, que depois deu origem à revolução que ia no sentido da criação das novas faculdades e da reforma dos cursos de Medicina, foi muito positiva e pôs os cursos em Portugal num caminho de modernidade e de aproximação àquilo que é o ensino da Medicina adequado às necessidades. Realmente, o ensino da Medicina, e de outras ciências da saúde, tem muita investigação associada. O que se vai fazendo é tentar adequar as organizações das universidades e os métodos pedagógicos àquilo que são as inovações que estão associadas

a melhores processos e resultados. E isso, felizmente, nos últimos anos, aconteceu em Portugal. Claro que, às vezes, há problemas complexos, como a dimensão dos grupos de alunos. É óbvio que as culturas universitárias têm peso e, portanto, há sempre velocidades diferentes nos processos de transformação. Mas houve um grande impulso e uma melhoria franca neste processo. Aliás, não tenho dúvidas de que o médico português é um excelente profissional de saúde. Venha ele de que universidade vier. Tanto assim é que também são reconhecidos internacionalmente como bons profissionais.

JN – E por que é que isso acontece? Pela qualidade?

MCB – Pela qualidade do ensino e da formação pós-graduada. Penso que também é bastante boa. São coisas muito positivas que temos, mas é claro que há sempre possibilidade de continuar a melhorar.

“Não faz sentido que se fale muito em qualidade se não estiver assegurada a segurança do doente”

JN – Ocupou outros cargos, como o de presidente do Conselho de Administração do Centro Hospitalar Cova da Beira, durante três mandatos, o primeiro co-

da organização e focar no cidadão. E isso é uma transformação fundamental para o sistema de saúde. Ainda hoje acredito que é importante continuar a fazê-lo.

JN – Na sua opinião, qual é o modelo organizativo ideal?

MCB – Considero que há várias questões importantes. Em primeiro lugar, sou defensor do Serviço Nacional de Saúde. Depois há questões muito relevantes: uma delas é que o cidadão deve poder escolher os locais onde quer ser tratado, o que agora está definido por lei, até para as pessoas perceberem que têm de ir melhorando as coisas de forma a satisfazer melhor as necessidades do cidadão. Todo o serviço tem de ter sistemas de melhoria continuada da qualidade, auditorias e até, de preferência, acreditações. É fundamental que isso exista, porque é a raiz da qualidade no processo. Por outro lado, sou um grande defensor da existência de medidas de garantia da segurança do doente. Não faz sentido que se fale muito em qualidade se não estiver assegurada a segurança do doente. E, depois, é fulcral garantir a continuidade dos cuidados aos vários níveis, desde a Medicina Geral e Familiar, passando, se necessário, pelos cuidados hospitalares e continuados.



meçando no início de 2002. Como foi a experiência?

MCB – O primeiro mandato (2002-2005) foi altamente desafiante, porque coincidiu com a altura em que o Governo decidiu empresializar hospitais. E, portanto, pegou num grupo de hospitais, entre os quais o CHCB, e resolveu empresializá-lo, tendo-me convidado a dirigir o mesmo. Acho que o projeto era absolutamente fantástico, mas, infelizmente, depois começou a retroceder, e a autonomia hospitalar foi decaindo progressivamente. O processo de transformação dos hospitais, na altura, empresializados, passou muito por desfocar

Defendo que deve haver pessoas que funcionem um pouco como pivôs, nomeadamente o médico de família e o internista.

JN – O que pensa da departamentalização?

MCB – Faz sentido, mas apenas se existir enquanto departamento agregador e facilitador do processo de cuidados centrados no doente. Se for uma federação de serviços não faz sentido nenhum e muitas vezes o que nós vemos em Portugal é isso, em que o departamento é uma supraestrutura, mas os serviços mantiveram-se

iguais. O que se deseja é que o doente tenha um local para ser tratado, onde tem de ter acesso às especialidades de que precisa. Portanto, a departamentalização faz sentido se for organizada como a gestão integrada de um espaço, centrando os cuidados no doente, havendo um coordenador clínico e convergindo as especialidades e outros profissionais em função das necessidades do doente.

JN – Aqui na Covilhã fazia sentido o modelo ULS?

MCB – Faria todo o sentido. Só não percebo por que ainda não foi criada! Provavelmente, é dos sítios onde uma ULS teria melhores resultados, porque há um bom relacionamento interprofissional entre os cuidados primários e os hospitalares e penso que se tem desperdiçado...

JN – O modelo que aqui é seguido é o clássico?

MCB – Sim, está organizado sobretudo em serviços. Já existiram diversos departamentos, mas como estrutura supra serviços. No meu segundo mandato como presidente do CA extingui alguns departamentos porque, na realidade, não tinham mais-valia nenhuma. Portanto, a reforma a fazer, na minha opinião, tem a ver com o que referi há pouco, isto é, se se pretende criar um departamento que seja realmente com integração de especialidades. Se não for essa a intenção, é mais um episódio hierárquico.

JN – Em 2008, foi nomeado diretor do Curso de Mestrado Integrado em Medicina. Qual era a situação na altura?

MCB – O Mestrado Integrado em Medicina da Universidade da Beira Interior tem uma particularidade interessante: é um curso inovador, desenhado com características diferentes dos cursos clássicos. Aliás, esse é o desafio! E, depois, tem a característica de andar sempre a medir o que é feito, no sentido de conseguir garantir que, se for necessário alterar alguma coisa, nós vamos alterando, até também para continuar o processo de inovação. E isso tem sido feito. Quando eu peguei no curso, o primeiro contingente de alunos já tinha terminado o mestrado. Estávamos na fase de reforçar os processos e as metodologias centradas no aluno e, simultaneamente, de garantir a melhoria contínua da qualidade. A Universidade e a Faculdade assumem uma excelente relação com os alunos, o que nos permite conhecer as visões deles sobre o curso, o que é muito positivo também para continuarmos a melhorar os processos de ensino.

JN – Foi eleito em 2009 presidente da Faculdade de Ciências da Saúde, cargo que desempenhou até ao fim de 2011, altura em que foi convidado para voltar a presidir ao CA do Centro Hospitalar Cova da Beira...

MCB – Inicialmente, esperava poder acumular as duas funções, uma vez que, dada a íntima relação entre a Faculdade e o hospital nuclear, se justificava plenamente, mas mesmo em cima da data da nomeação fui informado que tal era impossível por serem incompatíveis as duas funções. Nesse contexto, e nessa fase, tive de optar pela nomeação para o hospital.



A questão de não poder acumular as duas funções faz-me falar numa outra coisa que considero que também é muito importante: a necessidade de o Governo português resolver rapidamente a questão da relação entre aquilo que são as instituições de saúde associadas ao ensino e as universidades e escolas de saúde: Medicina, Enfermagem e outros técnicos de saúde. Neste momento, aquilo que ainda continua a existir é que, além de protocolos de relação, o modelo das carreiras não está suficientemente articulado e isso não é bom para assegurar o melhor fluxo nem, verdadeiramente, a atividade ensino ou mesmo a investigação são consideradas como "produção" das instituições de saúde nos contratos programa. Parece que no momento há intenção de repensar o processo das articulações, até talvez através do desenvolvimento dos Centros Académicos Clínicos, criados há alguns meses, mas era muito importante que isso fosse realmente tornado realidade. O primeiro curso na área da Saúde que a Universidade teve, que foi também o primeiro curso em que lecionei na UBI, foi o de Optometria. Depois, com a fundação da Faculdade, foi criado o curso de Medicina e também o de Ciências Biomédicas e o de Ciências Farmacêuticas. Todos estes cursos são os que atualmente funcionam. O desenvolvimento dos cursos colaterais e de mestrado foi um desafio, com um crescendo progressivo em termos de número de alunos que frequentam aqui a Faculdade. É de realçar também a existência de um centro de investigação, dentro da própria Universidade, na área da Saúde, também com um crescendo de dinâmicas que foi importante ir apoiando na altura em que fui presidente.

JN – Iniciou um novo mandato como presidente do CA em janeiro de 2012, que terminou em março de 2016...

MCB – Durante esse período, que corresponde a dois mandatos, tive autorização para acumular as funções docentes, que mantive, tendo retomado a Direção do

Curso de Medicina, interrompida durante a presidência da Faculdade.

JN – Entretanto, decidiu dedicar-se à docência...

MCB – Há dois anos, candidatei-me a uma vaga de professor associado na Faculdade e ganhei o concurso. Fiquei colocado, mas, na altura, estava a exercer funções como presidente do CA, portanto, não tomei logo posse nessa função. Estive como presidente do CA até ter pedido para ser substituído. Passei a estar em tempo inteiro na Faculdade e em acumulação nas instituições de saúde. Faço questão de continuar a exercer Medicina.

JN – Manteve sempre atividade clínica?

MCB – Fiz sempre questão de manter, mesmo enquanto estive na administração. Infelizmente, no segundo mandato, o Ministério não me autorizou, por exemplo, que estivesse em Cuidados Intensivos, mas eu mantive sempre atividade como internista...

A simulação e o ensino

JN – Assumi, no passado mês de fevereiro, a presidência da Sociedade Portuguesa de Simulação Aplicada às Ciências da Saúde. Como aconteceu a sua ligação à mesma?

MCB – A história também resulta de coincidências. Voltamos à questão do ensino da Medicina, que é daqui que tudo parte. Já há algum tempo que se demonstrou que um dos aspetos que devia ser mudado no ensino da Medicina era a introdução de mais componentes práticas e garantir que a pessoa que conclua o curso de Medicina saiba fazer um conjunto de técnicas e que, inclusivamente, saiba relacionar-se com os doentes e os outros profissionais. Tinha de se introduzir uma componente prática bastante mais forte, o que implicava treino de competências, de técnicas, de procedimentos, realização de exames físicos e outros.



JN – O que foi feito nesse sentido?

MCB – No curso de Medicina da UBI, montámos o Laboratório de Aptidões, Atitudes e Competências Clínicas, onde os alunos treinam em simuladores. Elaboramos na Faculdade um programa bastante intenso de simulação, de modo a que, quando os alunos vão para o hospital ou para unidades de cuidados de saúde primários, já têm treino básico que depois desenvolvem e aperfeiçoam em contexto clínico, o que é também

"A minha prioridade é a família"

JN – É pai de cinco filhos. Como tem sido gerir essa questão ao longo da sua carreira?

MCB – É uma opção da minha mulher e minha. Tivemos a vontade de ter uma família grande. Claro que a decisão foi complexa. Por um lado, assumimos que a minha mulher acompanharia os nossos filhos durante a fase do crescimento, para que eu pudesse dedicar-me também de corpo e alma à Medicina, o que implicaria que não se envolvesse em atividades profissionais. E assim foi. Teve a oportunidade de acompanhar o crescimento dos nossos filhos e a família pôde ir crescendo. Claro que é um desafio complexo, o de gerir uma família com cinco filhos e, atualmente, também já com uma neta. Mas foi-se fazendo sempre com muito amor e dedicação e com o intuito de os educar a saber viver em família e a dar valor ao trabalho e à diferença que as suas maneiras de estar na vida e no trabalho podem contribuir para

o bem-estar de outros. Temos uns filhos de um enorme humanismo, o que nos orgulha muito. Tenho uma família excecional!

JN – Que idade têm atualmente?

MCB – A Mafalda tem 29, é casada e tem uma filha, o Miguel 27, a Francisca 23, a Carolina 21 e a Mercês 17 anos. A minha neta Madalena tem 3 anos e é a delícia da família!

JN – Algum deles tem o gosto pela Medicina?

MCB – Uma das minhas filhas, a do meio. Embora, até agora, não tenha conseguido entrar no curso. Mas ainda não desistiu, apesar de estar licenciada noutra área e a fazer um mestrado.

JN – Como é gerir a sua agenda?

MCB – É exigente, mas vai-se fazendo. [risos]

JN – O que gosta de fazer nos tempos livres?

MCB – A minha prioridade é a família, pelo que os tempos livres de atividade profissional são para estar com eles. Todavia, recentemente, assumi que também tinha que apostar na minha forma física e comecei a fazer atividade física, em horários compatíveis com a família e a profissão.

JN – Que tipo de atividade?

MCB – Corrida.

JN – Com que regularidade?

MCB – Agora, é todas as semanas. Mas é algo recente. Tem cerca de um ano. E tem a ver com a manutenção da forma física. É importante que as pessoas apostem em si próprias.

JN – Como médico, tem mais cuidado com a saúde?

MCB – Penso que grande parte da minha mudança teve



fundamental. Depois, considerámos que fazia sentido criar uma relação com outras escolas médicas que, entretanto, estavam a desenvolver os seus centros de simulação com alguns que já existiam mesmo fora das escolas médicas. Resolveu-se então formar uma associação com pessoas que sabíamos que existiam nas outras entidades, designada por Sociedade Portuguesa de Simulação Aplicada às Ciências da Saúde, que não é exclusiva da Medicina, porque também tem escolas



de enfermagem e tecnologias da saúde. Penso que isso foi uma excelente ideia e, realmente, tem sido bastante proveitoso.

JN – Esteve então na génese da criação da Sociedade?

MCB – Fui um dos fundadores. Este ano, nas eleições, candidatei-me a presidente da Direção e fui eleito. Uma equipa que envolve pessoas de Norte a Sul do país e das Ilhas, em particular da Madeira. É uma equipa de múltiplas especialidades e profissões. É extremamente interessante partilhar ideias com pessoas de proveniências diferentes, de cursos diferentes e falar sobre a simulação, que é uma área que tem ainda uma grande aplicação e espaço de manobra em Portugal. Agora é preciso dar um salto na área da simulação em contexto de formação pós-graduada. Evidentemente, existem já alguns cursos de formação pós-graduada, mas há que investir cada vez mais na sua promoção. É importante

para aumentar a qualidade da formação e melhorar os resultados, incluindo a segurança do doente.

JN – Quais os pontos do país em que já se faz simulação?

MCB – Neste momento, faz-se de Norte a Sul, incluindo nas Ilhas.

JN – Desde julho que também é membro da Comissão de Ética para a Investigação Clínica do Ministério da Saúde...

MCB – O Prof. Alexandre Quintanilha achou que podia ter alguma utilidade na equipa. Convidou-me e tive muito gosto em aceitar. Penso que o convite se prendeu com a minha ligação à questão dos dispositivos médicos e a alguns trabalhos que tenho nessa área e na da investigação. Sem dúvida nenhuma que é um grande desafio!

a ver precisamente com o facto de ser médico e ter consciência dos riscos que se correm, por saber que a alimentação e a atividade física são fundamentais.

JN – Tem outros hobbies?

MCB – Tenho um aquário de peixes tropicais e também gosto muito de modelismo. Outra área de que gosto muito é a fotografia. Mas essa, ultimamente, tem ficado para trás, pois, o tempo não chega para tudo... [risos]

JN – Por fim, como espera que sejam os seus próximos anos?

MCB – Provavelmente, a ideia vai ser manter as linhas de ação em que tenho estado – faculdade, hospital e família. Provavelmente, vou dar agora mais ênfase à área de investigação e tentar arranjar mais tempo para a família.



Foto de família: (em pé) o filho Miguel com Joana, a namorada; a filha Francisca com o namorado, Miguel; a filha Mafalda com o marido, Carlos; (sentados) a filha Mercês; a mulher, Rita, com a neta Madalena ao colo; a filha Carolina

Porfírias



Arlindo Guimas

Especialista em MI, Unidade de Doenças Hereditárias do Metabolismo (Adultos) do CH do Porto

As porfírias são um grupo de doenças metabólicas causadas por alterações enzimáticas na cascata de biossíntese do heme. Esta via, constituída por oito passos enzimáticos, ocorre ao nível do sistema eritroblástico (80%) e fígado (15%), mas também outros tecidos (5%).

O processo é regulado através de duas isoenzimas, transcritas por dois genes distintos – ácido 5-aminolevulínico sintetase tipo-1 (ALAS1) no fígado, e ácido 5-aminolevulínico sintetase tipo-2 (ALAS2) nas células eritroides. O heme sintetizado nas células eritroides é integrado na hemoglobina e corresponde a 85% da síntese diária de heme.

No fígado, cerca de 80% do heme produzido é incorporado em citocromos, como, por exemplo, o citocromo p450, participando no metabolismo de fármacos, e citocromos mitocondriais, com função de transporte de eletrões no ciclo de Krebs. Os restantes 20% produzidos a nível hepático são incorporados em enzimas como a triptofano-pirolase (responsável pela oxidação de triptofanos), a óxido nítrico-sintetase (síntese de óxido nítrico), a catalase e peroxidase (metabolismo do peróxido de hidrogénio), entre outras.

A cada porfíria está associada a perda de função de uma enzima específica ou, num tipo particular, ganho de função, cursando com um padrão característico de acumulação dos precursores do heme: ácido 5-amino-levulínico (ALA), porfobilinogénio (PBG) e intermediários da porfirina ou porfirinas.

As porfírias podem ser classificadas de acordo com o local primário de sobreprodução e acúmulo destes precursores – hepatócitos ou células eritroides da medula óssea – cujo potencial tóxico é responsável pela característica sintomatologia neurovisceral, fotossensibilidade cutânea, ou ambas.

São consideradas 8 porfírias major, distribuídas em 3 grupos: 4 porfírias hepáticas agudas, uma porfíria hepática cutânea e 3 porfírias eritropoéticas cutâneas.

As porfírias hepáticas agudas englobam a porfíria aguda intermitente (AIP), a porfíria variegata (VP) e a coproporfíria hereditária (HCP), todas com transmissão hereditária autossómica dominante das mutações enzimáticas, e a porfíria por défice de ALA desidratase (ADP), autossómica recessiva.

Deste grupo, a AIP é o tipo mais comum, com prevalência clínica estimada em 1/75.000 na Europa (excluindo a Suécia, com prevalência de 1/1000 – efeito fundador). Contrariamente, a ADP tem apenas 10 casos registados mundialmente. A VP tem metade da prevalência da AIP na maioria dos países europeus, sendo epidemiologicamente relevante na África do Sul, devido a efeito fundador. Devido à penetrância incompleta e variabilidade da expressão do fenótipo clínico, a ausência de história familiar é comum.

A principal manifestação das porfírias agudas são crises neuroviscerais, mais comuns no sexo feminino, potencialmente fatais (~1%), surgindo tipicamente após a puberdade, usualmente entre as 2.^a e 4.^a décadas de

vida e afetando 10-20% dos doentes. A dor abdominal intensa e difusa (sintoma cardinal, presente em 85-95% dos casos), náuseas e vômitos, fraqueza e obstipação são os sintomas mais observados durante uma crise aguda.

A hipertensão, taquicardia e sudorese, causadas pela sobreativação autonómica; efeitos sobre o sistema nervoso central (SNC), como *delirium* e convulsões; e hiponatremia, atribuída a nefrotoxicidade ou secreção inapropriada de hormona antidiurética, podem igualmente surgir. As lesões de fotossensibilidade cutânea estão descritas na VP (50%) e HCP (< 20%), não exclusivamente em contexto de crise aguda.

As crises mais severas poderão progredir para neuropatia motora e encefalopatia com fraqueza, paresia, distúrbios psiquiátricos ou comportamentais. Os doentes com polineuropatia avançada ou encefalopatia poderão apresentar dor abdominal mais discreta, passível de ser mal interpretada.

Os principais fatores precipitantes de crise aguda constituem a medicação (usualmente de prescrição recente, incluindo antibióticos, contracetivos orais e anticonvulsivantes e restrição da ingestão calórica). A cirurgia, toxinas ambientais, álcool, drogas ilegais, infeção, stress ou flutuações das concentrações de hormonas sexuais (especialmente a progesterona – por exemplo, na fase lútea do ciclo menstrual e gravidez) são porfirinogénicos igualmente reconhecidos.

O diagnóstico de porfíria aguda é particularmente desafiante pela inespecificidade da clínica e depende da implementação de testes bioquímicos apropriados. Frequentemente, os clínicos não estão familiarizados com as amostras e testes necessários e o diagnóstico é subordinado ao aconselhamento laboratorial para orientar a investigação. Na maioria dos casos, observa-se cerca de 15 anos de atraso entre as primeiras manifestações e o diagnóstico, com importantes consequências para os doentes.

O tratamento é eficaz na crise aguda, mas também, em certos contextos, na profilaxia da recorrência, e consiste em fornecer o heme, que exerce um efeito supressor sob a reação limitadora da via metabólica. A remoção de fatores precipitantes, analgesia eficaz e controlo sintomático, cuidados nutricionais (alta ingestão de hidratos de carbono) e fluidoterapia adequada são abordagens complementares igualmente relevantes.

The background of the image features a large, leafy plant in a textured, light-colored pot, set against a soft-focus outdoor scene. A solid red horizontal banner is positioned across the middle of the image, serving as a backdrop for the text. The word "PUBLICIDADE" is written in a white, elegant, serif typeface, centered within the red band. Above and below the text are decorative white flourishes, including symmetrical scrollwork and floral motifs. At the bottom of the image, there is a stylized white graphic consisting of a series of upward-pointing triangles of varying heights, resembling a crown or a modern architectural element, with small dots at their bases.

PUBLICIDADE

12.º Congresso de Hipertensão e Risco Cardiovascular Global



Vítor Paixão Dias

Diretor do Serviço de MI do CHVNG/E. Espec. em Hipertensão Clínica da Socied. Europeia de Hipertensão.
Presid.-eleito da Socied. Port. de Hipertensão

PRESTANDO HOMENAGEM
AO LEMA ESCOLHIDO PELO
PRESIDENTE DA SPH PARA O
SEU MANDATO, A ADESÃO AO
TRATAMENTO SERÁ FOCADA COMO
UM ASPETO CRUCIAL NA REDUÇÃO
DO RISCO VASCULAR.

O 12.º Congresso de Hipertensão (HTA) e Risco Cardiovascular Global (RCVG), a cuja Comissão Organizadora tenho a honra de presidir, foi pensado em torno do conceito da repercussão da HTA nos órgãos-alvo. Sendo um evento de formação médica, é também um importante entreposto para troca de conhecimentos e experiência aquém e além-fronteiras. Conferencistas de prestígio nacional e internacional abrilhantam o Congresso e pontuam com notas de excelência o programa científico.

Sem querer destacar nenhuma sessão em particular, pois, tentámos elaborar um programa abrangente e que esperamos vá ao encontro das expectativas de todos os congressistas, não deixarei de salientar as mesas-redondas dedicadas a alguns aspetos do risco vascular global.

As mais recentes classes de antidiabéticos orais e a expectativa criada após a divulgação dos resultados de alguns estudos que apontam para importante repercussão positiva no prognóstico deste tipo de doentes constituem seguros motivos de interesse.

Os mitos e a evidência atual acerca da abordagem e tratamento da fibrilação auricular inserem-se também nestes aspetos particulares. Uma referência ainda a um *outcome* de importância crescente como a demência vascular, cuja incidência e repercussão social fazem antever, sem exagero, contornos de verdadeira epidemia.

Um ponto alto do Congresso é a sessão magna com a Medicina Geral e Familiar, que promete animada discussão e partilha de saberes. A grande maioria dos doentes hipertensos está nos cuidados de saúde primários e temos seguramente que discutir, para além de casos clínicos de maior complexidade, formas de melhorar a integração de cuidados.

A formação médica contínua não deixará de ser contemplada, através de dois cursos certificados: um de pós-graduação em HTA e RCVG e outro de perspectivas futuras no RCVG.

Contamos com a presença dos mais jovens, seja através da submissão de trabalhos científicos, seja na participação ativa nas diversas sessões e em particular nas sessões organizados pelo Núcleo de Internos da Sociedade Portuguesa de HTA.

Outros aspetos particulares do RCVG abordados neste Congresso vão desde a importância emergente e controversa da vitamina D ao papel prognóstico da hipertensão noturna, passando pela abordagem à medicina personalizada com recurso a biomarcadores inflamatórios ou ao interessante e potencial papel da microbiota intestinal no RCVG.

Quando avaliamos um doente hipertenso e estratificamos o risco vascular, a vertente imagiológica assume-se frequentemente como relevante e vamos passar em revista também alguns destes exames.

Prestando homenagem ao lema escolhido pelo presidente da SPH para o seu mandato, a adesão ao tratamento será focada como um aspeto crucial na redução do risco vascular.

Os diferentes simpósios patrocinados pela indústria farmacêutica contribuem para abordar o RCVG sob diferentes perspetivas ou para complementar de forma relevante o programa científico.

Sendo este Congresso um ponto alto de encontro entre todos aqueles que se interessam pela HTA e pelo RCVG e que estão imbuídos da vontade de discutir estratégias para reduzir o peso da morbimortalidade cardiovascular, marcamos encontro em Vilamoura no final do mês de fevereiro de 2018.

Até já.

**12.º CONGRESSO PORTUGUÊS DE
HIPERTENSÃO
E RISCO CARDIOVASCULAR GLOBAL**
International Meeting on Hypertension
and Global Cardiovascular Risk



www.sphta.org.pt

**22 a 25
Fevereiro 2018**

**SOCIEDADE
PORTUGUESA DE
HIPERTENSÃO**
Portuguese Society of Hypertension



PUBLICIDADE

PORTO VAI RECEBER A INICIATIVA EM 2018

SPMI ofereceu Festa da Saúde à população

Para a Sociedade Portuguesa de Medicina Interna, a intervenção na área da prevenção das doenças e da promoção da saúde é uma “obrigação ética”, daí ter decidido organizar a Festa de Saúde, um evento que teve lugar no fim de semana de 8 e 9 de julho, junto ao Mosteiro dos Jerónimos, em Lisboa.

Durante os dois dias, quem passou por Belém teve a possibilidade de percorrer os 39 espaços dedicados a informação ao público e rastreios, assistir a debates, ver um *show-cooking*, ouvir um concerto e participar em diversas atividades físicas, entre as quais remo, zumba, ioga, caminhada, vela e jogos tradicionais.

O principal objetivo foi, de acordo com o presidente da SPMI, Luís Campos, “sensibilizar a população para a importância da adoção de comportamentos saudáveis”.



Tendo em atenção o enorme interesse que a Festa da Saúde despertou, evidenciado nas mais de 5 mil pessoas que por lá passaram e nos mais de 1800 rastreios

realizados, a Direção da SPMI já decidiu repetir a iniciativa no próximo ano.

“A Festa da Saúde é, de alguma forma, a afirmação do compromisso da SPMI com



a prevenção da doença e a promoção da saúde”, frisa Luís Campos, sublinhando que se tratou de “um evento inédito em Lisboa, uma vez que, habitualmente, este tipo de acontecimentos ligados à Saúde está relacionado com um órgão ou sistema ou é dirigido a uma determinada doença. Trata-se de um acontecimento transversal, conseguindo conjugar todas as doenças e áreas de promoção e prevenção da saúde”.

“Envolvermo-nos na prevenção das doenças é imperioso”

“As doenças crónicas têm aumentado de ano para ano, uma realidade que se deve, por um lado, ao aumento da esperança de vida e, por outro, aos comportamentos de risco”, afirmou o presidente da SPMI durante o debate “Viver com mais saúde”, que encerrou o evento.

“Portugal é o terceiro de um conjunto de 35 países industrializados onde a espe-

PUBLICIDADE

de Lisboa



rança de vida vai aumentar nos próximos 30 anos, no entanto, é um dos locais onde os idosos vivem menos anos de vida saudáveis”, referiu. Por outro lado, “temos graves problemas com os comportamentos de risco, particularmente na alimentação e na falta de exercício, que originam que seis em cada 10 adultos e oito em cada 10

idosos tenham sobrecarga ponderal ou obesidade”. “Os internistas tratam essencialmente doentes crónicos, nas urgências, nas enfermarias, nas consultas”, recordou, fazendo alusão a alguns dados da OMS: “80% dos casos de doença coronária, AVC e diabetes e 40% das situações de cancro podiam ser evitados se as pessoas

fizessem uma alimentação saudável, se tivessem atividade física regular, se não fumassem e consumissem álcool de forma moderada.” Neste sentido, “envolvermo-nos na prevenção das doenças é imperioso, porque todos somos poucos para conseguirmos este desígnio”. Além de Luís Campos, participaram no

debate “Viver com mais saúde” a enfermeira Andreia Silva, da Direção-Geral da Saúde, António Vaz Carneiro, professor da FMUL e diretor do Centro de Estudos de Medicina Baseada na Evidência (CEMBE), e Themudo Barata, especialista em Exercício e Medicina Desportiva. A sessão foi moderada pelo jornalista José Vítor Malheiros.

Curso de Dor Crónica

Duas dezenas e meia de formandos participaram, nos passados dias 15 e 16 de setembro, num Curso de Dor Crónica promovido pela SPMI e que decorreu na sede da Sociedade, em Lisboa. O especialista em Medicina Interna Paulo Reis Pina coordenou o Curso. Na opinião da grande maioria dos participantes, este deveria ser obrigatório e cada vez mais descentralizado.



Dor crónica – a importância da formação



Paulo Reis Pina

Especialista de MI, Casa de Saúde da Idanha, Sintra.
Competências (OM): Medicina da Dor, Geriatria e Medicina Paliativa

A população portuguesa é profundamente afetada pela presença de dor, mormente pela dor crónica (DC), aquela que persiste há mais de 3 meses. A DC afeta quase 4 em cada 10 portugueses adultos. Se nos concentrarmos nas pessoas com 65 anos ou mais então 6 em cada 10 indivíduos desse grupo tem DC.

Muitas pessoas pensam que a principal causa de dor moderada a intensa em Portugal é o cancro. O verdadeiro flagelo que atenta contra a saúde dos portugueses são os problemas comuns: artroses, artrites, osteoporose e perturbações vertebrais.

O impacto da DC é grande e pode ser interpretado do ponto de vista individual, relacional, laboral, económico, etc. Como a existência continuada de uma dor há mais de 3 meses conduz ao aparecimento de uma constelação de sintomas – ansiedade, tristeza, irritabilidade, perda de libido, desesperança, insónia, entre outros –, o mais correto é falar-se de uma doença chamada “síndrome dolorosa crónica” (SDC).

O ser humano com dor persistente perde, além da sua harmonia interna, a sua função gregária, tendendo para o isolamento social.

São gastos mais de 3000 milhões de euros no combate à SDC. Os custos indiretos (baixas médicas e falta de produtividade) representaram mais de 740 milhões de euros em 2010, relativos a problemas de dores nas articulações e das costas (desde a região cervical até à lombar). A presença de uma SDC impede o ser humano de um direito constitucional: o exercício da sua cidadania plena.

Como medir a dor e estratégias de combate

A Direção-Geral da Saúde tem feito um grande esforço para divulgar algumas estratégias para mensurar a dor nas consultas de cuidados primários e nos hospitais. São usadas escalas unidimensionais que apenas medem a dor, como as numéricas e as qualitativas simples.

Nas populações com défices de comunicação ou de compreensão (dementes, p.e.) podem ser aplicadas as escalas comportamentais que, indiretamente, predizem a dor sentida (vocalizações, respiração, expressão facial, posição corporal e comportamentos, consolo possível). Há ainda escalas multidimensionais que verificam o impacto da dor nas atividades de vida diária.

Os hospitais têm políticas de controlo da dor e muitos tiveram campanhas sobre a “dor como 5.º sinal vital”. Existem protocolos de dor aguda no pós-operatório imediato. Todavia, os doentes internados em distintos serviços hospitalares podem ter a dor não totalmente controlada. Alguns poderão ter alta com medicação analgésica insuficiente ou ausente. Outros mantêm-se em consultas de diferentes especialidades, com tratamentos pouco idóneos para a dor, a qual pode lamentavelmente ser

Motivada para a mudança

Decidi inscrever-me no Curso de Dor Crónica por ser um assunto de que gosto particularmente e por reconhecer que posso aprender muito mais para cuidar melhor dos meus doentes. É causadora de incapacidade, morbilidade, deterioração física, psíquica e da vida familiar.

A dor é transversal a todas as especialidades. Existe na enfermaria, na urgência, na consulta, sendo, por isso, fundamental identificá-la e caracterizá-la bem para conseguir tratar ainda melhor.

Achei o curso muito bem estruturado e organizado, sendo feita uma revisão da fisiopatologia e mecanismos da dor, essenciais para uma abordagem correta da mesma. Fizemos uma revisão extensa sobre analgésicos, adjuvantes e atitudes não farmacológicas, desmitificando, também, o preconceito sobre os opioides fortes. Percebi que o Dr. Paulo gosta imenso do que faz e isso ajuda na dinâmica do curso e motiva-nos a mudar a nossa prática clínica.

O recurso a casos clínicos reais e a discussão sobre os mesmos foi muito enriquecedora. Neste momento, sou

muito mais atenta à dor, que por si só é uma doença, mas é, também, um fator de risco para outras patologias.

Procuro aliviar a dor antes de enviar os doentes para os exames complementares na urgência, identifico a síndrome dolorosa crónica como um problema nos doentes internados, ajusto a terapêutica na consulta, explico ao doente o plano terapêutico, implicações e efeitos secundários, crio com o doente o diário da sua dor, monitorizo-a e trato efeitos adversos.

Procuro fazer uma abordagem integrada, centrada na pessoa que cuido e sinto que contribuo para a melhoria da qualidade de vida dos meus doentes. Saí do Curso de Dor Crónica muito motivada para a mudança. Tento incutir essa atitude nos meus colegas: a dor deve ser identificada precocemente e tratada corretamente; não podemos e não devemos permitir que os nossos doentes tenham anos e anos de dor não controlada, que será ainda mais difícil de abordar com fenómenos de hiperalgesia e alodinia.

Por isso, recomendo e sugiro vivamente o Curso de Dor Crónica a profissionais de todas as especialidades.



Ana Rafaela Araújo

Formanda do Curso de Dor Crónica da SPMI

considerada “habitual” pelos profissionais que a encaram como fazendo parte de alguns quadros clínicos.

É certo que existem nos hospitais as Consultas/Clínicas/Unidades de Dor, mas que não podem receber todos os casos, seguindo apenas os doentes complexos, onde são utilizadas técnicas mais específicas (como os bloqueios de nervos periféricos e centrais).

O internista deve saber tratar exemplarmente a dor e não ter receio de usar analgésicos simples (se a dor é ligeira a moderada) e com potência superior (se a dor é intensa). A SDC é uma inutilidade clínica.

Compete aos internistas educar os doentes. O adágio “A dor não mata, mas mói” é verdade, porém, não tem sentido no século XXI. A dor inevitável (aquela que o doente considera moderada a intensa, que nunca esquece e que afeta todas as suas funções humanas) pode e deve ser combatida. Também há que dizer aos doentes que alguma dor pode ser inevitável, quando associada a um dano (fratura, ferida, artrose, etc.). Todavia, esta dor deverá ser ligeira, jamais moderada a insuportável. A dor ligeira trata-se com produtos que nem sequer têm prescrição médica obrigatória. No entanto, a dor moderada a intensa carece de aconselhamento e tratamento médicos.

É totalmente desajustado um doente afirmar que “a dor é imensa... mas há de passar!” e é negligente o profissional que, perante esta expressão de sofrimento, nada ou pouco faz. O internista deve ter uma solicitude perante a dor do outro e fazer tudo para ela ser controlada, nunca a banalizando. A continuação de uma SDC nega os princípios bioéticos da autonomia e da beneficência.

É urgente a existência de protocolos analgésicos uniformes. A gestão da SDC passa por medicação oral e transdérmica, segundo a OMS, e não pelo uso repetido de técnicas invasivas (como as injeções intramusculares). Mais de 80% dos casos de SDC podem ser geridos com medicação que se vende nas farmácias de bairro, com prescrição médica, obviamente.

Em alguns casos – lembro que cerca de 1,5 milhões de portugueses sofrem de dor moderada/intensa – poderá ser necessário utilizar um opioide, que é o tratamento padrão da dor severa. Todavia, os estudos dizem que existe opiofobia em Portugal, quer em relação aos doentes (cujos mitos devem ser esclarecidos), quer no seio dos profissionais de saúde (cuja escassez de conhecimentos deve ser erradicada).

A causa da dor deve ser sempre conhecida antes de se iniciar um tratamento, ou pode tratar-se uma dor cuja origem não é detetável? Obviamente que, para melhor tratar um doente, tenho que saber qual o problema que existe para adequar as estratégias e os medicamentos. Há que saber a causa da dor. Esta aparece mormente em exames complementares de diagnóstico.

Os analgésicos existem para combater a dor (fenómeno subjetivo de sofrimento individual, intransmissível, incomparável) e não a causa de dor (dano objetivável, ou estímulo, ou lesão, que pode ser similar ou comparável em vários indivíduos, p.e., grau de artrose ou de osteoporose).

A maioria dos doentes com SDC já tem a causa de dor mais do que conhecida e ainda não está a ser exposta a um tratamento proporcional à intensidade do seu sofrimento. Por alguma razão todos os medicamentos para a dor – divulgados em diversos programas de TV, por meio de figuras públicas – têm bastante saída comercial. No meu entender, não será pela sua maravilha científica, mas pela promessa feita: aliviar a dor. Isto é o que o doente mais procura, e a resolução pode estar nas mãos dos internistas, os quais não devem protelar o início de tratamentos mais humanizados.

X Curso “O Internista e a Urgência” – 2



Maria da Luz Brazão
Coordenadora do NEUrgMI

O Núcleo de Estudos de Urgência e do Doente Agudo (NEUrgMI) da SPMI organizou na cidade do Funchal mais um Curso “O Internista e a Urgência”, o qual já vai na 10.ª edição.

O NEUrgMI da SPMI foi criado em junho de 2014 e, desde então, já organizou dois congressos nacionais de Urgência e quatro cursos “O Internista e a Urgência”, o último dos quais aconteceu no Funchal, nas instalações do Núcleo de Formação do SESARAM e do Centro de Simulação Clínica da Madeira, entre os dias 23 e 24 de junho de 2017.

O Curso “O Internista e a Urgência” realiza-se na Madeira desde 2008. Inicialmente organizado pelo Serviço de Medicina Interna do Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira (SESARAM) em colaboração com a SPMI e posteriormente, desde a criação do NEUrgMI, passou a integrar a atividade formativa deste Núcleo da SPMI, mantendo o objetivo inicial da atualização e partilha do conhecimento médico. O treino de competências técnicas e não técnicas na abordagem do doente agudo, numa área onde a Medicina Interna despende grande parte da sua atividade assistencial, como é o Serviço de Urgência, é o principal factor que nos motiva para a realização deste Curso desde 2008.

A uniformização de procedimentos de atuação perante situações de urgência/emergência são os grandes objetivos do Curso.

A mesa da cerimónia de abertura contou com a presença de sua Exa. o secretário Regional da Saúde, Dr. Pedro Ramos; do presidente do Instituto da Administração na Saúde (IASAUDE), Dr. Herberto Jesus; da presidente do Conselho de Administração do SESARAM, Dr.ª Tomásia Alves; do coordenador do Núcleo de Formação da SPMI (FORMI), Dr. Martins Baptista; da diretora clínica do SESARAM, Dr.ª Regina Rodrigues; da diretora do Núcleo de Formação e Investigação do SESARAM, Dr.ª Paula Pinto; da diretora do Centro de Simulação Clínica da Madeira, Dr.ª Cláudia Freitas; da enfermeira diretora do SESARAM, Enf. Dalila; e da minha, como coordenadora do NEUrgMI e diretora do Curso.

Este Curso integra três vertentes formativas:

1 - O Curso de Simulação Clínica em Medicina Interna, onde foram treinadas, de forma simulada, as competências técnicas e não técnicas na abordagem de algumas situações clínicas com que os internistas se deparam no dia-a-dia quer em ambiente de urgência, quer no internamento.

- Competências técnicas: Uniformizar a sequência de procedimentos necessários para uma correta e eficaz abordagem de doentes em situação de doença aguda (urgente/emergente), entubação endotraqueal, desfibrilhação, aspiração de secreções, aquisição de acessos endovenosos, VNI, etc.

- Competências não técnicas: Comunicação (gerir e transmitir, de forma clara e concisa, a informação a toda a equipa); Liderança e Trabalho em Equipa (estimular o espírito de equipa, saber ser líder, gerir o stress e carga de trabalho e tomada de decisão).

Metodologia: Método expositivo (breves apresentações teóricas focadas nos cenários clínicos a simular) e prática de cenários clínicos em manequins de simulação.



Caso clínico a decorrer em sala de simulação: interação formandos / formadores, tendo por detrás operadores a guiar o caso



Interação formando / manequim de simulação

017



O debriefing

2 - Técnicas Invasivas em Medicina Interna, no qual os formandos tiveram oportunidade de treinar em manequim, técnicas que devem fazer parte do domínio e competência do internista.

Foram treinados os acessos venosos da jugular, subclávia e femoral.



3 - Workshops -

Abordagem das arritmias em ambiente de urgência

- A imagem torácica
- A imagem neurorradiológica

Tudo isto só foi possível com o apoio e colaboração do grupo de formadores que hoje e em todos estes anos têm comigo colaborado nestes cursos, das secretárias da SPMI, Cristina e Adelina, sempre incansáveis na colaboração deste Curso, cuja orgânica difícil exige atenção permanente.

E por ser de toda a justiça, quero deixar aqui o meu sincero agradecimento ao secretário Regional da Saúde, Dr. Pedro Ramos, bem como ao Conselho de Administração e Direção Clínica do SESARAM, pelo estímulo e apoio constante a todas estas iniciativas formativas dirigidas aos internos e, em especial, a este X Curso "O Internista e a Urgência".

A Medicina Interna Portuguesa conta com todos nós!



Formandos e formadores do X Curso "O Internista e a Urgência" em foto de grupo

UNIDADE DE MEDICINA INTERNA DO HOSPITAL CUF PORTO

MI assume-se no hospital como especialidade “âncora” no intername

Depois de uma década como diretor do Serviço de Medicina Interna do Centro Hospitalar de São João (CHSJ), Paulo Bettencourt aceitou, há cerca de ano e meio, o desafio de coordenar a Unidade de Medicina Interna do Hospital CUF Porto. Um dos fatores que influenciou a sua decisão prende-se com o facto de considerar que naquela unidade hospitalar a Medicina Interna pode vincar-se como “especialidade coordenadora e charneira em termos hospitalares”.

Paulo Bettencourt conhece todos os seus doentes pelo nome e não sai do hospital sem fazer uma última visita a cada um. É desta forma que o médico é retratado pelos profissionais de saúde com quem trabalha diariamente.

Em entrevista à *Just News*, o internista, que é professor catedrático convidado da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, conta que a criação da Unidade de Medicina Interna surgiu de uma vontade do Hospital CUF Porto em apostar na MI como especialidade “âncora” em termos de internamento, dando resposta às situações de emergência e cuidados intermédios e intensivos.

Por outro lado, o hospital quis também apostar na área de ambulatório, o que levou à criação de um grupo mais extenso e coeso de internistas. No seu todo, a Medicina Interna é constituída por 59 médicos: nove residentes (o coordenador da Unidade, sete a tempo integral e um parcial) e 50 médicos que colaboram na Unidade de Cuidados Intermédios Polivalente-UCIP (coordenada por Alberto Leite, um dos internistas residentes), e/ou Consulta e/ou no Atendimento Permanente de Adultos.

Um número significativo dos doentes que são internados é proveniente da urgência, ficando a maioria ao cuidado da MI. De acordo com Paulo Bettencourt, “os internistas fazem a sua avaliação e

solicitam os apoios necessários às outras especialidades”, um procedimento um pouco transversal nas áreas médicas.

Na CUF Porto, a área de internamento é comum às várias especialidades, sendo o número de camas adaptado às necessidades. Não há espaços físicos fechados, embora haja uma área preferencial à MI. Todos os quartos são individuais e dispõem de casa de banho.

“Apesar de ter a sua individualidade e o seu percurso próprio”, a Unidade de MI inter-relaciona-se muito com todas as outras especialidades do hospital. Exemplo disso é o facto de a equipa integrar os grupos multidisciplinares de abordagem à obesidade e terapêuticas biológicas.

No que respeita à Consulta Externa, além das de Medicina Interna Geral, a Unidade realiza também as de Doenças Autoimunes, Insuficiência Cardíaca, Risco Cardiovascular e Pré-operatório, tendo feito, em 2016, cerca de 6 mil consultas. O Atendimento Permanente de Adultos, na cobertura integrada de situações de urgência/emergência de todo o hospital, faz parte da sua atividade.

De destacar, também, que a equipa tem acesso e utiliza com alguma frequência o Hospital de Dia multidisciplinar.

Além dos encontros semanais, são realizadas diariamente duas reuniões (uma no período da manhã e outra à



tarde), envolvendo o coordenador, os médicos que estão de serviço, a enfermeira responsável de turno e a nutricionista.

Crescer em produção e em número de médicos

Um dos grandes objetivos que delineou quando assumiu a função de coordenador da Unidade de MI da CUF Porto foi fazê-la crescer em produção e em número de médicos, nunca perdendo de

vista a qualidade dos cuidados de saúde prestados.

“Queremos crescer em termos de produção, sendo necessário, para tal, que a equipa também aumente”, refere, sublinhando que, apesar de estar satisfeito com a situação atual, com um número mais elevado de elementos a massa crítica será maior.

Outro dos desafios prende-se, sobretudo, com a área do ensino (pré e pós-graduado), que pretende desenvolver mais. Neste momento, a Unidade está afiliada

ento



à FMUP, havendo dois médicos doutorados, um dos quais Paulo Bettencourt. Todos os outros estão motivados para o ensino pré-graduado, que vem sendo feito há vários anos.

A investigação clínica é uma área “muito próxima e querida” de Paulo Bettencourt. Começaram a ser dados “passos tímidos” nesta matéria, mas, conforme refere, “tem de estar intimamente associada à prática médica” e, nessa medida, pretende-se que seja aprofundada. “A investigação é o motor da vivência do

Unidade em números (dezembro 2016)

Doentes internados: 635

Consultas: 6400

Demora média de internamento: 6,8 dias

“A MI foi a melhor escolha que podia ter feito”

Paulo Bettencourt nasceu no Porto a 12 de março de 1965. Concluiu a licenciatura na FMUP em 1989, onde também se doutorou, em 2001. É professor catedrático convidado daquela Faculdade desde 2005.

Fez a formação inicial e específica no Serviço de Medicina Interna do Hospital de São João (agora Centro Hospitalar de São João), que concluiu em 1997, onde permaneceu até 2016, tendo sido

de conhecimento que “pode dar mais-valias adicionais em saúde aos doentes.”

Um dos fatores que o levou a aceitar o desafio de coordenar a Unidade de MI do Hospital CUF Porto prendeu-se com o facto de considerar que estava na altura de iniciar um novo percurso e que naquela unidade hospitalar a MI pode vincar-se como “especialidade coordenadora e charneira em termos hospitalares”.



Paulo Bettencourt

seu diretor de 2006 a 2016. Decidiu nessa altura aceitar o convite para coordenar a Unidade de Medicina Interna do Hospital CUF Porto.

Questionado sobre a opção pela Medicina, Paulo Bettencourt conta que apesar de na sua família não haver um único médico, havia uma “certa pressão” para enveredar por este tipo de carreira, que aceitou “de forma muito serena”, porque também lhe agradava. No que respeita à especialidade, o médico considera que “a Medicina Interna foi a melhor escolha que podia ter feito”, sobretudo porque, pela sua perspetiva generalista e holística, “é muito completa e permite fugir do medo da monotonia e da repetição”, o que aponta como uma “mais-valia incomensurável” da especialidade.

Por outro lado, acredita que é uma área

O dia-a-dia de Paulo Bettencourt é centrado na atividade profissional, entre o hospital e a FMUP, onde, além de ser docente, é investigador na Unidade de Investigação Cardiovascular, tendo, atualmente, projetos em desenvolvimento “muito desafiantes”.

Nos poucos tempos livres que tem, aproveita para ler, uma atividade que classifica como “relaxante” e “entusiasmante”. Além disso, gosta de viajar, sobretudo para destinos direcionados para o conhecimento e com culturas diferentes. “Sou um apaixonado pelo sudoeste asiático, que acho que é uma zona do mundo com uma perspetiva e uma postura diferentes, onde as pessoas têm uma visão muito *out of the box*. Fico sempre muito ‘rejuvenescido’ quando tenho possibilidade de ter uma dessas experiências.”



dia-a-dia e é uma vertente fundamental nos planos de formação”, realça. A Unidade tem já alguma divulgação de casos clínicos em reuniões nacionais e internacionais, bem como séries de casos publicados.

Muitos dos médicos participam em unidades de investigação, com trabalhos publicados de forma continuada. O grande projeto para 2018 é entrar na formação específica. “Vamos fazer uma proposta para sermos centro de formação específica em MI”, revela.

UCIP: dar resposta ao doente crítico

Alberto Leite coordena a Unidade de Cuidados Intermédios Polivalente (UCIP), com capacidade para internamento de 12 doentes. O médico conta que a UCIP teve sempre um corpo médico dedicado, mas só passou a estar integrada na Unidade de Medicina Interna desde que Paulo Bettencourt assumiu a sua coordenação. Segundo o internista, foi necessário definir proto-

colos clínicos na abordagem do doente crítico, um trabalho que tem sido desenvolvido permanentemente.

“Por base, a UCIP define-se como uma unidade de cuidados intermédios polivalente, com a capacidade de fazer *step up* para o nível de cuidados intensivos”, explica, frisando: “Sendo muito poliva-



Alberto Leite

lente, é um desafio grande, sobretudo na articulação com as diferentes especialidades.”

Na UCIP são internados doentes com diversas patologias, entre as quais a respiratória, nomeadamente os casos que precisam de ventilação mecânica não invasiva, enfarte agudo do miocárdio, sépsis grave e choque séptico com disfunção multiorgânica, pós-operatórios das diversas especialidades cirúrgicas (Cirurgia Geral, Ortopedia, Urologia, Cirurgia Cardíaca, Cirurgia Torácica, Neurocirurgia, Otorrinolaringologia, entre outras).

O que mais atrai Alberto Leite na abordagem ao doente crítico é a emergência e os cuidados não invasivos. Foi o seu interesse e motivação por esta área que o levou a ingressar numa pós-graduação em ventilação não invasiva.

A UCIP localiza-se no piso 1, junto ao Laboratório de Hemodinâmica, dos exames especiais e do Bloco Operatório. Tem 12 boxes individuais, divididas entre camas para doentes de cuidados intermédios e

outras que, por base, são para doentes intermédios, mas com a capacidade de fazer o *step up* para cuidados intensivos (apetrechadas para a monitorização invasiva e não invasiva). Existe o controlo total dos doentes ali internados, através de um sistema de videovigilância instalado em cada box.

Além da equipa médica, constituída pelo coordenador e por 12 intensivistas, a UCIP tem uma equipa de enfermagem fixa e exclusiva, composta por 14 elementos.

A articulação com a enfermagem

Ana Gil trabalha na Unidade de Medicina Interna desde que Paulo Bettencourt é coordenador da mesma, assumindo a função de enfermeira responsável de turno durante as manhãs. Até então, desenvolvia atividade no Internamento Geral. O facto de estar presente de segunda a sexta-feira, com horário fixo, permite um acompanhamento dos doentes numa perspetiva diária. Assiste à passa-



NA CUF PORTO, A ÁREA DE INTERNAMENTO É COMUM ÀS VÁRIAS ESPECIALIDADES, SENDO O NÚMERO DE CAMAS ADAPTADO ÀS NECESSIDADES.

PAULO BETTENCOURT: "A INVESTIGAÇÃO É O MOTOR DA VIVÊNCIA DO DIA-A-DIA E É UMA VERTENTE FUNDAMENTAL NOS PLANOS DE FORMAÇÃO."



Ana Gil

gem de turno da equipa de enfermagem e faz o planeamento e acompanhamento de todos os doentes.

A sua proximidade com a equipa médica é muito grande, participando nas duas reuniões diárias. Em ambas, Ana Gil transmite a informação dos doentes

(como passaram o período da tarde e da noite, alterações registadas, ajustes que é necessário fazer, exames que estão pendentes de marcação e aqueles que serão feitos, entre outras informações). Por sua vez, os médicos dão algum *feedback* sobre questões que se prendem, por exemplo, com os exames ou a terapêutica.

No final de cada reunião, Ana Gil transmite a informação aos enfermeiros que estão de serviço nesse dia. Além de enfermeira responsável de turno, também presta cuidados de enfermagem, tendo à sua responsabilidade o mesmo número de doentes que os seus colegas.

Profissional há 12 anos, Ana Gil resolveu seguir a área da enfermagem porque achou que era essa a sua vocação. "Obviamente, os enfermeiros não são melhores que ninguém, mas penso que podemos marcar a diferença. A parte do cuidar é muito importante, fazer pequenas coisas, chamar o doente pelo nome, saber se ele prefere pentear o ca-

belo para a direita ou para a esquerda, ou como gosta de estar posicionado na cama", realça.

A forma de falar com os doentes é outro aspeto que considera muito importante: "Nem todos temos vidas fáceis, mas é preciso boa disposição e entrar no quarto com um sorriso."

Ana Gil colabora muito com a nutricionista, Maria Antónia Ruão, com quem se reúne diariamente, para fazer um balanço de todos os doentes no que respeita à alimentação. Também é coordenadora de todos os estágios no hospital da área assistencial de enfermagem. Quando faz o acolhimento aos estudantes costuma dizer: "Se cuidarem dos doentes conforme gostavam de ser cuidados, serão excelentes profissionais!".

A nutrição nos doentes do âmbito da MI

Maria Antónia Ruão é nutricionista clínica do hospital e colabora com a Unidade de Medicina Interna desde abril de 2016.

Esclarece que o papel da nutricionista no âmbito da MI prende-se, fundamentalmente, com evitar a desnutrição, algo que está documentado e que acontece muito comumente nos doentes internados.

"A partir do momento em que as pessoas estão doentes, há uma diminuição da sua ingestão alimentar, havendo até algumas patologias que comprometem a via normal de ingestão [oral]", explica, desenvolvendo que a sua função é diminuir o risco de desnutrição, promovendo uma alimentação adequada ou o suporte nutricional otimizado.

Na Unidade de Medicina Interna do Hospital CUF Porto os doentes têm características muito distintas, havendo alguns em estudo e outros já diagnosticados. Esta realidade faz com que o desafio diário seja ainda maior.

Na prática, o trabalho de Maria Antónia Ruão passa pela adequação da alimentação, seja pelo tipo de dieta, ou promovendo suporte nutricional através de uma dieta entérica ou pa-

rentérica, caso a via oral não esteja funcionando.

“Se o doente não conseguir ingerir normalmente, ou se ingerir pouco, vamos tentar otimizar a sua alimentação, através de batidos de fruta, de uma sopa enriquecida ou, por vezes, colocando algum suplemento proteico”, exemplifica, desenvolvendo que isto acontece com alguma frequência entre quem está sob os cuidados da Medicina Interna.

Por exemplo, um doente que tenha xerostomia (falta de saliva) não poderá ingerir pão ou tostas, pela dificuldade eminente. Neste caso, compete à nutricionista falar com ele e com a família para fazer a adequação da sua alimentação.

Nos casos de incapacidade de deglutição devido à existência de sonda nasogástrica é necessário adequar a alimentação. Perante a incapacidade do trato gastrointestinal é preciso promover uma alimentação por via parentérica.

A conceção das ementas está a cargo de outra nutricionista (ligada à gestão hoteleira) do Hospital CUF Porto, mas a validação das mesmas é feita por Maria Antónia Ruão.



Maria Antónia Ruão

“A minha colega envia-me as ementas e o manual de dietas para eu verificar se este está adequado aos nossos doentes”, explica, acrescentando que se trata de uma tarefa realizada duas vezes por ano, na altura em que as ementas são alteradas.

Além da visita diária à Unidade, Maria Antónia Ruão participa numa das duas reuniões diárias da equipa, o que lhe permite conhecer ainda melhor todos os doentes do âmbito da Medicina Interna.



Flávia e Joana (alunas da FMUP), Marco Diogo (internista), Ana Gil (enfermeira), Maria Antónia Ruão (nutricionista), Sérgio Silva (internista), Paulo Bettencourt, Margarida Alvelos, António Sampaio, Alberto Leite, Albino Silveira (internistas)



**EXISTE O CONTROLO
TOTAL DOS DOENTES
ALI INTERNADOS,
ATRAVÉS DE UM SISTEMA
DE VIDEOVIGILÂNCIA
INSTALADO EM CADA BOX.**

Parceria próxima com a MGF

Um dos aspetos que Paulo Bettencourt salienta é que, em relação ao *standard* do hospital público, na CUF Porto a Unidade tem um número de serviços mais amplo, nomeadamente em termos de ambulatório, o que leva a uma referênciação diferente.

“Nós somos muito escolhidos pelo doente e não pelo sistema que nos encaminha. E isso abre-nos também uma amplitude maior de patologias”, aponta.

O coordenador da Unidade destaca, também, a “parceria próxima e interessante” que a MI estabelece com a Medicina Geral e Familiar no próprio hospital. “Sempre que a MGF precisa de algum parecer de doentes com patologia crónica mais complexa pede-nos ajuda e vice-versa”, afirma.

Paulo Bettencourt conta que neste momento a Unidade “vive muito as virtudes de uma organização pequena e de grande proximidade”, onde a comunicação é muito fácil e rápida, o que é uma “mais-valia muito relevante”.

The background features a large, leafy plant in a textured, light-colored pot. A horizontal red banner is positioned across the middle of the image. The word "PUBLICIDADE" is written in white, serif, all-caps font on the banner. Above and below the banner are white decorative flourishes. At the bottom of the image is a white crown graphic.

PUBLICIDADE

MIGUEL GUIMARÃES, BASTONÁRIO DA OM:

“Todos os médicos devem ter alguma formação na área dos cuidados paliati

“Os cuidados paliativos têm sido esquecidos pelo poder político e até um pouco pelos próprios médicos”, considera o bastonário da Ordem dos Médicos. Miguel Guimarães falava na cerimónia de abertura das 1.ªs Jornadas do Núcleo de Estudos de Medicina Paliativa (NEMPal) da SPMI, que se realizou no dia 16 de setembro, na Fundação Dr. António Cupertino de Miranda, no Porto, e que registou quase centena e meia de participantes.

“Numa altura em que se discute a questão da eutanásia, é importante que comecemos a dedicar as nossas energias não só aos cuidados paliativos, que neste momento, em Portugal, chegam a apenas 15% das pessoas que necessitariam dos mesmos, mas também ao combate à distanásia”, afirmou.

Segundo Miguel Guimarães, as questões relacionadas com a distanásia são difíceis: “A grande maioria dos médicos não está preparada para dizer quando não deve continuar a fazer um tratamento ao doente, porque já não vale a pena, e que tem é de lhe oferecer a melhor qualidade de vida.”

Aquele responsável considera que “todos os médicos devem ter alguma formação na área dos cuidados paliativos” e a Ordem dos Médicos terá de ter um papel importante, porque “tem o dever de fazer recomendações sobre esta matéria e promover reuniões junto dos médicos, sobretudo daqueles que mais precisam”.

A importância da Medicina Paliativa para a MI

Luís Campos, presidente da SPMI, foi outro dos intervenientes na cerimónia de abertura. No seu discurso, o diretor do Serviço de Medicina do Hospital S. Francisco Xavier (HSFX)/Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental (CHLO) frisou que a “Medicina Paliativa é muito importante para a Medicina Interna”.

“Os doentes que temos nas nossas enfermarias beneficiam de cuidados palia-



Conceição Pires, Miguel Guimarães, Luís Campos, Joana Moniz e Elga Freire

tivos e de profissionais com uma diferenciação nesta área”, afirmou, recordando que, atualmente, 6 em cada 10 pessoas que morrem por doença encontram-se no hospital e os serviços de Medicina têm sempre muitos casos com necessidade de cuidados paliativos.

“Não estamos a reconhecer aos doentes o direito ao acesso a cuidados paliativos porque não temos, neste momento, capacidade de dar resposta às suas necessidades”, disse o internista, desenvolvendo que os doentes ficam nas enfermarias ou em ambulatório durante meses, à espera de uma vaga de cuidados paliativos, acabando por morrer sem aceder aos mesmos.

O presidente da SPMI felicitou o NEMPal, em particular a sua coordenadora, Elga Freire, pela organização do evento, frisando que os núcleos da SPMI são “a melhor expressão da força e da alma da Sociedade”.

Ao usar da palavra, Elga Freire fez questão

de endereçar uma palavra de agradecimento a todos os que contribuíram para a realização da reunião, em particular à SPMI, pela “confiança que depositou no Núcleo para a organização das Jornadas”.

A médica sublinhou também o papel do Núcleo de Internos de Medicina Interna (NIMI), que colaborou ativamente na organização da iniciativa, e o apoio da Fundação Dr. António Cupertino de Miranda,



Luís Campos, Elga Freire, Maria Céu Rocha, Maria de Lurdes Pinhal, Rui Carneiro e Florbela Gonçalves



VOS”

Manual responde a questões do foro da Medicina Paliativa

Sob a coordenação de Elga Freire, foi lançado, durante as 1.^{as} Jornadas do NEMPAl, o *Guia Prático de Controlo Sintomático*. Trata-se de um manual que contou com a colaboração de diversos autores, maioritariamente, internos de Medicina Interna e internistas com competência em Medicina Paliativa. Visa dar apoio aos profissionais de saúde que lidam com uma doença grave e avançada – oncológica e não oncológica. Pretende, assim, contribuir para “dar resposta a questões sobre Medicina Paliativa que surgem diariamente, tanto em ambiente hospitalar como no ambulatório”.

Em declarações à *Just News*, a médica conta que o projeto “suruiu na sequência de um desafio feito por Ricardo Fernandes, que dirige o Núcleo de Internos de Medicina Interna (NIMI)”. “Os internos de MI sentiam falta de um Guia com estas características e, por isso, fizeram o repto ao NEMPAl, que eu, enquanto coordenadora, aceitei, integrando-os neste projeto, onde todos trabalhamos em conjunto”, refere. O lançamento deste Guia “é o resultado de um trabalho que se prolongou durante quase um ano”, tendo havido, segundo a internista, “uma reciprocidade imediata por parte dos profissionais envolvidos”.

Relativamente à colaboração com o NIMI, que permite estreitar a ligação



com os jovens internistas, Elga Freire acrescenta: “Sabemos que é sensibilizando e capacitando os jovens médicos para esta área que vamos mudar o entendimento do que são os cuidados paliativos. E isso só será conseguido através de uma sólida e abrangente formação.”

“Ninguém faz cuidados paliativos sozinho”

“A Medicina do século XXI é cheia de labirintos, enigmas e desafios, alguns muito velhinhos como a própria Humanidade e outros tão novos como o avanço

da técnica e da ciência”, pode ler-se na introdução do manual.

Elga Freire e Ricardo Fernandes recordam que “a Medicina Paliativa neste cenário não é exceção, não só pela complexidade dos casos que trata, mas também pela carência de formação diferenciada da grande maioria dos profissionais, tanto a nível pré-graduado como pós-graduado”.

Desejando que “aqui sejam encontradas respostas para fechar a caixa de Pandora”, os dois médicos destacam que “ninguém faz cuidados paliativos sozinho, pelo que a abordagem deve ser idealmente multidisciplinar”.

Em aproximadamente duas centenas de páginas, o livro aborda uma grande variedade de temas. É o caso da comunicação em cuidados paliativos, os sintomas neuropsíquicos e neurológicos, a dor, a sufocação, os principais fármacos utilizados em cuidados paliativos, a obstipação, a sedação paliativa, a nutrição e hidratação em fim de vida, entre outros. Para o presidente da SPMI, Luís Campos, “o lançamento de um livro numa primeira reunião organizada por um núcleo é notável”.

O responsável fez questão de sublinhar o trabalho desenvolvido, afirmando, durante a sessão de abertura da reunião, que a edição deste manual “dignifica o NEMPAl e a SPMI”.



representada por Joana Moniz na mesa de abertura. Destacou ainda a sua colega Maria do Céu Rocha, que “muito contribuiu para a realização do evento desde o primeiro momento”.

Em representação do presidente da Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos (APCP), Conceição Pires, da Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos (EIHSCP) do Centro Hospitalar de São João (CHSJ), salientou:

“Temos neste momento uma população envelhecida, com grandes fragilidades, vulnerável e com carências sócio-sanitárias importantes.”

E acrescentou: “O acompanhamento integral, com resposta global a estas necessidades dos doentes, respondendo integralmente a todos os problemas, quer sejam sintomas físicos, psicológicos ou emocionais, ou necessidades sociais e espirituais, é a resposta que os cuidados paliativos têm de dar a estas necessidades.”



A PROPÓSITO DA MESA:

“Cuidados paliativos – a experiência durante o internato”

**Céu Rocha**Coordenadora da Equipa de Cuidados Paliativos
da ULS de Matosinhos

A ESSÊNCIA DO MÉDICO TEM MUITO
DO QUE SÃO OS FUNDAMENTOS
DOS CUIDADOS PALIATIVOS.
A ABORDAGEM HOLÍSTICA, O
ENTENDER O SER HUMANO
NO SEU CONTEXTO ALARGADO,
EXTRAVASANDO PARA ALÉM
DO CORPO FRAGILIZADO.

“Parece que os cuidados paliativos estão na moda”, referiu o Dr. Ricardo Fernandes na sua apresentação, reportando o que ouve no seu dia-a-dia. E parece que estão e ainda bem! E, mais importante, ainda bem que estão nas atitudes dos jovens médicos, que cada vez mais fazem dos cuidados paliativos uma das escolhas durante o internato.

A essência do médico tem muito do que são os fundamentos dos cuidados paliativos. A abordagem holística, o entender o Ser humano no seu contexto alargado, extravasando para além do corpo fragilizado. Entender que, quando tratamos um doente, há mais seres, também eles sofridos pela doença. A perícia em se fazer ouvir e ser entendido no meio do sofrimento. A consciência de que não se age sozinho e que o aporte de muitos saberes é superior a um saber único, ainda que majorado.

Por isto, quase sempre os médicos foram considerados figuras relevantes nas sociedades, quase deuses em algumas civilizações. Ainda perto no tempo, o “João Semana” ia ao encontro dos seus doentes, entrava nas suas casas e famílias. Chamado em alturas críticas, era escutado e ouvia. Era uma personagem central na vida, na doença e no acompanhamento na morte.

Com o desenvolvimento científico e a explosão no avanço tecnológico, a Medicina atravessa um período de deslumbramento. As descobertas são muitas e muito rápidas, com resultados excelentes, sobretudo nas doenças agudas. É agora mais fácil tratar o enfarte do miocárdio, o AVC, são possíveis a circulação extracorporeal, os transplantes de coração e pulmões, as cirurgias robóticas. Os meios complementares de diagnósticos quase permitem «ver a doença». Os algoritmos entraram e encheram os raciocínios. As *guidelines* multiplicaram-se.

Paralelamente a este aporte de tecnologia, permanece também o ser que ainda espera o “João Semana”. Por isso, foi extremamente reconfortante reconhecer nestes internos e jovens médicos a preocupação com a abordagem holística, com o tratar, mas também com o cuidar, o juízo crítico perante novas experiências vivenciadas.

A mesa intitulou-se “Cuidados Paliativos – a experiência durante o internato”. Com esta sessão pretendia-se ouvir os futuros especialistas, de várias áreas do conhecimento, quer do hospital, quer dos cuidados de

saúde primários, acerca da sua experiência durante uma fase crucial na sua consolidação médica. Saber qual a sua sensibilidade e crítica perante esta faceta da Medicina, ainda com implementação recente entre nós. O resultado excedeu em muito o que esperávamos, sendo evidente a maturidade espelhada nas apresentações, com as quais todos aprendemos.

O Dr. Ricardo Fernandes, interno de Medicina Interna do Centro Hospitalar de Gaia e coordenador do Núcleo de Internos de Medicina Interna, usou muito bem o humor para documentar atitudes com que se depara no dia-a-dia e que espelham o entendimento que, ainda hoje, alguns profissionais de saúde têm dos cuidados paliativos. E mostrou que o seu entendimento do ser médico é também o de implementar e valorizar estes cuidados, que têm também de ser aprendidos.

A Dr.^a Soraia Almeida, jovem especialista de Doenças Infecciosas, apresentou a sua vivência no Brasil, durante um estágio com doentes VIH. Fê-lo de uma forma objetiva e crítica e mostrou como essa aprendizagem mudou a sua forma de tratar estes doentes.

A Dr.^a Filipa Aguiar, interna de Medicina Interna do Hospital S. Francisco Xavier, partilhou a sua experiência durante um estágio na Irlanda, num ambiente hospitalar e comunitário, descrevendo as atividades desenvolvidas e refletindo sobre a organização dos serviços.

O Dr. Manuel Barbosa, interno de Medicina Geral e Familiar da Unidade Local de Saúde de Matosinhos, descreveu o seu entendimento sobre o ser médico e o cuidar e partilhou a sua experiência nos estágios realizados na Equipa de Cuidados Paliativos de Matosinhos e num centro comunitário em Madrid. Fê-lo de uma forma divertida e profunda, com grande sentido crítico e maturidade.

Extremamente gratificante foi ver os congressistas, também entre eles muitos jovens, altamente motivados. Esta “impressão” pudemo-la comprovar objetivamente com o inquérito final de avaliação das Jornadas, em que esta foi a mesa maioritariamente pontuada de forma máxima.

É verdade, os cuidados paliativos estão mesmo na moda! E ainda bem!

SONHO (DE) UMA NOVA MEDICINA!

As tréguas entre o multissistémico e o multidimensional...

Já dizia Pitágoras a seus netos que o quadrado da hipotenusa é igual à soma dos quadrados dos catetos...! E, numa ciência como a Medicina, outras ciências como a Matemática podem ter alguma dificuldade em expandir-se. Se pensarmos melhor, não será assim tão difícil. Ora, permitamo-nos sentar numa cadeira e fazer o seguinte exercício. Precisamos de papel e uma caneta. Coloquemos a folha branca à nossa frente e nela comecemos por colocar um sinal de igual no seu centro, iniciando assim o que pode ser um esboço de uma equação.

Pois bem, do lado direito coloquemos dignidade. E do lado esquerdo somemos disponibilidade, conhecimento, técnica, cuidado, sensatez e subtraímos medo, angústia, dor, tristeza. E aqui construímos o nosso numerador. Primeira fase bem-sucedida. Seguidamente, que se crie uma linha horizontal sobre este numerador recém-criado (e um tanto ou quanto redutor, mas permitindo ao leitor fazer os seus acrescentos e alterações). Na linha abaixo seja escrito equipa de cuidados paliativos. E é, assim, sobre este denominador que caem todos os outros fatores da nossa equação. E que esta equipa seja o mais sólida possível!

Esta talvez não seja uma equação facilmente reproduzível nas máquinas de calcular que utilizámos nos bancos da escola, mas, por outro lado, deve ser a equação premente cada vez que nós, enquanto profissionais de saúde, nos apresentamos como tal. Note-se que a “equipa de cuidados paliativos” pode facilmente ser alterada por fatores individuais e não coletivos como eu médico(a), eu enfermeiro(a), eu psicólogo(a), eu assistente social, eu voluntário(a), eu assistente espiritual, eu nutricionista, eu administrativo(a), eu gente...! Mas jamais deve ser esquecido que bons cuidados (paliativos) prestam-se em conjunto.

Gostaria, agora sob a forma escrita, de agradecer à Comissão Organizadora por ter acreditado em nós e validado a nossa (ainda tenra) experiência. Somos provenientes de 4 realidades muito distintas, tanto em termos de formação como de localização geográfica. Uma de nós é infeciologista dedicada à área dos cuidados paliativos no Centro Hospitalar do Porto, outra é internista de formação em Lisboa, mas com a realidade de um estágio na Irlanda, onde a organização é substancialmente diferente (para já) da nossa e, por último, a experiência dos cuidados de saúde primários (Unidade Local Saúde de Matosinhos), com formação em Espanha. Soraia, Filipa e Manuel, obrigado!

Foi, de facto, um prazer e uma honra poder representar convosco um tão especial espaço nas 1.^{as} Jornadas do Núcleo de Estudos da Medicina Paliativa. Fazendo um “flashback”, o mais curioso é que nenhum de nós sabia o que o outro ia apresentar, mas as apresentações encadearam-se de uma maneira tão natural como se nos tivéssemos reunido durante várias e árduas horas a redigir o guião de cada um.

Todos sonhámos e sonhamos uma Medicina diferente, uma Medicina que, mesmo sendo multissistémica e holística, necessitava de dar um salto qualitativo e quantitativo, na qual condições não palpáveis e não mensuráveis do indivíduo portador de uma condição X e da sua família/cuidadores também pudessem ser exploradas e trabalhadas (e esteja enganado quem acha que isso é exclusivo da psicologia... Todos falamos uma linguagem comum e todos temos a obrigação, desde que aplicável, de explorar estes pequenos labirintos do eu doente).

E que estas palavras não sejam entendidas como caridade, sensação de dever cumprido ao próximo ou bondade cristã, na qual a maior parte de nós foi criado...Não! É sim a aplicação conjunta de ciência e humanização, associada a bom senso, numa abordagem verdadeiramente integral e personalizada. Porque em cuidados paliativos não há receitas, há criatividade e há histórias únicas, individuais e irrepetíveis, onde cada um de nós é, simultaneamente, personagem e contador de histórias.

Dizem que uma andorinha não faz a primavera, mas uma andorinha inquieta e movida pelo sonho pode motivar outras e, juntas, podem criar uma nova primavera. E que esta primavera chegue rápido e bem e que os dias frios, macabúzios e solitários deste inverno sejam apenas um retrato (semi)desbotado no corredor de vida de todos nós.

Dai a César o que é de César e aos cuidados paliativos o que é dos cuidados paliativos. Que seja, finalmente, reconhecida a sua importância e lugar... E aí sim ficaremos felizes no nosso cansaço!

**Ricardo Fernandes**

Coordenador do Núcleo de Internos de Medicina Interna (NIMI) da SPMI

E HÁ HISTÓRIAS ÚNICAS,
INDIVIDUAIS E IRREPETÍVEIS,
ONDE CADA UM DE NÓS É,
SIMULTANEAMENTE, PERSONAGEM
E CONTADOR DE HISTÓRIAS.

Demência: entre a ética e o cuidado total



Rui Carneiro

Internista com competência em Medicina Paliativa, Equipa de Acompanhamento, Suporte e Palição do Hospital da Luz – Arrábida. NEMPal da SPMI

A DEMÊNCIA É UMA DAS DOENÇAS CRÓNICAS NAS QUAIS A INTERVENÇÃO PRECOCE DAS EQUIPAS DE CUIDADOS PALIATIVOS MAIS DIFERENÇA PODE FAZER. NUMA FASE MENOS AVANÇADA, É FUNDAMENTAL CONHECER O SISTEMA DE VALORES E O PERCURSO VITAL DOS DOENTES, NÃO PERDENDO A OPORTUNIDADE PARA ELABORAR DISCUSSÃO SOBRE DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE, NUMA FASE EM QUE O DOENTE PODE DAR O SEU CONTRIBUTO ATIVO.

A demência é a doença crónica cuja taxa de incidência mais tem aumentado. Trata-se de uma doença crónica, progressiva e incurável e que afeta primariamente a memória e a cognição. Em Portugal, existirão mais de 150 mil doentes, cerca de um terço em fase avançada. Esta fase pauta-se por um prolongado estado de debilidade física e mental, transformando-se numa verdadeira doença sistémica, com impacto profundo na capacidade motora e no metabolismo. Apresenta um conjunto de complicações previsíveis e que constituem desafios à atuação de equipas prestadoras de cuidados: infeções, manifestações neuropsiquiátricas e problemas relacionados com alimentação e com a validação da presença de sintomas.

O cuidado com o doente com demência desafia o modelo biopsicossocial e os princípios clássicos da ética médica. A maneira como a ciência médica estuda as doenças modela a forma como abordamos os doentes e suas famílias. A forma como a abordagem clínica é feita modela, por seu turno, a experiência do doente. No caso da demência, a literatura e a fenomenologia estudada é [demasiado] centrada no conceito de somatório de perda de capacidades dos doentes e incremento da sobrecarga dos cuidadores. É escassa a exploração da descrição da vivência da doença por parte dos próprios doentes. Por outro lado, a dificuldade na obtenção de modelos robustos de prognóstico nesta doença limita a definição dos objetivos do cuidar. A utilização dos princípios clássicos da ética médica na decisão clínica é dificultada pelo atingimento da capacidade de exercer autonomia e da complexidade em definir quando esta se extingue, uma vez que ela se mantém em patamares intermédios e, muitas vezes, flutuantes ao longo do percurso da doença.

O paradigma da Medicina do Acompanhamento. A resposta adequada às necessidades do doente deve dar primazia à ética relacional, suportando, aconselhando e preparando o futuro e valorizando a vivência presente e passada de doente e cuidador. A evidência científica mostra que os doentes com demência estão (parcialmente) cientes da sua condição e desenvolvem um esforço contínuo de ajuste aos desafios que as alterações da memória e da cognição vão impondo. Este esforço, se não devidamente valorizado e canalizado

para as ajudas necessárias, é indutor de cansaço, depressão e sofrimento. A sensação de participação na sua própria vida é o contributo mais relevante para a qualidade de vida destes doentes. Daí que o ambiente terapêutico (atitude dos cuidadores e profissionais de saúde e o meio envolvente) deva privilegiar a otimização de função. A ética relacional, neste contexto, centra-se em princípios éticos bem mais importantes para os doentes e familiares, como a honestidade, a promoção da confiança e a compaixão. A exploração narrativa e a valorização da historicidade e singularidade do percurso dos doentes devem ser elementos nucleares da relação.

O cuidado com os cuidadores é crucial, dado que são quem melhor conhece o doente. O bem-estar dos cuidadores tem impacto direto na sua qualidade de vida. Há necessidades formativas especiais no momento do diagnóstico e é importante prestar suporte nas decisões (segurança, alimentação, institucionalização), bem como na gestão comportamental e sobre o processo de fim de vida. O recurso a conferências familiares, a exploração da narrativa do familiar e da sua própria individualidade, aliado à valorização do percurso de vida do doente são elementos cruciais na aquisição de confiança dos cuidadores. Esta confiança é fundamental nos momentos difíceis, em que decisões complexas têm que ser tomadas.

Um desafio contínuo. A demência é uma das doenças crónicas nas quais a intervenção precoce das equipas de cuidados paliativos mais diferença pode fazer. Numa fase menos avançada, é fundamental conhecer o sistema de valores e o percurso vital dos doentes, não perdendo a oportunidade para elaborar discussão sobre diretivas antecipadas de vontade, numa fase em que o doente pode dar o seu contributo ativo. A maximização de função cognitiva e motora dos doentes e a promoção do ajuste familiar e do ambiente terapêutico são objetivos dos cuidados. Quando a doença chega a um momento avançado, há um conjunto de complicações expectáveis no percurso, tais como as infeções, limitação motora, as alterações neuropsiquiátricas e os problemas relacionados com a alimentação que envolvem processos deliberativos complexos nos quais as equipas de cuidados paliativos podem dar contributos valiosos.

MANUEL TEIXEIRA VERÍSSIMO, NA ABERTURA DO XV CURSO PÓS-GRADUADO SOBRE ENVELHECIMENTO:

“É cada vez mais importante saber lidar com as pessoas idosas”

“É cada vez mais importante que todos os médicos e profissionais de saúde saibam lidar com as pessoas idosas”, afirmou Manuel Teixeira Veríssimo, ao intervir na sessão de abertura do XV Curso Pós-Graduado sobre Envelhecimento, que decorreu dias 28 e 29 de setembro, em Coimbra.

O presidente do Curso e coordenador da Consulta de Geriatria do CHUC acrescentou que “é certo que há pessoas que têm de ser mais especializadas em Geriatria, têm de saber aprofundadamente a ciência, até para produzirem orientações para aqueles que são menos formados nesta área, mas, fundamentalmente, todos os profissionais de saúde têm de saber de Geriatria, pois, todos lidam com idosos”.

Manuel Teixeira Veríssimo lembrou ainda que as pessoas idosas “são adultos como os outros, mas têm particularidades que fazem com que tenham mais frequentemente doenças, que devem ser tratadas com alguns cuidados”. Salientou também o facto de, “muitas vezes, terem várias doenças ao mesmo tempo”.

“Na época em que se realizou o 1.º Curso obviamente já se sabia a importância que iria ter na nossa sociedade a Geriatria, as pessoas idosas e as patologias, mas tudo isso se veio a confirmar ao longo destes 16 anos em que o Curso tem vindo a ser realizado”, frisou.

Por sua vez, ao usar da palavra, Armando Carvalho, diretor do Serviço de Medicina A do CHUC, felicitou Manuel Teixeira Veríssimo e o seu grupo pelo “excelente trabalho que têm feito na área da Geriatria”. “Este Curso é apenas uma amostra pública daquilo que é feito pelos doentes no dia-a-dia”, disse.

Em seguida, e perante uma sala cheia, Maria Helena Saldanha, professora catedrática de Medicina Interna e primeira presidente do Curso Pós-graduado sobre Envelhecimento, proferiu uma conferência sobre o tema “Recomendações



alimentares da Rainha Santa Isabel para o envelhecimento saudável”.

Depois de vários anos a realizar-se no Auditório do Hospital da Universidade de Coimbra, o Curso teve lugar, pela primeira vez, no Hotel Vila Galé. A reunião suscitou, como sempre, uma grande adesão de participantes, tendo esta edição registado cerca de 1100 inscritos.

Em declarações à *Just News*, Manuel Teixeira Veríssimo recordou que, “numa sociedade com cada vez mais idosos e, por consequência, com cada vez maior prevalência de doença crónica e incapacidade, é fundamental que os profissionais de saúde tenham também cada vez maior formação em Geriatria”. Nesse sentido, considera que “não basta saber medicina para tratar bem os idosos, é



Manuel Teixeira Veríssimo, Maria Helena Saldanha e Armando Carvalho

necessário ter em conta que estes têm particularidades que, a não serem tidas em conta, poderão comprometer o sucesso do tratamento”.

No XV Curso Pós-Graduado sobre Envelhecimento, foram debatidos temas diversos, incluindo a questão da alimentação no idoso, os problemas sociais, os cuidados paliativos e os maus tratos.

SUBLINHOU O SECRETÁRIO DE ESTADO DA SAÚDE, MANUEL DELGADO:

Mais de 35 mil doentes com VIH com o SNS “para ter qualidade de vi

O secretário de Estado da Saúde lembrou que o “VIH ocupa uma fatia significativa de recursos do SNS, que será tendencialmente crescente face ao acumular de casos e às novas e mais eficazes formas de tratamento”.

O secretário de Estado da Saúde falava na cerimónia de abertura das XVIII Jornadas de VIH 2017, organizadas pelo Núcleo de Estudos da Doença VIH (NEDVIH) da SPMI, que decorreram, dias 16 e 17 de junho, em Peso da Régua.

“Em 2016, só em medicamentos abrangidos pela gratuitidade na distribuição hospitalar, o país gastou cerca de 235 milhões de euros, sendo os antirretrovíricos a rubrica mais pesada a seguir aos imunomoduladores”, disse.

Afirmando ser “necessário ter consciência do impacto económico destes custos na sociedade portuguesa”, adiantou que, porém, “a utilização destes recursos é virtuosa, porque contribui para a qualidade de vida de mais de 35 mil doentes, a que se adiciona a qualidade de vida dos familiares e os ganhos de produtividade que muitos deles acrescentam à vida das empresas e dos serviços onde trabalham”.

“Surpreendente e devastador no início, o VIH transformou-se numa doença crónica e controlada, graças ao novo armamento terapêutico, ao trabalho de profissionais de diferentes áreas e à assunção de novas perspetivas de combate à doença, em que a prevenção e a



Telo Faria, Luís Campos, Manuel Delgado, João Gaspar e Mário Montes

educação para a saúde assumiram um papel decisivo”, sublinhou.

“A MI é e tem de ser cada vez mais a especialidade nuclear nos hospitais”

Ao intervir, Luís Campos sublinhou que “os núcleos de estudos são, para a SPMI, a expressão da dinâmica e da alma da Medicina Interna e da sua diversidade”. Segundo aquele responsável, a SPMI tem defendido que “a MI é e tem de ser cada vez mais a especialidade nuclear nos hospitais”. Conforme disse, o modelo atual, onde os doentes têm de deambular entre silos dedicados a órgãos ou

sistemas, já não é adequado.

“Precisamos de modelos departamentais onde a MI tome conta dos doentes e articule a intervenção das outras especialidades. Precisamos também de estar nos serviços cirúrgicos numa lógica de cogestão, para que os doentes sejam operados nas melhores circunstâncias e para prevenir as complicações no pós-alta”, afirmou. Entre outras questões, o presidente da SPMI fez referência à necessidade de desenvolver a Medicina Ambulatória, criando alternativas ao internamento, diminuindo o recurso à Urgência e a demora média, através do investimento em hospitais de dia, da disseminação da

hospitalização domiciliária, da implementação de cuidados integrados com os cuidados primários, cuidados continuados e assistência social.

Na abertura do evento intervieram também João Gaspar, diretor clínico do Centro Hospitalar de Trás os Montes e Alto Douro, e Mário Montes, vereador da Câmara Municipal de Peso da Régua, em representação do seu presidente.



tam
da”

Incidência do VIH baixou, mas ainda está acima da média da União Europeia

Ao usar da palavra, Telo Faria, coordenador do NEDVIH, referiu que, em 2016, se verificou uma taxa de incidência de VIH de 8,1 novos casos por 100 mil habitantes, um número que, ainda assim, está acima da média dos países da União Europeia, que registam uma taxa de 6,3 novos casos por 100 mil habitantes.

Alertando para a existência de um número ainda muito elevado de diagnósticos tardios, referiu que é necessário diagnosticar precocemente e encaminhar os doentes para os cuidados de saúde. E acrescentou:

“Um dos objetivos para 2017 é aumentar em 15% o número de testes rápidos de VIH realizados nos Centros de Aconselhamento e Detecção Precoce da Infecção pelo VIH/SIDA (CAD), cuidados de saúde primários e estruturas de base comunitárias.”



José António Malhado homenageado pelo “muito que deu à MI”

José António Malhado, internista e infeciologista, foi homenageado no final das XVIII Jornadas VIH 2017. De acordo com Telo Faria, coordenador do NEDVIH, além do percurso notável em termos curriculares e académicos, é de destacar a sensibilidade de José António Malhado que, como referiu, “tem até alguns toques de poesia”. A “perspicácia”, o “humanismo” e o “sentido de humor apurado” são outras das características que lhe são reconhecidas.

A homenagem esteve a cargo de Fernando Rosas Vieira, responsável pela Unidade de Doenças Infecciosas do Serviço de Medicina Interna do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, e incluiu a apresentação de um pequeno



Telo Faria, Fernando Rosas Vieira, José António Malhado e Luís Campos



vídeo com imagens biográficas de José António Malhado.

Manuel Delgado, secretário de Estado da Saúde, também não quis deixar de prestar a sua homenagem a José António Malhado, tendo destacado não só o

“muito que deu à Medicina Interna portuguesa, como médico, investigador, formador e gestor”, mas também o seu “caráter, conhecimento e sabedoria”.

Por sua vez, na sessão de encerramento, o presidente da SPMI, Luís Campos,

haveria de mencionar que a Medicina precisa de pessoas que tenham uma “dimensão humanista”, como sucede com José António Malhado. Conforme disse, “um médico é muito mais do que um técnico!”.

Carlos Vasconcelos e Francisco Melo Mota também já foram alvo de homenagem

Recorde-se que Carlos Vasconcelos, ex-diretor da Unidade de Imunologia Clínica (UIC) do Hospital de Santo António, CHUP, e colaborador do ICBAS-UP, foi o homenageado nas Jornadas de 2015, enquanto Francisco Melo Mota, responsável pelo Serviço de Doenças Infecciosas do Hospital do Divino Espírito Santo, em Ponta Delgada, foi alvo de homenagem na edição de 2016.



Francisco Belo Mota, José António Malhado e Carlos Vasconcelos

HOMENAGEADO NAS XVIII JORNADAS VIH 2017, JOSÉ ANTÓNIO MALHADO CONSIDERA:

“O médico de família tem um papel na prevenção de complicações e no

Recebeu alguns dos primeiros doentes VIH em Portugal no Hospital Curry Cabral e, desde então, nunca mais deixou esta área. A doença que diz ser “fantástica” já lhe trouxe alegrias, mas também lágrimas, pela relação afetiva que criou com os pacientes que viu partir. Em entrevista à Just News, José António Malhado fala desta proximidade com as pessoas, mas também da necessidade de os médicos de família terem mais formação nesta área.

Just News (JN) – O que sente por ser o homenageado nestas Jornadas?

José António Malhado (JAM) – Sinto-me honrado... É um reconhecimento dos meus colegas por estes mais de 30 anos de trabalho e de dedicação à infeção por VIH.

JN – Como foi lidar com os primeiros casos?

JAM – Esta doença surgiu numa fase precoce da minha carreira, e, tal como outras patologias, apareceu de forma inesperada. É discutível se atendi o primeiro caso em Portugal, mas lembro-me bem do primeiro doente que entrou no meu consultório. Era um homem, empregado de mesa no Canadá, homossexual.

Era uma doença nova e acabou por ser uma época heroica, que surgiu de uma forma muito agressiva. Todos sabíamos que, inexoravelmente, aquelas pessoas tinham um passaporte para a morte. Logo, existia uma relação muito próxima, tentávamos acompanhá-las até ao fim. À medida que os progressos começaram a acontecer, essa relação manteve-se igual, com grande cumplicidade, porque íamos acompanhando os resultados dos novos fármacos, lutava-se contra a morte prematura...

Felizmente, hoje em dia, vive-se muitos mais anos, com menos efeitos secundários e com qualidade de vida. Nesse aspeto, foi uma doença privilegiada...

JN – Porquê?

JAM – Porque surgiu num contexto de países ricos, com grupos sociológicos diferenciados e com muito acesso aos *media*, o que, conduziu à mobilização de toda a sociedade, nomeadamente a indústria farmacêutica, com uma aposta forte na investigação, conseguindo-se assim grandes avanços terapêuticos, dos quais também vieram a beneficiar outras doenças causadas por vírus. Existe um bom *pipeline* farmacêutico e uma medicação eficiente no sentido crónico. Penso que, na história da Medicina, esta é uma doença marcante deste ponto de vista. Claro que o mediatismo que envolveu algumas figuras conhecidas do desporto, da música e do cinema, elas próprias também vítimas da doença, foi uma ajuda importante.

JN – Mas o estigma continua a existir. Neste campo, é necessário dar mais passos em frente...

JAM – Sim, sem dúvida. Há melhoria face há 30 e tal anos, mas ainda persiste o dedo acusador. No início, era extremamente penoso ver a forma como os doentes eram olhados, porque a doença estava muito associada a comportamentos sexuais e à toxicod dependência. Mas também existiam muitos outros casos que se deviam, por exemplo, a transfusões de sangue – na altura, não havia a segurança de hoje em dia –, os hemofílicos e os seus parceiros (as) também eram alvo de comportamentos hostis... Era uma grande injustiça...

JN – Nos primeiros anos, as pessoas morriam em pouco tempo. Tendo em conta a relação de proximidade que existia com os doentes, como lidava com o luto?

JAM – O médico tem de criar sempre algumas barreiras... Mas a relação com eles era tão especial que ainda hoje estão presentes... [emociona-se]

JN – Como é que um médico consegue ajudar as pessoas que têm uma doença nova, letal, temível por todos?

JAM – Felizmente, tivemos muitos apoios da indústria farmacêutica para fazermos formação, por isso, foi fácil acompanhar os progressos nesta área. Todos os que nos dedicávamos à infeção por VIH sentíamos esse apoio, mesmo por parte do Serviço Nacional de Saúde – justiça lhe seja feita neste caso –, que nunca deixou de disponibilizar os fármacos necessários, apesar da conjuntura económico-financeira de cada época.

JN – As terapêuticas evoluíram muito. Acredita numa cura a breve prazo?

JAM – A cura está prevista para 2030. Acho que sim, tenho grande esperança de que se venha a conseguir. É uma área muito apoiada pela indústria farmacêutica e, nos últimos anos, também por beneméritos, como é o caso de Bill Gates.

JN – Os passos para o controlo da doença estão na



estratégia 90-90-90, que prevê 90% das pessoas que vivem com VIH diagnosticadas, 90% das pessoas diagnosticadas sob tratamento antirretroviral e 90% das pessoas sob tratamento antirretroviral com carga viral indetectável até 2020?

JAM – Sim, é o caminho para esse controlo. Felizmente, Portugal está a implementar muito bem a estratégia 90-90-90. O primeiro 90 já foi conseguido, o qual tem a ver com o número de doentes diagnosticados, já que dos 45 mil infetados mais de 90% estão diagnosticados, resta agora que 90% estejam em tratamento e que, destes, 90% consigam cargas virais indetectáveis, isto é, suprimidas. Os números são bons, por isso, o otimismo deve reinar.

JN – Há, contudo, mais doentes idosos. Que cuidados se deve ter?

JAM – Houve, de facto, uma mudança de paradigma. Atualmente, com os avanços terapêuticos, é preciso ter em atenção que a medicação que fazem habitualmente para a infeção por VIH tem efeitos secundários a médio e longo prazo, com a idade acrescem outros problemas de saúde e acabamos por ter um doente polimedicado, que necessita de cuidados especiais.

essencial seu diagnóstico precoce”



Um internista e infeciologista que sempre se dedicou à infeção por VIH

José António Malhado tem 67 anos e é especialista em Medicina Interna e Infeciologia. Após se ter licenciado em Medicina na Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, passou pelo Serviço Médico Militar da Ilha de Santa Maria, Açores, fez o internato nos Hospitais Cívis de Lisboa, prestou serviço no Hospital de Santarém, tendo-se fixado, posteriormente, no Hospital de Curry Cabral, onde exerceu a maior parte da sua carreira médica.

Simultaneamente, foi assistente de Microbiologia na FMUL e, mais tarde, foi professor convidado das disciplinas de “Introdução à Clínica” e “Medicina Interna” da atual NOVA Medical School. Foi também presidente do Conselho Científico e Vogal da Direção do Instituto Bacteriológico Câmara Pestana. Fez toda a carreira médica hospitalar grau a grau, após concursos de provas públicas.

Optou pela Medicina Interna por ser uma especialidade que se desenvolve “com base no encontro com o doente, no ouvir e no olhar, fazendo raciocínios indutivos, dedutivos e analógicos, através de um processo dinâmico que se incorpora no pensamento, conduzindo ao diagnóstico e que tem, simultaneamente, um cunho generalista e integracionista”.

O gosto pela Infeciologia surgiu pela sua ligação à disciplina de Microbiologia, unindo a clínica e o laboratório. O seu percurso de vida foi, assim, em Lisboa, apesar de ser da Guarda. Como diz, “sou mais de Lisboa, mas gostava de me sentir mais da Guarda, onde as pessoas sentem que têm terra”.

Nos tempos livres, sempre optou por viajar e pelo desporto, tendo praticado atletismo, basquetebol e râguebi.

Existem ainda os casos de pessoas com mais de 65 anos que ficam infetadas. Mas, inevitavelmente, o otimismo deve reinar, esta doença vai ter cura. Esperamos que, depois, a cura chegue a todos sem grandes problemas de distribuição e acessibilidade, o que muitas vezes se vê neste mundo globalizado.

JN – Qual é o benefício da Medicina Interna no diagnóstico, tratamento e controlo da doença?

JAM – É uma doença sistémica, daí que o internista tenha um papel fundamental face às suas competências. A Medicina Interna é, por excelência, a especialidade que melhor trata patologias complexas que envolvam vários órgãos e sistemas, beneficiando da sua formação multidisciplinar, da flexibilidade e da noção dos limites.

JN – O internista deve ser o gestor desta doença?

JAM – Pelo que já referi anteriormente, tendencialmente, deve sê-lo, mas também aceito que seja outro especialista. O importante é que o gestor tenha bons conhecimentos sobre VIH.

JN – Como vê a interligação entre os hospitais, os CSP e a própria sociedade civil?

JAM – Todos têm contribuído quer na prevenção, como no diagnóstico e na terapêutica. Contudo, estamos a falar de uma doença que está a deixar de ser apenas do âmbito hospitalar e que necessita cada vez mais de apoio no ambulatório. É preciso estabelecer estratégias de retenção que contribuam para que a pessoa se sinta acompanhada, para que também continue a aderir à terapêutica. Estes doentes têm de fazer a medicação para o resto da vida e é normal que possam existir momentos piores em que não tenham tanta vontade em manter a terapêutica. Os profissionais de saúde devem estar sensibilizados para esta questão. No caso da sociedade civil, o seu papel tem sido muito significativo em termos de informação, apoio social, defesa dos seus direitos.

JN – Mas, em termos de articulação entre hospitais e cuidados de saúde primários, deve haver alterações?

JAM – Sim, esse ponto é fundamental. Infelizmente, ainda persiste a ideia, junto de muitos colegas da Medicina Geral e Familiar, de que esta patologia deve ser apenas acompanhada no hospital. Mas a realidade mudou e o médico de família pode seguir estas pessoas – com uma boa articulação com os médicos da especialidade. Penso que o médico de família tem um papel essencial na preven-

ção de complicações e no seu diagnóstico precoce, além de ter a mais-valia de estar mais próximo das pessoas e de conhecer a sua história pessoal e familiar. É tempo de “agarrar mais o volante e conduzir”, não se ficar pela ideia de que o doente VIH é exclusivamente do hospital.

JN – Quais seriam os benefícios para o doente e para o SNS?

JAM – A proximidade é a principal vantagem, assim como o apoio assíduo e contínuo que o médico de família lhe pode dar, tendo em conta as competências da MGF.

JN – Que mensagem gostaria de deixar aos internos que se querem especializar em VIH?

JAM – É uma doença fascinante, vale a pena acompanhar estes casos. E, claro, não se esqueçam de que a cura vai surgir. Até lá, precisa de todos nós.

JN – Num balanço final, o que aprendeu mais com esta doença?

JAM – Aprendi muito sobre a fragilidade humana, a importância da solidariedade, o reconhecimento e... a superação.

Esta entrevista foi originalmente publicada no jornal *LIVE Medicina Interna Congresso* distribuído no evento.

Geriatria, diabetes e prevenção do compromisso funcional



Lia Marques

Especialista em Medicina Interna, Hospital Beatriz Ângelo. Secretariado do GERMI da SPMI

A propósito da 2.^a Reunião Anual do Núcleo de Estudos de Geriatria da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna (SPMI):

"...the medical profession has been so long in awakening to its responsibilities towards the chronic sick and the aged..."

Marjory Warren, Lancet, 1946

A Geriatria surgiu pela primeira vez na nomenclatura médica em 1909, numa publicação de I. L. Nascherl, em que pede uma Medicina específica e distinta da tradicional para melhorar os cuidados prestados aos doentes idosos. A Medicina Geriátrica viria a nascer em 1935, no Reino Unido, pela mão da Dr.^a Marjory Warren, cirurgiã geral, considerada a mãe da Geriatria Moderna, após ter ficado responsável por 714 doentes crónicos, velhos, acamados e rotulados como "incuráveis", dos quais 35% acabaram por ter alta, depois de uma avaliação multidisciplinar individualizada e respetiva intervenção.

Em 1946, a Dr.^a Marjory Warren escrevia, no Lancet, o que continua a pertencer ao presente da Medicina portuguesa. Apesar de a população portuguesa continuar a envelhecer, a Medicina, em Portugal, só nos últimos anos tem vindo a acordar para as suas responsabilidades para com os doentes idosos.

Com o intuito de divulgar e debater os grandes temas e controvérsias da Medicina Geriátrica, o Núcleo de Estudos de Geriatria (GERMI) da SPMI organiza a sua 2.^a Reunião Anual de 16 a 18 de novembro de 2017, no Centro Cultural e de Congressos de Aveiro.

A Geriatria é uma área multidisciplinar e transversal, o que será evidenciado no programa da 2.^a Reunião Anual do GERMI, com parcerias estabelecidas com outros núcleos da SPMI e outras sociedades científicas.

No último ano de vida verifica-se um maior grau de dependência, associado a incapacidade, demência e fragilidade, que aumentam o consumo de recursos de saúde. Esta realidade impõe a necessidade de uma intervenção especializada e diferenciada. Todos os profissionais que prestam cuidados a doentes idosos deverão ter diferenciação e ser sensibilizados para a complexidade e particularidades do idoso.

A nível internacional, a Geriatria é das áreas médicas com maior crescimento; no entanto, mesmo em países em que existe enquanto especialidade, há 10 anos que se discute a necessidade de formação e diferenciação nesta área, em particular para especialidades generalistas, como a Medicina Interna e a Medicina Geral e Familiar.

Presentemente, a maior parte da população assistida nos Serviços de Medicina Interna tem → 65 anos, justificando a necessidade de adaptar a prestação de cuidados a esta população. Assim, levanta-se uma questão central para a Medicina Interna atual: *Are Geriatrics skills required for Internists?*

Para responder a esta questão, e a abrir o debate deste importante tema, decorrerá no dia 17 de novembro uma conferência proferida pelo Professor Doutor Ribera Casado, fundador da primeira Unidade de Geriatria em Espanha, em 1987.

A diabetes *mellitus* (DM) tem uma prevalência de 25% na população idosa. A heterogeneidade e as comorbilidades deste grupo populacional, associadas à falta de evidência proveniente dos ensaios clínicos, justificam a necessidade de planos terapêuticos individualizados. A coexistência de síndromes geriátricas, como a depressão, a malnutrição e a polimedicação, têm implicações diagnósticas e terapêuticas na abordagem do idoso com DM. Este será o tema principal de uma mesa-redonda, organizada em parceria com o Núcleo de Estudos da Diabetes *Mellitus* da SPMI, a 17 de novembro.

A Medicina Geral e Familiar (MGF) é a especialidade da Saúde por excelência, englobando a sua promoção e prevenção primária. Sendo o grande tema da 2.^a Reunião do GERMI a prevenção em Geriatria, a MGF terá um papel de destaque na mesa-redonda: "Prevenção em Geriatria - a importância da MGF", onde se abordará a problemática de como detectar e tratar a incontinência urinária, que défices vitamínicos deverão ser rastreados e a forma de abordar os idosos com défice cognitivo.

A capacidade para realizar as atividades de vida diária, como tomar banho, vestir-se, mobilizar-se, utilizar as instalações sanitárias, alimentar-se e manter continência de esfíncteres são essenciais para manter uma vida autónoma e com qualidade. O compromisso funcional traduz a incapacidade para a realização destas atividades e leva a um aumento da morbimortalidade, transformando o idoso num encargo para os seus cuidadores, familiares, serviços de saúde e sociedade em geral. A prevenção do compromisso funcional tem o potencial de reduzir custos com a saúde e os problemas físicos, emocionais, sociais e financeiros devidos à perda de autonomia.

A prevenção do compromisso funcional e a sua abordagem terapêutica são objetivos centrais da Geriatria. Desta forma, no 2.^o dia da Reunião do GERMI decorrerá a mesa: "Prevenção secundária do compromisso funcional", centrada em três contextos, durante o internamento hospitalar, no pós-AVC e na fragilidade.

A evolução humana está a par da evolução tecnológica. Neste sentido, não poderia terminar a 2.^a Reunião do GERMI sem uma mesa dedicada à "Inovação e Tecnologia em Geriatria", na qual serão exploradas as possibilidades da telemedicina e da telemonitorização e será apresentada uma aplicação para dispositivos móveis relativa à "Avaliação geriátrica global", já desenvolvida na Universidade de Aveiro. No dia 18 de novembro decorrerá um curso pós-congresso dedicado às "Doenças neuropsiquiátricas do idoso".

A 2.^a Reunião Anual do GERMI pretende contribuir para acordar a Medicina portuguesa para as suas responsabilidades para com o cuidado dos doentes idosos e colocar a afirmação da Dr.^a Marjory Warren, de 1946, definitivamente no passado.

The background features a large, leafy plant in a textured, light-colored pot. A horizontal red banner is positioned across the middle of the image. The word "PUBLICIDADE" is written in white, serif, all-caps font on the banner. Above and below the banner are white decorative flourishes. At the bottom of the image is a white crown graphic.

PUBLICIDADE



PUBLICIDADE



ESPAÇO

internos

de Medicina Interna



SEGUNDO LUÍS CAMPOS, PRESIDENTE DA SPMI, NA SESSÃO DE ABERTURA DO 12.º ENIMI:

“Temos uma situação chocante, a nível europeu, na urgência hospitalar”

Luís Campos, presidente da SPMI, acredita que os internistas podem ser os dinamizadores de uma mudança na prestação de cuidados de saúde em Portugal, mas avisa que essa ambição não pode ser alcançada a qualquer preço. Na sua opinião, os internos da especialidade podem ser “uma alternativa em áreas até aqui fechadas à MI” e para isso pede que sejam contratados mais médicos.

“Existem oportunidades de emprego para os nossos internos em formação. São áreas que vão aparecer rapidamente e que podemos ser nós a ocupar”, afirma Luís Campos.

O responsável sublinha tratar-se de “uma oportunidade para a MI e temos capacidade de a liderar, mas para isso temos de nos diferenciar e de nos formar nestas novas áreas”. E acrescenta: “É tempo de acabar com a imagem de que o internista é o último a ser chamado e apenas em situações limite.”

O presidente da SPMI não tem qualquer dúvida: “É tempo de mudar esse paradigma, mas para responder a essa nova realidade precisamos de mais médicos, pois, o internista não pode ser um homem elástico.”

Luís Campos falava na sessão de abertura do 12.º Encontro Nacional de Internos de Medicina Interna (ENIMI), que decorreu entre 29 de junho e 1 de julho, em



Luís Campos, Sara Almeida Pinto, Fátima Leal Seabra, Ana Vaz Cristino, Ricardo Fernandes e Teresa Ferreira

Portimão, e teve como tema a “Medicina de Ambulatório”, precisamente uma área onde Luís Campos admite existirem novas oportunidades para os internos da especialidade, salientando que Portugal

se encontra, neste particular, “numa posição muito delicada”.

“Temos uma situação chocante a nível europeu, com sete em cada dez cidadãos a irem à urgência hospitalar por

ano. Somos o país europeu em que tal acontece com mais frequência”, revelou. Admite que a mudança deste quadro não tem uma única solução, mas “passa certamente pela criação de alternativas

para os doentes, retirando-os da urgência e do internamento”.

“É necessário desenhar novos modelos e a hospitalização domiciliária poderá ser um deles, a par de um maior investimento nos hospitais de dia e em unidades de diagnóstico rápido e cuidados integrados focados nos doentes crónicos complexos”, concluiu.

“Ir ao encontro dos doentes”

Igualmente foco de atenção nesta sessão de abertura do ENIMI foi a questão da empregabilidade dos internos de MI. Muitos têm vaga durante o estágio, mas terminado esse período enfrentam grandes dificuldades para encontrar um local de trabalho. Um panorama que Ricardo Fernandes, coordenador do Núcleo de Internos de Medicina Interna (NIMI), diz poder ser alterado com a abertura de novas portas.

“É fundamental que saíamos do castelo que é o internamento. Em primeiro lugar, porque os doentes assim o exigem e, depois, porque as oportunidades de emprego são limitadas e podemos encontrar aí mais oportunidades”, afirmou.



Para si, não há dúvidas de que é necessário, cada vez mais, «ir ao encontro dos doentes onde eles vivem, pois, esse não é um campo exclusivo da Medicina Geral e Familiar”.

Esta mudança de filosofia, disse, permitirá pôr fim ao sobrecarregar da urgência, desmobilizando os doentes e poupando internamentos. “É uma estratégia que dá certamente mais trabalho, mas que faz todo o sentido”, frisou.

Durante três dias, e sempre centrados na medicina de ambulatório, os internos de MI debateram temas de áreas tão diversas como a hepatologia, a cardiologia, a infecciologia e os cuidados paliativos.



A importância da avaliação nutricional



Ricardo Cleto Marinho

Interno de formação específica de MI do CH do Porto.
Coord. do Grupo de Estudo de MI da Associação Portuguesa de Nutrição Entérica e Parentérica (APNEP)

A nutrição é vista como um parente pobre da Medicina, menosprezada no ensino pré-graduado e pós-graduado. Contudo, os médicos facultam “conselhos” de nutrição, apesar de alguns serem desatualizados ou sem evidência científica. No último Congresso Europeu de Cardiologia foi apresentado um estudo que contrariava todas as alusões à dieta hipolipídica, virando o foco para os hidratos de carbono.

As doenças da sociedade moderna têm como base erros alimentares, sedentarismo e ausência da prática de exercício físico. Estes hábitos levam à acumulação e disfunção dos adipócitos, culminando em síndrome metabólica e doenças cardiovasculares, condições estas que predominam na consulta de Medicina Interna. Esta mesma população, com o avançar da idade, tornar-se-á mais suscetível a síndromes demenciais e outras doenças crónicas, às quais se associa a desnutrição, prevalentes no internamento.

A desnutrição correlaciona-se com o aumento do tempo de internamento e custos associados, com a diminuição da qualidade de vida e sobrevida. Na Europa, o

encargo anual associado à desnutrição foi estimado em 1,9 mil milhões de euros. De acordo com a European Society for Clinical Nutrition and Metabolism (ESPEN), cerca de 30% dos doentes, em ambiente hospitalar, estão desnutridos. Uma grande parte destes está desnutrida à admissão e, na sua maioria, esta agrava durante o internamento.

A avaliação nutricional é essencial e deve ser realizada em todos os contactos médicos se identificarmos os doentes em risco ou mesmo já desnutridos, de forma a podermos atuar precocemente, evitando que o estado nutricional se agrave.

Para tal tarefa, temos de utilizar métodos de rastreio, no sentido de identificar esses doentes em risco, se necessário com apoio dos nutricionistas.

As escalas de rastreio nutricional são ferramentas simples e rápidas que deveriam fazer parte da nossa abordagem holística dos doentes. Os itens abordados nestas ferramentas fazem parte da anamnese, pelo que a sua aplicação facilmente se integra na nossa rotina.



Ser interno de Medicina Interna no...

Centro Hospitalar de Leiria



Ana João Carvalho

Interna de formação específica em MI, 4.º ano,
CH de Leiria

Após a identificação dos doentes em risco, existem vários aspetos a ter em conta, que vão muito além dos suplementos nutricionais, entre os quais o controlo sintomático (náuseas, vômitos, febre ou dor responsáveis pela anorexia), melhorar o aporte alimentar (ajustar a consistência da dieta), minimizar os períodos de jejum provocados por procedimentos ou exames de diagnóstico e, por fim, suplementar por via endovenosa quando se justifica.

Para abordar a desnutrição no dia-a-dia, não é necessário tirar cursos de nutrição, apenas deveríamos aprender a reconhecer doentes em risco e saber os primeiros passos de como combatê-la. Se for um tema do nosso agrado, poderíamos aprofundá-lo e explorar a utilização da nutrição artificial por via entérica ou parentérica.

A avaliação nutricional faz parte de uma abordagem integral de um doente e esta deverá ser encarada como uma ferramenta terapêutica fundamental no sentido de melhorar a qualidade de vida e o *outcome* dos doentes.

Há quatro anos, lancei-me no desafio de começar o internato de Medicina Interna, desde cedo a minha especialidade de eleição, numa cidade e num hospital com os quais nunca havia contactado. Eis o que encontrei.

O Centro Hospitalar de Leiria é composto de três unidades, o Hospital de Santo André, em Leiria, o Hospital de Alcobaça Bernardino Lopes de Oliveira e o Hospital Distrital de Pombal. Apenas o Hospital de Santo André recebe internos de Medicina para formação específica. Trata-se de um hospital de construção relativamente recente e, portanto, com infraestruturas mais adequadas às exigências da população atual, o que não deixa de ser um atrativo.

Aqui existem dois serviços de Medicina Interna, a Medicina I e a Medicina II, este último o Serviço que integro. Atualmente, cada um dos serviços dispõe de cerca de 65 camas de internamento cada um, incluindo camas em regime de isolamento. No caso do Serviço onde trabalho, a Medicina II, existe ainda

uma Unidade de AVC de nível C com 4 camas monitorizadas. São muitas camas, com uma taxa de ocupação naturalmente elevada, o que significa muitos doentinhos para ver no internamento e daí muitas patologias diferentes para abordar e pensar. Temos o apoio de outras especialidades, como, por exemplo, a Cardiologia, a Gastrenterologia, a Neurologia e o recém-constituído Serviço de Pneumologia, que funcionam essencialmente em regime de consultadoria, embora tenham também internamento próprio.

Na Consulta Externa, e falando dos dois serviços, além da consulta mais "genérica" de Medicina Interna, temos também consulta de Diabetes, Pé Diabético, Doenças Hepáticas Víricas, Risco Cardiovascular, Risco Cerebrovascular, Doenças Renais, Hipertensão, Cessação Tabágica, Obesidade, Dislipidemia, Patologia da Tireoide, Hipocoagulação e Doenças Autoimunes.

A Urgência, de caráter Médico-Cirúrgico, é, como não podia deixar de ser, o cerne do nosso esforço semanal, pelo facto de ser a principal porta de entrada dos doentes para o internamento e porque é uma urgência com bastante afluência. Para que não falte adrenalina a ninguém, é a Medicina (e também a Cirurgia e a Ortopedia, conforme os casos) que assegura a Sala de Emergência, o que significa que cada urgência pode ser uma verdadeira aventura. E no meio de todo o cansaço, no fim do turno, levamos muitas vezes casos clínicos para pensar, pela sua complexidade ou forma de apresentação.

Reportando-me novamente ao Serviço que integro, o ambiente é bom, em especial entre internos, o que faz com que os dias menos bons possam ser mais sofríveis! Fazemos reuniões semanais em Serviço para discutir os doentes mais difíceis de gerir e é nessa reunião que vamos apresentando os nossos trabalhos, normalmente revisões de temas e casos clínicos com relevância para a formação dos internos e para o bom trabalho do serviço.

Até hoje, apesar das contrariedades inerentes ao processo de crescimento como interna, só posso concluir que o balanço é positivo e que me sinto motivada a colaborar com o crescimento e melhoria do meu Serviço, da minha especialidade e do meu hospital, nesta agradável cidade que aprendi a tratar também como minha.

ESCOLA EUROPEIA DE MEDICINA INTERNA

SPMI apoiou a ida de três internos à H

A edição de verão da Escola Europeia de Medicina Interna (ESIM - European School of Internal Medicine) teve lugar de 25 a 30 de junho, em Ede, na Holanda. A SPMI, que integra a Federação Europeia de Medicina Interna (FEMI), apoiou, mais uma vez, a participação de internos portugueses. A Just News falou sobre a experiência com os três selecionados – Maria Inês Costa, Joana Rigor e Jorge Castro.

Maria Inês Costa, interna do Serviço de Medicina Interna do Centro Hospitalar de São João (CHSJ), considera que a ESIM é uma iniciativa da EFIM “totalmente imperdível”. “Além da qualidade do programa científico, a oportunidade de contacto e convívio com colegas de vários países europeus constituiu, só por si, uma experiência única. O meu balanço é extraordinariamente positivo”, aponta.



Maria Inês Costa

Prémio de Melhor Apresentação veio para Portugal

Cada participante da ESIM apresentou um caso clínico. Maria Inês Costa foi distinguida com o Prémio de Melhor Apresentação, com a exposição de um caso sobre “Insuficiência cardíaca aguda por hipocalcemia grave”.

Para a jovem médica, que já tinha participado na Escola de Verão portuguesa (EVERMI), este tipo de eventos vale, acima de tudo, pela criação de ligações profissionais e extraprofissionais com colegas da mesma especialidade de toda a Europa. “Foi um momento de partilha de experiências e projetos, tendo sido possível perceber os pontos fracos que urge corrigir na MI europeia, mas também os pontos fortes que tornam esta especialidade ímpar. Por outro lado, o objetivo geral deste encontro foi discutir a criação de um currículo europeu de MI que uniformize a formação e facilite o trabalho de um especialista de MI em qualquer país da Europa.”

Uma oportunidade “irreplacável”

Também Joana Rigor, interna do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho,



Joana Rigor

faz um balanço “extremamente positivo” desta experiência, afirmando ter representado uma oportunidade “irreplacável”. “Sair do meio em que diariamente praticamos a MI para o fazer num local, de uma forma e com pessoas tão diferentes permite consolidar conhecimentos, alargar horizontes e sobretudo olhar para problemas de uma forma nova. Sinto que incorporei muito do que aprendi e vivenciei na minha prática clínica e científica”, refere.

Para além dos conhecimentos teóricos e técnicos aprendidos, a jovem médica realça, sobretudo, o convívio e partilha de experiências entre médicos internistas (alunos, palestrantes e organizadores) oriundos de países muito distintos.

“Nunca faltou tema de conversa, fosse a falar de medicina pura, das nossas experiências profissionais, ou das particularidades das nossas culturas. Todos os participantes tinham grande interesse em tentar compreender a realidade do colega do lado. Criou-se mesmo um ambiente familiar”, relata.

Contacto com realidades diferentes

Jorge Castro, interno do Serviço de Medicina Interna do Hospital de Cascais, classifica a participação na ESIM como uma experiência “transformadora”. “Independentemente das competências científicas que adquirir, participar na ESIM possibilitou também o contacto com realidades completamente diferentes da nossa”, aponta.

Este contacto permitiu-lhe compreender que a MI não está estandardizada em toda a Europa. Conforme refere, “há países do Norte que seguem um



olanda

modelo em que a MI serve um pouco como tronco para depois obter uma diferenciação noutras especialidades, como, por exemplo, em Cardiologia, em Hematologia, ou em Pneumologia". Por sua vez, refere, "nos países do Sul,



Jorge Castro

como Portugal, Itália e Espanha, a MI tem um papel mais integrador e central no hospital".

De acordo com Jorge Castro, médicos de outros países não contactam com determinadas patologias que se veem



em Portugal, porque a MI é unicamente um tronco comum para depois seguirem para outra área de diferenciação.

O contacto com médicos internos de outros países permitiu também compreender as condições políticas, económicas e sociais de cada país, que acabam por influenciar a forma como exercem a medicina.



ESIM 2017: as sessões que mais marcaram

Das sessões a que assistiu, Maria Inês Costa destaca aquelas que incidiram sobre apresentações orais formais, uma vez que os pontos focados e os conselhos dados foram "muito práticos e objetivos". As sessões de discussão de casos clínicos também foram, na sua opinião, "interessantíssimas", não só pelo treino do raciocínio sistematizado, mas também pela qualidade e singularidade dos exemplos discutidos.

Para Joana Rigor, as sessões foram "pertinentes, atuais e consistentemente muito boas", não apenas pela qualidade teórica dos palestrantes, mas também pela sua capacidade de cativar a atenção e dinamizar a participação de todos, por vezes, até de formas mais invulgares (e divertidas). A médica realça, ainda, que "nem só de ciência se falou e se fez". Jorge Castro gostou particularmente de duas sessões. Uma sobre "a arte de apresentar", um tema que, segundo refere, não diz respeito apenas aos médicos, mas também a outras profissões que contactam com o público. Esta sessão foi da responsabilidade de um formador que dá formação não só a médicos, mas também a outras classes profissionais, como atores ou jornalistas. "O formador explicou-nos técnicas de linguagem verbal e não-verbal e estratégias para captar a atenção do interlocutor", conta, desenvolvendo que foi uma mais-valia, dado que a profissão de médico implica a realização de diversos tipos de apresentação, quer no hospital como em congressos. Realça também uma palestra sobre "delírio", uma área à qual tem estado ligado e que, na sua opinião, representa ainda uma "zona de sombra" da Medicina, embora esteja a surgir muita investigação.

Escola de Verão de Medicina Interna foi “novamente um sucesso”

A vila de Alvernoa, em Beja, recebeu, nos dias 21, 22 e 23 de setembro, mais uma Escola de Verão de Internos de Medicina Interna (EVERMI). A iniciativa foi, segundo o seu diretor, Nuno Bernardino Vieira, novamente um “sucesso”, tanto na opinião da organização, como dos formadores e dos formandos.

Tendo-se centrado nas várias vertentes da abordagem ao doente agudo, o evento, que já conta com oito edições, juntou 43 internos, entre os quais dois espanhóis, fruto da parceria da SPMI com a Sociedade Espanhola de Medicina Interna.

“O conceito da Escola de Verão tem limite de inscrições, que normalmente é estabelecido em 40. Este ano, como houve muito interesse, resolvemos alargar aos 43 participantes, embora, ainda assim, infelizmente, muitos tenham ficado de fora. Contudo, não se pretende que o grupo de participantes seja muito grande, na medida em que queremos sempre propiciar o contacto entre os formandos e os formadores e entre os próprios alunos”, refere. E desenvolve:

“Temos tido internos dos primeiros e últimos anos de formação, um aspeto importante para a troca de experiências. Todas as regiões do país têm estado representadas na EVERMI, sendo provenientes tanto de hospitais centrais como distritais.”

Segundo Nuno Bernardino Vieira, os fatores atrás mencionados enriquecem muito a discussão, pois, permitem ter um

conjunto de realidades muito diferentes, o que, por sua vez, possibilita a troca de experiências, contribuindo para um enriquecimento ainda maior da discussão. Como é habitual, no final da Escola, os participantes preencheram um questionário, onde avaliaram as várias vertentes do evento. De acordo com o diretor, as pontuações foram “muito positivas”.

“Mais uma vez, penso que alcançámos um grande objetivo: além de passarmos conceitos e ensinamentos da prática clínica, conseguimos criar um espírito de grupo e os participantes da Escola sentiram-se confortáveis com a especialidade que estão a tirar e motivadas para continuar a aumentar os seus conhecimentos e a formarem-se na Medicina Interna.”

Na 8.ª EVERMI foram abordados diversos temas, por exemplo: “Como abordar o doente em coma”, “O doente agudo em Medicina Interna”, “A satisfação do internista



no Serviço de Urgência”, “As taquidismias” ou “A gestão clínica do AVC agudo”. Tal como nas escolas anteriores, o programa da próxima edição será decidido

muito com base nas sugestões que foram dadas pelos participantes, bem como no próprio *feedback* que os formadores e a organização têm da iniciativa.



Nuno Bernardino Vieira e António Martins Baptista



The background of the image features a large, leafy plant in a textured, light-colored pot, set against a soft-focus outdoor scene. A solid red horizontal banner is positioned across the middle of the image, serving as a backdrop for the text. The word "PUBLICIDADE" is written in a white, elegant serif font, centered within the red banner. Above and below the banner are decorative white flourishes, including swirls and floral motifs. At the bottom of the image, there is a stylized white crown graphic with a horizontal line and dots at its base.

PUBLICIDADE



PUBLICIDADE

