Entrevista a Manuel Teixeira Veríssimo
"Contribuímos para a formação e elevação da autoestima dos internistas"
PÁGS. 6/7

HTA: o que há de novo em 2016
Cristina Alcântara
PÁG. 8

Doenças hereditárias metabólicas de "causa hepática"
Luís Brito Avô
PÁG. 18

LIVE
MEDICINA INTERNA
CONGRESSO

DIRETOR: JOSÉ ALBERTO SOARES
DISTRIBUIÇÃO GRATUITA

2.ª EDIÇÃO
27 de maio | **28 de maio** | 29 de maio

XXII CONGRESSO NACIONAL DE MEDICINA INTERNA
V CONGRESSO IBÉRICO DE MEDICINA INTERNA

VIANA DO CASTELO · **27-29 MAIO 2016**

SPMI Sociedade Portuguesa de Medicina Interna

Publicações
justNews
www.justnews.pt

PRÉMIO NACIONAL DE MI PARA CARLOS VASCONCELOS

Esta distinção será, a partir de agora, atribuída anualmente pela SPMI a um internista que tenha contribuído, de forma relevante, para a divulgação, avanço científico e/ou implementação da especialidade em Portugal.

Diretor-geral da Saúde esteve presente, ontem à noite, na Cerimónia de Abertura do XXII Congresso

Polifarmácia e adesão terapêutica
Alberto Pinto Hespanhol
PÁG. 10

O papel do internista na doença vascular pulmonar
Abílio Reis
PÁG. 8

Nova realidade exige adaptação da MI
PÁGS. 12/13

PARA LER AMANHÃ

Andreia Vilas Boas faz balanço de mandato à frente do NIMI

justNews
a partilhar informação desde 1981
www.justnews.pt

Jornal Médico
DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS
***MENSAL** - Publicação de referência na área dos CSP, especialmente dirigida à Medicina Geral e Familiar.*

PUB

PUBLICIDADE

Passagem de testemunho I

Teixeira Veríssimo cede hoje o lugar de presidente da SPMI a Luís Campos e...

Passagem de testemunho II

...Ricardo Fernandes (CHVNG/E) sucede a Andreia Vilas Boas à frente do NIMI

O jantar de boas-vindas de ontem teve o apoio da VitalAire

O staff de apoio da SPMI

Veja as fotos do XXII Congresso em www.justnews.pt

Entregue 1.ª edição do Prémio Jorge Caldeira

Catarina Cabral, do Hospital da Horta, recebeu ontem o Prémio Jorge Caldeira, pelo trabalho "Diabetes gestacional – a realidade de uma região atlântica", atribuído pelo Núcleo de Estudos da Diabetes *Mellitus* (NEDM) da SPMI e pela Merck SA. O prémio homenageia o internista Jorge Caldeira e visa distinguir o melhor trabalho clínico apresentado na reunião anual do NEDM.

Álvaro Coelho (NEDM), Manuel Teixeira Veríssimo, Jorge Caldeira, Catarina Cabral e Leonor Sequeira (Merck SA)

justNews
a partilhar informação desde 1981
www.justnews.pt

Jornal Médico
DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS
MENSAL - *Publicação de referência na área dos CSP, especialmente dirigida à Medicina Geral e Familiar.*

Diana Guerra, presidente do Congresso

"Viana do Castelo está a ser um porto da Medicina e será seguramente a porta de saída de uma Medicina Interna muito mais forte."

Francisco George, diretor-geral da Saúde

"Apelo a todos os colegas e a todos os dirigentes para que todos nós, em conjunto, consigamos superar os três maiores desafios da atualidade identificados pela OMS: as alterações climáticas, as doenças crónicas que matam antes dos 70 anos e as resistências aos antibióticos."

Manuel Teixeira Veríssimo, presidente da SPMI

"A grande força da SPMI está naquilo que sempre a caracterizou, ou seja, a visão global do doente."

Ponciano Oliveira, ARS Norte

"A Medicina Interna representa um papel essencial na abordagem e na assistência ao doente."

Franklim Ramos, presidente da ULSAM

"A Medicina baseada na narrativa é um instrumento necessário não só na clínica, mas também no ensino médico e mesmo na investigação."

Emilio Casariego Vales, presidente da Sociedade Espanhola de MI

"Cada vez mais os doentes vão precisar dos internistas e, para isso, as sociedades espanhola e portuguesa de MI têm de estar unidas."

Miguel Guimarães, presidente da Secção Regional do Norte da OM

"É importante reforçar a qualidade de formação médica especializada."

O Centro Cultural de Viana do Castelo foi o palco da Cerimónia de Abertura do Congresso de 2016

A Mensagem de Marcelo Rebelo de Sousa, Presidente da República:

"Sem internistas, o Sistema Nacional de Saúde não seria o que é hoje!"

José Maria Costa, presidente da CM de Viana de Castelo

"Viana do Castelo é uma cidade de inspiração e estou certo de que este Congresso vai ser muito inspirador para os vossos trabalhos e também para o vosso exercício."

António Martins Baptista felicita o vencedor da 1.ª edição do Prémio Nacional de MI

LIVE Medicina Interna Congresso

Diretor: José Alberto Soares (jas@justnews.pt) **Assessora da Direção:** Cláudia Nogueira (claudianogueira@justnews.pt) **Assistente de Direção:** Goreti Reis (goretireis@justnews.pt) **Redação:** Maria João Garcia (mariajoaogarcia@justnews.pt), Sílvia Malheiro (silviamalheiro@justnews.pt), Susana Catarino Mendes (susanamendes@justnews.pt) **Fotografia:** Joana Jesus (joanajesus@justnews.pt), Nuno Branco - Editor (nunobranco@justnews.pt) **Publicidade:** Ana Paula Reis (anapaulareis@justnews.pt), João Sala (joaosala@justnews.pt), Marco Rodrigues (marcorodrigues@justnews.pt) **Diretor de Produção Interna:** João Carvalho (joaocarvalho@justnews.pt) **Diretor de Produção Gráfica:** José Manuel Soares (jms@justnews.pt) **Diretor de Multimédia:** Luís Soares (luissoares@justnews.pt) **Morada:** Alameda dos Oceanos, Nº 25, Esc. 3, 1990-197 Lisboa ***LIVE Medicina Interna Congresso* é uma publicação da Just News**, dirigida a profissionais de saúde **Impressão:** Alves & Albuquerque Artes Gráficas **Notas:** 1. A reprodução total ou parcial de textos ou fotografias é possível, desde que devidamente autorizada e com referência à Just News. 2. Qualquer texto de origem comercial publicado neste jornal está identificado como "Informação".

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

Publicações
justNews

10 Conselhos de Carlos Vasconcelos aos jovens "candidatos a internistas"

1. Sejam humanos.

2. Sejam científicos e, por isso, sistemáticos e rigorosos.

3. Sejam ambiciosos e inovadores.

4. Sejam custo-efetivos.

5. Partilhem.

6. Respeitem as guidelines, mas coloquem o doente sempre no centro.

7. Façam investigação, mas não desperdicem recursos.

8. Publiquem, de preferência, em revistas indexadas.

9. Aprendam com os insucessos, perdas e erros.

10. Não saibam só fazer Medicina.

Os alunos da Escola de Música de Viana abrilhantaram a noite de ontem

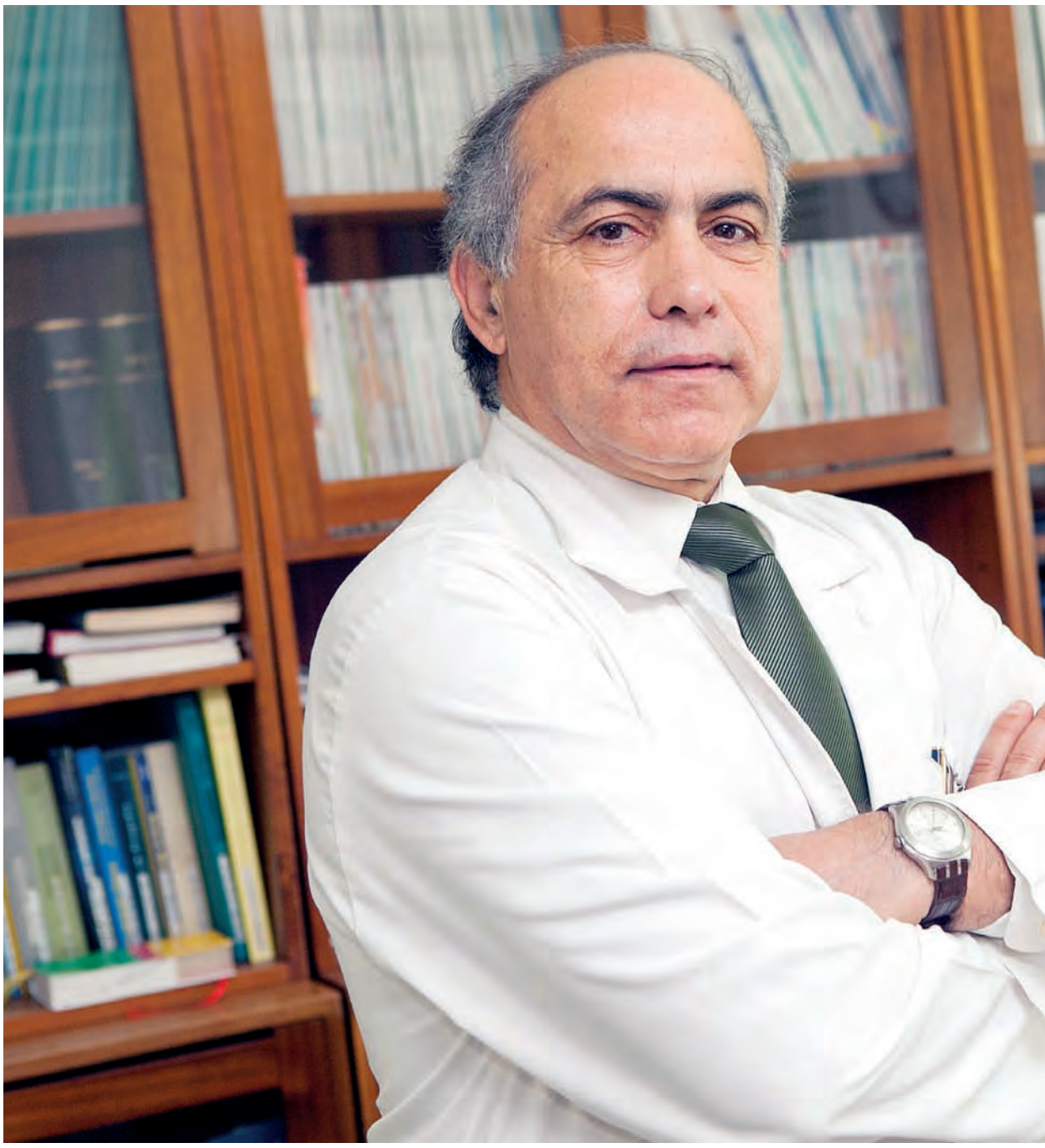
João Lobo Antunes proferiu a Conferência de Abertura

PUBLICIDADE

MANUEL TEIXEIRA VERÍSSIMO, PRESIDENTE DA SPMI (2014-2016):

"Contribuímos para o desenvolvimento da e para a formação e elevação da autoestim

Dois anos depois de ter assumido os destinos da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna (SPMI), chega ao fim o mandato de Manuel Teixeira Veríssimo como presidente. À *Just News*, o internista do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC) afirma considerar que o balanço do trabalho desenvolvido pela Direção que encabeçou é positivo, tendo contribuído para o desenvolvimento da Medicina Interna, assim como para a formação e a elevação da autoestima dos internistas em geral.



***Just News* (JN) – Está a terminar o seu mandato como presidente da SPMI. Como tem sido a tarefa de estar à frente de uma das maiores sociedades científicas nacionais?**

Manuel Teixeira Veríssimo (MTV) – Tem sido uma honra e um enorme prazer estar à frente dos destinos da SPMI, pois, significa representar um grupo profissional essencial para o sistema de saúde, a cuja dedicação e espírito de missão os portugueses muito devem. Foi uma tarefa árdua, mas que, em conjunto com uma excelente equipa de trabalho composta pelos membros dos corpos sociais, equipa editorial, centro de formação, centro de investigação, coordenadores dos núcleos de estudo, sócios e secretariado, permitiu dignificar a Medicina Interna em Portugal e no estrangeiro.

JN – No final do mandato, a Medicina Interna sai mais valorizada? Em que medida? O que foi feito nesse sentido?

MTV – A Medicina Interna tem vindo a valorizar-se ao longo dos anos e pensamos que o nosso mandato contribuiu para manter essa tendência de valorização, não apenas pelo apoio dado na área da formação, mas também através da promoção da imagem da Medicina Interna e consequente elevação da autoestima dos internistas. Somos hoje uma grande Sociedade, com cerca de 3000 sócios, organizamos um dos maiores congressos médicos nacionais, editamos três publicações regulares, promovemos ações de formação para internos de especialidade e especialistas, estimulamos a investigação, temos 17 núcleos de estudo em atividade, temos participação ativa na Federação Europeia de Medicina Interna, entre outros. Por tudo isto, pensamos que os internistas portugueses se devem sentir orgulhosos da Sociedade que os representa.

JN – Quais as principais alterações/ /novidades no que se refere aos Núcleos de Estudo?

MTV – Os núcleos de estudo são os postos avançados da SPMI, acolhendo os internistas que, agrupando-se segundo os seus gostos particulares, conhecimentos e necessidades dos serviços, melhor podem representar a Medicina Interna na área específica de cada núcleo, bem como responder às necessidades das instituições e dos doentes nas respetivas áreas. Os 17 núcleos de estudo da SPMI em atividade (Núcleo de Estudos da Diabetes *Mellitus*, Núcleo de Estudos da Doença Vascular Cerebral, Núcleo de Estudos da Doença VIH, Núcleo de Estudos das Doenças do Fígado, Núcleo de Estudos de Bioética, Núcleo de Estudos de Doença Vascular Pulmonar, Núcleo de Estudos de Doenças Autoimunes, Núcleo de Estudos de Doenças Raras, Núcleo de Estudos de Formação em Medicina Interna, Núcleo de Estudos de Geriatria, Núcleo de Estudos de Insuficiência Cardíaca, Núcleo de Estudos de Medicina Paliativa, Núcleo de Estudos de Risco e Prevenção Cardiovascular, Núcleo de Estudos de Urgência e do Doente Agudo, Núcleo de Estudos em Organização e Desenvolvimento de Serviços de Saúde, Núcleo de Internos de Medicina Interna e Núcleo de Estudos de Medicina Obstétrica) representam bem o que é a diversidade da Medicina Interna, mostrando também a tendência e até necessidade atual da Medicina Interna de, embora mantendo o saber global, aprofundar conhecimentos em determinadas áreas. É esta soma de conhecimentos globais e específicos que torna a Medicina Interna uma especialidade capaz de dar resposta aos reais problemas dos doentes.

JN – O Registo Nacional de Medicina Interna era um dos objetivos. Houve algum avanço nesta matéria?

MTV – O Registo Nacional de Medicina Interna avançou e temos dados que nos permitem conhecer melhor quantos somos, o que fazemos, quais as características dos serviços de Medicina Interna, etc. Contudo, porque não é uma tarefa fácil e porque os dados estão em constante mudança, será um trabalho que nunca estará completo, exigindo constante atualização.

JN – Nesta Direção, foi criado o Centro de Formação da SPMI, outra das metas propostas à partida. O que veio mudar? Que cursos foram promovidos?

MTV – O Centro de Formação (FORMI) é um instrumento importante da SPMI, através do qual se pretende oferecer de forma organizada e coerente formação aos internos e especialistas de Medicina Interna. Tem vindo a funcionar regularmente através da realização de cursos nas instalações da SPMI, aproveitando as salas criadas para o efeito. Aí têm decorrido cursos na área da Geriatria, Dor, Investigação Clínica, Cuidados Paliativos, Diabetes e Formação de Formadores. O Centro encontra-se neste momento a cumprir as formalidades com vista à certificação pelo Centro de Emprego e Formação Profissional. Entretanto, outras atividades formativas têm sido levadas a efeito noutros locais, como o curso de verão e os cursos pré-congresso, entre outros.

JN – Será lançado, brevemente, um curso *e-learning* na área da Diabetes, da responsabilidade do Núcleo de Estudos da Diabetes da SPMI. A quem se destina? Quais as principais vantagens?

"A Medicina Interna tem vindo a valorizar-se ao longo dos anos e pensamos que o nosso mandato contribuiu para manter essa tendência de valorização."

MI
a dos internistas em geral"

MTV – O *e-learning* foi uma aposta desta Direção, parecendo-nos uma área particularmente importante para a formação em Medicina Interna, pois, permite chegar a um número elevado de interessados ao mesmo tempo, sem estes terem a necessidade de sair de casa, podendo ainda, dentro de certos limites, fazer os cursos nos dias e horas em que os alunos tiverem disponibilidade. O primeiro curso *e-learning* é sobre tratamento não insulínico da diabetes, resultando de uma parceria do Núcleo de Estudos de Diabetes com a AstraZeneca. Destina-se principalmente a internos de Medicina Interna, embora também acreditemos que seja útil para especialistas. Pensamos que, no futuro, este género de cursos, com avaliação e acreditação, possam ser uma peça importante na formação em Medicina Interna.

JN – Está prevista a realização de outros cursos com o mesmo formato?

MTV – Estão previstos outros cursos pela metodologia do *e-learning*, designadamente nas áreas das doenças raras, geriatria, dor e doenças autoimunes, mas muitos outros temas poderão ser oferecidos através desta via, como, por exemplo, dislipidemias, fibrilhação auricular, lúpus, hepatites, antibióticos, AVC, ética, insuficiência cardíaca, VIH/SIDA. A sua realização irá depender essencialmente das propostas dos núcleos de estudo e do planeamento do FORMI.

JN – Pretendia-se, ainda, estreitar ligações com outras sociedades portuguesas congéneres, a Federação Europeia de Medicina Interna e outras sociedades europeias de Medicina Interna. O que foi feito nesta área?

MTV – Mantivemos relações próximas com algumas sociedades médicas portuguesas, participando em projetos comuns, como é o caso da Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar, a Sociedade Portuguesa de Cardiologia, a Sociedade Portuguesa de Diabetes, a Sociedade Portuguesa de Endocrinologia, a Sociedade Portuguesa de Hipertensão e a Sociedade Portuguesa de Aterosclerose, entre outras. No âmbito internacional, temos tido participação ativa na Federação Europeia de Medicina Interna (EFIM), com vários internistas portugueses em grupos de estudo europeus e tendo a SPMI tido um papel importante na construção do curriculum europeu de Medicina Interna. Também o tesoureiro da EFIM é português. Em relação a sociedades de outros países, estreitámos relações com a Sociedade Espanhola de Medicina Interna, com a qual existem diversos projetos comuns, como o congresso ibérico, cursos *e-learning* comuns, posição concertada na EFIM e interação entre os grupos de estudo homólogos das duas sociedades. Ainda no plano internacional, mantemos relações cordiais com as sociedades de vários países sul-americanos, tendo a SPMI sido convidada para integrar a Sociedade Latino-Americana de Medicina Interna. Integramos também o projeto de uma revista latino-americana de casos clínicos de Medicina Interna *on line*, que junta Espanha, Portugal e os países sul-americanos.

JN – Em matéria de investigação, que trabalho foi feito?

MTV – Na área de investigação, foi formado o Centro de Investigação e Desenvolvimento em Medicina Interna (CIDMI), tendo sido nomeado o seu coordenador, Prof. Carlos Vasconcelos, bem como a restante equipa, composta por mais cinco elementos, que iniciaram a sua atividade recentemente. Pensamos que o CIDMI irá ter um papel determinante no fomento da investigação clínica nos serviços de Medicina Interna, nomeadamente através da realização de estudos multicêntricos, bem como através da oferta de apoio logístico em projetos de investigação.

JN – Que balanço faz do trabalho desenvolvido por esta Direção?

MTV – Fazemos um balanço positivo. De um modo geral, foram atingidos os objetivos a que nos propusemos. Pensamos que contribuímos para o desenvolvimento da Medicina Interna, assim como para a formação e elevação da autoestima dos internistas em geral.

JN – Fica algum objetivo por cumprir?

MTV – Embora tenhamos cumprido, e até ultrapassado, em alguns aspetos, o programa proposto aquando da nossa candidatura, nunca fazemos tudo o que gostaríamos de ter feito. Gostaria que tivessem ficado mais cursos *e-learning* a funcionar e, embora a *Revista Medicina Interna* já esteja indexada na base SciELO, gostaria que também já estivesse indexada na Pubmed. Gostaria também de deixar o Centro de Investigação em Medicina Interna com projetos mais avançados. Contudo, estamos certos de que todos esses objetivos irão, em breve, ser atingidos.

JN – Para terminar, quais considera serem os maiores desafios que se colocam na especialidade de Medicina Interna?

MTV – O grande desafio da Medicina Interna passa por ser capaz de se adaptar às necessidades dos doentes e instituições, numa medicina cada vez mais especializada, mas, por isso mesmo, carente de uma especialidade, como a Medicina Interna, que tenha uma visão global do doente e saiba integrar os avanços decorrentes dessa superespecialização. A Medicina Interna deverá continuar a ter um papel fulcral nas áreas clássicas, como internamento, urgência, cuidados intermédios e intensivos, hospital de dia, consulta externa e áreas temáticas, mas deverá também avançar para a medicina perioperatória, internamento domiciliário e gestão global do doente hospitalar.

Perfil

Manuel Teixeira Veríssimo nasceu em Arazede, Montemor-o-Velho, tendo-se licenciado pela Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra (FMUC), em 1980, e especializado em Medicina Interna (1990) e em Medicina Desportiva (1994). Fez depois o mestrado em Medicina do Desporto (1994) e o doutoramento em Medicina Interna (1999), ambos na FMUC. Tem a competência em Gestão de Serviços de Saúde e em Geriatria.

Nos HUC, foi chefe de equipa de Urgência, presidente da Comissão de Qualidade e Humanização, diretor do Centro de Congressos e monitor da Prescrição Médica e, atualmente, é coordenador da Enfermaria A do Serviço de Medicina Interna e responsável pela Consulta de Geriatria.

Na Faculdade de Medicina de Coimbra, é regente da disciplina de Geriatria e coordenador do Mestrado de Geriatria.

Dirigiu o Centro de Medicina Desportiva de Coimbra (2001--2003) e foi presidente do Conselho de Administração do Hospital Rovisco Pais (2007-2012).

Atualmente, é 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.

O papel do internista na doença vascular pulmonar

Abílio Reis
Consultor de MI. Coordenador da Unidade de Doença Vascular Pulmonar do CHP

As formas de doença vascular pulmonar mais frequentes, o tromboembolismo pulmonar (TEP) e a hipertensão pulmonar (HP), apesar de terem manifestações clínicas comuns, têm especificidades próprias que importa dissecar.

Desde logo, em termos epidemiológicos, o TEP é uma entidade frequente. Calcula-se que terá uma incidência de 60 a 70 casos por 100.000 habitantes, enquanto as formas de HP – excluídas as devidas a patologia cardíaca esquerda (Grupo 2) e respiratória crónica (Grupo 3), que são frequentes e têm uma abordagem terapêutica completamente distinta –, reunidas nos Grupos 1 (hipertensão arterial pulmonar), 4 (hipertensão pulmonar tromboembólica crónica) e 5 (HP de causa multifatorial ou de origem desconhecida), são relativamente pouco frequentes e algumas delas, como a hipertensão arterial pulmonar idiopática, são mesmo consideradas doenças raras (incidência de 1-5 por milhão de habitantes).

Quanto à gestão clínica da doença e aos resultados a obter, eles são completamente distintos nas duas entidades: no TEP a questão primordial é a confirmação do diagnóstico, a distinção entre TEP agudo e crónico e, no primeiro caso, a estratificação da gravidade que condicionará a estratégia terapêutica que tem como objetivo primário a cura e secundário a prevenção da recorrência da doença; o TEP crónico, habitualmente complicado, com hipertensão pulmonar (HPTEC), deve ser lidado como uma forma de HP potencialmente curável com cirurgia de endarterectomia pulmonar.

As formas de doença vascular pulmonar mais frequentes (TEP e HP) têm especificidades próprias.

Na HP, síndrome caracterizada por uma alteração fisiopatológica da circulação pulmonar, que pode acontecer sem uma causa aparente (idiopática) ou associada a mais de 30 entidades, a questão fundamental, após a confirmação e destrinça entre as formas pré e pós-capilar, feita por métodos invasivos, é a investigação etiológica cujo resultado condiciona as estratégias terapêutica e de seguimento e o prognóstico da doença.

Nas formas de HP devidas a doença cardíaca esquerda e doenças respiratórias crónicas, o tratamento deve ser dirigido às doenças de base, não havendo indicação para tratamento com fármacos específicos para a HP. Nas formas de HP pré-capilar, reunidas nos Grupos 1 e 5 e na HPTEC sem indicação para cirurgia, está indicado o tratamento com fármacos vasodilatadores pulmonares específicos, segundo uma estratégia ditada pela gravidade da doença e com o objetivo de retardar a progressão da mesma, uma vez que, com os instrumentos existentes, a cura não é ainda um objetivo possível.

Assim, o TEP, pela sua frequência e baixa complexidade na gestão clínica, deve, na maior parte dos casos, ser lidado por qualquer internista em qualquer um dos níveis de cuidados do sistema de saúde, desde que tenha disponíveis os meios de diagnóstico e avaliação da gravidade recomendados e acesso a assessoria técnica para as situações problema. O TEP de alto risco de mortalidade, com indicação para trombólise ou intervenção invasiva diferenciada, deve ser lidado em unidades com condições técnicas adequadas.

O doente com HP não associada a patologia cardíaca esquerda ou respiratória crónica, pela baixa frequência e alta complexidade na gestão clínica da doença, deve, após deteção, habitualmente por ecocardiograma transtorácico, ser orientado o mais precocemente possível para um dos centros especializados, oficialmente designados como Centros de Tratamento da Hipertensão Pulmonar.

Sábado, 28
AUDITÓRIO SANTIAGO DA BARRA
18h15 - 18h45

HTA: o que há de novo em 2016

Cristina Alcântara, internista do Hospital de Santa Maria/Centro Hospitalar Lisboa Norte, será a preletora de um *Uptodate* que decorre hoje, pelas 9.15 h, intitulado "HTA: o que há de novo em 2016", que se centrará, sobretudo, nos resultados do estudo SPRINT (Systolic Blood Pressure Intervention Trial), publicado no final de 2015, no qual se questiona quais os níveis mais adequados de pressão arterial (PA) para doentes hipertensos em tratamento.

Do estudo, que incluiu cerca de 10 mil participantes, com mais de 50 anos, PA sistólica (PAS) entre 130 a 180 mmHg e alto risco cardiovascular (um ou mais dos seguintes fatores: doença cardiovascular sintomática ou assintomática, doença renal crónica, estágios III ou IV, risco cardiovascular de Framingham > 15, ou idade > 75 anos), foram excluídos doentes diabéticos e/ou com história de acidente vascular cerebral (AVC).

Cristina Alcântara

De acordo com a especialista, o SPRINT comparou o tratamento intensivo da pressão arterial (meta de PA sistólica < 120 mmHg) *versus* tratamento padrão (meta PA sistólica < 140 mmHg), tendo ficado demonstrado que "a descida do valor da pressão arterial até aos 120 mmHg conduz a uma redução significativa de morbilidade e mortalidade".

Segundo Cristina Alcântara, "este estudo responde a algumas questões e levanta outras sobre os limites a que se deve descer a pressão arterial dos doentes para que haja uma diminuição máxima de risco e aumento mínimo de efeitos adversos". Por outro lado, "complementa e, até, em algumas situações, contrapõe alguns dos resultados dos estudos mais antigos que foram e continuam a ser primordiais no estudo da hipertensão", como, por exemplo, o ACCORD, sobre os quais foram baseadas as últimas *guidelines (*europeias e americanas).

"Cerca de 50% dos doentes hipertensos são diabéticos."

O facto de excluir os doentes diabéticos coloca algumas interrogações, dado tratar-se de uma população "extremamente importante" no contexto da hipertensão arterial. "Cerca de 50% dos doentes hipertensos são diabéticos e são um subgrupo que não podemos esquecer", refere a internista, desenvolvendo que, mediante os resultados do SPRINT e dos estudos antigos, "talvez valha a pena desenhar ou fazer um estudo com os doentes diabéticos para avaliar quais são os níveis ideais de PA nesses doentes".

Cristina Alcântara admite que o estudo SPRINT possa ser considerado na elaboração das novas *guidelines* das associações americanas de Cardiologia, que em princípio serão apresentadas no Congresso do American College of Cardiology, que terá lugar em novembro.

Sábado, 28
AUDITÓRIO SANTIAGO DA BARRA
09h15 - 09h45

Como comunicar más notícias

Isabel Galriça Neto
Diretora da Unidade de Cuidados Paliativos do Hospital da Luz, Lisboa. Presidente da Competência de Medicina Paliativa da OM. Assistente convidada da FMUL

A comunicação empática sobre a situação clínica é, para além de uma expectativa da maioria dos doentes, uma obrigação ética e moral dos profissionais de saúde, concretamente, dos médicos. A comunicação adequada é uma estratégia terapêutica de intervenção no sofrimento associado à doença, qualquer que ela seja, é uma técnica que pode e deve ser ensinada e devidamente treinada.

São reconhecidas as dificuldades e barreiras à comunicação quando se trata de transmitir más notícias, dificuldades que só podem ser atenuadas através de treino das competências de comunicação dos profissionais. Essas competências não melhoram apenas pelo acumular da experiência clínica, mas o treino adequado dessas perícias induz mudanças eficazes e duradouras na atuação do profissional, melhorando, entre outros aspetos, a discussão dos planos terapêuticos, a satisfação dos doentes e a sua adesão ao tratamento, e diminuindo o stress dos profissionais de saúde.

A evidência demonstra que a maioria dos doentes pretende discutir objetivamente as suas situações clínicas e conhecer os detalhes dos tratamentos. Neste contexto, recomenda-se um modelo de abordagem centrado nas necessidades do paciente, com estabelecimento de uma aliança terapêutica que favorece a promoção da autonomia e da dignidade do doente e o envolve no processo de tomada de decisões.

Este tema envolve questões técnicas e éticas. Existem linhas orientadoras consensuais para promover a boa comunicação com os doentes e famílias e, no caso da transmissão das más notícias, são bem conhecidos os chamados Protocolos de Buckman ou o SPIKES, que recomendam abordagens rigorosas, por forma a que a transmissão de notícias que alteram as expectativas positivas dos doentes seja centrada no paciente, feita de forma eficaz e compassiva.

Fazer de conta que em Medicina não existem ou não se transmitem más notícias, evitar falar delas ou fazê-lo de forma atabalhoada é penoso para todos, médicos e doentes. Não se pode dizer que um médico é um bom profissional de saúde se não tiver competências adequadas de comunicação. Tal como com qualquer intervenção terapêutica, não é uma questão de bom senso, é mesmo uma questão de técnica.

De tudo isto iremos falar na conferência sob este tema.

Sábado, 28
AUDITÓRIO SANTIAGO DA BARRA
11h15 - 11h45

PUBLICIDADE

Impacto do sono na sociedade

Teresa Paiva
Neurologista. Especialista em Medicina do Sono

Factos do sono

Para perceber o papel do sono na sociedade importa conhecer os fatos, ou seja, os conhecimentos factuais desse mesmo sono:

- O sono é essencial à sobrevivência; animais privados de dormir (mosca e rato) morrem em 15 dias.
- O sono manteve-se ao longo de milhões de anos na maioria das espécies animais.
- O sono é regulado por fatores ambientais, designadamente pela luz, ruído, temperatura, movimento, altitude e cheiros, e por fatores intrínsecos, próprios do indivíduo.
- Para dormir, o dormidor (humano ou animal) procura proteção e tem posições características.
- Os ambientes com estimulação sensorial mínima (escuros, tranquilos e com temperatura confortável) são preferidos subjetivamente, facilitando o início e a manutenção do sono.
- Durante o sono mantém-se o processamento sensorial auditivo e somestésico de estímulos exteriores, mas com o fechar dos olhos não há processamento visual extrínseco.
- Durante o sono, o limiar para despertar varia com as fases do sono, sendo máximo no REM e no sono lento profundo.
- Os estímulos mais significativos, como chamar pelo nome próprio ou o choro do bebé para a mãe, têm limiares mais baixos.
- Durante o sono, a temperatura central baixa e são produzidas todas as hormonas anabolizantes.
- O sono está integrado no sistema sono-vigília.
- A luz aplicada à noite aumenta o estado de alerta e atrasa o adormecer; pulsos de luz aplicados de manhã adiantam a hora do adormecer.
- O ruído do ressonar de um parceiro é um óbvio incómodo.
- Após o acordar, há um período de inércia do sono durante o qual o desempenho de funções cognitivas e a execução de gestos comportamentais são mais lentos; este período pode durar 30 minutos.
- A privação aguda de sono tem como consequências a dificuldade no desempenho de tarefas, maior propensão para dormir e, se prolongada, acarreta alterações de linguagem, nistagmo e alucinações.
- A privação crónica de sono tem como consequências depressão, irritabilidade, maior risco de acidentes e de doenças médicas (hipertensão, diabetes e obesidade, cancro).
- O sono é essencial para os processos de memória, aprendizagem e criatividade.
- O sono é essencial para o equilíbrio emocional.
- O sono e a regulação circadiana vão-se modificando ao longo da vida.
- A prevalência das doenças do sono aumenta com a idade.
- Algumas doenças do sono têm relações etárias importantes.
- Há diferenças quanto ao género na estrutura e em determinadas doenças do sono.

Impacto

O impacto das alterações do sono, ou, mais propriamente, do ciclo sono vigília, sobre a vida quotidiana individual e social é enorme, por diversas razões. Umas têm que ver com as marcadas mudanças de hábitos sociais e individuais registadas no último século, com consequências fundamentais na duração e organização do sono-vigília; outras têm que ver com as funções do sono e com a influência das respetivas alterações na saúde e na vida quotidiana.

Impactos sociedade / sono

Durante o século XX, a energia passou a estar disponível de forma generalizada e houve importantes mudanças sociais. Algumas tiveram impacto no sono-vigília: o trabalho por turnos generalizou-se a múltiplos grupos profissionais e a todos os continentes; as viagens intercontinentais tornaram-se comuns; a sociedade do trabalho instalou-se, com exigência de maiores ritmos de trabalho e maior competição; a sociedade 24 horas *online* tornou-se regra.

Em consequência de tudo isto, o dia estendeu-se para a noite, o sono ficou mais curto e passou a ocorrer fora de horas; os ritmos alimentares modificaram-se com refeições rápidas, irregulares e em pé; o stress aumentou. A fadiga tornou-se uma queixa comum e diversas indústrias foram afetadas diretamente por isso; entre elas, sobressai a indústria dos transportes, nas suas diversas componentes, transportes individuais, camionagem, comboios, transportes aéreos e marítimos.

Como frase a não esquecer apenas se diz que a privação de sono na condução automóvel acarreta um risco maior do que o excesso de álcool.

As viagens transmeridianas e a sociedade de trabalho nas 24 horas evidenciam repercussões negativas sobre o sistema sono vigília, mas é com grandes acidentes catastróficos, como o do Space Shuttle, de Chernobyl, em 1986 e o do petroleiro Exxon Valdez, em 1989, que se identifica uma nova classe de problemas: os acidentes relacionados com a fadiga, na qual intervém o ciclo sono vigília.

Impactos sono / indivíduo

No Brasil, dados epidemiológicos recentes mostram a prevalência muito elevada das doenças do sono.

Os portugueses têm uma baixa satisfação relativamente ao seu sono, com um aumento progressivo de consumo ambulatório de hipnóticos, ansiolíticos e antidepressivos, desde 2002 a 2009, o qual, em 2008, é cerca de quatro vezes superior ao melhor valor EU.

Cerca de 40% dos estudantes liceais ou universitários dorme de menos. Tanto em Portugal como no Brasil, vários estudos comprovam estes resultados e/ou demonstram as consequências no sucesso escolar ou na saúde.

A privação de sono experimental ou crónica tem repercussões cardiovasculares. Períodos experimentais de privação aumentam a pressão arterial e a atividade simpática e os marcadores inflamatórios associados a maior risco cardiovascular (PCR).

Vários trabalhos mostram que tanto o "dormir de menos" como o "dormir demais" estão associados a um maior risco coronário ou a um aumento de mortalidade. Para além do fator "duração", há ainda o fator circadiano, com picos matinais no aparecimento de enfartes de miocárdio ou nas prevalências de morte.

Vários trabalhos mostram que tanto o "dormir de menos" como o "dormir demais" estão associados a um maior risco coronário ou a um aumento de mortalidade.

Para além disto, há ainda o risco de obesidade associado à redução do sono, facto relacionado com o aumento matinal do cortisol, à redução da leptina. A redução do sono tem também maior risco de diabetes, por aumento da resistência à insulina, facto que também acontece na apneia do sono de forma independente da obesidade. Finalmente, há a considerar as repercussões negativas que as doenças do sono têm sobre a saúde e a qualidade de vida dos indivíduos.

Sábado, 28
AUDITÓRIO IPVC
11h45 - 12h15

Polifarmácia e adesão terapêutica

Alberto Pinto Hespanhol
Professor associado na FMUP.
Médico de família na USF S. João, Porto

Embora a polifarmácia não seja exclusiva dos idosos, o aumento da esperança de vida à nascença e o consequente envelhecimento da população tem vindo a aumentar o número de doenças crónicas, que exige um número cada vez maior de medicações. Os estudos revelam que a prevalência do uso de medicação crónica em Portugal é maior em idades avançadas.

Na polifarmácia estão implicados diversos fatores (múltiplos/as prescritores e comorbilidades, perceção de saúde, fatores socioeconómicos, automedicação e publicidade aos medicamentos), podendo contribuir para o aumento de eventos farmacológicos adversos, interações farmacológicas, custos e má adesão terapêutica (devido a esquemas terapêuticos complexos, custos da medicação e maior risco de efeitos adversos).

O aumento da adesão à terapêutica tem sido relacionado com: prescrever menos e adequar a prescrição às características da deglutição; utilizar rótulos compreensíveis; aconselhar doentes analfabetos ou com problemas de esquecimento, visão e audição; evitar medicações em dias alternados e fracionamento de comprimidos; explicar indicações, efeitos secundários e posologia. Em 2003, a OMS enumerou cinco grupos de fatores que contribuem para a não adesão à terapêutica.

Sackett e col reviram 800 artigos sobre adesão à terapêutica e concluíram que alguns fatores estavam correlacionados: satisfação do utente, continuidade de cuidados, pouco tempo de espera, organização adequada da unidade, vigilância médica contínua, autovigilância e regime terapêutico simples.

O *Modelo de convicções perante a saúde* pode explicar ou alterar o comportamento da adesão à terapêutica, sugerindo que esta depende de: perceção da Suscetibilidade ou da Seriedade da ameaça de doença e da viabilidade da Solução proposta. http://www.racgp.org.au

A prescrição de medicações potencialmente inapropriadas está muitas vezes associada à polifarmácia, tendo sido criadas ferramentas para a sua deteção.

Alguma bibliografia:

- *Cima CIF et al. Consumo de medicação crónica: Avaliação da prevalência no norte de Portugal. Rev Port Clin Geral. 2011, vol.27, n.1 pp.20-27.*
- *Antunes P. Medicação crónica numa lista de utentes. Rev Port Clin Geral 2000 Mar-Abr; 16 (2): 113-24.*
- *Sousa S. et al. Polimedicação em doentes idosos: adesão à terapêutica. Rev Port Clin Geral . 2011, vol.27, n.2, pp.176-182.*
- *Galvão C. O idoso polimedicado - Estratégias para melhorar prescrição. Rev Port Clin Geral, v. 22, n. 6, p. 747-52, nov. 2006.*
- *Sabate E. Adherence to long-term therapies: evidence for action. Geneva: WHO, 2003.*
- *Gallagher P e col. STOPP: application to acutely ill elderly patients and comparison with Beers' criteria. Age and Ageing [2008, 37(6):673-679].*

Sábado, 28
AUDITÓRIO ESPAÇO VIANA
14h30 - 16h00

7.ª TARDE DO JOVEM INTERNISTA

Das *guidelines* ao doente

Andreia Vilas Boas
Coordenadora do Núcleo de Internos da SPMI. Interna de formação específica em MI no Hospital Pedro Hispano

Nas últimas décadas, temos assistido à proliferação de *guidelines*, normas e recomendações que têm vindo *espartilhar* as decisões clínicas. *Espartilhar* porque podem induzir a noção de uma redução da liberdade de escolha por cada médico e *espartilhar* porque incutem a necessidade de engavetar os doentes em alguma categoria das recomendações.

Com ou sem espartilho, as *guidelines* são incontornáveis na Medicina de hoje e adaptarmo-nos a essa realidade implica reconhecer as suas vantagens, mas com o sentido crítico da abordagem holística de internista. Se, por um lado, é bom apoiarmos e protegermos as nossas decisões em evidência científica, se é mais justo e equitativo que as decisões clínicas sejam padronizadas tentando reduzir o erro das decisões humanas; por outro lado, é bom relembrar que as recomendações não são verdades absolutas, muitas vezes baseiam-se em estudos realizados em amostras artificialmente delimitadas e, acima de tudo, que a Medicina não é pura matemática e cada doente tem particularidades muitas vezes divergentes das recomendações. Necessitaríamos de um médico se a Medicina fosse a aplicação dura e crua das *guidelines*?!

Na realidade da Medicina Interna, a dificuldade adensa-se perante doentes frágeis, com múltiplas comorbilidades, polimedicados e que não se enquadram exclusivamente numas *guidelines*. Deparamo-nos frequentemente com a ambivalência de tratar uma doença enquanto arriscamos agravar outra com efeitos adversos e interações de fármacos, com recomendações muitas vezes não estudadas nem ajustadas ao doente idoso.

Uma vez aguçado o apetite... fica o convite para virem discutir connosco como fazer a ponte "Das *guidelines* ao doente" – tema ao qual dedicámos a 7.ª Tarde do Jovem Internista. Contaremos com convidados como o Dr. António Carneiro, o Dr. Vasco Barreto, o Dr. Fernando Salvador e a Dr.ª Rafaela Veríssimo, que nos guiarão na discussão de como aplicar as recomendações aos doentes do quotidiano do internista e também como criar evidência a partir dos nossos próprios doentes.

Aplicar a ciência com bom senso e sensatez é uma das características essenciais ao internista, aquilo que nos distingue de um modelo computacional e que dificilmente aprendemos apenas com os livros – uma discussão que promete!

Vemo-nos lá, hoje, às 14:30!

Sábado, 28
AUDITÓRIO IPVC
14h30 - 16h00

TENDÊNCIAS, PROBLEMAS, PERSPETIVAS E DESAFIOS DA ESPECIALIDADE NO SÉCULO XXI

Nova realidade exige adaptação da Medicina

O Mundo e a Medicina estão em mudança e o internista não pode ficar alheio a essa realidade. Como especialidade global e integradora, a Medicina Interna deve formar-se e adaptar-se. Esta sexta-feira, quatro internistas apresentaram a sua reflexão sobre as tendências, os problemas, as perspetivas e os desafios da Medicina Interna no século XXI.

Na opinião de Paula Baptista, diretora do Serviço de Medicina II do Centro Hospitalar do Médico Ave e coordenadora do Grupo de Coordenação Regional (GCR) do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA) da

Paula Baptista

ARS Norte, a Medicina no século XXI será cada vez mais apoiada na técnica e irá envolver não só outros profissionais de saúde como também técnicos altamente diferenciados de outras áreas do saber. Engenheiros, matemáticos e físicos irão trabalhar com os internistas, contribuindo para a promoção do bem-estar, que constitui a definição de saúde.

Na sua perspetiva, a robótica, a inteligência artificial e a genética são as grandes tendências do saber com direta ligação à Medicina Interna. "As suas contribuições estão já na nossa prática diária: as aplicações de *smartphone* para o autocontrolo da diabetes, o armazenamento de dados na "nuvem" e a escolha de drogas oncológicas com base no perfil genético são a revolução do presente", menciona.

"A Medicina Interna é a especialidade melhor apetrechada para lidar com esta mudança. Estas ciências vão libertar-nos tempo (de tarefas administrativas) e exigir ao internista na sua relação privilegiada com o doente, que se constitua o elo emocional entre este e a máquina", considera.

Na sua opinião, será papel do internista "a integração da narrativa do doente com os dados que inúmeros sensores dele nos darão". Por outro lado, será, também, "o gestor da tecnologia e das escolhas cada vez mais esclarecidas e autónomas do doente, com as suas expectativas e história de vida".

"Este papel não é muito diferente daquele a que os internistas já se habituaram, na visão abrangente do doente", conclui a médica.

Subvalorização da MI é o problema central da atividade do internista

Referindo-se aos problemas da Medicina Interna do Século XXI, Raquel Calisto, da Unidade de Cuidados Intermédios Polivalente do Serviço de Medicina Interna do Departamento de Medicina do Hospital Pedro Hispano / Unidade Local de Saúde de Matosinhos, começa por afirmar que, em Portugal, o rosto do internista está a mudar, assim como a Medicina e o país.

"É difícil a tarefa de refletir sumariamente sobre os problemas que a Medicina Interna enfrenta hoje. No entanto, colocar o dedo na ferida é necessário para redesenhar o futuro", considera.

Na opinião da internista, a subvalorização da especialidade perante os pares, as administrações hospitalares e a sociedade em geral mantém-se como o problema central da atividade do internista, que tem sido chamado pelas administrações hospitalares a dar resposta a todo o tipo de problemas em todo o lado, sobretudo a situações adversas.

"As subespecialidades, ao definirem com clareza a sua área de poder, têm vindo a escolher o objeto das suas intervenções, deixando tudo o que é naturalmente difícil, complexo, irresolúvel, 'ao cuidado da Medicina Interna'. Caem aqui naturalmente os idosos, os doentes polimedicados, incumpridores, os problemas sociais, no fundo, os doentes que recorrentemente estão internados. O que poderia ser visto como um desafio, como 'a nossa força maior', corre o risco de nos engolir. Isto porque, na prática, o poder de gerir todo o doente internado (não só o que resta) não está nas

Raquel Calisto

nossas mãos na generalidade dos hospitais portugueses", observa.

A médica entende que esta questão conduz a um segundo problema: "Pela nossa grande disponibilidade e polivalência, estamos diariamente assoberbados de trabalho, trabalho esse que é infindável, mal pago e difícil de valorar -- quanto vale um raciocínio clínico, uma boa lista de problemas, um esquema de orientação de diagnóstico na era da técnica? Falta-nos tempo e temos dificuldade em gerir o tempo de que dispomos."

Raquel Calisto acredita que o internista de hoje tem de desenvolver atributos de liderança, acompanhar o avanço do conhecimento, ser elemento coordenador e agente de mudança dos hospitais. Além disso, tem de desempenhar atividade clínica, formar internos, exercer funções executivas, tarefas administrativas e realizar investigação. "Como conseguir tudo isto? Onde fica a qualidade de vida?", questiona.

E finaliza mencionando que, num cenário de recursos humanos limitados e de crise económica, os internistas deparam-se com outros problemas que daqui decorrem, nomeadamente elevados índices de desmotivação, exaustão e despersonalização e de *burnout*.

Perspetivar o futuro

Para José Mariz, internista do Hospital de Braga e docente e investigador da

Interna

Escola de Ciências da Saúde da Universidade do Minho, "perspetiva é uma palavra de múltiplos significados", podendo estar relacionada com o modo como se analisa determinada situação ou objeto; um ponto de vista sobre uma situação em específico; um modo tridimensional de representação ou tudo aquilo que se consegue ver ao longe.

O médico considera, por isso, que "colocar em perspetiva a Medicina Interna no século XXI é um trabalho não só técnico-analítico do momento que atravessamos, mas também artístico ou visionário, em relação ao futuro que se projeta da Medicina Interna".

José Mariz

No debate que decorreu ontem, José Mariz procurou perspetivar a Medicina Interna partindo de início da descrição do seu modelo atual. Em seguida, identificou necessidades empíricas a partir das insuficiências desse modelo. E finalizou com vários tópicos que considera serem fundamentais para perspetivar o futuro da Medicina Interna, nomeadamente, o limite entre cuidados agudos e crónicos; competências sobre o que é dar a continuação de cuidados estabelecidos por outras especialidades; as decisões de fim de vida; o papel do internista como formador e professor de medicina; o papel do internista como gestor da saúde; e a evolução da técnica entre o invasivo e não invasivo.

"Não foi uma perspetiva inteiramente pessoal, mas não pude deixar de lançar para o debate algumas ideias de como eu gostaria de ver a Medicina Interna", refere.

Mudança deve ser encarada como desafio

Como a Medicina e o mundo estão em mudança, existem, segundo Betânia Ferreira, internista do Hospital da Arrábida, "novas perspetivas na prestação de cuidados de saúde, novos modelos e propostas de remuneração, diversidade de funções médicas hospitalares e custos agora insustentáveis nos diversos sistemas de saúde", o que "obriga a uma reflexão profunda".

Para a médica, esta mudança "deve ser encarada como um desafio, mas, acima de tudo, como uma oportunidade para a Medicina Interna". "É fundamental (re) definir o nosso papel nos cuidados de saúde e demonstrá-lo inequivocamente aos doentes, às outras especialidades e à sociedade. Que riscos corremos com as subespecialidades dentro da Medicina Interna? Serão benéficas ou prejudiciais? O que podemos fazer para melhorar/renovar a nossa satisfação pessoal como internistas?", questiona.

Betânia Ferreira

Betânia Ferreira acredita que a Medicina Interna, como especialidade "global e integradora", deve enfrentar todos os desafios do novo milénio. "A adaptação, a formação e a integração na nova e, por vezes, surpreendente realidade é fundamental. Mas é essencial manter os princípios que nos regem. Esse é o derradeiro desafio."

ARMANDO CARVALHO:

"A tendência é uma Medicina Interna mais interligada com as diferentes especialidades"

Armando Carvalho, presidente do Colégio da Especialidade de Medicina Interna da Ordem dos Médicos (OM), defende que "a Medicina Interna é uma especialidade nuclear, fundamental para o nosso sistema de saúde, mas o seu âmbito não é fácil de definir, apresentando grande heterogeneidade na prática, quer entre nós, quer internacionalmente".

No seu entender, "é consensual a necessidade de haver médicos capazes de avaliar e orientar globalmente os doentes, que frequentemente se sentem perdidos num emaranhado de especialistas e subespecialistas, mas é impossível que um só médico seja omnisciente, capaz de assumir integralmente o estudo e o tratamento de todos os doentes. Isto leva-nos à pergunta feita regularmente pelos internistas: o que deve ser a Medicina Interna?"

Armando Carvalho enumera algumas das questões que assaltam os internistas: "Onde estamos, para onde vamos, quais os obstáculos no nosso caminho, como os iremos ultrapassar? Continuaremos fiéis ao modelo tradicional, com serviços autónomos, mais ou menos desligados das outras especialidades médicas e concorrendo com elas, ou ficaremos integrados em departamentos, em complementaridade? Apostaremos em internistas generalistas, deixando a profundidade para os outros especialistas, ou desenvolveremos áreas de competência devidamente adquiridas e formalmente reconhecidas? Como conjugaremos essas especificidades com outros especialistas igualmente competentes? Iremos persistir no nosso modelo organizativo tradicional, ou tenderemos para a dupla titulação em voga em muitos países europeus? A mensagem que transmitimos às novas gerações é de esperança num futuro radioso para a especialidade, ou de temor pelas diversas ameaças com que nos confrontamos?".

Armando Carvalho

Para o presidente do Colégio da Especialidade de Medicina Interna da OM, "a tendência é uma Medicina Interna mais interligada com as diferentes especialidades, partilhando competências específicas, a par com a abrangência da sua ação, capaz de equacionar e resolver os múltiplos problemas que o futuro trará, vendo em cada desafio uma nova oportunidade".

Mas, no seu entender, para que essa visão "passe do sonho à realidade" é necessário "atrair os melhores, dar-lhes uma excelente preparação, lutar pelo nosso papel nos hospitais, não aceitando ser uma espécie de retaguarda hipocritamente colocada na primeira linha".

"Hoje já não é o canto da sereia que atrai, mas antes a certeza de poder chegar a porto seguro, ainda que navegando por mares tempestuosos", finaliza Armando Carvalho.

"É fundamental (re) definir o nosso papel nos cuidados de saúde e demonstrá-lo inequivocamente aos doentes, às outras especialidades e à sociedade", afirma Betânia Ferreira.

Cuidados paliativos: uma alternativa para um cuidar humano

Maria Manuela Amorim Cerqueira
Professora adjunta da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo

Em décadas passadas a morte era considerada parte de um processo natural ocorrendo no meio familiar, junto da sua família e dos amigos próximos. Hoje transfere-se para o hospital, sendo este considerado o novo local privilegiado, onde, sob domínio médico, se tenta prolongar a vida, com o desejo de se atingir a imortalidade. É ainda, um lugar onde a pessoa pode morrer sem publicidade.

A nossa sociedade chega a banalizar a morte, a televisão invade as casas com imagens de atentados, guerras, acidentes de viação, homicídios, suicídios, pena de morte, entre outros. Ela incomoda o homem, pois, o consumismo não pode actuar com o fim. As próprias crianças são afastadas, não são informadas da morte de um familiar, são informadas que "partiu para uma viagem" ou que "Jesus o levou". Mas a morte não é um momento, ela é um verdadeiro processo, uma sequência de fenómenos que gradualmente se vão operando nos vários órgãos e sistemas da manutenção de vida.

Pensar no processo de fim de vida no hospital exige aos enfermeiros um duplo enfoque: o médico e o psicossocial, de forma a construir um processo de fim de vida humanizado e individualizado, preservando assim o valor da identidade pessoal. Este processo de fim de vida está muito associado a sentimentos de dor, de sofrimento, de perda, de vazio e de partida para o desconhecido, imputando à pessoa que o vive uma condição de fragilidade extrema de sujeição e submissão. Também gera uma panóplia de sentimentos nos profissionais de saúde, nomeadamente nos enfermeiros, que têm dificuldade em lidar com as questões disputadas entre a vida e a morte.

A essência dos cuidados paliativos consiste em aliviar os sintomas e o sofrimento.

Assim, a problemática do fim de vida implica necessariamente sofrimento, porque inviabiliza o futuro e provoca uma série de mudanças radicais na pessoa doente e família, experienciando deste modo um esvaziamento do projeto de vida de ambos.

Contudo, a pessoa que experiencia a última etapa da vida tem direito a um processo de morrer condigno e a receber bons cuidados. Estes são os cuidados paliativos.

O termo "paliativo" deriva do latim (pallium), que significa manto, capote. A essência dos cuidados paliativos consiste em aliviar os sintomas e o sofrimento a doentes portadores de doenças crónico-degenerativas ou em fase final de vida, centrando-se na globalidade da pessoa. Têm como principais objetivos garantir a melhor qualidade de vida tanto para a pessoa em fim de vida como para os seus familiares, em contraposição a uma quantidade do viver às custas de sofrimento, procuram dar suporte familiar, acompanhando-os no processo de luto após o óbito da pessoa doente.

Compreende-se, por conseguinte, que os cuidados paliativos serão a alternativa para um cuidar humanizado, remetendo para um novo paradigma da saúde.

Sábado, 28
AUDITÓRIO IPVC
16h15 - 17h45

EPOC: actualización terapeútica

J. Recio Iglesias
Medicina Interna, Hospital Vall d'Hebron de Barcelona

La Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) representa un problema de salud a nivel global. La creciente investigación y producción científica en este campo se adelanta, en ocasiones a las recomendaciones de las guías de práctica clínica con mayor repercusión en nuestro medio: la iniciativa GOLD y la guía GesEPOC.

En la actualidad los 2 temas de debate en el tratamiento de la EPOC estable se centran en cuando iniciar la broncodilatación dual y en la identificación de los enfermos que deben recibir corticoides inhalados. La evidencia más reciente nos muestra que el tratamiento con fármacos broncodilatadores de larga duración (beta-2 adrenérgicos y antimuscarínicos) puede frenar la progresión del deterioro de la función pulmonar desde fases iniciales e incluso que podrían tener un papel en la prevención de las exacerbaciones.

Si conocemos que la mayor pérdida de la función pulmonar se produce en las fases más iniciales, la broncodilatación dual precoz podría mejorar la función pulmonar de los enfermos, mejorar sus síntomas, su calidad de vida y disminuir el riesgo futuro de exacerbaciones desde las fases más tempranas de la enfermedad.

Precisamente, en el estudio de las exacerbaciones, existen datos sobre la eficacia de los broncodilatadores de larga duración en la disminución de los exacerbaciones y también disponemos de resultados que muestran que la retirada del tratamiento con corticoides inhalados no se acompaña de un incremento de las exacerbaciones. Es posible que todo ello nos identifique a dos tipos de enfermos con diferentes exacerbaciones: una que podríamos denominar neutrofílica, en pacientes con esputo abundante y purulento en la que probablemente el tratamiento con broncodilatadores y antibióticos haría innecesario el uso de corticoides.

Por otro lado, existe un tipo de exacerbación en la que el paciente presenta un esputo no purulento, eosinófilos en el esputo e incluso una cifra de eosinófilos en sangre entre 200 y 300/mm^3 que hacen prever la necesidad del tratamiento con corticoides inhalados.

En resumen, estamos en un período de cambio en el manejo del paciente con EPOC estable, con un tratamiento más intenso desde fases tempranas de la enfermedad, individualizando el tratamiento de nuestros pacientes y con la prescripción más adecuada que nos debe permitir alcanzar una mayor eficacia en el tratamiento y minimizando la aparición de efectos adversos.

Sábado, 28
AUDITÓRIO SANTIAGO DA BARRA
17h45 - 18h15

DOENTE CRÓNICO E COMORBILIDADES

La gestión del paciente crónico complejo

Alberto Ruiz Cantero
Jefe de Servicio y Director de la Unidad de Gestión Clínica de MI, H. de la Serranía. Ronda (Málaga). Presidente de la Sociedad Andaluza de MI (SADEMI). Coordinador del Grupo de Trabajo "Paciente Pluripatológico y Edad Avanzada" de la SEMI.

Según informes de la Organización Mundial de la Salud (OMS), las enfermedades crónicas son la primera causa de muerte en el mundo, de mortalidad prematura y de discapacidad. En el año 2012 causaron > 68% de las muertes, representando un aumento del 8% registrado en el año 2000. Entre las 10 principales causas de muerte en el mundo, las más frecuentes son las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y la diabetes mellitus.

En la Unión Europea (UE) las enfermedades crónicas y de alta prevalencia son las que afectan como mínimo a 50 de cada 100.000 personas, y en conjunto las responsables del 87% de las muertes. Concretamente en Portugal, suponen el 86% del total de las muertes, y en España el 92%.

La esperanza de vida, en los últimos decenios, ha aumentado en todo el mundo. Así, una niña o un niño nacidos en 2012 tendrán por término medio una esperanza de vida de 72,7 y 68,1 años, respectivamente. Las personas con 65 años o más representan en los países de la OCDE entre el 15-25% de la población, e irá en aumento en los próximos años.

Es conocido que a medida que aumenta la edad también aumentan el número de enfermedades crónicas que padece una persona, pudiendo presentar 8 o más enfermedades en las personas de más de 80 años.

El paciente crónico complejo, desde una perspectiva social y de atención sanitaria, lo entendemos como la persona que presenta varias enfermedades concurrentes, limitantes y progresivas, con sobreutilización de servicios de salud, polifarmedicado, con deterioro funcional para las actividades de la vida diaria, o tienen una mala situación sociofamiliar. Estos pacientes se encuentran en la cúspide de la pirámide de Kaiser y suponen aproximadamente un 5% de la población.

La esperanza de vida, en los últimos decenios, ha aumentado en todo el mundo. Así, una niña o un niño nacidos en 2012 tendrán por término medio una esperanza de vida de 72,7 y 68,1 años, respectivamente.

Veamos algunos ejemplos. Las personas que presentan insuficiencia cardíaca, en el 74% de los casos tienen 3 o más enfermedades crónicas; quienes presentan un ictus, el 62%; si padecen demencia, un 64%, y si es fibrilación auricular el 65% padecen 3 o más enfermedades.

Así, las personas que presentan 2 o más enfermedades crónicas, aumenta entre el 4-12% el número de errores médicos, la dosis o fármacos equivocados y errores de las pruebas de laboratorio. Este porcentaje por errores, que puede conducir a situaciones fatales, aumenta 2 veces o más cuando el número de médicos que atiende a un paciente es de 4 o más, respecto a que sea atendido por 1 o 2.

Por todo ello, los atributos necesarios la gestión sanitaria óptima de dichas personas debe estar: centrada en el paciente y no en la enfermedad; con base en la Atención Primaria de salud y no en la Atención especializada/hospitalaria; centrada en las necesidades de la población, no en los pacientes individuales; debe ser proactiva y planificada, no reactiva actuando sobre los síntomas, y finalmente, centrada en la promoción y prevención, no centrada en el tratamiento. Por tanto, la atención debe ser integrada a través del tiempo, lugar y las condiciones de salud.

Las personas que presentan 2 o más enfermedades crónicas, aumenta entre el 4-12% el número de errores médicos.

Sábado, 28
AUDITÓRIO ESPAÇO VIANA
14h30 - 16h00

Sarcopenia: importância como síndrome geriátrica

Manuel Teixeira Veríssimo
Presidente da SPMI. Coordenador da Consulta de Geriatria do CHUC

Atualmente, a sarcopenia afeta mais de 50 milhões de pessoas em todo o mundo e pode vir a afetar mais de 200 milhões nos próximos 40 anos, sendo que é um problema atual e com importância crescente na sociedade.

A sarcopenia pode ser considerada uma síndrome geriátrica caracterizada por perda de massa muscular e força e/ /ou performance física, podendo esta condição ter consequências muito graves na saúde do idoso. Como é habitual em Geriatria, em que as síndromes se intrincam, esta situação interrelaciona-se com várias outras síndromes geriátricas, como, por exemplo, a síndrome da imobilidade, a síndrome da instabilidade e a síndrome da fragilidade.

Na fisiopatologia desta condição há que realçar o estado de inflamação crónica decorrente do envelhecimento, as alterações na fisiologia do músculo, o neuroenvelhecimento, as alterações hormonais, o sedentarismo, as alterações intrínsecas do musculoesquelético, os défices nutricionais e a redução tanto da resposta anabólica ao exercício físico como da resposta anabólica à nutrição.

Atualmente, a sarcopenia afeta mais de 50 milhões de pessoas em todo o mundo e pode vir a afetar mais de 200 milhões nos próximos 40 anos.

A sarcopenia é um tema de grande atualidade não só porque é comum, mas essencialmente porque está associada a diminuição da capacidade funcional, resultando a sua importância, por um lado, do envelhecimento da população, já que quanto mais velho maior o risco de sarcopenia, e, por outro, da necessidade de manter os idosos com boa qualidade de vida, para a qual é fundamental a manutenção da autonomia e independência que, por sua vez, estão dependentes da sua capacidade funcional e, consequentemente, da qualidade dos seus músculos.

A sarcopenia é uma peça fulcral da tão atual síndrome da fragilidade, situação que traduz um elevado risco do idoso ter graves complicações de saúde a curto prazo. Podendo, pelo menos em parte, esta situação ser prevenível e tratável, daí advém a grande importância da sua identificação precoce e consequente aplicação de medidas preventivas e terapêuticas.

O tratamento e prevenção mais adequados passam pela combinação de nutrição apropriada com treino físico de resistência, estando a aplicação de métodos farmacológicos reservada para situações particulares. Novos fármacos encontram-se, atualmente, em processo de investigação.

Sábado, 28
AUDITÓRIO ESPAÇO VIANA
09h15 - 10h45

Violência contra os profissionais de saúde no local de trabalho (VCPSNLT)

João Redondo
Psiquiatra. Coordenador do Centro de Prevenção e Tratamento do Trauma Psicogénico (CPTTP), do Centro de Responsabilidade Integrado de Psiquiatria e Saúde Mental – CHUC. Cofundador do "Grupo Violência: Informação, Investigação, Intervenção" www.violencia.online.pt). Integra o Conselho Regional do Centro da OM. Membro do Conselho Nacional de Saúde Mental

Quando falamos de violência [1] falamos de um problema de saúde pública, crescente em todo o mundo, presente ao longo da história da Humanidade em todas as sociedades. Apesar de sempre ter estado presente, não temos de aceitá-la como parte inevitável da condição humana; pode ser evitada e o seu impacto minimizado (OMS, 2002) [2].

Colocando o enfoque na violência no local de trabalho, e tal como o sublinham várias organizações [3], trata-se de um problema mundial que atravessa fronteiras, setores de atividade e grupos profissionais.

Durante muito tempo, um assunto "esquecido" adquiriu enorme importância nos últimos anos, representando, na atualidade, uma preocupação prioritária, tanto nos países industrializados como nos países em desenvolvimento. Afetando a dignidade de milhões de pessoas em todo o mundo, representa uma séria ameaça (por vezes, letal) à saúde dos trabalhadores, ao bem-estar das famílias, à eficiência e sucesso das organizações e à afirmação de uma sociedade onde se pretende que todos os seres humanos nasçam livres e iguais em dignidade e direitos e ajam uns para com os outros em espírito de fraternidade.

O Relatório Mundial da Saúde de 2006 "Trabalhando Juntos pela Saúde" (OMS, 2007) pontua que os prestadores de serviços de saúde são a personificação dos valores centrais de um sistema, o elo humano que conecta o conhecimento à ação de saúde; sublinha também a centralidade dos recursos humanos para a construção de sistemas de saúde robustos, tema que na última década ganhou destaque na agenda da saúde global. A Organização Internacional do Trabalho (OIT) considera a violência um dos cinco riscos emergentes para a saúde e segurança dos trabalhadores no mundo (DGS, 2008).

Quando falamos de violência [1] falamos de um problema de saúde pública, crescente em todo o mundo.

Apesar das divergências na definição do conceito e da invisibilidade do problema nas organizações, vários estudos indicam que o setor da saúde, relativamente à VCPSNLT, corre um risco grave. A título de exemplo: um estudo realizado na Suécia constatou que cerca de ¼ de toda a violência no local de trabalho ocorre no setor dos serviços de saúde (Nordin, 1994); "Em Portugal, estudos de caso realizados demonstraram que num hospital distrital português (2001) 37% dos profissionais de saúde sofreram pelo menos um episódio de violência nos 12 meses anteriores ao estudo; num estudo no âmbito de um centro de saúde, em dois momentos diferentes, esta prevalência situou-se entre os 60% (2001) e os 49% (2004) (…) Relativamente aos agressores, estes podem ser os próprios doentes, os seus familiares ou um colega de trabalho (DGS, 2009)" [4].

A violência contra os profissionais de saúde no local de trabalho (VCPSNLT) é um problema de saúde pública enraizado em múltiplos fatores de risco, alguns dos quais associados a outros tipos de violência, "sinalizáveis" do micro ao macrossistema (exs: individuais, sociais, económicos, culturais, organizacionais).

A violência contra os profissionais de saúde no local de trabalho (VCPSNLT) é um problema de saúde pública enraizado em múltiplos fatores de risco.

Perante o "problema", e tendo em vista eliminar as consequências e a prevenção de episódios futuros de VCPSNLT, importa que cada episódio de violência seja abordado como um episódio de elevada relevância e que o tratamento esteja capacitado para abranger todas as intervenções necessárias para "curar" e reabilitar as pessoas afetadas, durante o tempo que for necessário.

Mas, se é importante ter respostas para as "situações-problema", é fundamental ser proativo na eliminação dos fatores de risco, isto é, investir na PREVENÇÃO. Uma política de não valorização da VCPSNLT, aliada à não adoção de medidas para lidar com os "atores sociais" envolvidos na situação de violência, desmotiva a sinalização e a procura de ajuda e potencia a normalização da violência.

De forma a assegurar o "NÃO à violência", é fundamental, que as organizações da saúde deem visibilidade à VCPSNLT e capacitem recursos com vista à implementação de estratégias adequadas às reais necessidades que o "problema" coloca. Visando alcançar estes objetivos importa, entre outros aspetos: investir numa abordagem de saúde pública da VCPSNLT; promover o trabalho em rede (multidisciplinar/multisetorial); integrar a saúde, a segurança e o bem-estar dos trabalhadores no desenvolvimento da Organização; potenciar vínculos promotores da emergência dos meios necessários para uma ação imediata e sustentável.

Referências:

1. *Uso intencional de força física ou de poder, em forma real ou de ameaça contra si próprio, contra outro ou contra um grupo ou comunidade, que resulte ou tenha elevada probabilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, perturbação no desenvolvimento ou privação (OMS, 2002).*
2. *Krug EG et al., eds. World report on violence and health. Geneva, World Health Organization, 2002.*
3. *International Labour Office ILO, International Council of Nurses ICN, World Health Organization WHO, Public Services International PSI, Joint Programme on Workplace Violence in the Health Sector. Geneva, 2002.*
4. *Relatório de Avaliação dos Episódios de Violência contra os Profissionais de Saúde - Ano de 2008. DGS, 2009.*

Sábado, 28
AUDITÓRIO IPVC
11h15 - 11h45

Prognóstico limitado: quando limitar a investigação?

Júlio Rodrigues Oliveira
Assistente hospitalar de MI.
Assistente convidado de Semiologia Médica e Cirúrgica.
Serviço de Medicina do CHP.
Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, UP

O princípio da não-maleficência, transportado intocado da antiguidade hipocrática aos nossos dias, vem sendo crescentemente convocado para as reflexões clínicas quotidianas. Pesquisas bibliográficas usando os termos paliativo, futilidade, ou sobrediagnóstico, devolvem número exponencialmente crescente de publicações realizadas ao longo dos últimos 15 anos.

A comunidade médica e a sociedade em geral despertam para o potencial iatrogénico de cuidados de saúde complexos, validados para identificação de fatores de risco, diagnóstico, tratamento ou reabilitação e que frequentemente se impõem e instituem como procedimentos normativos que escapam ao juízo clínico individualizado.

A sua aplicação em indivíduos que agregam critérios de pluripatologia, fragilidade ou terminalidade foi pouco ou nada estudada. Este grupo ocupa progressiva importância epidemiológica, pois, resulta da maior longevidade da população e da melhor sobrevida às doenças agudas e crónicas. Se no início do século XX a morte surgia rapidamente após um curto período de doença, atualmente, grande parte da população morre após prolongado período de evolução.

A noção de sobrediagnóstico está já presente ao nível da medicina preventiva quando rastreios ou exames imponderados fornecem resultados perturbadores da vida de indivíduos assintomáticos, sem benefício em sobrevida ou qualidade de vida. No extremo da terminalidade, a fronteira entre benefício e prejuízo é porventura cortante, mas no percurso da doença crónica arrastada não terminal o peso das intervenções é difícil de estabelecer.

Os quadros clínicos são menos bem definidos, caracterizando-se mais por acumulação de disfunções do que por associação típica de sinais e sintomas. Adquire assim maior importância a definição do prognóstico do que o estabelecimento de errático diagnóstico sem tratamento inequívoco. Na perspetiva do doente crónico, o prognóstico não radicará em curvas de sobrevida, mas antes na caracterização da progressão esperada das suas incapacidades e necessidades que permita estabelecer um satisfatório plano de fim de vida no plano sintomático, funcional, psicossocial e espiritual. De acordo com o entendimento de doentes, familiares e aconselhamento médico, poderão ser assim estabelecidos os planos de investigação diagnóstica adequados a cada caso e a cada momento.

Sábado, 28
AUDITÓRIO ESPAÇO VIANA
14h30 - 16h00

Doenças hereditárias metabólicas de "causa hepática"

Luís Brito Avô
Coordenador do Núcleo de Estudos de Doenças Raras da SPMI

Pretende-se nesta mesa-redonda abordar cinco patologias hereditárias metabólicas de etiologia bastante diversa, cuja fisiopatologia e expressão clínica tem um caráter multissistémico, mas cuja "sede" principal das alterações metabólicas que as determinam é o fígado. Apesar de todas terem terapêuticas específicas: dietética, terapêutica enzimática de substituição ou amplificação, fármacos moduladores do metabolismo e/ou terapias de controlo sintomático e complicações – têm em comum a possibilidade da correção do erro metabólico e clara modificação do seu prognóstico através do transplante hepático.

A doença de Wilson, relacionada com o metabolismo do cobre, será abordada pelo Prof. Rui Tato Marinho e pela Dr.ª Sofia Carvalhana, gastrenterologistas do CHLN/Hospital de Santa Maria. A terapêutica com quelantes e modeladores da absorção intestinal do cobre será revista e… o transplante hepático.

O deficit α1 antitripsina, causador de doença hepática crónica, enfisema pulmonar e paniculite necrosante, será apresentado pela Dr.ª Maria Torres Durán, pneumologista do EOXI Vigo, Hospital Álvaro Cunqueiro. Tratável com terapêutica enzimática de amplificação e… o transplante hepático.

As glicogenoses hepáticas estarão a cargo do Dr. Arlindo Guimas, internista e membro da Equipa do Centro de Referência de Doenças Hereditárias Metabólicas (CRDHM) / Hospital de Santo Antonio, Porto. Discutir-se-ão as medidas de controlo metabólico… e o transplante hepático.

Esperamos que esta temática desperte o interesse dos internistas.

Versará as amiloidoses a Dr.ª Filipa Alçada, internista do Centro Hospitalar de Leiria e membro do Núcleo de Estudos de Doenças do Fígado da SPMI. Estando nós tão próximos do berço da "doença dos pezinhos", torna-se imperativa a atualização sobre as alternativas terapêuticas com estabilizadores proteicos, microRNas e… o transplante hepático.

Finalmente, o deficit de lípase ácida lisossomal será enquadrado pelo Dr. Diogo Cruz, internista e membro da Equipa do CRDHM/CHLN-HSM. Doença lisossomal de sobrecarga, já tratável com terapêutica enzimática de substituição específica e… o transplante hepático.

Esperamos que esta temática desperte o interesse dos internistas portugueses e espanhóis. Sendo doenças raras, poderão, no entanto, deparar-se com doentes seus portadores na sua prática clínica. Estarem alerta sobre as suas mais recentes abordagens de diagnóstico e terapêutica, assim como da existência de centros de referência com que devem articular, proporcionando aos seus doentes as melhores práticas, é imperativo.

Sábado, 28
AUDITÓRIO SANTIAGO DA BARRA
14h30 - 16h00

PUBLICIDADE

PUBLICIDADE

Erros frequentes no uso dos antibióticos no internamento

Sábado, 28
AUDITÓRIO ESPAÇO VIANA
17h45 - 18h45

Ernestina Reis
Assistente hospitalar graduada de MI, CHP

O consumo de antimicrobianos em Portugal apresenta evidentes dismorfias: excessivo consumo de quinolonas na comunidade, elevado consumo hospitalar de carbapenemes, excessiva duração da profilaxia antibiótica cirúrgica e excessiva prescrição e duração de terapêutica antimicrobiana, conforme dados da ESAC-Net.

O tratamento da infeção grave e/ou nosocomial implica um equilíbrio entre o benefício de uma antibioterapia empírica agressiva e o desenvolvimento de microrganismos resistentes, associados ao seu uso excessivo.

É precisamente a gravidade do quadro clínico e a dificuldade na decisão terapêutica que obrigam ao conhecimento e cumprimento de normas para a prescrição antimicrobiana. Para uma antibioterapia correta, devemos refletir sobre: onde foi adquirida a infeção, qual o foco mais provável, fatores modificadores ou de risco para resistências.

As colheitas para estudo microbiológico são fundamentais para validar ou orientar o ajuste da antibioterapia empírica, que na maioria das situações tem espetro alargado. A não "descalação", quando indicada, é um dos erros mais frequentes. Conhecer a epidemiologia da instituição é importante para uma terapêutica dirigida, evitando o desenvolvimento de resistências.

Há situações que implicam ajuste de dose, como a insuficiência renal, a insuficiência hepática e a obesidade mórbida. A sua evolução deve ser vigiada e a dose reajustada, para prevenir o subtratamento ou toxicidade.

Às 48-72 h, é obrigatória uma análise da resposta clínica e dos resultados dos estudos microbiológicos, devendo ser revista a estratégia inicial. A duração da antibioterapia está definida para a maioria dos quadros, mas permanece excessiva na profilaxia antibiótica cirúrgica.

Apesar da prescrição eletrónica ser eficaz na redução de erros, não é imune, pelo que devemos evitar: prescrição à distância e abrir várias folhas de prescrição em simultâneo – várias publicações alertam para a prescrição no doente errado.

Perante a possibilidade de prevenir o erro no uso de antimicrobianos, é relevante identificar a sua natureza e definir as estratégias necessárias para o reduzir, já que o "erro humano" é inevitável.

Os erros na prescrição antimicrobiana permanecem como principal fator na seleção e aumento das resistências de microrganismos, um problema à escala mundial.

Programa

28 DE MAIO (sábado) • 28 DE MAYO (sábado)

07h30 — **Abertura do Secretariado**

08h00 - 09h00 — **Comunicações Orais**

09h15 - 10h45 — AUDITÓRIO ESPAÇO VIANA — MESA-REDONDA

• SARCOPÉNIA: IMPORTÂNCIA COMO SÍNDROME GERIÁTRICA
Presidente: Manuel Teixeira Veríssimo
Moderadores: João Gorjão Clara · Sofia Duque

Etiologia e Diagnóstico
Rafaela Veríssimo
Prevenir e Tratar a Sarcopénia
Exercício Físico – Eduardo Haghighi
Dieta – Helder Esperto
Recomendações na Prática Clínica
Lia Marques

09h15 - 09h45 — AUDITÓRIO SANTIAGO DA BARRA — UPTODATE

• HTA – O QUE HÁ DE NOVO EM 2016
Moderador: Miguel Castelo Branco Sousa
Palestrante: Cristina Alcântara

09h45 - 10h15 — AUDITÓRIO SANTIAGO DA BARRA — UPTODATE

• O BOM, O MAU E O NOVO DAS ESTATINAS
Moderadores: Fátima Grenho · Francisco Azevedo
Palestrante: Pedro Marques da Silva

O que aprendemos com o seu uso?
Existe intolerância às Estatinas?

10h15 - 10h45 — AUDITÓRIO SANTIAGO DA BARRA — UPTODATE

• IMUNIZAÇÃO NO ADULTO
Moderadora: Lélita Santos
Palestrantes: Santos Rosa · Saraiva da Cunha

Recomendações
Indicações nos imunocomprometidos e nas grávidas

09h15 - 10h45 — AUDITÓRIO IPVC — MESA-REDONDA

• LES: RISCO TROMBÓTICO E RISCO CARDIOVASCULAR
Presidente: Jorge Crespo
Moderadores: António Marinho · Luis Campos

Como medir a inflamação numa doença sistémica
Carlos Vasconcelos
Aterosclerose autoimune
Sara Croca
Como prever e prevenir o tromboembolismo venoso no Lupus
Mafalda Santos
Risco Vascular no Lupus: como abordar; a evidência e a controvérsia
Pedro Cunha

10h45 - 11h15 — *Coffee-break* • **Apresentação de Pósteres**

11h15 - 12h15 — AUDITÓRIO ESPAÇO VIANA — DEBATE

• MEDICINA DE URGÊNCIA OU MEDICINA INTERNA NA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA?
Equipas dedicadas e com quem
A Relação entre o Hospital e o Serviço de Urgência
Formação dos Internistas na Urgência
Moderadores: Maria Luz Brazão · Luís Campos
Participantes: Jorge Teixeira · João Araújo Correia · Arsénio Santos

11h15 - 11h45 — AUDITÓRIO SANTIAGO DA BARRA — CONFERÊNCIA

• COMO COMUNICAR MÁS NOTICIAS
Presidente: Eugénia Madureira · Augusto Duarte
Conferencista: Isabel Galriço Neto

11h45 - 12h15 — AUDITÓRIO SANTIAGO DA BARRA — CONFERÊNCIA

• SEGURANÇA DO DOENTE: É O HOSPITAL UM LUGAR SEGURO? PRÁTICAS E ERROS
Presidente: Miguel Guimarães
Conferencista: Filipe Basto

11h15 - 11h45 — AUDITÓRIO IPVC — CONFERÊNCIA

• A SAÚDE E BEM-ESTAR DOS MÉDICOS: VIOLÊNCIA CONTRA OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE NO LOCAL DE TRABALHO
Presidentes: Clara Paiva · João Sequeira
Conferencista: João Redondo

11h45 - 12h15 — AUDITÓRIO IPVC — CONFERÊNCIA

• IMPACTO DO SONO NA SOCIEDADE
Presidente: Fernando Santos
Conferencista: Teresa Santos Paiva

12h30 - 13h30 — AUDITÓRIO ESPAÇO VIANA — SIMPÓSIO

• SIMPÓSIO PATROCINADO BAYER (6)
Novas Perspetivas com Rivaroxabano na Vida Real
Moderadores: Diana Guerra · Pedro Marques da Silva

O que esperar de Rivaroxabano na FA na minha prática clínica?
João Morais
O que esperar de Rivaroxabano no Tromboembolismo Venoso?
João Pacheco Pereira

12h30 - 13h30 — AUDITÓRIO SANTIAGO DA BARRA — SIMPÓSIO

• SIMPÓSIO PATROCINADO TECNIMEDE (7)
Alogliptina no tratamento da diabetes tipo 2
Presidente: Manuel Teixeira Veríssimo

Qual o lugar da alogliptina no tratamento da diabetes tipo 2?
Rui Duarte
Que novidades oferece a alogliptina?
Olinda Marques

12h30 - 13h30 — AUDITÓRIO IPVC — SIMPÓSIO

• SIMPÓSIO PATROCINADO MENARINI (8)
"Será DPOC?"
Palestrante: Jorge Ferreira

13h30 - 14h30 — **Almoço**

14h30 - 16h00 — AUDITÓRIO ESPAÇO VIANA — MESA-REDONDA

• DOENTE CRÓNICO E COMORBILIDADES
Presidente: Armando Carvalho
Moderadores: Olga Gonçalves · Nelson Rodrigues

A gestão do doente crónico complexo
Alberto Ruiz Cantero
Polifarmácia e adesão terapêutica
Alberto Pinto Hespanhol
Prognóstico limitado: Quando limitar a investigação?
Júlio Rodrigues de Oliveira

14h30 - 16h00 — AUDITÓRIO SANTIAGO DA BARRA — MESA-REDONDA

• DOENÇAS HEREDITÁRIAS METABÓLICAS DE "CAUSA HEPÁTICA"
Presidente: Luís Brito Avô
Moderadores: Pilar Román · Maria Teresa Cardoso

Doença de Wilson
Rui Tato Marinho · Sofia Carvalhana
Défice de α-1 antitripsina
Maria Torres Durán
Glucogenoses
Arlindo Guimas
Amiloidose
Filipa Alçada
Défice de lípase ácida lisosomal
Diogo Cruz

14h30 - 16h00 — AUDITÓRIO IPVC — MESA-REDONDA

• TARDE DO JOVEM INTERNISTA - DAS *GUIDELINES* AO DOENTE
Boas-Vindas: Andreia Vilas Boas

• DAS GUIDELINES AO DOENTE
Moderadora: Rafaela Verissímo
O doente top-model: O mundo das Guidelines
Vasco Barreto
O doente real e o encontro com as recomendações
António Carneiro
Criar evidência a partir do nosso doente
Fernando Salvador

• ENCERRAMENTO E SORTEIO DE BOLSAS PARA A EVERMI E 11º ENIMI
Andreia Vilas Boas

16h00 - 16h30 — *Coffee-break* • **Apresentação de Pósteres**

16h15 - 17h45 — AUDITÓRIO IPVC — SESSÃO DE ENFERMAGEM

• OS CUIDADOS PALIATIVOS: UMA REALIDADE EM PORTUGAL
Moderadores: Maria do Céu Rocha · Manuela Cerqueira

A filosofia dos cuidados paliativos - Um enfoque dos enfermeiros
Manuela Cerqueira
O acompanhamento familiar no processo de luto
Isabel Campos
Preferências e locais de Morte em Portugal
Bárbara Gomes
Medicina Tradicional chinesa - Contributos para os cuidados paliativos
Salomé Ferreira

16h30 - 17h30 — AUDITÓRIO ESPAÇO VIANA — SIMPÓSIO

• SIMPÓSIO PATROCINADO ASTRAZENECA (9)
Uma forma diferente de tratar a Diabetes tipo 2
Moderador: Álvaro Coelho

O perfil da pessoa com diabetes tipo 2 em Portugal
Álvaro Coelho
iSGLT-2: Para além do controlo glicémico
Pedro Von Hafe
iSGLT-2: O que nos ajuda
Bruno Almeida
iSGLT-2: O que nos preocupa
Susana Heitor

16h30 - 17h30 — AUDITÓRIO SANTIAGO DA BARRA — SIMPÓSIO

• SIMPÓSIO PATROCINADO BRISTOL MYERS SQUIBB / PFIZER (10)
Superar os desafios da anticoagulação oral...
Presidente: Paulo Bettencourt

... na prevenção do AVC em doentes com FANV
Almeida Nunes
... no tratamento do Tromboembolismo Venoso
Luciana Ricca Gonçalves

17h45 - 18h45 — AUDITÓRIO ESPAÇO VIANA — WORKSHOP

• INFEÇÕES POR MICRORGANISMOS MULTIRRESISTENTES
Moderadores: Montserrat García Cors · José Melo Cristino · Carlos Vasconcelos

Como tratamos os bacilos de gram-negativo MR: velhas e novas armas
António Sarmento
Cocos de gram-positivo problema: como estamos - José Ramón Bermúdez Sanjurjo
Erros frequentes no uso dos antibióticos no internamento - Ernestina Reis

17h45 - 18h15 — AUDITÓRIO SANTIAGO DA BARRA — UPTODATE

• DPOC: ATUALIZAÇÃO TERAPÊUTICA
Moderador: Alfredo Martins
Palestrante: Jesús Recio

18h15 - 18h45 — AUDITÓRIO SANTIAGO DA BARRA — UPTODATE

• O PAPEL DO INTERNISTA NA DOENÇA VASCULAR PULMONAR
Moderador: Nelson Rocha
Palestrante: Abílio Reis

Hipertensão pulmonar e TEP e o papel do internista no diagnóstico e tratamento das 2 entidades

17h45 - 18h15 — AUDITÓRIO IPVC — WORKSHOP

• PREVENIR E TRATAR OSTEOPOROSE
Moderadores: Beatriz Gusmão Pinheiro · Narciso Oliveira

Periodicidade da DEXA. Rastreio de causas secundárias - Elsa Gaspar
Quando parar bifosfonatos. Qual a dose de cálcio e vitamina D - Patrícia Dias

18h15 - 18h45 — AUDITÓRIO IPVC — WORKSHOP

• ANEMIA NA PRÁTICA CLÍNICA
Moderadores: Ana França · Alfredo Pinto

Quando transfundir? - Carina Silva
Ferroterapia endovenosa: A quem? - Carlos Capela

19h00 - 20h00 — **Reuniões dos Núcleos de Estudo**

19h00 - 19h30 — **Assembleia de Representantes locais do NIMI**

19h00 - 19h30 — **Assembleia Geral do Colégio de Medicina Interna**

19h30 - 20h00 — **Assembleia Geral da SPMI**

21h00 — ***Jantar do Congresso***

PUBLICIDADE

PUBLICIDADE