

MEDICINA INTERNA Hoje

Janeiro de 2008 | Ano III | N° 7
Trimestral

Ana Escoval

Directora Coordenadora da Unidade
de Financiamento e Contratualização da ACSS

Especialidades generalistas
determinantes na gestão
dos recursos

2008

O Ano dos Jovens
Internistas



O tromboembolismo venoso é um dos maiores problemas de saúde pública na União Europeia⁽¹⁾.



	Nº total de eventos	Nº de eventos em doentes oncológicos
TEV	641,275	101,449
EP não fatal	382,550	103,289
Morte relacionada com TEV	478,500	143,550

⁽¹⁾ Cohen, A.T., Nakhel, A.S. *Int J Cancer Suppl.* 2005, 3: 120-124, 127.



LOVENOX®

CONFIANÇA

AO LONGO DA VIDA



Para mais informações e saber mais sobre o RCM deste produto, entre em contacto com a Sanofi Pharmacia, Lda, Empreendimento Lagares Park, Edifício 1, 2716-244 Porto Salvo. Tel: +351 213 236 400 - Fax: +351 213 236 400. Licenciada por decisão C.R.Z. Cascaes nº 1988 - Quarta - Capital Social € 10.000.000 - Contribuinte nº 500 034 000.





Foto capa: Nuno Coimbra

MEDICINA INTERNA Hoje

2008

O Ano do Jovem Internista

Pela primeira vez em muitas décadas, a Medicina Interna portuguesa conseguiu, em 2007, um destaque sem paralelo, não só entre os seus pares nacionais e europeus, mas também na opinião pública. Os Internistas deixaram de ser “confundidos com as paredes” dos hospitais, e passaram a ser vistos como especialistas indispensáveis para a qualidade da prestação de cuidados de saúde.

Quem convive com eles diariamente sabe disso e os jovens estudantes de Medicina não são excepção. Mas também sabem que a Medicina Interna não é uma especialidade fácil e é por isso esta opção de carreira – opção de vida – deve ser valorizada, para que os internos não concluam, a meio da viagem, que escolheram o caminho errado.

A atracção que as sub-especialidades exercem sobre os jovens médicos é enorme. A possibilidade de concentrar estudo sobre uma parcela específica do saber médico associado à prática de técnicas cada vez mais sofisticadas e economicamente compensadoras é muito sedutora. Contudo a Medicina Interna permite uma visão global e integradora do doente e das doenças, que é hoje imprescindível para a orientação no labirinto em que por vezes parecemos cair (médicos e doentes) com a explosão do conhecimento e informação médica. A isto associa-se o reconhecimento crescente da Medicina Interna como

especialidade basilar de um sistema de saúde que associe qualidade a custo-efectividade. Daí estar a merecer uma atenção cada vez maior por quem tem de decidir sobre a afectação de recursos para a Saúde. Este ano, e pela segunda vez consecutiva, foi atribuído à Medicina Interna o segundo maior número de vagas para a realização do internato complementar, logo a seguir à Clínica Geral, o que diz bem da relevância dos Internistas como sustentáculo do sistema.

Depois de 2007 ter sido o Ano da Internacionalização da Medicina Interna portuguesa, a SPMI decidiu fazer de 2008 o Ano do Jovem Internista, com o objectivo declarado de estimular a opção pela especialidade e a satisfação dos que decidiram abraçá-la. Para tal está a ser organizado um programa que irá decorrer ao longo do ano e em vários pontos do país.

O sucesso que tem sido a organização portuguesa da Escola Europeia de Medicina Interna e o trabalho desenvolvido pelo Núcleo de Internos de Medicina Interna, da SPMI, são apenas dois exemplos de como a capacidade criadora dos jovens Internistas pode e deve ser aproveitada e acarinhada, em benefício dos doentes que são, no fim de contas, a razão da nossa existência enquanto médicos.

Faustino Ferreira

4 Ano do Jovem Internista

A hora dos mais novos

A SPMI decidiu valorizar o trabalho e a opção dos jovens médicos pela Medicina Interna, ao dedicar-lhes o ano que agora começou.

17 OMS alerta

Fumadores são doentes crónicos

Os fumadores são doentes crónicos e necessitam de acompanhamento médico adequado. A avaliação é da Organização Mundial de Saúde (OMS) e foi utilizada com frequência na campanha de sensibilização pública promovida por ocasião do Dia Mundial do Não Fumador, em Novembro.

18 Entrevista

Especialidades generalistas na gestão eficiente dos recursos

A Medicina Interna, bem como a Cirurgia Geral e Familiar, são apontadas por Ana Escoval como exemplos das vantagens que uma perspectiva abrangente pode trazer, não só ao cuidado médico, mas também à gestão das unidades hospitalares.



2008: Ano do Jovem Internista

Chegou a hora dos novos

A SPMI decidiu valorizar o trabalho e a opção dos jovens médicos pela Medicina Interna, ao dedicar-lhes o ano que agora começou.

Nos últimos dez anos temos assistido a uma crescente actividade da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna (SPMI). A nossa Sociedade Científica alargou a sua sede, contratou serviços de informática, contabilidade, consultoria de imagem e comunicação, passou de uma para três secretárias fixas, transformou o Congresso Nacional em anual, organizou o Congresso Europeu de Medicina Interna de maior sucesso até hoje, prepara-se para organizar o primeiro Congresso Ibérico, organizou duas e prepara-se para organizar a terceira Escola Europeia de Medicina Interna (ESIM) em Portugal, promoveu a eleição do Dr. Faustino Ferreira para o Conselho Executivo da Federação Europeia de Medicina Interna (EFIM), participa com acrescida influência nas decisões da EFIM, aparece em tomadas de posição públicas nos meios de comunicação social em assuntos relacionados com a actividade da Medicina Interna, promoveu reuniões de concertação de posições com os seus aliados estratégicos e espera incrementar toda esta actividade nos próximos anos, com o objectivo continuado da melhoria das condições de trabalho e do reconhecimento público dos méritos da Medicina Interna.

Todo este movimento só faz sentido se nos mantivermos focados numa visão de futuro para a especialidade. E esse futuro passará necessariamente pela qualidade profissional e pela capacidade de intervenção participada e empenhada dos mais jovens.

Nesse sentido foi criado já o Núcleo de Estudos dos Internos de Medicina Interna (NIMI) e têm sido organizados Cursos de Formação, sobre os mais variados temas, destinados precisamente aos mais novos entre nós.

A realização da 3ª e última ESIM em Portugal, no início de Setembro no Estoril, poderá ser um evento aproveitado pelos jovens, para uma jornada de grande participação e alcance.

Fui também empossado pela EFIM como coordenador do Grupo de Estudos que tentará promover uma Troca de Internos da especialidade de Medicina Interna, a nível Europeu. Este objectivo, cuja realização não está isenta de dificuldades de percurso, permitiria aos internos passarem algum tempo do seu internato noutro país, o que, seguramente, lhes aumentaria a confiança, confrontaria com as diferentes realidades e práticas clínicas e melhoraria a sua compreensão sobre o Universo Médico Europeu.

Apesar de todas estas actividades e pro-

jectos, foi sentido pela Direcção da SPMI que deveríamos fazer mais para ir ao encontro das expectativas dos jovens Internistas portugueses.

Com este objectivo decidiu a SPMI declarar 2008 como o Ano do Jovem Internista. E o nosso conceito de jovem Internista, passa a ser definido como o conjunto de jovens médicos que são internos da especialidade ou estão nos primeiros cinco anos após o exame de saída.

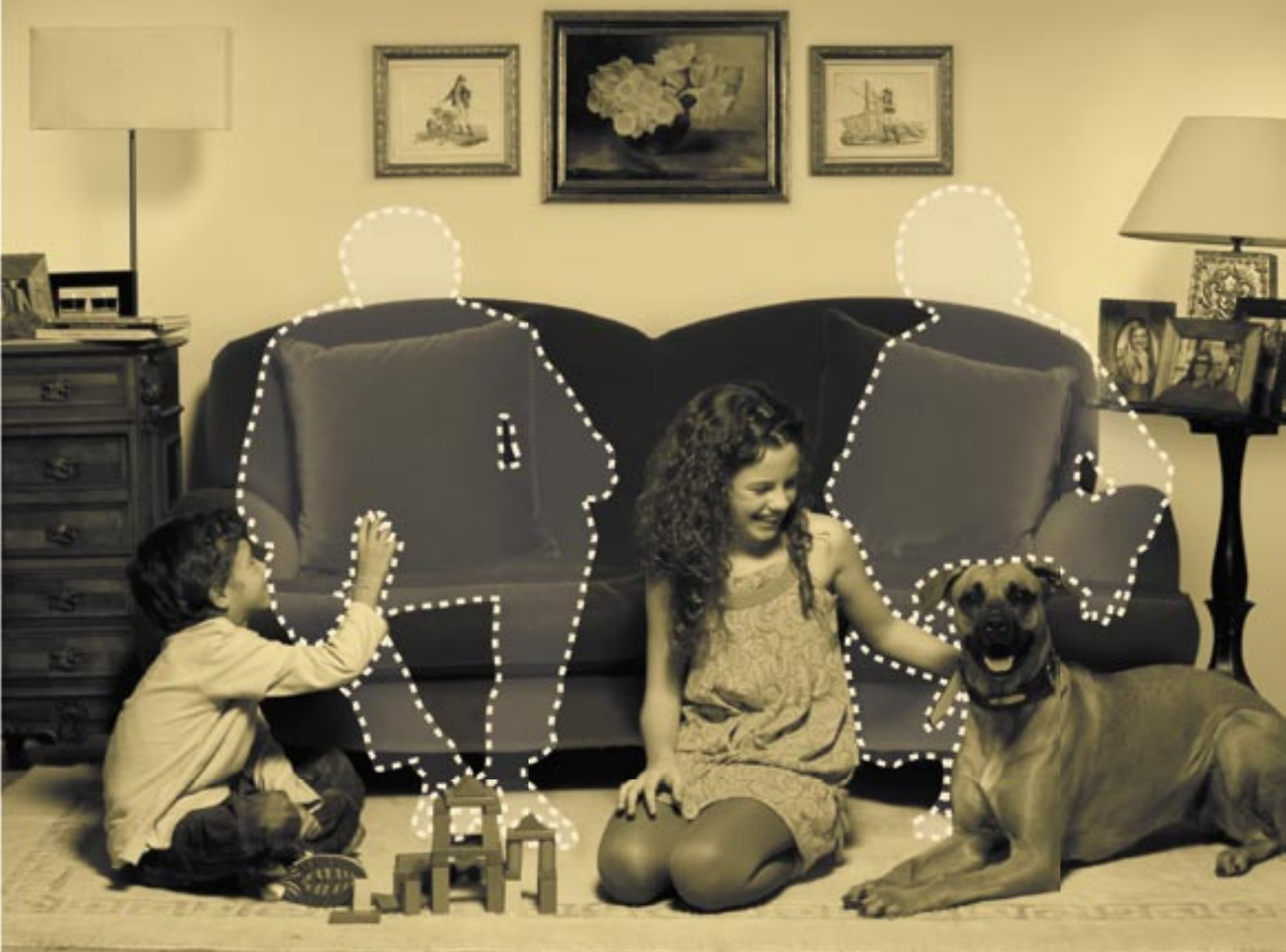
Espera-se, então, que os próprios nos façam chegar os seus anseios e propostas de iniciativas, a lançar este ano, que permitam melhorar o seu desempenho, aumentar a auto-estima e minorar as dificuldades.

Ao NIMI e a todos os outros jovens médicos, principalmente aos que habitualmente se mantêm longe das iniciativas da SPMI, está lançado o repto. Ousem, queixem-se, sugiram, incomodem-nos, mas participem. É para vós que trabalhamos, mas dificilmente levaremos a SPMI a bom porto sem a vossa ajuda.

Façam com que 2008 seja um BOM ANO para o Jovem Internista e um embrião de esperança no Futuro da SPMI, da Medicina Interna e da Saúde em Portugal.

António Martins Baptista
Secretário-Geral da SPMI

A Hipertensão Arterial
é a primeira causa
de morte no mundo.⁽¹⁾



**Os Efeitos Adversos dos fármacos são a causa
mais importante de não-adesão ao tratamento.⁽¹⁾**



José Ávila Costa,
Presidente do Congresso

A propósito dos I Congresso Ibérico de Medicina Interna e XIV Congresso Nacional de Medicina Interna

As Sociedades Portuguesa e Espanhola de Medicina Interna mantêm desde há alguns anos um excelente relacionamento, consubstanciado na realização em simultâneo do I Congresso Ibérico e do XIV Congresso Nacional de Medicina Interna.

Este evento científico, que decorrerá em Vilamoura entre os dias 12 e 15 de Março de 2008, e ao qual as duas sociedades atribuem a maior relevância, está a ser organizado por Internistas portugueses e espanhóis que integram, em paridade, as comissões Organizadora e Científica. A escolha dos temas que vão ser abordados foi feita a partir de um vasto conjunto sugerido pela Comissão Científica. Para além das áreas clínicas, privilegiaram-se assuntos muito ligados à realidade actual da Medicina Interna dos dois países, destacando-se, entre eles, a “Organização Hospitalar e a Medicina Interna”, os “Cuidados Continuados”, as “Alterna-

tivas à Hospitalização Convencional” e “O Internista e a Urgência”.

Sendo o Serviço de Urgência um espaço ocupado pelo Internista, é também fundamental que o especialista de Medicina Interna se prepare para a gestão e aceite sair dos Serviços Clínicos, abrindo-se à comunidade, à qual pode prestar inestimáveis serviços.

Atravessamos tempos de grandes mudanças, cheios de ambiguidades entre a gestão, a economia de recursos, os direitos do cidadão e o exercício técnico da Medicina, não sendo difícil adivinhar o papel definitivamente marcante que a Medicina Interna vai desempenhar num futuro próximo, altura em que será feita justiça quer à competência, quer à indispensabilidade da nossa especialidade.

A preparação multidisciplinar do especialista de Medicina Interna faz dele o interlocutor privilegiado do doente. Ao Internista interessam todos os doentes e todas as patologias.

O doente nunca ouvirá do Internista um

desinteressado “isto não é comigo”, mesmo quando o envia a outra especialidade para um parecer. O Internista racionaliza procedimentos e terapêuticas, esclarece as dúvidas interdisciplinares e reorienta o doente, tantas vezes perdido entre as consultas de várias especialidades.

O Internista aceita todos os desafios colocados pela doença, marcando presença no esclarecimento e orientação dos casos que parecem não caber em nenhuma outra especialidade. Recebe sempre os doentes que, complicados na multidisciplinaridade da sua situação clínica, são devolvidos aos seus cuidados.

No início e no fim da doença aceita os doentes que ninguém quer. O Internista é, pois, o especialista irrecusável.

Os I Congresso Ibérico e XIV Congresso Nacional de Medicina Interna, que deverão contar com a participação de cerca de 1500 especialistas portugueses e espanhóis, constituirão um acontecimento para médicos. O doente, no entanto, estará sempre presente.

A redução da pressão arterial reduz substancialmente o risco cardiovascular.⁽¹⁾



A lercanidipina demonstrou ser um anti-hipertensor eficaz e bem tolerado para qualquer doente hipertenso na prática clínica diária, independentemente do perfil de risco cardiovascular.⁽²⁾

(1) 2007 Guidelines for the management of Arterial Hypertension. J Hypertens 2007; 25: 1105-1187

(2) Barros, V et al. Int J Clin Pract 2006; 60 (11): 1364-1370

RCM e preços noutra página desta publicação.

DELTA
Laboratórios

Sob licença:
RECORDATI

Laboratórios Delta, Lda. - Rua Direita de Massamá, 148 - 2745-751 Massamá - Cont. 500 802 380 - info@laboratoriosdelta.pt - www.delta.pt



Artrite reumatóide

A primeira causa de incapacidade em Portugal

Em Portugal, rondam os três mil euros os custos médios anuais de cada paciente de artrite reumatóide. Eles são também responsáveis por custos médicos directos três vezes superiores, taxas de hospitalização duas vezes superiores e dez vezes mais incapacidade para o trabalho do que a população saudável. Também nesta doença, a Medicina Interna tem um papel importante.

sões indicam que em 21 por cento dos doentes os custos anuais ultrapassam os cinco mil euros. Em Portugal, a prevalência da artrite reumatóide é de 0,35 por cento, existindo entre 30 mil e 50 mil doentes. A faixa etária mais atingida é dos 30 aos 50 anos.

A perturbação do sistema imunitário na artrite reumatóide caracteriza-se por uma situação de hiperactividade. A expressão destas alterações manifesta-se clinicamente por dor, rigidez e tumefacção articulares, podendo provocar a destruição da cartilagem, perda óssea e incapacidade funcional.

Para além disso, podem ser afectados outros órgãos ou sistemas, tais como os olhos, coração pulmões ou rins, o que faz com que esta doença necessite do contributo inquestionável da Medicina Interna, pela visão integradora que a especialidade tem do doente, e pela análise multi-sistémica, que não se limi-

ta a apenas uma área do corpo humano. Dados revelados no âmbito do Colóquio mostram também que as principais causas de incapacidade em Portugal, no que se refere às doenças reumáticas, são o acamamento definitivo (17 por cento), a limitação em cadeira de rodas (26 por cento), as restrições ao domicílio por doença (30 por cento) e ainda a incapacidade prolongada (40 a 60 por cento dos portugueses).

Em termos estatísticos, a taxa de pessoas com artrite reumatóide que estão empregadas ronda os 38,4 por cento, sendo que 58,7 por cento estão reformados. Um outro dado relevante é que o tempo total médio de baixa ao longo da doença é de 659 dias. Apesar de 0,5 a um por cento da população mundial sofrer desta doença, existe a percepção generalizada de que a incidência e severidade da mesma pode estar a decrescer porque os diagnósticos são feitos mais cedo.

As mais recentes estatísticas sobre a artrite reumatóide em Portugal foram reveladas no decorrer de um colóquio sobre os “Paradigmas da Artrite Reumatóide”, que foi organizado pela Associação Nacional dos Doentes com Artrite Reumatóide (ANDAR). No colóquio foram apresentados e debatidos diversos estudos, entre eles uma análise dos custos directos da utilização de recursos nesta doença. As conclu-

Pão português tem sal a mais



Se comer apenas um a dois pães por dia um português consumirá entre 1,5 e 3 gramas de sal. Este dado é revelado no estudo “Sal no Pão”, da Universidade Fernando Pessoa, divulgado pela Sociedade Portuguesa de Hipertensão. O estudo contribui para explicar a razão de o sal ser um dos factores com mais responsabilidade nos Acidentes Vasculares Cerebrais, a principal causa de morte em Portugal.

O estudo teve como amostra 40 tipos de pão, nos quais foram quantificadas as doses de sal (pelo doseamento do sódio) por cada 100 gramas. Os pães foram recolhidos em dez padarias portuguesas. Um pão denominado “sem sal” tem, ainda assim, mais de 6 gramas de sal por cada quilo. E o “pão integral”, muitas vezes considerado como mais saudável, tem quase 15 gramas de sal por quilo. Ou seja, ingerir 400 gramas desta variedade de pão equivale a ingerir a quantidade média diária recomendada pela Organização Mundial de Saúde (OMS).

Se uma pessoa ingerir três pães sem sal por dia ou comer apenas dois pães do tipo integral, em conjunto com a quantidade de sal presente na restante alimentação,

excede facilmente o consumo médio diário de sal recomendado pela OMS. “Não podemos esquecer que ninguém come pão com pão. Não está aqui tida em conta a quantidade de sal ingerida através da manteiga, no fiambre e queijo”, alertou Luís Martins, Presidente da Sociedade Portuguesa de Hipertensão, na apresentação pública do estudo. Na mesma ocasião Jorge Polónia indicou que “os portugueses se habituaram a elevados consumos de sal. É como uma toxicod dependência, pois o paladar está adaptado a elevados teores de sal nos alimentos”. De resto, este é um alerta que o especialista já tinha deixado há alguns meses, no Funchal, por ocasião das Jornadas de Medicina Interna.

Numa análise comparativa, o pão portu-

guês tem, em média, quase o dobro de sal dos pães do resto da Europa. O pão português de maior consumo tem cerca de 1,3 a 2,2 vezes mais sal do que o pão inglês.

Um estudo realizado em Inglaterra pela *Food Standards Agency* e publicado em 2003 demonstrou que, ao baixar 1 grama de sal no consumo diário se poupariam sete mil vidas por ano. “Isto foi possível num país em que a quantidade média de sal já é mais baixa do que a portuguesa e por isso pode ser ainda mais eficaz em Portugal”, reforçou Luís Martins. “Utilizando um cálculo idêntico ao efectuado em Inglaterra e na Finlândia é possível estimar que a mesma redução da ingestão diária de sal na população portuguesa permitiria salvar cerca de 2560 vidas por ano”, concluiu Jorge Polónia.



Gripe ou constipação? ver resposta no novo **site**

A coincidir com a chegada da época mais fria do ano, foi lançada a nova versão do site www.gripe.com.pt, que inclui vários filmes educativos, em português, em que a gripe é explicada de uma forma acessível, através dos sintomas, formas de transmissão, bem como as melhores

formas de prevenção e tratamento. As imagens disponibilizadas são complementadas com informação sobre esta doença, que se constitui como uma das principais causas para o aumento da mortalidade durante o Inverno, sendo responsável por cerca de duas mil mortes anuais em Portugal.



Genéricos desencadeiam dezenas de processos

O Infarmed, o Ministério da Economia e várias empresas de genéricos são alvo de dezenas de processos judiciais interpostos por laboratórios farmacêuticos que alegam a violação de patentes e consequente venda ilegal de genéricos. Em diversos processos judiciais administrativos a que a Agência Lusa teve ac-

so, as empresas requerentes pedem a suspensão das Autorizações de Introdução no Mercado (AIM) dos genéricos, da responsabilidade do Infarmed, e a suspensão da fixação de preços, por parte de um organismo do Ministério da Economia e Inovação. Os genéricos têm a mesma substância activa, forma farmacêutica e dosagem do medicamento original, mas só podem ser comercializados após o fim da vigência da patente do produto de marca. A patente tem habitualmente uma duração de dez anos. A firma do advogado António de Ma-

galhães Cardoso, que interpôs mais de dez acções referentes a oito produtos, acusou o Infarmed de ter “uma agenda financeira a cumprir e, nesse quadro, o desrespeito das patentes pouco significa”. “Quanto mais genéricos vierem para o mercado, mais meios poupa o SNS. O Infarmed é indiferente ao facto de tal poupança se fazer, em alguns casos, à custa da violação dos direitos de terceiros”, argumentou.

Para as empresas queixosas, o simples cruzamento de dados entre Infarmed e Instituto Nacional de Propriedade Industrial (INPI) poderia resolver as situações de alegada ilicitude.

Cuidados paliativos têm grupo de trabalho

O Ministério da Saúde criou um grupo de trabalho para colocar em prática os objectivos do Programa Nacional de Cuidados Paliativos, nomeadamente a concretização de uma escala de resultados, indica um despacho da tutela publicado em “Diário da República” no final de Dezembro passado.

O Programa, aprovado em Junho de 2004, tem como metas promover o fácil acesso dos doentes aos cuidados paliativos, oferecer uma vasta gama de cuidados, quer em internamento ou no domicílio, e promover a articulação entre cuidados paliativos e outros cuidados de saúde. Além disso, pretende-se criar equipas móveis de prestação destes cuidados, unidades de internamento



e diferenciar técnicos na prestação de cuidados. O grupo de trabalho será coordenado por Maria Alice Reia Cardoso, médica anestesista com formação em Cuidados Paliativos, coordenadora da Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados. A equipa inclui

também o chefe de Serviços de Medicina Interna e director do Serviço de Cuidados Paliativos do Instituto Português de Oncologia de Coimbra, o médico Internista Óscar Marques Vilão, o director da Unidade de Cuidados Paliativos do IPO Porto, o médico oncologista José Ferraz Gonçalves, o director da Unidade de Oncologia do Hospital Fernando da Fonseca (Amadora-Sintra), o médico oncologista Carlos Torres de Carvalho, a coordenadora da equipa de cuidados paliativos do Hospital Residencial do Mar (Lisboa), e a médica de Medicina Geral Ana Santos Bernardo.

A enfermeira-graduada Emília Silva Fradique e a assistente social Margarida Gonçalves Pires completam a equipa.

Competitividade

Inovação farmacêutica é fundamental

O Ministro da Saúde, Correia de Campos, chamou a atenção para a importância da política de Investigação e Desenvolvimento (I&D), que, lembrou, constitui “uma das prioridades da UE e um dos pilares da Estratégia de Lisboa”. O Ministro disse que o sector farmacêutico é um “sector estratégico fundamental”, ao “proteger melhor a saúde dos cidadãos” e ao “reforçar a competitividade das empresas europeias”, no quadro de “uma concorrência internacional leal”.

A estratégia de Investigação e Desenvolvimento (I&D) na Europa foi o tema de uma Conferência sobre Inovação e Desenvolvimento, que decorreu em Viseu, organizada pelo INFARMED, de 19 a 20 de Novembro, no âmbito da Presidência Portuguesa da UE.

Entre os temas em foco estiveram o modelo de investigação e inovação farmacêutica a nível europeu, nomeadamente as questões do financiamento e o papel dos reguladores, bem como a perda de competitividade do sector de I&D na Eu-

ropa por comparação com os EUA.

João Almeida Lopes, presidente da Apifar- ma, chamou a atenção para a “escalada dos custos da investigação” e lamentou que “o número de

novos produtos no mercado europeu tenha diminuído ao longo dos anos”. Para ultrapassar este quadro, Almeida Lopes preconizou “soluções conjuntas” entre todos os intervenientes no sector, assentes num “modelo de risco partilhado em todas as fases do processo de desenvolvimento do medicamento”.

Para Arthur Higgins, presidente da Federação Europeia da Indústria Farmacêutica (EFPIA), a IF é crucial para a UE atingir os objectivos de Lisboa. “Só em 2006, a indústria europeia investiu 22 mil milhões de euros em I&D, mais de 18 por cento do total do investimento em investigação na Europa”, salientou,



alertando para a importância deste investimento num momento em os centros da investigação farmacêutica continuam a transferir-se para os EUA, China e Índia. “Os países europeus não parecem dispostos a suportar e a recompensar a inovação, mas talvez o mais preocupante seja o facto de os doentes europeus esperarem cada vez mais tempo para terem acesso a novos medicamentos aprovados”, sublinhou o dirigente da IF europeia, para quem esta é uma tendência que é urgente inverter, para poder garantir um “melhor acesso dos doentes aos medicamentos inovadores e que suporte a inovação e a recompense”.

“Idade Maior”

para maiores de 55

A pensar nos interesses e na saúde dos adultos com mais de 55 anos de idade foi criada a revista “Idade Maior”, uma publicação gratuita e especialmente dirigida a um público mais idoso, que surge agora num novo formato. “Viver com saúde depois dos 55” foi o mote para a palestra de apresentação da revista, ministrada pelo geriatra João Gorjão Clara, coordenador do Grupo de Investigação e Tratamento do Doente Idoso e director do Serviço de Medicina Interna II do Hospital Pulido Valente, que abordou a temática dos cuidados de saúde na Idade Maior. Para salientar a importância da actividade física em todas as idades esteve também presente o fisiatra Manuel Martins. Por sua vez, a apresentadora Luísa Castel-Branco destacou a necessidade de enfrentar a doença de forma positiva.

CEMBE

ajuda a actualizar conhecimentos

Para se manter actualizado, um médico de família teria de ler 19 artigos científicos todos os dias do ano. Trata-se de uma tarefa quase impossível, que é facilitada pelo único Centro Português de Estudos de Medicina Baseada na Evidência (CEMBE). O CEMBE funciona desde 1999 na Faculdade de Medicina de Lisboa e, segundo o coordenador, António Vaz Carneiro, em declarações à agência Lusa, o “ritmo acelerado” de divulgação de estudos e ensaios clínicos cria “problemas de actualização e aplicação prática”, pelo que um dos trabalhos do Centro é sintetizar informações para ajudar os profissionais a tomar “decisões sólidas, mesmo num contexto de incerteza e risco”.

Para Vaz Carneiro, “um Internista que leia cinco revistas com maior impacto, apenas tem acesso a cerca de metade da totalidade de artigos importantes para a sua prática”. Pelo menos é o que referem os estudos citados pelo professor da FML, que também indica a percentagem “deprimidamente baixa” de estudos metodologicamente sólidos. A Medicina Baseada na Evidência nasceu há cerca de 15 anos e é definida como a utilização conscienciosa, explícita e criteriosa de provas científicas na tomada de decisões sobre o diagnóstico, terapêutica e prognóstico. Em Portugal, está incluída no ensino pré e pós-graduado da Medicina, no ensino contínuo e nas formações avançadas.

Obra sobre Medicina Interna As vantagens do diagnóstico diferencial

Foi lançada em Portugal a obra “Differential Diagnosis in Internal Medicine – From Symptom to Diagnosis” da autoria de Walter Siegenthaler, publicado pela editora THIEME, representada pela LIDEL. O livro beneficia de décadas de experiência internacional do autor em prática clínica, docência e escrita em Medicina Interna e constitui uma obra de referência, particularmente relevante para internos da maioria das áreas da medicina, médicos de Medicina Interna, clínicos gerais, dermatologistas, neurologistas, reumatologistas e estudantes de Medicina.

Uma abordagem pragmática de diagnóstico diferencial, celebrizado pela série televisiva “Dr. House”, dá respostas rápidas e de confiança a questões como que doenças são prováveis, o que é que



as causa, quais são as características típicas destas desordens, os sintomas em questão ou o diagnóstico preliminar e a sua confirmação.

Pela prática, Walter Siegenthaler explica como identificar e perceber sintomas-chave, como considerar o paciente como um todo e seleccionar as doenças possíveis, como avaliar, excluir ou confirmar possíveis diagnósticos, e de que forma deve ser feito o diagnóstico correcto usando procedimentos adequados.

Além de quase mil ilustrações, tabelas ilustrativas e algoritmos de diagnóstico diferencial, a obra oferece um diagnóstico diferencial para avaliação dos resultados dos testes de laboratório mais comuns, incluindo planos passo-a-passo para diagnósticos adicionais.

Na GlaxoSmithKline,
todos os dias, são dias
de luta contra a SIDA



GlaxoSmithKline Projecto Global de
Apoio à Comunidade - HIV/SIDA



“O Corpo Humano”

Exposição visitada por 165 mil pessoas

A exposição “O Corpo Humano Como Nunca o Viu”, inaugurada no início de Maio do ano passado, recebeu a visita de 165 mil pessoas ao longo de 173 dias, ultrapassando as expectativas mais optimistas da organização. “Bodies – The Exhibition” já passou por cidades como Nova Iorque, Washington, Amsterdão, S. Paulo, Londres, Miami, Seattle, Las Vegas, Durham e Lisboa, tendo recebido mais de quatro milhões de visitantes e

dando a oportunidade, a todos, de ficarem a conhecer melhor a anatomia humana.

Até ao encerramento, em finais de Outubro passado, os organizadores da mostra receberam três mil pedidos de doações de órgãos e corpos.

José Cardoso, responsável pela organização da exposição, afirmou que “o sucesso alcançado ficou a dever-se, essencialmente, à curiosidade de as pessoas verem como somos por dentro

e também ao rigor científico da exposição fomentando o objectivo pedagógico e social transmitido. O êxito de “O Corpo Humano Como Nunca o Viu” deve-se ao interesse dos visitantes em conhecer um pouco mais sobre a máquina fantástica que somos, essencialmente nos últimos dias que as visitas diárias cresceram bastante, demonstrando o interesse em não quererem perder a oportunidade de visitar a exposição.”

Prémio Bial 2008

Contra o declínio do médico-cientista

João Lobo Antunes, presidente do júri do Prémio Bial 2008, afirmou que o Prémio Bial “é um balão de oxigénio”, a propósito da apresentação da décima terceira edição do mais importante galardão atribuído por uma empresa portuguesa da Indústria Farmacêutica no valor de 150 mil euros. O neurocirurgião falou do problema do declínio da investigação associada à Medicina e apresentou este prémio como um contributo para o fomento da investigação. No encontro, cujo tema central foi “Prémio Bial: Investigação Médica – Ameaças e Oportunidades”, João Lobo Antunes traçou a evolução da investigação na área médica nos últimos 50 anos, apresentando as suas actuais tendências. Actualmente a investigação médica interage com a sociedade, a política e a ética, procurando-se a aplicação da ciência que se faz em laboratório à prática terapêutica

que se traduz em resultados práticos para o doente. A investigação médica é um trabalho em rede, feita em equipas multidisciplinares e muitas vezes internacionais. O Presidente do Júri do Prémio Bial destacou ainda o facto de a Medicina viver na era da tecnologia e da imagem e que cada vez mais procura ser prospectiva para pensar o futuro tendo em vista o “melhorar do capital biológico humano”. A chamada de atenção na área da investigação médica está, para Lobo Antunes, no declínio do médico-cientista, preocupação sintetizada na necessidade de existir “mais ciência para os médicos e mais médicos para a ciência”. O afastamento do médico da investigação prende-se, segundo Lobo Antunes, com o facto de o avanço científico ser, neste momento, mais complexo, pelo que “há uma necessidade de os clínicos reaprenderem a



investigar”. A investigação está condicionada pela “falta de financiamento, falta de treino específico” e alguma “atitude de pessimismo entre os clínicos face à carreira de investigação”. Para agravar a situação, o especialista afirma que “o tempo de estudo é demasiado longo”, pelo que os jovens médicos têm pressa de entrar rapidamente na vida profissional, descuidando esta parte da carreira.

Medicina Interna

Segundo maior número de vagas no **internato**

A especialidade de Medicina Interna vai contar com 121 novos médicos em 2008, o segundo maior número a seguir à Medicina Geral e Familiar, que recebe 214 internos e concentra o maior número das vagas anunciadas pelo Conselho Nacional do Médico Interno.

A partir de 2008, um em cada quatro médicos terá formação em clínica geral.

Entre as áreas menos contempladas figuram a Pediatria (54 vagas), a Anestesiologia (36) e a Ginecologia/Obstetrícia (com 30). Citado pelo "Diário de Notícias", Rui Guimarães, do Conselho Nacio-

nal do Médico Interno, sublinhou que na maior parte dos países "as vagas são pensadas a dez anos, de acordo com o número de médicos que se calcula que vão deixar de trabalhar e as necessidades das populações". Em Portugal, ao contrário, tal decisão é tomada tendo em vista as carências do momento – sublinhou. Diz o jornal que os mais recentes dados da Ordem dos Médicos apontam para a existência de 600 mil pessoas sem médico de família, quando se estima que a classe atinja o pico das reformas em 2008.



Sondagem Aximage / Correio da Manhã

Especialidade é das mais escolhidas

Os médicos que escolhem ser Internistas, actualmente 1704 em Portugal, representam o segundo grupo mais expressivo de clínicos entre as 47 especialidades médicas existentes, logo a seguir aos que escolheram enveredar pela Medicina Geral e Familiar (4994).

Estes dados, de uma sondagem

realizada pela Aximage para o jornal Correio da Manhã, apontam para a existência de 38 488 médicos no país, o que dá 3,4 clínicos por cada mil habitantes. Do total, apenas 4 843 médicos têm menos de 31 anos e o número de representantes do sexo feminino tem vindo a aumentar, sendo quase 50 por cento da totalidade

dos profissionais que exercem Medicina.

A maioria tem entre 45 e 55 anos e é do sexo masculino.

A distribuição geográfica mostra algum desequilíbrio: a maioria dos médicos (19 448) está inscrita na secção Sul da Ordem dos Médicos. No Norte encontram-se 12 518 e no Centro apenas 6445.

Doentes com cancro colo-rectal têm linha de apoio



Os doentes e familiares de doentes com cancro colo-rectal já podem ligar para o número 808 200 199 e esclarecer as dúvidas que tiverem sobre a doença.

A equipa de aconselhamento é constituída por profissionais de saúde especializados, que estão em linha das 14h00 às 20h00 horas, todos os dias. Além deste horário de atendimento, a linha tem um gravador de chamadas, que funciona 24 horas por dia.

Vitor Neves, presidente da Associação de Luta Contra o Cancro do Intestino, (Europacolón Portugal), explica que “a Linha de Apoio da Europacolón é uma linha de informação que procura esclarecer a população portuguesa sobre eventuais sintomas da doença, locais de

rastreio e diagnóstico, aconselhamento, atitudes preventivas, apoio psicológico e ainda esclarecimento sobre os direitos dos doentes.” Vitor Neves adianta ainda que “o atendimento é feito por enfermeiras superiores e por um médico de Medicina Interna, numa equipa que integra também uma médica nutricionista, um advogado e voluntários que respondem a todas as questões”.

A Europacolón lançou recentemente o site www.europacolón.pt, no qual procura alertar a população para os sintomas e formas de prevenção da doença.

Uma dieta equilibrada, rica em fibras, fruta fresca e vegetais; evitar o consumo em excesso de calorias; ingerir muita água e fazer exercício físico para evitar o excesso de peso são alguns dos conselhos da Associação de Luta Contra o Cancro do Intestino.

“Saúde 24” desvia utentes das urgências

Antes de contactarem o serviço “Saúde 24”, 56 por cento dos utentes tinham intenção de se dirigirem às urgências hospitalares. Após o contacto com a linha, cerca de metade alterou a sua intenção, pelo que apenas 26 por cento decidiram recorrer a estes serviços, ou foram aconselhados a dirigir-se a uma Urgência.

Considerado desde a sua implementação como um projecto emblemático, este centro de atendimento tem recebido essencialmente contactos de cariz clínico, dos quais 33.702 são para disposições de cuidados em casa, 29.662 são enca-

minhamento para urgências, 21.518 de aconselhamento para observação por médico num período até 3 dias, e 10.973 de aconselhamento para consulta de rotina.

Os responsáveis pelo serviço defendem que, “após sete meses de funcionamento, com uma adesão significativa por parte da população portuguesa, o serviço “Saúde 24” contribuiu para a redução da pressão sobre as urgências hospitalares, permitindo aos utentes uma maior comodidade e capacidade de gerir a sua própria saúde, bem



como tomar decisões mais adequadas”. Desde o arranque experimental, a 25 de Abril do ano passado, e até à data, com a ajuda do 808 24 24 24, mais de 250.000 pessoas já descobriram uma nova forma de lidar com os seus problemas de saúde.



OMS alerta

Fumadores são doentes crónicos

Os fumadores são doentes crónicos e necessitam de acompanhamento médico adequado. A avaliação é da Organização Mundial de Saúde (OMS) e foi utilizada com frequência na campanha de sensibilização pública promovida por ocasião do Dia Mundial do Não Fumador, em Novembro.

Trata-se de uma questão de particular importância para a Medicina Interna: dados recentes indicam que 24 por cento dos portugueses fumam.

O não reconhecimento do tabagismo como doença crónica faz com que os seus efeitos sejam muitas vezes negligenciados ou pouco conhecidos. Em todo o mundo, a prevalência das doenças e das mortes causadas pelo consumo de

tabaco tem vindo a crescer, calculando-se que até 2025/2030 o número anual de mortos se situe nos dez milhões (contra cinco milhões em 2002), e que o número de fumadores passe a dois biliões (eram 1,25 biliões em 2002).

Uma maioria expressiva de fumadores (80 por cento) garante que gostaria de deixar de fumar. Contudo, são menos de 25 por cento as tentativas que resistem à primeira semana e, ao fim de um ano, os casos bem sucedidos são inferiores a sete por cento.

Aqueles que no desempenho das suas actividades profissionais acompanhem as tentativas de abandono da dependência devem adoptar uma estratégia que tenha em conta não só os argumentos que sustentam e apoiam a decisão do utente mas também o conjunto de bene-

fícios que tal determinação pode acarretar. Neste domínio, os profissionais da Saúde devem enfatizar os benefícios imediatamente surgidos com o desencadear do processo de cessação tabágica. A partir do momento em que se admite que o tabagismo é uma doença crónica, o apoio do médico assistente deve ser procurado. A promoção da cessação tabágica diz respeito a todos os profissionais de Saúde, os quais se encontram cada vez mais apetrechados para ajudar os utentes que decidem deixar de fumar.

Além disso, existem novas soluções terapêuticas que se têm revelado auxiliares preciosos e eficazes na obtenção dos resultados, o que gera confiança para prosseguir o tratamento e levar o processo a bom termo.



Fotos: Nuno Coimbra

Ana Escoval, Directora Coordenadora da Unidade de Financiamento e Contratualização da Administração Central do Sistema de Saúde, IP

Especialidades generalistas são determinantes na gestão eficiente dos recursos

Entrevista

A Medicina Interna, bem como a Cirurgia Geral, são apontadas como exemplos das vantagens que uma perspectiva abrangente pode trazer, não só ao cuidado médico, mas também à gestão das unidades hospitalares, confrontadas com recursos cada vez mais escassos. Para Ana Escoval, investigadora e agora responsável por uma área sensível do Serviço Nacional de Saúde, é tempo de evidenciar as virtudes de especialidades em que conversar com o doente é tão importante como um Raio-X ou uma Ressonância Magnética

Que papel pode ter, hoje, a Medicina Interna no hospital?

Penso que é um papel fundamental, por ter uma visão holística da pessoa, por ter uma visão integradora do cuidar, e por saber articular, com saber e competência, a perspectiva técnica e diferenciada, com a de outras especialidades, dentro do hospital. Assume, ainda, um carácter fundamental, porque tem sido através da Medicina Interna, que muitas áreas da Medicina têm vindo a ser aprofundadas e conhecidas. Por exemplo, nas doenças que mais incomodam os cidadãos, como é o caso da hipertensão e das doenças crónicas, nas quais os Internistas conseguem ter uma visão de conjunto e bastante necessária ao hospital que, tendencialmente, é um local especializado. O especialista de Medicina Interna é uma espécie de porta de entrada no sistema hospitalar. Por outro lado, considero que é um elemento fundamental no processo de articulação com os cuidados de saúde primários, embora não esteja absolutamente certa de que esta ligação seja sempre explorada de forma suficiente.

A nomeação de especialistas de Medicina Interna para cargos de direcção e de gestão tem reflexos positivos?

Quando falamos de números, de poupanças, de ganhos e de eficiência, é muito importante levar em linha de conta que a gestão é um saber integrador e também de articulação entre os saberes técnicos e a gestão dos recursos que são postos à disposição das instituições.

É essa visão integradora que talvez possamos usar para caracterizar os Internistas em funções de gestão.

É o conhecimento da pessoa no seu todo e não apenas de uma única área do saber.

Esse saber agregador pode contribuir para melhorar a base de conhecimento para o desempenho de cargos de gestão.

No entanto, importa, antes de tudo, ter equipas multidisciplinares que agreguem gestores de carreira, em simultâneo com médicos e outros profissionais de saúde. Pelo conhecimento

que tenho de alguns casos concretos, os Internistas têm tido um papel fundamental nas direcções clínicas dos hospitais. Na generalidade, são pessoas que reúnem grandes consensos, por articularem bem a gestão de topo com os níveis intermédios.

Acho que conseguem isso com saber. A visão do todo dá-lhes uma mais-valia para um trabalho difícil, que é o de garantir a qualidade na prestação de cuidados de saúde.

Sobretudo, com a evolução das doenças e o envelhecimento da população, hoje uma pessoa tem, em média, cinco a seis doenças, em simultâneo, o que faz com que a gestão de cada caso clínico aumente de complexidade.

Por isso, o papel do especialista de Medicina Interna é fundamental, antes de mais, como prestador de cuidados, dentro do hospital.

Penso que é importante que, alguns deles, numa fase da respectiva carreira, possam desempenhar, igualmente, papéis de responsabilidade e de gestão nas estruturas hospitalares.

“As áreas mais generalistas devem merecer uma atenção especial durante o tempo de aprendizagem, nos hospitais, mostrando que as mesmas são fundamentais para gerir com eficiência os escassos recursos que temos.”

O Internista poderia, por isso, funcionar como um “pivot”, que acompanha o doente, desde que ele entra no hospital, até que sai?

Ultimamente, por força do meu trabalho ligado à contratualização e à forma como se pode contratualizar com base em resultados, temos vindo a analisar o modelo de gestão da doença e a pensar um pouco sobre essa metodologia. Nas doenças crónicas, consomem-se cerca de 80 por cento dos recursos disponíveis para a saúde, pelo que é preciso estar atento a essas doenças e à gestão que se faz delas. Existe uma visão sobre a hierarquização das necessidades de cuidados, desde a fase inicial da doença ou da fase em que a complexidade dos cuidados necessários é menor, à fase em que o doente deve ser estimulado e apoiado, através de serviços de suporte a fazer uma auto-gestão do seu próprio estado. Aqui, há um papel muito importante a ser desempenhado pelo clínico geral e, a um determinado nível, pelo Internista. A evidência diz-nos, também, que 15 a 20 por cento destes doentes têm necessidades de gestão da doença mais sistemáticas e que exigem um maior acompanhamento clínico. Há sinergias que podemos ganhar com esta articulação.

Diz-se, muitas vezes, que os meios complementares de diagnóstico são utilizados de forma pouco criteriosa,

com repetições de exames para um mesmo doente. Os Internistas podem ajudar a melhorar esta situação?

Antes de mais, defendo que, enquanto não tivermos um registo do doente, com as suas necessidades e os exames efectuados, de forma integrada, dificilmente – qualquer que seja a especialidade que o trata – pode deixar de acontecer uma sobreutilização dos meios complementares de diagnóstico. Vejamos o exemplo de um doente que, apresenta um quadro clínico com várias doenças, que carecem de acompanhamento adequado. Imaginemos que, por agudizações, o mesmo pode ter necessidade de recorrer a outros serviços, nomeadamente de urgência, sem se fazer acompanhar dos exames e da terapêutica que está a tomar. Sem esse registo sistemático de todo o histórico do doente, facilmente se corre o risco de termos sobreutilização de terapêuticas e de tecnologias, com sobrecargas significativas do ponto de vista financeiro e com benefícios duvidosos para o doente ou até mesmo prejuízos, como é o caso dos exames que envolvem radiações. Não é assim que conseguiremos melhores resultados, mas sim com uma gestão integrada, adequada, coerente, que permita uma utilização efectiva e racional das tecnologias. O especialista de Medicina Interna, obviamente que tem, também aqui, um papel fundamental.

Universidades devem avaliar sistema de saúde

Qual pensa que poderá ser o contributo do estudo apresentado em Maio passado, pelo economista Pedro Pita Barros, no qual se refere que a Medicina Interna contribui para uma utilização mais racional dos recursos disponíveis na saúde?

Finalmente, as universidades começam a fazer, em Portugal, o que já se faz, há muito, noutros países e que tem a ver com a preocupação em estabelecer interfaces com os serviços de saúde no sentido de potenciar a emergência e desenvolvimento de conhecimento, que se revela essencial para a melhoria da gestão do sistema. Estes estudos, nomeadamente o que refere, são fundamentais, no sentido de nos alertarem para problemáticas a que, normalmente, não estaremos tão atentos. Para além disso, este trabalho vem alertar-nos para a importância desta área da medicina.

Que sequência poderá ter este estudo?

Penso que o sistema podia, a partir desse trabalho, solicitar um aprofundamento do mesmo, em termos de benchmarking nacional e até internacional.



Acredita que, por parte dos gestores hospitalares, existe a percepção de que um maior investimento na Medicina Interna se traduz num aumento da eficácia?

Existe a percepção de que é fundamental, para a efectividade do sistema, o papel destes especialistas.

Por que razão a Medicina Interna, tal como outras especialidades de cariz generalista, não é percebida como atraente pelos jovens médicos?

De uma forma um pouco simplificada, poderíamos dizer que os jovens são atraídos pela evolução tecnológica. Daí que a especialização e a utilização de técnicas evoluídas cativem as pessoas. A minha percepção é a de que nós necessitamos de bons especialistas e de bons conhecedores de cada área. Mas, dada a evolução das doenças, a visão abrangente, do profissional que consegue abarcar o todo, é essencial para o doente e bastante mais efectiva, dentro da gestão integrada, que se pretende em cada uma das unidades de saúde.

E como é que se pode incentivar a opção por especialidades como a Medicina Interna?

Só existem duas formas de o fazer. Ensinando e através do exemplo. Parece-me fundamental dar aos jovens estudantes o

conhecimento de todas as especialidades pelas quais podem optar, mas também que se lhes consiga transmitir a importância e a validade da visão integradora e do conhecimento global sobre o doente. Para além disso, as áreas mais generalistas devem merecer uma atenção especial durante o tempo de aprendizagem, nos hospitais, mostrando que as mesmas são fundamentais para gerir com eficiência os escassos recursos que temos.

Referiu a evolução tecnológica. Hoje fazem-se mais exames do que se conversa com os doentes, para saber do que ele se queixa?

Penso que isso é um sintoma de que as pessoas, hoje, têm menos tempo para o acto clínico da consulta, resultando daí a necessidade de se munirem de um maior número de técnicas de apoio. Não sei se será apenas isso. Considero, até por experiência pessoal, que o tempo dado pelos médicos para que eu explique quais os meus sintomas e para me explicarem a minha situação clínica, é fundamental. Também aqui, um registo actualizado de cada doente pouparia tempo ao médico e evitaria que se “perdesse” com assuntos que já tinham sido referenciados. Ou seja, se tivermos esse registo sistemático, ao consultá-lo, parte da situação seria, à partida, conhecida.

Pensa que séries televisivas como Dr. House têm contribuído para valorizar essa tal visão integradora que tem vindo a referir?

Penso que as pessoas têm ficado sensibilizadas. O importante é ver que o médico é, afinal, um homem. Isso é bem retratado na série, ao contrário de outra mensagem, segundo a qual se leva a crer que há sempre solução e diagnóstico para tudo.

No entanto, é preciso sublinhar que a mensagem essencial passa pela visão integradora do conhecimento e da evolução das doenças, mostrando como não se pode olhar apenas para uma parte dos sintomas, mas sim para a pessoa como um todo.

Isso é patente não só no médico mas na equipa que o acompanha, que não pode ser esquecida.

A outra mensagem, que gostava que estivesse mais interiorizada em Portugal, tem a ver com as questões da saúde ambiental. Nesta série, também se mostra que a pessoa não pode ser dissociada do contexto familiar, profissional, entre outros.

Por vezes, para completar o diagnóstico, é preciso levar em linha de conta, também, o ambiente em que as pessoas estão integradas e que pode ser determinante para o estado de saúde do doente.



Empresarialização foi positiva

Que balanço faz da mudança de estatuto dos hospitais, que passaram a designar-se SA e EPE?

Quando foram criados os hospitais SA fui uma das pessoas que disseram que a experiência era muito interessante, embora fosse demasiado ambiciosa, dado o número de hospitais com que se começou – 35 unidades, à partida – e lembro-me de ter dito, na altura, que não seria possível pronunciarmo-nos sobre uma experiência deste tipo, senão três a cinco anos depois. Continuo a achar que a experiência foi demasiado alargada. Com um número tão grande de hospitais não foi possível um aprofundamento de determinadas áreas e questões fundamentais, pois a dimensão da amostra era elevada. Começar com oito ou nove hospitais seria, talvez, uma experiência mais controlada e controlável. Por outro lado, a amostra era caracterizada por grandes assimetrias, com grandes diferenças entre hospitais, de recursos, de dimensão, até de estruturas, pelo que é muito difícil levá-los a ter resultados comparáveis. Passado este tempo digo o mesmo, ou

seja, que a dimensão da experiência foi demasiado grande. Por exemplo, o Hospital de São Sebastião, na Feira, é apontado como um dos melhores em termos de eficiência na utilização dos recursos, por já ter sido criado de acordo com este novo estatuto, tendente à empresarialização, o que não aconteceu na maior parte dos outros. O que me parece importante guardar deste trabalho que se fez é a sua validade enquanto experiência de empresarialização. Também me parece que o estatuto de EPE é melhor do que o SA, pois não se saltam todas as etapas intermédias na passagem imediata de uma entidade estatal para uma entidade de perfil privado. O que ganhamos? Eficiência, melhoria significativa dos registos de produção, preocupações significativas de gestão e de adequação de recursos, resultados bastantes interessantes do ponto de vista da efectividade, comparando o dinheiro gasto com o serviço prestado aos doentes, e, também, as correcções de alguns modelos organizativos distintos, que tínhamos dentro dos hospitais. Ainda há caminho para percorrer e os bons exemplos devem ser reproduzíveis. Há trabalho a fazer, nomeadamente na passagem para os hospitais,

da filosofia da contratualização. Hoje conhecemos melhor os hospitais e temos a possibilidade de aprofundar ainda mais esse conhecimento pelo que considero a experiência positiva.

Que comentário faz ao relatório do Tribunal de Contas, que concluiu que, nos hospitais EPE, a despesa e o prejuízo subiram mais?

Não foi isso que ficou provado pela explicação dada pela Administração Central. Deve ser feita uma leitura bastante atenta desta situação pois é muito complexa. E reconheço que, por vezes, é difícil explicar isto de uma forma simples, para que a Comunicação Social o possa transmitir. Acontece que os SA e os EPE têm formas diferentes de contabilização de alguns custos, pelo que a leitura de ambas as componentes e o processo de consolidação de contas e de resultados, não são lineares. Penso que é de destacar que, pela primeira vez, as recomendações do Tribunal de Contas se limitaram a três pontos quando, habitualmente, eram bastante mais extensas. Se aprofundarmos a leitura do relatório, penso que é até bastante interessante, pela análise que faz da nova reorganização dos hospitais.



Público e privado devem complementar-se

O Serviço Nacional de Saúde (SNS) corre o risco de “desnatação”, com a transferência de profissionais de saúde e até de doentes para o sector privado, que tem vindo a apresentar-se com um nível de diferenciação pouco comum, até hoje?

Não acredito. Acho que cada componente do sistema tem um papel importante a desempenhar, seja público, privado, ou social. Acho que o que importa é clarificar muito bem quais são os papéis de cada um. É muito importante que o SNS dê uma resposta com qualidade às necessidades das pessoas. Se um doente, por decisão própria, entende que deve recorrer a uma estrutura privada, onde lhe dão uma melhor resposta, deve poder fazê-lo. Em relação aos profissionais, cada vez mais há a necessidade de estes decidirem onde querem ficar. Se escolherem o sector público, devemos acarinhá-los e dar-lhes condições. Se optarem pelo sector privado ou social, devem também poder fazê-lo e não me parece que daí resulte qualquer desnatação. Há reequilíbrios que têm de ser feitos mas o tempo porá as coisas no seu lugar.

Em termos de contratualização com o Estado, pensa que os hospitais públicos e privados devem competir pela melhor oferta de serviços?

Há áreas em que devem competir. Acho que é saudável e faz crescer os sistemas. Imaginemos um serviço que é deficitário no sector público por não conseguir dar resposta a todas as solicitações, e em que há capacidade instalada no sector público.

O Estado deve ponderar a contratualização desse serviço com privados?

Cada Região de Saúde deve fazer a análise das capacidades instaladas e das necessidades que tem.

Sempre que exista um serviço público em que a capacidade não é suficiente para responder aos seus beneficiários, obviamente que faz sentido comprá-lo a um privado, como já se faz em algumas áreas.

Mas sempre garantindo a prestação de cuidados com qualidade.

Ou seja, não se pode criar uma Medicina de “primeira” e outra de “segunda”...

Não. De maneira nenhuma. Gostaria que tal não acontecesse.

Concorda com a possibilidade de o sector privado fazer internatos médicos?

Se nós temos Hospitais como o Amadora-Sintra, que é a nossa experiência mais longa de gestão privada, com provas dadas e se há necessidade de ensinar o fazer bem, é fundamental que as unidades disponíveis possam ser acreditadas e credenciadas para poderem fazer esse tipo de ensino.

Como vê o trabalho feito pela Comissão de Avaliação da Sustentabilidade do SNS?

Considero que é um trabalho de grande riqueza e que chama a atenção para o que já se faz noutros países, bem como para um conjunto de preocupações que devemos ter com a sustentabilidade do sistema. Do meu ponto de vista, este debate é essencial e deve ser partilhado com a sociedade civil.

A Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) vai funcionar de forma diferente do antigo Instituto de Gestão Informática e Financeira (IGIF)?

Sim, porque tem muitas coisas diferentes. A ACSS agrega, hoje, áreas que es-



“Sempre que exista um serviço público em que a capacidade não é suficiente para responder aos seus beneficiários, obviamente que faz sentido comprá-lo a um privado...”

tavam no ex-IGIF, tais como as questões financeiras e de sistemas de informação, mas junta-lhe também as áreas dos equipamentos, planeamento e de Recursos Humanos. O âmbito é diferente e o mandato também. A área de financiamento e contratualização vai ser necessariamente diferente pois foi criada, de raiz, nesta nova estrutura. O que existia eram agências de contratualização em cada uma das Sub-Regiões de Saúde, mas não havia, ao nível geral, nenhuma estrutura para a contratualização e financiamento. Foi iniciada em 2005 e evoluiu para a Unidade Operacional de Financiamento e Contratualização, da ACSS, onde são estudadas e aprofundadas estas questões.

Quais as vantagens desta nova estrutura?

Procura ter uma visão integradora sobre os recursos humanos, financeiros, técni-

cos e tecnológicos. Desta forma procuramos evitar uma compartimentação de áreas e que se sobreponham algumas das responsabilidades.

Vão ser criadas regras para a contratualização interna, nos hospitais?

Estamos a trabalhar nesse sentido. O contrato-programa para 2008 prevê já a possibilidade de apoiar a gestão dos hospitais nessa tarefa, para uma maior robustez da capacidade interna de contratualizar.

Como avalia a sua experiência, enquanto investigadora, no Observatório Português dos Sistemas de Saúde?

Gosto muito de ser investigadora e de ter contribuído para o trabalho do Observatório, desde 2000. Actualmente estou afastada dessas funções, mas penso

que foi uma forma de pormos a sociedade em geral e os profissionais interessados por estas questões, em particular, a reflectirem sobre algumas coisas que, na maioria das vezes, eram muito herméticas para uma discussão normal e alargada. Para além disso chamou-se sempre a atenção para a evidência do que são as boas práticas de outros países, em áreas que nos parecem fundamentais. O Observatório é, no fim de contas, um grupo de amigos do qual gosto muito de fazer parte. Disse-lhes “até breve” e espero voltar lá.

Sente, de alguma forma, que o Observatório tem estado a “pregar no deserto”?

Penso que não. Isso significaria que não éramos ouvidos. Eu acho que temos pregado na floresta, que temos sido ouvidos, e “contaminado” muitas árvores. Acho que as coisas estão diferentes, não apenas por nós, mas também por nós.



Bial

ao serviço da sua Saúde

Profissionais altamente qualificados trabalham nos nossos Centros de Investigação para criar e desenvolver novas soluções terapêuticas que vão melhorar a sua qualidade de vida. Esta dedicação ao seu bem estar faz de Bial o maior grupo farmacêutico português, com presença em mais de 30 países. O nosso prazer é proporcionar-lhe **mais e melhor Vida.**

www.bial.com



Análise de sangue

Cancro do pulmão com diagnóstico mais simples

Um grupo de investigadores da Universidade de Duke, nos Estados Unidos, identificou quatro proteínas que, quando combinadas, permitem prever o risco de desenvolver tumores nos pulmões. Para tal, basta fazer uma análise ao sangue, um método muito mais simples e mais barato do que as tomografias computadorizadas (TAC), consideradas, ainda

assim, pouco eficazes nestes casos.

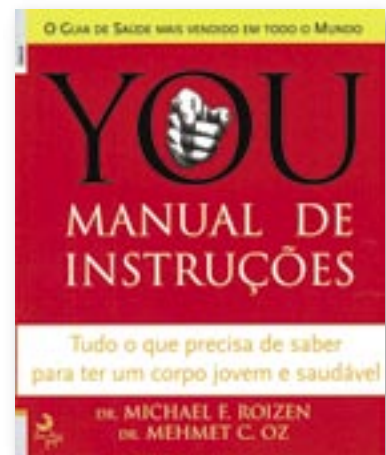
O objectivo da equipa de investigação é a detecção precoce de um tipo de cancro que mata anualmente milhões de pessoas em todo o mundo. A ideia de procurar biomarcadores no sangue resulta do facto de os tumores, à medida que crescem, segregarem moléculas próprias.

Livro dos médicos de “Oprah” aproxima Medicina das pessoas

A obra “You: The Owner’s Manual” (“Você: Manual de Instruções”, editado em Portugal pela Lua de Papel) tornou-se uma das obras mais vendidas nos Estados Unidos, tendo permanecido durante seis meses seguidos na lista dos livros mais vendidos. Os autores são dois médicos que se tornaram internacionalmente conhecidos pela participação no *talk-show* televisivo de Oprah Winfrey, transmitido em Portugal na *SIC Mulher*. Um dos médicos, Michael Roizen, é especialista em Medicina Interna e director do Departamento de Anestesia e Tratamento Intensivo da Uni-

versidade de Chicago. O segundo, o Mehmet Oz, é director do Instituto Cardiovascular do Presbyterian Hospital da Universidade de Columbia, em Nova York e é comentador residente do programa, o qual é visto semanalmente por 30 milhões de pessoas.

O livro de Roizen e Oz foi concebido como um guia total para a saúde, apresenta o corpo humano como nunca foi visto antes e recorre a analogias de fácil compreensão, em vez de optar pelo jargão médico, apenas acessível a iniciados. Num dos exemplos, a estrutura da coluna vertebral



é comparada às populares bolachas *Oreo*, em que duas vértebras rígidas são intercaladas por um disco mole, que pode romper-se e sair do lugar, tal como acontece ao creme branco quando se comprime a bolacha.



Governo britânico pede desculpas por mortes em hospitais

O responsável pela Saúde do Reino Unido pediu desculpas por um surto bacteriológico mortífero que ocorreu em unidades de saúde britânicas e provocou a morte a 90 pessoas. Assegurou que se tratou de um “incidente isolado”.

Um relatório das autoridades sanitárias sobre o caso demonstrou que as enfermeiras que trabalham no Hospital Maidstone and Tunbridge Wells, no sudeste de Inglaterra, “não lavam as mãos e deixam os pacientes deitados sobre as suas próprias fezes”. O secretário britânico da Saúde, Alan Johnson, afirmou que o re-

latório, que contém fotografias de casas de banho classificadas como “repugnantes”, é uma “história de horror”.

“Em nome do Governo e do Serviço Nacional de Saúde quero pedir desculpa a todos os afectados”, disse Johnson numa sessão do Parlamento, em Londres.

O relatório foi tornado público pela Comissão de Saúde, que encontrou “falhas significativas” a todos os níveis em três hospitais visitados pela tutela, e que contribuíram para que mais de mil pacientes tenham sido infectados pela “*clostridium difficile*”, uma bactéria potencialmente fatal e muito resistente aos antibióticos.

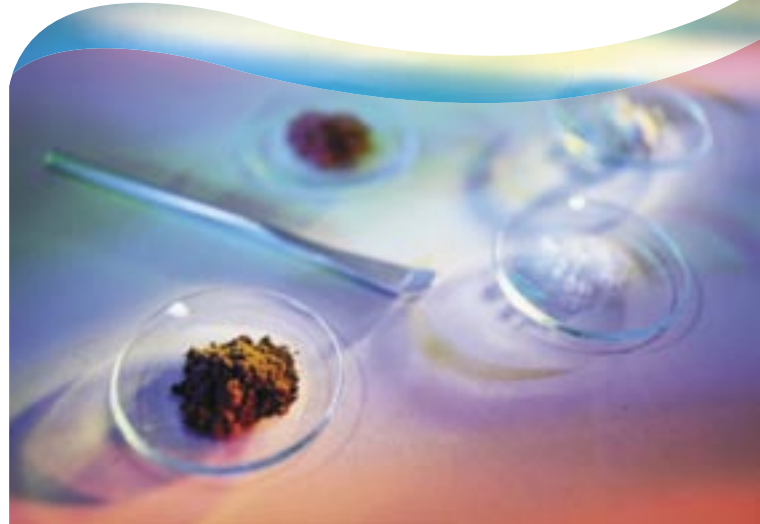
Medicamento contra esclerodermia

FDA aprova desenvolvimento

A Digna Biotech anunciou a concessão pela autoridade norte-americana do medicamento (Food and Drug Administration, FDA) da designação de “medicamento órfão” ao peptídeo P144, no tratamento da esclerodermia local e sistémica.

A designação de “medicamento órfão” é dada aos produtos que demonstram um potencial valor terapêutico no tratamento de patologias raras, como é o caso da esclerodermia.

Esta doença é uma patologia crónica que se caracteriza por fibrose na pele, vasos sanguíneos e órgãos internos, como os pulmões. Não existe actualmente nenhum tratamento que cure esta doença, apenas tratamentos sintomáticos de eficácia não esclarecida. Os pacientes que sofrem desta doença são muitas vezes descritos como sendo prisioneiros da sua própria pele.



Idosos

Leitura e actividades físicas estimulam memória

A diminuição da memória é um processo natural do envelhecimento. No entanto, o problema pode tornar-se mais grave quando as causas estão relacionadas com o uso de medicamentos que actuam no sistema nervoso central.

As considerações sobre este tema foram feitas durante o III Congresso Luso-Brasileiro de Medicina Interna, no Salão Gregório de Matos, no Pestana Bahia Hotel. A iniciativa da Sociedade Brasileira de Clínica Médica (SBCM-BA) inte-



grou médicos brasileiros e portugueses. Neste encontro foi sugerido que os idosos deviam estimular a memória através de jogos de cartas, leitura de livros, além da prática constante de exercícios físicos.

Para além disso, sublinhou-se a importância de os idosos com queixas de memória estarem atentos a este problema e procurarem ajuda profissional, em vez de dizerem que o esquecimento “é coisa da idade”.

MNSRM de venda exclusiva na farmácia

EUA

A agência norte-americana do medicamento (Food and Drug Administration, FDA) vai criar uma categoria de medicamentos que só podem ser dispensados por farmacêuticos, mas que não necessitam de receita médica. Estes medicamentos têm a designação de BTC (“behind the counter”), por oposição aos medicamentos não sujeitos a receita médica (MNSRM), que nos EUA são vendidos livremente, classificados de OTC (“over the counter”). O objectivo da FDA é aumentar a adesão à terapêutica, com o reforço da intervenção do farmacêutico, garantindo a segurança e a eficácia.

Psoríase grave

aumenta risco de morte

As pessoas que sofrem de formas graves de psoríase, uma doença inflamatória da pele, têm mais probabilidades de morrer antes da esperança média de vida.

A patologia, além das manifestações cutâneas que podem chegar a atingir 85 por cento do corpo, está associada a outros problemas graves de saúde, tais como doenças cardiovasculares, tumores, obesidade e alterações psiquiátricas. Uma análise feita a estes doentes por cientistas da Universidade da Pensilvânia, com base num registo nacional de doentes feito entre 1987 e 2002, permitiu concluir que os doentes que desenvolveram formas mais agudas de psoríase apresentavam um risco de morte superior em 50 por cento.

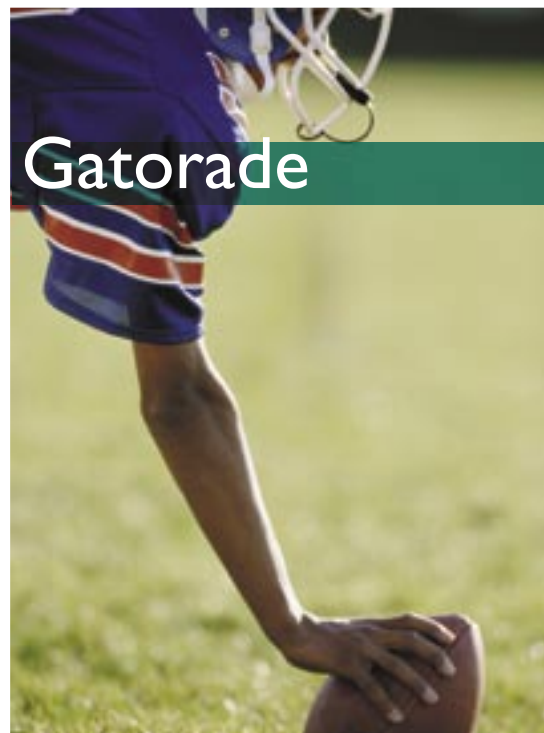
Morreu Internista inventor da **Gatorade**

Robert Cade, que criou a mundialmente famosa bebida desportiva *Gatorade*, morreu no final de Novembro passado, aos 80 anos, devido a problemas renais, informou a Universidade da Flórida (UF).

Cade, que era professor de Medicina Interna naquela Universidade norte-americana, inventou a bebida juntamente com outros investigadores da UF em 1965, para ajudar a hidratar os jogadores de futebol americano da Universidade, que sofreram sucessivas derrotas devido ao calor das regiões pantanosas da Flórida.

Após vários testes, uma equipa de especialistas descobriu que os jogadores não estavam a ser devidamente hidratados, tendo Robert Cade e Dana Shires criado a fórmula de uma bebida electrolítica que mantinha a hidratação dos desportistas em níveis constantes e adequados.

A marca do produto, que conquistou 81 por cento do mercado deste tipo de bebidas em 2006, tem origem no nome da equipa de futebol da UF, os Florida Gators. Hoje, a bebida é consumida no mundo inteiro.



Junta de Extremadura quer criar Euroregião de Saúde com Alentejo

A Conselheira de Saúde e Dependência da Junta de Extremadura (Espanha), Maria Jesús Mejuto, anunciou, na sessão de abertura do curso “Saúde Sem Fronteiras”, integrado na iniciativa “Ágora – Debate Peninsular”, organizado, em Outubro passado, pela Junta de Extremadura, que “é intenção do governo regional constituir uma Euroregião de Saúde em conjunto com o Alentejo”.

Dando como exemplo a experiência de constituição de euroregiões entre a Catalunha e o sul de França e entre a Galiza e o norte de Portugal, Maria Jesús Mejuto recordou a existência, desde 1992, de um protocolo

de cooperação transfronteiriça entre a Junta de Extremadura e o Alentejo, e que, em Abril de 2006, foi constituída a Comissão Específica de Saúde entre ambas as regiões.

A Comissão tem como objectivo, entre outros, o estudo das possibilidades de cooperação futura, as necessidades sanitárias assistenciais no âmbito da saúde pública e da investigação e a formação em matéria de saúde entre a Extremadura e o Alentejo. Nesse objectivo cabe já o estudo para a criação de um banco de tecidos humanos e tumores, que está a ser desenvolvido pela equipa de Maria Jesús Mejuto em conjunto

com a Universidade de Évora.

Destacando que todos estes projectos transfronteiriços têm o apoio do programa comunitário INTERREG, a Conselheira de Saúde referiu-se, ainda, aos acordos de colaboração que já estão em marcha, como é o caso dos que tornam possível a transferência de doentes em risco de vida para centros de referência hospitalar dos hospitais de Elvas, em Portugal, e da Infanta Cristina, em Espanha. Mejuto lembrou, também, o protocolo celebrado entre ambas as regiões e que permite que as grávidas portuguesas da área de Elvas possam ter os seus filhos no hospital de Badajoz.



Demissões em bloco provocam paralisia no Hospital de Faro

A ausência de maior critério no internamento hospitalar, aliada à inexistência de estruturas assistenciais de retaguarda, agrava a falta de condições da unidade de saúde algarvia

O acréscimo de doentes internados através do Serviço de Urgência – e que tem como consequência a sobrelotação, bem como o internamento de doentes de Medicina em praticamente todas as áreas do Hospital Distrital de Faro (HDF), inclusive nos serviços cirúrgicos – está a prejudicar o normal desempenho dos profissionais da unidade de saúde, fazendo com que, “numa situação destas, o médico esteja mais facilmente sujeito a errar”. A avaliação é de Carlos Godinho, chefe de equipa de urgência demissionário do

HDF e assistente graduado de Medicina Interna, um dos 20 Internistas que apresentaram a demissão daquele cargo.

Em declarações à “Medicina Interna Hoje”, Carlos Godinho refere que “o aumento de camas nos Serviços de Medicina (entretanto sugerido pelos clínicos demissionários) serviria para ajudar a resolver o problema no imediato. No entanto, fica por resolver o problema de fundo, que é a falta de soluções de cuidados continuados e de cuidados paliativos”. Para este chefe de equipa demissionário “deveria ser feita uma distinção clara entre o doente agudo, cujo caso clínico precisa ser investigado ou tratado de forma diferenciada – em que a Medicina Interna desempenha o papel mais importante (o que constitui, aliás, a sua vocação) – e o tipo de doente de diagnóstico imediato que “apenas” precisa ser tratado de forma menos complexa, menos diferenciada ou até paliativa, o qual, vistas as coisas com rigor, nem sequer deveria passar pelo hospital distrital e muito menos central, podendo esse tratamento ser efectuado em casa através do apoio domiciliário (que teria de incluir obrigatoriamente médico e enfermeiro) ou noutras unidades de segunda linha consideradas adequadas para o efeito”.

Ao partir do princípio errado de que todo e qualquer doente deve ser encaminhado para o hospital e aí tratado “está a pôr-se em evidência uma total ausência de critério, que faz com que os serviços hospitalares estejam permanentemente sobrecarregados de doentes do segundo tipo que podiam dar lugar a outros, mais necessitados”, acrescenta Carlos Godinho, para quem esta gestão “é completamente errada e muito mais cara, o que se torna incompreensível, dada a escassez de recursos”.

Para agravar ainda mais a situação e devido à sobrecarga directa e indirecta das Urgências sobre a Medicina Interna, aquele trabalho tende a ser encarado como “um fardo, principalmente pelos jovens Internistas e internos da especialidade”. Com efeito, muitos dos jovens médicos colocados no HDF, que decidiram tornar-se Internistas, “nesta altura questionam a opção que fizeram. Alguns deles já se propuseram mesmo repetir o exame de acesso às especialidades, no sentido de escolherem outra via”, adianta Carlos Godinho.

De acordo com este especialista de Medicina Interna “o Internista só tem sido bom para trabalhar, mas a mais-valia da sua polivalência e amplo conhecimento dos doentes e das várias patologias não tem tido qualquer correspondência em termos de reconhecimento”.

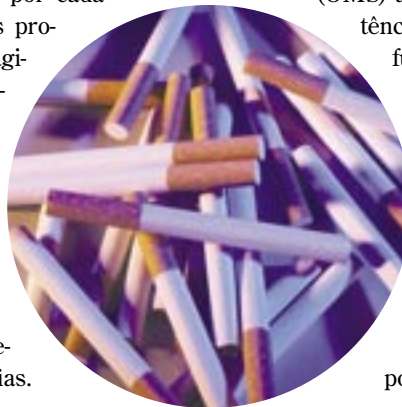
Nas empresas

Programas de cessação tabágica têm retorno assegurado

Um estudo publicado no “Journal of Occupational and Environmental Medicine” (JOEM), do Colégio Norte-Americano de Medicina Ocupacional e Ambiental, concluiu que cada empresa pode poupar até 540,60 dólares anuais por cada trabalhador que deixa de fumar. A investigação aponta os benefícios da realização de programas de cessação tabágica no local de trabalho, sublinhando as vantagens do tratamento feito com vareniclina, o que, apesar do custo inicial mais elevado (268,80 dólares), gerou um benefício económico maior do que outras soluções terapêuticas. Quando são considerados critérios mais abrangentes tais como absentismo, cuidados médicos, seguros e tempo perdido com as pausas para fu-

mar, a poupança por cada trabalhador não fumador, ao fim de 12 meses, é de 5 390 dólares.

No estudo ficou também demonstrado que poucos tratamentos médicos geram um retorno tão elevado por cada dólar investido como os programas de cessação tabágica. Os dados obtidos indicam que estas iniciativas são mais custo-eficazes em termos de anos de vida recuperados do que quaisquer outros controlos de rotina, tais como o controlo da pressão arterial ou a realização de mamografias.



Os principais factores apontados para o sucesso dos programas de desabitação tabágica são o “aconselhamento médico e a terapêutica farmacológica”.

Dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) apontam para a existência de mil milhões de fumadores em todo o mundo. A OMS estima que em países com PIB per capita elevado o valor dos gastos com a saúde, associados ao tabagismo, se situe entre os seis e os 15 por cento do total.

Tromboembolismo venoso mata 550 mil por ano na Europa

O tromboembolismo venoso (TEV) é um problema de saúde frequentemente subestimado. Na Europa, esta patologia é responsável por quase 550 mil mortes anuais, ou seja mais do dobro do somatório das mortes causadas por SIDA, cancro da mama, cancro da próstata e acidentes rodoviários. Foi com base nesta realidade e na necessidade urgente de prevenção do TEV em doentes hospitalizados que especialistas nacionais e internacionais realizaram um estudo para determinar quantos destes indivíduos estão em risco e recebem tratamento preventivo.

As conclusões do estudo ENDORSE revelam que em Portugal mais de metade

dos doentes hospitalizados está em risco de TEV, mas que a prevenção é sub-utilizada, uma vez que é aplicada apenas a 58,5 por cento desta população. Verificou-se ainda que um por cento dos doentes tinham sido internados por TEV, o que revela apenas uma parte do panorama português, dado o desconhecimento da realidade epidemiológica do país.

O comprovou a necessidade urgente de adopção de medidas preventivas de acordo com o perfil de cada doente, tendo em vista uma diminuição significativa do número de embolias pulmonares, evitando-se o desperdício de recursos na administração de profilaxia a doentes que dela não necessitam.

“Tromboembolismo venoso” é o termo utilizado para descrever a formação de coágulos de sangue (trombo) que bloqueiam uma veia. Pode ocorrer em qualquer parte do sistema venoso, mas a manifestação mais comum é a trombose venosa profunda (TVP), normalmente na perna, e a embolia pulmonar. As consequências deste problema, a longo prazo, são a síndrome pós-trombótica (que se manifesta por varizes secundárias, úlceras varicosas, eczemas e dor), a incapacidade para trabalhar e a hipertensão pulmonar (doença caracterizada pela destruição progressiva dos vasos sanguíneos que pode conduzir a grave insuficiência cardíaca).

PROPRIEDADE



DIRECTOR
Faustino Ferreira

EDIÇÃO E REDACÇÃO

LPM
C O M U N I C A Ç Ã O

Edifício Lisboa Oriente,
Av. Infante D. Henrique,
n.º 333 H, 4.º Piso, Escritório 49
1800-282 Lisboa

DIRECTOR COMERCIAL
Nuno Miguel Duarte
nunoduarte@lpmcom.pt
Tel.: 96 214 93 40

CONSULTORA COMERCIAL
Sónia Coutinho
soniacoutinho@lpmcom.pt
Tel.: 96 150 45 80

Tel. 21 850 81 10 - Fax 21 853 33 08

Telef. 21 850 81 10 • Fax 21 853 04 26
Email: lpmcom@lpmcom.pt

Powered by Boston Media

Impressão
RPO Produção Gráfica, Lda.
Trav. José Fernandes, n.º 17 A/B
1300 - 330 Lisboa

Periodicidade: trimestral
Tiragem: 5.000 exemplares

Distribuição gratuita aos associados
da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna
Assinatura anual: 8 euros

Depósito Legal n.º 243240/06
Isento de Registo na ERC
ao abrigo do artigo 9.º
da Lei de Imprensa n.º 2/99,
de 13 de Janeiro

Sociedade Portuguesa
de Medicina Interna
Rua da Tobis Portuguesa, n.º 8 - 2.º sala 7/9
1750-292 Lisboa
Tel. 21 752 0570 / 8 • Fax 21 752 0579
secretariado@spmi.webside.pt
NIF: 502 798 955

www.spmi.pt



Apresentação nacional em reunião da SPMI

Novos testes da SIDA revelam resultados em minutos

Encontram-se em fase de divulgação, em Portugal, novos testes rápidos de detecção da infecção VIH/Sida, que vão permitir um diagnóstico da doença em poucos minutos, num processo semelhante a um teste de gravidez, mas sem recolha de urina.

Os testes podem vir a ser usados em breve, embora, numa primeira fase, apenas em unidades hospitalares.

Os testes, apresentados em Novembro, durante a XI Reunião sobre Infecção VIH/SIDA, no Estoril, podem vir a resolver a grave situação de sub-diagnóstico que se verifica em Portugal, adiantou José Vera, coordenador nacional do Núcleo de Estudos VIH/Sida da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna (SPMI). “Há um sub-diagnóstico da infecção VIH/Sida em todos os países europeus e em Portugal diagnosticada-se pouco e tardiamente. As pessoas apenas contactam o médico quando apresentam sintomas associados à infecção”, alertou o especialista.

Esse diagnóstico tardio aumenta o risco de mortalidade, assim como a probabilidade de outras pessoas serem infectadas, já que o próprio doente desconhece em que situação se encontra. Em Portugal, estima-se estarem diagnosticados 20 mil casos de infecção com VIH/SIDA, mas o número de doentes por diagnosticar deverá ser duas a três vezes superior. Os testes agora divulgados permitem o diagnóstico em espaços que não dispõem de laboratórios, desde unidades móveis até centros de saúde.

“Não é necessária qualquer maquinaria e por isso os testes podem ser feitos numa simples consulta ou pela equipa de enfermagem num centro de saúde. No processo actual, entre a consulta, a requisição dos testes, o envio para o laboratório e o apuramento dos resultados, em qualquer momento a pessoa pode desaparecer e o processo ficar interrompido”, precisou José Vera.

Com a nova metodologia “é aumentada a acessibilidade ao diagnóstico e na primeira abordagem a uma pessoa pode propor-se o teste e fazê-lo de imediato”.

Obra de Themudo Barata

Internista cria dicionário de “mediquês”



Se um médico disser que alguém sofre de anosmia, aguesia ou onicofagia apenas quer dizer que essa pessoa não tem olfato, paladar, ou que tem o vício de roer as unhas. O significado destes e de outros termos clínicos são explicados no livro *Dicionário Médico para Todos*, da autoria de Themudo Barata, especialista em Medicina Interna e Medicina Desportiva, que quis descodificar a linguagem médica e responsabilizar os doentes, reduzindo a distância em relação aos médicos. O livro, lançado recentemente, ajuda a desmistificar os “palavrões” usados nos relatórios clínicos, para que os doentes possam ser “médicos de si próprios”. “O problema é que grande parte da população tem défices cul-

turais e falta de ginástica mental e de raciocínio lógico”, constatou o médico Themudo Barata, à agência Lusa. Daqui resulta a confusão entre palavras longas e palavras difíceis de perceber. “É uma questão cultural. As pessoas estão habituadas a ter alguém que se preocupa com elas - no caso da saúde são os médicos - e demitem-se das suas responsabilidades enquanto doentes”, lembra. O livro divide-se em três partes. Na primeira são explicadas as raízes das palavras e os elementos de formação (prefixos e sufixos) são agrupados por temas. “Apenas se dão alguns exemplos que visam a compreensão do seu significado, para que o leitor venha a conseguir sozinho deduzir o significado de outras pala-

bras”, explica. A segunda parte funciona como dicionário de prefixos e sufixos e a terceira é um dicionário de palavras médicas mais comuns, que acaba por ser mais “sumarenta” para o leitor curioso. Aqui fica, também, a saber-se que quem sofre de geofagia tem a mania de comer terra e que hiperidrose é apenas excesso de suor. O esforço, porém, não deve só partir dos doentes, diz Themudo Barata. “Os médicos têm de ter ‘treino em comunicação’ para se aproximarem dos doentes”.

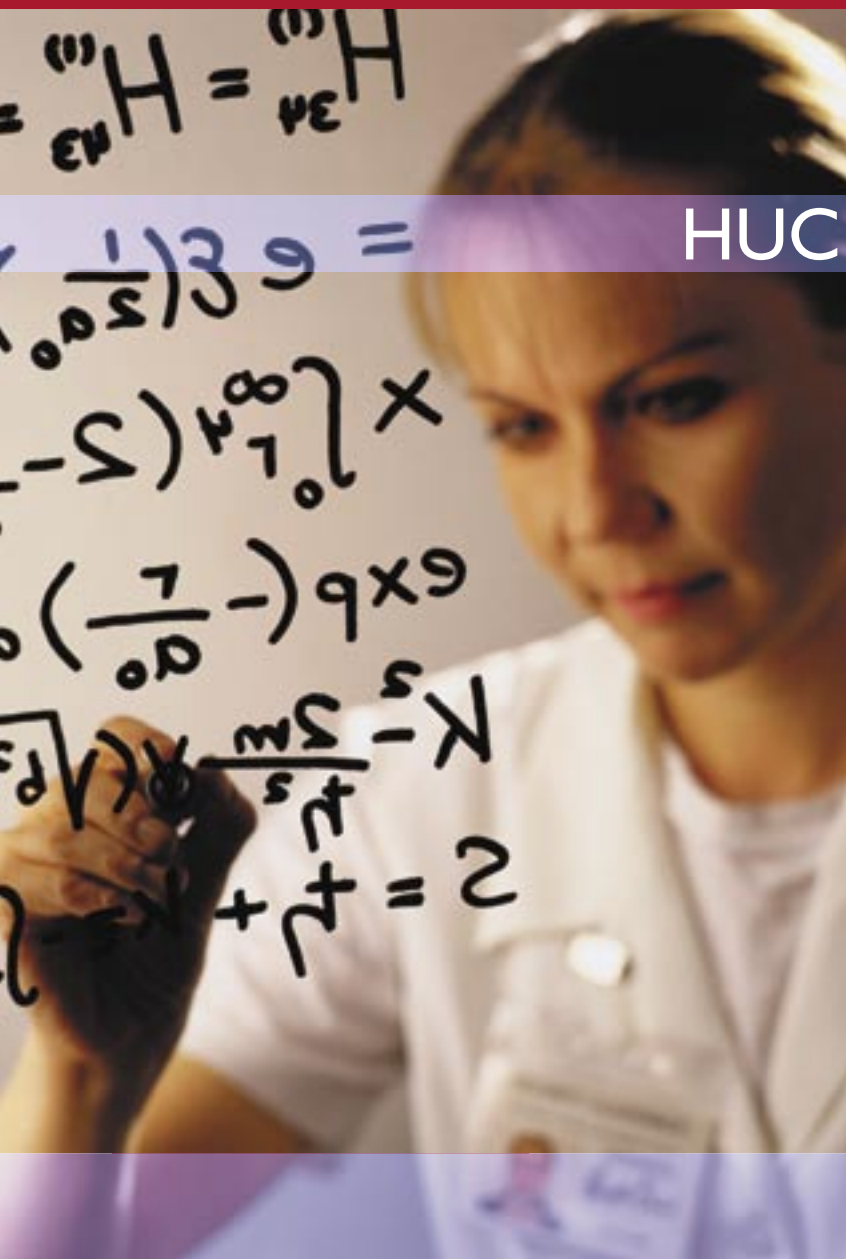
12 a 15 de Março '08
Tivoli Marinotel, Vilamoura, Portugal

Secretariado:
Apartado 9021
3001-301 Coimbra
Portugal
fnnde@iol.pt

1º CONGRESSO IBERICO de MEDICINA INTERNA

14º CONGRESSO NACIONAL de MEDICINA INTERNA

Logos for RSMI (Associação Portuguesa de Medicina Interna) and FSEMI (Associação Portuguesa de Medicina Interna) are also present.



HUC debateram “controvérsias” em Medicina Interna

As jornadas sobre “Controvérsias em Medicina Interna”, realizadas nos Hospitais da Universidade de Coimbra (HUC), pretenderam lançar uma discussão diferente da habitual sobre temas polémicos da área da saúde.

As jornadas marcaram o recomeço da organização de encontros científicos por parte do Serviço de Medicina Intensiva daquela Unidade. Iniciadas em 1978 pelo então chamado Serviço de Reanimação, dirigido por Carrington da Costa, as jornadas foram pioneiras no país. Na sessão de abertura do encontro, o director do Serviço de Medicina Interna dos HUC, Jorge Pimentel, recordou também que as jornadas se realizaram durante sete anos e acabaram por ser suspensas em 1994, numa altura em que se multiplicavam os encontros nesta área da Medicina. Agora, “por sugestão de pessoas do serviço, entendeu-se que era altura de

recomeçar a organização das jornadas, adoptando um formato inovador e que trouxesse alguma vantagem”, realçou Jorge Pimentel. E a escolha do termo “controvérsias” para o título foi “a opção mais adequada”, porque na área da Medicina Interna “são raros os pontos em que há unanimidade ou consenso”, admitiu o especialista, considerando que num país pequeno como Portugal “não faz sentido que haja critérios ou disparidades relativamente grandes em questões básicas como critérios de internamento ou alta ou outras questões que estão na ordem do dia”. Presente na sessão de abertura, Fernando Regateiro, presidente do Conselho de Administração dos HUC, destacou os índices de qualidade que caracterizam o Serviço de Medicina Intensiva e recordou a memória de Carrington da Costa, pela preclara posição que assumiu no panorama da Medicina portuguesa.



VillaTermal das Caldas de
Monchique
SPA RESORT

● www.monchiquetermas.com



Natureza do Bem-Estar

- Alojamento
- SPA Termal
- Restaurantes
- Kids Club

Contactos

Reservas

Tel: +351 282 910 910
Fax: +351 282 910 991
reservas@monchiquetermas.com

Morada

Caldas de Monchique
8550-232 Monchique

○ www.monchiquetermas.com





APOIANDO
CADA
ETAPA
DO SEU
CAMINHO



Classo5mWine

Consigo ao longo do caminho

