



# MESTRADO EM GERIATRIA

Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

Relatório de Estágio

Serviço de Geriatria, Hospital Erasme, Bruxelas

Outubro – Dezembro 2019

Sérgio Miguel Pedroso Azenha Cardoso

[sergiompacardoso@gmail.com](mailto:sergiompacardoso@gmail.com)

[uc2015207455@student.uc.pt](mailto:uc2015207455@student.uc.pt)

## Índice

<b>Introdução .....</b>	<b>1</b>
<b>Hospital Erasme .....</b>	<b>1</b>
<b>Serviço de Geriatria .....</b>	<b>4</b>
Serviço de internamento .....	4
Hospital de dia .....	16
<b>Funcionamento do Serviço.....</b>	<b>16</b>
<b>Actividade assistencial .....</b>	<b>18</b>
<b>Conclusão/Comentários finais .....</b>	<b>26</b>
<b>Bibliografia .....</b>	<b>27</b>

## Índice de Figuras

<b>Figura 1 .....</b>	<b>1</b>
<b>Figura 2 .....</b>	<b>2</b>
<b>Figura 3 .....</b>	<b>3</b>
<b>Figura 4 .....</b>	<b>3</b>
<b>Figura 5 .....</b>	<b>4</b>
<b>Figura 6 .....</b>	<b>6</b>
<b>Figura 7 .....</b>	<b>6</b>
<b>Figura 8 .....</b>	<b>7</b>
<b>Figura 9 .....</b>	<b>7</b>
<b>Figura 10 .....</b>	<b>7</b>
<b>Figura 11 .....</b>	<b>8</b>
<b>Figura 12 .....</b>	<b>8</b>
<b>Figura 13 .....</b>	<b>8</b>
<b>Figura 14 .....</b>	<b>9</b>
<b>Figura 15 .....</b>	<b>10</b>
<b>Figura 16 .....</b>	<b>13</b>
<b>Figura 17 .....</b>	<b>13</b>
<b>Figura 18 .....</b>	<b>14</b>
<b>Figura 19 .....</b>	<b>14</b>
<b>Figura 20 .....</b>	<b>15</b>
<b>Figura 21 .....</b>	<b>15</b>
<b>Figura 22 .....</b>	<b>15</b>
<b>Figura 23 .....</b>	<b>21</b>
<b>Figura 24 .....</b>	<b>21</b>
<b>Figura 25 .....</b>	<b>22</b>

## Índice de Tabelas

<b>Tabela 1 .....</b>	<b>17</b>
<b>Tabela 2 .....</b>	<b>23</b>

## Introdução

O meu nome é Sérgio Miguel Pedroso Azenha Cardoso, sou natural de Coimbra e nasci a 2 de Fevereiro de 1989. Sou médico, inscrito na ordem dos médicos com a cédula profissional número 56916. Fiz o meu mestrado integrado em Medicina pela Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. Sou especialista em Medicina Geral e Familiar, tendo feito a minha formação na USF Araceti em Arazede, Coimbra.

Em seguida apresento o relatório do estágio que frequentei no Serviço de Geriatria do Hospital Erasme em Bruxelas de Outubro a Dezembro de 2019 no âmbito do Mestrado em Geriatria pela Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.

Optei por realizar o meu estágio em Bruxelas uma vez que tenho família na cidade. O apoio familiar e a atenuação de alguns custos de vida associados a fazer um estágio não remunerado com a duração de 3 meses foram factores decisivos na minha escolha. Outra razão que muito contribuiu para esta preferência de local foi o facto de eu ser suficientemente fluente em língua francesa, o que me permitiria comunicar e compreender o que me seria dito.

O facto de se tratar de uma cidade no meio da Europa, alicerce da União Europeia, também foi um ponto importante que pesou na minha escolha, uma vez que os hospitais belgas cumpriam certos padrões de elevada qualidade acompanhados do financiamento necessário para o efeito.

## Hospital Erasme



Figura 1

O Hospital Erasme – Clínicas Universitárias de Bruxelas é um hospital privado universitário, pertencente à rede da Université Libre de Bruxelles (ULB), que foi aberto ao público em 1977 e é dotado de uma capacidade de 864 (oitocentas e sessenta e

quatro) camas. Encontra-se localizado no território da comuna Belga de Anderlecht e deve o seu nome ao teólogo e humanista Didier Érasme de Roterdão, que no século XVI residiu perto do colégio Saints-Pierre-et-Guidon em Anderlecht.

Desde 2018 que este Hospital iniciou obras de modernização, principalmente na zona sudoeste do campus, incluindo nesta modernização a criação de um novo hospital para onde irá migrar o Instituto Jules Bordet, um hospital oncológico Belga que faz parte da sua rede.

O Hospital Erasme é constituído pelo edifício do hospital, pela zona de consultas de ambulatório (Erasme Medical Center e Centre Ambulatoire Erasme – Imedia), duas policlínicas exteriores (em Lothier e Nivelles) e dois centros exteriores (Centre de Traumatologie et de Réadaptation-CTR e Centre de Revalidation gériatrique – CRG).

Relativamente à organização do hospital, todos os serviços ou gabinetes estão distribuídos por rotas, facilitando a orientação dos utentes a chegar ao local pretendido, tendo apenas de seguir as indicações das várias placas/guias bem visíveis e distribuídas por todo o hospital.

Todos os profissionais do hospital recebem um cartão de identificação que contém o título profissional e a sua fotografia, ancorado com um fio retráctil para facilitar a sua utilização como chave de acesso aos serviços autorizados. Este cartão serve também para recolher roupa da lavandaria, como batas ou fardas, através de uma máquina automática no piso -1 do hospital (Figuras 2 e 3).



Figura 2



Figura 3

O hospital, fazendo parte da rede universitária da ULB, integra uma componente formativa bastante bem organizada e frequente. Todos os serviços apresentam durante a semana um horário dedicado a *workshops* e seminários apresentados pelos seus profissionais, sendo aberto a quem quiser assistir. Estes *workshops* e seminários são afixados nos elevadores de serviço todas as semanas, permitindo que o programa seja conhecido por todos os profissionais, assegurando que estes não perdem temas relevantes (Figura 4). As salas de seminário em que estive eram todas dotadas de ecrãs de grandes dimensões, microfones e *webcams* que permitem a difusão destas apresentações para outros serviços ou instituições ligadas à rede hospitalar.



Figura 4

O *workshop* de medicina interna é, invariavelmente, o mais requisitado, sendo a sua periodicidade semanal, às sextas-feiras. Realiza-se num anfiteatro de maiores dimensões, devido à grande afluência e é frequentado maioritariamente por internos das várias especialidades. Algumas destas sessões têm um componente interactivo, com possibilidade de respostas a *quizzes* pela internet.

## Serviço de Geriatria

O serviço de Geriatria é chefiado pela Excelentíssima Sra. Dra. Sandra De Breucker. Este inclui o serviço de internamento (doravante referido como “Serviço”) e o hospital de dia. O serviço de internamento está dividido em 4 sectores, estando os sectores 1 e 2 sob a tutela da Excelentíssima Sra. Dra. Véronique Lesage e os sectores 3 e 4 sob a tutela da Excelentíssima Sra. Dra. Laetitia Beernaert. A cada sector é atribuído um médico interno.

### Serviço de internamento



Figura 5

O serviço de internamento de geriatria localiza-se, desde 2019, no piso 6, e tem uma capacidade de 50 camas. Além das camas distribuídas pelos quatro sectores, apresenta um sector de enfermagem, um sector de fisioterapia, duas salas médicas, uma sala polivalente (com computadores utilizados habitualmente pelas terapeutas da fala, psicólogas, assistentes sociais ou para reuniões com familiares), a secretaria, uma sala de *stock* de medicamentos, uma sala de *stock* de material e duas copas.

A média de idades dos doentes internados é de 75 anos. Há uma tentativa para que esta média se aproxime dos 85 anos, uma vez que é uma vantagem existir um serviço com profissionais que além de especializados em idades mais avançada, têm uma equipa com competência para avaliar a capacidade de retorno ao domicílio e manutenção das actividades de vida diária, com eventuais apoios necessários.

A duração mínima do internamento é, habitualmente, 10 dias, o que possibilita uma avaliação completa do utente, tal como realizar a maioria dos meios complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDTs) necessários para uma avaliação correcta do quadro.

Todos os doentes internados no Serviço são codificados com um estatuto. Estatuto “Normal”, “Não ressuscitar” (NTBR – Not to be Resuscitated), “Não ressuscitar nem utilizar medidas extraordinárias” (NTBR-PME – Not to be Resuscitated, Pas de Mesures Extraordinaires). As medidas extraordinárias incluídas neste último estatuto compreendem, a título de exemplo, ventiladores extra-corporais.

O estatuto atribuído é primeiramente discutido com o doente e com a família após avaliação do estado de pré-internamento, autonomia, e possibilidade de retorno a um estado de saúde compatível com uma vida saudável. A decisão final sobre o estatuto a atribuir é sempre médica, podendo ser discutido durante as reuniões de serviço que estatuto atribuir ou mudanças de estatuto caso o quadro o justifique.

Na medicina há várias questões éticas com que nos deparamos na prática clínica habitual. Em geriatria, em particular, estas questões são mais frequentes e diárias. Decidir se um doente deve ter alta hospitalar para o domicílio ou se deve ser encaminhado para um centro de reabilitação, decidir quão intensamente devemos tratar um utente numa situação paliativa com um quadro agudizado, se devemos isolar um doente, com contactos mínimos, apesar de por vezes a sua capacidade cognitiva não permitir a compreensão da situação, são exemplos de questões que não têm uma resposta clara nem consensual.

Uma situação particular da Bélgica prende-se com a autorização para condução de veículos, uma vez que não existe, neste país, um limite máximo de idade para conduzir. A decisão é individual, sendo que quando um indivíduo sente que já não tem capacidades, deixa de conduzir voluntariamente e não por impedimento legal. Por vezes há uma recusa pessoal em encarar esta realidade, especialmente por utentes previamente autónomos que subitamente apresentam um défice cognitivo ou motor acentuado. Nestas situações, pode haver elaboração de um documento médico a interditar a condução.

Os quartos do internamento estão agrupados 2 a 2, com duas portas próximas, sendo habitualmente quartos duplos (Figura 6). Existem também quartos individuais, embora usados menos frequentemente e com um custo acrescido para o doente. Estes são usados apenas quando solicitado pelo doente. Entre cada dois quartos há um armário central com luvas e roupa para protecção individual dos profissionais caso haja necessidade de isolar os doentes por suspeita de patologia infecciosa susceptível de contágio. Ao longo dos corredores, existem vários armários com material variado, desde material para colheita de secreções a lençóis e roupa hospitalar.



Figura 6

Um pormenor interessante do serviço de internamento é o facto de nos corredores, à entrada de cada quarto, existir uma imagem decorativa única para ajudar os pacientes a mais facilmente identificar os seus quartos, não sendo necessário que se lembrem do número do quarto (Figura 7).



Figura 7

O sector de enfermagem (Figuras 8 e 9), situado no centro do Serviço, está equipado com vários computadores portáteis a bateria e num suporte com rodas, com leitores de códigos de barras para codificar actos ou dispensa de medicamentos, a fim de minimizar erros de procedimento. Estes estão ainda equipados com teclados e ratos laváveis para evitar contaminação e propagação de agentes patogénicos.





Figura 8

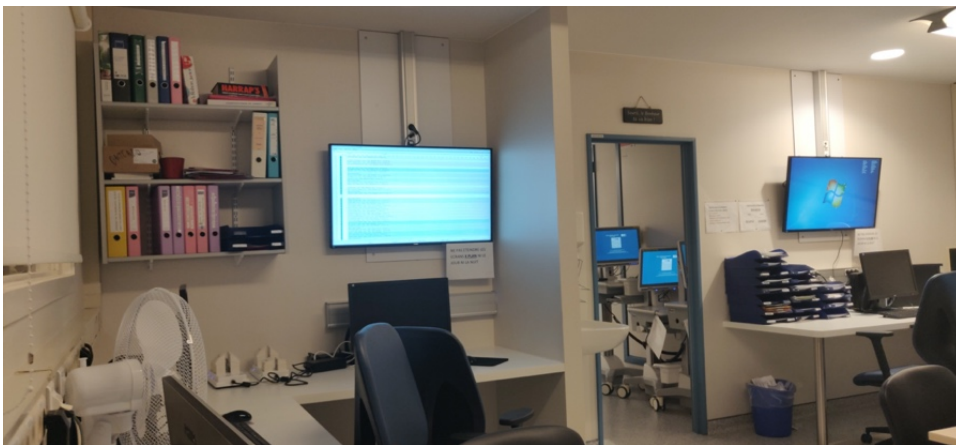


Figura 9

Anexo a este sector central está ainda a secretaria do Serviço (Figura 10) e o stock de medicamentos e equipamento hospitalar para qualquer acto necessário (Figuras 11 e 12).



Figura 10



Figura 11



Figura 12

Existe ainda uma sala de fisioterapia grande e outras salas de menores dimensões para exercícios mais personalizados. A sala principal está equipada com equipamento variado para exercícios, desde bicicletas, pedais para exercícios dos membros superiores e membros inferiores, equipamento para exercícios contra resistência, pesos, escadas e barras paralelas para treino de equilíbrio, assim como equipamento para colocar no chão para simular piso desnivelado e obstáculos a superar (Figuras 13 e 14).



Figura 13



Figura 14

Os doentes internados recebem meias antiderrapantes para ajudar na marcha e evitar que estes usem calçado desadequado durante os exercícios. Os exercícios de reabilitação são realizados diariamente com todos os utentes em estado adequado para o fazerem. Mesmo que não haja capacidade de deambulação dos mesmos, são realizados exercícios adaptados ou são fortalecidos outros grupos musculares, de acordo com cada caso.

Relativamente à alimentação dos doentes internados, é distribuída uma dieta geriátrica com suplementação proteica, sendo ainda distribuída uma sobremesa hipercalórica a cada dois dias para evitar perda de peso durante a estadia no internamento. As refeições são entregues num tabuleiro, distribuídas num sistema que assegura o aquecimento de uma zona “quente” mantendo uma zona “fria” para alimentos que não necessitam de aquecer (Figura 15).



Figura 15

O serviço de Geriatria é bastante moderno, tendo sido aproveitada a sua migração para o piso 6 para adaptar o serviço às necessidades específicas de uma população geriátrica. O Serviço atravessa, assim, neste momento, uma fase de acreditação, utilizando as normas da JCI – Joint Commission International (Chicago), da Accréditation Canada International (Ottawa, Ontario) e da NIAZ – Nederlands Instituut voor Accreditatie in de Zorg (Utrecht), com o objectivo de estandardizar a qualidade dos serviços prestados ao público segundo normas estudadas e estabelecidas como benéficas, utilizadas internacionalmente.

Algumas destas normas têm como objectivo melhorar as medidas de segurança para os utentes. Entre estas, destacam-se 6 (seis) normas chave:

### 1. Identificação e vigilância

- a. Todos os doentes devem ter uma pulseira de identificação assim que são internados:
  - i. Responsabilidade da equipa de enfermagem de se certificar que a identificação corresponde ao doente correcto;
  - ii. A verificação da identidade (Nome e data de nascimento ou número de dossier) antes de qualquer procedimento.

Existem algumas dificuldades relativas à aplicação de normas de identificação e vigilância em geriatria, sendo que um doente agitado, com alterações cognitivas, em delírio ou com diminuição do nível de consciência pode arrancar a pulseira de identificação. Para colmatar estas ocorrências devem ser tomadas as seguintes precauções:

- Verificação frequente da pulseira de identificação;
- Colocar a identificação ao nível do tornozelo caso seja uma ocorrência sistemática;
- Envolver a família e entes próximos na explicação da importância da identificação como uma medida de segurança necessária;

- Confirmar com a equipa responsável a identidade do paciente e verificar se corresponde à fotografia presente no dossier informatizado.

## **2. Melhoria de comunicação**

- a. Estandarizar os meios de transmissão de comunicação;
- b. Favorecer a transmissão de informação presencial para possibilitar o esclarecimento de dúvidas;
- c. Minimizar as interrupções.

No que respeita às dificuldades em aplicar esta norma, estas aumentam quando nos deparamos com uma equipa multidisciplinar de grande dimensão, dificultando a uniformização da informação prestada e aumentando o número de interrupções. Para minimizar estas dificuldades, devemos:

- Adoptar standards de comunicação a ser utilizados por todos:
  - SBAR (Situation Background Assessment Recommendation) – Situação/identificação do doente; Diagnósticos/Antecedentes; Avaliação; Recomendações;
  - SAED (Situation, Antécédents, Evaluation, Demande) – Situação/identificação do doente; Antecedentes; Avaliação; Pedidos;
  - Transmissão de informação a um responsável de outra equipa, estandardização da comunicação para a sua equipa.
- Organizar formações interdisciplinares e fomentar o trabalho em equipa;
- Garantir transmissões de informação claras e concisas;
- Lutar contra as interrupções sistemáticas.

## **3. Melhoria da segurança medicamentosa**

- a. Melhorar a segurança com medicamentos de alto risco;
- b. Distribuição, armazenamento e preparação medicamentosa apropriadas;
- c. Administração de medicamentos à cabeceira da cama de cada paciente.

As dificuldades de maior relevo neste campo caracterizam-se por:

- Polimedicação – a qual se pode colmatar através de:
  - Colocação de avisos junto de medicamentos de risco por parte da equipa de farmácia, principalmente medicamentos com aparência semelhante ou nome semelhante (Lorazepam e Lormetazepam p.e.);
- Gestão de medicamentos não declarados pelo paciente, ultrapassável através de:
  - Recolha de todos os medicamentos pessoais;
  - De uma gestão medicamentosa feita inteiramente e apenas pela equipa de enfermagem (continuando a ser possível administrar medicamentos pessoais, mas tal gestão deve também ser feita pela equipa de enfermagem);
  - Da devolução dos medicamentos pessoais apenas no momento de alta hospitalar, acompanhada de novo esquema terapêutico – de forma a evitar que haja duplicação de doses.
- Interrupções durante as preparações medicamentosas, corrigível através de:
  - Preparação dos medicamentos na sala de enfermagem;

- Transporte de medicamentos num carrinho com medidas de segurança;
- Dupla verificação do tratamento antes da administração de medicamentos;
- Leitura do código de barras do medicamento e da pulseira do doente à cabeceira (ainda em fase de teste).

Devem ser seguidos alguns princípios de orientação para assegurar que os erros são minimizados, tais como:

- O enfermeiro que prepara a medicação deve ser o mesmo que a administra;
- Verificar sempre, na seguinte ordem: que se trata do paciente correcto, do medicamento correcto, da dose certa, da via de administração correcta, e do momento adequado para administração;
- Seguir os protocolos institucionais na preparação da medicação;
- Inspeccionar o medicamento por alterações de cor ou textura;
- Etiquetar com a identificação do paciente a medicação a administrar;
- Implementar mecanismos para verificar *a posteriori* que medicamentos foram administrados e por quem.

#### **4. Redução das infecções nosocomiais – higiene das mãos**

- a. Aumento do cumprimento de medidas de higiene e utilização das estações dispensadoras de produtos de desinfeção

Em geriatria as dificuldades de melhoria na aplicação desta norma surgem principalmente devido ao facto de haver uma rotação frequente dos doentes internados. O facto de a equipa ser de grande dimensão e multidisciplinar, com variados graus de formação, também pode dificultar a adesão universal a estas medidas. Deve haver uma tentativa de sensibilização de todos os profissionais, assim como aumentar o número de locais onde estão colocados os dispensadores de produtos de desinfeção. Estes dispensadores devem ser seguros por forma a evitar acidentes (a título de exemplo salienta-se a utilização de dispensadores fixos em vez de recipientes fáceis de retirar e cujo conteúdo possa, porventura, ser bebido por doentes em delírio ou período de desorientação).

#### **5. Redução das lesões provocadas por quedas acidentais**

- a. Prevenção primária na instituição;
- b. Sistema de declaração e análise das quedas na instituição;
- c. Despistagem e aplicação de estratégias de prevenção secundária de quedas de doentes de risco;
- d. Elaboração de procedimentos sobre o que fazer em caso de quedas;
- e. Abordagens específicas por cada serviço:
  - i. Verificação de cabos e outros objectos;
  - ii. Verificação e diminuição de obstáculos dentro dos quartos;
  - iii. Aquisição de material adaptado a população de risco (cama, poltrona);
  - iv. Sensibilização do doente, da família e da equipa na prevenção de quedas.

## 6. Gestão da dor

### a. Verificação sistemática da dor

#### i. Adaptação das escalas às particularidades de cada população

1. Escala ALGOPLUS – Avaliação comportamental da dor aguda na população geriátrica não comunicante.

O processo de acreditação, como já referido, é um processo contínuo, ainda em fase de aplicação e adaptação, e que tem como objectivo final a segurança e qualidade de cuidados. Existem ainda múltiplas estratégias a adoptar para adaptar o espaço e os procedimentos à população geriátrica.

Verifica-se que existem já alguns casos de aplicação destas normas no Serviço de Geriatria do Hospital Erasme. Neste sentido, entre as várias normas que pude observar já em aplicação, gostaria de destacar as seguintes:

- Instalação de fechaduras eletrónicas, abertas com o cartão de identificação individual de cada funcionário, limitando assim a deambulação para locais de acesso restrito;



Figura 16

- Instalação de vários pontos de dispensa de produto de desinfecção das mãos (recentemente colocado à porta dos quartos em vez de se encontrarem dentro dos quartos, mais uma vez devido ao risco de ingestão por pacientes dementes);



Figura 17

- Colocação de roupa de isolamento, máscaras e luvas à porta de todos os quartos, caso seja necessário isolar o quarto;

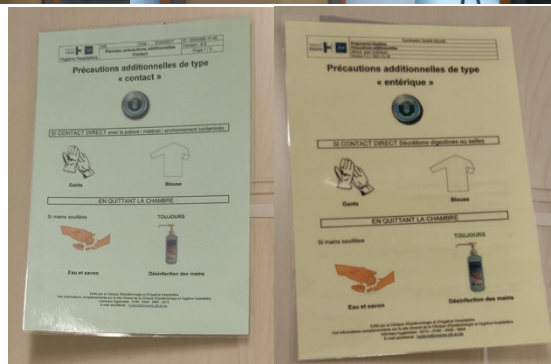


Figura 18

- Utilização de teclados e ratos laváveis nos computadores móveis;

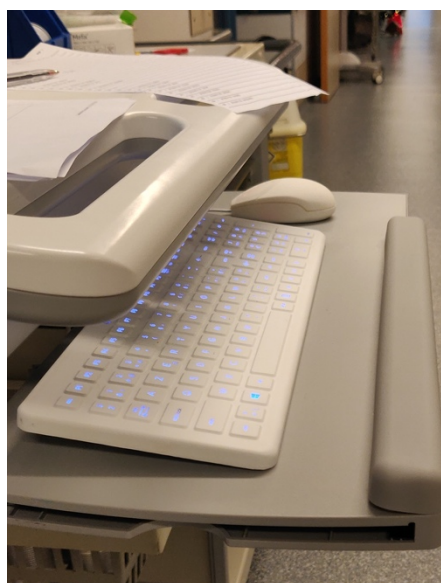


Figura 19



- Instalação de chuveiros adaptados a pessoas com mobilidade reduzida, bem como de uma banheira de grandes dimensões adaptada a séniores;



Figura 20



Figura 21

- Etiquetagem de todos os armários de produtos hospitalares com os produtos que devem ser colocados dentro dos mesmos;
- Preparação medicamentosa em espaço apropriado;



Figura 22

- Não utilização de acessórios, como relógios, anéis ou pulseiras, pela parte do corpo clínica, uma vez que dificultam a eficaz higienização das mãos e podem aumentar taxas de transmissão de patógenos principalmente entre quartos em isolamento;

### Hospital de dia

Além do serviço de internamento, existe uma unidade de hospital de dia de Geriatria. Neste sector do serviço existem, além dos gabinetes de consulta, uma sala de tratamentos, equipamento de fisioterapia, um gabinete para avaliações neuropsicológicas e uma sala de reuniões com copa.

Encontra-se implementado um esforço colectivo na tentativa de agendamento de consultas e exames ou tratamentos para o mesmo dia, com o objectivo de diminuir deslocações desnecessárias ao hospital. O hospital de dia é também útil para articular consultas de seguimento após internamento com exames que ficaram pendentes e que não foram possíveis de realizar durante o mesmo.

Habitualmente, uma primeira consulta em hospital de dia tem uma duração de 1h (uma hora), sendo que as consultas subsequentes duram entre 30 a 45 minutos.

## Funcionamento do Serviço

De forma a proceder a uma melhor organização do trabalho semanal, o serviço de geriatria segue uma estrutura e formato de horário relativamente bem definida, como se demonstra através do exemplo *infra* de um horário de uma semana típica no Serviço:

	segunda-feira	terça-feira	quarta-feira	quinta-feira	sexta-feira
<b>Entrada até às 8h30</b>	Ler email da passagem de turno da equipa de fim de semana	Recolher informações da visita de enfermagem	Recolher informações da visita de enfermagem	Recolher informações da visita de enfermagem	Recolher informações da visita de enfermagem
	Recolher informações da visita de enfermagem	Passagem pelas camas para avaliação dos doentes internados	Passagem pelas camas para avaliação dos doentes internados	Passagem pelas camas para avaliação dos doentes internados	Passagem pelas camas para avaliação dos doentes internados
	Passagem pelas camas para avaliação dos doentes internados	Supervisão por geriatra do sector 4	Supervisão por geriatra do sector 2	Supervisão por geriatra do sector 3	
	Supervisão por geriatra do sector 1				

<i>Saída depois das 17h (salvo acordo com geriatra)</i>	<b>14h30 – 16h</b> Reunião multidisciplinar (sectores 1 e 2)	<b>14h30 – 16h</b> Reunião multidisciplinar (sectores 3 e 4)	Passagem pelas camas para avaliação dos doentes internados	<b>13h – 14h</b> Seminário do serviço de Geriatria (14h-15h na última quinta-feira do mês)	<b>12h30 – 13h30</b> Seminário do serviço de medicina interna (opcional, para todo o hospital)
	<b>16h – 17h</b> Reunião com familiares caso pretendam saber estado actual e evolução do doente (sectores 1 e 2)	<b>16h – 17h</b> Reunião com familiares caso pretendam saber estado actual e evolução do doente (sectores 3 e 4)	Terminar assuntos pendentes, colocar os dossiers individuais em dia, codificar exames e análises.	<b>16h – 17h</b> Reunião com familiares caso pretendam saber estado actual e evolução do doente (todos os sectores)	<b>13h30 – 17h</b> Reunião Médica e de Enfermagem

Tabela 1

As reuniões multidisciplinares incluem Médicos, Enfermeiros, Fisioterapeutas, Psicólogos, Ergoterapeutas, Assistente Social e Terapeutas da fala. Nestas reuniões são discutidos todos os casos dos doentes internados nos dois sectores. É avaliado o progresso de cada doente sob todos os aspectos por cada um dos profissionais, com intervenção de todas as equipas, sendo decididas medidas a cumprir e o plano futuro a seguir.

No final de cada reunião são resumidas as observações das equipas, as quais são enviadas por email para todos os membros do Serviço, sendo que mais recentemente se começou a incluir estas observações também no diário informático de cada doente.

As reuniões de sexta-feira realizam-se apenas com a equipa médica e a de enfermagem. Nestas são apresentados todos os utentes do sector, verificando-se se é necessário fazer alguma mudança de terapêutica ou planear métodos complementares de diagnóstico.

Habitualmente a apresentação do estado de saúde é feita pelos alunos de medicina e a apresentação da evolução é realizada por um interno de especialidade sob a supervisão de um geriatra. No final de cada reunião é resumido cada caso, que é enviado por email para toda a equipa, funcionando como uma orientação essencial para a equipa em funções durante o fim de semana.

O sistema informático utilizado no internamento confere, além do acesso aos dossiers dos pacientes, acesso à plataforma informática *Uptodate* de forma gratuita. Existem ainda algumas normas internas no sistema informático, tal como um documento elaborado pelo Serviço de Infeciologia, em constante actualização, acerca das resistências antibióticas do Hospital Erasme. O serviço de geriatria possui ainda uma

pasta partilhada em rede contendo vários recursos importantes para auxílio à prática clínica, tal como normas de orientação, apresentações realizadas, estudos em curso e escalas de serviço.

## **Actividade assistencial**

A maioria do meu estágio decorreu no serviço de internamento de Geriatria junto das equipas responsáveis pelos sectores 3 e 4. O sector 4, além dos doentes habituais de um serviço de geriatria, está intimamente articulado com o Serviço de Ortopedia e Traumatologia. Assim sendo, este sector está frequentemente ocupado por doentes idosos internados por fracturas traumáticas, maioritariamente por quedas de repetição, havendo frequentes visitas pelos médicos de ligação do serviço de ortopedia.

Tive a oportunidade de realizar vários procedimentos, desde a avaliação completa de utentes, gasometrias, colheitas de sangue arterial para análises, bem como auxiliar na realização de uma punção pleural e de uma punção peritoneal. Além disso, apresentei alguns dos doentes pelos quais estava responsável durante as reuniões médicas e interdisciplinares do Serviço.

O sistema de saúde da Bélgica, apesar de muitas semelhanças com o de Portugal, tem algumas diferenças marcantes com o sistema de saúde Português, principalmente devido à ausência de legislação específica em Portugal em determinadas matérias enfaticamente ligadas à área da geriatria.

Podemos verificar facilmente estas diferenças, desde logo, através do exemplo de um caso clínico interessante com que tive contacto na minha primeira semana de estágio, e que passo a descrever.

Tratava-se de um homem de 88 anos que esteve internado durante 5 dias no Serviço, encaminhado de um serviço de urgência, por défice de força muscular nas extremidades esquerdas e perna direita com quedas de repetição e suspeita de AVC isquémico com lesão suspeita na imagiologia. Além disto, apresentava como antecedentes: doença renal crónica em estadio 5 – terminal (com recusa de diálise), neoplasia gástrica e do cólon ascendente, com melenas e anemia, mieloma associado a lesões pulmonares bilaterais e ganglionares, gota, hipertrofia benigna da próstata operada, hipertensão e aterosclerose obliterante ao nível da artéria ilíaca direita em estadio 2 com colocação de *stent*.

Este homem, que mantinha alguma capacidade de deambulação com ajuda de auxiliar de marcha no seu domicílio antes deste internamento, estava bem adaptado à sua vida em casa com a esposa, com apoio de enfermeiro, fisioterapeuta e limpeza do domicílio duas vezes por semana, viu-se agora com uma perda de autonomia com dependência total para as suas actividades de vida diária. Devido a esta situação e a todas as suas comorbilidades, decidiu ter alta após estabilização e iniciar um processo de eutanásia.

Esta situação foi, para mim, inesperada. Numa altura em que não se debatia a eutanásia em Portugal, entrar em contacto com um caso destes nos meus primeiros dias de

trabalho foi bastante surpreendente e elucidativo, podendo perceber como são geridos estes pedidos num país com vários anos de experiência neste campo.

A Bélgica descriminalizou a eutanásia em 2002, sendo que esta prática pode ser aplicada a pessoas com patologia grave e incurável, devido a doença ou acidente, que cause sofrimento físico ou psíquico insuportável e que não pode ser aliviado. É necessário que este processo seja iniciado voluntariamente pela pessoa em causa (não pode ser pedido por familiares ou terceiros), tendo de ser um pedido repetido por um adulto ou criança emancipada (16 anos) que preserve a sua capacidade cognitiva e poder de decisão, não se verificando pressão de terceiros para a realizar. Estes pedidos repetidos devem ser escritos no dossier a cada contacto com o médico, e assinados e datados pelo doente em causa.

O médico, após avaliações repetidas, ao longo do tempo, do estado de saúde do paciente, da sua esperança de vida, das alternativas paliativas, e mantendo-se a convicção do doente em querer terminar a sua vida por ausência de soluções razoáveis à sua situação, pode iniciar o processo de eutanásia. Para tal, o médico deve reunir com outro colega médico que se encarregará de avaliar o dossier, reunir com o paciente e preencher um formulário relativo ao carácter grave e incurável da patologia em causa e atestar uma situação de sofrimento insuportável impossível de minimizar.

As patologias que frequentemente originam um pedido de eutanásia por sofrimento físico, na Bélgica, são variadas, como obstruções intestinais não passíveis de resolução, dispneia intensa, fraqueza extrema/caquexia, mutilações graves ou dores mal controladas com antiálgicos. No que concerne a sofrimento psicológico, estes pedidos estão sobretudo ligados a situações de declínio de função, dependência e desespero face a uma inegável degradação progressiva.

A eutanásia é ainda passível de ser aplicada em doentes inconscientes, em casos de impossível recuperação do estado de consciência, caso o doente em causa tenha redigido uma declaração antecipada de eutanásia, vulgo testamento vital, respeitando os moldes legais. Nestas situações, é necessário que a assinatura destes documentos tenha ocorrido no período máximo de 5 anos anterior à perda da capacidade de manifestar a sua vontade. Nestes casos é também necessário o parecer de um colega independente que confirme a irreversibilidade do estado de inconsciência do paciente e que cumpra os restantes pressupostos legais.

Em situações de demência, por exemplo por patologia de Alzheimer, a eutanásia pode ser considerada caso o doente mantenha lucidez suficiente para poder fazer um pedido voluntário, repetido, após reflexão. No entanto, se este não mantiver esta capacidade cognitiva, e não se encontrando numa situação de inconsciência irreversível, a eutanásia não pode ser equacionada, nem mesmo com um testamento vital.

Relativamente à aplicação desta lei a menores de idade, poderá haver um processo de eutanásia caso se cumpram certos pressupostos, tais como: *(i)* o pedido deve ser voluntário, *(ii)* repetido e *(iii)* sem pressões externas, *(iv)* por criança que mantenha a sua capacidade de discernimento (confirmada por pedopsiquiatra ou psicólogo), *(v)* com

patologia grave e incurável que (vi) cause sofrimento constante, insuportável e não minimizável. Deve ainda (vii) tratar-se de patologia em que o óbito é previsível/expectável a curto prazo, (viii) devendo os pais dar o seu consentimento. O pedido de eutanásia deve também (ix) ser actual, não sendo possível, nestes casos, a utilização de uma declaração de vontade antecipada ou um testamento vital.

Adicionalmente, e a título de curiosidade, em termos de seguros de vida, a Eutanásia é considerada uma “morte natural”.

Também de salientar que no serviço de internamento verifica-se uma quantidade muito reduzida de contenção física ao leito dos utentes internados. Esta contenção, quando aplicada, é apenas transitória e em casos seleccionados, como quando é necessário fazer exames complementares de diagnóstico (como um EEG) ou quando estão colocados drenos operatórios que não podem ser retirados. Mesmo em situações de delírio ou com sondas nasogástricas repetidamente retiradas, a prática é a de adaptação da dieta oral e não a de contenção física, uma vez que se considera que a contenção poderá ser mais deletéria a curto e longo prazo.

No que respeita a estruturas assistenciais na Bélgica existem vários sistemas de apoio extra-hospitalar, tais como:

- *Flat service sénior* – um “aparthotel” com serviços de suporte pagos (alimentação, limpeza, mercearia, reabilitação, etc);
- Lar de terceira idade (MR - Maison de Repos) – com pequeno almoço e limpeza incluídos;
- Lar de terceira idade e cuidados (MRS - Maison de Repos et de Soins) – inclui cuidados de enfermagem especializados;
- Centro de Reabilitação (Centre de Revalidation) – após alta de um internamento hospitalar (para reabilitação/recuperação do estado anterior);
- Convalescença – encaminhados do domicílio para cuidados de fisioterapia de menor intensidade, mais dispendioso para o utente;
- Centro de dia – principalmente para idosos com problemas cognitivos, sem internamento (lista de espera demorada);
- Centro psicogeriatrico – para internamento e gestão de idosos com problemas cognitivos;
- Apoio ao domicílio – entrega de refeições ao domicílio e outras ajudas;
- Cuidados ao domicílio – possibilidade de visita de enfermeiros, ajuda aos cuidadores, ajudas de segunda linha com psicólogos, fisioterapeutas (dispendioso);
- Serviço de “guarda” de doentes (*service garde malade*) – auxiliar / cuidador de terceira pessoa que fica no domicílio a supervisionar o idoso;
- Serviços domiciliários – terceira pessoa que se encarrega de limpezas, passar a ferro, compras, ajuda nas deslocações e outros.

Durante o meu estágio visitei ainda um centro de reabilitação, o Centre de Revalidation Gériatrique (CRG) de Woluwe-Saint-Lambert, a convite da chefe do Serviço, a Sra. Dra. Sandra De Breucker.

Este centro está organizado por 4 andares, sendo que o primeiro andar é dedicado a reabilitação, com equipamentos variados de fisioterapia (figuras 23 a 25) e os três últimos andares servem um serviço de internamento com 28 camas cada um (84 camas no total).



Figura 23



Figura 24

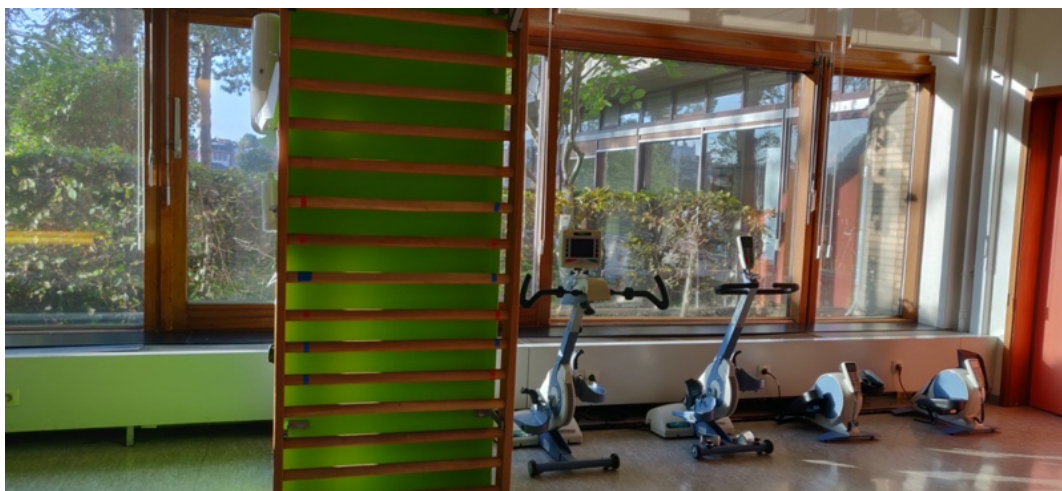


Figura 25

O centro é dedicado a cuidados subagudos, com casos menos complexos do que os que se podem observar no internamento do Hospital, sendo que os doentes são encaminhados do hospital após estabilização do quadro clínico (por oposição a um encaminhamento directamente de um serviço de urgência). Neste serviço também se realizam reuniões multidisciplinares, muitas vezes com acompanhamento por videoconferência com o Hospital Erasme destas reuniões ou para participação nos seminários do Serviço (sistema posto em prática há cerca de 2 anos e meio – 3 anos).

Durante a manhã em que visitei o mencionado centro de reabilitação, tive a oportunidade de participar na visita médica aos doentes e na reunião multidisciplinar.

Observei alguns casos interessantes, sendo que o caso que mais me marcou foi o de um homem de 94 anos, com quadro de desnutrição proteica. Tinha sofrido uma queda no domicílio com fractura do púbis à direita. O que mais me surpreendeu neste caso foi o facto de o objectivo prioritário de tratamento, que estava escrito no processo em maiúsculas, ser a recuperação da autonomia da marcha. Além da necessidade de reabilitação pelo risco de novas quedas, apenas necessitava de um parecer nutricional.

Relativamente à actividade formativa do serviço de geriatria, apresento em seguida os seminários que decorreram no ano de 2019, sendo que pude assistir aos seminários realizados entre Outubro e Dezembro. Resolvi colocar todos os realizados nesse ano a título informativo, para mostrar os diferentes temas relevantes para a geriatria que aí foram abordados.

Habitualmente, na última quinta-feira do mês, o seminário é dirigido pela equipa de enfermagem.



	Data	Horas	Título
Médicos Internos	10/01/19	13-14h	Recepção dos novos internos ao serviço de geriatria
Clássico	17/01/19	13-14h	As fracturas supracondilíneas do fémur da pessoa idosa
Journal Club	24/01/19	13-14h	Factores de prognóstico do <i>outcome</i> funcional após cirurgia de fractura de anca: uma revisão sistemática
Enfermagem	31/01/19	14-15h	Recomendações de boas práticas em geriatria
Clássico	07/02/19	13-14h	Diagnósticos diferenciais dos síndromes demenciais
Clássico	14/02/19	13-14h	Nutrição do paciente idoso com cancro: Um desafio?
Clássico	21/02/19	13-14h	Tratamento da FA na pessoa de idade
Enfermagem	28/02/19	14-15h	A incontinência urinária: abordagem de enfermagem
Clássico	14/03/19	13-14h	Desprescrição de Benzodiazepinas: recomendações
Clássico	21/03/19	13-14h	Apoiar os cuidadores de idosos com distúrbios cognitivos: uma necessidade complexa de implementar
Enfermagem	28/03/19	14-15h	Organização do departamento de geriatria (exclusivamente pessoal Erasmus)
Médicos Internos	04/04/19	13-14h	Recepção dos novos internos ao serviço de geriatria
Enfermagem	25/04/19	14-15h	Relatório do Simpósio de Auxiliares de Enfermagem em Geriatria, Paris, Fevereiro de 2019
Clássico	02/05/19	13-14h	O paciente colega: uma vantagem para todos, inclusive em geriatria
Clássico	09/05/19	13-14h	Relatório sobre o curso: Idade e Oncologia, Mônaco 2018
Clássico	16/05/19	13-14h	Descompensação cardíaca no doente idoso
Clássico	23/05/19	13-14h	Hipotensão ortostática do idoso
Clássico	06/06/19	13-14h	Estudos em geriatria: estado actual
Clássico	13/06/19	13-14h	GLEM: Caso clínico do Hospital Geral de Massachusetts: um homem de 84 anos com inchaço testicular unilateral indolor
Clássico	20/06/19	13-14h	Diabetes em idosos: últimas recomendações
Médicos Internos	04/07/19	13-14h	Recepção dos novos internos ao serviço de geriatria
Médicos Internos	03/10/19	13-14h	Recepção dos novos internos ao serviço de geriatria
Clássico	10/10/19	13-14h	Gestão da osteoporose em geriatria
Clássico	17/10/19	13-14h	Sem seminário – Congresso de Geriatria de Liège
Enfermagem	24/10/19	14-15h	Indicadores em ortogeriatrics
Clássico	07/11/19	13-14h	Actualização em sarcopenia
Clássico	14/11/19	13-14h	A abordagem sistémica em geriatria
Clássico	21/11/19	13-14h	Gestão da anticoagulação em geriatria
Enfermagem	28/11/19	14-15h	Gestão da dor pós-operatória em geriatria
Clássico	05/12/19	13-14h	A abordagem geriátrica multidisciplinar para cuidadores: recomendações
Clássico	12/12/19	13-14h	Geriatria na Itália e Portugal: experiência de dois médicos visitantes

Tabela 2

No primeiro seminário de recepção dos novos internos, além da explicação do funcionamento do Serviço, recebi ainda um pequeno livro com os critérios STOPP/START essenciais à detecção de prescrições inadequadas a pessoas com mais de 65 anos.

Como podemos ver na calendarização, apresentei, em conjunto com uma colega Italiana, a Sra. Dra. Angela Motz, o último seminário de 2019, intitulado “Geriatria na Itália e Portugal: experiência de dois médicos visitantes”.

Assisti ainda a quatro seminários realizados pelo serviço de medicina interna para todo o hospital. Em três destes seminários foram apresentados casos clínicos do serviço, um deles com possibilidade de interação do público através de um sistema de voto eletrónico para responder a questões apresentadas sobre o caso. Outro seminário a que assisti incidia sobre métodos de investigação, apresentado pelo serviço de estatística.

Particpei em alguns eventos científicos durante o meu estágio, entre os quais destaco as Jornadas de Outono da Sociedade Belga de Geriatria, em Liège.

Nestas jornadas discutiram-se vários temas relacionados com a geriatria, alguns deles também já abordados em seminários do Serviço. Entre eles:

- Actualizações
  - Suporte no AVC agudo: existe idade limite?
  - Novos consensos do tratamento da diabetes tipo 2: aplicação em geriatria
  - Desprescrição em geriatria
- Informações práticas actuais relativas a anticoagulação do grande idoso
  - Introdução e desafios da prática clínica quotidiana
  - Novas normas do uso de NOACs na Fibrilhação Auricular do grande idoso
- Anestesiologia
  - Uso do Cannabis no tratamento da dor
  - Realidade virtual e o tratamento da dor crónica
  - Anestesia do paciente idoso
- Sessão Plenária
  - Pessoa idosa e eutanásia – reflexões sobre a evolução da aplicação da lei
  - Da teoria à prática da eutanásia no Centro Hospitalar Universitário de Liège – uma experiência multidisciplinar
- Cuidados Paliativos
  - Lugar da Fisioterapia nos cuidados paliativos
  - Como identificar os doentes paliativos?
  - Cuidados paliativos – ponto de vista dos médicos de família
- Actualizações em Geriatria
  - O paciente colega/parceiro: uma vantagem para todos, inclusive em geriatria
  - Implantação de um processo de acreditação num serviço de Geriatria
  - Avaliação geriátrica global – importância do enfermeiro na ligação com oncogeriatria
- Abordagem Multidisciplinar em Geriatria
  - Gestão psicocorporal do paciente com síndrome de desadaptação psicomotor
  - A corrida dos cuidadores – conceito de tempo na prática do cuidador
  - Podologia do idoso: experiência de um Podólogo numa unidade de cuidados agudos

- Velhice, os recursos do tempo
  - Enfrentar a idade avançada – discurso dos centenários e pistas de interpretação sociológica
  - Desenvolvimento de regulação afectiva, estratégias
- Os arquitectos do tempo
  - Criar a sua vida.. Sim!
  - Uma vida plena, uma história escrita aos 80 anos
  - Idosos gangsters – um combate e experiências a partilhar

Além destas, houve discussão de alguns casos e formações interdisciplinares como:

- Medo de quedas – Fisioterapia e Neuropsicologia
- Disfagia – Fisioterapia e Nutrição
- Acompanhamento de familiares – Ergoterapia e Neuropsicologia

Tive ainda possibilidade de assistir, no dia 27 de novembro, a um seminário realizado pelo serviço de Cardiologia. Este foi apresentado por um médico convidado, professor John Eikelboom, conhecido mundialmente como investigador e autor no campo da hematologia e no manejo de patologias tromboembólicas, profundamente envolvido na criação de várias *guidelines* Canadianas relativamente a anticoagulação.

A sua apresentação era intitulada: "Como garantir a segurança do paciente ao iniciar a anticoagulação em um paciente com FA diagnosticado recentemente?", a qual considero, juntamente com a discussão subsequente e a sessão de perguntas e respostas, das mais interessantes que tive oportunidade de assistir.

Particpei ainda num curso intitulado "terças-feiras em Geriatria" (Mardis de la Gériatrie), organizado pelo "Centre de Recherches et d'Etudes Appliquées de la Haute Ecole Ilya Prigogine – CREA HELB", em que as sessões programadas foram as seguintes:

- Os esquecimentos dos lares e cuidados continuados
  - Indivíduos com atraso desenvolvimento/ défice cognitivo e o seu envelhecimento
  - Doentes psiquiátricos envelhecidos
  - Alcoolismo
- A sexualidade das pessoas de idade
- Actualizações na gestão da incontinência urinária nos lares e em cuidados continuados
  - Incontinência Urinária do idoso
  - Incontinência Urinária e o Idoso, destino?
- Gestão da dor em lares e cuidados continuados
  - Opióides: argumentos a favor e contra
  - Auto-hipnose na gestão da dor
  - Métodos alternativos para gestão da dor (canábis, capsaicina 8%, esketamine, realidade virtual/aumentada..)
- Cuidados de suporte da pessoa idosa institucionalizada
  - Necessidades psicológicas
  - O papel do fisioterapeuta na prevenção de quedas

- Colaboração entre terapeuta da fala e nutricionista na gestão da disfagia

Saliento, por fim, que fui convidado a participar na festa de natal do serviço de Geriatria, que ocorreu no dia 30 de Novembro, com o tema de vestiário “preto e branco com um toque de loucura”. Este encontro envolveu todos os profissionais do serviço de todas as equipas, servindo como exercício de fortalecimento do funcionamento interdisciplinar do serviço, tal como para apresentar e introduzir novos elementos do Serviço que tinham sido contratados recentemente.

## **Conclusão/Comentários finais**

Considero que este estágio no serviço de Geriatria do Hospital Erasme em Bruxelas foi muito positivo. Estive em contacto com uma realidade e metodologia que superaram, em muito, as minhas expectativas.

Os únicos procedimentos que tenho pena de não ter podido assistir foram as-avaliações neuropsicológicas no hospital de dia. Estas entrevistas eram realizadas numa sala de pequenas dimensões com limite de participantes, sendo que com a presença das neuropsicólogas, tradutor (se necessário), estagiários em formação, alunos ou internos, rapidamente este limite era atingido. Infelizmente apenas entrei em contacto com a equipa de neuropsicologia durante o último mês do meu estágio, numa altura em que estes exames eram menos realizados e estava já atingida a sua lotação máxima pela assistência de outros profissionais.

Finalmente, quero aproveitar para agradecer à excelentíssima Sra. Dra. Sandra De Breucker por me ter acolhido e possibilitado realizar este estágio no seu serviço. Quero ainda agradecer ao Professor Doutor Manuel Teixeira Veríssimo pelo apoio que me deu ao longo do estágio e esclarecimentos que foi prestando sempre que necessário. Agradeço ainda ao Professor João Malva pelo apoio e documentação que me forneceu para realizar a apresentação sobre a Geriatria em Portugal, tal como a todos os médicos que gentilmente responderam às minhas questões sobre o tema. Em último, mas não menos importante, quero agradecer à minha família pelo apoio que recebi e continuo a receber, sem a qual não me tinha sido possível realizar este estágio com tamanha realização a nível pessoal e profissional.

## Bibliografia

Todas as informações colocadas e referidas neste trabalho foram redigidas a partir de:

- Notas e fotografias pessoais
- Documentos e apresentações disponibilizadas na pasta do Serviço ou gentilmente cedidas mediante pedido
- Informações disponíveis online
- Brochuras e publicações obtidas ao longo do estágio
  - entre os quais, *“La fin de vie – Questions et réponses sur les dispositions légales em Belgique; Association pour le Droit de Mourir dans la Dignité (APMD) avec l’aide du Service Public Fédéral (SPF)”*