

FOLLOW-UP

O 20.º Congresso Nacional de Medicina Interna em revista

Em entrevista, o Prof. Manuel Teixeira Veríssimo, presidente da SPMI desde o dia 2 de maio, revela que a criação do Centro de Formação e de novos Núcleos de Estudos são apostas do atual mandato.



Agosto de 2014 | Distribuição gratuita aos sócios da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna



A qualidade das sessões científicas e o entusiasmo dos participantes traduziram o sucesso do 20.º Congresso Nacional de Medicina Interna. A vitalidade desta especialidade refletiu-se não só no número de congressistas, como de trabalhos selecionados para apresentação – o maior dos últimos dez anos. Entre as várias personalidades que marcaram a história recente da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna, este evento contou também com a presença de Alberto João Jardim, na sessão de abertura, e de Marcelo Rebelo de Sousa, convidado para proferir a lição magistral.



ESPERANÇA RENOVADA NO FUTURO DA MEDICINA INTERNA



de científica dos serviços portugueses de Medicina Interna revela a força desta especialidade no panorama científico. O entusiasmo dos internos é o reconhecimento da importância deste Congresso na formação, investigação, atualização e partilha do conhecimento médico. Além disso, mostra o quanto a Medicina Interna está viva e que o trabalho da SPMI ao longo dos anos não foi em vão.

CAMINHOS DA MEDICINA INTERNA

A participação ativa dos internistas nesta reunião – onde ninguém esteve dispensado de pensar, criticar e inovar – fez com que, além da satisfação pelo sucesso alcançado, fosse possível acumular ideias que vão ajudar a moldar o futuro da especialidade, numa altura em que a SPMI lança no terreno o projeto «Caminhos da Medicina Interna». Num tempo em que esta se assume como uma especialidade nuclear e o internista como um pilar determinante na sua instituição de saúde, o sentimento de união e de orgulho que se viveu no 20.º CNMI vem abrir novos caminhos.

Este projeto da SPMI pretende ser um retrato objetivo e imparcial da atividade da Medicina Interna portuguesa, bem como uma reflexão acerca das ameaças e dos desafios que enfrentamos. Somos contemporâneos de profundas mudanças sociais, consequência de estrangimentos económicos sem igual na nossa história. Deste contexto resultam profundas mudanças na área assistencial, relacionadas com a saúde e com enormes limitações orçamentais.

Coloca-se, mais do que nunca, a necessidade de repensar a metodologia da formação médica, que tem de ser adequada às novas perspetivas da prestação de cuidados de saúde. É também necessário refletir sobre o perfil do médico que queremos no futuro, para termos mais e melhor assistência na doença, pelo menos, sem mais custos. Penso que uma sólida e adequada formação médica, obrigatoriamente associada a noções básicas de gestão, trará uma redução de custos na prestação de cuidados de saúde, mantendo a necessária e exigida qualidade.

O Serviço de Medicina Interna do Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira (SESARAM-EPE) orgulha-se do privilégio que teve em organizar o 20.º Congresso Nacional de Medicina Interna (CNMI), que decorreu entre os dias 12 e 15 de março de 2014, na cidade do Funchal. As expectativas iniciais foram largamente superadas, não só pela qualidade da discussão técnica e científica, mas também pelo entusiasmo dos congressistas que participaram ativamente nas sessões, nos cursos, nos eventos sociais, no «Cantinho dos Talentos» (uma inovação desta edição) e na «agenda paralela», que cumprimos nos intervalos e permitiu estabelecer novas relações de amizade e explorar novas ideias e conceitos clínicos.

A participação massiva traduziu-se não só no número de inscrições e de trabalhos apresentados, mas também no elevado número de palestras e conferências de grande qualidade, superando todas as nossas expectativas. A crescente ativida-

FICHA TÉCNICA

NOTA: os textos desta publicação estão escritos segundo as regras do novo Acordo Ortográfico.

PROPRIEDADE: Sociedade Portuguesa de Medicina Interna
Rua da Tobis Portuguesa, nº8 - 2ª sala 9
1750 - 292 Lisboa
Tel.: (+351) 217 520 570
(+351) 217 520 578
Fax: (+351) 217 520 579
secretariado@spmi.pt • www.spmi.pt



EDIÇÃO:



Esfera das Ideias, Lda.
Av. Almirante Reis, nº 114, 4.º E, 1150 - 023 Lisboa
Tel.: (+351) 219 172 815 • Fax: (+351) 218 155 107
geral@esferadasideias.pt • www.esferadasideias.pt

Direção: Madalena Barbosa (mbarbosa@esferadasideias.pt)
Redação: Inês Melo, Luís Garcia e Mansa Teixeira
Design: Filipe Chambel

JORNAL PATROCINADO POR:



4 Hiperligações na Medicina Interna

5 • Hepatologia: novos desafios para a Medicina Interna
• Doença endócrina múltipla

6 • O doente para além da autoimunidade
• Tarde do Jovem Internista

7 A Medicina Interna e as Ciências Sociais e Humanas no ensino pré e pós-graduado como fator de humanização na prestação de cuidados

8 • Hepatites víricas
• Atualização em doença vascular cerebral

9 Olmesartan: uma combinação para cada tipo de hipertensão

10 • Atualidades da infeção VIH/Sida
• As unidades de cuidados intermédios médicos
• HTA: a mesma abordagem, novas estratégias

11 Novas perspetivas na anticoagulação com rivaroxabano

12 Problemas comuns nos idosos

14 • Diabetes *mellitus*
• HTA: nova abordagem de uma velha doença

15 • Terapêutica antimicrobiana
• A Medicina Interna e a otimização dos recursos hospitalares

16 O Dr. António Rodrigues Dias escreve sobre os desafios atuais da Medicina Interna

17 Destaques do 21.º Congresso Nacional de Medicina Interna, que será presidido pelo Dr. Luís Campos

18 Entrevista com o Prof. Manuel Teixeira Veríssimo sobre os projetos da nova direção da SPMI

O SERVIÇO ORGANIZADOR

O Serviço de Medicina Interna do SESARAM resulta da fusão de três serviços (Medicina I, II e III), que se deu em novembro de 2008. Atualmente, ocupa os 2.º e 3.º pisos do Hospital dos Marmeleiros, no Funchal, integrando a Unidade de Cuidados Especiais, a Unidade de Acidentes Vasculares Cerebrais e a Unidade de Imunoalergologia. Ao longo dos últimos cinco anos, os profissionais deste Serviço têm superado grandes desafios, como a informatização de todo o processo clínico, duas catástrofes que assolaram a Madeira (fevereiro de 2010 e agosto de 2013) e uma epidemia de dengue (novembro e dezembro de 2012). No contexto formativo, o Serviço de Medicina Interna do SESARAM foi responsável pela organização recente de várias ações: os cursos anuais «O Internista na Urgência»; as 1.ªs e 2.ªs Jornadas do Serviço de Medicina Interna e o 20.º Congresso Nacional de Medicina Interna – sendo que neste último a equipa esteve «mais firme e unida do que nunca», observa a Dr.ª Maria da Luz Brazão.

O internista, com a sua grande abrangência técnico-científica – enquanto elo de ligação entre o doente, os seus direitos e os órgãos de gestão – faz com que a Medicina Interna tenha a possibilidade de marcar um importante ponto de viragem, trazendo para a prática clínica qualidade consistente, sem perder de vista a necessidade de lutar para que ninguém seja excluído da prestação básica de cuidados por motivos económicos. Que sejamos nós, internistas, os líderes de opinião sobre propostas para o futuro.

ENRIQUECIMENTO CIENTÍFICO

Todos estes desafios influenciaram a escolha do vasto programa científico que selecionámos para o 20.º CNMI, o qual contribuiu, com toda a certeza, para o nosso enriquecimento científico e intelectual. Organizar e dimensionar temas para este evento foi um trabalho gigantesco. É humanamente impossível esgotar todos os assuntos de interesse numa especialidade holística como a Medicina Interna. A nossa grande preocupação foi apostar na abrangência, tentando cativar, com temas atuais e controversos, todos os participantes – desde o médico mais diferenciado ao jovem interno.

Destaco as sessões sobre o papel crucial do internista num hospital de agudos – gestão de riscos e otimização de recursos – e os novos avanços nas várias áreas de intervenção da Medicina Interna. Foram também discutidos os desafios nas áreas da hepatologia, doenças autoimunes, doença raras, doença vascular pulmonar, doenças cerebrovasculares, hipertensão arterial, dislipidemias e infeção VIH/Sida. Estiveram ainda

em destaque as sessões sobre a importância das ciências sociais e humanas no ensino pré-graduado e pós-graduado como fator de humanização na prestação de cuidados, a importância do internista nas unidades de cuidados intermédios e a abordagem dos problemas comuns no idoso.

Privilegiámos os nossos internos com uma diversidade de cursos, reservámos uma tarde para o Jovem Internista, refletimos sobre o perfil do internista que queremos no futuro e repensámos a metodologia da formação. Estamos seguros de que o conjunto de excelentes preletores nacionais e estrangeiros, bem como os participantes de todo o País, fizeram deste evento um fórum de discussão em torno de patologias e boas práticas médicas. De facto, a participação viva dos internistas fez deste Congresso um momento alto da formação médica em 2014.

A dificuldade acrescida de estarmos rodeados por mar foi facilmente contornada por uma equipa de trabalho coesa e amiga, que constitui o Serviço de Medicina Interna do SESARAM e da qual me orgulho de ser diretora. Para eles, o meu sincero agradecimento. Uma palavra de apreço e agradecimento também aos Núcleos de Estudos da SPMI, que conosco colaboraram na organização das mesas-redondas e às empresas da indústria farmacêutica pelo apoio financeiro, sem o qual seria impensável a realização deste Congresso. Um agradecimento muito especial às secretárias da SPMI, a Adelina, a Ana e a Cristina, pela sua competência e dedicação invulgares.

Agradeço ainda aos colegas congressistas e aos convidados por terem aceitado o desafio

20.º CONGRESSO EM NÚMEROS

1 400	inscrições
1 799	trabalhos submetidos para apreciação
1 532	trabalhos aprovados pelo júri
1 000	pósteres
150	casos clínicos
120	comunicações orais
262	imagens em Medicina

de discutir e, mais do que isso, ajudar a construir o futuro da Medicina Interna, com a esperança renovada na capacidade dos internistas fazerem face às exigências de uma Medicina moderna. Termino agradecendo à SPMI pela confiança em nós depositada para a organização do 20.º Congresso Nacional de Medicina Interna. ●



Maria da Luz Brazão
Presidente da Comissão Organizadora do 20.º Congresso Nacional de Medicina Interna



CURSOS

Os primeiros dias do 20.º Congresso Nacional de Medicina Interna foram dedicados à formação, com a realização de oito Cursos Pré-Congresso, entre os dias 10 e 12 de março.



PROGRAMA CULTURAL

A iniciativa «Um Cantinho de Talentos» foi uma novidade desta edição, com a exposição permanente de obras de pintura, fotografia e cartas do período pré-adesivo, da autoria de vários internistas.

RISCO TROMBOEMBÓLICO E RACIONALIDADE NA GESTÃO DOS RECURSOS

COMENTÁRIO DR. LUÍS CAMPOS

Diretor do Serviço de Medicina IV do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental/Hospital de São Francisco Xavier | Presidente da mesa-redonda «Hiperligações»

«O risco tromboembólico é um tema cada vez mais importante. Assintomas, atualmente, a uma mudança de paradigma, que deixa de se centrar no diagnóstico para se concentrar no risco. Em muitas circunstâncias, não existe um *cut-off* nítido entre a doença (tal como é definida pelos consensos das sociedades) e o estado de saúde. Por exemplo, por que motivo deve um doente com 141 mmHg de pressão arterial sistólica ser considerado hipertenso e outro com 139 mmHg não?»

Por outro lado, habitualmente, as pessoas não têm apenas uma doença, mas sim várias e múltiplos fatores de risco. Logo, é importante avaliar o risco global do doente e ter uma estratégia para cada caso. Cerca de 50% dos doentes internados nas enfermarias hospitalares têm risco tromboembólico, sendo que o repouso no leito representa o fator de risco mais importante. Apesar disto, 40% dos doentes cirúrgicos e 60% dos doentes médicos não faz trombopprofilaxia. Existe ainda pouca evidência científica em alguns aspetos relacionados com este risco, nomeadamente sobre a conjugação de patologias comuns nos doentes mais típicos das enfermarias, como os idosos e/ou os doentes com várias comorbilidades.

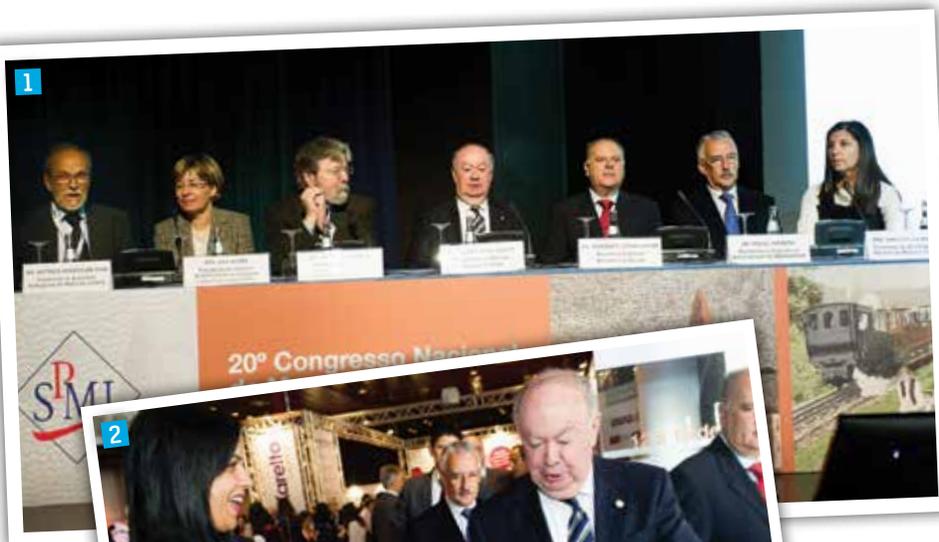
Na gravidez, o período de maior risco trombótico são as seis semanas



O Dr. Pedro Marques da Silva falou sobre o risco tromboembólico no doente internado, na sessão em que intervieram também a Dr.ª Alexandra Bayão Horta, o Dr. António Martins Baptista, o Dr. Luís Campos, o Dr. João Sá, o Dr. Jorge Lima e o Dr. José Pimenta da Graça

pós-parto, particularmente se o parto foi feito por cesariana. A avaliação do risco deve ser efetuada antes da conceção ou numa fase precoce da gravidez, nomeadamente nas grávidas de maior risco, e devem ser tidos em conta dois novos fatores: a morte fetal no útero e o parto pré-termo. Outra ideia salientada na sessão foi a de que o levante precoce após o parto (nas primeiras sete horas, mesmo nas cesarianas) é uma das medidas mais eficazes na profilaxia do tromboembolismo.

O pedido racional de exames complementares de diagnóstico, também discutido nesta sessão, é fundamental e permite ganhos de eficiência. Exames excessivos levam a gastos excessivos e não está provada uma relação direta entre a quantidade de exames realizados pelos doentes e a sua saúde.»



1

1. CERIMÓNIA DE ABERTURA Participaram na inauguração do 20.º Congresso Nacional de Medicina Interna o Dr. António Rodrigues Dias (então presidente da SPMI), a Dr.ª Ana Nunes (presidente do Instituto de Administração da Saúde e Assuntos Sociais, IP-RAM), o Dr. Francisco George (diretor-geral da Saúde), Alberto João Jardim (presidente do Governo Regional da Madeira), o Dr. Francisco Jardim Ramos (secretário regional dos Assuntos Sociais), o Dr. Miguel Ferreira (presidente do Conselho de administração do SESARAM, E.P.E) e a Dr.ª Maria da Luz Brazão (presidente do Congresso).



2

2. PRESIDENTE DO GOVERNO REGIONAL DA MADEIRA Alberto João Jardim enalteceu o funcionamento do Serviço de Medicina Interna (MI) do SESARAM, realçando que a MI é a «mãe de todas as especialidades e que estabelece uma proximidade única com os doentes».



3

3. LIÇÃO MAGISTRAL Marcelo Rebelo de Sousa foi o orador da conferência «65 anos de gratidão à Medicina Interna». Filho de pai médico, este orador começou por elogiar o trabalho de Paulo Macedo na «gestão hábil» da pasta da Saúde. Sobre os momentos mais marcantes da história da MI, recordou os anos entre 1960 e 1980, em que os avanços científicos e fisiológicos terão levado à afirmação de outras especialidades, «fazendo com que a MI perdesse terreno». Depois da «explosão» da subespecialização, o conferencista frisou que, nos últimos anos, a MI voltou a impor-se como uma «área nobre e ascendente» nas universidades e nos hospitais, com a valorização da vertente clínica. Segundo Marcelo Rebelo de Sousa, também a criação do Serviço Nacional de Saúde (SNS) foi fulcral para a valorização do papel da MI. «Nos últimos anos, os internistas têm sido a coluna vertebral do SNS», afirmou.

ESPECIFICIDADES DAS DOENÇAS ENDÓCRINAS MÚLTIPLAS

COMENTÁRIO DR. LUÍS BRITO AVÔ

Internista no Centro Hospitalar Lisboa Norte/Hospital de Santa Maria I
Presidente da mesa-redonda «Doença endócrina múltipla»

«O principal objetivo desta mesa-redonda foi alertar os internistas para as doenças endócrinas múltiplas, que são raras e os seus mecanismos fisiopatológicos de natureza genética, autoimune e oncológica. As síndromes neoplásicas foram o tema da primeira intervenção. As mais conhecidas são as neoplasias endócrinas múltiplas tipo I (MEN I), e tipos MEN II A e B. O MEN I tem causa autossómica dominante e resulta de mutações do gene da proteína menina, que provoca tumores das paratiroideias, dos ilhéus pancreáticos, da hipófise anterior e raramente das suprarrenais.

Quanto ao MEN II A e B, as mutações do proto-oncogene RET (*REaranged during Transfection*) são a causa determinante e o quadro típico é constituído por carcinoma medular da tiroideia, feocromocitomas e hiperparatiroidismo, podendo ainda ocorrer tumores não endócrinos e um habitus marfanoide. Estas síndromes foram abordadas pelo Prof. João Martin Martins, endocrinologista no Hospital de Santa Maria, com elegante sistematização e excelente abrangência do conhecimento acumulado nesta área. Já o **Prof. Philippe Chanson, diretor do Serviço de Endocrinologia e Doenças Reprodutivas no Hôpital Bicêtre, em Paris, explicitou com enorme atualidade o estado da arte da síndrome de MacCune-Albright.** Esta doença genética expressa a tríade de displasia óssea fibrosa, manchas cutâneas cor de café com leite, endocrinopatias múltiplas e resulta de mutações do gene GNAS.

Por outro lado, as síndromes poliglandulares autoimunes tipo I e II têm como base a infiltração linfocitária e a presença de autoanticorpos específicos para órgãos endócrinos, gerando o hipo ou hiperfunção glandular. A síndrome de tipo I tem causa genética, predomínio pediátrico, autossómico e recessivo, por mutações da proteína AIRE-1, que regula a imunidade. Expressa-se por candidíase mucocutânea, poliendocrinopatias e distrofias cutâneas. Já a síndrome de tipo II é mais comum, surge na idade adulta, tem associações ao sistema HLA e caracteriza-se por disfunção tiroideia, doença de Addison e diabetes tipo 1.

Após uma revisão dos principais mecanismos fisiológicos e sua disfunção, que presidem à gênese destas patologias, o Prof. Dewton de Moraes Vasconcelos, imunologista no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Brasil, apresentou um conciso *update* da caracterização clínico-patológica, dos métodos de diagnóstico e da abordagem terapêutica destas situações.»



NOVOS DESAFIOS EM HEPATOLOGIA

COMENTÁRIO DR. JOSÉ PRESA

Internista no Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro I Presidente da mesa-redonda «Hepatologia: novos desafios para a Medicina Interna»

«Saber quando enviar o doente com falência hepática aguda para transplante é algo com que o internista deve estar familiarizado e, para tal, só estudando e fazendo-se rodear pelos mais experientes na matéria pode ajudar na decisão. Isto é fundamental, pois são os internistas que estão na linha da frente para lidar com estes doentes no serviço de urgência e nos internamentos. Na apresentação sobre insuficiência hepática aguda, a Prof.^a Helena Pessegueiro Miranda, responsável da área médica da Unidade de Transplante Hepático do Centro Hospitalar do Porto/Hospital de Santo António, explicou claramente quais as orientações a seguir, visto que nem todos os doentes podem ser transplantados de urgência.

Esteato-hepatite não alcoólica foi o tema que se seguiu, apresentado pelo Dr. Jorge Leitão, internista no Centro Hospitalar e Universitário de

Coimbra. O objetivo foi dar a conhecer os avanços num grupo patológico que, nos próximos anos, será a grande epidemia do ponto de vista hepático, provocada por problemas metabólicos relacionados com o excesso de peso e a obesidade. Concluiu-se, todavia, que o principal problema em relação à esteato-hepatite não alcoólica continua a ser a falta de opções terapêuticas válidas. Entre as existentes, as melhores são as que levam à redução do peso. Esta situação acaba por ser mais complexa do que parece, pois implica mudanças no estilo de vida dos doentes.

Por último, o Dr. Paulo Carrola, internista da Unidade de Hepatologia do Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro/Unidade de Vila Real, falou sobre a abordagem diagnóstica, terapêutica e prognóstica da ascite, nomeadamente em contextos distintos, como nas enfermarias dos serviços de Medicina Interna, nos serviços de urgência e na importância dos hospitais de dia. Esta foi uma intervenção mais prática sobre o dia a dia do internista neste âmbito, com a explicação de como se devem abordar estes doentes (com todas as suas particularidades), que, muitas vezes, não têm a devida oportunidades para serem tratados nas melhores condições.»



Prof. Luís Costa Matos, Dr. Jorge Leitão, Dr. Paulo Carrola, Dr.ª Maria Jesus Banza, Prof.ª Helena Pessegueiro Miranda e Dr. José Presa

QUESTÕES INERENTES ÀS DOENÇAS AUTOIMUNES

COMENTÁRIO DR. CARLOS DIAS

Chefe de serviço de Medicina Interna no Centro Hospitalar de São João, no Porto | Um dos moderadores da mesa-redonda «O doente para além da autoimunidade»

«O principal objetivo desta sessão foi discutir a gestão do diagnóstico diferencial das doenças autoimunes, as interações entre fármacos e os custos que estas patologias acarretam. Como o diagnóstico é difícil, opta-se por um processo de exclusão, isto é, por intermédio dos resultados dos exames complementares e pelos próprios sintomas dos doentes, vão-se colocando de parte as patologias mais vulgares. Estamos a falar de doenças que têm um leque diverso de manifestações clínicas, daí o diagnóstico diferencial ser tão importante.

Como estes doentes tomam, habitualmente, vários fármacos, desde os analgésicos para as dores aos imunossuppressores para a patologia auto-

mune em si, falar sobre iatrogenia medicamentosa é relevante. Assim, foi feita uma revisão sobre as interações entre os fármacos mais frequentes neste âmbito e alguns dos seus efeitos colaterais, principalmente dos imunossuppressores, pois interferem com o sistema imunológico e, geralmente, são tóxicos para o organismo.

O último tópico em debate, e talvez o mais polémico, foi o “fardo global” destas doenças, pois são dispendiosas para os hospitais devido ao valor das terapêuticas, sobretudo as biológicas (dezenas de milhares de euros por mês). As restrições de algumas unidades hospitalares na prescrição de medicamentos foi uma das questões em destaque. Apesar da controvérsia, o mais importante é a existência de recomendações rigorosas sobre a utilização dos fármacos e o dever do médico no seguimento desses critérios. O peso económico, especialmente para o Serviço Nacional de Saúde e para a Segurança Social, das consequências destas doenças, como as faltas ao trabalho e as reformas antecipadas, foi também destacado.»

O «fardo global» das doenças autoimunes foi o tema abordado pelo Dr. Luís Campos na sessão que contou também com as participações da Dr.ª Susana Oliveira, do Dr. Carlos Dias, da Dr.ª Teresa Faria, do Prof. José Delgado Alves e do Dr. Pedro Vito



DINAMISMO DOS INTERNOS E JOVENS ESPECIALISTAS

COMENTÁRIO DR.ª CRISTINA TEIXEIRA PINTO

Coordenadora do Núcleo de Internos de Medicina Interna (NIMI) da SPMI | Moderadora e oradora da sessão «Tarde do Jovem Internista»

«A participação da Dr.ª Blanca Pinilla deu-nos a conhecer um modelo de avaliação de formadores já implementado, que nos permite evitar o trabalho de começar do zero, ajustando-o à nossa realidade e colmatando as disfuncionalidades já detetadas. Mais importante do que isso, foi uma forma de apresentar uma ideia mais concreta acerca de um tema que tem estado sobre a mesa há algum tempo e que o NIMI considera ser de todo o interesse para a melhoria da formação em Portugal.

A grande participação dos internos de todo o País e o entusiasmo que demonstraram com o inquérito nacional que promovemos são reveladores de que os internos estão interessados em discutir connosco a melhoria do Internato de Medicina Interna. Os resultados mostram-nos que, de uma forma geral, os internos estão satisfeitos, apesar de haver claramente áreas a melhorar. Surpreendentemente, os aspetos apontados como mais importantes prendem-se com a disponibilidade e a motivação dos orientadores, e não com a formação teórica ou prática adicional.

O descontentamento dos internos é mais evidente em relação ao atual modelo de avaliação final de Internato, que consideram pouco justo e uniforme, tendo sido uma das áreas abordadas posteriormente em *workshop*, com sugestões interessantes sobre como promover a equidade a nível nacional.

A “Tarde do Jovem Internista” teve uma participação recorde, em gran-



Dr.ª Rafaela Veríssimo, Carla Araújo, Cristina Teixeira Pinto e Blanca Pinilla

de parte porque contámos com a comparência significativa de especialistas, formadores e diretores de serviço, que se interessaram pelos temas em debate e fizeram questão de estar presentes e de nos dar o seu apoio. As intervenções do Dr. António Martins Baptista e do Dr. João Correia foram, sem dúvida, as que mais promoveram o debate e galvanizaram a participação dos internos.

De uma forma geral, consideramos que o 20.º Congresso Nacional de Medicina Interna foi um grande sucesso e temos de agradecer a forte dedicação a temáticas relacionadas com a formação, que muito agradam aos internos, mas também aos especialistas. Existe muito dinamismo entre os mais jovens, que estão interessados em promover ativamente a Medicina Interna.»



A (DES)HUMANIZAÇÃO DA MEDICINA

COMENTÁRIO DR. CARLOS VALÉRIO

Especialista em Medicina Interna e Medicina Geral e Familiar | Docente jubilado da Escola de Ciências da Saúde da Universidade do Minho | Palestrante na conferência «A Medicina Interna e as Ciências Sociais e Humanas no ensino pré e pós-graduado como fator de humanização na prestação de cuidados de saúde»

«Se fosse hoje, teria utilizado o título “A (des)humanização da Medicina. Como chegámos aqui? O que fazer?” para a minha comunicação! O mote que consta no programa científico é extremamente extenso, talvez demasiado académico e pouco provocador para despertar maior interesse e inquietar as consciências... Estamos a falar de um dos maiores problemas na prestação de cuidados de saúde, que já não é de agora.

Estudos nacionais e internacionais mostram que esta matéria é uma das maiores preocupações dos governos. Por exemplo, no Relatório da Comissão da Qualidade de Cuidados de Saúde do Serviço Nacional de Saúde Inglês, entre as áreas mais comuns de fracasso encontram-se, em primeiro lugar, as normas relativas ao respeito e à dignidade dos utentes; em segundo, a nutrição e, em terceiro, os cuidados gerais e o bem-estar. Já em Portugal, entre as dez causas mais mencionadas nas reclamações do Serviço Nacional de Saúde, a primeira relaciona-se com as vertentes humanas e somente a sétima tem a ver com a má prática. A técnica está bem, as humanidades nem por isso! É esta a realidade que temos de enfrentar.

Para atestar a importância do tema que me propus apresentar, finalizo com o relato do diálogo inicial da minha comunicação com a assistência.



“De todos os presentes, quem já esteve internado?”, questionei. Uma fatia significativa revelou que sim. De seguida, perguntei-lhes: “O que mais os sensibilizou/marcou positiva ou negativamente durante o internamento – a vertente técnica ou a humana?” A resposta, que aliás não me surpreendeu, foi unânime: a vertente humana. Talvez por serem médicos? E como será com os cidadãos sem o estatuto social de médico? Então, concluí: “É sobre esta questão que vos venho falar, nomeadamente como chegámos aqui e como daqui poderemos sair.” De seguida, apresentei o que de mais relevante se tem investigado e publicado sobre esta matéria. “O Universo é feito de histórias, não de átomos”, como disse Muriel Rukyser.»



DOENÇA VASCULAR PULMONAR O Dr. Sacha Mussot foi palestrante na mesa-redonda dedicada às recomendações atuais para o tratamento da embolia pulmonar e da hipertensão pulmonar tromboembólica crónica.



OUTRAS CONFERÊNCIAS O Prof. José Delgado Alves (à esq.) e o Dr. Alberto Mello (abaixo) e Silva foram preletores nas conferências sobre «Novos aspetos da abordagem terapêutica em doenças imunomediadas» e «Dislipidemias – velhos e novos fármacos», respetivamente.



CURA DA HEPATITE C A CAMINHO

COMENTÁRIO DR.ª CRISTINA VALENTE

Infecionista no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra | Uma das oradoras na mesa-redonda «Hepatites víricas»

«Área das hepatites víricas tem-se revelado entusiasmante nos últimos dois/três anos, particularmente devido ao desenvolvimento de fármacos, cujas combinações prometem fazer desaparecer o vírus da hepatite C (VHC) num futuro próximo. O sofosbuvir, um inibidor da polimerase, associado a outro fármaco – seja um inibidor protease de segunda vaga (simeprevir) ou um inibidor da região NS5A (daclatasvir ou ledipasvir) – permite taxas de resposta virológica sustentada (RVS) próximas dos 100%. Também a terapêutica combinada ABT/450/r+ombitasvir+dasabuvir demonstrou curar o VHC na quase totalidade dos doentes e obter uma RVS de 96% nos indivíduos cirróticos.

De referir ainda que os últimos estudos na coinfeção pelo VIH/VHC mostraram taxas de resposta de 72 a 100%, quer com o sofosbuvir, o simeprevir ou o faldaprevir em combinação com PegIFN (interferão peguado) e ribavirina, quer com a combinação de sofosbuvir e ledipasvir, entre outros. Já não há razões para o coinfectado ser tratado de forma diferente do monoinfetado, no entanto, devem ter-se em atenção as potenciais interações medicamentosas – quer destes fármacos com a terapêutica antirretroviral, quer com eventuais fármacos para comorbilidades associadas.

Quanto à hepatite B, os resultados dos estudos revelaram que, ao fim de cinco anos de utilização de tenofovir e de entecavir, houve uma melhoria histológica, com regressão da fibrose hepática. Apesar de o risco de carcinoma hepatocelular estar sempre presente, verificou-se um decréscimo da probabilidade de desenvolvimento deste tumor nos indivíduos sob terapêutica prolongada com estes antivíricos.»

O Prof. Armando Carvalho falou sobre a terapêutica atual da hepatite C, na sessão em que participaram a Dr.ª Manuela Doroana, a Dr.ª Cristina Valente, a Dr.ª Ana Paula Reis, o Prof. Rui Sarmiento e Castro, o Dr. Fernando Maltez e a Dr.ª Josefina Mendez



UPDATE EM DOENÇA VASCULAR CEREBRAL

COMENTÁRIO DR.ª TERESA CARDOSO

Especialista em Medicina Interna no Centro Hospitalar de São João, no Porto, e coordenadora do Núcleo de Estudos da Doença Vascular Cerebral da SPMI | Uma das moderadoras da mesa-redonda «Atualização em doença vascular cerebral»

«A intervenção do Dr. Pedro Soares Branco, chefe de serviço de Medicina Física e de Reabilitação no Hospital Curry Cabral, em Lisboa, sobre acidente vascular cerebral (AVC) e dor, focou um tema da maior importância, dado que a dor crónica é das complicações mais frequentes após o AVC, atingindo cerca de um terço dos sobreviventes nos primeiros quatro meses. Constitui um forte obstáculo à reabilitação, interferindo com o sono, o humor, a qualidade de vida e aumentando a mortalidade a longo prazo. Há vários tipos de dor, sendo relevante assinalar que a dor central neuropática (síndrome talâmica) pode não ser referida pelo doente como dor e o seu aparecimento tardio (tempo de latência até 18 meses) contribuir para o seu subdiagnóstico.

Quanto à trombólise, abordada na mesa-redonda pelo Prof. Paulo Chaves, internista na Unidade de AVC do Centro Hospitalar de São João, no Porto, existe um grande debate e investigação no que respeita à extensão das suas indicações. Na base desta discussão está o facto de muitos doentes com AVC isquémico agudo não receberem tratamento trombolítico intravenoso com *tissue plasminogen activator* (TPA), devido a contra-indicações, e muitos dos critérios de exclusão serem baseados em consensos e não na evidência. Estudos recentes demonstraram que há subgrupos de doentes com contra-indicações relativas, que podem beneficiar do tratamento ou, pelo menos, não serem prejudicados, como os doentes com mais de 80 anos ou AVC



Dr.ªs Luísa Fonseca, Teresa Cardoso e Teresa Fonseca e Dr. Pedro Soares Branco

minor. Mais estudos são necessários para reavaliar as contra-indicações atuais.

Falando sobre a relação entre o AVC e a autoimunidade, o Prof. Carlos Vasconcelos, diretor da Unidade de Imunologia Clínica do Centro Hospitalar do Porto/Hospital de Santo António, debruçou-se sobre a noção de que o sistema nervoso central (SNC) e o sistema imune inter-atuam, direta e indiretamente, através do eixo hipotalâmico-pituitária-suprarrenal e do sistema nervoso autónomo. O AVC altera a função do sistema imune e vice-versa. No local do AVC, a isquemia e o dano tecidual ativam a imunidade inata, ocorrendo autoimunidade local e imunossupressão periférica, o que aumenta o risco de infeção. As doenças autoimunes podem, por sua vez, envolver o SNC e o sistema periférico, como no caso do lúpus eritematoso sistémico e da síndrome antifosfolípida (SAF). Num estudo europeu recente verificou-se uma incidência de 20% de AVC e de 11% de acidentes isquémicos transitórios (AIT) em doentes com SAF.»

VANTAGENS DO OLMESARTAN EM DIFERENTES COMBINAÇÕES

A versatilidade do olmesartan no tratamento da hipertensão arterial, em monoterapia ou em associação com bloqueadores dos canais de cálcio ou diuréticos, foi um dos aspetos centrais do simpósio-satélite «Olmesartan: uma combinação para cada tipo de hipertensão», organizado pela A. Menarini. A eficácia nas 24 horas e o perfil de segurança foram duas das vantagens destacadas.

A necessidade de intervir o mais cedo possível na hipertensão arterial (HTA), evitando as suas consequências, foi um dos aspetos destacados pelo orador do simpósio, Dr. Lacerda Nobre, coordenador da Unidade de Medicina Interna do Hospital de Cascais Dr. José de Almeida. «Uma descida suficientemente marcada e sustentada da pressão arterial [PA] não só impede o crescimento da placa aterosclerótica, como até permite a sua regressão», afirmou.

De acordo com Lacerda Nobre, o médico deve optar por uma classe terapêutica que bloqueie o sistema renina-angiotensina-aldosterona (SRAA) – como os inibidores da enzima de conversão da angiotensina (IECA) ou os antagonistas dos recetores da angiotensina (ARA) II – e um bloque-

ador dos canais de cálcio (BCC) ou um diurético. Segundo este especialista, «o olmesartan em monoterapia é mais eficaz do que os outros ARA II, seja o losartan, o valsartan ou o telmisartan, com a vantagem adicional de eficácia ao longo das 24 horas, o que é extremamente importante, porque previne os eventos coronários nas preocupantes horas da manhã».

O olmesartan oferece também a possibilidade de se associar com um diurético ou um BCC, como a amlodipina. Caso a escolha recaia sobre um diurético, trata-se de uma associação «muito mais eficaz na diminuição da PA sistólica e diastólica do que a monoterapia». Além disso, «a eficácia da associação com olmesartan também é maior do que com valsartan ou ibesartan, considerando as mesmas doses de diurético».

Segundo Lacerda Nobre, «a amlodipina também potencia o efeito anti-hipertensor do olmesartan, com a mais-valia de esta associação reduzir o edema maleolar provocado pela amlodipina».

O Prof. Manuel Teixeira Veríssimo, internista no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, que foi o moderador do simpósio, destacou também a «grande eficácia do olmesartan, não só na descida dos valores da pressão arterial, mas também na proteção dos órgãos-alvo». Outro aspeto sublinhado por este especialista foi a semivida longa do fármaco, com ação ao longo das 24 horas. ●



CONCLUSÕES DO SIMPÓSIO



- A HTA não se associa apenas à subida da PA e depende de fatores genéticos, ambientais e comportamentais;
- A intervenção medicamentosa implica um conhecimento profundo do doente e a maioria dos casos exige terapêutica de associação;
- As associações devem incluir, preferencialmente, bloqueadores do SRAA – como os IECA e os ARA II – e um BCC ou um diurético, de acordo com as *guidelines* conjuntas da Sociedade Europeia de Hipertensão com a Sociedade Europeia de Cardiologia;
- O olmesartan demonstrou ter um benefício não só ao nível da redução da PA, com uma cobertura de ação nas 24 horas. Além disso, tem benefícios comprovados na remodelação endotelial e na redução da incidência da microalbuminúria, apresentando ainda um efeito anti-inflamatório;
- Este ARA II oferece a possibilidade de se associar com um diurético ou um BCC (a amlodipina);
- A sua associação com um diurético permite aumentar a eficácia e a adesão à terapêutica;
- A amlodipina potencia o efeito anti-hipertensor do olmesartan, com a mais-valia de a associação destas duas moléculas reduzir o edema maleolar provocado pela amlodipina.

FUTURO OTIMISTA NO TRATAMENTO DA INFEÇÃO VIH/SIDA



Dr. José Malhado, Dr.ª Teresa Branco, Prof. Francisco Antunes, Dr.ª Nancy Faria e Dr. António Diniz

COMENTÁRIO DR. JOSÉ MALHADO

Diretor do Serviço de Medicina 7-1 do Centro Hospitalar de Lisboa Central/Hospital Curry Cabral | Presidente do Núcleo de Estudos da Infecção ao VIH da SPMI | Um dos moderadores da mesa-redonda «Infecção VIH/Sida»

«O envelhecimento da população infetada com o vírus da imunodeficiência humana (VIH) foi um dos temas em foco nesta sessão. Se por um lado esta realidade demonstra a crescente eficácia dos fármacos e das práticas médicas, por outro, há que atentar às complicações que daí advêm. Os doentes passam a ter uma exposição mais prolongada à toxicidade medicamentosa e aparecem efeitos adversos a longo prazo – que ainda estamos a descobrir.

Esta doença passou de fatal a crónica, porém, na minha opinião, vai acontecer um salto ainda maior no futuro, sobretudo em relação à tolerância dos fármacos antirretrovirais e seus efeitos secundários

e à cada vez melhor barreira genética. Se tal acontecer, os doentes passam a ser tratados sem muitos fenómenos de resistência e, como se sabe, com a carga viral suprimida, a percentagem de transmissibilidade diminui muito.

Tudo isto faz supor que, se fosse possível tratar todos os infetados pelo VIH/Sida, levaria a um grande número de doentes com cargas virais indetectáveis, o que diminuiria em muito a transmissão e a epidemia estaria teoricamente controlada. Contudo, e não querendo ser demasiado otimista, também acredito que, logo que surjam mais e melhores substâncias, que atuem nos santuários, estaremos mais próximos da cura.»

UNIDADES DE CUIDADOS INTERMÉDIOS



Drs. António Martins Baptista, Susana Marques, Maria da Luz Brazão, Filipe Nery, Graziela Carvalheiras e Pedro Vita

COMENTÁRIO DR.ª SUSANA MARQUES

Internista no Centro Hospitalar de Setúbal/Hospital de São Bernardo | Uma das moderadoras da mesa-redonda «As unidades de cuidados intermédios médicos»

«Dr. Pedro Abecasis, responsável pela abertura da Unidade de Cuidados Intermédios Médicos (UCIM) do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental/Hospital de Egas Moniz, deu-nos uma visão importante sobre a criação e a necessidade destas unidades. Já o Dr. Pedro Vita, internista na UCIM do Centro Hospitalar do Porto/Hospital de Santo António (HSA), expôs as indicações atualmente preconizadas para o internamento de doentes e alguns dos protocolos que poderão ser desenvolvidos para melhorar a qualidade da prestação de cuidados. A Dr.ª Graziela Carvalheiras complementou a intervenção anterior, descrevendo a realidade diária da UCIM do HSA.

A inclusão de um estágio opcional de cuidados

intermédios no programa do internato de formação específica de Medicina Interna foi um dos temas destacados pelo Dr. António Martins Baptista, presidente do Colégio da Especialidade de Medicina Interna da Ordem dos Médicos e do Núcleo de Estudos de Formação da SPMI. Estas unidades funcionam como *step-down units* das unidades de cuidados intensivos e *step-up units* das enfermarias e mesmo do serviço de urgência. As novas patologias, o envelhecimento da população e a maior agressividade no tratamento dos doentes levou a um aumento da gravidade dos doentes internados. Tal implica uma modificação de atitudes, com a necessidade de monitorização básica e atos diagnósticos e terapêuticos mais invasivos.»

CONTROVÉRSIAS NO TRATAMENTO ANTI-HIPERTENSIVO

COMENTÁRIO

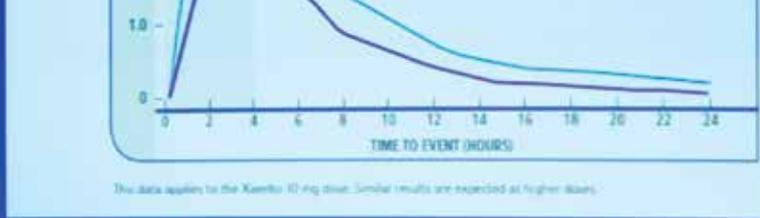
PROF. J. BRAZ NOGUEIRA

Diretor do Serviço de Medicina 1 do Centro Hospitalar Lisboa Norte/Hospital de Santa Maria | Presidente da conferência «HTA: a mesma abordagem, novas estratégias»

«O Prof. Antonio Ramón Hermida, diretor do Laboratório de Bioengenharia e Cronobiologia da Universidade de Vigo, em Espanha, apresentou os resultados de estudos por si coordenados – o MAPEC (*Monitorización Ambulatoria para Predicción de Eventos Cardiovasculares*) e o *Hygia Project*. Estes estudos envolveram milhares de hipertensos com registos de monitorização ambulatória da pressão arterial (MAPA) de 48 horas e demonstraram diminuição do risco cardiovascular com a terapêutica anti-hipertensiva administrada à noite.

Os resultados têm originado inúmeras discussões, dada a acérrima defesa do autor em prol deste modo de administração, principalmente em hipertensos mais graves, independentemente da classe terapêutica dos fármacos e do perfil tensional pré-terapêutica, não tendo, inclusivamente, sido descritas complicações acrescidas. A controvérsia persiste e os argumentos contrapõem-se, perseguindo, no entanto, os objetivos fundamentais do controlo tensional mais efetivo e da diminuição das complicações cardiovasculares e renais da HTA. Atualmente, estão em curso estudos multicêntricos que procuram esclarecer este polémico assunto.»





Kubeiza D et al. Submitted to *Journal of Clinical Pharmacology in Therapeutics* (GP11)



A evidência do rivaroxabano esteve em destaque na comunicação do Dr. Alexander Cohen, no simpósio em que também intervieram os Drs. João Morais, Pedro Marques da Silva, Maria da Luz Brazão e Abílio Reis

AVANÇOS NA HIPOCOAGULAÇÃO EM MÚLTIPLAS INDICAÇÕES

A eficácia, a comodidade e o perfil de segurança do rivaroxabano estiveram em destaque no simpósio-satélite «Xarelto® – novas perspetivas com múltiplas indicações», promovido pela Bayer HealthCare. O tratamento do tromboembolismo venoso (TEV) e a prevenção do acidente vascular cerebral (AVC) e do embolismo sistémico em doentes com fibrilhação auricular (FA) foram as duas indicações mais destacadas.

O Dr. Alexander Cohen, cirurgião vascular e epidemiologista no King's College Hospital, em Londres, foi o primeiro orador da sessão, que teve como *chair* a Dr.ª Maria da Luz Brazão e como *co-chair* o Dr. Pedro Marques da Silva. Além de frisar as vantagens do rivaroxabano – nomeadamente a administração por via oral, a dispensa de monitorização laboratorial frequente e as interações mínimas com outros fármacos e com a alimentação – Alexander Cohen salientou a eficácia e a segurança deste novo anticoagulante oral.

De acordo com a evidência, «o rivaroxabano demonstrou não inferioridade e até uma tendência estatisticamente não significativa para superioridade em comparação com a varfarina». Além

disso, «os novos anticoagulantes orais reduzem o risco de hemorragia intracraniana e permitem uma diminuição de cerca de 10% da mortalidade».

O Dr. Abílio Reis, coordenador da Unidade de Doença Vascular Pulmonar do Centro Hospitalar do Porto/Hospital de Santo António, sublinhou a segurança do rivaroxabano (redução de 46% dos eventos hemorrágicos *major*), em comparação com enoxaparina/antagonista da vitamina K. A redução da hemorragia *major* verifica-se também em doentes frágeis, nomeadamente os idosos ou aqueles que sofrem de insuficiência renal severa ou moderada.

Abílio Reis destacou as *guidelines* do American College of Chest Physicians (CHEST), que recomendam uma terapêutica anticoagulante parentérica ou com rivaroxabano em situações de trombose venosa profunda ou embolismo pulmonar. No mesmo sentido, o National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) referiu,

em 2012, que o tratamento com rivaroxabano constitui «uma opção clínica custo-efetiva em doentes com indicação para tratamento até 12 meses».

Seguiu-se a intervenção do Prof. João Morais, diretor do Serviço de Cardiologia do Centro Hospitalar de Leiria, que salientou que «o rivaroxabano demonstrou ser pelo menos tão eficaz quanto os antagonistas da vitamina K na prevenção do AVC em doentes com FA». Além disso, demonstrou vantagem em populações idosas, com mais comorbilidades, e nos doentes com disfunção renal, dada a sua reduzida excreção renal.

As vantagens da toma única diária do rivaroxabano mereceram também a atenção de João Morais, que destacou que «este é um regime terapêutico simples, aumenta a adesão ao tratamento e não comporta risco hemorrágico ou trombótico acrescido». ●

COMPARTICIPAÇÃO DO RIVAROXABANO EM MAIS INDICAÇÕES

Desde o dia 1 do corrente mês de agosto, o rivaroxabano (Xarelto®) conta com a participação das seguintes indicações terapêuticas em Portugal: prevenção do AVC e do embolismo sistémico em doentes com FA não valvular, tratamento da trombose venosa profunda e do embolismo pulmonar e prevenção do TEV recorrente. Este novo anticoagulante oral com maior número de indicações terapêuticas aprovadas passa assim a ser abrangido com uma taxa de participação de 69% para os utentes do regime geral e de 84% para os utentes do regime especial. Os pedidos de participação agora aprovados pelo Ministério da Saúde foram suportados por estudos de avaliação económica.

MENSAGENS-CHAVE

- **O rivaroxabano é tão eficaz quanto a terapêutica standard, tanto no tratamento do TEV como na prevenção do AVC e do embolismo sistémico em doentes com FA;**
- **Este fármaco tem um bom perfil de segurança, apresentando uma redução de eventos hemorrágicos *major* face à terapêutica *standard*;**
- **O rivaroxabano tem potencial para reduzir o tempo de internamento e os custos hospitalares associados ao tratamento do TEV;**
- **A reduzida excreção renal e o baixo potencial de interações medicamentosas fazem do rivaroxabano um fármaco indicado para o doente idoso (que tem a função renal diminuída e é polimedicado);**
- **O regime de toma única diária é eficaz, promove a adesão à terapêutica e, por conseguinte, a proteção do doente.**



Prof. Manuel Teixeira Veríssimo, Dr.ª Heidi Bruner, Prof. Gorjão Clara, Dr.ª Sofia Duque e Dr. Rui San Bento

IMPORTÂNCIA DAS COMPETÊNCIAS EM GERIATRIA

PROF. FERNANDO SANTOS **COMENTÁRIO**

Chefe de serviço de Medicina Interna no CHUC | Presidente da mesa-redonda «Problemas comuns nos idosos»

COMENTÁRIO PROF. MANUEL TEIXEIRA VERÍSSIMO

Internista no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC) | Moderador da mesa-redonda «Problemas comuns nos idosos»

«**N**esta sessão, discutiram-se queixas comuns nos idosos, cuja etiologia é variada, mas que têm em comum o facto de serem frequentes e de tanto poderem estar associadas ao envelhecimento normal, como a situações patológicas. Daí a importância do correto diagnóstico diferencial, pois evitam-se exames complementares e tratamentos desnecessários, uma vez que estes são fenómenos de senescência. Na sessão, destacou-se que as tonturas, o tremor e as alterações da memória, embora mais frequentes nos idosos, não são uma inerência do envelhecimento e que, além de eventuais doenças causais, podem ser situações provocadas por diversas terapêuticas. Sendo causa de preocupações para o idoso e seus familiares, estes problemas devem merecer sempre a devida atenção, incluindo a referenciação para o especialista da respetiva área, quando necessário.»

«**P**ode considerar-se que esta sessão se inseriu na estratégia do Núcleo de Estudos de Geriatria da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna para estabelecer uma linha de formação, com o intuito de dotar a Medicina Interna de condições para responder qualitativamente aos problemas dos idosos. Gerou-se uma larga discussão, não só sobre os temas abordados, mas também sobre o conceito de geriatria (com destaque para a controvérsia especialidade *versus* competência e para o modo como devem ser criadas as condições que asseguram a sua prática). É de referir que, dos idosos internados nos serviços de Medicina Interna, só cerca de 15% necessitam de cuidados geriátricos. Parece haver amplo consenso de que a melhor resposta tem de ser dada pela organização do serviço ao incluir no seu quadro médicos internistas com competências em geriatria, para colmatar as necessidades relativas ao internamento e ao funcionamento de uma consulta de geriatria.»

«**TECIDO ADIPOSEO: O BOM E O MAU**» Dr. Ricardo Gomez Huelgas (conferencista) e Prof.ª Léilita Santos (presidente)



«**A TUBERCULOSE, A MADEIRA E O CASO DE LANGERHANS**» Dr. António Barros Veloso

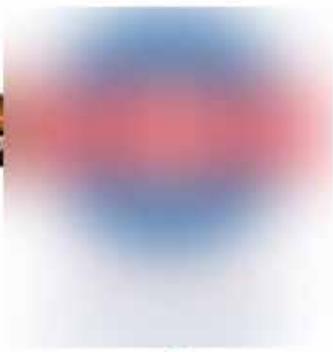
«**O INTERNISTA COMO GESTOR DO DOENTE**» Dr. João Sá



«**FORMAÇÃO EM MEDICINA INTERNA**» Drs. Maria da Luz Brazão, José Barata, Luísa Guimarães, António Martins Baptista (presidente da mesa), Javier Garcia Alegria (moderador) e Miguel Toscano Rico



«**O PAPEL DO INTERNISTA EM MUCOPOLISSACARIDOSES**» Drs. Luís Brito Avô (presidente) e Patrício Aguiar (conferencista)



A. MENARINI PORTUGAL

HOT TOPICS DA DIABETES MELLITUS



COMENTÁRIO DR. ÁLVARO COELHO

Coordenador do Núcleo de Estudos da Diabetes Mellitus (NEDM) da SPMI | Presidente da mesa-redonda «Diabetes mellitus»

«O congresso nacional da SPMI é um momento da maior importância para o NEDM. Este ano, organizámos uma mesa-redonda e uma conferência internacional, sendo que nos orgulha o facto de muitas comunicações orais e cartazes versarem sobre a diabetes mellitus, que, por ser uma entidade crónica, sistémica e multifatorial, assume um papel importantíssimo na Medicina Interna. O Congresso anual da SPMI é uma oportunidade de excelência, não só para debater a problemática, mas também para atualizar saberes, apresentando e discutindo temas atuais, com especialistas de referência em diabetologia.

A fisiologia do tecido adiposo; o melhor uso das insulinas; a controvérsia suscitada pelas recomendações nacionais, europeias e americanas para os cuidados a pessoas com diabetes; a posição da Ordem dos Médicos e da Direção-Geral da Saúde na discussão das Normas de Orientação Clínica; os novos conceitos e os recursos farmacológicos para a diabetes e suas complicações foram alguns dos *hot topics* abordados este ano.

Além disso, houve também oportunidade para anotar a informação que a indústria farmacêutica pôs à nossa disposição, numa época em que o conhecimento dá “saltos enormes”. A importância da prevenção, do diagnóstico precoce e da adequada e atempada intervenção terapêutica, bem como a tentativa de interpretar e perceber os motivos que fazem de Portugal o país da Europa com a mais elevada prevalência de diabetes e com custos tão significativos, foram também alvo de destaque.»

HIPERTENSÃO ARTERIAL NO IDOSO E NA GRÁVIDA



Dr. João Araújo Correia, Dr. Pedro Marques da Silva, Dr.ª Maria Augusta Borges e Prof. Manuel Teixeira Veríssimo

COMENTÁRIO DR. PEDRO MARQUES DA SILVA

Especialista de Medicina Interna e Farmacologia Clínica no Centro Hospitalar de Lisboa Central/Hospital de Santa Marta | Moderador da mesa-redonda «HTA: uma nova abordagem de uma velha doença»

«Não existem dúvidas de que as estratégias de valorização, tratamento e objetivos a atingir dependem do conjunto de constrangimentos que tem o idoso com hipertensão arterial (HTA). Na mesa-redonda que abordou este tema, concluiu-se que há benefícios em tratar o hipertenso idoso e que os objetivos terapêuticos devem ter em conta o conjunto de situações clínicas e fragilidades inerentes. Por isso, frequentemente, há que ser menos estrito quanto aos objetivos tensionais a alcançar. No caso de um doente com mais de 80 anos, por exemplo, de forma geral, ficamos satisfeitos com valores de pressão arterial (PA) sistólica abaixo dos 150 mmHg.

Outro tema discutido nesta sessão foi a prática de exercício físico por doentes hipertensos. Trata-se de uma parte estruturante da modificação dos estilos de vida, que contraria a obesidade, facilita o controlo metabólico, auxilia a modulação positiva do sistema nervoso simpático, regula a homeostasia cardiovascular, entre outros benefícios. Há resultados comprovados de que o exercício aeróbico regular é recomendado, se possível, diariamente – melhor ainda se complementado com exercícios de reforço muscular.»

COMENTÁRIO

DR.ª MARIA AUGUSTA BORGES

Internista no Centro Hospitalar de Lisboa Central/Maternidade Dr. Alfredo da Costa | Oradora na mesma mesa-redonda

«As manifestações hipertensivas estão presentes em cerca de 7 a 10% das gravidezes, com uma prevalência em Portugal estimada em 6%. O meu principal objetivo foi sensibilizar os clínicos para o impacto da HTA não controlada na gravidez, que acarreta consequências potencialmente fatais, sendo a pré-eclâmpsia (PE) uma das principais complicações.

Realço a necessidade de avaliar em consulta pré-concepcional a mulher com HTA crónica, para otimizar os valores da PA, controlar comorbilidades e corrigir fatores de risco modificáveis. Além disso, atualmente, é possível calcular o risco preditivo de ocorrência de doença hipertensiva na gravidez.

Sublinho ainda o papel benéfico da Aspirina® em baixas doses na prevenção da PE em mulheres com fatores de risco ou que tiveram complicações hipertensivas em gravidezes anteriores. Outro tema debatido na sessão foi a importância da alfametildopa no tratamento da HTA não complicada na gravidez, com exceção do puerpério, pelo risco de depressão pós-parto.»

DESAFIOS ATUAIS DO TRATAMENTO ANTIMICROBIANO

COMENTÁRIO DR. FERNANDO ROSAS VIEIRA

Internista no Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho | Um dos moderadores da mesa-redonda «Terapêutica antimicrobiana»

«O interesse da discussão em torno dos antibióticos, cada vez mais atual, não pode ser ignorado. O início da sua utilização marcou de forma decisiva a evolução da Humanidade, pois, na era pré-antibiótica, as infeções eram a causa mais frequente de morte. A descoberta dos primeiros antibióticos fez com que a comunidade científica criasse a ideia de que seria possível erradicar as infeções. A evolução dos tempos mostrou que tal não era verdade e revelou um dado assustador: a facilidade com que as bactérias criam resistência a este tipo de fármacos, fruto de uma capacidade ímpar de se adaptarem às adversidades do meio.

Assim, a importância da abordagem desta temática é inquestionável. A mesa-redonda em que tive a honra de ser moderador abordou aspetos importantes. Em primeiro lugar, o Dr. Luís Caldeira, infeciologista no Centro Hospitalar de Lisboa Norte/Hospital de Santa Maria, comentou os avanços na terapêutica antibacteriana, sendo que, nas últimas décadas, não foram criadas novas moléculas em número significativo e é importante que se continue a investir neste âmbito. O Dr. José Neves, infeciologista no mesmo hospital, falou sobre a terapêutica antifúngica atual, nomeadamente as três classes utilizadas: polienos, equinocandinas e azóis.



Drs. José Neves, Luís Telo, António Sarmento, Germano do Carmo, Fernando Rosas Vieira e Luís Caldeira

A resistência aos antimicrobianos e os respetivos mecanismos são conhecimentos que têm de estar presentes, no sentido de os compreendermos para os evitarmos. Este tema foi apresentado pelo Dr. Luís Telo, pneumologista no Centro Hospitalar de Lisboa Norte/Hospital Pulido Valente. Note-se que as infeções fúngicas têm um particular interesse, pois afetam doentes imunocomprometidos, que são cada vez mais prevalentes nos nossos hospitais. Vários fatores contribuem para esta situação, incluindo a idade, as doenças metabólicas e as doenças neoplásicas. Poderíamos dizer que os desafios colocados à comunidade científica e aos doentes são suficientemente graves para percebermos que não temos de hipotecar as futuras gerações, tornando-as protagonistas numa era pós-antibiótica. A responsabilidade e a racionalização no uso dos antibióticos são desafios e objetivos a cumprir.»

INTERNISTA COMO PIVÔ DE DIFERENTES REDES DE CUIDADOS



COMENTÁRIO DR. FILIPE BASTO

Internista no Centro Hospitalar de São João, no Porto | Orador da conferência «A Medicina Interna e a otimização dos recursos hospitalares»

«Falar de otimização dos recursos hospitalares pressupõe uma perspetiva integrada, não apenas de um sistema de saúde (SS) nacional, mas também do que é hoje viver em sociedade. Os recursos devem utilizar-se não só para promover e preservar a nossa saúde, como para prosseguir a rota de sucesso civilizacional que Portugal tem vindo a cursar, mitigando, num desafio bem-sucedido, algumas das leis mais implacáveis da natureza.

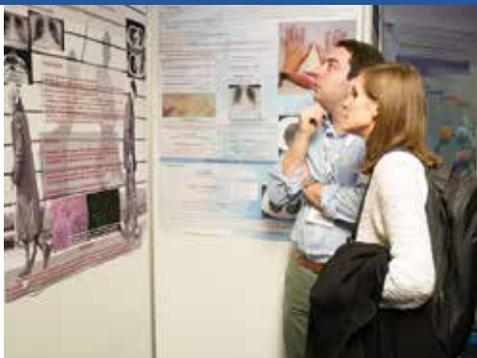
Nesse sentido, criar riqueza e gerir os recursos disponíveis assumem par-

titular relevo – só assim poderemos ter mais sem que “outros” hipotequem o seu futuro. A solução passa, como dizia Churchill, pela arte de fazer não apenas o melhor que podemos, mas o que for necessário! Ou seja, escolher e discriminar, de forma explícita e com responsabilização. Escolher a melhor distribuição dos recursos, discriminando o seu valor (presente e futuro) para cada indivíduo, para a população e para a sociedade.

Na equação pesam a qualidade e a relevância dos resultados em saúde, o nível dos serviços prestados e os recursos que serão afetados. Trata-se de uma tarefa muito difícil, que nos deve envolver a todos, enquanto cidadãos. Mas é também uma oportunidade para que as qualidades do internista atenuem as assimetrias de informação entre quem recebe cuidados, quem os presta, quem os administra e quem os paga. Vemos o internista como pivô essencial de coordenação entre redes de cuidados e de especialidades, otimizando a adequação e maximizando a utilidade das prestações.

As mudanças em curso no SS fundamentam-se na melhoria de resultados, promovendo rigor e eficiência na gestão e na alocação de recursos. Sabemos que o sucesso destas transformações está por comprovar. Contudo, a relevância do internista estará garantida pelo cultivo das suas competências, que são tão essenciais como as vogais que pontuam o nosso abecedário: **A** – (prestar) assistência (e cuidar/comunicar); **E** – ensinar e educar; **I** – investigar, integrar e inovar; **O** – organizar; **U** – (fazer tudo isto em) unísono. Por que razão esperar para aumentar o nosso contributo?»

TRABALHOS PREMIADOS



Na sessão de encerramento do 20.º CNMI, foram atribuídos prémios aos vencedores dos mais de 1 200 trabalhos apresentados:

Prémio melhor comunicação oral

«Estudo epidemiológico para determinação da prevalência da anemia e do défice de ferro na população portuguesa – estudo EMPIRE», autor principal: Prof.ª Cândida Fonseca.

Prémio melhor caso clínico

«Uma longa caminhada pela hipoglicemia», autor principal: Dr.ª Raquel F. de Sousa.

Prémio melhor imagem em Medicina Interna

«Compreensão venosa por volumoso fecaloma», autor principal: Dr.ª Ana Faceira.

Prémio melhor póster

«O tabagismo aumenta a expressão plasmática da variante DD do polimorfismo da enzima de conversão da angiotensina (ECA)», autor principal: Dr.ª Ana Célia Sousa.

Prémio Geriatria

«Mortalidade e RNCCl», autor principal: Dr. Gonçalo Sarmento.

Prémio Dor Grünenthal

«Dor em contexto hospitalar – uma realidade», autor principal: Dr. Pedro Figueiredo.



ESPECIALIDADE CENTRAL NA ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

DR. ANTÓNIO RODRIGUES DIAS
Presidente da SPMI entre 2012 e 2014

É com um sentimento misto de orgulho e gratidão que recordo o 20.º Congresso Nacional de Medicina Interna, o último da minha direção na SPMI. Agradeço a presença de várias gerações da Medicina Interna, mas também aos que não puderam estar presentes e aos quais é devido um imenso «Obrigado» pela transmissão do testemunho. Foi com muita emoção que assisti à participação de antigos presidentes e de outros membros dos corpos sociais da SPMI. Aos seniores exige-se que saibam comunicar o conhecimento, cultivando o espírito crítico, o rigor, mas também a humildade no reconhecimento do erro.

O orgulho que sinto e que julgo ser comum a todos os internistas é suportado pela demonstração da vitalidade da Medicina Interna – refletida no número de participantes e de trabalhos submetidos – e pelo reconhecimento progressivo da Medicina Interna como especialidade central na organização dos serviços de saúde. Acresce a estes motivos a diferenciação em várias áreas da Medicina Interna, sem negação da matriz da qual provêm, de que são exemplo as consultas específicas criadas em vários hospitais, correspondendo a necessidades dos doentes e ao suporte de trabalhos de investigação.

Há, no entanto, desafios prementes que se colocam à Medicina Interna:

1 Maior responsabilidade perante os doentes e os gestores, paralelamente ao reconhecimento efetivo do papel central da Medicina Interna por parte das administrações. Este reconhecimento tem de ser efetivo e não apenas formal, com um papel mais determinante da Medicina Interna na gestão clínica, baseada numa posição de liderança de equipas, assente em avaliações de resultados e numa estrutura de recursos humanos coesa e cooperativa.

2 Manter o rigor e a qualidade no que se faz. Não basta ver muitos doentes e produzir muitos trabalhos; é preciso apostar no rigor e ter uma participação crítica e autocrítica dos autores, orientadores de formação e revisores.

3 Assumir os riscos de uma maior intervenção assistencial e formativa. Esta interdependência é vital para o desenvolvimento de qualquer especialidade e a Medicina Interna não escapa a essa inevitabilidade. O tempo despendido na formação é parte integrante da carga horária total de trabalho – o saber

não acontece por geração espontânea. É preciso encontrar o equilíbrio entre a atividade assistencial, a atividade formativa e a investigação, como vetores indissociáveis da ação dos internistas.

A SPMI sempre se empenhou no desenvolvimento da atividade formativa dos internistas, particularmente nos últimos 15 anos. Nesta linha de ação, cumprindo o seu principal objetivo estatutário [«(...) promover o desenvolvimento da Medicina Interna ao serviço da saúde da população portuguesa»], a SPMI está a organizar um Centro de Formação com acreditação pública. Esta estrutura deverá contribuir para a preparação dos futuros internistas, mas também para a formação contínua; atualização e recertificação de quem obteve o grau de especialista; e de suporte e apoio à formação institucional prevista no Programa de Formação Específica, em cujas revisões a SPMI tem dado e continuará a dar o seu contributo.

4 Definir/redefinir a nossa missão, as nossas competências e as fronteiras com todos os parceiros – inter pares, outros setores profissionais da saúde e a comunidade (doentes, familiares, associações de doentes, autarquias...). Neste contexto, a SPMI aprovou o projeto «Caminhos da Medicina Interna», a propósito do qual teve lugar um debate, no passado dia 15 de fevereiro, em Coimbra. Desse debate devem ser destacadas duas conclusões que me parecem sintetizar o sentimento dos participantes:

- «A SPMI e o Colégio da Especialidade, através do Plano de Formação, devem definir “um núcleo duro de competências” inerente a todos os internistas, nomeadamente nas áreas que são transversais ao exercício da especialidade. O objetivo é obter reconhecimento público, sem necessidade de, conjuntamente, ter de reafirmar a sua vocação multissistémica e abrangente da diversidade do ser humano doente.»
- «A diferenciação dos internistas em áreas específicas dentro de um Serviço de Medicina, que garante o prestígio científico da especialidade e uma resposta de qualidade ao doente, deve ter subjacente um projeto de investigação clínica bem fundamentado. Cabe ao Serviço de Medicina Interna ser “multicompetente” e não apenas ao internista.»

Esta diferenciação não deve ser confundida com subespecialização, correspondendo a necessidades e condicionalismos locais, relacionados com a prevalência de certas patologias. Estas circunstâncias têm originado algumas situações de «conflito» com outras especialidades, que não podem pretender limitar a intervenção da Medicina Interna.

Estes desafios não constituem motivo de termo e estamos confiantes. Pertencemos à especialidade que tem a visão holística do doente e a capacidade de sintetizar e interligar situações clínicas que podem coexistir. Por isso, é natural e óbvio o papel coordenador reservado ao internista na atuação junto do doente. Temos também capacidade para nos diferenciarmos e, assim, intervirmos com mais profundidade. ●

ANTEVISÃO SOBRE O 21.º CONGRESSO NACIONAL DE MEDICINA INTERNA

«Os elos da Medicina Interna» será o tema do 21.º Congresso Nacional de Medicina Interna, que vai decorrer de 29 a 31 de maio de 2015, no Centro de Congressos do Tivoli Marina Vilamoura. Em entrevista, o Dr. Luís Campos, presidente da Comissão Organizadora, adianta as principais linhas orientadoras deste encontro.

Luís Garcia



A que se deve a escolha do tema «Os elos da Medicina Interna»?

A ideia é reforçar a posição nuclear da Medicina Interna no sistema de saúde, em particular nos hospitais, e o seu papel agregador ao estabelecer pontes com outras especialidades, profissões e áreas do conhecimento. Estas interações fazem parte do nosso dia a dia e queremos desenvolvê-las neste Congresso. Da mesma forma, pretendemos fomentar os elos com a Medicina Interna de outros países europeus, particularmente com Espanha, e com os Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa.

De que profissionais, em concreto, se pretendem aproximar mais?

Em primeiro lugar, dos nossos pares, com quem mais habitualmente interagimos dentro do hospital, sobretudo as subespecialidades médicas. Depois, da Medicina Geral e Familiar, que é um elo essencial para a garantia da continuidade de cuidados. Por outro lado, do conjunto de profissionais que fazem parte da nossa equipa de trabalho, no quotidiano hospitalar – enfermeiros, assistentes sociais, dietistas, fisioterapeutas e farmacêuticos. São profissionais com funções específicas, cujo trabalho é essencial para a qualidade assistencial e para os resultados que alcançamos. Não podemos ainda esquecer a administração hospitalar, fulcral na monitorização dos aspetos qualitativos e económico-financeiros dos nossos serviços.

Neste Congresso, como pretende a SPMI reforçar a sua ligação aos doentes?

Os doentes são, cada vez mais, parceiros na gestão da sua doença e têm uma posição de exigência no processo de decisão sobre as alternativas terapêuticas. Por outro lado, através das suas associações, têm agora um papel mais ativo nas políticas de saúde e no apoio à investigação. Torna-se assim fundamental receberem mais e melhor informação. A Medicina Interna

tem estado um pouco distante das associações de doentes e esse é um aspeto que queremos corrigir. Também nos serviços, queremos que esta preocupação de empoderamento dos doentes faça parte do nosso quotidiano assistencial. Além disso, pensamos que os internistas têm uma posição privilegiada para poderem assumir um papel importante na própria comunidade, no ensino, na formação, na promoção de estilos de vida saudáveis e na prevenção das doenças, aspetos dos quais temos estado um pouco alheados.

De que forma vai decorrer essa aproximação da SPMI às instituições de saúde e da sociedade civil?

Neste Congresso, é nosso objetivo trazer doentes, associações e representantes da sociedade civil para discutir aspetos comuns. Por outro lado, queremos que este encontro se prolongue no tempo. Nesse sentido, a partir de outubro e novembro deste ano, vamos promover reuniões em Lisboa, Coimbra e Porto, em que começaremos a desenvolver as temáticas do Congresso.

Os temas a incluir no programa científico já estão definidos?

O programa definitivo não está fechado, mas certamente incluirá as patologias mais prevalentes nas nossas enfermarias, como a pneumonia, o acidente vascular cerebral, a insuficiência cardíaca, as dislipidemias, as doenças autoimunes, a hipertensão arterial, a diabetes ou a infeção hospitalar. Teremos como critério para a escolha dos temas a sua importância epidemiológica e as patologias com novas indicações terapêuticas. Naturalmente, haverá também um conjunto de assuntos, menos clínicos, subordinados ao tema do Congresso e transversais a outras subespecialidades médicas, profissões ou áreas do conhecimento. Pretendemos ainda trazer a diversidade da expressão fenotípica da Medicina Interna em diferentes países. Em todo o caso, temos presente que o objetivo último do

Congresso é a formação, importante para todos os internistas, mas sobretudo para os nossos internos.

Haverá novidades na estrutura do Congresso?

Vamos introduzir dois aspetos distintos do tradicional. Por um lado, pretendemos criar linhas paralelas de continuidade, a nível temático. Por outro, decidimos que o Congresso vai começar numa sexta-feira e terminar num domingo de manhã, em vez de ser de quinta a sábado, de forma a reduzir o impacto da ausência dos internos nos serviços e a permitir que mais especialistas, os habituais «sacrificados», tenham a oportunidade de participar no Congresso Nacional. ●

IMPORTÂNCIA DA QUALIDADE EM TEMPOS DE CRISE

Além de dirigir o Serviço de Medicina IV do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental/Hospital de São Francisco Xavier e de exercer as funções de vice-presidente da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna, Luís Campos preside ao Conselho Nacional para a Qualidade em Saúde desde 2009.

Para este internista, a qualidade deveria ser um designio prioritário na política de saúde, dado que, «a boa qualidade reduz a despesa e a má qualidade sai muito cara». «Em Portugal, mais de 10% dos doentes internados sofrem de infeção hospitalar. Se conseguíssemos reduzir para metade esta taxa, que é uma das mais elevadas a nível europeu, pouparíamos 280 milhões de euros», exemplifica.

Defendendo que, em tempos de crise económico-financeira, «é ainda mais importante monitorizar a qualidade e garantir a equidade do acesso aos cuidados de saúde», Luís Campos considera que «ainda existe uma variabilidade demasiado acentuada» neste âmbito, não apenas entre diferentes regiões, mas também entre instituições e até, por vezes, dentro do mesmo hospital ou centro de saúde.



«EXISTE UM DÉFICE NA INVESTIGAÇÃO CLÍNICA EM MEDICINA INTERNA»

O Prof. Manuel Teixeira Veríssimo tomou posse no dia 2 de maio passado como presidente da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna (SPMI). Em entrevista, o responsável adianta pormenores sobre alguns projetos do seu mandato, como a criação do Centro de Formação da SPMI, e analisa o estado atual da especialidade e dos cuidados de saúde em Portugal, sublinhando a escassez de investigação nesta área.

Luís Garcia

Os Núcleos de Estudos são um dos principais dinamizadores da atividade da SPMI. Que importância lhes atribui a nova direção? Haverá novidades neste âmbito?

Apesar de a Medicina Interna ser uma especialidade global, os internistas têm interesses mais canalizados que levam à sua agregação em Núcleos de Estudos. Estes grupos são muito importantes para a SPMI e tencionamos não apenas estimular os já existentes, como apoiar a eventual criação de novos. Estamos a pensar criar os Núcleos de Estudos de Insuficiência Cardíaca e de Medicina de Urgência. Também há pessoas interessadas em formar um Núcleo de Estudos de Fatores de Risco Vascular.

Que leitura faz do estado atual da investigação em Medicina Interna em Portugal?

Temos alguma investigação de qualidade em Portugal, mas sobretudo nas áreas mais básicas. Na investigação clínica, nomeadamente em Medicina Interna, existe um défice. Isto porque, normalmente, os médicos estão muito ocupados com os doentes e não têm possibilidade de programar o seu trabalho. Por outro lado, os próprios hospitais estão muito mais focados na prestação de cuidados do que na investigação, embora esta também seja uma responsabilidade sua, porque é necessário conhecer e investigar para tratar melhor os doentes.

Como avalia a formação em Medicina Interna?

O Colégio da Especialidade de Medicina Interna da Ordem dos Médicos, que define o programa do internato, trabalha muito em sintonia com a SPMI, até porque alguns dos atuais membros da direção já pertenceram ao Colégio e vice-versa. Embora considere que o programa atual é bom, penso que deve ser constantemente enriquecido e reformulado. Considero que a SPMI pode também contribuir para a formação dos internos, sobretudo a teórica.

De que forma a SPMI pode contribuir para a formação dos internos?

Está já em construção um pequeno anfiteatro, com cerca de 50 lugares, na sede da SPMI, em Lisboa, onde funcionará o novo Centro de Formação. A partir deste ano, tencionamos ministrar regularmente cursos em todas as áreas que julgamos importantes para complementar a formação dos internos, com o contributo dos Núcleos de Estudos. Queremos que os cursos sejam certificados pela Ordem dos Médicos e pelo Ministério da Saúde, sendo que o Núcleo de Estudos de Formação em Medicina Interna já está a trabalhar nesse sentido.

Há mais novidades previstas?

O Núcleo de Internos de Medicina Interna [NIMI] tem sido muito ativo e, além do seu encontro anual, tem outras atividades em vista. Uma delas é a realização de trabalhos multicêntricos, em relação a diversas patologias, através de representantes do NIMI em vários hospitais do País. Parece-me um trabalho muito interessante e meritório.

Tem sido fácil cativar jovens para a Medicina Interna?

Sim e não. Grande parte dos jovens médicos gosta da Medicina Interna, porque ela representa o ideal de ser médico: receber um doente, conversar com ele, fazer-lhe o exame objetivo, chegar ao diagnóstico e orientar o seu tratamento. No entanto, há outros jovens que apenas escolhem Medicina Interna porque é uma especialidade com muitas vagas – o que não quer dizer que também estes não venham a ser excelentes internistas.

Além do facto de não ser uma das especialidades mais atrativas do ponto de vista da remuneração, o que afasta alguns jovens que até gostam de Medicina Interna e acabam por seguir outras especialidades é a sobrecarga dos serviços de urgência, nos quais os internistas quase não têm períodos de descanso e trabalham em condições exigentíssimas, com prejuízo da sua qualidade de vida.

Acha que, hoje em dia, a população em geral já conhece melhor o âmbito da Medicina Interna?

É mais fácil conhecer o «especialista do coração ou do rim» do que explicar o que é o internista e qual a sua importância. Mas penso que as anteriores direções da SPMI fizeram um bom trabalho de divulgação. Hoje, a especialidade é muito mais conhecida, até porque as pessoas têm um conhecimento muito maior sobre saúde e Medicina em geral. Por exemplo, já sabem que, em certas circunstâncias, faz mais sentido que seja o internista a analisar uma dor em determinado órgão, porque possui uma visão de conjunto.

Essa capacidade de olhar para o doente como um todo continua a ser a grande mais-valia da Medicina Interna?

Sem dúvida! As especialidades médicas isolaram-se nos seus órgãos, mas o organismo continua a ser um e a funcionar em conjunto. Esta visão global tem-se tornado cada vez mais importante, dada a crescente diferenciação das especialidades de órgão, mas também devido ao envelhecimento crescente da população. Hoje, a grande maioria dos nossos doentes são idosos e, normalmente, têm várias doenças, que devem ser tratadas de forma integrada.

PERFIL

UM INTERNISTA COM TRÊS GRANDES PAIXÕES

Nascido em Arazede, concelho de Montemor-o-Velho, Manuel Teixeira Veríssimo formou-se em Medicina pela Universidade de Coimbra e foi na cidade dos estudantes que sempre exerceu, nomeadamente no Serviço de Medicina Interna do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, desde 1980. Casado com uma oftalmologista, tem duas filhas, que seguem as pisadas dos pais: uma está a tirar a especialidade de Medicina Interna, a outra de Ginecologia e Obstetria.

Ainda antes de se especializar em Medicina Interna, Teixeira Veríssimo deixou-se atrair pela Medicina Desportiva, área na qual também é especialista, e foi médico de clubes como o União de Coimbra e a Académica de Coimbra, além de ter dirigido o Centro de Medicina Desportiva de Coimbra até 2002. No entanto, o desporto não o cativa apenas pela vertente médica: jogou futebol em clubes de escalões secundários e ainda se junta, periodicamente, com amigos, para uma «peladinha».

A nutrição e a geriatria são as outras paixões de Teixeira Veríssimo, que conseguiu cruzar as três áreas na sua tese de doutoramento, assente num estudo em que se avaliou (através de parâmetros como o perfil nutricional e lipídico, a coagulação e a imunidade) a evolução de cerca de 60 idosos que seguiram um programa de atividade física durante um ano.

Mais recentemente, interessou-se também pela área da Gestão da Saúde, tendo sido presidente do Conselho de Administração do Hospital Rovisco Pais (2007 a 2012). Entretanto, também fez a pós-graduação em Gestão de Unidades de Saúde da Universidade Católica, tendo posteriormente adquirido a Competência em Gestão dos Serviços de Saúde da Ordem dos Médicos.

Atualmente, além de presidente da SPMI, Teixeira Veríssimo é vice-presidente da Fundação Portuguesa de Cardiologia – Delegação Centro, presidente-eleito da Sociedade Portuguesa de Aterosclerose, vice-presidente da Sociedade Portuguesa de Ciências da Nutrição e Alimentação e presidente da Comissão Instaladora da Competência de Geriatria da Ordem dos Médicos.



A geriatria é precisamente uma das áreas a que mais se dedica. Portugal está preparado para enfrentar os desafios colocados pelo crescente envelhecimento da população?

Não, nem o sistema de saúde, nem o sistema social em geral. O modelo de hospitais que temos hoje, em que 70% dos nossos doentes têm mais de 70 anos, é igual ao que era há 30 ou 40 anos. Precisamos de nos adaptar a esta nova realidade. O ideal é que os nossos idosos envelheçam bem, vivendo o mais possível, mas passando o mínimo tempo possível com incapacidade. Em primeiro lugar, porque é nesta fase de dependência que a qualidade de vida é menor, mas também porque é aquela em que o sistema gasta mais dinheiro. Também deveríamos procurar dar condições aos idosos para que possam viver em casa durante mais tempo. Em vez de virem ao hospital buscar medicamentos ou ficarem internados, porque não hão de ir os médicos, enfermeiros ou assistentes sociais levar-lhes aquilo de que precisam? Seria melhor para os doentes e para sociedade, porque sai mais barato. ●

CORPOS SOCIAIS DA SPMI NO TRIÉNIO 2014-2016

PRESIDENTE: Prof. Manuel Teixeira Veríssimo

VICE-PRESIDENTES

Norte: Dr. João Araújo Correia

Centro: Dr. Jorge Crespo

Sul: Dr. Luís Campos

SECRETÁRIO-GERAL: Dr. Arsénio Santos

SECRETÁRIOS ADJUNTOS

Norte: Dr.ª Helena Sarmento

Centro: Prof. Luís Costa Matos

Sul: Dr. Nuno Bernardino Vieira

TESOUREIRO: Dr. Luís Costa

MESA DA ASSEMBLEIA-GERAL

Presidente: Dr. João Sá

Vogais: Prof. Armando Carvalho

e Dr. Narciso Oliveira

CONSELHO FISCAL

Presidente: Dr.ª Olga Gonçalves

Vogais: Dr.ª Susana Marques e

Dr. Vítor Branco

