



Publicações



# LIVE MEDICINA INTERNA

DIRETOR: JOSÉ ALBERTO SOARES  
TRIMESTRAL | JUL./AGO./SET. 2018  
ANO 4 | NÚMERO 15 | 3 EUROS  
WWW.JUSTNEWS.PT

**Rosa Valente de Matos**

A capacidade inata  
de ver doentes  
e não doenças

Lidar com os  
internamentos  
sociais  
promovendo  
a integração  
de cuidados

*João Araújo Correia, presidente da SPMI:*

**"PELA FORMA COMO  
A MI TEM CRESCIDO,  
OS INTERNISTAS TÊM  
O FUTURO ASSEGURADO"**



# PUBLICIDADE



# sumário

## Entrevista

- 06** João Araújo Correia, presidente da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna para o mandato 2018-2021  
 “Pela forma como a MI tem crescido, os internistas têm o futuro assegurado”

## Reportagem

- 32** Serviço de Medicina Interna do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra  
 Quando o trabalho dos internistas vai muito para além do espaço físico do Serviço

## Discurso direto

- 12** Rosa Valente de Matos  
 A capacidade inata de ver doentes e não doenças
- 14** Anabela Oliveira  
 Alcaptonúria
- 16** Elga Freire  
 II Jornadas do NEMPal  
 Comunicação em Cuidados Paliativos e em fim de vida
- 17** Carolina Guedes  
 IV Reunião do NEDVP  
 Convergências na doença vascular pulmonar
- 20** Maria Filomena Roque / Maria Cristina Esteves  
 13.ª Reunião Anual do NEDM  
 Criar pontes entre os saberes da Diabetologia e de outras áreas da Medicina
- 21** Inês Palma Reis  
 I Jornadas do NEMO  
 Grávidas na Urgência
- 22** Telo Faria  
 XIX Jornadas do Núcleo VIH da SPMI  
 Doença VIH, mais vida com qualidade

- 24** Rosa Jorge  
 XII Reunião do NEDF  
 Doenças hepáticas: congregar experiências e partilhar problemas
- 26** Alfredo Martins  
 1.ª Reunião Anual do NEDResp  
 Melhorar a assistência a doentes respiratórios
- 27** Susana Neves Marques  
 4.º Congresso Nacional da Urgência  
 A importância da história clínica e do raciocínio diagnóstico para identificação do problema do doente
- 29** Paulo Bettencourt  
 I Reunião do NEIC  
 Insuficiência cardíaca: organizar para melhor cuidar

## Notícias

- 18** XXIV Reunião Anual do NEDAI  
 Bastonário da OM: “Sem os mais jovens, perdemos completamente a capacidade de inovar”
- 25** O presente e o futuro do risco CV nas pessoas com diabetes  
 5.ª Reunião Temática do NEDM
- 28** Lidar com os internamentos sociais promovendo a integração de cuidados  
 SPMI e APAH realizaram conferência
- 30** Adquirir competências para enfrentar as particularidades do envelhecimento  
 9.º Curso de Introdução à Geriatria
- 31** Novo coordenador do NIMI quer aproximar internos de todo o país  
 Combater assimetrias regionais na formação dos internos é o objetivo de António Grilo Novais



06



32

## Doenças autoimunes juntaram 2000 especialistas

Lisboa foi o palco do 11.º Congresso Internacional de Autoimunidade, entre 16 e 20 de maio, com 2000 participantes de todo o mundo. Presidida por um internista, Yehuda Shoenfeld, estiveram em destaque na reunião quatro especialistas de Medicina Interna portugueses: Carlos Vasconcelos, como presidente honorário, e os restantes assegurando três das cinco vice-presidências do evento. O 12.º Congresso Internacional



de Autoimunidade acontecerá no ano 2020, entre 18 e 24 de maio, em Atenas, na Grécia. Na foto, Carlos Vasconcelos, Jorge Martins, Yehuda Shoenfeld, Carlos Dias e Luís Campos.

## Acta Médica Portuguesa com um maior Fator de Impacto

O Fator de Impacto (FI) da *Acta Médica Portuguesa*, revista científica publicada pela Ordem dos Médicos, registou, em 2017, uma subida de 0,498 para 0,581. Em declarações à *Just News*, o seu atual editor-chefe, Tiago Villanueva, considera que essa circunstância permite "reforçar a posição no ranking das revistas médicas generalistas, bem como o seu prestígio junto da comunidade médica e científica portuguesa e internacional".



Especialista em MGF, exercendo funções na USF Reynaldo dos Santos, na Póvoa de Santa Iria, Tiago Villanueva refere que a subida do FI se deveu ao aumento do número de citações (um total de 133, contra 114 no ano anterior). O médico desempenhou, durante alguns anos, em Inglaterra, várias funções numa publicação de referência, o *The BMJ*, sendo atualmente o editor associado a partir de Portugal.

## A 1.ª reunião de trabalho

Durou 5 horas a primeira reunião de trabalho da Direção presidida por João Araújo Correia, que decorreu na sede da SPMI, em Lisboa, no final de junho. Um dos temas abordados prendeu-se com o apoio da Sociedade a uma candidatura portuguesa à presidência da Federação Europeia de Medicina Interna.



Na foto, Vítor Branco, Fernando Salvador, Jorge Crespo, Luís Costa, João Araújo Correia, Lèlita Santos, António Oliveira e Silva e Vasco Barreto.

## Uma nova Direção para um mandato que se prolonga agora por 3 anos



António Oliveira e Silva, Vasco Barreto, João Araújo Correia, Jorge Crespo, Lèlita Santos e Luís Duarte Costa, fotografados no final do 24.º CNMI, já depois de assumirem os seus cargos na nova Direção da SPMI, que tem pela frente um mandato mais extenso, de acordo com os novos Estatutos. Integram ainda a Direção os secretários adjuntos Fernando Salvador, Vítor Branco e Maria da Luz Brazão. Os restantes elementos dos novos Órgãos Sociais constam da lista publicada nesta página.

### Órgãos Sociais da SPMI

#### DIREÇÃO

**Presidente**  
João Araújo Correia

**Vice-presidente**  
António Oliveira e Silva

**Vice-presidente**  
Lèlita Santos

**Vice-presidente**  
Luís Duarte Costa

**Secretário-geral**  
Vasco Barreto

**Secretário adjunto**  
Fernando Salvador

**Secretário adjunto**  
Vítor Branco

**Secretário adjunto**  
Maria da Luz Brazão

**Tesoureiro**  
Jorge Crespo

#### ASSEMBLEIA-GERAL

**Presidente**  
Armando Carvalho

**Vogal**  
João Sá

**Vogal**  
Rui Vitorino

#### CONSELHO FISCAL

**Presidente**  
Olga Gonçalves

**Vogal**  
Nuno Bernardino Vieira

**Vogal**  
Mafalda Santos



**Foto da capa**  
João Araújo Correia fotografado no claustro do H. de St. António.

#### LIVE Medicina Interna

**Diretor:** José Alberto Soares **Assessora da Direção:** Cláudia Nogueira **Assistente de Direção:** Goreti Reis **Redação:** Maria João Garcia, Sílvia Malheiro, Susana Catarino Mendes **Fotografia:** Joana Jesus, Nuno Branco - Editor **Publicidade:** Ana Paula Reis, João Sala **Diretor de Produção Interna:** João Carvalho **Diretor de Produção Gráfica:** José Manuel Soares **Diretor de Multimédia:** Luís Soares **Morada:** Alameda dos Oceanos, Nº 25, E 3, 1990-196 Lisboa **LIVE Medicina Interna é uma publicação da Just News**, de periodicidade trimestral, dirigida a profissionais de saúde, isenta de registo na ERC, ao abrigo do Decreto Regulamentar 8/99, de 9/06, Artigo 12º nº 1A **Tiragem:** 5000 exemplares **Preço:** 3 euros **Depósito Legal:** 386025/14 **Impressão e acabamento:** TYPIA - Grupo Monterreina, Área Empresarial Andalucía 28320 Pinto Madrid, Espanha **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 eventualmente publicado nesta revista estará identificado como "Informação".

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

Publicações





PUBLICIDADE

JOÃO ARAÚJO CORREIA, PRESIDENTE DA SOCIEDADE PORTUGUESA DE MEDICINA INTERNA (SPMI):

# “Pela forma como a MI tem crescido, os internistas têm o futuro assegurado”

*É o primeiro presidente da SPMI com um mandato de 3 anos para cumprir. Entre as suas principais preocupações está a certificação de internistas e das unidades de tratamento de áreas específicas, a elaboração e publicação de um novo programa de formação e o estreitamento das relações entre a Medicina Interna e a Medicina Geral e Familiar, sobretudo na doença aguda, mas também no tratamento integrado do doente crónico. Olhando para o futuro, acredita que ele está assegurado para os internistas, embora sempre pautado por um grande espírito de sacrifício e abnegação.*

**Just News (JN) – O que sente por ser presidente da SPMI, tendo em conta que está na Sociedade desde que é internista?**

**João Araújo Correia (JAC) –** Sou, de facto, prata da casa... Entrei para os corpos sociais da SPMI em 2000 e apenas me ausentei durante 9 anos, porque integrei o Colégio da Especialidade de Medicina Interna da Ordem dos Médicos, do qual cheguei a ser presidente. Na altura, entendi que seria incompatível estar no Colégio e na Sociedade em simultâneo. Mas na SPMI trabalhei, em diferentes cargos, com cinco presidentes diferentes: Dr. Soares de Sousa, Dr. António Martins Baptista, Dr. António Dias, Prof. Manuel Teixeira Veríssimo e Dr. Luís Campos.

Para mim, ser presidente acaba por ser, de certa forma, uma evolução natural e senti quase que uma obrigação em dar continuidade a este trabalho de há muito tempo e no qual acredito profundamente. A SPMI – e também o Colégio, mas fundamentalmente a Sociedade – garante o prestígio da própria especialidade. Com uma SPMI forte teremos também uma especialidade prestigiada e respeitada pelas outras. A SPMI é, atualmente, uma empresa de alguma dimensão, com um diretor executivo e quatro secretárias a *full-time*. No País, somos 2200 internistas, o que corresponde a 12,6% de todos os especialistas – aliás, somos a maior

especialidade hospitalar. A SPMI conta ainda com o trabalho bastante dinâmico dos núcleos de estudo, que já são 18 no total. Comparando esta realidade com a que encontrei em 2000, na época, éramos muito poucos. E o mais importante é que não se trata apenas de crescer em números, mas também em vivacidade, com uma enorme capacidade de renovação, com muitos jovens, muitas obras científicas publicadas...

**JN – Os novos estatutos da SPMI fazem de si o primeiro presidente com um mandato de 3 anos. Porquê esta alteração?**

**JAC –** No ano passado, considerou-se que apenas 2 anos era um período muito curto para a concretização dos objetivos, o que fazia com que fossem lançadas muitas ideias que não eram depois postas em prática. Pessoalmente, sempre gostei de concretizar o que defendo. Para isso, escolho sempre duas a três metas, avançando com as restantes somente quando aquelas estão no terreno. E, para o conseguir, devo dizer que conto muito com a minha equipa. Não quero ser um Presidente Todo-Poderoso! Vou delegar tarefas, daí que tenha pessoas que me podem representar no Norte, no Centro e no Sul. Como já referi, a Sociedade é muito dinâmica, é raro o fim de semana em que não haja um evento. Como quero continuar a ser médico, diretor







do Serviço de Medicina do Centro Hospitalar do Porto (CHP) e chefe de Equipa de Urgência, não posso obviamente ser presidente a tempo inteiro. Isto para mim é fundamental, é quase uma questão de sobrevivência manter a prática clínica. Na liderança há algo a que sempre dei muito valor: escolher as pessoas certas e confiar nas suas capacidades e competências. Obviamente que quero deixar a minha marca como presidente da SPMI e, apesar de delegar tarefas, estarei sempre disponível para dar o meu apoio.

**JN – Que outras mudanças trouxeram os novos estatutos?**

**JAC** – O mandato de 3 anos foi a principal, mas há outras a registar, já que os anteriores estatutos já tinham uns anos de existência. Por exemplo, passámos a ter um Conselho Honorário, constituído por antigos presidentes da SPMI e por quem recebeu o Prémio Nacional de Medicina. Além disso, os sócios correspondentes podem também ser médicos de outras especialidades e até profissionais não médicos, desde que tenham dado um contributo relevante ao desenvolvimento científico. Aceitamos também colegas de outros países, não nos cingimos a Portugal. Esta é uma forma também de se reforçarem os laços entre os internistas dos países lusófonos, tentando até que aí surjam novas sociedades de Medicina Interna.

**JN – A internacionalização da SPMI cingir-se-á à Lusofonia?**

**JAC** – Não, também temos uma grande proximidade com a Sociedade Espanhola de Medicina Interna (SEMI), sendo habitual participarmos nos fóruns dos respetivos países. Portugal e Espanha têm um modelo de Medicina Interna de elevada qualidade – diferente das dos países nórdicos, onde se foca demasiado na subespecialização –, que é altamente “exportável”. O nosso papel central no SNS é decisivo para a sua qualidade e sustentabilidade.

**JN – Daí também a Declaração dos Açores, assinada, no 24.º Congresso Nacional de Medicina Interna, entre a SPMI e a SEMI?**

**JAC** – Sem dúvida. Foi muito importante firmar esta relação entre sociedades, para darmos a conhecer, junto dos respetivos governos, que o nosso modelo de prestação de cuidados é de elevada qualidade e que estamos disponíveis para continuarmos a estar no centro do SNS, de modo a cooperar na resolução dos problemas do nosso tempo, que inclui o envelhecimento da população, a multimorbilidade e a falta de resposta adequada à doença aguda.

**JN – Vai-se continuar com 18 núcleos de estudos ou haverá novidades?**

**JAC** – Está para ser criado o Núcleo de Estudos da Medicina Ambulatória, que vai agrupar aquelas áreas que estão a surgir, como a do tratamento do doente complexo, em interligação com o médico de família, como a dos cuidados paliativos domiciliários e a das unidades de hospitalização domiciliária. A Medicina Ambulatória engloba tudo isto. Os restantes núcleos vão manter-se e é com enorme satisfação que vejo o seu dinamismo, nomeadamente de quem vai realizar a sua primeira reunião, como é o caso do da Insuficiência Cardíaca, do da Medicina Obstétrica e do das Doenças Respiratórias.

**CONSOLIDAÇÃO ENTRE A MI E A MGF**

**JN – Um dos grandes objetivos do seu mandato é a consolidação da integração entre a Medicina Interna e a MGF, ponto esse que advém do Memorando de Entendimento assinado entre a SPMI e a Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar (APMGF) no passado mês de março. Que passos vão ser dados nos próximos tempos nesse sentido?**

**JAC** – Há seriíssimos problemas em relação à saúde em geral, sendo o principal a relação quase inexistente – o que é muito grave no SNS – entre internistas e especialistas de MGF. O doente crónico tem de ter um tratamento integrado e, para o efeito, é necessário exis-

tir uma maior colaboração entre ambas as especialidades, senão o utente passa do céu para o inferno quando tem alta hospitalar... Ele tem de ter continuidade de cuidados! Se o médico de família sentir alguma dificuldade no seguimento desse doente não tem de esperar por um P1 e deverá ligar diretamente para o internista. Este Memorando engloba vários pontos essenciais, sendo de certo modo desafiantes. Mas é preciso que o que se escreveu no papel dê frutos. Neste momento, já convidei o presidente da APMGF, o Dr. Rui Nogueira, para se constituir um grupo de estudo para dar soluções aos problemas do doente agudo. Infelizmente, em Portugal, ainda se confunde a Urgência com a Emergência. Uma coisa é acontecer um acidente ou uma patologia súbita muito grave, que obriga a uma rápida intervenção num hospital, outra é a pessoa que tem uma doença aguda, mas que não é grave, não estando em causa a sua vida. Na última reforma das urgências do ministro Correia de Campos encaram-se os serviços de urgência com base nas emergências, mas isto é um erro crasso e que só se justifica estar a acontecer porque, a nível superior, quem pensa nas urgências são sobretudo profissionais ligados ao transporte e tratamento do doente emergente, como os anestesiológicos, que não têm a visão nem a prática das necessidades do doente agudo não emergente.

#### **JN – Existe também o problema de se viver num país onde a população ainda exige ir ao hospital...**

**JAC** – Talvez 85% das pessoas que recorrem à Urgência do CHP tenham razão para o fazer, mas a realidade é que não são casos emergentes. É complicado, porque a pessoa não sabe obviamente se a dor que tem nas costas pode ser fatal ou se não passa de uma nevrite intercostal ou se a dor de cabeça é uma simples cefaleia ou um acidente vascular cerebral (AVC)... E, obviamente, não cabe ao doente ter noção do que pode ser!

O problema está no paradoxo que vivemos em Portugal, no caso do doente agudo, que nos leva a tentar resolver tudo através da urgência, ao contrário de outros países, que encaminham a população, primeiramente, para os cuidados de saúde primários. Em qualquer País da Europa é praticamente obrigatório que se vá, primeiro, ao médico de família, que depois encaminha para o hospital apenas se for mesmo necessário, o que, obviamente, não leva ao congestionamento dos hospitais, principalmente no pico da gripe. Hoje, fala-se muito da linha Saúde 24, mas esta apenas encaminha para o hospital, quando deveria fazê-lo também para os cuidados primários. Dever-se-ia realizar um estudo para se saber, de forma concreta, quantas pessoas deixam de ir ao hospital mesmo quando a Saúde 24 dá indicação para não o fazer... E depois há toda a chamada transparência, advogada por este Governo, que permite ver, em tempo real, o tempo de espera nas urgências. Mas isto acaba por ser perverso, porque transfere a "culpa" para a unidade de saúde e inocenta o sistema, sendo inevitável que um hospital central tenha mais tempo de espera do que um periférico, porque a população é maior para um número sempre reduzido de médicos e enfermeiros...

#### **JN – E de que forma concreta se pode criar essa ligação entre a Medicina Interna e a MGF?**

**JAC** – O ponto principal é ter uma solução para o doente agudo e, para isso, estamos a criar um grupo de trabalho que envolva internistas e MGF. Neste momento, aguardo ainda os nomes que a APMGF me vai enviar, mas da nossa parte já temos uma equipa: sou eu, o Dr. Vasco Barreto (secretário-geral da SPMI), a Dr.ª Maria da Luz Brazão (coordenadora do Grupo de Estudos de Urgência e do Doente Agudo), o Dr. Nuno Bernardino Vieira (vogal do Conselho Fiscal) e o Dr. Luís Campos, que continua muito interessado nesta matéria. Espero em breve ter notícias da APMGF para se ter, já em setembro, uma reunião com ideias delineadas, a fim de encontrar soluções concretas para o inverno que se avizinha. O objetivo é definir o circuito do doente agudo não emergente, para que este seja lógico e natural. Mas, claro, isso implica que as nossas propostas sejam secundadas pelo Governo.

O doente tem que ter um circuito conhecido, de forma que saiba que mais de 80% das doenças agudas não precisam de exame nenhum. Sou de uma família de médicos e é verdade: 80% das queixas não precisam de qualquer exame, mas a população acha que sim e esta informação errada leva a que se vá ao hospital central diretamente sem se passar pela USF ou pela UCSP, sem se ter noção de que se leva mais tempo a ser atendido e que até se corre maior risco de contrair uma infeção.

#### **JN – Mas, além do Memorando, isso também não implica informar a população?**

**JAC** – Sem dúvida, porque não vai acontecer um milagre, ainda vai levar o seu tempo até que as pessoas entendam isto. Mas é preciso avançar com condições e medidas concretas, que permitam ao doente começar a ter outra atitude. Aliás, mesmo com um bom circuito, muitos vão querer continuar a ir ao hospital diretamente. Aí a solução passa pelo Governo, que deve ter co-

ragem de, por exemplo, aplicar uma taxa moderadora mais elevada a quem não faça o circuito previsto e se verifique que, de facto, não é um doente emergente. Os ingleses já o fazem e, assim, conseguem evitar o caos que vemos nas nossas urgências. Mas existe outro ponto que também tem de mudar: as USF têm de ter um indicador – que prevê incentivos aos profissionais – para doença aguda. A reforma das urgências teve os seus méritos, mas trouxe algumas desvantagens, sobretudo, para as regiões periféricas, que deixaram de ter, em determinadas horas, cuidados de proximidade.

#### **JN – Como avalia a integração entre os cuidados hospitalares e os primários e de que forma pode ser uma mais-valia para essa aproximação entre internistas e médicos de família?**

**JAC** – O SNS+Proximidade tem projetos importantes. O CHP, por exemplo, integra dois projetos, um na área da insuficiência cardíaca e outro no da doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC). O que está proposto – assim haja verbas – é que estes doentes tenham acesso ao Hospital de Dia sempre que sofram alguma descompensação, em vez de se dirigirem à Urgência, evitando-se assim muitos casos de internamento para fazer, por exemplo, determinados tratamentos endovenosos. Este tipo de projetos promove, obviamente, a relação entre internista e médico de família. Mas, neste âmbito, também é necessário reforçar a ligação com os cuidados continuados integrados e os cuidados paliativos. Esta última área tem contado com várias formações, coordenadas pelo Núcleo de Estudos de Medicina Paliativa da SPMI, da Dr.ª Elga Freire.

#### **JN – E a hospitalização domiciliária?**

**JAC** – O grande exemplo é a equipa da Dr.ª Francisca Delerue, no Hospital Garcia de Orta, em Almada. A hospitalização domiciliária não é uma panaceia para resolver todos os problemas, mas é uma resposta para doentes menos graves, que podem ficar em casa. Para que funcione, tem de existir uma relação de proximidade entre os cuidados hospitalares e os primários.

#### **MEDICINA INTERNA: CERTIFICAÇÃO DE INTERNISTAS E MUDANÇAS NA FORMAÇÃO DOS MAIS NOVOS**

#### **JN – Acredita que a Medicina Interna deve apostar na diferenciação?**

**JAC** – Sim. Na prática clínica, a Medicina Interna tem cada vez mais áreas dentro de si própria, logo, existe uma boa ligação. Os internistas têm uma preparação base para ver o doente de forma holística, mas é bom que haja áreas e grupos em que se diferenciem – não é especialização – e que até permita aos médicos serem líderes de opinião. Vejamos o exemplo da insuficiência cardíaca, em que a maioria dos doentes é internada nos serviços de Medicina. No CHP, por exemplo, temos uma Clínica de Insuficiência Cardíaca, que está a funcionar muito bem e que tem permitido, inclusive, reduzir os internamentos.

#### **JN – Concorda com a presença dos internistas, em modo exclusivo, nas urgências e nos serviços de cirurgia?**

HÁ SERIÍSSIMOS PROBLEMAS EM  
RELAÇÃO À SAÚDE EM GERAL,  
SENDO O PRINCIPAL A RELAÇÃO  
QUASE INEXISTENTE – O QUE É  
MUITO GRAVE NO SNS – ENTRE  
INTERNISTAS E ESPECIALISTAS  
DE MGF.

**JAC** – A tempo inteiro, fazendo apenas essas áreas, não. Mas está provado cientificamente que o papel da Medicina Interna no perioperatório é imprescindível para melhorar a eficácia do sistema, já que se verificam menos complicações pós-operatórias e se reduzem os tempos de internamento. As administrações hospitalares têm conhecimento deste facto. Basta olhar para o setor privado, que só aposta no que é economicamente rentável, e ver o seu investimento na participação dos internistas em diversas áreas médicas e cirúrgicas. No setor público também temos de evoluir nesse sentido, seria um passo de gigante. Há anos que tento ter internistas na Ortopedia, na Cirurgia Vasculiar e na Urologia no CHP, que são áreas cruciais...

**JN – Outro ponto assente nos objetivos é reforçar a ligação ao Colégio da Especialidade de Medicina Interna. Como?**

**JAC** – Um dos pontos, neste momento, mais importantes é o da formação, para termos o quanto antes um novo programa. A Medicina Interna tem de se adaptar à evolução dos tempos, à chamada Nova Medicina, devendo ser definidas competências em estágios opcionais. Esta área ainda está pouco explícita... Na minha opinião, seria também bom seguir o exemplo dos colégios das especialidades de Pediatria e de Obstetrícia/Ginecologia que, no último ano do Internato, prevê que os internos tenham 6 meses para fazer um estágio num hospital diferente do que estão habituados, ou seja, se estiveram num central devem ir para um periférico e vice-versa. Eu próprio passei pelo Hospital Distrital de Barcelos e garanto que é uma experiência excepcional trabalhar num local onde não há todas as especialidades médicas e cirúrgicas e onde escasseia material. Não é apenas conhecer outra realidade e aprender a trabalhar com poucos meios, mas também tem a outra vertente: quando um colega de um hospital periférico ligar a pedir para fazer a transferência de um doente para o central será mais bem recebido. Ter-se-á outra noção da razão pela qual se quer aquela transferência... Nem sempre nos deparamos com esta receptividade por parte dos colegas dos hospitais centrais... Além disso, os hospitais também ficam a ganhar, porque estamos a falar de internos de último ano, que vão reforçar a equipa.

**JN – O que pensa de se aumentar a formação para 6 anos, como se defende no modelo europeu?**

**JAC** – Não sei exatamente se devemos ir por esse caminho. O objetivo dessa alteração é permitir à pessoa formar-se com uma dupla titulação, isto é, como internista e como especialista em determinada área, por exemplo, doenças autoimunes. Embora concorde que seja importante ter uma diferenciação, pois, é sempre muito motivador podermos estudar e dedicar-nos a algo mais concreto sem, no entanto, se deixar de ser internista generalista. Mas tenho como objetivo a certificação individual de internistas e de unidades de tratamento em áreas específicas. Nem que seja apenas a nível interno da SPMI, essa certificação, baseada em critérios públicos e auditáveis, seria um passo muito importante para o reconhecimento dos restantes colegas e especialidades.

**JN – Este ano, não se observou um número significativo de médicos a optar pela Medicina Interna. Essa**

**certificação seria uma forma de atrair mais jovens para esta especialidade?**

**JAC** – Este ano, de facto, as coisas não correram muito bem. Sempre se verificou uma tendência na nossa especialidade: quem vem ou é o melhor aluno ou aquele que não entrou em mais nenhuma outra especialidade. Não vamos esconder, é a realidade! Na segunda situação, há sempre uma questão que me colocam: se devem seguir Medicina Interna. Ao que eu respondo dizendo que não irei dar qualquer opinião, que a decisão é pessoal. Apenas lhes dou algumas “dicas”. A Medicina Interna nunca pode ser uma especialidade de segunda opção, não é compensatória do ponto de vista financeiro, não se vai ter o aplauso dos colegas e não se pode ter medo de viver na insegurança. Um internista só sabe alguma coisa quando tem noção do muito que ainda não sabe. Fazendo uma análise introspectiva destes aspetos que elenquei, os meus internos têm de tomar uma opção. Claro que a diferenciação e a certificação são polos atrativos, mas, volto a dizer, tem de se fazer a tal análise muito pessoal.

**JN – E quanto ao tronco comum nos cursos de Medicina?**

**JAC** – Isso acontece noutros países e estou de acordo. Em Portugal reduz-se cada vez mais o tempo dedicado para se aprender a ver a pessoa no seu todo, daí que noutras especialidades seja muito fraca a capacidade de se verem doentes sistémicos. E é aí que os internistas são chamados várias vezes. Nesses casos, não devemos adotar a atitude que se vê, por vezes, de se ficar chateado porque o colega nos chamou para ver um caso simples. Temos de admitir que, excetuando os internistas, as outras especialidades não têm conhecimentos suficientes para terem uma visão mais global.

**JN – Um dos pontos que defende no seu mandato é a aposta no registo e no raciocínio clínico. Como é que se consegue então um equilíbrio entre as *guidelines* e as normas de orientação clínica (NOAC) e esse raciocínio?**

**JAC** – O raciocínio clínico é dos principais contributos que a Medicina Interna pode dar à Medicina. Hoje em dia, pratica-se muito a chamada “medicina de cardápio”, que assenta em *guidelines* com base científica. Estas são importantes, mas não podemos esquecer-nos de que os doentes que chegam a nós são cada vez mais complexos e que essas orientações devem ser adaptadas à individualidade de cada pessoa. O raciocínio clínico baseia-se bastante no método do Registo Médico Orientado por Problemas, descrito por Lawrence Weed, que faleceu o ano passado. Antes da era dos computadores, este visionário descreveu um método que, em vez de se basear no raciocínio clínico, em diagnósticos prováveis, assenta no registo dos problemas do doente, em vez de nos diagnósticos. Quando pensamos primeiro em diagnósticos acabamos por minorizar alguns problemas e acabamos por hierarquizar-los, além de que nos pode escapar algum. Isto tem a ver com a prática de uma Medicina de alto valor, que implica ter tempo para ouvir os doentes, evitando o refúgio nos tempos definidos para consulta por parte das administrações.

**JN – Além disso, os doentes mais complexos e idosos não participam em investigações e ensaios...**



**JAC** – Exatamente. O doente tem a sua própria individualidade. Com este raciocínio consegue-se juntar várias peças para depois se completar o *puzzle*. Mas isto implica saber lidar com a suspeição e a insegurança constantes, que também é o que nos dá mais gozo pessoal. Nenhum problema deve ser considerado menor. No caso dos mais idosos, em Portugal, temos, atualmente, 2 milhões de velhos, calculando-se que, em 2030, esse número chegue aos 3,5 milhões. Há 20 anos costumava-se dizer que, a partir dos 65 anos, deveríamos pensar que há um diagnóstico que explica toda a situação de determinado doente. Hoje em dia, não tenho nenhum doente no meu consultório sem 8 ou 9 diagnósticos. Estamos perante muitas doenças que implicam polimedicação, o que aumenta a individualidade de cada pessoa que nos pede ajuda. Volto a referir, é preciso conhecer as *guidelines* e as normas de orientação clínica, mas temos que nos lembrar que cada pessoa é única e há estes casos mais complexos que não participam nos ensaios clínicos e nos estudos.

**JN – Há uma questão que gera sempre alguma polémica entre internistas: a Geriatria. Deve ser uma especialidade ou deve manter-se como competência?**

**JAC** – Respondo com um facto. Quando entrei há 10 anos como diretor de Serviço no CHP, a idade média



dos doentes rondava os 69, 70 anos. Este ano, em abril, nos relatórios dos internos, a idade média dos doentes observados era de 79, 80 anos. Somos geriatras. De facto, tratamos fundamentalmente doentes em idade geriátrica. Uma coisa diferente é o conhecimento mais aprofundado em determinadas particularidades dos mais idosos, que se adquire através da formação. Basta ser uma competência, como já é, sem cair na tentação fraturante da criação de uma subespecialidade.

#### **JN – Que mensagem gostaria de deixar aos internos?**

**JAC** – Antes de mais, espero que estejam na especialidade como primeira opção. Costumo dizer que o trabalho não assusta a Medicina Interna e também não deve assustar os internos. Sendo politicamente menos correto, estou convencido de que o trabalho é uma das melhores formas de aprendizagem e treino. Mas, claro, há que apostar na investigação e para isso é preciso existir um esforço individual. A SPMI vai tentar apoiar com bolsas. Aliás, formámos, no início do ano, um Conselho Académico que inclui internistas, professores universitários e doutorandos, que irá propor a atribuição de bolsas de investigação, suportadas pela SPMI, se não se conseguirem apoios de mecenato. Vamos também fazer um esforço no sentido de as administrações perceberem que devem dar mais tempo aos internos para investiga-

ção, o que só traz vantagens ao manter os profissionais motivados e ao permitir que publiquem os seus trabalhos, dando a conhecer o que é feito no hospital.

#### **JN – E para os especialistas?**

**JAC** – A investigação também deve fazer parte da sua carreira médica. Temos exemplos de doutorados após os 50 anos que são reconhecidos pelos colegas. Em relação ao trabalho, acho que, tendo em conta a forma como a Medicina Interna tem crescido – o que se passa no setor privado é bem o exemplo disso –, os internistas têm o futuro assegurado. Aliás, é um facto que a nossa especialidade contribui para que haja uma melhor prática clínica e maior poupança para as administrações hospitalares. Além do mais, existem várias áreas onde a nossa participação é fundamental, como é caso das doenças autoimunes ou até em áreas cirúrgicas, sem esquecer também a obstétrica.

#### **JN – Está há menos de um mês à frente da SPMI. O que já mudou na sua vida pessoal?**

**JAC** – Ainda não parei. O maior desafio é conciliar a prática da Medicina com este novo cargo, mas volto a frisar que tenho uma equipa de grande excelência, a quem posso delegar tarefas. A nível familiar, para já, a minha mulher ainda não refila, porque já sabia o que isto implicava... [risos]

## Uma longa carreira na Medicina com raízes familiares

João Araújo Correia nasceu em 16 de novembro de 1959, em Godim, no Peso da Régua. É filho de Camilo Araújo Correia, médico anestesista, e neto de João Araújo Correia, um médico “João Semana” que também foi escritor. É casado com uma especialista em Ginecologia-Obstetrícia e tem dois filhos.

Licenciou-se em Medicina pelo Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar (ICBAS), no Porto, tendo terminado o curso com 23 anos. Foi membro do Conselho Pedagógico do ICBAS (1981) e pertenceu ao seu Conselho Diretivo (1983).

Durante o Internato Geral exerceu funções de Monitor da cadeira de Medicina 1, tendo pertencido à Comissão Nacional dos Médicos do Internato Geral e ao Conselho Regional do Médico Interno. Por causa do cumprimento do serviço militar, apenas iniciou o Internato Complementar de MI em janeiro de 1988, no Serviço de Medicina 1 do Hospital Geral de Santo António. Em 1991, reiniciou as funções docentes como assistente convidado da cadeira de Medicina 1 até 1993, no ICBAS, altura em que passa a assistente hospitalar no Hospital Distrital de Lamego.

Em 1993, é-lhe atribuído, por consenso, o título de especialista em MI pelo Conselho Nacional Executivo da OM e iniciou funções como assistente de MI no Hospital Distrital de Lamego. Esteve ainda como assistente no Hospital de Santa Maria Maior, em 1994, tendo transitado, no ano seguinte, para o Hospital Geral de Santo António. Na altura foi coordenador do Internato de Medicina Interna, até ser nomeado como diretor do Serviço de Medicina em junho de 2009.

Da sua carreira constam ainda os 9 anos dedicados ao Colégio da Especialidade de MI da OM, do qual foi presidente entre 2006 e 2009.

Fez parte de 5 direções da SPMI, em várias funções, nomeadamente como vice-presidente. Tomou posse como presidente no 24.º Congresso Nacional de Medicina Interna. Tinha sido presidente do 23.º CNMI e exerceu também funções como editor da *Revista de Medicina Interna* da SPMI.

Atualmente, além de presidir à SPMI, é diretor do Serviço de Medicina e chefe de Equipa da Urgência do CHP e ainda docente no ICBAS.

Colaborador regular de jornais até aos 20 anos, com publicação de artigos de opinião, os seus escritores de eleição são Gabriel Garcia Marquez, Mario Vargas Llosa, Arturo Pérez-Reverte e Paul Auster. Apaixonado pelo xadrez (ganhou alguns troféus), adora pintura, cinema e viajar com a família, tendo já percorrido vários países dos cinco continentes.

# A capacidade inata de ver doentes e não doenças



**Rosa Valente de Matos**  
Secretária de Estado da Saúde

OS INTERNISTAS SÃO CAPAZES DE OLHAR PARA OS NOSSOS UTENTES E DE PERCEBEREM QUE POR DETRÁS DE UMA DIABETES, DE UMA HIPERTENSÃO OU DE UMA DPOC EXISTE UMA PESSOA COM EXPECTATIVAS PESSOAIS E PROFISSIONAIS.

O Serviço Nacional de Saúde (SNS) é, por definição, uma organização desafiante. Desde logo pela sua dimensão. Temos hoje mais de 140 mil pessoas a trabalhar nesta grande empresa. Por inerência, os hospitais são também organizações complexas e desde sempre em crise. Ouvi isso, pela primeira vez, há quase 30 anos. Na altura ainda era aluna na Escola Nacional de Saúde Pública e esta caracterização mantém-se muito atual.

É verdade que nenhum país encontrou uma solução perfeita ou única para os sistemas de saúde. Vivemos numa sociedade em processo de grande transformação e temos de ser capazes de nos desprendermos das soluções do passado e de procurarmos novas receitas para os desafios.

A esperança média de vida da nossa população é, primeiro que tudo, motivo de orgulho. Mas as doenças crónicas associadas a esta longevidade e aos estilos de vida obrigam a que façamos uma gestão dinâmica das organizações de saúde. Para olharmos para o futuro temos, em primeiro lugar, de saber qual é o nosso destino. Temos de saber responder à pergunta: onde queremos chegar? Que SNS queremos ter daqui a 10 ou 20 anos?

Tão importante como responder a esta pergunta é sabermos escolher muito bem o caminho... é sabermos qual o itinerário da viagem que é necessário para chegar a esse destino. A Medicina Interna é fundamental neste percurso.

O SNS soma quase 40 anos e é uma das maiores marcas da nossa democracia. Por isso, o Programa do Governo estabeleceu como prioridade a revitalização e recuperação do SNS. Sabemos que não está tudo feito e não desvalorizamos os problemas que dificultam a vida dos nossos profissionais e dos nossos utentes. Mas também reconhecemos o caminho positivo percorrido. Temos hoje mais consultas e mais cirurgias. Melhorámos o acesso e recuperámos a confiança nos serviços de saúde.

O caminho da mudança de estruturas e processos nunca é fácil. Mas é urgente investirmos cada vez mais no planeamento, monitorização e avaliação do que fazemos. É com esse propósito que temos investido na transformação digital do SNS, proporcionando ferramentas que ajudam a partilhar boas práticas e a introduzir uma melhoria contínua.

É fundamental que o aumento da produtividade seja acompanhado por uma verdadeira reforma que reorganize as nossas estruturas e que se foque também nos resultados.

As pessoas que chegam hoje aos nossos centros de saúde e hospitais estão mais velhas e mais doentes. Aos múltiplos problemas de saúde juntam também questões de ordem social. Precisam – e merecem – uma resposta que valorize o seu percurso. Que reduza as paredes que durante muitos anos erguemos entre níveis de cuidados e entre serviços.

Estamos, por isso, certos de que a Medicina Interna desempenha e desempenhará um papel cada vez mais central. O tema escolhido para o 24.º Congresso Nacional de Medicina Interna está em total sintonia com o caminho que defendemos: “100 Margens”. É assim que vemos a Medicina Interna e é assim que vemos o futuro do SNS.

O futuro das nossas organizações depende da capacidade de integrar competências, de cultivar a multidisciplinaridade e de promover o trabalho de equipa. Os internistas são, por excelência, especialistas com uma capacidade inata de ver doentes e não doenças e de promover um trabalho conjunto com as restantes especialidades e profissionais. Os internistas são capazes de olhar para os nossos utentes e de perceberem que por detrás de uma diabetes, de uma hipertensão ou de uma DPOC existe uma pessoa com expectativas pessoais e profissionais.

Estamos em condições de aprofundar este trabalho. Contamos com 1700 especialistas de Medicina Interna nos nossos hospitais e este número tem vindo a crescer. Temos em curso, no terreno, vários projetos de integração de cuidados e de aposta em novas abordagens, como a hospitalização domiciliária. A Administração Central do Sistema de Saúde selecionou recentemente mais 90 projetos que vão responder a estas novas necessidades.

Estamos certos de que estes projetos funcionarão como enzimas no caminho que precisamos de prosseguir e que nos permitirão caminhar para um SNS mais aberto, moderno, integrado e focado nas necessidades das pessoas.



PUBLICIDADE

# Alcaptonúria

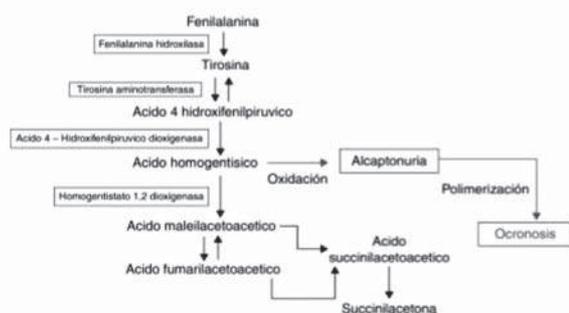


**Anabela Oliveira**

Assist. hosp. graduada de MI. Diretora do Serviço de Urgência do CHLN e coordenadora do Centro de Referência de Doenças Hereditárias do Metabolismo do CHLN

A alcaptonúria é uma doença metabólica rara, descrita pela primeira vez por Archibald Garrod em 1902; do ponto de vista histórico, é importante destacar que foi a primeira doença descrita nos humanos que obedece aos princípios da hereditariedade mendeliana.

A alcaptonúria é uma doença muito rara, com uma baixa prevalência (1:100.000-250.000). Trata-se de uma doença autossômica recessiva, que resulta num defeito do metabolismo do aminoácido tirosina por défice da enzima oxidase do ácido homogentísico (HGD), que é a terceira enzima na via de degradação da tirosina, resultando na acumulação do ácido homogentísico (HGA). Do ponto de vista molecular, é causada pela mutação do gene HGD, localizado no braço longo do cromossoma 3q21-23.



**Fig. 1 - Metabolismo da fenilalanina e tirosina**

A doença caracteriza-se pela acumulação e oxidação do HGA, sobretudo ao nível do tecido conjuntivo e principalmente na cartilagem das articulações e pavilhão auricular, tendões e ligamentos, escleróticas, válvulas

cardíacas e íntima dos vasos sanguíneos. A acumulação do HGA confere uma coloração azul-escura aos tecidos e é conhecida por ocronose. É uma doença progressiva que se caracteriza pela seguinte tríade:

- Urina escura desde o nascimento
- Ocronose, que se torna evidente pela 4.ª década de vida
- Osteoartrite secundária a artropatia ocrônica pela 6.ª década de vida +



**Fig. 2 - Ocronose (pavilhão auricular, ligamentos das articulações, conjuntiva ocular); urina escura**

A patologia articular é a que condiciona maior morbidade, sendo muitas vezes realizado o diagnóstico apenas nesta fase. As articulações mais afetadas são as articulações dos joelhos, bacia e coluna lombar. É característica desta osteoartrite a escassa reação osteofisária, ao contrário de outras osteoartrites primárias.

O envolvimento da coluna assemelha-se à espondilite anquilosante, embora seja raro o envolvimento das articulações sacroilíacas. Outras manifestações incluem a litíase renal e prostática, estenose e calcificação da válvula aórtica e calcificação das coronárias. Podem ainda ocorrer complicações musculoesqueléticas, caracterizadas por espessamento do tendão de Aquiles, podendo resultar rutura deste tendão durante a atividade normal ou com mínimo trauma.

O tratamento é sintomático e baseia-se essencialmente na abordagem da artropatia. É importante o exercício físico, apoio emocional, analgesia, dieta com restrição proteica. A cirurgia ortopédica com artroplastia das articulações do joelho e do coxofemoral pode ter indicação numa determinada fase da evolução da doença, sendo que neste grupo de doentes é realizada numa idade inferior à média.

Não existe nenhum tratamento farmacológico específico. O ácido ascórbico em dose elevada (1-2 g/dia) é considerado uma terapêutica potencial, mas os resultados são inconsistentes; a sua utilização baseia-se na prevenção da oxidação do ácido homogentísico.

O nitisinone (NTBC) foi aprovado pela FDA para o tratamento da tirosinemia tipo I, mas tem sido investigado de forma "off-label" no tratamento da alcaptonúria. Os ensaios clínicos ainda estão em curso, sendo o racional da sua utilização baseado numa redução da síntese do HGA, através do bloqueio da enzima que está envolvida no segundo passo da degradação da tirosina, conforme consta na figura 1; os estudos com este fármaco não têm, no entanto, mostrado alteração na história natural da doença, nomeadamente em relação ao envolvimento osteoarticular. Para além disso, está associado a uma acumulação de tirosina, que se pode traduzir por opacidades na córnea e elevação das enzimas hepáticas.

O Centro de Referência de Doenças Hereditárias do Metabolismo (CRDHM) do CHLN - Polo de Adultos tem em seguimento 6 doentes (M:5; H-1), com uma idade média de 38 anos; 3 destes doentes referiam urina escura desde a infância; 5 doentes têm um quadro de ocronose e 3 de osteoartrite, com envolvimento de múltiplas articulações; 4 dos doentes têm o estudo molecular efetuado. (Fig. 3)

Doentes	Mutações do gene HGD
1	M368/368
2	T196fs/T196fs
3	T196fs/T196fs
4	P230S/F112S
5	★
6	★

**Fig. 3 - Estudo molecular dos doentes do CRDHM-Polo de Adultos**  
★ Estudo molecular pendente

As associações de doentes são numerosas na Europa. Uma das mais ativas é a Sociedade de Alcaptonúria, do Reino Unido, sediada, desde 2003, em Liverpool.

**Conclusões**

- 1) A artrite ocrônica pode ser uma manifestação tardia e irreversível da alcaptonúria.
- 2) A história natural da doença é muito longa.
- 3) Devemos pensar em alcaptonúria sempre que um adulto tem um quadro de osteoartrite de início precoce e refere uma história de urina escura.

**Bibliografia:**

1. Leticia R. Brandão, et al. Alcaptonúria (Ocronose): Relato de dois casos. Rev Bras Reumatol 5; 2006:369-372.
2. Robert Aquaron. Alkaptonuria: A very rare metabolic disorder. Indian Journal of Biochemistry and Biophysics 50; 2013: 339-344.
3. Lakshminarayan RR, Jonathan CJ, James AG. Recent advances in management of alkaptonuria. J Clin Pathol 66; 2013: 367-373.



PUBLICIDADE

II JORNADAS DO NEMPAL - PORTO, 22 DE SETEMBRO 2018

# Comunicação em Cuidados Paliativos e em fim de vida



**Elga Freire**

Coordenadora do Núcleo de Estudos de Medicina Paliativa (NEMPAl) da SPMI

Em cuidados paliativos, a comunicação, como processo complexo de partilha de informação, emoções e atitudes, é um dos pilares na abordagem clínica. É tão importante como o diagnóstico ou a instituição de tratamento adequado.

A forma como os profissionais de saúde comunicam afeta profundamente a adaptação psicológica e a qualidade de vida do doente e família. Contudo, poucos recebem treino suficiente para garantir que são proficientes em competências de comunicação.

É consensual que uma boa comunicação é essencial para prestar cuidados de alta qualidade e influencia a taxa de recuperação do doente, diminuição do sofrimento, adesão ao tratamento e adaptação psicossocial.

No caminho dos doentes e famílias, na presença de uma doença terminal, a relação com os profissionais de saúde em geral e, sobretudo, com o seu médico, é crucial para lidar com a perda antecipada.

O plano individual e integrado de cuidados (PIIC) é um processo centrado no doente, que reflete as suas preferências e projeta no futuro (curto ou longo prazo) as necessidades antecipadas, acauteladas e colmatadas por uma equipa interdisciplinar. O tratamento e o suporte implementados são reavaliados regularmente e ajustados à mudança do estado do doente e da família.

Em Portugal, o PIIC não é implementado na maior parte dos doentes, incluindo os que estão em fim de vida. Uma das razões tem a ver com poucas competências em comunicação por parte dos profissionais de saúde.

Contudo, estudos provam que o PIIC aumenta a satisfação e diminui o *stress* emocional dos doentes, familiares e profissionais. É claramente uma resposta à obstinação terapêutica, que constituiu uma má prática, sendo os cuidados paliativos, que incluem boas competências em comunicação, uma resposta concreta para o abandono desta atitude.

Assim, há necessidade de mais investimento na formação pré e pós-graduada no que diz respeito à comunicação.

As diretivas antecipadas de vontade (DAV), de acordo com a Lei n.º 27/2012, "são o documento unilateral e livremente revogável a qualquer momento pelo próprio, no qual uma pessoa maior de idade e capaz, que não se encontre interdita ou inabilitada por anomalia psíquica, manifesta antecipadamente a sua vontade consciente, livre e esclarecida, no que concerne aos cuidados de saúde que deseja receber, ou não deseja receber, no caso de, por qualquer razão, se encontrar incapaz de expressar a sua vontade pessoal e autonomamente".

As DAV, como se pode compreender do que foi anteriormente exposto, não substituem o PIIC. O PIIC, como estratégia abrangente, integra o que são os pilares dos

cuidados paliativos, no que respeita a definição de terapêuticas e controlo de sintomas, a apoio e envolvimento da família, trabalho da espiritualidade e estabelecimento do plano em equipa interdisciplinar. Para que tudo isto seja possível, as competências de comunicação são fundamentais.

É com enorme prazer que o Núcleo de Estudos de Medicina Paliativa (NEMPAl) os convida a participar nas suas II Jornadas, na cidade do Porto, no auditório da Fundação Dr. António Cupertino de Miranda, no dia 22 de setembro.

O tema escolhido para esta reunião é "Comunicação em cuidados paliativos e em fim de vida". Na conferência inaugural, a Prof.ª Doutora Maria do Céu Patrão Neves, reconhecida internacionalmente na área da Bioética, abordará o tema "Diretivas antecipadas de vontade: as questões da comunicação".

Vários especialistas que trabalham em cuidados paliativos vão falar sobre comunicação e tomada de decisão, incluindo o plano individual e integrado de cuidados e as decisões de fim de vida em contextos especiais, como nas insuficiências de órgão, doenças neurodegenerativas, na emergência pré-hospitalar, no serviço de urgência e nos cuidados intensivos.

Serão abordadas as regras básicas da comunicação com o doente, com a sua família, com os profissionais de saúde e com o próprio profissional. Haverá uma sessão dedicada à despedida do profissional de saúde com o seu doente em fim de vida.

No final das Jornadas temos a participação do SOTAO, grupo de teatro dos alunos do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar (ICBAS) a representar situações de comunicação difícil em contexto de cuidados paliativos e de fim de vida.

Na Comissão de Honra incluímos o bastonário da Ordem dos Médicos, a presidente da Comissão Nacional de Cuidados Paliativos, o presidente da Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos (APCP) e o presidente da SPMI.

Assim, no Porto, e perante o seu Parque da Cidade, pensamos haver muitas razões para participarem nas II Jornadas do NEMPAl, no dia 22 de setembro.

IV REUNIÃO DO NEDVP - LISBOA, 13 DE OUTUBRO 2018

# Convergências na doença vascular pulmonar

A polivalência e abrangência da Medicina Interna tornam-na uma especialidade nuclear no diagnóstico, tratamento e *follow up* do doente com tromboembolismo venoso (TEV). No entanto, a sua variedade nosológica, assim como a multiplicidade dos tratamentos atualmente ao dispor, exige que se evolua para modelos organizacionais que envolvam as várias especialidades que lidam com estes doentes, nas várias fases da doença. Neste sentido, a IV Reunião do Núcleo de Estudos da Doença Vascular Pulmonar (NEDVP) vai ser centrada no tema "Convergências na Doença Vascular Pulmonar".

Para a sessão de abertura foi escolhido o tema "Trombose e Cancro". O impacto do TEV na qualidade de vida e no prognóstico dos doentes oncológicos é significativo; quando comparados com doentes oncológicos sem TEV, estes doentes têm uma mortalidade 3 vezes superior. O risco de desenvolvimento do TEV nesta população é 2 a 6 vezes superior ao da população em geral. A avaliação do risco, a trombose incidental e o tratamento do TEV neste grupo de doentes são tópicos atuais e serão debatidos por um grupo de internistas e oncologistas com experiência na abordagem desta temática.

A hipertensão pulmonar tromboembólica crónica é uma complicação grave da EP. Nos últimos anos, o diagnóstico e o tratamento desta entidade tem evoluído de forma exponencial, continuando a ser um *hot topic* nesta área. A definição e o papel dos exames complementares de diagnóstico na embolia pulmonar aguda e crónica, assim como um *update* no seu tratamento, serão assuntos a ser explorados por internistas, radiologistas, cardiologistas e especialistas em Medicina Nuclear, na mesa-redonda após o *coffee-break*.

Na última sessão da reunião, a Comissão Organizadora decidiu inovar e introduzir as "*Ten minutes talks*", que são palestras curtas com a finalidade de rever e sistematizar assuntos da prática clínica diária. Esta mesa conta com a presença de especialistas de Medicina Interna, Cirurgia Vascular e Cardiologia para enriquecer a discussão.

O programa contempla ainda uma sessão de apresentação de *posters*, que visa fomentar a participação dos internos de formação específica, com estudos retrospectivos/prospetivos e casos clínicos.

A reunião vai realizar-se a 13 de outubro, em Lisboa. É uma data importante para o NEDVP por ser o Dia Internacional da Trombose, pelo que contamos com a presença de todos para divulgar e sensibilizar os profissionais de saúde e o público em geral para a importância desta entidade.



**Carolina Guedes**

Membro do secretariado do Núcleo de Estudos da Doença Vascular Pulmonar (NEDVP) da SPMI

**HOSPITAL  
Público**  
A PARTILHA DE BOAS PRÁTICAS



**Jornal mensal**  
Distribuído aos  
profissionais de  
saúde das unidades  
hospitalares do SNS.

**justNews**

a partilhar informação desde 1981

[www.justnews.pt](http://www.justnews.pt)

MIGUEL GUIMARÃES, BASTONÁRIO DA ORDEM DOS MÉDICOS:

# “Sem os mais jovens perdemos com

**A importância da formação médica foi um dos temas em foco na sessão de abertura da XXIV Reunião Anual do NEDAI da SPMI, que decorreu em Vila Real, entre 12 e 14 de abril.**

Miguel Guimarães, bastonário da OM, aproveitou para realçar a importância que este tipo de reuniões tem na formação médica. “Esta formação, que está, por um lado, dependente de nós, da OM – quando estamos a falar de formação médica especializada –, mas que acaba por estar muito dependente das sociedades científicas e das próprias unidades hospitalares, é fundamental para que possamos ter uma resposta cada vez melhor ao desenvolvimento da própria Medicina”, justificou.

Opinião partilhada por Luís Campos, presidente da SPMI, que realçou o papel do NEDAI. Além de garantir a realização de um registo de doenças autoimunes, este Núcleo tem “apostado na formação e incentivado a investigação”, por intermédio da atribuição de bolsas e de prémios. Por outro lado, “tem conseguido manter e apoiar a rede de consultas de doenças autoimunes da responsabilidade da Medicina Interna que existe em todos os hospitais do SNS e que é o garante do acesso destas doenças a terapêuticas inovadoras”.

António Marinho, coordenador nacional do NEDAI, na sua intervenção, aproveitou para parabenizar o Núcleo pelo que tem desenvolvido ao longo dos anos, inclusive pelo seu “notável trabalho na organização destas jornadas”, que qualificou como muito importantes, especialmente para os jovens internos em fase de formação.

## **Envolver os mais novos para chegar mais longe**

“A Medicina evoluiu a passos rápidos, o campo das doenças autoimunes é um



João Oliveira, Eugénia Almeida, Luís Campos, António Marinho, Paula Vaz Marques, Elisa Serradeiro e Miguel Guimarães

bom exemplo a dar”, ressaltou ainda Miguel Guimarães, adiantando ser crucial a aposta nos mais jovens, pois, sem eles “perdemos completamente a capacidade de inovação, a capacidade – como dizia e muito bem o Prof. João Lobo Antunes, de acompanhar aquilo que é o desenvolvimento da nova Medicina”. “É fundamental envolvê-los e vejo que aqui o seu envolvimento é grande”, referindo-se ao elevado número de jovens na plateia, algo que considerou ser “um sinal positivo”.

O bastonário lembrou ainda que a OM criou um fundo para a formação médica, visto considerar ser “cada vez mais importante o apoio que a própria Ordem possa dar, não só em termos científicos, mas também financeiros”.

Embora sejam muitos os desafios dos hospitais, nomeadamente dos que não se inserem nos grandes centros, João Oliveira, presidente do CA do Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro (CHTMAD), chamou a atenção para o facto de nos últimos anos terem conseguido atrair jovens médicos. “Tentamos



Miguel Guimarães

ser suficientemente aliciantes dentro das condições que nos permitem”, disse, concluindo:

“Nos últimos anos, abrimos também a Consulta de Doenças Autoimunes nas unidades de Chaves e de Lamego. Em termos de Medicina Interna, estamos a cobrir as necessidades da população e

tenho de dar os parabéns a todos os médicos internistas que trabalham em Vila Real, Chaves e Lamego.”

Para além de Elisa Serradeiro, que presidiu a esta XXIV Reunião Anual do NEDAI, a mesa da sessão de abertura contou ainda com a presença de Eugénia Almeida, vice-presidente da Câmara Municipal

# pletamente a capacidade de inovar”



Comissão Organizadora Local: Joana Cunha, Fernando Salvador, Rita Queirós, Andreia Costa, Elisa Serradeiro e Nuno Silva

de Vila Real, e de Paula Vaz Marques, diretora do Serviço de Medicina Interna do CHTMAD.

Por detrás da organização do evento estiveram, aliás, os elementos daquele Serviço relacionados com a Unidade de Doenças Autoimunes, que é coordenada por Elisa Serradeiro.



13.<sup>a</sup> REUNIÃO ANUAL DO NEDM - SANTARÉM, 26-27 DE OUTUBRO 2018

# Criar pontes entre os saberes da Diabetes e de outras áreas da Medicina



## Maria Filomena Roque

Comissão Organizadora da 13.<sup>a</sup> Reunião Anual do Núcleo de Estudos da Diabetes Mellitus (NEDM) da SPMI



## Maria Cristina Esteves

Comissão Organizadora da 13.<sup>a</sup> Reunião Anual do Núcleo de Estudos da Diabetes Mellitus (NEDM) da SPMI

A diabetes *mellitus* (DM) tem vindo a tornar-se, nos últimos anos, um importante e crescente problema de saúde para todos os países, independentemente do seu grau de desenvolvimento. Em 2015, a Federação Internacional de Diabetes (International Diabetes Federation, IDF) estimou que 8,8% da população mundial com 20 a 79 anos de idade (415 milhões de pessoas) vivia com diabetes.

Se as tendências atuais persistirem, estima-se que o número de pessoas com diabetes venha a ser superior a 642 milhões em 2040. Cerca de 75% destes casos atingirão países em desenvolvimento, nos quais deverá ocorrer o maior aumento dos casos de diabetes nas próximas décadas.

Este aumento da prevalência da diabetes está associado a diversos fatores, como a urbanização, a transição epidemiológica, os hábitos nutricionais, a maior frequência de estilo de vida sedentário e de excesso de peso, o crescimento e envelhecimento populacional e, também, a maior sobrevida dos indivíduos com diabetes.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que a glicemia elevada seja o terceiro fator, em importância, de mortalidade prematura, superada apenas pela hipertensão arterial e o consumo de tabaco. Assim sendo, os serviços e as estruturas de saúde que prestam apoio ao doente diabético têm vindo a desenvolver-se, sofrendo adaptações para melhorar a resposta em termos de seguimento e práticas clínicas.

No Hospital de Santarém foi criada, em 1992, a Consulta de Diabetes, na qual colaboravam na altura quatro médicos, um nutricionista e um enfermeiro de apoio ocasional. Fruto de múltiplas solicitações, no ano 2000, foi criado o Núcleo de Diabetes, o que levou a um crescimento do número de consultas e à criação de um Hospital de Dia de Diabetes com uma enfermeira em dedicação total.

Sob a direção do Dr. Manuel João Gomes até ao ano de 2010, hoje, as atividades do Núcleo são coordenadas pela Dr.<sup>a</sup> M. Cristina Esteves. Na atualidade, e para responder ao elevado número de solicitações, o Núcleo inclui nas suas atividades consultas de Diabetes, Diabetes Materna, Podologia e Nutrição. Esta atividade é exercida por dois enfermeiros em dedicação exclusiva,

oito médicos especialistas em Medicina Interna -- todos com formação específica na área da Diabetologia, realizada quer em centros nacionais quer internacionais --, uma podologista, um nutricionista e uma dietista, funcionando num espaço físico próprio.

No último ano, encontravam-se em seguimento na Consulta de Diabetes 1337 doentes, quer diabéticos tipo 1, quer diabéticos tipo 2, tendo sido realizadas um total de 2920 consultas. Salientamos que é também um elemento deste Núcleo que realiza as consultas de Diabetes Materna e de Aconselhamento Pré-Natal.

É missão deste conjunto de profissionais a assistência clínica ao doente diabético, atuando ao nível do diagnóstico, prevenção e tratamento multidisciplinar organizado das complicações precoces e tardias da diabetes e prestando cuidados de excelência hospitalares, em regime de ambulatório ou de internamento ao doente diabético. Pretende-se gerir de forma integrada a diabetes, com o objetivo de minimizar as complicações major, reduzindo a sua incidência e, conseqüentemente, reduzindo a morbilidade e mortalidade, num contexto de racionalização de custos.

Paralelamente, o Núcleo colabora também, ativamente, na investigação clínica básica, integrando ensaios clínicos, e tem papel ativo, quer na formação na área da Diabetologia aos internos da formação específica de Medicina do nosso hospital, quer de internos de Medicina Geral e Familiar. Assim, são regularmente promovidos cursos de atualização certificados pela Ordem dos Médicos e Reuniões/Jornadas que visam dar a conhecer os temas mais atuais no que concerne ao diagnóstico, seguimento e melhores opções terapêuticas.

Em 2018, é, pois, com enorme entusiasmo que abraçamos a missão de ser a Comissão Organizadora da 13.<sup>a</sup> Reunião Anual do Núcleo de Estudos de Diabetes Mellitus da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna, a qual decorrerá nos dias 26 e 27 de outubro, no CNEMA - Centro Nacional de Exposições e Mercados Agrícolas, em Santarém.

Este encontro tem como objetivo criar pontes entre os saberes da Diabetologia e de outras áreas da Medicina, as quais têm de trabalhar cada vez mais lado a lado, por forma a prestar os melhores cuidados aos doentes com diabetes.

# betologia

Iremos abordar temas que englobam e correspondem àquilo que é atualmente considerado relevante, quer em termos fisiopatológicos, quer terapêuticos. Este encontro é antecedido por 2 cursos que se irão realizar dia 25 à tarde, os quais são vocacionados para internos e incluem: Curso de Terapêutica Oral na DM2 e Curso de Insulinoterapia na DM2. Por considerarmos fundamental a articulação entre cuidados de saúde primários e cuidados hospitalares, a reunião iniciar-se-á com a mesa-redonda "Insulinoterapia em cuidados de saúde primários", na qual intervirão especialistas hospitalares e de MGF.

Segue-se uma conferência que conta com a presença do Dr. João Pedro Gomes, que abordará o tema tão atual do "Microbioma no diabético". A segunda mesa-redonda, com o título "Individualizando a terapêutica da diabetes ao longo da vida", incidirá sobre as particularidades do seguimento do diabético desde a idade pediátrica ao envelhecimento, contando aqui com a participação especial da Dr.ª Alexandra Costa, educadora da APDP, que nos dará o seu testemunho enquanto profissional, mas também enquanto pessoa com diabetes.

No segundo dia será abordado o tema "Terapêuticas inovadoras - O transplante", contando com a presença de dois peritos na área, o Prof. Aníbal Ferreira e a Prof.ª Anne Wojtuscissyn. Por fim, será apresentado o tema "Diabetes em grupos especiais", no qual salientaremos as particularidades terapêuticas de doentes com patologias concomitantes particulares. Este encontro contará ainda com três simpósios apresentados pela Indústria Farmacêutica, bem como a apresentação de comunicações orais e posters.

Esperamos que este programa corresponda às expectativas da maioria dos profissionais que tratam diariamente este tipo de doentes e contamos com a vossa presença, a qual poderá transformar este encontro numa mais-valia para todos os que se dedicam a esta importante área.

I JORNADAS DO NEMO - ESTORIL, 9-10 DE NOVEMBRO 2018

# Grávidas na Urgência

As I Jornadas do Núcleo de Estudos de Medicina Obstétrica (NEMO) da SPMI, que se realizarão nos dias 9 e 10 de novembro de 2018, no Estoril (Hotel Vila Galé Estoril), terão como grande tema: "Grávidas na Urgência". É um tema que nos parece transversal e potencialmente interessante para todos os internistas (próximos de serviços de Obstetrícia e não só – também em urgências gerais e até no pré-hospitalar) e a muitas outras especialidades. Afinal, quem nunca encontrou uma grávida com dispneia?

O programa científico inclui temas gerais, como a morbimortalidade materna em Portugal, no Reino Unido (país com cuidados de referência na área da Medicina Obstétrica) e no Mundo e várias mesas-redondas dedicadas aos grandes problemas médicos na gravidez: a diabetes *mellitus*, de responsabilidade partilhada com o Núcleo de Estudos de Diabetes *Mellitus* da SPMI (coordenado pelo Dr. Estevão de Pape); os tromboembolismos, de responsabilidade partilhada com o Núcleo de Estudos de Urgência e do Doente Agudo da SPMI (coordenado pela Dr.ª Maria da Luz Brazão); as urgências hipertensivas, nas suas várias apresentações e vistas por diferentes especialidades, e também tempo para a abordagem multidisciplinar de outras "crises" particularmente temidas na gravidez – asma, sépsis, drepanocitoses, convulsões, cefaleias e comas e, ainda, parto iminente e cesariana no pré-hospitalar.

Para além de vários internistas e obstetras portugueses, estão já confirmadas as presenças de preletores de outras especialidades e de outras nacionalidades, tendo todos em comum a reconhecida experiência na área.

Com o patrocínio científico da Ordem dos Médicos, será uma reunião pioneira na área da Medicina Obstétrica em Portugal e uma boa oportunidade de partilha de conhecimentos e experiências, das apresentações teóricas aos casos clínicos. Vamos ainda rever as mensagens principais, ao fim de cada dia, por forma a atenuar a barreira linguística (três apresentações serão feitas em inglês/espanhol) e sedimentar conceitos-chave.

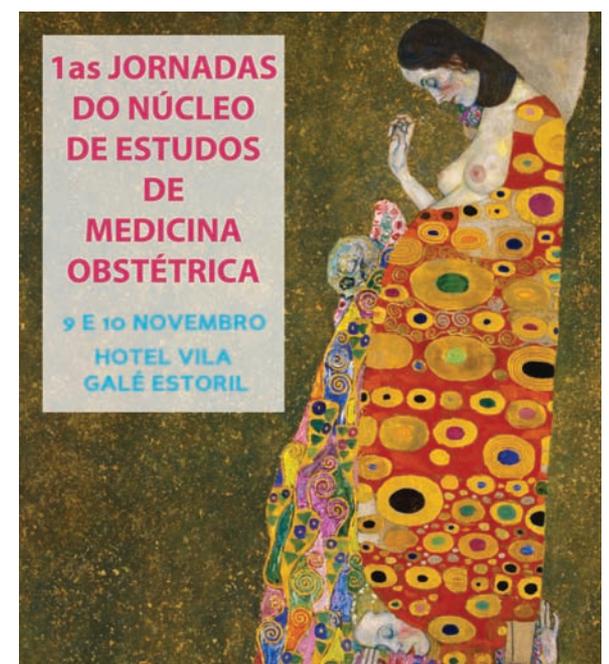
Como destinatários das Jornadas, contamos com a adesão de internistas, obstetras e médicos de família, aceitando inscrições de outros profissionais de saúde. A submissão de resumos para apresentações (trabalhos originais) é aceite para revisão até 15 de setembro de 2018.

Temos as Jornadas planeadas para todos e prontas a crescer com o vosso contributo. Até breve!



**Inês Palma Reis**

Coordenadora do Núcleo de Estudos de Medicina Obstétrica (NEMO) da SPMI



Programa, inscrições e submissão de resumos em [SPMI.PT](http://SPMI.PT)

XIX JORNADAS DO NÚCLEO VIH DA SPMI - BEJA, 25-26 DE JANEIRO 2019

# Doença VIH, mais vida com qualidade



**Telo Faria**

Coordenador do Núcleo de Estudos da Doença VIH da SPMI

As XIX Jornadas do Núcleo VIH da SPMI realizam-se em Beja, a 25 e 26 de janeiro de 2019. Regressam a esta cidade, que recebeu as VII Jornadas em 2006, há precisamente 13 anos.

Na altura, estávamos na consolidação da terapêutica HAART e já a refletimos no conceito da infeção como “doença crónica”. Vivenciávamos, e com sérias preocupações, a toxicidade desta mesma terapêutica. Havia avanços muito significativos na sua simplificação e começava-se a ter um conhecimento da imunoativação e da inflamação crónica e persistente provocada pela “doença”, terminologia que passou a fazer parte do nosso léxico, em detrimento de “infeção”. Ainda estava na ordem do dia a valorização das

infeções oportunistas e neoplasias relacionadas com SIDA, tendo em conta o peso que tinham nas nossas enfermarias, bem presente no tema central das jornadas, “Micobactérias”. No ano seguinte, em 2007, verificou-se uma redução de 40% de mortes nos EUA, em consequência da HAART.

As XIX Jornadas têm como tema “Doença VIH, mais vida com qualidade”.

Após 2015, e com os ensaios “HPTN 052”, “Temprano” e “Start”, surge o conceito do “tratamento como prevenção” e, posteriormente, as metas da ONUSIDA para 2020 de “90, 90, 90”, no sentido da erradicação da epidemia, como problema de saúde pública, em 2030. Estamos num momento crucial, em que as estratégias de prevenção têm uma importância determinante em toda a filosofia de ver a doença em termos globais, nomeadamente, a profilaxia pré-exposição, a profilaxia pós-exposição, a profilaxia da transmissão vertical e o tema já abordado do tratamento como prevenção.

É neste contexto da doença VIH, como doença crónica, com terapêuticas eficazes, seguras, com mínimos efeitos secundários, de comprimido único, e com estratégias a nível mundial para a erradicação do vírus, que se perspetiva um 4.º 90, o da “qualidade de vida”. E é precisamente este o mote que dá nome às Jornadas: “Doença VIH, mais vida com qualidade”.

Após a abertura do secretariado, na sexta-feira, e a habitual sessão de “Comunicações Livres”, temos a primeira mesa-redonda, sobre “Novas estratégias de rastreio”, com quatro intervenções.

Com a primeira, pretende-se fazer um balanço histórico da atividade e da eficácia das diversas entidades envolvidas no rastreio da infeção, nomeadamente, CAD, CRI, CSP e ONG, e, igualmente, problematizar e questionar a sua otimização. Com a segunda área desta mesa-redonda faz-se a abordagem do rastreio da infeção nos estabelecimentos prisionais e as novas orientações do Programa Nacional da Infeção VIH/SIDA e, igualmente, do Programa Nacional das Hepatites Virais, no sentido da sua maior eficácia. Com a terceira intervenção pretende-se questionar o autodiagnóstico e o rastreio universal, no contexto de todas as estratégias

de diagnóstico precoce. Por fim, informação e sensibilidade junto da comunidade, uma área de tal maneira importante que, sem ela, usada de um modo eficaz e consequente, torna todas as anteriores perfeitamente inoperantes.

A segunda mesa-redonda, nesse mesmo dia à tarde, tem como tema “Família e doença VIH”. Área parca-mente abordada nestes eventos, mas que faz todo o sentido no atual panorama de vivenciar esta patologia, quer do ponto de vista dos nossos doentes, quer, naturalmente, das equipas que os seguem. Nesta mesa são feitas três abordagens. Na primeira é abordada a “Parentalidade e infeção”, de seguida questiona-se “Procriação medicamente assistida” e seus matizes e, por fim a abordagem, por uma psicóloga, do ponto de vista dos doentes e a sua visão de toda esta problemática.

A última mesa-redonda do dia será sobre: “Novos fármacos, novas abordagens, mais qualidade” e pretende dar-nos um panorama do “estado da arte” em termos de estratégias atuais de orientação terapêutica e ainda em termos futuros, nomeadamente a médio prazo.

No sábado abrimos com a única conferência das Jornadas: “Doença VIH e cura”. Abordar-se-ão os diversos “caminhos” atuais de investigação na perspetiva de cura da infeção, que passará certamente, por alguns temas atuais, como cura funcional/esterilizante, pela importância dos “reservatórios”, estratégia *Kick and Kill*, terapêutica genética e anticorpos monoclonais.

Depois do *coffee-break* temos o último debate/tema das Jornadas: “A doença VIH na 1.ª pessoa”. A perceção desta patologia do ponto de vista do doente, a sua visão e contribuição subjetiva para esta pequena, grande história, do ponto de vista social, sociológico, histórico e cultural, com quase quarenta anos de existência.

Por fim, vamos homenagear uns dos pioneiros no seguimento clínico destes doentes e na criação do Núcleo VIH da SPMI, o Dr. Vítor Bezerra.

Com este evento, o Núcleo de Estudos da Doença VIH pretende proporcionar um fórum de discussão, atualização, troca de experiências e convívio para todos os que se interessam por esta área.



PUBLICIDADE

XII REUNIÃO DO NEDF - AVEIRO, 5-6 DE OUTUBRO 2018

# Doenças hepáticas: congregar experiências e partilhar problemas



**Rosa Jorge**

Presidente da XII Reunião do Núcleo de Estudos das Doenças do Fígado (NEDF) da SPMI

Pela complexidade inerente e pela constante atualização do progresso científico nesta área, justificando a necessidade de formação específica e especializada, o Núcleo de Estudos das Doenças do Fígado reúne anualmente, com o primordial objetivo de congregar experiências e partilhar problemas comuns, delineando estratégias que possam beneficiar os doentes do foro hepático.

Nesta XII Reunião procuramos juntar as várias áreas, que marcam com o seu contributo o avanço no conhecimento das patologias hepáticas: internistas, infeciologistas, gastroenterologistas, imagiologistas e anatomopatologistas, interligando as várias especialidades numa abordagem multidisciplinar das doenças hepáticas.

Num programa abrangente, não sendo, no entanto, possível abarcar todas as patologias, as sessões pretendem focar aquelas onde as marcas da controvérsia e da atualidade estejam presentes, tendo como primeiro objetivo criar discussões abertas, onde o debate de ideias aconteça, com a partilha de experiências e de conhecimento. Teremos a presença de palestrantes, que decerto ajudarão na reflexão, com o enriquecimento das diferentes visões do saber e dos mais recentes avanços científicos.

Estarão em foco patologias específicas, como doenças hepáticas autoimunes, a hepatite B e a hepatite C, mas também outras que podem ser primárias ou traduzirem a evolução de doenças crónicas, como seja a abordagem de nódulos hepáticos e ainda temas controversos na gestão do doente com cirrose hepática, tal como a imunização, a anticoagulação ou a terapêutica da diabetes *mellitus*.

A apresentação e discussão de casos clínicos interativos fará o arranque de cada um dos temas, conferindo-lhes um caráter eminentemente prático, onde a abordagem de peritos de diferentes especialidades marcará enriquecedoras reflexões.

Numa perspetiva de estimular a participação ativa dos vários centros do país, haverá ainda espaço reservado à apresentação de comunicações orais e de *posters*, criando oportunidades para dar a conhecer e refletir diversas realidades e experiências.

De realçar ainda a atribuição de prémios para os melhores trabalhos, acontecendo a sua entrega na sessão de encerramento, que culminará este evento.

Esta reunião será seguramente uma oportunidade de partilha e de enriquecimento pessoal para todos os internistas que procuram estar na “crista da onda” das doenças do fígado.

Na visita a Aveiro será ainda possível aproveitar para conhecer melhor esta região. A cidade dos canais, das salinas e dos doces ovos moles.

Aveiro é a cidade conhecida como a “Veneza” portuguesa, sendo atravessada por uma rede de canais onde, num bailar constante, os barcos moliceiros, outrora fonte de rendimento dos aveirenses, são agora palco de deleite oferecido a quem visita estas encantadoras paragens.

Também famosos são os edifícios de Arte Nova que estão espalhados pela cidade, sobretudo ladeando o canal principal e que poderão ser apreciados num dos passeios a pé ou de barco.

Conseguindo ainda prolongar a estadia, haverá oportunidade para usufruir de um belo passeio nas típicas bicicletas disponibilizadas pela Câmara Municipal, as BUGAS. No final, será possível experimentar a cozinha aveirense num dos inúmeros restaurantes, com amplas ofertas de peixe fresco e de marisco.

Saindo dos limites concelhios, é também possível a visita ao vizinho concelho de Ílhavo, aproveitando para conhecer o Museu Marítimo, com o seu famoso aquário de bacalhaus, o Museu e Fábrica da Vista Alegre, uma das louças mais belas e emblemáticas de Portugal, apreciar as casas de riscas da Costa Nova, admirar a vista fantástica para quem ousar subir o farol da Barra, o mais alto de Portugal, e ainda deliciar-se a comer uma das afamadas tripas regionais.

Convidamos todos a entrar no “barco” da XII Reunião do Núcleo de Estudos das Doenças do Fígado e a fazerem desta reunião um ponto de encontro e uma marca de formação profissional.

Esperamos por todos.

Aveiro irá acolher a XII Reunião do Núcleo de Estudos das Doenças do Fígado da SPMI, nos dias 5 e 6 de outubro de 2018.

As patologias hepáticas são muito frequentes na prática clínica, quer com apresentações agudas, mas sobretudo crónicas, apresentando doença do órgão ou integrando um vasto leque de manifestações de doenças multissistémicas, com necessidade de atuação, onde se cruzam a prevenção, a abordagem diagnóstica e a terapêutica, com inovadoras ofertas de múltiplas e variadas doenças.

5.ª REUNIÃO TEMÁTICA DO NEDM

# O presente e o futuro do risco CV nas pessoas com diabetes

Uma centena de médicos marcou presença na 5.ª Reunião Temática do Núcleo de Estudos da Diabetes Mellitus (NEDM) da SPMI, que se realizou no dia 7 de abril, em Peniche.

Em declarações à *Just News*, o coordenador do núcleo, Estevão de Pape, salienta que se tratou de um evento de

Interna do Hospital Beatriz Ângelo, em Loures:

“Reconheço o trabalho de elevada qualidade da Comissão Organizadora, sob a coordenação do Dr. Francisco Araújo, que contribuiu para um amplo debate sobre o presente e o futuro das respos-  
tas que podemos dar na área do risco



Francisco Araújo (ao centro) com os intervenientes na mesa-redonda onde foi partilhada “a palavra dos departamentos médicos da Indústria Farmacêutica”: Francisco Gonçalves (Novo Nordisk), Bruno Almeida (Lilly), Sílvia Alão (MSD), Ana Filipa Penha (Boehringer Ingelheim) e Hugo Martinho (AstraZeneca)



Elementos da Comissão Organizadora: Uma equipa que proporcionou a realização de um evento de “alto nível científico”



“alto nível científico, que permitiu debater o presente e o futuro do risco cardiovascular nas pessoas com diabetes”. O médico internista do Hospital Garcia de Orta não deixa de enaltecer a organização da iniciativa, que este ano esteve a cargo do Serviço de Medicina

cardiovascular em pessoas com diabetes.” O responsável realça a pertinência da temática, face ao impacto deste tipo de patologias: “A doença cardiovascular interfere sobremaneira na qualidade de vida, aumentando as hospitaliza-



Francisco Araújo, Estevão de Pape e José Lomelino Araújo, diretor do Serviço de Medicina Interna do Hospital Beatriz Ângelo

ções, mas não só; não nos podemos esquecer que continua a ser a principal causa de mortalidade associada à diabetes.” A reunião deste ano contou ainda com o que Estevão Pape sublinha tratar-se de uma importante novidade: “No final, tive-

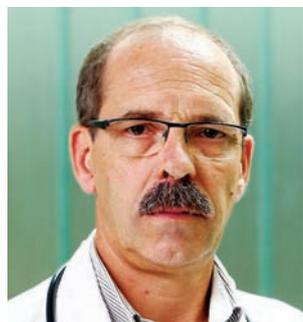
mos uma mesa-redonda sobre o que podemos esperar na área do risco cardiovascular na diabetes, com a participação de cinco laboratórios farmacêuticos, que deram a conhecer os estudos que estão a desenvolver.”

Segundo o coordenador do NEDM, foi um momento que permitiu fazer “um ponto da situação do que existe atualmente a nível terapêutico e o que se pode esperar no futuro, não apenas para prevenção da doença, mas também em termos de segurança, já que se trata de fármacos menos hipoglicemiantes”.

Refere ainda que a sessão “O que nos espera na área da diabetes e risco vascular” possibilitou aos médicos ficarem a par das novidades que “permitem perspetivar um futuro metabólico diferente, com menos riscos de acidentes cardiovasculares fatais”.

1.ª REUNIÃO ANUAL DO NEDRESP - SERTÃ, 29 DE SETEMBRO 2018

# Melhorar a assistência a doentes respiratórios



**Alfredo Martins**

Coordenador do Núcleo de Estudos das Doenças Respiratórias (NEDResp) da SPMI

A UTILIZAÇÃO DE NOVOS DADOS CLÍNICOS QUE INCLUAM AS COMORBILIDADES, DE DADOS DO ESTILO DE VIDA E GENÉTICOS E DE NOVOS BIOMARCADORES EM CADA CASO PODEM AJUDAR NUM DIAGNÓSTICO MAIS PRECISO E PERSONALIZADO.

O Núcleo de Estudos das Doenças Respiratórias (NEDResp) da SPMI realiza a sua primeira reunião anual no próximo dia 29 de setembro, na Sertã. O programa da reunião centra-se num assunto com peso enorme em Pneumologia, que é o das principais doenças das vias aéreas – DPOC, asma e bronquiectasias – e noutra que é transversal nas doenças respiratórias: insuficiência respiratória e suporte da função respiratória.

Na véspera da reunião, dia 28 de setembro, teremos 3 cursos com inscrições limitadas: Curso de Ventilação não Invasiva (Vnl), Curso de Função Respiratória e Curso de Inaladores e Oxigenoterapia de Ambulatório.

Sobre as doenças das vias aéreas, não queremos evitar as dificuldades que frequentemente encontramos na prática clínica para definirmos asma, DPOC ou bronquiectasias – três doenças crónicas das vias aéreas cujo diagnóstico diferencial é muitas vezes difícil de resolver –, assim como na gestão dos doentes que, muito frequentemente, apresentam comorbilidades significativas, que condicionam as intervenções terapêuticas.

Propomo-nos levar essas dificuldades para a reunião e debatê-las, para além dos dados clássicos, em que estamos habituados a suportar os diagnósticos, numa perspetiva da medicina de precisão, utilizando dados novos que nos têm sido proporcionados pelos avanços biomédicos.

A utilização de novos dados clínicos que incluam as comorbilidades, de dados do estilo de vida e genéticos e de novos biomarcadores em cada caso podem ajudar num diagnóstico mais preciso e personalizado, permitindo orientar cada vez mais os tratamentos para as necessidades específicas do indivíduo doente e menos da doença onde, muitas vezes à força, pretendemos encaixar o doente.

Já se demonstrou que esta metodologia de trabalho melhora a eficácia terapêutica, reduz os seus efeitos secundários e aumenta a eficiência da ação clínica. Por isso, perante um doente com doença das vias aéreas, pretende-se que o trabalho de diagnóstico e o acompanhamento clínico sejam permanentemente orientados para a identificação das “características tratáveis” (*treatable traits*) de doença e que o plano de tratamento seja definido conforme as características tratáveis presentes em cada caso. As características tratáveis podem ser pulmonares e extrapulmonares e estas devem incluir comorbilidades significativas.

Uma grande parte dos internistas tem bons conhecimentos, formação e treino em Vnl e existem já muitos serviços de Medicina Interna com prática contínua e níveis consistentes de organização no tratamento de doentes com insuficiência respiratória aguda e/ou crónica com Vnl. Logo, pretendemos criar condições para replicar as boas práticas pelos serviços de Medicina Interna do país e uma forma de o fazer é apresentar e discutir os resultados obtidos em serviços que, de alguma forma, se possam considerar modelares.

O programa da reunião inclui uma mesa-redonda sobre ventiloterapia onde serão apresentadas casuísticas de dois serviços sobre ventiloterapia personalizada na insuficiência respiratória aguda e ventiloterapia personalizada na insuficiência respiratória crónica.

Com o objetivo de comprovar a importância dos internistas e da Medicina Interna no tratamento de doentes com doença respiratória aguda e crónica, estamos a realizar um inquérito em todos os serviços de Medicina Interna dos hospitais portugueses, cujos resultados pretendemos apresentar, em primeira mão, na reunião do NEDResp.

O programa encerra com a apresentação de modelos de organização em forma de *pitch sessions*, para a qual convidamos os coordenadores e/ou mentores de projetos em várias áreas: PADOVA, Cuidados Paliativos Respiratórios, Doenças Neuromusculares, Pátio Clínico de Doenças Respiratórias, Patologia Respiratória na Hospitalização Domiciliária.

Haverá um simpósio sobre a importância da prevenção das infeções respiratórias, sobretudo em alguns grupos da população, e o papel da vacinação na sua prevenção.

No final da tarde do dia 28 de setembro haverá uma tertúlia sobre “O impacto dos fogos florestais na saúde respiratória”, onde contaremos com a presença de investigadores a trabalhar nessa área na zona centro do país.

Esperamos que os presentes na reunião enriqueçam muito significativamente o seu *curriculum* profissional e saiam dela com uma perspetiva diferente sobre doenças respiratórias e melhor preparados e motivados para promoverem melhorias na assistência a doentes respiratórios nos seus locais de trabalho, assim como para colaborarem ativamente com o NEDResp.

4.º CONGRESSO NACIONAL DA URGÊNCIA - SETÚBAL, 17-18 DE NOVEMBRO 2018

# A importância da história e do raciocínio diagnóstico para identificação do problema do doente

Nos dias 17 e 18 de novembro de 2018 (com cursos pré-congresso a 15 e 16) vai decorrer em Setúbal, no Fórum Luísa Todí, o 4.º Congresso Nacional da Urgência (CNU).

Este evento do Núcleo de Estudos de Urgência e do Doente Agudo (NEUrgMI) da SPMI é, este ano, organizado por uma comissão local composta por membros do Serviço de Medicina Interna do Centro Hospitalar de Setúbal e presidido por António Martins Baptista (elemento do NEUrgMI, internista dedicado e com grande experiência na área da Urgência e um dos ex-presidentes da SPMI).

O trabalho em urgência representa, para grande parte de nós, médicos internistas e outros, 24 horas de dedicação semanal. É um trabalho exigente, extenuante, mas também gratificante e estimulante. Coloca-nos muitos desafios e apresenta-se com muitos problemas e dificuldades.

Foi pela importância desta atividade na nossa vida e pelo impacto que esta tem nos doentes que foi criado o NEUrgMI. Sendo um membro deste Núcleo desde a sua criação, foi com grande prazer e orgulho que aceitei o desafio de ser a secretária-geral deste Congresso.

Os problemas na Urgência residem em vários fatores: na dimensão dos próprios serviços de Urgência, na escassez de recursos humanos ou na desadequada qualidade dos mesmos, na incapacidade de drenagem de doentes por ausência de vagas de internamento a jusante, na desadequada referência, na insuficiente rede de cuidados de saúde primários, na má utilização por parte dos doentes/utentes, entre outros. Alguns destes fatores são interdependentes.

Nos últimos anos, os organismos de gestão nacionais e internacionais também têm dedicado a sua atenção à problemática dos serviços de Urgência. Apesar disso, as soluções têm sido insuficientes para resolver os problemas.

A Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE), num dos seus mais recentes relatórios, alertou para este problema: em Portugal, cerca de 31% dos doentes que recorreram ao serviço de Urgência poderiam ter resolvido o seu problema de outra forma. Acrescentou, ainda, que este uso errado pode ser prejudicial para os doentes e dispendioso para o país. Sabe-se que, em média, por cada 100 habitantes, 70 vão anualmente às urgências em Portugal.

O CNU pretende ser um espaço de discussão e reflexão sobre a temática da Urgência, quer na sua vertente clínica, quer na sua vertente organizacional e de gestão.

Este ano, o tema do CNU será "O que é frequente é frequente". Esta é uma máxima que nos acompanha no nosso trabalho no serviço de Urgência e não só. Relembra a importância da história clínica e do raciocínio diagnóstico para identificação do problema do doente.

O 4.º CNU apresenta 2 dias de cursos pré-congresso sobre áreas de intervenção na Urgência: Urgências na Diabetes; Ecografia na Urgência; Suporte Avançado de Vida (SAV); Ventilação não Invasiva; Suporte Avançado de Vida na Insuficiência Cardíaca (SAVIC); Infecção e Sepsis e *Basic Assessment and Support in Intensive Care* (BASIC) e que serão certamente motivo de interesse para todos os colegas.

Apresenta, nos dias 17 e 18 de novembro, um programa variado de temas clínicos e de gestão/organização. Teremos, assim, mesas dedicadas ao sistema nervoso, ao coração, à infeção, à patologia médica da grávida e às intoxicações; mesas que irão discutir problemas organizacionais como hiperfrequentadores, sistemas de triagem, planos de contingência, equipas multidisciplinares, unidades diferenciadas, utilização de exames complementares de diagnóstico; e conferências sobre reanimação extracorporeal e futilidade terapêutica.



**Susana Neves Marques**

Secretária-geral do 4.º Congresso Nacional da Urgência. Membro do Núcleo de Estudos de Urgência e do Doente Agudo (NEUrg) da SPMI

A conferência de abertura, realizada pela coordenadora do NEUrgMI, Maria da Luz Brazão, dar-nos-á a conhecer o Serviço de Urgência desde a realidade atual até àquele que será o ideal. O painel de palestrantes e moderadores será certamente mais um motivo de interesse na participação de todos.

Não posso deixar de mencionar todos os restantes elementos da Comissão Organizadora (Ermelinda Pedroso, Eugénio Nóbrega Dias, Beatriz Navarro, Sónia Serra, Paula Lopes, Bárbara Lobão, Pedro Carreira e Hugo Jorge Casimiro) e garantir que estamos a trabalhar com foco e motivação para que este 4.º CNU seja um sucesso.

Contamos com todos em Setúbal!

SPMI E APAH REALIZARAM CONFERÊNCIA

# Lidar com os internamentos sociais promovendo a integração de cuidados

**Promover uma maior integração de cuidados a diferentes níveis foi a solução mais vezes apresentada numa conferência organizada pela SPMI e pela APAH para lidar com um dos problemas dos hospitais portugueses: os internamentos sociais.**

O evento, que decorreu em Lisboa, em maio, envolveu a Sociedade Portuguesa de Medicina Interna e a Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares e foi subordinado ao tema "Saúde e Segurança Social – A necessidade de um pensamento global".

Como referiu Luís Campos, na qualidade de presidente da SPMI, "os hospitais tornaram-se centros de resolução dos problemas sociais das pessoas". Uma realidade sentida de forma particular nos serviços de Medicina, como acrescentou na sua intervenção.

"Nestes serviços estão mais de metade

tas, ensino, investigação, etc.", disse.

Luís Campos, que também é diretor do Serviço de Medicina do Hospital S. Francisco Xavier (CHLO), reconheceu: "Angustiamo-nos diariamente com realidades sociológicas cada vez mais dramáticas, esbarrando na incapacidade das famílias, no cansaço dos cuidadores e na falta de resposta dos cuidados continuados, dos cuidados paliativos, da Segurança Social, da Misericórdia e do Ministério Público." Em causa está aquilo que apelida de "incongruências da lei", como famílias que continuam a receber pensões de doentes com internamentos inapropriados por aguardarem, por exemplo, vaga nos cuidados continuados e nos paliativos.

Luís Campos alertou ainda para as desigualdades regionais e para a necessidade de se apostar mais em cuidados de longa duração e na melhoria da assistência social, integrando a Saúde com a Segurança Social.

## Realidades sociológicas cada vez mais dramáticas e complexas

Uma necessidade que faz todo o sentido também na opinião de Alexandre

dados de saúde, que são inadequados e insatisfatórios, como demonstram os estudos e como o reconhecem os profissionais de saúde."

Uma situação que se agrava, como referiu, com o envelhecimento da população e com o aumento das doenças crónicas com elevada multimorbilidade. Nesse

cial foi tema predominante do debate que decorreu nesta conferência, moderado pela jornalista Vera Arreigoso, do Expresso, e que contou com a presença de Paulo Telles de Freitas, diretor clínico adjunto e coordenador da Equipa de Gestão de Alta do Hospital Fernando Fonseca; de Luís Barbosa, ex-ministro



Manuel Lopes, Luís Barbosa, Teresa Anjinho, Alexandre Lourenço, Anne Hendry, Paulo Telles de Freitas, Vera Arreigoso, Fernando Araújo e Luís Campos



dos casos sociais das unidades hospitalares e a sua resolução consome muita da nossa energia, já de si exaurida por uma carga assistencial elevadíssima nas urgências, enfermarias, hospitais de dia, consul-

Lourenço, presidente da APAH, que afirmou: "Os hospitais são o palco de realidades sociológicas cada vez mais dramáticas e complexas, o que naturalmente condiciona a prestação de cui-



sentido, o responsável enfatizou a prioridade que deve ser dada à integração entre diferentes setores, como a Saúde e a Segurança Social.

A ligação entre Saúde e Segurança So-

da Habitação e das Obras Públicas e ex-ministro dos Assuntos Sociais; de Teresa Anjinho, provedora-adjunta de Justiça; e de Manuel Lopes, coordenador da Reforma do SNS para a Área dos Cuidados Continuados Integrados e também da Coordenação Estratégica do Projeto SNS+Proximidade.

Na base do debate esteve a intervenção de Anne Hendry, *clinical lead for integrated care in Scotland* e professora da University of the West of Scotland, que veio dar a conhecer os passos dados na Escócia para que, perante o fenómeno do envelhecimento, se criasse uma maior interligação entre a Saúde e a Segurança Social.

A conferência foi encerrada por Fernando Araújo, secretário de Estado adjunto e da Saúde.

I REUNIÃO DO NEIC - PORTO, 29 DE SETEMBRO 2018

# Organizar para melhor cuidar

A I Reunião do Núcleo de Estudos de Insuficiência Cardíaca da SPMI vai ter lugar no próximo dia 29 de setembro de 2018, na Fundação Cupertino Miranda, no Porto. Mas o evento começa com um Curso Pré-Reunião sobre Insuficiência Cardíaca, que será a replicação do que teve lugar no 24.º CNMI.

Face ao *feedback* muito positivo deste curso, no Algarve, foi tomada a decisão de o voltarmos a organizar, nesta primeira reunião do Núcleo. Mais uma vez, pretendemos focar-nos nos conhecimentos mais atualizados nesta área da saúde, não descurando a troca de ideias e experiências entre colegas dos vários pontos do país.

De referir que, no Porto, o evento não se destina apenas a internistas e internos de formação específica de Medicina Interna, mas também a médicos de Medicina Geral e Familiar e internos desta última especialidade, face à importância que os colegas dos cuidados de saúde primários têm quer no diagnóstico precoce, quer na referência e até no acompanhamento e interligação com os serviços de Medicina Interna.

Relativamente a esta nossa primeira reunião – que poderá vir a ser anual ou bianual –, podemos contar com um programa muito atrativo. A temática central é “Organizar para melhor cuidar”.

Mais uma vez, queremos levar o conhecimento mais atual aos nossos colegas. No caso dos internistas, face à sua formação holística, que não se centra num único órgão, já se tem, por formação, *skills* para se poder tratar da melhor forma estes doentes.

Mas a formação de qualquer profissional de saúde deve ser contínua e é para isso que vamos organizar esta Reunião.

De realçar que, além da atualização de conhecimentos, vamos contar com a presença de responsáveis de consultas de Insuficiência Cardíaca, quer em hospitais centrais como periféricos. Desta forma, é possível criar sinergias, partilhar experiências, debater o que vai bem e menos bem e encontrar um eixo central que nos permita definir o circuito que mais se adequa às características desta patologia e destes doentes, para que tenham o melhor acompanhamento possível.

Além da troca de ideias e experiências nacionais, vamos ainda contar com a presença da Sociedade Espanhola de Medicina Interna (SEMI) e de colegas internistas espanhóis, que vêm também mostrar o trabalho desenvolvido nos seus hospitais, para que, todos juntos, possamos otimizar a abordagem holística destes doentes.

Não podemos esquecer que o tratamento da insuficiência cardíaca não assenta única e exclusivamente na abordagem farmacológica, mas deve ainda incluir várias outras vertentes, tais como a psicossocial, a nutricional e a psicológica.

Esta noção é fundamental, principalmente para os internistas que lidam, diariamente, com casos clínicos de insuficiência cardíaca, ou não fosse esta uma das patologias mais prevalentes dos nossos serviços. Face à complexidade desta doença, à sua gravidade e ao seu prognóstico nem sempre muito favorável, é preciso estar a par das novidades, mas também debater e partilhar ideias e experiências que podem fazer toda a diferença na prática clínica e, principalmente, na qualidade de vida destes doentes.

Contamos com a vossa presença!



**Paulo Bettencourt**

Coordenador do Núcleo de Estudos de Insuficiência Cardíaca (NEIC) da SPMI

**NÃO PODEMOS ESQUECER QUE O TRATAMENTO DA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA NÃO ASSENTA ÚNICA E EXCLUSIVAMENTE NA ABORDAGEM FARMACOLÓGICA, MAS DEVE AINDA INCLUIR VÁRIAS OUTRAS VERTENTES, TAIS COMO A PSICOSSOCIAL, A NUTRICIONAL E A PSICOLÓGICA.**



## 9.º CURSO DE INTRODUÇÃO À GERIATRIA

# Adquirir competências para enfrentar as particularidades do envelhecimento

“Tivemos que abrir mais vagas face aos vários pedidos”, afirma João Gorjão Clara, a propósito do 9.º Curso de Introdução à Geriatria, que se realizou no passado dia 22 de junho. Na formação estiveram presentes médicos internistas e internos de formação específica de MI, mas também especialistas de MGF e um fisioterapeuta.

Em declarações à *Just News*, o coordenador do Grupo de Estudos de Geriatria (GERMI) da SPMI faz um balanço “muito positivo” desta edição do curso, que contou com 44 participantes e algumas novidades. Não tem mesmo dúvidas em afirmar que “a Geriatria está a ter um papel com cada vez maior relevo em Portugal”.

Relativamente ao facto desta formação atrair muitos profissionais mais jovens, sublinha que “os mais novos estão muito interessados, porque deparam-se já com a realidade do envelhecimento da população e, neste curso, acabam por adquirir competências que os vão ajudar a lidar com as particularidades destas idades”.

## Humanidade: “Garantir a dignidade”

Este ano, a principal novidade do Curso do GERMI foi o *workshop* Humanidade,

que se centrou na temática “Metodologia de Cuidado Humanidade: Intervenção não-farmacológica nas alterações do comportamento”.

Em declarações à *Just News*, Rafael Alves, enfermeiro e formador da Humanidade, começa por sublinhar que “a humanização de cuidados depende da relação entre os cuidadores e os doentes, sendo fundamental nos quadros demenciais com agitação”.

uma tecnologia-relacional não-farmacológica.”

## Estratégias a nível relacional e organizacional

Rafael Alves frisa mesmo que esta metodologia não só tem um impacto significativo na qualidade de vida das pessoas com demência como também facilita a adesão terapêutica. “É essencial perceber o que pode estar

Em Portugal, a filosofia Humanidade é representada pelo Instituto Gineste-Marescotti Portugal que, entre outras atividades, dá formação a cuidadores, da qual também faz parte João Gorjão Clara.

## Saúde Oral: faltam cuidados de reabilitação no SNS

Outra temática em destaque, que surgiu também pela primeira vez no 9.º Curso



Formadores e formandos do 9.º Curso de Introdução à Geriatria



Rafael Alves

Relativamente à sua participação no Curso, explica que “o objetivo foi demonstrar a mais-valia do conceito Humanidade e as suas ferramentas, de modo a garantir a dignidade que têm todos os seres humanos, mesmo quando se está perante situações muito difíceis, como as associadas a alterações de comportamentos em quadros demenciais”.

E acrescenta: “Humanidade é uma metodologia de cuidados geriátricos, com foco na relação entre cuidadores e pessoas cuidadas, que potencia e capacita os cuidadores de técnicas relacionais, podendo ser considerada

por detrás da alteração de comportamentos, ou seja, podem ser alterações biológicas, mas também ambientais”, afirma.

Na sua opinião, “para se estabelecer uma boa relação, é preciso compreender bem o que se passa para se adotar as estratégias mais adequadas quer a nível relacional como organizacional”.

Alguns dos segredos desta relação de confiança “pode estar nos gestos do dia-a-dia”. Segundo Rafael Alves, “uma pessoa com um quadro demencial precisa que olhemos para ela de frente, para captarmos a sua atenção. Além disso, precisamos adaptar o nosso discurso. São pequenas atitudes que fazem a diferença”.

de Introdução à Geriatria, foi a da “Saúde Oral”, desenvolvida por Artur Miler.

O médico dentista do Centro de Saúde de Montemor-O-Novo falou à *Just News* sobre a sua participação nesta formação e as principais preocupações da saúde oral nos idosos, indicando que “a cárie dentária e, principalmente, a doença periodontal continuam a ser as doenças mais prevalentes nos indivíduos desta faixa etária”. Na sua opinião, a integração dos médicos dentistas nos cuidados de saúde primários “é uma medida muito importante para poder contrariar este flagelo”.

E lembra que “existe uma grande franja da população idosa que não teve aces-

COMBATER ASSIMETRIAS REGIONAIS NA FORMAÇÃO DOS INTERNOS É O OBJETIVO DE ANTÓNIO GRILLO NOVAIS

# Novo coordenador do NIMI quer aproximar internos de todo o país

so a cuidados de saúde oral na sua juventude, consequência das limitações socioeconómicas vigentes na altura, ao contrário do que se verifica com as novas gerações”.



Artur Miler

Considera também Artur Miler que “a população idosa apresenta uma elevada falta de peças dentárias, o que condiciona o seu bem-estar e a sua qualidade de vida”. Nesse sentido, “a reabilitação oral protética torna-se essencial e, infelizmente, não é acessível em termos económicos a toda a população, sendo os idosos um dos grupos com mais dificuldades de acesso a este tipo de tratamentos”.

Segundo o médico, “no Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral, apenas um grupo específico de utentes do SNS, aqueles que recebem o Complemento Solidário para Idosos, conseguem obter uma ajuda económica significativa para poder ter acesso a este tipo de tratamentos, nomeadamente nas próteses dentárias removíveis”.

Artur Miler relembra ainda que, na avaliação global do idoso, os profissionais de saúde não devem descurar a saúde oral. “Determinadas síndromes geriátricas, como a desnutrição, estão relacionadas com a falta de dentes e a dificuldade em mastigar determinados alimentos.”

Aproximar os internos de todas as regiões é um dos objetivos do novo coordenador do Núcleo de Internos de Medicina Interna (NIMI) da SPMI, António Grilo Novais. Em declarações à *Just News*, diz mesmo que foi “estratégico ter uma equipa com internos de norte a sul do País”. Além de todo um trabalho de continuidade das anteriores coordenações, aquele responsável salienta a importância de se lutar contra as assimetrias regionais na formação dos internos: “Queremos ajudar, em termos de formação e de investigação, quem esteja num hospital central como num periférico.”



António Grilo Novais e Ricardo Fernandes

E acrescenta: “Para isso é preciso conhecermo-nos todos, sabermos o nome de cada um e a que unidade pertencemos, como já defendia o Ricardo Fernandes, o anterior coordenador.”

António Grilo Novais tem consciência de que a realidade da formação assistencial não é idêntica em todas as unidades hospitalares, daí este investimento em se criarem oportunidades para todos. “É também uma forma de levar a cabo um outro objetivo do nos-



A nova equipa do NIMI: (em pé) Francisco Silva, Paulo Almeida e Pedro Oliveira; (sentados) José Sousa, Leila Duarte e António Grilo Novais (ausente na foto: Marina Boticário)

so mandato, que é o de valorizar a MI”, esclarece.

O coordenador do NIMI realça, relativamente à investigação, que “a carga assistencial está a dificultar a realização de trabalhos”. E comenta que teria “todo o interesse em se alocar mais horas para esta vertente investigacional, existindo, inclusive, da parte dos serviços de MI um maior incentivo para tal”.

Continuando, António Grilo Novais menciona que é “essencial dar valor a uma especialidade tão fulcral na Saúde e que é o pilar dos hospitais”. Uma meta que implica também informar a população sobre o que é a MI e o papel destes médicos.

A participação e colaboração com outros núcleos da SPMI também é parte integrante do programa da nova equipa que, como frisou o coordenador, é “de máxima confiança”.

## Elementos do NIMI:

**António Grilo Novais** – Interno do 2.º Ano, CH Tondela-Viseu

**Pedro Oliveira** – Interno do 2.º Ano, CH Vila Nova de Gaia/Espinho

**Paulo Almeida** – Interno do 4.º Ano, CH Baixo Vouga

**Leila Duarte** – Interna do 2.º Ano, CH Lisboa Norte

**Marina Boticário** – Interna do 4.º Ano, Hospital Distrital de Santa-rém

**Francisco Silva** – Interno do 3.º Ano, ULS do Alto Minho

**José Sousa** – Interno do 3.º Ano, CH Universitário do Algarve

SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA DO CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO DE COIMBRA

# Quando o trabalho dos internistas para além do espaço físico do Ser

**Desde o dia 9 de abril que no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC) há um único Serviço de Medicina Interna, com 194 camas distribuídas por oito setores de internamento, cinco deles localizados nos Hospitais da Universidade de Coimbra (HUC) e três no Hospital Geral (HG). É uma grande área de Medicina Interna (MI), em que todos têm o mesmo espírito de trabalho dentro do hospital, que não se confina ao espaço físico do Serviço.**

A direção do Serviço está a cargo de Armando Carvalho, assistente graduado sénior de MI e professor catedrático da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra (FMUC). Para o médico, o aspeto mais positivo da fusão dos serviços A (polo HUC) e B (polo HG) é o facto de todos os internistas passarem a ser parte do mesmo grupo, tendo uma “voz única e mais forte, em defesa do papel da Medicina Interna como pilar essencial da atividade hospitalar em prol do doente”. Em entrevista, o responsável, que dirigiu o Serviço de Medicina Interna A entre 2013 até à fusão e que preside também ao Colégio de Especialidade de Medicina Interna da Ordem dos Médicos, refere que um serviço com a dimensão daquele que lidera tem de se organizar como um grande departamento, em que cada grupo tem a sua própria autonomia. “Embora haja grupos muito interessados em patologias particulares, com dedicação preferencial a uma área específica, os médicos do Serviço assumem

igualmente o seu papel de internistas de corpo inteiro”, acrescenta.

No Serviço, defende-se que “os internistas devem estar ao serviço de todo o hospital, assumindo a missão da MI, que assenta numa visão integral do doente, numa busca de integrar todos os dados que resultam da atuação das várias outras especialidades, numa procura de trabalho multidisciplinar, em que a MI deve ter um papel central, eventualmente de coordenação, mas sobretudo obedecendo à sua matriz fundamental: a capacidade clínica de observação e orientação global do doente”.

Cada uma das oito enfermarias tem um coordenador, existindo consultas temáticas / grupos de interesse nas diversas áreas a que o Serviço se dedica (ver caixa). A figura do diretor é, segundo o médico, “a de alguém que, assumindo a liderança clínica e académica, aponta caminhos e é o primeiro responsável pela atividade do Serviço, procurando que haja harmonização de procedimentos e promoção da qualidade dos cuidados prestados”.

O Serviço participa em vários centros de referência do CHUC, designadamente o

de Tumores Hepatobiliopancreáticos, o de Transplantação Hepática, o de Transplantação Renal e o de Doenças Hereditárias de Metabolismo. Dá ainda apoio a uma Consulta de Vasculites na Oftalmologia (coordenada por Jorge Crespo).

“O nosso envolvimento com os centros de referência e outros serviços vai ao encontro da ideia de que a MI tem de estar envolvida em grupos multidisciplinares. É isso que fazemos”, destaca o médico. É intenção vir a dar apoio a outros serviços, em particular aos de Ortopedia, Psiquiatria, Cirurgia Geral, Neurocirurgia e Cirurgia Vasculatura. Na primeira das especialidades referidas o Serviço já dá algum apoio, mas pretende fazê-lo de forma mais estruturada.

A Urgência é outra valência onde a MI tem uma participação importante. O Serviço é responsável pela maior parte das equipas de Medicina dos dois polos, HUC e CHUC (o primeiro funcionando 24 horas por dia e o segundo das 9h00 às 22h00). Os internistas atuam também no Hospital de Dia, vertente que existe nos dois hospitais.

O Serviço está empenhado em criar uma Unidade de Cuidados Intermédios, proje-



to que já está aprovado pelo Conselho de Administração. A valência localizar-se-á na Enfermaria A e será composta por oito camas, destinando-se a doentes do foro médico.

Foi criada há um ano uma Consulta de Cuidados Paliativos, coordenada por Rui Garcia, que é responsável, também, pela Equipa Intra-Hospitalar de Cuidados Paliativos do hospital. Esta é uma área que, segundo Armando Carvalho, está em desenvolvimento no CHUC e em que a MI tem todo o interesse em participar e liderar, como já acontece.

Neste momento, há 46 internistas no Serviço, um pouco mais de metade do número que se estima ser preciso para assegurar o trabalho que se entende ser importante para os doentes: internamento, cuidados intermédios, consulta a outros serviços, realização de

## Enfermarias/Coordenador

### Polo HUC

- A - Adélia Simão (33 camas)
- B - Rui Marques dos Santos (30 camas)
- C - Teixeira Veríssimo (30 camas)
- D - Lèlita Santos (33 camas)
- E - Pereira de Moura (12 camas)

### Polo HG

- F - Jorge Fortuna (22 camas)
- G - Pedro Ribeiro (12 camas)
- H - Ana Figueiredo (22 camas)

## Consultas temáticas/grupos de interesse e coordenadores

**Doença Hepática** (Adélia Simão)

**Doenças Autoimunes Sistémicas** (Lèlita Santos / Jorge Fortuna)

**Aterosclerose / Risco Cardiovascular** (Pereira de Moura)

**Nutrição Clínica e Doenças Hereditárias do Metabolismo** (Lèlita Santos)

**Geriatría** (Manuel Teixeira Veríssimo)

**Diabetes** (Pedro Ribeiro)

**Cuidados Paliativos** (Rui Garcia)

**Insuficiência Cardíaca** (Patrícia Dias)

# vai muito viço



exames complementares de diagnóstico (capilaroscopia, elastografia hepática, ecografia e MAPA); e uma residência de 24 horas, 7 dias por semana, o que já é possível no HG, mas nos HUC ainda não. No total, trabalham no Serviço mais de 300 pessoas, entre médicos, enfermeiros, assistentes operacionais e secretários clínicos.

## **Unidade de Cuidados Intermédios será criada em breve**

Arsénio Santos, que está ligado ao Serviço desde 1988, altura em que iniciou o internato, tem estado envolvido no projeto da criação da Unidade de Cuidados Intermédios em Medicina Interna (UCIMI) desde há vários anos e está indigitado para ser o seu coordenador quando a mesma abrir. De acordo com o médico, o projeto da UCIMI já existe há vários anos, mas, por

motivos vários, entre os quais o período de crise vivido em Portugal, acabou por ir sendo adiado.



Arsénio Santos

## **ARMANDO CARVALHO:**

“Do que mais gosto na minha atividade médica é de poder conciliar a clínica, a investigação e o ensino”

Armando Carvalho, 63 anos, natural de Vila Franca de Xira, frequentou o ensino primário e secundário em Viseu e reside em Coimbra desde que iniciou o curso de Medicina na FMUC, onde se licenciou em 1978, com 18 valores. Doutorou-se em 1996, com a primeira tese em Portugal sobre hepatite C, e fez a agregação

da especialidade, o seu gosto por uma visão global do doente e pelo trabalho hospitalar fez com que hesitasse entre a Cirurgia Geral e a MI, optando pela segunda porque lhe dava mais liberdade e pelo desejo de ser “médico do doente no seu todo e não só de uma área ou de uma técnica específica”.



em Medicina Interna em 2005, na mesma Faculdade. Concluiu o Internato da especialidade de MI nos HUC, com classificação de 20 valores, em 1987. Desde 1988 que é especialista em MI pela OM. É assistente graduado sénior de MI desde 2004 e desde 9 de abril de 2018, após a fusão dos dois anteriores serviços, que dirige o Serviço de Medicina Interna do CHUC. Na FMUC, é professor catedrático, coordenador da área de Medicina do 6.º ano, diretor da Clínica Universitária de Medicina Interna e membro da Assembleia da Faculdade. É ainda presidente do Colégio de MI da OM e da Assembleia-Geral da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna e membro do Conselho Médico Legal. Não tinha médicos na família, a não ser um tio-bisavô, mas já no liceu a área das Ciências o atraía. Talvez a influência do médico que o acompanhava e à sua família em Viseu, que encarnava bem o espírito do que é ser médico, tenha tido peso na opção que tomou. Na escolha

Tem desenvolvido investigação clínica, com destaque para projetos em Hepatologia, área onde se diferenciou, incluindo estudos de sua iniciativa ou de grupos em que se insere e ensaios clínicos internacionais de fases 2 e 3. Questionado sobre a ocupação dos seus tempos livres, Armando Carvalho afirma: “Quando a própria profissão é algo que nos agrada muito e nos satisfaz plenamente quase pode ser vista também como um *hobbie*, mas tendo sempre em conta que a vida não se esgota no trabalho. Do que mais gosto na minha atividade médica é de poder conciliar a clínica, a investigação e o ensino, tendo sempre presentes as pessoas a quem podemos ser úteis.” No entanto, o médico, que é casado, pai de dois filhos e avô de um neto, ocupa o seu tempo livre com a família, os amigos, a ler, a ouvir música, ou a viajar. Gosta de desporto, tendo jogado futebol de salão durante vários anos, entre amigos e nos torneios do Hospital e da Faculdade.

Quando for criada, será a única unidade deste género no hospital. Atualmente, há duas de Cuidados Intensivos Polivalentes nos HUC e uma no HG; uma de AVC; outra de Gastrenterologia; uma de Cuidados Intensivos Coronários; e ainda uma Unidade de Tratamento de Insuficiência Cardíaca (UTICA).

“No CHUC, quando há uma pessoa gravemente doente e cujo perfil não corresponde a nenhuma das unidades existentes, ou é tratada numa enfermaria normal, onde as condições logísticas e técnicas não são as mesmas de uma Unidade de Cuidados Intermédios, em que o número de doentes por enfermeiro e o número de horas de apoio médico não são os adequados, ou, quando entram pela Urgência, ficam numa unidade tipo sala de observações”, menciona Arsénio Santos.

O médico explica que há muito tempo que se sente a falta de uma unidade em que possam ficar os doentes do foro médico que estejam instáveis, mas sem precisarem de cuidados intensivos, porque não necessitam de medidas muito invasivas, mas de vigilância apertada e de terapêutica específica.

Com a abertura da Unidade, serão criadas condições ideais para o seguimento dos referidos doentes, designadamente, equipa médica permanente, enfermeiros dedicados e equipamento de monitorização.

Arsénio Santos é também responsável pela gestão da Consulta de Medicina Interna e pela distribuição do espaço da

Consulta Externa (gabinetes) e dos horários, para que não haja sobreposição.

### Mais de 3500 consultas de doença hepática em 2017

Desde 2013 que Adélia Simão é responsável pela Consulta de Doença Hepática, criada em meados dos anos 80, com a designação de “Consulta de Doença Hepática Alcoólica”, integrada num programa de apoio ao Centro de Alcoologia de Coimbra. Segundo a médica, que coordena a Enfermaria A, a consulta é, atualmente, levada a cabo por cerca de 10 especialistas, havendo também um número variável de internos do 5.º ano da formação específica em Medicina Interna que escolhem participar nesta consulta. Em 2017, realizaram-se no Serviço 3456 consultas de doença hepática, sendo que 394 destas foram primeiras consultas. Adicionalmente, fizeram-se cerca de 300 consultas de Hepatologia de apoio ao transplante renal (consulta iniciada há cerca de 25 anos e atualmente coordenada por Jorge Leitão).

A cirrose, sobretudo alcoólica, é a doença mais prevalente, representando cerca de 70% dos casos. Há, depois, um número crescente de esteatohepatite não alcoólica e de doenças autoimunes hepáticas, designadamente, a hepatite autoimune, a colangite biliar primária, a colangite esclerosante primária e as hepatites virais (sobretudo a C).

Há também um elevado número de doentes que são referenciados pelos mé-



dicos de família para estudo de nódulos hepáticos (benignos ou malignos) detetados em ecografias feitas por outro motivo ou até mesmo de rotina.

A maioria dos doentes seguidos na Consulta é da região de Coimbra, embora seja também referenciado um número considerável de doentes da região centro e de outros pontos do país, assumindo-se o papel de hospital central, com tradição de referência de âmbito nacional.

No Serviço existe um aparelho “Fibroscan” de última geração que avalia não só a fibrose (por elastografia hepática transitória) como também a percentagem de gordura que existe no fígado

(Controlled Attenuation Parameter – CAP). Este aparelho, dentro do espírito da MI, está ao dispor de outros serviços do CHUC (Infeciologia e Gastrenterologia), sendo operado por médicos que foram formados por Adélia Simão. Efetuam-se também exames pedidos por outros hospitais do país, como Guarda, Viseu, Figueira da Foz, Leiria e Portalegre. O Serviço integra igualmente uma Unidade Funcional de Doença Hepática que, além da atividade clínica, organiza anualmente, desde há 30 anos, um Curso de Doenças Hepatobiliares, onde se reúnem os principais hepatologistas do país.

### Unidade de Envelhecimento Saudável e Ativo é um dos projetos em curso

Manuel Teixeira Veríssimo é outro dos rostos do Serviço, tendo feito toda a sua carreira nos HUC, desde o Policlínico até ao momento. É coordenador da Enfermaria C e da Consulta de Geriatria, criada há dois anos. Há mais de 25 anos que surgiu no médico o interesse pela Geriatria, área que está em desenvolvimento no Serviço, estando prevista a abertura, no espaço de um ano, da Unidade de Envelhecimento Saudável e Ativo, que se localizará no Hospital Geral e cujas instalações estão, neste momento, a ser preparadas. O internista explica que o projeto, financiado em 1 milhão e 100 mil euros, foi



Adélia Simão

## Criar um “verdadeiro” internamento domiciliário

Uma das ambições de Armando Carvalho é criar um “verdadeiro” internamento domiciliário, em articulação com o serviço domiciliário, que já existe há 60 anos e é pioneiro no país e a nível internacional. O diretor do Serviço de Medicina Interna defende, no entanto, que o internamento domiciliário deveria envolver igualmente a Medicina Geral e Familiar.

“Estamos a falar, sobretudo, de idosos com múltiplas patologias, polimedicados. Os especialistas em MGF são dos mais bem preparados para os tratar. Os hospitais deveriam ser reservados para doentes que necessitem de cuidados mais diferenciados, não tanto para aqueles que precisam de cuidados ge-

rais e medicação passível de ser efetuada no domicílio.”

No caso do CHUC, Armando Carvalho refere que continua a ser o maior centro hospitalar do país e, simultaneamente, o hospital concelhio (de nível 1, segundo a atual designação) de Coimbra e de todos os concelhos limítrofes, uma vez que todas as estruturas que existiam à volta deixaram de funcionar nessa perspetiva.

O internista lembra que, na Rede de Referência de MI, foi proposta a criação de hospitais de proximidade e internamento domiciliário para suprir a carência que existe nesse âmbito, deixando os hospitais mais diferenciados disponíveis para aquela que deve ser a sua tarefa prioritária.



## Hospital de Dia tem no HG uma atividade importante

Jorge Fortuna, Pedro Ribeiro e Ana Figueiredo coordenam as enfermarias do Hospital Geral (F, G e H, respetivamente). O Hospital de Dia localizado nesta unidade hospitalar está sob a responsabilidade de Jorge Fortuna e tem uma atividade importante. De acordo com o médico, o objetivo desta valência, criada em 2004, é “evitar internamentos, permitindo, simultaneamente, ver a atividade das doenças e efetuar os tra-

tamentos necessários” sobretudo aos doentes autoimunes, com diabetes, ou que tenham feito cirurgia bariátrica. Pedro Ribeiro coordena a Consulta de Diabetes que, segundo conta, é feita, neste momento, por mais cinco especialistas, além do próprio. Em 2017, realizaram-se 1539 consultas (300 primeiras). À segunda-feira, no HG, há uma reunião do Serviço, na qual participam os coordenadores das três enfermarias.

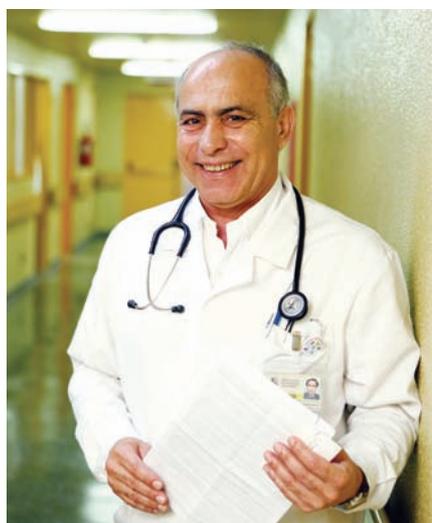


Pedro Ribeiro



Ana Figueiredo

um dos vencedores de um programa criado o ano passado pelo Ministério da Saúde, que disponibilizava 37 milhões de euros para projetos inovadores.



Manuel Teixeira Veríssimo

A Unidade será composta por internamento, com 30 camas, Hospital de Dia, consultas temáticas dedicadas a áreas como as quedas, a Gerontopsiquiatria e o sono, entre outras, e terá a particularidade de ter uma relação direta com os CSP, com a possibilidade de interação através de meios audiovisuais, como a videoconferência ou a teleconferência, havendo capacidade de continuar a seguir os doentes no domicílio em parceria

com os CSP e a hipótese de internar os doentes sem que estes tenham necessidade de passar pela Urgência.

Do projeto faz ainda parte acoplar uma Unidade de Orto geriatria no mesmo espaço (HG), especialmente dedicada às fraturas do colo do fémur nas pessoas idosas e que será gerida pela Medicina Interna, em parceria com a Ortopedia. A investigação está também contemplada, nomeadamente, através de uma parceria entre a FMUC e o Ageing@Coimbra.

O projeto inclui, igualmente, uma vertente de formação que Manuel Teixeira Veríssimo espera possa ter um desenvolvimento importante, até porque, neste momento, há poucos locais no país onde se possa fazer formação para os diversos tipos de profissionais, nomeadamente, médicos, enfermeiros, assistentes sociais e farmacêuticos.

Na área da Geriatria, o Serviço organiza anualmente um Curso Pós-Graduado sobre Envelhecimento, que reúne mais de 400 participantes e que terá este ano a sua 16.ª edição.

### **Nutrição: fazer o aporte médico de doentes que necessitam de um ajuste nutricional**

Lèlita Santos coordena a Enfermaria D e é, simultaneamente, responsável pelas consultas de Nutrição Clínica e de Doenças Autoimunes do polo HUC.

No que respeita à Consulta de Nutrição Clínica, iniciada por Helena Saldanha há mais de 45 anos, está atualmente a cargo de quatro especialistas, contando com o apoio de um nutricionista. O principal objetivo é fazer o aporte médico daquilo que está por detrás de uma má nutrição nos doentes com desnutrições graves,



Lèlita Santos

como, por exemplo, com problemas oncológicos, síndromes de má absorção ou síndromes do intestino curto. Nesta consulta são vistos, igualmente, obesos, doentes com síndrome metabólica e diabéticos que vão precisar de um ajuste nutricional.

É nesta consulta que tem origem a Comissão de Nutrição Hospitalar que, além dos médicos do Serviço, inclui cirurgiões, um nutricionista e um farmacêutico, equipa que dá apoio de consultadoria a todo o hospital no que concerne à terapêutica nutricional. A equipa médica da Consulta de Nutrição Clínica faz parte, também, da Unidade de Cirurgia da Obesidade.

Lèlita Santos acrescenta que à nutrição está ligada a Consulta de Nutrição do Centro de Referência de Doenças do Metabolismo, onde são vistos indivíduos com doenças metabólicas raras ou que são transferidos do Hospital Pediátrico, integrado nos CHUC, quando fazem 18 anos, ou ainda quando o diagnóstico é efetuado no próprio Serviço ou quando os doentes são enviados pela MGF ou por outros médicos do hospital.

### **Doenças autoimunes: duas consultas com uma experiência alargada**

Há, neste momento, duas consultas de Doenças Autoimunes Sistémicas. A que é desenvolvida nos HUC, coordenada por Lèlita Santos, e outra nos HG, cujo responsável é Jorge Fortuna.

A Consulta que tem lugar nos HUC/CHUC, criada há oito anos, mas que, na verdade, já existe há mais de 30, é assegurada, neste momento, por oito médicos. São ali observadas as mais diversas patologias, desde

as articulares até às autoimunes sistémicas, como, por exemplo, o lúpus eritematoso sistémico, as vasculites e as miosites. Quanto à esclerose sistémica, embora sendo uma doença autoimune rara, há muitos doentes seguidos na Consulta, pois já desde 1986 que é feito regularmente no Serviço o exame que diagnostica a patologia, a capilaroscopia, dispondo-se de um capilaroscópio com uma tecnologia muito avançada. Os doentes frequentam o Hospital de Dia da Unidade de Gestão Integrada para fazer os tratamentos.

A Consulta de Doenças Autoimunes

do HG, que existe há mais de 25 anos, também dispõe de um capilaroscópio e, segundo Jorge Fortuna, “as patologias mais frequentes ali seguidas são a artrite reumatoide e as espondilítrites, mas também há muitos casos de doenças sistémicas, nomeadamente, lúpus eritematoso sistémico, com cerca de 100 casos em seguimento, e outras, como a polimiosite ou a esclerose sistémica”. Quando necessário, os doentes frequentam o Hospital de Dia desta unidade hospitalar. Concretizada a fusão, a Consulta de Doenças Autoimunes Sistémicas do



Jorge Fortuna

CHUC passará a ser uma das maiores do país dedicadas a esta patologia.

#### Caminhar no sentido de uma Consulta de Risco Vascular

Pereira de Moura coordena a Enfermaria E. O assistente hospitalar graduado, que está ligado ao Serviço desde que concluiu a especialidade, em 1991, é responsável pela Consulta de Aterosclerose e HTA há 10 anos. Em declarações à *Just News*, o especialista menciona que, na prática, a Consulta, que foi criada há mais de 40 anos por Polybio Serra e Silva, é vocacionada para o risco vascular, esperando-se que, no futuro, possa evoluir oficialmente para uma Unidade ou Consulta de Risco Vascular Global. “Sabemos que o risco vascular não é estabelecido apenas por um fator, mas por vários”, refere, desenvolvendo que, além dos doentes dislipidémicos, que são em maior número, na Consulta são seguidos indivíduos obesos, hipertensos e diabéticos, bem como com risco global.

O médico refere que o objetivo é transformar a Consulta de Aterosclerose e HTA

numa Unidade de Risco Vascular Global, incluindo a realização de exames que neste momento são “imprescindíveis”, como a velocidade de onda de pulso, o índice perna-braço e o doppler carotídeo. Neste momento, já é feito o MAPA, existindo dois aparelhos para a sua realização. A Consulta dispõe ainda de um ecógrafo e espera-se que, em breve, exista a possibilidade de ter uma sonda que permite fazer o estudo do coração na HTA, com o intuito de avaliar se há sinais de sobrecarga cardíaca. “Queremos estudar cada vez mais de forma autónoma os nossos doentes do ponto de vista lipídico, através da realização de diversas análises”, referindo que, atualmente, existe também uma colaboração com o Instituto Ricardo Jorge, em particular com a investigadora Mafalda Bourbon, no estudo da prevalência da hipercolesterolemia familiar. A Consulta é, atualmente, desenvolvida por seis médicos, incluindo Pereira de Moura. No Hospital Geral há dois especialistas que se dedicam, fundamentalmente, ao estudo da HTA, embora também façam avaliação do risco global. De acordo com o responsável, é intenção ter alguns internos a fazer a Consulta, na perspectiva de mantê-la. Pereira de Moura realça o programa de

## Enfermeiros: uma “peça fundamental” no Serviço

Enfermeiro há 36 anos, Fernando Mateus é, neste momento, enfermeiro-chefe da Enfermaria A do Serviço de Medicina Interna, liderando uma equipa de 30 profissionais de Enfermagem. Trabalhou sempre em Medicina Intensiva no Hospital Geral até 2014, altura em que integrou o Serviço de Medicina A.



Fernando Mateus

“Temos cada vez menos doentes para estudo propriamente dito, porque este é feito crescentemente em regime de ambulatório, com doentes crónicos que vão sofrendo agudizações, com internamentos múltiplos e, muitas vezes, sucessivos e quase ininterruptos”, realça. Fernando Mateus destaca a importância do trabalho dos enfermeiros que, na sua opinião, são “uma peça fundamental no Serviço”, assegurando toda a prestação de cuidados de que os doentes necessitam. “Além da prestação em ambiente hospitalar, preparamos o regresso a casa”, diz, acrescentando que, além disso, tratam também da gestão das admissões e das altas.

O profissional faz questão de salientar o papel dos assistentes operacionais na colaboração com os procedimentos de enfermagem, posicionamentos, higiene do doente e higienização de todos os espaços que dizem respeito ao doente.

## Ensino e investigação são vertentes fortes no Serviço

O Serviço tem, segundo Armando Carvalho, uma atividade universitária “muito importante”, constituindo também a Clínica Universitária de Medicina Interna, criada pelos recentes Estatutos da FMUC, e que igualmente dirige. O médico destaca, no entanto, que, embora haja legislação, nunca houve um correto entendimento do papel dos hospitais universitários que, na sua opinião, deviam passar também por um dimensionamento diferente das equipas. Neste momento, o Serviço de Medicina

Interna do CHUC tem sete médicos doutorados, dos quais cinco são regentes de várias unidades curriculares do Mestrado Integrado em Medicina: Clínica Médica – área de Medicina do 6.º ano (Armando Carvalho), Propedêutica Médica (Rui Santos), Geriatria (Teixeira Veríssimo), Nutrição Clínica (Lêlita Santos), Introdução à Prática Médica II e III (Lêlita Santos e Pereira de Moura). Um dos médicos doutorados é o regente da área de Medicina Geral e Familiar no 6.º ano (José Manuel Silva).

Armando Carvalho realça também o envolvimento na investigação, sobretudo nas áreas a que o Serviço se dedica mais, como a Hepatologia, as Doenças Autoimunes, a Aterosclerose, a Nutrição ou a Geriatria. Só não se faz mais porque há demasiadas tarefas para realizar, isto para o número de elementos que constituem a equipa médica. Apesar das limitações, a produção científica também tem vindo a crescer, com o aumento do número de comunicações e de publicações em revistas indexadas.



Pereira de Moura

formação que é desenvolvido, muito vocacionado para a Medicina Geral e Familiar e para outras áreas específicas, designadamente, Cardiologia, Endocrinologia e Nefrologia, sendo ministrados cerca de 3-4 *workshops* de lípidos por ano, essencialmente práticos, onde são apresentados casos clínicos da Consulta.

#### Consulta de Insuficiência Cardíaca com início para breve

Pelo facto de a insuficiência cardíaca (IC) ser uma doença sistémica frequente em

doentes com morbilidades associadas que são da área da Medicina Interna, considerou-se que havia lugar a uma dedicação mais especializada e direcionada ao problema no Serviço, estando a ser operacionalizada uma Consulta de IC que já foi aprovada e que se estima seja oficialmente iniciada em setembro. A internista Patrícia Dinis, que é a sua impulsora e será a sua coordenadora, realça que, até aqui, já existia uma boa articulação com o Serviço de Cardiologia, o qual já tem uma Consulta de IC. A nova



Patrícia Dinis

Consulta, integrada no Serviço de Medicina Interna, destina-se a doentes que precisam de seguimento das suas comorbilidades e que não necessitam de intervenções específicas da Cardiologia. "Não há qualquer conflito por existirem duas consultas. Antes pelo contrário, há uma vontade e uma disposição para trabalhar em conjunto", realça Patrícia Dinis, que contará com a colaboração de dois colegas para realizar a Consulta.

## "A Medicina é uma arte e uma ciência"

A ligação de Rui Marques dos Santos ao Serviço iniciou-se em 1980, ainda como interno. Além de coordenar a Enfermaria B, o assistente graduado sénior de MI é regente da cadeira de Propeidética Médica e professor associado com agregação da FMUC. Falando à *Just News*, o especialista chama a atenção para a importância de os alunos de Medicina terem uma formação global em relação às especialidades.

"Hoje, além de haver uma determinada tendência a segmentar os doentes, há uma carência muito grande no que diz respeito à comunicação. Um médico não é um técnico. A Medicina é uma arte e

uma ciência. Nesse sentido, a preparação dos futuros médicos é crucial", diz. De acordo com o médico, no último ano letivo, frequentaram a cadeira de Propeidética Médica uns 325 alunos, ou seja, uma média de 25 por turma, número que Rui Marques dos Santos considera "impensável".

"É a primeira vez que o médico tem um contacto real com o doente. Apesar de todas as dificuldades, continuamos a insistir que haja este contacto, porque a comunicação que existe entre os dois é extremamente complexa, exigindo uma gestão de emoções, além da compreensão", refere.



Rui Marques dos Santos

## Internato médico

Uma das atividades nobres do Serviço de Medicina Interna prende-se com a formação médica pós-graduada no âmbito do internato médico. A capacidade formativa do Serviço compreende cerca de 46 internos da formação específica de MI, tendo ainda em estágio cerca de 25 médicos de outras especialidades e internos do Ano Comum. Segundo Armando Carvalho, "o cumprimento dos programas de formação é um compromisso do Serviço", que procura ainda proporcionar aos internos a possibilidade de fazer investigação (alguns são alunos do programa de doutoramento da FMUC) e de realizar estágios noutros serviços e instituições de referência, incluindo no estrangeiro. A coordenação do internato é assessorada por Sara Leitão. Para além da sua formação, os internos "são imprescindíveis ao cumprimento da missão do Serviço, sendo o seu trabalho inquestionavelmente importante, sempre feito sob supervisão, mas com autonomia crescente".

"Queremos que os internos cresçam e se afirmem, levando a marca do Serviço, de modo a serem uma referência onde quer que venham a trabalhar. Ver como os nossos ex-internos são considerados pelos seus pares, quer os que ficam conosco como especialistas, quer os que exercem em vários outros hospitais, é uma das maiores gratificações que podemos ter", reconhece Armando Carvalho.



## Serviço em números (2017)

### Consultas

Medicina Interna: **19.513 (4416 primeiras)**

Doenças Autoimunes: **5310 (508 primeiras)**

Doença Hepática: **3456 (394 primeiras)**  
**+ 300 na transplantação renal**

Aterosclerose e HTA: **1954 (178 primeiras)**

Nutrição Clínica: **1231 (191 primeiras)**

Geriatria: **262 (52 primeiras)**

Diabetes: **1539 (300 primeiras)**

Cuidados Paliativos: **83 (61 primeiras)**

Internamentos: **7968**

Demora média: **8,77 dias**

Taxa de mortalidade: **12,52%**

Taxa de ocupação: **102,4%**

Idade média dos doentes: **> 75 anos**

Atos médicos em Hospital de Dia: **> 500**

### Exames

Elastografia hepática transitória: **> 1200**

Capilaroscopia: **> 200**

MAPA: **> 100**