



**Recertificação médica:  
por onde vamos?**

António Martins Baptista

PÁG. 8

**90-90-90, a meta para  
controlar a epidemia de  
VIH/SIDA até 2020**

PÁGS. 6/7

**Entrevista a Andreia Vilas Boas  
“Temos uma ótima qualidade de formação  
e uma excelente qualidade clínica”**

PÁGS. 4/5

# LIVE MEDICINA INTERNA CONGRESSO

DIRETOR: JOSÉ ALBERTO SOARES  
DISTRIBUIÇÃO GRATUITA

**3.ª EDIÇÃO**

27 de maio 28 de maio **29 de maio**



SOCIEDADE  
PORTUGUESA  
DE MEDICINA  
INTERNA

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

VIANA DO CASTELO · 27-29 MAIO 2016

Publicações



www.justnews.pt



# SALA

# CHEIA APOSTA GANHA

CHEGA HOJE AO FIM O CONGRESSO DE 2016



**TOMADA DE POSSE ACONTECEU ONTEM**

## Luís Campos

### já é presidente da SPMI

(na foto, com parte da sua equipa,  
para um mandato de 2 anos)

## O contributo importante das Neurociências clínicas na MI

Um dos aspetos mais marcantes do envelhecimento é, segundo Miguel Castelo-Branco, diretor do Instituto de Ciências Nucleares Aplicadas à Saúde (ICNAS), “o declínio cognitivo e o aparecimento de sintomas do foro neurológico e psiquiátrico a que é preciso estar atento. O diagnóstico precoce é muito importante neste contexto”. Será este o tema da conferência de encerramento que irá proferir hoje, intitulada “Desafios básicos da investigação básica e de translação para a clínica”.

Segundo o médico, especialista na área das Neurociências, há vários flagelos que afetam o idoso, como o isolamento, a depressão, eventuais demências ou manifestações neuropsiquiátricas, que “muitas vezes são difíceis de despistar”.

Contudo, sublinha, “temos, hoje em dia, técnicas objetivas baseadas na imagiologia molecular e funcional através das quais é possível antecipar o diagnóstico”.

De acordo com o também coordenador do Instituto de Imagem Biomédica e Ciências da Vida (IBILI), hoje em dia, é feita muita investigação com aplicação clínica no diagnóstico diferencial das demências e outras patologias neuropsiquiátricas. “Lidamos muito com patologias do envelhecimento, não só na área da Neurologia, mas também da Cardiologia e das doenças crónicas, como a diabetes”, conta o responsável, salientando que, na conferência, merecerão destaque estudos de investigação translacional com aplicação na clínica na área do cérebro e envelhecimento.

Realça, ainda, que é preciso ter em atenção que há doenças do neurodesenvolvimento que se manifestam em idade pediátrica e estas acompanham a pessoa para toda a vida, com manifestações próprias a que é preciso estar atento, como o autismo ou a síndrome de Down.

Os investigadores do ICNAS também desenvolvem trabalhos na área do AVC, “usando técnicas de imagem e neurofisiológicas também para validar técnicas de reabilitação e de intervenção não farmacológica”. São usadas técnicas de neuroreabilitação baseadas em métodos comportamentais e neuroestimulação.



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



*A tomada de posse de Luís Campos como presidente da SPMI, ontem à noite, perante o olhar atento de Armando Carvalho, e o forte abraço de Manuel Teixeira Veríssimo.*



## Veja as fotos do XXII Congresso em [www.justnews.pt](http://www.justnews.pt)



*Portugueses e espanhóis no interior do Castelo...*

*... posando para a foto no final da reunião que juntou responsáveis da SPMI e da SEMI.*

## Colégio da Especialidade de MI da OM

A Assembleia-Geral do Colégio da Especialidade de MI da OM, realizada ontem, foi uma oportunidade para discutir a reformulação das Grelhas de Avaliação Final do Internato Médico de MI e para apresentar o que este organismo está a fazer em termos de critérios de idoneidade e capacidade formativa.

Na foto, Pedro Cunha Guimarães, Fernando Rosas Vieira e Armando Carvalho (presidente).



## E vem aí o 23.º Congresso...

Carmélia Rodrigues, Carlos Ribeiro e Diana Guerra com os colegas que vão pôr de pé o 23.º Congresso Nacional de MI, na Alfândega do Porto (25 a 28 de maio de 2017): João Araújo Correia (presidente), João Neves (tesoureiro) e Olga Gonçalves (secretária-geral).



*Sinais de cumplicidade!*



### 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 (mariajoagarcia@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**

## Bolsa de Estudo Helena Saldanha

O Núcleo de Estudos da Diabetes *Mellitus* (NEDM) da SPMI, com o apoio da Boehringer Ingelheim, criou uma Bolsa de Estudo com o nome “Helena Saldanha”. Segundo Margarida Bigotte, membro do NEDM (na foto), este era um projeto já antigo que agora foi concretizado.



O galardão homenageia a professora catedrática jubilada da FMUC, doutorada em MI, que sempre se dedicou à área da Nutrição, mas também da Diabetes. A primeira bolsa será atribuída na reunião anual do NEDM, que decorre em outubro, em Olhão. As candidaturas estão abertas até dia 9 de setembro.

## II Congresso de Urgência em Braga

A Escola de Ciências da Saúde (ECS) da Universidade do Minho, em Braga, vai acolher, nos dias 1 e 2 de outubro, o II Congresso Nacional de Urgência, organizado pelo Núcleo de Estudos de Urgência e



do Doente Agudo da SPMI, coordenado por Maria da Luz Brazão. Na foto, com José Mariz, o organizador local, e António Martins Baptista, coordenador do Núcleo de Formação da SPMI.



No Jantar do Presidente, o responsável autárquico agradeceu a escolha de Viana para a realização do Congresso e ofereceu lenços e gravatas com um dos símbolos da cidade: o bacalhau. E também se brindou ao sucesso do evento.



ANDREIA VILAS BOAS, COORDENADORA DO NIMI-SPMI (2014-2016):

# “Temos uma ótima qualidade de formação e uma excelente qualidade clínica”



**Chegou ao fim o mandato de Andreia Vilas Boas como coordenadora do Núcleo de Internos de Medicina Interna (NIMI) da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna (SPMI), uma experiência que a interna de formação específica do Hospital Pedro Hispano classifica como “intensa”. Em entrevista à *Just News*, fala sobre o trabalho desenvolvido nestes dois anos em que esteve à frente do Núcleo e sublinha a “ótima” qualidade da formação em Medicina Interna em Portugal e a “excelente” qualidade clínica.**

**Just News (JN) – Quando assumiu a coordenação do NIMI, um dos objetivos era tornar o Núcleo cada vez mais representativo dos internos de Medicina Interna do país. Conseguiu? O que foi feito nesse sentido?**

**Andreia Vilas Boas (AVB) –** Penso que conseguimos – ou, pelo menos, espero que sim! O NIMI só faz sentido se representar o grupo de internos de Medicina, mas, como deve calcular, é extraordinariamente difícil reunir internos de todos os locais formativos... Uma das medidas mais importantes foi a atualização da rede de representantes locais – que só foi possível graças ao trabalho incansável da Luísa Eça Guimarães e da restante equipa! Na impossibilidade de reunir todos os internos do país, procurámos melhorar a comunicação com um representante em cada hospital ou centro hospitalar, que funciona como elo de ligação ao NIMI e à SPMI. Conseguimos, pelo me-

nos, aumentar o número de internos que participaram nas reuniões e atividades do NIMI. Acredito que foram dados passos importantes, mas há ainda um longo caminho a percorrer!

**JN – Contribuir para o desenvolvimento de projetos de investigação era outra das metas. O que foi feito nesta área?**

**AVB –** O estudo de caracterização do internamento de Medicina Interna em Portugal foi certamente um projeto chave nesse âmbito. Este estudo transversal decorreu no dia 17 de dezembro de 2015 e envolveu 43 centros hospitalares de todo o país. O estudo foi operacionalizado pelo NIMI, em conjunto com os vários representantes locais, e contou com a colaboração de mais de 130 internos!

**JN – Qual o objetivo deste estudo?**

**AVB –** Pretendia responder a uma questão muito simples: quem são os do-

entes internados nos serviços de Medicina Interna portugueses? Tal como esperávamos, os nossos doentes são, na maioria, idosos (média de  $76 \pm 13.2$  anos), com várias comorbilidades e um elevado grau de dependência. Mais importante do que este resultado foi perceber que é possível envolvermos os internos de Medicina em estudos multicêntricos e que juntos conseguimos trabalhos incríveis – recolhemos informação de um total de 3284 doentes!

**JN – O NIMI tem estabelecido ligações internacionais. Quais? Qual a sua importância?**

**AVB –** O NIMI tem estreitado ligações à EFIM (Federação Europeia de Medicina Interna), onde a opinião dos jovens internistas tem um papel relevante. Sem dúvida que o ponto mais importante da discussão europeia prende-se com a criação do currículo europeu de MI. Prevê-se que, a médio prazo, este documento tenha impacto na nossa for-

mação e na formação em praticamente toda a Europa e é um privilégio pensar que os internos foram ouvidos nesta discussão, quer pela Direção da SPMI, quer pela EFIM. Além disso, contribuímos na organização de eventos formativos, como o *Exchange Program*, no qual os internos têm a oportunidade de passar um mês do seu internato a conhecer a realidade de um serviço de MI de outro país membro da EFIM.

**JN – Na sua opinião, quais são as maiores dificuldades que os internos, particularmente da especialidade de MI, enfrentam atualmente?**

**AVB –** A Medicina Interna tem passado por algumas provas nos últimos anos. Apesar de ser indiscutível o seu papel central nos cuidados de saúde, a discussão entre o internista com visão global do doente e o internista com uma diferenciação ou competência numa determinada área do conhecimento será um dos desafios mais

importantes dos próximos tempos. A meu ver, será necessário criar um espaço para estes internistas “competentes” sem que haja uma cisão com a visão holística da especialidade. Penso que será delicado para nós internos e para os demais internistas compreender onde fica esse espaço.

O *burnout* é outro ponto que requer particular atenção – mais uma vez, não só para os internos. Apesar da minha experiência profissional ser ainda curta, o cansaço das equipas médicas tem sido crescente e acredito que a curto/médio prazo irá comprometer a qualidade de formação e dos cuidados prestados. Para nós, que estamos ainda a iniciar o nosso percurso profissional, é fundamental contrariar o ambiente de desânimo que se tem vindo a intrinsecar nos hospitais.

**JN – Portugal oferece uma boa formação aos internos de MI?**

**AVB –** Não tenho quaisquer dúvidas! E é importantíssimo que este assunto seja discutido para percebermos o que temos de bom! Durante o meu internato, tive a oportunidade de trabalhar com internos de outras nacionalidades e também de trabalhar durante seis meses num serviço de Reumatologia de um grande hospital londrino. A minha experiência nestes contextos mostrou-me que não só temos uma ótima qualidade de formação, como também temos uma excelente qualidade clínica! Ao nosso jeito desorganizado q.b. e com as limitações de recursos humanos e materiais que temos, fazemos um trabalho clínico extraordinário. Na investigação clínica é que ainda temos um longo caminho a percorrer... mas, mesmo nesse âmbito, já se sentem “ventos” de mudança!

“Esta especialidade sobretudo pela visão do doente!”

Andreia Vilas Boas nasceu em Estarreja a 10 de setembro de 1986. A Medicina aconteceu por acaso: “Querida ser detetive quando era criança, mais tarde investigadora, a Medicina pareceu-me uma boa maneira de fazer um pouco de ambas!”, conta.

Frequentou o Mestrado Integrado em Medicina na Escola de Ciências da Saúde da Universidade do Minho que, segundo a própria, “tem um projeto educacional singular em Portugal” e que foi determinante para todo o seu percurso posterior.

“Ainda como aluna, tive a oportunidade de participar em vários projetos de investigação em Neurociências no Instituto de Ciências da Vida e da Saúde da Universidade do Minho. Trabalhei como interna do ano comum no Hospital de Braga e desde então sou interna de formação específica no Hospital Pedro Hispano. Tenho-me esforçado por conhecer o maior número de realidades hospitalares possível com os meus estágios formativos no Univer-

Por outro lado, não é incomum vermos internos de outros países europeus que decidem fazer a formação pós-graduada em Portugal após terem estado cá em Erasmus ou noutro contexto formativo, uma vez mais por considerarem a formação portuguesa melhor que a dos seus países de origem. Apesar de não conhecer os números, tenho contactado com significativamente mais internos que escolheram Portugal para completar a sua formação.

**JN – Quais são os maiores desafios do NIMI?**

**AVB –** Para mim, os grandes desafios do NIMI continuam a ser aqueles que mais me angustiavam no início do meu mandato: representatividade e contributo para a investigação.

Por um lado, a representatividade para conseguirmos também compreender em que medida o NIMI pode defender os interesses formativos dos internos e como podemos contribuir para que o internato em medicina seja melhor. Isso só se consegue se conseguirmos ouvir um maior número de internos, se conseguirmos, de alguma forma, chegar até eles.

Por outro lado, a investigação é para mim um dos maiores desafios da MI. É a ciência que faz a Medicina mudar e melhorar para também melhorarmos os cuidados que prestamos aos nossos doentes. Apesar de muitas vezes não nos apercebermos, nós internistas temos uma posição privilegiada na investigação clínica, tendo em conta o enorme fluxo de doentes com os quais lidamos. A isto acresce o *gap* de conhecimento que ainda existe sobre a melhor forma de tratar os doentes

mais idosos e com múltiplas comorbilidades – e ninguém melhor do que os internistas para estudar esta população.

**JN – Como foi a experiência de coordenar este Núcleo?**

**AVB –** Se tivesse que resumir numa palavra seria *intensa!*

Comecei a minha colaboração com o NIMI ainda no primeiro ano de internato, no início, sem perceber bem como é que isto funcionava, e confesso que não esperava ter feito tantas amizades e ter aprendido tanto. Obviamente que também houve alguns momentos menos bons, momentos em que o peso da responsabilidade de representar o

Núcleo parece difícil de suportar, momentos em que o trabalho com o internato aumenta e sobra muito pouco tempo para desempenhar corretamente o papel de coordenadora ou momentos em que o cansaço leva a melhor e não conseguimos fazer tanto como gostaríamos. Acima de tudo, não o teria conseguido sem os colegas e amigos

que me acompanharam, sem a Direção da SPMI e sem as secretárias Cristina Azevedo, Adelina Claudino, Ana Silva e Ana Pedreira. O saldo é indiscutivelmente positivo e sinto-me privilegiada em ter tido a oportunidade de coordenar o Núcleo! E, apesar de estar mais do que na hora de deixar o Núcleo, já sinto uma certa nostalgia...

cativou-me  
o integrada

sity College em Londres, no Hospital Egas Moniz, em Lisboa, e no Hospital de Santo António, no Porto”, conta.

Ao longo dos anos, tem participado em vários projetos, passando pelo NIMI, pela organização do Clinical Research Bootcamp ou de outros cursos como o TIMI (Técnicas Invasivas em Medicina Interna), foi assistente convidada na área curricular de Introdução à Medicina Clínica na Escola de Ciências da Saúde e formadora na *Speed Statistics*.

Sobre a escolha da Medicina Interna, refere: “Além de alguns mentores com os quais tive a sorte de me cruzar e que mudaram a minha visão da Medicina, esta especialidade cativou-me sobretudo pela visão integrada do doente. O desafio de tentar compreender um doente em toda a sua complexidade pareceu-me demasiado aliciante!”

Terminar a especialidade é, atualmente, o principal projeto para o futuro. Depois, Andreia Vilas Boas está certa de que “mais desafios aparecerão”.



# 90-90-90, a meta para controlar a epidemia de



A ONU-SIDA estabeleceu como meta para 2020 o objetivo “90-90-90”, que prevê diagnosticar 90% da população infetada por VIH, tratar 90% desta e investir no sentido de que 90% dos doentes em tratamento atinjam carga vírica indetetável. O tema esteve em debate numa mesa-redonda que teve lugar esta sexta-feira e que contou com a participação de diversos atores da sociedade (dos setores da Saúde e da Política) ligados à área do VIH/SIDA.

De acordo com Telo Faria, coordenador do Núcleo de Estudos da Doença VIH da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna (SPMI) e coordenador regional do Alentejo do Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção VIH/SIDA, este objetivo só foi possível ser colocado pela mudança de paradigma na abordagem do tratamento antirretroviral. Assim, relata, “com base em ensaios clínicos sustentados, a OMS e as mais importantes *guidelines* com que nos regemos passaram a adotar o ‘tratamento’ também como ‘prevenção’, isto é, iniciando o tratamento antirretrovírico imediatamente após o diagnóstico, independentemente da contagem dos linfócitos T CD4”.

O “tratamento também como prevenção” e a meta da ONU-SIDA são, segundo Telo Faria, os desafios nos próximos anos, “o que nos coloca num momento



Telo Faria

particularmente decisivo e determinante no combate ao vírus da imunodeficiência humana”.

“Em Portugal, segundo os últimos dados estatísticos, divulgados em 2015, o número de novos casos notificados de VIH e o número de novos casos de SIDA têm vindo a diminuir, de forma sustentada, nos últimos anos. Contudo, não deixa de haver alguns dados preocupantes, nomeadamente, um acréscimo da proporção de casos em homens que fazem sexo com homens, com uma idade mediana de novos casos inferior à das outras categorias de transmissão e, ainda, uma maior proporção de casos acima dos 50 e dos 65 anos”, menciona.

Relativamente à implementação das diretrizes da Direção-Geral da Saúde, o responsável conta que se procedeu ao incremento do diagnóstico precoce, com a implementação do programa dos Testes Rápidos nos Cuidados de Saúde Primários, nos CAD, CDP e DICAD, tanto em populações mais vulneráveis, quer na população em geral. Isto originou uma redução da taxa de diagnóstico tardio da infeção, colocando-a, praticamente, ao nível da registada na média dos países da UE

“Este panorama francamente positivo, juntamente com a implementação, já em vigor, do ‘tratamento também como prevenção’, dar-nos-á, provavelmente, as ferramentas para cumprir, também no nosso país, o objetivo definido pela ONU-SIDA para 2030, erradicação da pande-

mia, enquanto ameaça de saúde pública”, considera Telo Faria.

## Contributo dos cuidados de saúde primários

Para Rui Cernadas, médico especialista em MGF da ARS Norte, o padrão de

cuidados aos doentes com VIH mudou também em Portugal.

“A educação do doente/cuidador é essencial e inclui o seu *empoderamento* sobre a evolução, transmissão, progressão, prognóstico e prevenção”, considera.

Na sua ótica, os CSP devem promover uma aproximação multidisciplinar, tendo em

## O contributo da Medicina



### Umbelina Caixas

Assistente hospitalar graduada de MI, H. S. José, CHLC

“Ending the AIDS epidemic is more than a historic obligation to the 39 million people who have died of the disease. It also represents a momentous opportunity to lay the foundation for a healthier,

more just and equitable world for future generations. Ending the AIDS epidemic will inspire broader global health and development efforts, demonstrating what can be achieved through global solidarity, evidence-based action and multisectoral partnerships.”

*in 90-90-90 An ambitious treatment target to help end the AIDS epidemic - UNAIDS*

A leitura desta frase não nos permite ficar indiferentes ao nosso papel como internistas na marcha para a concretização destas ambiciosas metas. A infeção VIH é um problema de saúde pública e, como tal, é do interesse comum a sua prevenção, diagnóstico e controlo.

Existem muitos internistas dedicados ao tratamento e seguimento da infeção VIH, mas, para atingir as metas “90%

# VIH/SIDA até 2020

conta até o facto de se posicionarem numa primeira linha do diagnóstico e de prevenção e em articulação com os hospitais.

“A carga global de doença no âmbito do SNS é naturalmente muito marcada pelo peso das patologias crónicas, grandes consumidoras de tempo e de recursos, num contexto em que o paradigma da procura de cuidados assistenciais igualmente se alterou no mundo ocidental e em Portugal.”

Mas, no seu entender, não se poderá ignorar que os especialistas em MGF têm de ganhar *expertise* na gestão dos quadros crónicos, como doenças cardiovasculares, hiperglicemia, osteoporose e doença renal, que vêm sendo crescentemente importantes nos indivíduos mais idosos e com infecção VIH e/ou tratamento antirretroviral.

“Não esqueçamos que, no passado, a SIDA se manifestou como um processo complexo cujas patologias associadas eram infecções e tumores muito pouco frequentes, dificilmente diagnosticados fora dos cuidados diferenciados e que, por outro lado, toda a atenção ao problema do VIH foi essencial e continuamente hospitalar”, adverte.

Segundo o médico, os meios de que a Medicina dispõe melhoraram a sobrevivência e a qualidade de vida dos infetados de forma considerável e, atualmente, já se considera a infeção por VIH como uma doença de caráter crónico. “A aplicação de medidas profiláticas ou de tratamentos em fases assintomáticas, ou um seguimento continuado, ou, por exemplo, o apoio do ponto de vista psicológico e geral, para não falar dos cuidados a doentes terminais, tornam-se impossíveis de coordenar, de dispensar ou de compreender até a partir de um hospital”, frisa.

Na sua opinião, a Europa precisa de acelerar o ritmo das atividades de prevenção e tratamento da infeção pelo VIH caso queira alcançar a meta preconizada pela ONU para o ano de 2020 (objetivo 90-90-90).



Rui Cernadas

“O acesso universal à saúde e os bons níveis de apoio social em Portugal, um SNS de grande proximidade e uma tendência de rejuvenescimento geracional da MGF são circunstâncias e desafios positivos no combate ao VIH”, menciona.

Rui Cernadas entende que os CSP, através das suas unidades funcionais, serão “o espelho das características socio-culturais e económicas da sociedade portuguesa”, orientando-se necessariamente para a resposta ou para a resolução dos principais problemas de saúde da comunidade.

to é no SU ou na consulta externa; é necessária a devida orientação dos doentes diagnosticados para as equipas dedicadas ao seu seguimento; nos doentes infetados seguidos na consulta de Medicina por outra razão, é necessário insistir na importância do cumprimento da terapêutica antirretroviral, da integração nos cuidados de saúde e ter o cuidado de abordar interações medicamentosas.

Fora do âmbito hospitalar, esta intervenção é igualmente importante, pois, é esperado que o internista, juntamente com a sociedade civil e o poder político local, consiga intervir na prevenção, no diagnóstico e na orientação para os cuidados de saúde.

À semelhança de outras doenças crónicas, estamos na linha da frente e a nossa intervenção pode fazer toda a diferença.

# Economia na Saúde



Fernando Gomes

Assistente graduado sénior.  
Ex-diretor do Serviço de Medicina 1 da ULSAM

A Europa vive tempos de incerteza. Um vento de multinacionais entra em negócios tradicionalmente nas mãos de pequenas empresas, oferecendo serviços e bens a menor custo para o consumidor, à custa da precariedade do trabalho, do esmagar dos preços à produção e dos salários dos trabalhadores. É também esta a lógica dos “investidores em Saúde”.

Os políticos têm dificuldade em integrar o exponencial desenvolvimento tecnológico dos últimos anos e, no caso da Saúde, deixam-se levar na lógica dos preços baixos por ato, sem analisarem a sua necessidade e qualidade e, em pouco tempo, veem-se avassalados com custos

crescentes, a que o Serviço Nacional de Saúde não consegue dar resposta.

Sub-repticiamente, grandes empresas foram tomando conta dos consultórios médicos e das pequenas clínicas, retirando os médicos da tradicional profissão liberal, a troco de uma organização mais ágil, na resposta às necessidades de um “mercado” definido pelas expectativas da população.

Ora, são as expectativas artificialmente criadas, e que são uma das principais áreas de negócio para muitos dos “Privados”, que um Estado responsável tem de conter, para que o orçamento da Saúde seja comportável, pois, neste negócio, não há limites para quem queira consumir.

As *guidelines* internacionais e as Normas de Orientação Clínica da Direção-Geral de Saúde não impedem que se abuse de Meios Auxiliares de Diagnóstico e Tratamento, numa prática que tem sido apelidada de “Medicina Defensiva”, mas que também pode ser interpretada como atitude de “shotgun”, quando se ultrapassa a capacidade de diagnóstico.

Mas, se o fenómeno existe no Público e no “Privado”, neste, o controlo dos excessos não só é mais deficitário como, nalguns casos, inexistente, numa política de minimizar o doente para maximizar o negócio.

Acresce que a Saúde, nos últimos vinte anos, para além dos tradicionais médicos, enfermeiros e auxiliares, alargou a tipologia dos seus funcionários a “conselheiros

políticos, economistas, gestores, psicólogos, dietistas, assistentes sociais, pois, todos eles contribuem para o «bem-estar físico, psíquico e social dos indivíduos».

Ao enorme aumento da população mundial (quadruplicou no último século), os regimes comunistas responderam com um plano centralizado e os capitalistas deixaram “funcionar os mercados”. No Ocidente, onde se projeta que, em 2030, mais de 50% da sua população tenha mais de 50 anos, a Saúde tornou-se uma das mais importantes áreas de negócio, com tendência para a formação de grandes grupos económicos para a sua exploração.

Se a concentração terminar em três “players” (como agora se diz), de modo a que da sua concorrência resultem preços baixos apelativos para a população, os políticos de pacotilha sorriem.

Três é a sua fórmula mágica, seja nos Hipermercados, nas Telecomunicações, nos Bancos, nos Seguros de Saúde, nas Análises Clínicas ou na Hemodiálise.

É-lhes mais cómodo assim, pois, sabem com quem falar, sejam eles chineses ou sediados em *offshores* de origem incerta.

Domingo, 29

AUDITÓRIO ESPAÇO VIANA

11h15 - 12h30

# Doenças difusas do parênquima pulmonar



Sofia Neves

Pneumologista no CHVNG/E.  
Responsável pela Consulta de Doenças Profissionais e Patologia do Interstício do CHVNG/E

Doença difusa do parênquima pulmonar (DDPP) ou doença do interstício pulmonar é um termo lato que engloba mais de 180 entidades distintas, caracterizadas por diferentes níveis de inflamação e fibrose do parênquima pulmonar e, em alguns casos, por preenchimento alveolar. Ainda que individualmente raras, elas constituem 15% dos casos observados numa consulta de pneumologia geral.

Apesar da semelhança da apresentação, caracterizam-se por diferentes prognósticos e respostas às terapêuticas, pelo que o seu diagnóstico preciso é fundamental.

Atualmente, o *gold standard* no diagnóstico destas doenças é a avaliação multidisciplinar, que deverá integrar uma equipa com experiência em patologia do interstício pulmonar constituída por radiologistas, anatomopatologistas e pneumologistas, podendo ainda integrar outros clínicos.

No diagnóstico das DDPP a criotecnologia ressurgiu nestes últimos anos como técnica minimamente invasiva em crescendo na abordagem diagnóstica destas doenças. Dependendo das séries publicadas, a biopsia pulmonar transbrônquica por sonda de crioterapia tem apresentado uma rentabilidade diagnóstica de 72-80% após reunião multidisciplinar. No entanto, a sua posição no algoritmo da abordagem das DDPP ainda está por definir.

Em 2013, foi publicado um documento de consenso da ATS/ERS de atualização das Pneumonites Intersticiais Idiopáticas (PII), que as classificou em Pneumonites Intersticiais Idiopáticas Major, Pneumonites Intersticiais Idiopáticas Raras e em Pneumonite Intersticial Idiopática Inclas-

sificável. Neste consenso, surge ainda uma abordagem inovadora das PII, tendo em consideração o comportamento da doença, que poderá ter particular importância nas PII inclassificáveis.

A fibrose pulmonar idiopática é a PII mais frequente e uma das mais letais deste grupo. A aprovação, em 2014, pela FDA e EMA, de 2 fármacos para o tratamento da FPI: a pirfenidona e o nintedanib, constituiu um marco importante no tratamento desta doença. No entanto, não são expectáveis, num futuro próximo, fármacos que determinem melhoria ou mesma cura.

O diagnóstico das doenças do interstício pulmonar é em muitos casos um autêntico desafio diagnóstico e terapêutico. O aparecimento de terapêuticas dirigidas nomeadamente para a FPI obriga a um diagnóstico correto, tendo um papel fundamental a discussão multidisciplinar por uma equipa experiente.

Domingo, 29

AUDITÓRIO ESPAÇO VIANA

09h15 - 09h45

# Interna

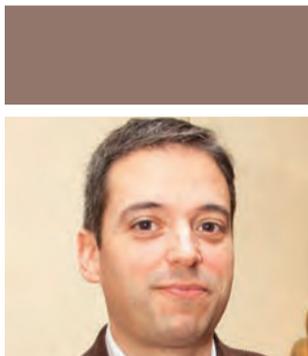
diagnosticados”, “90% em tratamento” e “90% virologicamente suprimidos”, é necessário um esforço coletivo na Medicina Interna.

O novo paradigma da infeção VIH como doença crónica exige uma abordagem multidisciplinar que ultrapassa muitas vezes a equipa dedicada que o segue, sendo necessário o apoio de outras áreas da Medicina Interna (diabetes, obesidade, risco vascular, etc.), assim como de outras especialidades.

Ainda que grande parte do trabalho dependa das equipas dedicadas, a verdade é que sem o apoio dos restantes internistas, no serviço de urgência, na enfermaria, na consulta externa e na consultoria a outras especialidades, estas metas serão um desafio mais difícil de concretizar.

É necessário estarmos atentos ao diagnóstico e muitas vezes o momen-

# Desenvolvimentos da imagiologia em IC



**Nuno Bettencourt**

Cardiologista, FMUP. Responsável pelo Laboratório de Ressonância Magnética do Hospital de Braga

Na última década, a forma como praticamos a medicina sofreu uma verdadeira revolução. A evolução da tecnologia veio permitir novas abordagens diagnósticas e terapêuticas que há apenas alguns anos seriam impensáveis. Esta rápida transformação abriu novas possibilidades na orientação de diferentes patologias e novos conceitos estão continuamente a renovar "velhos" paradigmas estabelecidos. Um destes novos conceitos, que emerge da implementação e generalização de novas técnicas de imagem com maior resolução espacial, como a ressonância magnética cardíaca e a tomografia computadorizada multidetectors, é a "multimodalidade de

imagem". Muitas vezes confundida com uma redundante repetição de exames e, por isso mesmo, associada a aumento dos custos, a verdadeira mais-valia da multimodalidade consiste num sábio aproveitamento da informação complementar que cada uma das técnicas pode fornecer, permitindo diagnósticos mais precisos e, com isso, otimizando custos e estratégia terapêutica.

Uma área em que estas técnicas de imagem têm vindo a assumir uma importância crescente é a da Insuficiência Cardíaca. A abordagem integrada e complementar à ecocardiografia que estas técnicas permitem abre um leque de possibilidades que, em muitos aspetos, ainda não são totalmente explorados pela comunidade médica portuguesa. Por tradição, ou por facilidade de acesso, a exclusão de uma etiologia isquémica é muitas vezes realizada recorrendo a cateterização coronária. Esta abordagem, aceitável no século passado, com os recursos de então, é, agora, totalmente desajustada. Os métodos de imagem agora disponíveis permitem não só a exclusão desta etiologia de forma não invasiva (recorrendo, por exemplo, ao elevado valor preditivo negativo da tomografia computadorizada multidetectors), como também, em muitos casos, obter um diagnóstico etiológico preciso e, com isso, orientar a estratégia terapêutica. Tal é, sem dúvida, a principal

mais-valia da ressonância magnética. A sua versatilidade, como complemento à ecocardiografia, é tal que muitos dos diagnósticos anteriormente de presunção têm agora critérios de diagnóstico imagiológico precisos.

A ecocardiografia é o método primeira linha para a documentação de disfunção em repouso e para a diferenciação de insuficiência cardíaca com e sem função ventricular sistólica preservada. Tem também um papel crucial na avaliação valvular e da disfunção diastólica (através da evidência de um relaxamento ventricular comprometido, alteração da distensibilidade e "compliance"). Por outro lado, a RMC é altamente reprodutível na quantificação de volumes e massa ventriculares e na avaliação da contratilidade segmentar e, em relação à ecocardiografia, tem a vantagem de não estar dependente da qualidade da "janela acústica". Porém, a sua principal mais-valia é a capacidade integradora de avaliação morfológica, funcional, estudo de perfusão e caracterização tecidual num único teste. A sua capacidade ímpar de deteção de cicatriz ou fibrose miocárdica através da técnica de realce tardio tornou-a incontornável no diagnóstico diferencial etiológico das diferentes formas de cardiomiopatia dilatada. Neste contexto, assume particular relevância o diagnóstico diferencial da cardiopatia isquémica e da miocardite,

bem como da cardiomiopatia hipertrófica em fase dilatada e de formas infiltrativas do miocárdio como a amiloidose, sarcoidose, ou outras.

Tanto a ecocardiografia como a ressonância contribuem, de forma complementar, para o diagnóstico diferencial etiológico da insuficiência cardíaca. O seu uso apropriado poderá contribuir para uma otimização terapêutica e uma melhor individualização do tratamento. Mesmo quando uma etiologia isquémica se confirma, a clássica abordagem baseada numa revascularização miocárdica guiada exclusivamente pela avaliação anatómica (usualmente ditada pela coronariografia invasiva) está desatualizada, por se ter provado não ser a mais adequada na orientação terapêutica destes pacientes. Uma avaliação funcional através de técnicas de perfusão miocárdica como a cintigrafia ou a ressonância magnética de perfusão sob adenosina ou por técnicas capazes de detetar alterações indutíveis da contratilidade sob stress -- como a ecocardiografia ou a ressonância magnética de stress com dobutamina --, poderá ser uma mais-valia para uma correta decisão terapêutica.

Neste sentido, a integração de diferentes métodos de imagem poderá significar não só um melhor desempenho em termos de diagnóstico, mas também resultar numa melhor decisão terapêutica, afetando positivamente o prognóstico do pa-

ciente com insuficiência cardíaca. Vários estudos envolvendo métodos de imagem estão, neste momento, a testar este novo paradigma, correlacionando os achados imagiológicos não só com o prognóstico como também com a atitude terapêutica. Uma das áreas mais promissoras neste campo prende-se com a seleção de candidatos a cardiodesfibriladores implantáveis, cujos critérios atuais -- baseados quase que exclusivamente na quantificação da fração de ejeção ventricular -- são manifestamente insuficientes e poderão vir a ser modificados com a integração de diferentes parâmetros imagiológicos como a deteção e quantificação da fibrose miocárdica, entre outros.

Em todo o caso, e enquanto a evidência se vai construindo de forma cada vez mais sólida, a integração de vários métodos de imagem na orientação terapêutica de pacientes com insuficiência cardíaca é já uma necessidade incontornável nos nossos dias. Compete-nos uma correta utilização das diferentes técnicas ao nosso dispor e uma análise crítica dos resultados. Nem sempre este caminho é tão simples de percorrer como pode parecer...

**Domingo, 29**

AUDITÓRIO IPVC

**09h15 - 10h45**

# Recertificação médica: por onde vamos?

Segundo António Martins Baptista, coordenador de Medicina Interna no Hospital Beatriz Ângelo e do Núcleo de Estudos de Formação em Medicina Interna, neste momento, Portugal é um dos únicos países da Europa que ainda não têm uma recertificação médica a funcionar. O tema será discutido na mesa-redonda "Recertificação Médica: por onde vamos?", que tem lugar hoje, pelas 9.15 h.

Em entrevista à *Just News*, o internista, que presidirá a esta sessão, menciona que



**António Martins Baptista**

"um médico forma-se e depois trabalha até aos 70 anos ou mais e ninguém garante que se atualizou", desenvolvendo que "as faculdades garantem o 'produto' à saída, o exame da especialidade assegura o conhecimento no final da especialidade, mas daí para a frente ninguém pode afiançar que o médico voltou a estudar Medicina".

António Martins Baptista acredita que a maioria dos médicos se mantém atualizada ao longo da carreira, no entanto, haverá alguns clínicos que não o fazem.

E é para garantir que todos o fazem que existem, nos mais variados países civilizados, processos de recertificação.

Além de António Martins Baptista, marcarão presença nesta sessão o piloto de avião Francisco Baptista, que irá explicar qual é o processo percorrido de forma a garantir que os pilotos de avião estejam qualificados para as mais recentes atualizações dos aviões que dirigem, Andreia Vilas Boas, coordenadora do Núcleo de Internos da SPMI (NIMI), que abordará os

vários métodos de recertificação que existem atualmente pelo mundo e, no final, o bastonário da Ordem dos Médicos, José Manuel Silva, que irá explicar o que tem planeado para colocar em prática a recertificação em Portugal.

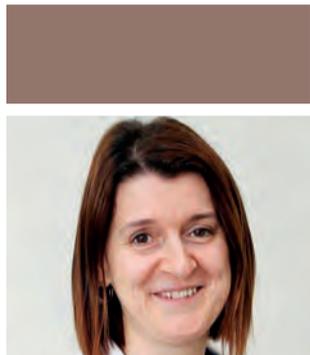
**Domingo, 29**

AUDITÓRIO SANTIAGO DA BARRA

**09h15 - 10h45**



# Tratamento da insuficiência cardíaca com fração de ejeção preservada: o que realmente funciona?



**Joana Pimenta**

Assistente hospitalar graduada.  
Serviço de MI, Consulta de IC, CH  
S. João. Prof.<sup>a</sup> auxiliar convidada,  
Unid. Invest. & Desenv.  
Cardiovascular, FMUP

De entre as patologias mais prevalentes no mundo ocidental, a insuficiência cardíaca (IC) destaca-se pelas suas proporções epidémicas. Cerca de 15 milhões de europeus e 6 milhões de americanos vivem com esta doença. Como consequência de uma abordagem terapêutica mais eficaz de uma série de doenças cardiovasculares cuja expressão terminal é a síndrome da IC, a incidência desta patolo-

gia tem vindo a estabilizar. Já a prevalência da IC continua a aumentar significativamente, para o que contribui, de forma decisiva, o envelhecimento da população, pois, a maioria dos doentes com IC tem mais de 75 anos.

Para além de ser muito frequente, a IC é também uma doença com um impacto individual e socioeconómico muito importante. O doente com IC tem sinais e sintomas que condicionam marcadamente a sua qualidade de vida e a sua atividade laboral e social. A taxa de recurso ao serviço de urgência (cerca de 5% dos episódios de urgência devem-se a IC), de internamento/reinternamento e de mortalidade são muito elevadas. Esta história natural tem consequências para o indivíduo, os seus cuidadores e a sociedade.

Apesar de partilharem uma expressão clínica muito semelhante, que se traduz, essencialmente, em dispneia, fadigabilidade e sinais de congestão, os doentes com IC podem, no entanto, ter perfis fisiológicos muito diferentes, que vão condicionar as atitudes terapêuticas a tomar. Embora possam estar subjacentes anomalias do pericárdio, do endocárdio, das válvulas ou do ritmo, as alterações da função

miocárdica são a causa mais frequente do quadro de IC.

A avaliação do comprometimento da função sistólica ventricular esquerda, refletida pela fração de ejeção (FE), tem sido utilizada para classificar os doentes em 2 grupos: com FE reduzida (FE < 40%) ou com FE preservada (FE > 50%); recentemente, a Sociedade Europeia de Cardiologia criou uma categoria adicional: a IC com FE intermédia, correspondente a doentes com FE entre 40 e 49%. Esta diferenciação dos doentes com IC de acordo com a FE (reduzida vs preservada) é importante, pois, às duas categorias correspondem diferentes etiologias, características demográficas, prevalência de comorbilidades e resposta à terapêutica.

O tratamento da IC com FER evoluiu muito nos últimos 25 anos, com a realização de uma série de ensaios clínicos fundamentais com IECA, bloqueadores beta e antagonistas dos recetores mineralocorticoides, que estabeleceram as bases da terapêutica desta entidade e a tornaram num dos casos de sucesso da medicina.

No que respeita aos doentes com IC com FE preservada, a panorâmica é menos animadora. Apesar de se terem testado e

## *O tratamento da IC com FER evoluiu muito nos últimos 25 anos.*

se continuarem a testar novos (e velhos!) fármacos nesta patologia, os resultados têm sido desapontantes. A estratégia terapêutica de bloqueio neuro-hormonal que produziu resultados impressionantes na IC com FE reduzida mostrou-se infrutífera na IC com FE preservada. Mais recentemente, têm sido avaliadas várias classes de fármacos que estimulam a via do GMPc (inibidores da fosfodiesterase tipo 5 como o sildenafil, estimuladores do GMPc solúvel como o vericiguat, nitratos), mas os resultados dos ensaios clínicos, maioritariamente de fase 2, têm sido também negativos.

Outras hipóteses de tratamento estão a ser testadas, como a modulação da inflamação, a regulação da resposta cronotrópica, a desnervação renal, o tratamento

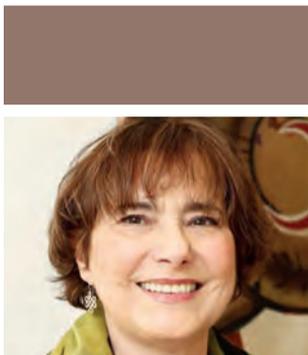
das comorbilidades. O estudo PARAGON está a investigar o efeito do LCZ696 (sacubitril/valsartan), uma terapêutica que produziu efeitos significativos nos doentes com IC com FER e que já foi incluída nas linhas de orientação para o tratamento desta doença, nos doentes com IC com FE preservada.

Em suma, a terapêutica farmacológica da IC com FE preservada baseia-se ainda, nos dias de hoje, numa das classes de fármacos mais antigas de que dispomos: os diuréticos. Uma abordagem eficaz da congestão é fundamental para a melhoria de sintomas, da capacidade funcional e, consequentemente, da qualidade de vida destes doentes. O tratamento das comorbilidades é também decisivo, já que uma parte substancial da sua significativa morbimortalidade se deve a causas não cardiovasculares. O internista, pela perspetiva holística do doente que assume, tem, assim, um papel decisivo na gestão dos doentes com IC com FE preservada.

Domingo, 29  
AUDITÓRIO IPVC  
09h15 - 10h45

PUBLICIDADE

# Importância da relação médico doente no consentimento informado. Metodologia na informação



**Maria Leonor da Costa Duarte de Almeida**

Médica oftalmologista, Doutorada em Bioética. Hospital de Santa Maria, CLNH

O consentimento informado exprime o respeito pela liberdade do ser humano (doente) em decidir sobre uma determinada

intervenção proposta, após devidamente esclarecido sobre a doença, tratamento, alternativas, vantagens, riscos, mesmo os raros, e consequências do recusar. A violação do dever de informar conduz a um consentimento inválido. Este encontro faz-se entre dois modelos explicativos diferentes, o do doente e o do médico, e se estes modelos não forem explicitados, discutidos e negociados, a mensagem do médico pode não ser entendida ou aceite pelo doente. Assim, será importante compatibilizar o respeito pela informação adequada e a modulação dessa informação ao perfil do doente.

Não esquecer que quando um doente nos procura tem já um conjunto de ideias sobre o seu problema, desde a causa às consequências, gravidade aos tratamentos desejáveis, podendo ter recorrido à internet ou consultado outros médicos, e se estas ideias não forem exploradas e discutidas durante a informação a fornecer, existe a probabili-

*Não é o caráter do médico que importa na informação a fornecer ao doente, mas a metodologia a utilizar num diálogo esclarecedor.*

dade de o doente se sentir insatisfeito com o encontro clínico. Será a *forma* como se estabelece a relação que irá modular esse encontro e a informação adequada.

Existem modelos explicativos que en-

sinam sobre o cumprimento, a empatia, a atitude do médico, perante a gravidade da doença, causa, tratamento e escolha das terapêuticas disponíveis, dando sentido pessoal e social às experiências de doença. Esta metodologia concorre para desenvolver o sentimento de responsabilidade médica, com base numa informação devidamente esclarecida, originando o aumento do grau de satisfação de ambos os protagonistas, Médico e Doente.

Não é o caráter do médico que importa na informação a fornecer ao doente, mas a metodologia a utilizar num diálogo esclarecedor. Como informar uma má notícia? E obter o consentimento em situações difíceis?

As consequências do não entendimento entre os dois modelos referidos pode redundar em litigância, mais pela não comunicação adequada do que pela consequência de um eventual erro médico. Em

metade das ações judiciais subjaz um problema de comunicação (violação da confidencialidade, realização de intervenções sem informar o doente, ou transmissão de informação insuficiente ou errada). A alteração da atitude paternalista clássica sobre o que é melhor para o doente obriga o médico a revelar os riscos graves, mesmo raros, especialmente quando há alternativa.

Finalmente, gostaria de transmitir aos colegas que saber “atingir o impossível de nós mesmos...”, como dizia Clarice Lispector, é uma metodologia que terá de ser praticada e aprendida com regras, tempo, espaço, condições de trabalho, apreço dos pares pelo esforço e, claro, Coragem.

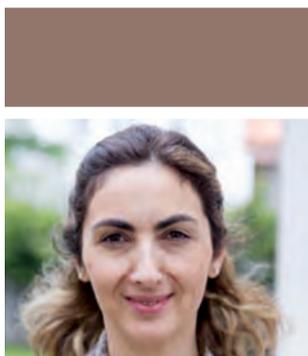
Domingo, 29

AUDITÓRIO ESPAÇO VIANA

09h45 - 10h45

## PREVENIR E TRATAR A OSTEOPOROSE

# Quando parar bifosfonatos. Qual a dose de cálcio e vitamina D



**Patrícia Dias**

Assistente graduada de MI. Serviço de Medicina Interna A do CHUC

Os bifosfonatos orais são fármacos de primeira linha no tratamento da osteoporose. Para doentes com contra-indicações por doença esofágica, intolerância gastrointestinal ou incapacidade para cumprir os requisitos da toma oral, existem formulações intravenosas.

A preocupação com a ocorrência de efeitos adversos relacionados com a utilização a longo prazo dos bifosfonatos, nomeadamente fraturas atípicas do fémur e osteonecrose da mandíbula, e a sua farmacocinética, tornam razoável considerar fazer uma interrupção terapêutica após um período de tratamento contínuo. O longo tempo de permanência no osso permite que se mantenha efeito antirreabsortivo após a interrupção, que vai diminuindo ao longo do tempo.

A decisão de fazer uma interrupção terapêutica não deve ser automática. É necessário ponderar quem beneficia, quando deve ser iniciada e qual a sua duração, uma vez que o conceito de interrupção implica que o tratamento será reiniciado, se se mantiver a indicação.

Em doentes a fazer terapêutica oral há cinco anos, ou ácido zoledrónico anual há três anos, pode considerar-se uma interrupção, se tiverem uma densidade mineral óssea (DMO) estável e baixo risco de fratura. No entanto, em doentes com alto risco de fratura, a relação benefício-risco do tratamento pode manter-se favorável por um período até 10 anos, para os fármacos orais, e até 6 anos, para o ácido zoledrónico.

Na ausência de dados que suportem

recomendações para a duração da interrupção, na prática, a decisão de reiniciar a terapêutica será individualizada, dependente da magnitude de redução da DMO, da existência de fatores de risco para fratura ou da ocorrência de fratura.

A deficiência de vitamina D e a ingestão insuficiente de cálcio são frequentes em doentes com osteoporose. A terapêutica com bifosfonatos deve ser suplementada com cálcio e vitamina D. O aporte de cálcio recomendado é de cerca de 1000-1200 mg por dia, sendo que pelo menos metade deve ser fornecida pela dieta. A suplementação é recomendada se o aporte se mantiver insuficiente após intervenção dietética. O aporte diário de vitamina D deve ser de cerca de 800 UI.

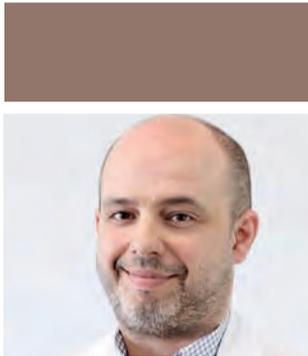
A correção de deficiência de vitamina

está indicada antes de iniciar terapêutica antirreabsortiva potente, como com bifosfonato intravenoso. A determinação do status de vitamina D, através da determinação do nível sérico de 25 (OH)D, não é necessária por rotina para a decisão de coprescrever vitamina D com um bifosfonato oral. A suplementação, de preferência com colecalciferol por via oral, pode ser administrada diária ou intermitentemente (semanal ou mensal), numa dose equivalente.

Os valores recomendados de cálcio referem-se a cálcio elementar, pelo que se deve ter atenção ao conteúdo em cálcio de cada formulação. O aporte diário total de cálcio não deve exceder 2000 mg e o limite superior da suplementação de vitamina D é 4000 UI/dia.



# Avanços no tratamento da insuficiência cardíaca aguda



**Fernando Friões**

Membro da Consulta de Insuficiência Cardíaca e coordenador da UCIM (Unid. Cuidados Intermédios de Medicina), Serviço de MI do CH São João. Propedêutica Médica, FMUP. Unid. Inv. Cardiovascular, FMUP

A insuficiência cardíaca aguda (ICA) é responsável por 1 a 3% do total de internamentos hospitalares nos EUA e na Europa, correspondendo a mais de dois milhões de hospitalizações anuais e sendo a causa mais frequente de internamento não programado na população idosa. Concomitantemente, apresenta uma elevada mortalidade intra-hospitalar (4 a 7%), um terço dos sobreviventes falecerá durante o ano seguinte ao evento agudo e quase 50% dos doentes serão reinternados nos dois meses após a alta. Tudo isto culmina em elevadíssimos custos diretos e indiretos para os sistemas de saúde.

No entanto, a terapêutica da ICA não se modificou muito nas últimas duas décadas, contemplando a utilização de diuréticos de ansa, nitratos, aminas simpaticomiméticas, opiáceos e oxigénio, tendo por base a identificação de diferentes perfis hemodinâmicos, mas sem que a sua implementação esteja assente em ensaios clínicos de larga escala. De facto, vários fármacos de entre os aquareticos (tolvaptan e rolofilina), vasodilatadores (nesiritide e tezosentan) e inodilatadores (levosimendan) foram avaliados em estudos randomizados com resultados

decepcionantes, quer pela ausência de benefício clínico, quer por elevadas taxas de complicações.

Mais recentemente, algumas moléculas revelaram-se promissoras como modificadoras de prognóstico neste contexto, sendo de destacar o omecamtiv mecarbil, a istaroxima, o ularitide e a serelaxina. Quanto ao primeiro, apesar da evidência da melhoria do inotropismo, não se comprovou a sua utilidade no alívio sintomático. A istaroxima é um fármaco com capacidades inotrópicas e lusotrópicas positivas que mostrou ser capaz de diminuir a congestão pulmonar, melhorar o índice cardíaco e a função diastólica de doentes com ICA, aguardando-se, no entanto, por estudos de maiores dimensões e com endpoints clínicos.

O ularitide, uma nova forma de peptídeo natriurético de origem renal, diminui as pressões de enchimento ventricular, com melhoria sintomática e sem acarretar agravamento da função renal, aguardando-se pelos resultados de um ensaio clínico de Fase III para avaliação do seu efeito na melhoria da dispneia e na mortalidade cardiovascular.

A serelaxina é um potente vasodilatador que demonstrou aumentar o débito cardíaco e o fluxo sanguíneo renal e que,

**A insuficiência cardíaca aguda (ICA) é responsável por 1 a 3% do total de internamentos hospitalares nos EUA e na Europa.**

***O ularitide, uma nova forma de peptídeo natriurético de origem renal, diminui as pressões de enchimento ventricular.***

em ensaios de Fase II (Pre-RELAX-AHF) e Fase III (RELAX-AHF), mostrou ser capaz de melhorar sintomas e diminuir a mortalidade cardiovascular e de qualquer causa aos 6 meses após a alta de um internamento por ICA, tornando-a no fármaco mais próximo de uma eventual utilização nestes doentes. Aguardamos, no entanto, os resultados do ensaio RELAX-AHF-2 para clarificar o seu potencial papel na prática clínica.

Para além da terapêutica farmacológica, não poderia deixar de mencionar os dispositivos de assistência ventricular em contexto de choque cardiogénico, cuja utilização se deseja cada vez mais precoce, antes do desenvolvimento de lesões de órgão irreversíveis.

Entretanto, o Heart Failure 2016 decorrerá, juntamente com o 3.º Congresso Mundial de Insuficiência Cardíaca Aguda e o lançamento de novas linhas de orientação para o diagnóstico e tratamento da insuficiência cardíaca, que trarão certamente novas perspectivas neste conceito em evolução que é a insuficiência cardíaca aguda.

Domingo, 29

AUDITÓRIO IPV

09h15 - 10h45

# Programa

29 DE MAIO (domingo) • 29 DE MAYO (domingo)

07h30	Abertura do Secretariado	
08h00 - 09h00	Apresentação de Comunicações e Pósteres selecionados	
09h15 - 09h45	<p><b>DOENÇAS DIFUSAS DO PULMÃO</b> Moderadores: Glória Alves · Carlos Dias</p> <p><b>Abordagem diagnóstica</b> - Sofia Neves</p>	WORKSHOP
09h45 - 10h45	<p><b>CONSENTIMENTO INFORMADO E AS NOVAS FORMAS DE INFORMAÇÃO</b> Moderadores: Gabriela Sousa · António Carneiro Comentadora: Cristina Roque</p> <p><b>Fundamentos</b> - André Dias Pereira <b>Prática clínica atual</b> - Leonor Duarte Almeida</p>	WORKSHOP
09h15 - 10h45	<p><b>RECERTIFICAÇÃO MÉDICA: POR ONDE VAMOS?</b> Presidente: António Martins Baptista Moderadores: Faustino Ferreira · Emilio Casariego Vale</p> <p><b>O exemplo dos pilotos de avião</b> Francisco Baptista <b>A recertificação médica pelo Mundo</b> Andreia Vilasboas <b>Plano para a recertificação médica em Portugal</b> José Manuel Silva</p>	MESA-REDONDA
09h15 - 10h45	<p><b>DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA EM 2016</b> Presidente: Paulo Bettencourt Moderadores: Cândida Fonseca · Vitor Paixão Dias</p> <p><b>Desenvolvimentos em imagiologia na insuficiência cardíaca</b> Nuno Bettencourt <b>Avanços no tratamento da insuficiência cardíaca aguda</b> Fernando Friões <b>Tratamento farmacológico da IC com FEP: O que realmente funciona?</b> Joana Pimenta <b>Resistência ao tratamento diurético</b> Margarida Alvelos</p>	MESA-REDONDA
10h45 - 11h15	Coffee-break	
11h15 - 12h30	<p><b>A ECONOMIA DA SAÚDE</b> Moderador: Fernando Gomes Participantes: Francisco Louçã · Pacheco Pereira</p>	DEBATE
12h30 - 13h00	<p><b>CONFERÊNCIA DE ENCERRAMENTO: DESAFIOS DA INVESTIGAÇÃO BÁSICA E DE TRANSLAÇÃO PARA A CLÍNICA</b> Presidente: Manuel Teixeira Veríssimo Conferencista: Miguel Castelo Branco</p>	
13h00 - 13h30	ENTREGA DE PRÉMIOS AOS MELHORES TRABALHOS APRESENTADOS	
13h30 - 14h00	CERIMÓNIA DE ENCERRAMENTO	
14h00	Final	

## ORGANIZAÇÃO DO CONGRESSO • ORGANIZACIÓN DEL CONGRESO

### Presidente do Congresso

Presidente del Congreso  
Diana Guerra

### Secretária Geral

Secretaria General  
Carmélia Rodrigues

### Tesoureiro

Tesorero  
Carlos Ribeiro

### Comissão Organizadora

Comité Organizador  
Sociedade Portuguesa de Medicina Interna · Sociedad Española de Medicina Interna

Alfredo Pinto · Ana Nascimento · Andriy Bal · Cristina Roque · Edgar Torre · Emília Guerreiro · Helena Terleira · João Andrade · José Vasconcelos · Luísa Azevedo · Manuel Ferreira · Maria Ramallo · Paula Felgueiras · Raquel Lopez · Rogério Corga da Silva · Rosewitha Bauerle

Serviço de Medicina Interna do Hospital de Santa Luzia de Viana do Castelo





PUBLICIDADE