



**LIVE**

# MEDICINA INTERNA

Publicações

**JN** justNews

DIRETOR: JOSÉ ALBERTO SOARES  
TRIMESTRAL | ABR./MAI./JUN. 2018  
ANO 4 | NÚMERO 14 | 3 EUROS  
WWW.JUSTNEWS.PT

**EM LISBOA  
E EM BRAGA**

A receção aos novos  
internos de 2008

*Estevão de Pape,  
presidente do 24.º CNMI:*

**"RELAÇÃO DO INTERNISTA  
COM O DOENTE NÃO PODE  
TER MARGENS QUE A LIMITEM"**

**SPMI e APMGF  
reforçam cooperação  
e alinham posições**





# sumário

## Entrevista

- 08** Estevão de Pape, presidente do 24.º Congresso Nacional de Medicina Interna  
 “Precisamos de trabalhar em conjunto, em prol do bem da pessoa com diabetes. Sou muito a favor de pontes”

## Reportagem

- 20** Serviço de Medicina Interna do Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro  
 O desafio de conseguir o equilíbrio entre os cuidados de que a população necessita e os recursos disponíveis
- 26** Unidade Integrada de Diabetes, Centro Hospitalar Oeste - Unidade de Caldas da Rainha  
 Diminuir as amputações com o apoio da Cirurgia Geral

## Discurso direto

- 16** Maria Teresa Cardoso  
 Niemann-Pick tipo C
- 29** Tiago Judas  
 Terapêutica anticoagulante oral - um duelo de gerações
- 34** André Rodrigues  
 Voluntariado médico em Timor-Leste

## Notícias

- 18** APMGF e SPMI reforçam cooperação e alinham posições  
 Através de um Memorando de Entendimento
- 19** Desenvolver competências para uma “identificação precoce da doença”  
 4.º Curso Clínico de Autoimunidade
- 28** Curso de receção aos novos internos de 2018  
 Em Lisboa e em Braga
- 32** Novo presidente da Sociedade Portuguesa de Aterosclerose  
 Manuel Teixeira Veríssimo tomou posse

## Espaço Internos

- 35** Miguel Romano  
 Medicina Interna... porquê?
- 36** Carla Araújo  
 O que o NIMI mudou na minha vida?
- 37** Paula Marques Ferreira  
 Ser interno de MI no... CH de Vila Nova de Gaia/Espinho
- 38** Carina Silva  
 Interna e orientadora de formação – a minha experiência



20



26



32



PUBLICIDADE

## Dirigentes da EFIM em Portugal

Dirigentes máximos da Federação Europeia de Medicina Interna (EFIM, em inglês) estiveram em Lisboa, no âmbito da preparação do Congresso Europeu de 2019, que terá



Nicola Montano, Runólfur Pálsson e Luís Campos



como palco a capital portuguesa. Luís Campos, presidente da SPMI, recebeu o holandês Frank Bosch (presid. cessante), o italiano Nicola Montano (presid. eleito) e o islandês Runólfur Pálsson (presid. atual). As fotos documentam a visita à sede da SPMI.



**Foto da capa**  
Estevão de Pape fotografado na sua casa, em Lisboa.

## O papel da MI no ensino médico e na investigação



Três dezenas de internistas participaram, dia 20 de janeiro, na sede da SPMI, numa reunião de trabalho com a qual se pretendeu refletir sobre o papel da MI no ensino e a promoção da investigação entre internistas – analisaram-se problemas existentes e propuseram-se planos de ação.

## A equipa do HGO por detrás do 24.º CNMI



**Presidente do Congresso**  
Estevão de Pape **1**

**Secretários-gerais**  
Pedro Correia Azevedo **2**  
Rita Nortadas **3**

**Tesoureira**  
Conceição Escarigo **4**

**Comissão Organizadora**  
Mário Amaro (Presidente) **5**  
Ana Gomes **6**  
Ana Luísa Broa **7**  
Catarina Bekerman **8**  
Inês Pintassilgo **9**  
Melanie Ferreira **10**  
Pedro Beirão **11**  
Tiago Judas **12**  
Vitória Cunha **13**

**Comissão Científica**  
Francisca Delerue (Presidente) **14**  
Ana Glória Fonseca (Vice-presidente) **15**

### LIVE Medicina Interna

**Diretor:** José Alberto Soares **Assessora da Direção:** Cláudia Nogueira **Assistente de Direção:** Coreti Reis **Redação:** José Ramalho, Maria João Garcia, Sílvia Malheiro, Susana Catarino Mendes **Fotografia:** André Roque, 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, España **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



# 24<sup>o</sup> Congresso Nacional de Medicina Interna

## MEDICINA INTERNA 100 MARGENS

31 maio /  
3 junho / 2018

Palácio de Congressos  
do Algarve – Salgados

### ORGANIZAÇÃO



Rua Tóris Portuguesa, nº8, 2<sup>o</sup> - Sala 7/9  
1750-292 Lisboa  
T: +351 21 7520570/8 | F: +351 21 7520579  
W: www.spmi.pt

**PRESIDENTE DA SPMI**  
Luís Campos

**PRESIDENTE DO CONGRESSO**  
Estevão de Pape

**SECRETÁRIOS GERAIS**  
Pedro Correia Azevedo  
Rita Nortadas

**TESOUREIRA**  
Conceição Escarigo

### COMISSÃO ORGANIZADORA

**Presidente** Mário Amaro  
Ana Gomes  
Ana Luísa Broa  
Catarina Bekerman  
Elena Pirtac  
Inês Pintassilgo  
Melanie Ferreira  
Pedro Beirão  
Tiago Judas  
Vitória Cunha

### COMISSÃO CIENTÍFICA

**Presidente** Francisca Delerue  
**Vice-Presidente** Ana Glória Fonseca  
Alexandra Reis  
Henrique Santos  
João Namora dos Santos  
Vanda Spencer

### CONSULTAR PROGRAMA



### SECRETARIADO

**admedic+**  
ORGANIZAÇÃO E SECRETARIADO  
DE EVENTOS

Calçada de Arroios, 16 C, Sala 3  
1000-027 Lisboa  
T: +351 21 842 97 10  
F: +351 21 842 97 19  
E: paula.cordeiro@admedic.pt  
W: www.admedic.pt

### AGÊNCIA DE VIAGENS OFICIAL

**admedic+**  
**Tours**

Calçada de Arroios, 16 C, Sala 3  
1000-027 Lisboa  
T: +351 21 841 89 50  
F: +351 21 841 89 59  
E: paula.cordeiro@admedictours.pt  
W: www.admedictours.pt | RNVVT 2526

### MAJOR SPONSOR



ESTEVIÃO DE PAPE, PRESIDENTE DO 24.º CONGRESSO NACIONAL DE MEDICINA INTERNA:

“A colaboração do internista com o paciente e a sua família não pode ter margem



# o doente ens que a limitem”



***Há várias paixões na vida de Estevão de Pape: a Medicina Interna, a diabetes e a caça e conservação da natureza. Grande defensor do trabalho em equipa, da modernização e do rigor científico, é um homem que gosta de trabalhar. Um hábito que foi beber ao seu avô, húngaro, o primeiro doutorado em Reumatologia do mundo e um dos fundadores do IPR. À Just News fala da sua vida profissional e de como gosta de construir pontes.***

**Just News (JN) – Onde nasceu?**

**Estevão de Pape (EP) –** Nasci em Lisboa, em 1954. E foi sempre aqui que vivi.

**JN – Mas as suas origens são da Hungria, certo?**

**EP –** Sim, o meu pai era húngaro. Aliás, a minha família paterna é da Hungria. A sua ligação a Portugal remonta ao meu avô, Luís de Pap, que foi o primeiro professor e doutorado de Reumatologia do mundo, em Budapeste, e um dos fundadores do Instituto Português de Reumatologia.

Em 1944, o meu avô e a restante família tiveram de abandonar Budapeste, devido aos bombardeamentos da II Guerra Mundial. Na altura, o meu pai tinha 19 anos. Foi um tempo muito difícil também pelo facto de o meu tio ter desaparecido – apareceu mais tarde –, após ter sido raptado pelo Exército Vermelho da URSS. Os meus avós tinham um grande amigo, o arquiduque Jose Arpad, da casa Habsburgo-Ramo Húngaro, que os acompanhou nesta saída do país. Não havia condições para ficarem. Além da Guerra, o meu avô, que era diretor de todos os hospitais termais de Budapeste – em especial do então Hospital Termal Gellert –, tinha sido, entretanto demitido, pelo governo nazi húngaro.

Dirigiram-se, nessa altura, para a Áustria, que estava sob ocupação do Exército Aliado, com o objetivo de ficarem poucos meses. Aliás, o meu pai, após o fim da Guerra, ainda foi a Budapeste, mas a cidade estava destruída e não havia condições de voltar a curto prazo. O meu avô acabou por não voltar e começou a trabalhar na British Red Cross.

**JN – E como é que chegou a Portugal para fundar o IPR?**

**EP –** Tendo estudado em Viena, na Áustria, o meu avô trabalhou com os conhecidos Wenckebach e Eppinger. Mais tarde, em 1929, foi secretário-geral do 1.º Congresso Internacional de Reumatologia e foi um dos nove fundadores da Liga Internacional Contra o Reu-

matismo (ILAR). Após a Guerra, viajou para Zurique, na Suíça, onde se encontrou com o seu amigo Prof. Bani que, num congresso internacional, lhe apresentou o Dr. Assunção Teixeira, um dos discípulos do Prof. Pulido Valente, que já se dedicava às doenças reumáticas em Portugal. Foi assim desafiado a vir para o nosso País, onde também já estava o Arquiduque Jose Arpad, seu grande amigo.

Inicialmente, o seu objetivo era ir para a Clínica Mayo, nos EUA. Nunca pensou na obra que poderia fazer em terras lusas. Nos EUA, em 1949, encontrou-se com Philip Hench, durante o Congresso da ILAR, onde estava com o Dr. Assunção Teixeira, tendo trazido essa “novidade” do cortison (cortisona) para Portugal. Foi, inclusive, notícia no *Diário Popular*. Foi a partir daí que, com o Dr. Assunção Teixeira, acabou por ajudar a fundar o IPR.

**JN – Mas a sua mãe era portuguesa?**

**EP –** Sim, era da Lamasosa, uma aldeia no norte ribatejano. Era de uma família rural, da burguesia rural, e o seu jeito de “maria-rapaz” conquistou-o. Era uma mulher que amava a vida no campo, os cavalos e que mais tarde ainda foi à caça com o meu pai. Era enfermeira de formação. Somos 4 irmãos, dos quais sou o mais velho, e passávamos os meses de verão na aldeia, no meio do campo e dos cavalos. Aliás, ainda cheguei a ser aluno do Mestre Nuno Oliveira, daí este gosto pelos cavalos, além de ter herdado do meu avô e do meu pai a grande paixão pela caça e o olhar de forma diferente a natureza e os animais silvestres.

Sempre vivi em Lisboa, mas tenho esta ligação à Hungria e à Lamasosa. No caso da Hungria, é curioso o chamamento de sangue que sinto porque, hoje em dia, só lá vivem uns primos afastados. Mas tenho de ir lá, passear por Budapeste... Não sei explicar. Mas nunca pensei em ir viver para esse país. Gosto muito de Portugal. Mas esta ligação sempre foi muito forte. Não falo húngaro, mas entendo algo. Aliás, em criança, rezava



Primeira página do jornal em que se noticia que o avô trouxe a cortisona para Portugal

Na Lamarosa, aos 8 anos, nas férias de verão



Lamarosa, em 1974



Sob a liderança de Pedro Eurico Lisboa



Estevão de Pape com os seus netos



em húngaro, o meu pai ensinava frases simples... talvez um dia fosse preciso!

Mas a minha grande ligação é a Lamarosa, à terra e ao aroma familiar, onde fui criado. Agora mais nostálgico, mas sempre presente...

**JN – O que aprendeu mais com os seus pais e o seu avô?**

**EP –** Com a minha mãe aprendi sobretudo o amor de mãe (faz-me tanta falta!), o amor à natureza, ao campo, aos cavalos, o gosto pela pintura e, obviamente, essa doença do colecionismo. A minha mãe tinha uma força contagiante e um amor sereno, mas muito forte, pelas coisas da vida, era exigente em tanta coisa... mas serena noutras. Deixa uma memória incrível da Lamarosa e, como todas as mães, deixou vida...

Com o meu pai aprendi a não ser muito agarrado às coisas, o que é, por vezes, difícil. Ele perdeu tudo na Hungria e era aquilo a que se chama um homem BOM. Apendi, claro, a paixão pela natureza e pelo mundo dos bichos. Era um homem muito sereno e calmo, fazia sempre a paz e em paz sempre viveu, ensinou-me a ter paz comigo próprio e com os outros. Mesmo com estas

coleções, não sou uma pessoa muito dada a bens materiais. Marca-me muito pensar que o meu pai e o meu avô saíram de casa num dia e não mais voltaram... Por vezes, não pensamos que tudo se pode fazer de novo, mesmo quando perdemos tudo. A única coisa que o meu avô levou foram os documentos que comprovavam que ele era médico. Isso fez toda a diferença para ter a sua vida profissional mais tarde. Do meu avô, herdei o ponto de vista rigoroso e científico.

**JN – Integrou também uma equipa médica da postulação dos santos Francisco e Jacinta, em Fátima. Como foi essa experiência?**

**EP –** A minha mãe era servita em Fátima, ainda tenho cartas de namoro do meu pai a dizer que iria ter com ela na Cruz Alta, no dia 13 de maio. Também o meu pai, embora sendo em jovem calvinista, converteu-se ao catolicismo, era muito amigo do padre Luis Kondor – também húngaro – e postulador da causa e da mensagem dos Pastorinhos, que me solicitou apoio científico para a sua canonização, que nessa data já eram beatos. Assim, colaborei nessa missão de apreciação de um caso do ponto de vista médico. O padre Luís Kondor era um



homem fantástico, sobretudo na mensagem de Fátima, quer para os que acreditam, como para os outros. Estará sempre na minha vida o convívio com ele.

Esta questão da postulação envolve sempre uma equipa médica e outra teológica. Apenas os casos considerados incuráveis pela atual Medicina são aceites como milagre, ou seja, os médicos podem ser ou não católicos. A Congregação dos Santos em Roma e o Papa têm sempre a palavra e a decisão final.

#### JN – É crente?

**EP** – Sou católico, sim. O meu avô era calvinista, chegou mesmo a ser pastor antes de ser médico, e o meu bisavô foi pastor calvinista e um reconhecido teólogo.

#### JN – Entre tantas atividades, o que não deixa mesmo de fazer todos os anos?

**EP** – Ir ao campo, ter contacto com a natureza, ir à Lamarosa. Se possível, estar entre 3 a 5 dias numa serra, sem rede, em contacto puro com a natureza. Nesses dias, estou isolado, não há telemóveis, computadores, nada, apenas eu. Se possível, viajar, conhecer o mundo e ir à Hungria com alguma regularidade. Mas, sobretudo,

"MARCA-ME MUITO PENSAR QUE O MEU PAI E O MEU AVÔ SAÍRAM DE CASA NUM DIA E NÃO MAIS VOLTARAM... POR VEZES, NÃO PENSAMOS QUE TUDO SE PODE FAZER DE NOVO, MESMO QUANDO PERDEMOS TUDO."

do, pensar todos os dias que é muito bom ter família. E lembrar-me da minha mãe e do meu pai e... que bom que é ter filhos e netos...

#### JN – É também um colecionador...

**EP** – Compulsivo! Isso aprendi com a minha mãe. Coleciono binóculos antigos, espingardas de caça antigas, cigarreiras antigas, documentos antigos, livros de caça, canivetes de bolso (tenho centenas...). Em casa, tenho um candeeiro que é uma espingarda e outro que é uma bala de canhão eletrificada. Também tenho muitos quadros pintados pela minha mãe, que são um tesouro! Foi autora de obras lindíssimas! Na pintura, sou um apaixonado de Carlos Reis e Veloso Salgado (nasci com eles nas paredes) e na escultura de Soares dos Reis – olho com "olhos meus" a "Flor Agreste", quando vou ao Porto tento espreitá-la sempre. Mais recentemente, tenho um "olhar profundo" da pintura de Paz Andrade e, claro, Miró e Picasso. E, claro, guardo os vários troféus de caça, só os meus! Os meus netos são 7, gostam muito de ver as minhas coleções, mas não se pense que há problemas por causa das armas. Eles sabem que são para caçar. Lembro-me que o meu pai nos dizia sempre: armas para caçar. Nem um pau de vassoura poderíamos apontar a quem quer que fosse e se brincássemos aos *cowboys* era com arco e flecha.

#### UMA CARREIRA SEMPRE DE MÃOS DADAS COM A DIABETES

#### JN – Face a essa ligação familiar ao mundo da Medicina, ser médico acabou por ser inevitável?

**EP** – Sem dúvida! Fui educado para ser médico. O meu pai não terminou o curso de Medicina, mas teve um futuro feliz em Portugal, porque sabia seis línguas e isso ajudou-o como tradutor e, mais tarde, como sócio de uma imobiliária na zona do Estoril. Mas o meu avô deixou um enorme legado e admito que nunca me vi a exercer outra profissão.

#### JN – Como surgiu depois o interesse pela Medicina Interna?

**EP** – O meu primeiro pensamento foi a Reumatologia. Fui para a atual Nova Medica School - Faculdade de Ciências Médicas -, e no Internato Policlínico optei por ir para o Hospital de Santa Maria (HSM). Quando cheguei fui integrado no Serviço de Medicina IV, sob a direção do Prof. Fernando Pádua. Nessa altura, acabei por ficar na equipa dos primeiros internos de Reumatologia de Portugal, que eram o Dr. José Canas da Silva, de quem fui interno, e o Dr. José Carlos Teixeira da Costa, do Núcleo de Reumatologia do HSM, dirigido pelo Prof. Viana Queiroz, a quem devo muito o "recordar" da vida e obra do meu avô, mais tarde com o ânimo dos Drs. Canas da Silva e António Vilar do IPR e ainda do Prof. Bela Gomor, que foi "reintegrado" e homenageado na Universidade de Budapeste (1994).

Depois, quando fiz exame para a especialidade, apenas havia uma vaga para Reumatologia e não entrei. Fui então para Medicina Interna, porque na altura, ao fim de um ano, podíamos eventualmente passar para a Reumatologia. Mas fiquei na equipa do Prof. Pedro Eurico Lisboa, tendo sido interno do Dr. Bragança Parreira. E, findo esse ano, não quis mais ir para Reumatologia, pois, fiquei fascinado e conquistado com a Medicina Interna e a Diabetologia Clínica.

#### JN – Pedro Eurico Lisboa foi então quem lhe despertou o interesse pela diabetes, uma doença a qual sempre se dedicou?

**EP** – Sim, ainda hoje, é a escola do Prof. Pedro Eurico Lisboa que nos orienta no nosso trabalho na área da diabetes. Entusiasmei-me muito com o trabalho desenvolvido na Clínica da Diabetes e Nutrição do HSM pela pessoa com diabetes e acabei por terminar a especialidade em Medicina Interna, nunca descurando a Diabetologia e o humanismo e rigor com as pessoas com diabetes do Prof. e a sua escola diabetológica.

Ainda fiz estágio em Paris, onde tive contacto com um Hospital de Dia e com a terapêutica das injeções múltiplas de insulina – que hoje em dia é comum –, no Serviço de Diabetologia do *Hotel Dieu*, do Prof. Thoubrustsky. Lembro-me que as seringas ainda eram de vidro, ainda nem existiam canetas, quanto mais bombas perfusoras de insulina... Depois, em Portugal, também aprendi muito com o Dr. Jorge Caldeira, um internista de mão cheia. Voltando ao Prof. Pedro Eurico Lisboa, não posso também deixar de salientar a sua forma humana e absorvente de trabalhar, assim como a aposta na educação terapêutica, que atualmente está à cabeça de quaisquer *guidelines*. Um ensinamento que muito bebi com Ernesto Roma, já que o Prof. iniciou a sua vida diabetológica na Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal.

E, muito importante, não posso esquecer o exemplo do Prof. Fernando Pádua, que foi o pioneiro da prevenção. Foi ele que começou a ir à televisão falar sobre a importância dos estilos de vida saudáveis. Na altura, havia quem considerasse esta aposta ridícula, hoje em dia, sabemos como é essencial...

#### JN – Quando é que foi para o Hospital Garcia de Orta (HGO)?

**EP** – Após a especialidade, fiquei um ano no HSM e fui

docente do Ciclo de Estudos Especiais de Diabetologia do Serviço de Medicina IV do HSM- FMUL. Passado um ano, o Prof. Manuel Carrageta convidou-me para ir para o novo hospital que iria abrir em Almada. Fiquei na dúvida, mas falei com o Prof. Pedro Eurico Lisboa e não me esqueço das suas palavras: "Tens que ir, prefiro metástases à distância do que o crescimento do tumor primitivo." Isto é, ele ficava mais satisfeito que os seus discípulos fossem trabalhar noutros hospitais, para levarem a sua Escola. E foi isso que aconteceu comigo e com outros. Um bom exemplo é o Dr. Rui Duarte, hoje presidente da Sociedade Portuguesa de Diabetologia. No HGO integrei o Serviço de Medicina do Dr. Álvaro Carvalho e acabei por fundar a Consulta de Diabetes, em 1991. E aí tenho feito a minha carreira médica. Fui nomeado, logo no início, chefe de equipa do Serviço de Urgência e responsável por uma "tira de Medicina" nessa área. Mais tarde, o Dr. Álvaro Carvalho, como diretor clínico, desafiou-me para a Direção do Serviço de Urgência, onde estive 7 anos, mas nunca deixando a diabetes. Posteriormente, fui nomeado para a Direção do Serviço de Consulta Externa e ainda para coordenador da Equipa de Apoio à Gestão do Internamento - EAGI (Gestão de Camas). Nesta área, fomos inovadores com o Internamento Centralizado e Programado, com a ferramenta informática *WithBoard*, que permite ter noção do que se passa em todo o hospital no âmbito do internamento. No HGO tem sido uma experiência muito enriquecedora, é com orgulho que denoto que estou a deixar discípulos e uma equipa para dar continuidade ao trabalho. Este espírito de deixar equipa devo-o muito à força do Prof. Pedro Eurico Lisboa, que continua a ser Escola na Diabetologia.

#### JN – Mas também está no setor privado.

**EP** – Estou no SAMS há 27 anos, onde também ajudei a criar a Clínica SAMS da Diabetes. Mas aceitei este desafio a convite do Dr. Adalberto Campos Fernandes, o atual ministro da Saúde, porque o SAMS não é bem um privado em termos de organização... Sou um "verdadeiro produto" do Serviço Nacional de Saúde, acredito no SNS e toda a minha progressão de carreira tem sido no SNS. Sejam realistas, o apoio às pessoas com diabetes acontece no setor público! A maioria destes utentes é tratada, e com qualidade, no SNS.

#### JN – Os internistas devem ser os gestores do doente nas Urgências ou nos Serviços Cirúrgicos?

**EP** – Defendo a sua presença, mas há um problema que precisa ser resolvido... Quem se dedicar, em exclusivo, às Urgências ou aos Serviços Cirúrgicos, depara-se, atualmente, com um enorme problema. Como vai progredir na carreira? Fiz urgência até aos 60 anos, estou na direção da Consulta Externa e na Gestão de Internamento. Tenho visão global do hospital e do seu funcionamento e percebo esta dificuldade... Nos EUA temos os hospitalistas, mas será a solução? Nesse país, as carreiras não são como em Portugal e o próprio sistema de saúde é diferente.

#### JN – O facto de as urgências estarem sobrecarregadas também não ajuda. Que solução pode existir?

**EP** – Existência de um médico assistente. Quem tem

febre não deve ir a nenhuma urgência, seja no hospital ou numa unidade de cuidados primários. Deveria pedir ajuda ao médico assistente, que pode ser o médico de família. Os especialistas em Medicina Geral e Familiar deveriam vestir mais este papel. No SNS, devemos todos fazer um esforço real para que seja a pessoa com doença a estar no centro do sistema e não o contrário.

#### JN – No HGO existe uma aposta na interligação com os cuidados de saúde primários (CSP). O que pensa disso?

**EP** – Sou completamente a favor. Nesse âmbito, colaboro muito na integração de cuidados e no simplificar e agilizar da articulação entre o hospital e as USF e UCSP. Acredito muito nos cuidados integrados e, na área da diabetes, são visíveis os frutos desta relação de proximidade e deste diálogo entre todos, em Almada. O exemplo está nos programas integrados, como rastreios, High Users – que visa identificar os utentes que, em conjunto, se dirigem à sua urgência, sem que a gravidade das situações o justifique – e consultadoria nas USF. E, sobretudo, na implementação da Unidade de Hospitalização Domiciliária, projeto pioneiro em Portugal.

#### JN – Face a essa articulação, as unidades coordenadoras funcionais da diabetes (UCFD) são a solução para todas as regiões do País?

**EP** – Não sei bem! Sou a favor da integração de cuidados, mas o modelo UCFD é demasiado piramidal, o que tem gerado atritos nalguns locais. O simples facto de o coordenador, por vezes, ser o médico de família já cria alguma distância face ao hospital... Mas estes problemas também têm subjacente o facto de não se ter qualquer apoio da parte do Programa Nacional para a Diabetes da Direção-Geral da Saúde. Desde 1 de janeiro que não temos um diretor...

Há algumas situações delicadas, porque estes atritos devem-se também a questões remuneratórias, de progressão de carreira, de reconhecimento da mais-valia, por exemplo, da Medicina Interna. Mas aí quem tem culpa também é o internista, que não sai do hospital e não vai ter com o médico de família...

Sou coordenador da Consulta a Tempo e Horas no HGO e noto a diferença que existe, pela positiva, no modelo de primeiras consultas em Almada, porque há comunicação entre o HGO e as USF e UCSP. É necessário mais diálogo "pessoalizado", o exemplo do HGO é bom.

#### JN – Ainda relativamente à comunicação entre especialidades, na diabetes, como deve ser a interligação entre a Medicina Interna e a Endocrinologia?

**EP** – É como o lema do Congresso. Sem margens. Trata quem sabe, quem tem conhecimentos e experiência na área da diabetes, daí que defenda a credenciação e a diferenciação dos profissionais. Há internistas que não se interessam pela diabetes, assim como endocrinologistas. Inevitavelmente, temos que saber tratar uma pessoa com diabetes, mas, quanto à doença em si, é preciso apostar em quem realmente sabe...

#### JN – Deve ser criada a especialidade ou a competência de Diabetologia?

**EP** – A especialidade não, não é necessária. O que



os médicos devem ser é competentes sejam numa especialidade ou noutra. Volto a frisar que o mais importante é existir uma creditação, um reconhecimento de quem sabe, o que implica respeito interpares e para com os doentes.

#### JN – Mas todos os internistas devem ter conhecimentos em Diabetologia?

**EP** – Não! Em Diabetologia Clínica, não. Obviamente que todos os internistas, assim como os endocrinologistas e os médicos de família, têm de saber tratar uma pessoa com diabetes, mas não temos todos que nos especializar em Diabetologia, VIH ou doenças autoimunes, por exemplo. Deve-se, contudo, investir numa equipa colaborante, não deve haver portas fechadas, porque quem vai sofrer as consequências são os doentes e não os médicos. Ninguém tenha dúvidas quanto a este facto! Infelizmente, em Portugal, isto é um problema complicado, mas em Espanha não nos deparamos com esta questão. Se há um médico que trata a diabetes, ninguém lhe vai perguntar qual é a sua especialidade! Quando estive no Hotel Dieu, em Paris, ninguém me perguntou o que era, na Joslin Clinic, provavelmente, também não...

Como coordenador do Núcleo de Estudo da Diabetes *Mellitus* (NEDM) da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna (SPMI), tudo tenho feito para congregar esforços. Independentemente da especialidade, precisamos trabalhar em conjunto, em prol do bem da pessoa com diabetes. Sou muito a favor de pontes. Já o meu pai era um homem muito bom, que sabia criar pontes e gerir



"NOS DIAS DE HOJE, A DIABETES EXIGE CONHECIMENTO SÓLIDO, ESTÁ AO ALCANCE DE MUITAS ESPECIALIDADES SABER TRATAR BEM ESTA PATOLOGIA, MAS É ABSOLUTAMENTE NECESSÁRIO HAVER CREDITAÇÃO E EXPERIÊNCIA."

conflitos... Este é também o meu lema, porque as pessoas com diabetes não ganham nada com atritos. Temos que falar todos e unirmo-nos!

E não é preciso cingir-nos à diabetes tipo 2, no caso da tipo 1 já temos internistas altamente qualificados que conseguem dar a melhor resposta. Apenas existe uma especialidade que não deve tratar a diabetes tipo 1, pela sua formação de base: a Medicina Geral e Familiar, exceto se para tal tenha diferenciação específica no âmbito da Medicina Familiar.

Devemos todos ter a consciência e o bom senso do que sabemos e podemos fazer no âmbito da clínica diabética. Nos dias de hoje, a diabetes exige conhecimento sólido, está ao alcance de muitas especialidades saber tratar bem esta patologia, mas é absolutamente necessário haver creditação e experiência. Acredito que quer internistas, quer endocrinologistas têm a mesma vontade e por isso me empenho no dia-a-dia.

**JN – Como coordenador do NEDM, tem defendido a união das sociedades científicas. A estratégia de combate à diabetes também passa por aí...**

**EP –** Sem dúvida! Precisamos congregarmos em termos científicos, devemos pautar-nos por sabermos mais e melhor de uma doença que tende a crescer exponencialmente, como é o caso da diabetes tipo 2. Mesmo na tipo 1 é crucial existir mais conhecimento, sobretudo epidemiológico, para se perceber realmente quantas pessoas com diabetes tipo 1 há em Portugal e como estão a ser acompanhadas.

**JN – Mas o Observatório para a Diabetes não tem dado um contributo importante?**

**EP –** No caso da diabetes tipo 1 ainda é preciso haver mais estudos. Não podemos esquecer que o Observatório se está a deparar com problemas, já que o apoio do Ministério da Saúde é mais deficitário, dependendo muito da Sociedade Portuguesa de Diabetologia. É também necessário ter conhecimento mais rigoroso de causas e consequências do internamento hospitalar de doentes diabéticos com multimorbilidades. Por isso, realizámos o Estudo Diamedint I e II - Perfil e prevalência de diabéticos internados em serviços de Medicina Interna.

Apesar destas críticas, reconheço que o atual ministro adotou algumas medidas importantes, como alargar a comparticipação de bombas perfusoras de insulina ou da própria monitorização *flash* da glucose intersticial. Há ainda os novos fármacos, que proporcionam muito mais qualidade de vida. Mesmo assim, ainda nos deparamos com uma atividade científica díspar, deveríamos concentrar-nos e unirmo-nos, para um estudo mais rigoroso e sedimentado. O caminho está na criação de empatia.

**JN – É nesse sentido que também quer apostar na investigação enquanto estiver à frente do NEDM?**

**EP –** O NEDM vai apostar num levantamento cadastral do que se está a fazer no País na área da diabetes. Repito, a investigação é muito importante e, atualmente, temos muito jovens dedicados à Diabetologia, logo urge dinamizar este estudo. Outro objetivo destes 3 anos do meu mandato [2017-2019] é a ligação a outras entidades, como a Sociedade Portuguesa de Diabetologia, a Sociedade Portuguesa de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo e a Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar.

**JN – Qual é a grande solução para a diabetes?**

**EP –** A diabetes *mellitus* é um desafio científico permanente. Há sempre novos fármacos, novas técnicas de diagnóstico, novas tecnologias. Só o facto de haver novos fármacos dá um enorme ânimo a todos nós, principalmente no que diz respeito à diminuição do risco cardiovascular.

**JN – Tendo em conta as várias campanhas e as comorbilidades desta doença, por que razão as pessoas não mudam os estilos de vida?**

**EP –** Porque são pessoas. O mais difícil é, de facto, alterar comportamentos, apesar de ser um ponto que está à cabeça de qualquer *guideline*. Não se muda comportamentos em saúde, de forma fácil, existe sempre resistência. Além disso, temos que conhecer a realidade, o que nem sempre acontece quando se tomam medidas de política de saúde. Por exemplo, as pessoas com diabetes que atendo na consulta não reagem tanto aos doces como ao pão. Regra geral, o mais difícil é "aligeirar" o pão, porque é algo cultural.

Também, verdade seja dita, não estamos num país onde o regime alimentar em casa leve a grandes estragos, como acontece nos EUA. Com a nova farmacologia também não é necessário entrar em grandes restrições rígidas. Por exemplo, no caso do sal, começou-se por

reduzir o seu teor no pão. Porquê? Porque se percebeu que o excesso de sal se devia, em grande medida, ao pão que é ingerido várias vezes ao dia.

No caso do açúcar, há uma medida que todos deviam ter coragem de implementar: o café com açúcar deveria ter talvez um preço diferente. Os portugueses apresentaram o maior consumo de café por dia extra-lar da Europa! Cada café equivale a 6 gr de açúcar... Se bebermos 2, 3 ou mais cafés por dia fora de casa...

#### **JN - Que conselhos gostaria de dar aos internos da especialidade e aos jovens internistas?**

**EP -** O segredo da Medicina e do SNS está nos internos. Tento sempre incentivá-los muito, inclusive, também na área da diabetes. Os internos são muito "massacrados" com atividade assistencial e precisam de mais tempo para investigação científica pura, tal como acontece noutras especialidades sem urgência. A ciência é altamente positiva, há que criar horas para estudo e investigação. O seu futuro passa também por se dar mais meios para investigar, daí que o NEDM esteja a apostar na atribuição de mais bolsas e incentivos e em programas de forma-



ção específica.

Os mais antigos também têm um papel importante, dando o exemplo, lembrando que, quando jovens, iam para casa estudar. A mim nem me passava mais nada pela cabeça... Hoje em dia, somos muito solicitados, mas é preciso "roubar tempo" à vida pessoal, para podermos aprofundar os nossos conhecimentos, porque isso vai levar-nos mais longe, mesmo na atividade assistencial.

Na minha opinião, existe também a necessidade de se reformular o Internato Geral. No meu tempo, quando chegávamos à especialidade já éramos P5, tínhamos já bons anos de experiência. Hoje em dia, não. No Inter-

nato Geral bastam 6 meses para cada especialidade, quando nos devíamos focar mais nas áreas da Medicina Interna, Cirurgia Geral e Pediatria.

#### **JN - Concorda com o tronco comum em Medicina Interna?**

**EP -** Essa questão exige mais discussão. Isso existe nos EUA e, curiosamente, a especialidade que mais ganhou foi a dos hospitalistas, que são aqueles que se dedicam em exclusivo ao hospital e que são, digamos, o equivalente aos internistas nos EUA. Mas volto a dizer que a progressão na carreira, neste país, é diferente, assim como o próprio sistema de saúde. Todavia, deve existir uma maior ligação entre hospital e universidade, o que nem sempre acontece, porque o interno não pode ser um 'escravo' assistencial.

#### **JN - Porquê o lema "100 Margens" no 24.º Congresso de Medicina Interna?**

**EP -** Os horizontes da Medicina Interna são vastos, devendo os internistas empenhar-se em todas as funções hospitalares e extra-hospitalares. A Medicina Interna sem margens tem que ver com a necessidade de darmos

uma dinâmica nova aos médicos mais recentes, fazendo-lhes ver que o futuro está nas suas mãos e que não podem ter margens ou limites que os prendam entre as quatro paredes do hospital. A colaboração com o doente e com a sua família não pode ter margens que a limitem. Os internos da especialidade terão no Congresso de 2018 um lugar de grande destaque, tendo também sido criada, pela primeira vez, uma Comissão Organizadora constituída por internos, que será presidida por Inês Pintassilgo. Temos de lhes dar atividade formativa, de investigação, e precisamos trazê-los à decisão. Têm de ser formados para que a própria Medicina Interna, no futuro, não tenha margens.

## “Sou um amante da natu

#### **JN - Uma das suas grandes paixões é a caça. Como começou esse interesse?**

**EP -** Sou um caçador com "doença"! Fui educado para caçar, mas caço também para me servir do alimento, para comer, e não sou muito caçador daquilo que não como. Sou um amante da natureza e, como caçador, contribuo para a conservação dos espaços naturais. Não sou um ecologista no sentido atual desse conceito. Sem caçadores não pode haver equilíbrio da natureza, a presença do Homem na natureza conduz a estragos, como o caso dos incêndios, por exemplo. Esta paixão herdei-a do meu avô, do meu pai e até da minha mãe, que ia sempre à caça com o meu pai. Tentei passar esta mensagem e este ideal da sustentabilidade aos meus 4 filhos (3 rapazes e 1 rapariga).

#### **JN - Pode explicar como é que o caçador contribui para a conservação da natureza?**

**EP -** Sem a presença contributiva de alguém que coloque ordem, sendo o predador final da cadeia, a natureza vai degradar-se, porque não se consegue manter o equilíbrio entre as espécies, podendo-se caminhar no sentido da sua extinção. O caçador de hoje tem que ser participativo na sustentabilidade dos espaços naturais, se não o fizer "não é caçador, é matador".

No pós-25 de abril contribuí profundamente para o associativismo cinegético e fui fundador da Federação Portuguesa de Caça, da qual também fui vice-presidente. Fui ainda secretário-geral da Confederação Nacional dos Caçadores Portugueses e presidente do 1.º Congresso Nacional dos Caçadores Portugueses, em 1995, que congregou todas as organizações da caça portuguesas. Fui representante de Portugal na Federação Europeia-FACE, o que me abriu novos horizontes. Fiz várias formações no âmbito da biodiversidade, tendo-me integrado no panorama das diretivas europeias, na gestão de *habitats* e de animais selvagens. Estudei, de modo particular, o lobo. Só não me inscrevi na Faculdade de Ciências para me licenciar em Biologia porque não tinha tempo. Mas, mais tarde... Quem sabe...

Sempre tive uma atividade muito intensa, por exemplo, sempre lutei pelo associativismo dos caçadores, a fim de se criar uma cultura positiva na gestão do espaço natural, que era muito anárquico no pós-25 de abril. Depois fui um dos impulsionadores da Lei da Caça de 1986, que levou à criação de espaços reservados e gestionados por caçadores. Foi assim um gigantesco trabalho político-científico. Fui, inclusive, membro do Conselho Nacional da Caça e Conservação da Fauna, presidente, durante 12 anos, d'O Clube Português de Monteiros - Associação Nacional de Caça Maior.

A caça deixou, assim, de ser um *hobbie* para se tornar uma atividade que exigiu muito estudo. Aliás, não dou opiniões se não souber bem do que estou a falar. Cheguei ao ponto de estudar Ordenamento Cinegético a fundo, assim como a legislação cinegética em todo

# reza e, como caçador, contribuo para a sua verdadeira conservação“

o mundo, tendo participado em inúmeras ações formativas em vários países da Europa. Fui Monteiro do Ano – Prémio D. João I em 1997-98, fui agraciado com a Medalha de Ouro do *Winston Churchill Memorial Trust*, com o Emblema de Prata da FACE – *Federación des Associations de Chasseurs de l'Europe*, recebi também o Prémio de Prata da ANUU – *Associazione dei Migratoristi (Itália)* e ainda o Emblema de Prata da *British Association for Shooting and Conservation - BASC*.

## JN – O que prefere é a caça maior?

**EP** – Sim, mas não só, também perdizes, corços, veados e javalis. Fui um dos que participou na reintrodução, em Portugal, nos anos 1980, da tradição das montarias ao javali. O abandono agrícola levou os javalis a virem de Espanha para Portugal, e, atualmente, o javali é talvez “o coelho de outros tempos”. Particpei ainda, ativamente, na reintrodução do corço, colaborando na aquisição, através do Clube Português de Monteiro e do Conselho Internacional da Caça, de alguns corços no sul de França, repovoando a zona da Serra da Lousã com a colaboração da Federação Francesa de Caçadores e do Office National de la Chasse e, obviamente, dos serviços da caça portugueses, a então Direção-Geral das Florestas. Mas o meu “estar com a natureza” é, sem dúvida, a caça do veado na brama em setembro, paixão que herdei do meu pai, que dizia: “Os anos de vida de um caçador contam-se pelos meses de setembro que ultrapassa.”

Há que saber gerir espécies e a natureza não consegue ter um equilíbrio entre macho e fêmea, por exemplo, porque o Homem está presente. Está comprovado cientificamente que, se deixar um espaço de “x” hectares intocável, a reprodução vai-se deteriorando ao fim de uns anos e a própria espécie pode ser degradada por haver desequilíbrio de espécies. O Homem deve intervir de forma equilibrada, para tornar os espaços naturais sustentáveis, e a caça é hoje uma participação incontornável no equilíbrio da natureza.

## JN – Quer dizer que sem caçadores algumas espécies podem extinguir-se?

**EP** – Sim. Em Portugal, há veados, corços, javalis, perdizes e espécies migrató-



Estevão de Pape ainda guarda a sua primeira "espingardinha"



rias, porque os caçadores existem e participam de forma ordenada na gestão de espaços naturais. Mais do que isso, evitamos estragos provocados por excesso de população destes animais. Veja-se o exemplo do Botswana, onde há mais de 30 mil elefantes. A hiperproteção deste animal teve duas consequências: a caça furtiva e o excesso de população, que leva os elefantes a provocar enormes estragos. E, claro, deparamo-nos com a guerra do marfim.

## JN – Há grandes defensores do lobo que dizem que os caçadores estão a matá-lo. O que tem a dizer?

**EP** – Estudei muito o lobo e é muito interessante, porque na escola aprendi, como muitos de nós, que ele era o nosso inimigo. Começamos a aprender

isto logo com a história do Capuchinho Vermelho... Mas o inimigo do lobo é a própria civilização e não o pastor ou o caçador. O lobo precisa de tranquilidade e não come de tudo, é seletivo como carnívoro. Aliás, há um dado curioso, é dos poucos animais que distribui o alimento pela alcateia, mesmo quando já adulta... E outra informação que não se sabe: o cão, muito provavelmente, não descende do lobo; há estudos científicos, em especial na Semmelweis University de Budapest e da Hungarian Academy of Sciences, que o indicam.

## JN – Tem um livro sobre caça, certo?

**EP** – A minha maior glória foi ter conseguido reeditar o Livro da Montaria, que foi “feito” por D. João I, porque é um código de ética, fala como se deve caçar, respei-

tando a natureza. Também escrevi um livro sobre “Carne de Caça Saudável”, em colaboração com a arquiteta Maria Antónia Goes, porque está comprovado cientificamente pela Universidade de Angers-França, que a carne de caça selvagem tem grandes benefícios para a saúde, face aos baixos níveis de lípidos.

Particpei também com o capítulo sobre Portugal – “Chevreuils d’hier et d’aujourd’hui”, 1997, da autoria do médico francês Francis Roucher – sobre levantamento e comportamento dos corços na Europa - e ainda no Livro editado pelo Parlamento Europeu, “Sustainable Hunting”, de 2007.

Mas os meus livros de mesa-de-cabeceira são “O Homem da Nave”, de Miguel Torga, e “La caza e los toros”, de Ortega y Gasset.

# Niemann-Pick tipo C



## Maria Teresa Cardoso

Pres. da Soc. Port. de Doenças Metabólicas. Assist. grad. sénior em MI no CH de S. João, Centro de Referência para Doenças Hereditárias do Metabolismo

O NPC É UMA DOENÇA QUE NÃO É CURÁVEL, MAS É TRATÁVEL. O TRATAMENTO DE SUPORTE DEVE SER FEITO POR EQUIPAS MULTIDISCIPLINARES ESPECIALIZADAS EM CENTROS DE REFERÊNCIA.

A doença de Niemann-Pick tipo C é uma doença rara autossômica recessiva causada por mutações no gene NPC1 (95%) ou NPC2 que levam à acumulação no lisossoma de colesterol não esterificado e outros lipídeos.

O seu espectro clínico vai desde formas neonatais rapidamente progressivas e fatais, com predomínio de manifestações viscerais com doença hepática e hepatoesplenomegalia, às formas juvenis e do adulto, onde predominam as manifestações neurológicas e psiquiátricas.

A raridade da doença traduz-se em atraso no diagnóstico. A sua incidência está estimada em 1/100.000 nados vivos.

A sua verdadeira prevalência é difícil de avaliar devido a uma consciência clínica insuficiente e à dificuldade no seu diagnóstico, quer pela amplitude do seu espectro clínico, não reconhecida até 1990, quer pelo só muito recente desenvolvimento de biomarcadores sensíveis e específicos.

Estima-se que a sua prevalência no nosso país seja de 2,20/100.000 habitantes, com base em dados obtidos no norte de Portugal.

O envolvimento sistémico desta doença, que na sua forma adulta engloba manifestações neuropsiquiátricas como oftalmoplegia supranuclear vertical, alterações cognitivas, ataxia na marcha, movimentos distónicos, surtos psicóticos, etc., subentende que o diagnóstico só se faz caso haja um elevado índice de suspeição. Sabe-se que o número de casos diagnosticados na forma adulta, em França, aumentou após a maior consciencialização da doença por parte dos clínicos.

As formas neuropsiquiátricas de início na adolescência e fase adulta representam cerca de 20% dos casos de NPC e, devido à sua sobrevivência mais longa, constituem o maior grupo em termos de prevalência da doença. Dados do registo de NPC revelam que os maiores atrasos no diagnóstico se verificam neste grupo de doentes.

Portanto, a doença de Niemann-Pick tipo C deve ser considerada como uma causa possível nas manifestações psiquiátricas com evolução atípica, nas psicoses de início agudo, resistentes ao tratamento convencional associadas a manifestações neurológicas com ou sem sintomas viscerais. Nestes doentes deve ser feito *screening* de NPC.

Nos últimos anos, assistiu-se a uma grande evolução no diagnóstico, com o desenvolvimento de biomarcadores sensíveis e específicos (oxysteróis, Lyso-SM-509, lisoefingomielina, ácidos biliares), que atualmente constituem testes de primeira linha no *screening* de NPC.

A maior parte dos diagnósticos podem agora ser confirmados pela combinação dos biomarcadores e análise genética. O teste de Filipina, realizado em cultura de fibroblastos com toda a sua morosidade, embora ainda possa ser útil, deixou de ser de primeira linha.

O NPC é uma doença que não é curável, mas é tratável. O tratamento de suporte deve ser feito por equipas multidisciplinares especializadas em centros de referência.

O miglustat constitui o único tratamento modificador de doença atualmente disponível e licenciado na União Europeia. É um iminoaçúcar (reduzidor de substrato) que inibe a acumulação de metabolitos lipídicos nos neurónios e outras células. O miglustat está indicado nas manifestações neurológicas do NPC. Há evidência do seu efeito na melhoria ou estabilização das manifestações neurológicas e do seu efeito protetor da substância branca, havendo dados limitados na sua eficácia a longo termo.

Recentemente e, ainda em investigação, está a 2-hydroxypropyl- $\beta$ -cyclodextrin (HP $\beta$ CD), em estudos de fase 2 e 3, que tem demonstrado eficácia como potencial terapêutica no atraso da neurodegeneração e diminuição da carga de colesterol visceral e neurológica.

Conhecer os sinais e sintomas chave da doença de Niemann-Pick tipo C e considerá-la como um possível diagnóstico é um desafio atual para a Medicina Interna.



ATRAVÉS DE UM MEMORANDO DE ENTENDIMENTO

# APMGF e SPMI reforçam cooperação e alinham posições

***A Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar (APMGF) e SPMI assinaram, recentemente, um Memorando de Entendimento que tem como grandes objetivos intensificar a cooperação entre ambas as organizações e alinhar posições conjuntas em relação a temas como a formação, a carreira médica, a investigação ou a integração de cuidados, nomeadamente no que diz respeito à gestão dos doentes crónicos.***

“Este é um dia importante para as duas especialidades, diria mesmo para os cuidados de saúde em Portugal, na medida em que considero que as nossas duas especialidades são nucleares para o futuro dos cuidados de saúde”, afirmou Luís Campos, presidente da SPMI. Entre os fatores que determinam a importância crescente da MGF e da MI, aquele responsável focou três: o contexto de contração económica que continua a fazer-se sentir na área da saúde; a evolução demográfica, que mostra uma população cada vez mais envelhecida; o aumento do conhecimento e a hiperespecialização na Medicina que este crescimento origina.

Em relação às áreas onde ambas as organizações alinham posições destaca-se a integração de cuidados. Na opinião de Luís Campos, esta seria, porventura, a reforma mais importante que a atual equipa ministerial poderia deixar como legado.

“A resposta aos nossos doentes tem sido fragmentada, reativa, episódica, através das urgências e centrada na doença. Temos de mudar este paradigma e proporcionar a estes doentes cuidados contínuos e integrados, preventivos e centrados nas suas necessidades. Isto só se conseguirá com equipas multidisciplinares, tendo os internistas e os médicos de família como protagonistas essenciais”, afirmou.

Na área da formação, Rui Nogueira, presidente da APMGF, assinalou que “ambas as especialidades estão a formar

metade dos internos que existem neste momento no país. Por esse motivo, “as nossas duas sociedades têm que trabalhar mais unidas” nesta área. Nomeadamente, “facilitando os estágios dos internos de MI nos centros de saúde” e repondo a MI “como especialidade obrigatória” no programa de Internato da MGF.

No âmbito do memorando, foi criado um grupo de trabalho para estudar



Luís Campos e Rui Nogueira

a gestão dos doentes agudos. Excecionalmente as emergências, o presidente da APMGF considera que “não faz sentido que o doente vá às urgências por iniciativa própria”. Fazê-lo sem a mediação de um médico de família “representa a negação do sistema”,

sendo necessário atingir “um novo estágio de desenvolvimento” nesta matéria.

Do memorando destaca-se ainda uma tomada de posição conjunta contra a criação formal de novas especialidades e a possibilidade de municipalização dos centros de saúde, na medida em que, na opinião de ambas as organizações, “representa uma ameaça ao próprio SNS”.

O caminho está traçado, “mas o verdadeiro trabalho começa agora”, referiu Luís Campos, acrescentando: “Vão existir barreiras, desconfianças, mas enquanto sentirmos que aquilo que nos move é cuidar dos nossos doentes, cada vez com mais qualidade, vale a pena esta marcha lado a lado.”

A concretização do acordo entre a SPMI e a APMGF foi assinalada com uma sessão no Auditório da Universidade Nova de Lisboa, que teve por tema “Uma par-

Roseira, ex-ministra da Saúde, Miguel Guimarães, bastonário da Ordem dos Médicos, e ainda Victor Ramos, médico de família e professor convidado da ENSP-UNL.

No final do debate, Fernando Araújo, secretário de Estado adjunto e da Saúde, felicitou ambas as organizações por “terem tido a coragem de elaborar um protocolo que tem tanto de simbólico como de estruturante”. Os verdadeiros gestores dos doentes “são, realmente, os médicos de família e os médicos de MI”. Nesse sentido, desafiou a SPMI e a APMGF para se juntarem ao movimento internacional (de que são exemplo as campanhas “Choosing Wisely”, nos EUA, ou “No hacer”, em Espanha) que visa desenvolver estratégias para reduzir a sobreutilização dos serviços, o sobrediagnóstico e o excesso de prescrição de medicamentos e de exames complementares



ceria para o futuro da Saúde em Portugal”. Para além dos presidentes da SPMI e da APMGF, estiveram presentes Pedro Lopes, da Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares (APAH), António Vaz Carneiro, internista e professor da FMUL, Maria de Belém

de diagnóstico. Estes fatores não só prejudicam o doente como consomem uma parte relevante do orçamento, que poderia ser aplicado em “cuidados de saúde válidos, importantes e que resultem em melhores indicadores para os utentes em geral”.

4.º CURSO CLÍNICO DE AUTOIMUNIDADE

# Desenvolver competências para uma “identificação precoce da doença”

**Vários médicos dos primeiros anos de especialidade participaram na 4.ª edição do Curso Clínico de Autoimunidade, organizado pela Unidade de Doenças Autoimunes (UDAI) do Centro Hospitalar Lisboa Central (CHLC). Rita Ribeiro, internista no CHLC e membro da Comissão Organizadora, salientou a importância desta iniciativa para “uma identificação precoce da doença”.**

Segundo Rita Ribeiro, que integra o polo do Hospital de Santo António dos Capuchos, este curso, que se destina a médicos dos primeiros anos de especialidade, teve como objetivo desenvolver “competências para que haja uma identificação mais precoce das doenças autoimunes (DAI) e para que a referência aconteça atempadamente”. Como referiu ainda, “a não ser que se trabalhe numa unidade dedicada, o contacto com estas patologias é relativamente reduzido na prática clínica diária, daí que este curso seja útil quer para os clínicos que estão no início da sua formação e pretendem dedicar-se a esta área como para aqueles que, não tendo essa intenção, querem manter e atualizar a sua bagagem de conhecimentos”. De acordo com a responsável, a maioria dos formandos é de Lisboa, mas, nas últimas edições, também têm vindo de outras localidades, como Barreiro, Porto e Famalicão. Um «interesse crescente» que se deve, no seu entender, ao facto de “as doenças autoimunes serem patologias multissistémicas complexas, transversais a várias especialidades”.

As várias patologias abordadas foram o lúpus eritematoso sistémico, a síndrome anticorpo antifosfolipídico, a síndrome de Sjörgen, a esclerose sistémica, as miosites, as vasculites, a artrite reumatoide e a espondilite anquilosante.

Entre os formadores convidados da ação de formação, que decorreu na Nova Medical School – Faculdade de Ciências Médicas, esteve António Marinho, coordenador do Núcleo de Estudos das Doenças Autoimunes (NEDAI) da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna.

Nesta edição, pela primeira vez, a organização decidiu preparar e oferecer aos médicos um manual. “Achamos que é importante ter um suporte teórico que permita consolidar e mesmo completar os conhecimentos que tentamos veicular, é uma base teórica que pode ficar com os formandos e ser-lhes útil como material de consulta no dia-a-dia”, explicou à *Just News* Rita Ribeiro.

A sua coordenação e revisão foram da responsabilidade de Vera Bernardino e de Ana Margarida Antunes, que integram o polo do Hospital Curry Cabral.

**Envolver a MGF para um “acompanhamento integrado dos doentes”**

Dada a sua recetividade, o curso vai ter mais edições e a Comissão Organizadora

ra pensa já em ir mais além e realizar ações específicas para a Medicina Geral e Familiar (MGF). Rita Ribeiro salienta que a abordagem e contacto com as doenças autoimunes, nesse âmbito, “é necessariamente diferente da observada em ambiente hospitalar» e acrescenta: “Achámos que seria útil e interessante fazer um curso que ajudasse a alertar para estas patologias, de forma a permitir o diagnóstico precoce das

mesmas; que aborde a gestão, as suas manifestações, terapêuticas, prevenção de complicações e atuação em circunstâncias especiais, como, por exemplo, a gravidez.”

Por outro lado, com essa formação, o objetivo também é “a otimização da comunicação entre os cuidados de saúde primários e os cuidados hospitalares e o acompanhamento integrado dos doentes portadores de doenças autoimunes”.



Elementos da Comissão Organizadora: Paulo Barreto, Vera Bernardino, Rita Ribeiro, Ana Margarida Antunes, Ana Catarina Rodrigues e Marta Moitinho



SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA DO CENTRO HOSPITALAR DE TRÁS-OS-MONTES E ALTO DOURO (CHTMAD):

# O desafio de conseguir o equilíbrio de que a população necessita e os

**No CHTMAD, que integra o Hospital de São Pedro, em Vila Real, as unidades de Chaves e de Lamego e a Unidade de Cuidados Paliativos, em Vila Pouca de Aguiar, o internista assume um papel de “charneira” e de “integrador”. Mas são diversos os desafios que o Serviço de Medicina Interna enfrenta, alguns inerentes à interioridade, como a carência de recursos humanos e o acesso às unidades de saúde. A dedicação e o dinamismo dos profissionais de saúde não têm, no entanto, sido abalados. Prova disso é a abertura, em breve, de uma Unidade de Ambulatório Médico, que pretende, entre outras coisas, diminuir o número de episódios de urgência.**

No CHTMAD, a especialidade de Medicina Interna, quer pelo número dos seus recursos humanos, quer pela dimensão do seu espaço físico (176 camas no total de 586), forma o maior Serviço desta instituição hospitalar. Na Urgência, os seus elementos observam cerca de 18% dos doentes admitidos de fora, sem entrar em linha de conta com aqueles que são triados para outras especialidades que solicitam a colaboração de MI. É, também, frequentemente solicitado a apoiar doentes noutros serviços.

A *Just News* foi conhecer este Serviço, criado a 2 de fevereiro de 2007, por fusão do então CH de Vila Real/Peso da Régua com os hospitais distritais de Chaves e de Lamego. Tem três unidades: Vila Real, Chaves e Lamego.

A sua diretora, Paula Vaz Marques, recorda que quando assumiu funções, em 15 de junho de 2016, depois de ter estado vários anos no CH de São João, “vivia-se uma espiral negativa, em que a saída de um médico ia agravar ainda mais a situação insustentável que se vivia, tornando mais difícil o dia-a-dia dos médicos que ficavam”.

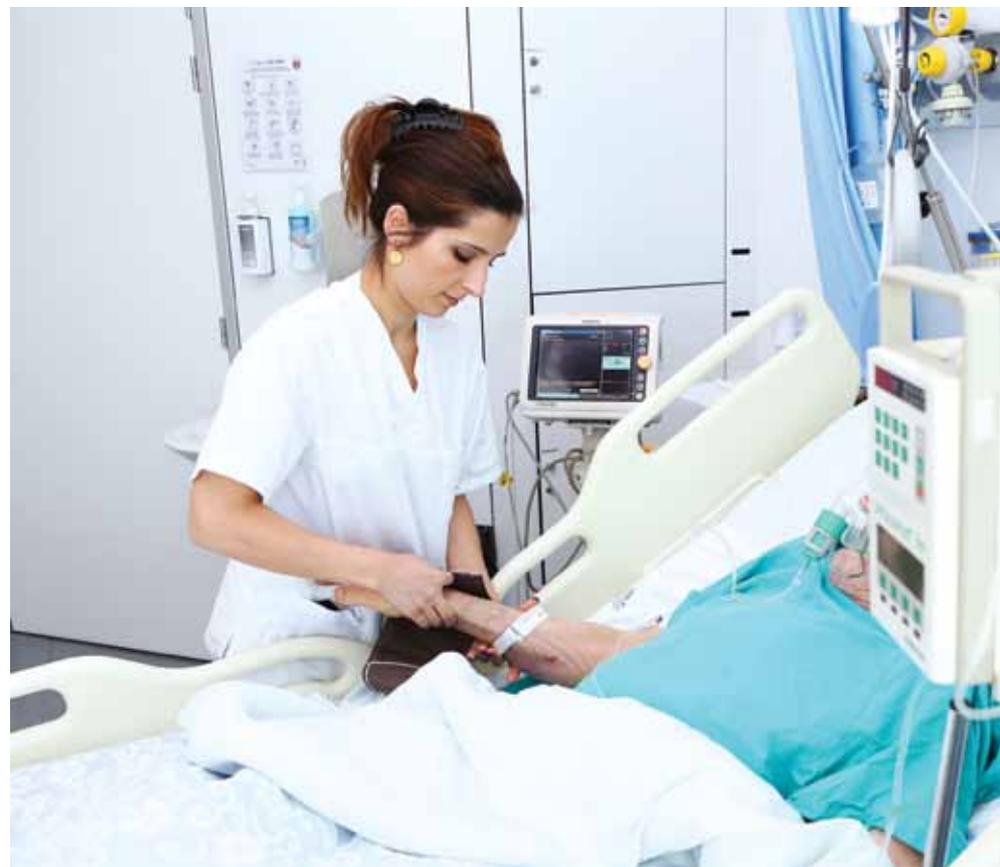
Por outro lado, a internista conta que os internos que estavam no Serviço eram poucos, encontravam-se também assoberbados de trabalho e quando acabavam

a especialidade nem sempre queriam ficar, saindo frequentemente para outras áreas do hospital, ou para outros hospitais. Na altura, havia apenas 32 especialistas no quadro, sendo que dois estavam adstritos à equipa de gestão de altas. Dos 30 médicos restantes, apenas 25 faziam urgência.

A médica diz ter encontrado uma equipa desmotivada, mas com uma “enorme” dedicação aos doentes e ao Serviço, com uma grande capacidade de trabalho e uma excelente preparação científica.

Na época, o principal desafio foi resolver o problema da urgência, que era o que mais desgastava os profissionais e consumia grande parte do horário dos médicos, retirando tempo útil para outras atividades do Serviço. “A resolução deste problema permitiria resolver muitos outros”, afirma. “Começámos por contratar especialistas de MI que vinham apenas fazer urgência, retirando, nesta matéria, carga horária aos médicos do Serviço. Nos primeiros meses contratámos quatro profissionais. Com o tempo, o número foi aumentando e, neste momento, de forma regular, temos a trabalhar connosco 10 médicos em regime de prestação de serviço no SU”, lembra, prosseguindo:

“Conseguimos também fazer quatro contratos individuais de trabalho a



tempo indeterminado, dois de internos no nosso Serviço que acabaram a especialidade e optaram por aqui ficar, e duas médicas de fora do CHTMAD. Temos mais dois contratos individuais de trabalho pedidos a aguardar aprovação. Conseguimos parar o ciclo negativo de saídas constantes de médicos e invertê-lo, contratando mais colegas, tornando o Serviço mais apetecível.”

Segundo um estudo divulgado em 2011 pelo Ministério da Saúde, o Serviço de MI deveria ser constituído por 55 a 57 médicos. Contudo, neste momento, no total, nas três unidades, tem apenas 34, uma vez que saiu um elemento em setembro de 2016 e o Serviço de Cuidados Paliativos, cuja diretora era internista do Serviço, autonomizou-se. De acordo com a sua diretora, Paula Vaz Marques, o Conselho de Adminis-

tração e o Serviço têm “envidado todos os esforços” para conseguir aumentar a equipa.

A dotação com mais médicos permitiria, por exemplo, “o apoio de forma programada, nomeadamente aos serviços cirúrgicos, que são aqueles que mais frequentemente solicitam consulta interna de MI; aumentar a colaboração com os cuidados de saúde primários, estabelecendo protocolos conjuntos de atuação, fazendo ações de formação ao nível dos centros de saúde; e desenvolver formações à população em geral, em certas áreas, nomeadamente na prevenção do abuso de álcool, prevenção e controlo da obesidade, práticas de alimentação saudável, entre outras”.

Outra necessidade que se impunha era motivar os profissionais, sobretudo os mais jovens, quer especialistas,

# entre os cuidados recursos disponíveis



quer internos, que considera serem “o futuro do Serviço”.

## População envelhecida e com problemas de acesso às unidades de saúde

O CHTMAD serve uma área com os problemas inerentes à interioridade: trata-se de uma população envelhecida e, não obstante os acessos às unidades de saúde terem tido, nos últimos anos, melhorias significativas, ainda são uma fragilidade, não só pela distância entre os vários hospitais (de Chaves, mais a norte, a Lamego, mais a sul, distam uns 95 Km), mas também pelo acesso difícil, não só porque não há redes de transporte adequadas, mas também porque o acesso a alguns lugares mais distantes se faz por estradas secundárias. Adicionalmente, é uma população que tem um baixo grau

de literacia para a saúde, o que acarreta um maior consumo de recursos médicos: além de haver uma maior procura dos serviços médicos, pressupõe um maior empenho do médico no sentido de informar para a saúde/doença.

Segundo Paula Vaz Marques, “grande parte da população residente nas aldeias não tem automóvel próprio, deslocando-se de táxi ao hospital”. De acordo com o Censos 2011, 44,4% da população residente nos concelhos de influência direta do CHTMAD tem idade acima dos 50 anos e 23,7% tem 65 ou mais anos, o que obriga a uma maior necessidade de cuidados médicos. Adicionalmente, é uma população que, de uma forma geral, tem um baixo grau de literacia para a saúde, o que acarreta um maior consumo de recursos médicos. Neste contexto, refere, um dos grandes desafios é “conseguir o equilíbrio entre

## PAULA VAZ MARQUES:

“Optei pela MI, pela capacidade integradora e a visão holística que os internistas têm do doente”

Paula Vaz Marques nasceu em 1 de maio de 1972, em Angola. Licenciou-se pela FMUP em 1995, tendo feito o Internato Geral e o Internato Complementar no Hospital de São João, no Porto.

Fez depois uma pós-graduação em terapêuticas de substituição renal, na FMUP, um *masterclass* em Hipertensão Arterial Pulmonar, no Institute of Cardiology na Universidade de Bolonha, em 2008, e um *Fellowship Programme on Arterial Hipertension*.

Unidade e ter adquirido a experiência inerente a uma UCI Polivalente”.

Em 2008, foi para o Serviço de Medicina Interna do CH de S. João, tendo integrado de imediato as consultas de Doenças Autoimunes, de Hipertensão Pulmonar e, mais tarde, de Tromboembolismo Venoso.

Não se recorda de alguma vez ter querido ser outra coisa que não médica, em termos profissionais.

“Optei pela MI pela capacidade in-



Depois de terminar a especialidade, trabalhou cerca de quatro anos na Urgência do Hospital de São João, inicialmente fazendo turnos na Triagem e no então OBS, posteriormente apenas no OBS que, entretanto, se transformou na Unidade Polivalente de Cuidados Intermédios da Urgência (UPCIU). Segundo a médica, “foi extremamente gratificante ter estado na génese desta

tegradora e a visão holística que os internistas têm do doente”, confessa.

Embora a sua atividade profissional se desenrole entre Chaves, Vila Real e Lamego, continua a residir no Porto.

Nos tempos livres, gosta de viajar, de conhecer novos lugares e culturas. Além disso, aprecia ler, ouvir e sentir a música. Também gosta de sentir a terra, trabalhar com as mãos, fazer bricolagem.

os cuidados de que a população necessita e os recursos disponíveis”. “Não nos podemos esquecer que uma população tendencialmente envelhecida vai exigir mais cuidados de saúde, nomeadamente, dos serviços de MI.”

**Três unidades, um Serviço**

O Serviço está organizado em seis vertentes (Enfermaria, Consulta Externa, Consulta Interna, Residência, Hospital de Dia e Serviço de Urgência). De um total de 176 camas, 73 estão da unidade de Vila Real (Medicina A e B), outras 73 em Chaves (Medicina 1 e 2) e as restantes 30 em Lamego.

No que respeita a Vila Real, os médicos estão organizados em três grupos com cinco especialistas, incluindo o seu coordenador. Os doentes estão distribuídos pelos 15 médicos de forma rotativa. Os internos do 5.º ano assumem também um conjunto de doentes, habitualmente menor que os dos especialistas, e estão integrados no grupo do seu orientador de formação, com quem discutem, em caso de necessidade.



Elementos da Unidade de Vila Real

Há cinco áreas de diferenciação na unidade de Vila Real (Consulta de Hepatologia, Consulta de Doenças Autoimunes, Consulta de VIH e de Coinfeção VIH/He-



Elementos da Unidade

## Unidade de Ambulatório Médico está para breve

Foi submetida uma candidatura ao Programa de Incentivo à Integração de Cuidados e à Valorização dos Percursos dos Utentes no SNS, com o objetivo de criar uma Unidade de Ambulatório Médico, que foi aprovada e se localizará no edifício central do Hospital de São Pedro.

A médica explica que, com esta Unidade, pretende-se a criação de um espaço onde possa ser feita a observação, em regime ambulatório, fora do ambiente da consulta ou urgência, de doentes com doenças crónicas que necessitem de observação frequente por descompensação das suas doenças; a reavaliação a curto prazo de doentes que tiveram alta do internamento, ou que foram observados no SU e necessitam de reavaliação, ajustes posológicos, terapêuticas endovenosas ou inalatórias que possam ser feitas num curto espaço de tempo (2 a 3 horas).

Paula Vaz Marques espera que se consiga diminuir o número de episódios de urgência e internamento por descompensação de doenças crónicas, bem como reduzir a demora média dos in-

ternamentos e estreitar relações com os CSP, uma vez que esta Unidade estará aberta a referência direta dos centros de saúde, via contacto prévio com o médico da Unidade.

As obras necessárias à instalação terão início em breve, esperando-se que entre em funcionamento ainda durante o ano de 2018.

No futuro, Paula Vaz Marques gostaria de conseguir também organizar o apoio de MI a outros serviços, sobretudo cirúrgicos, e criar mais áreas de subspecialização dentro do Serviço. “Este Centro Hospitalar tem um potencial enorme que está longe de ser esgotado”, diz, desenvolvendo que outros projetos passam por abrir uma Unidade de Insuficiência Cardíaca em Chaves, alargar a Consulta de Hepatologia a Lamego e também iniciar um projeto de hospitalização domiciliária.

“Sendo este um Serviço com cerca de 40% dos médicos abaixo dos 40 anos, é mais provável conseguir que a equipa abrace novos desafios e projetos”, afirma Paula Vaz Marques.



Elementos da Unidade de Lamego

patite, Consulta de Diabetes e Consulta de Patologia Endócrina da Grávida, esta última em parceria com a Ginecologia/Obstetrícia e a Endocrinologia).

A MI participa, depois, com a Neurologia, na Unidade de Acidente Vascular Cerebral, criada em 2001, com uma lotação de 12 camas, e que é vocacionada para a abordagem do doente com AVC agudo, sendo constituída por uma equipa multidisciplinar, diferenciada no tipo de cuidados a este tipo de doentes, que inclui dois internistas.

A coordenação da Unidade de Isolamento de Doenças Infecciosas, que tem uma lotação de 25 camas, também pertence à MI. Os internistas asseguram, ainda, uma consulta interna a outros serviços e

uma residência para situações de urgência do Serviço.

Em 2017, foram efetuadas em Vila Real cerca de 4200 consultas de MI (excluindo as diferenciadas). Em Chaves, Paula Vaz Marques conta com o apoio de Olívia Cardoso como diretora adjunta. Em declarações à *Just News*, a médica, que assumiu a atual função em 2016, conta que o quadro médico tem 10 especialistas de MI, divididos em dois grupos de cinco, incluindo o seu coordenador.

De acordo com Olívia Cardoso, os doentes são distribuídos pelos especialistas de forma rotativa e, à semelhança do que acontece em Vila Real, os internos do 5.º ano assumem um conjunto de doentes e



de Chaves

integram o grupo dos seus orientadores de formação.

Há consultas externas de Medicina Interna (foram efetuadas 3650 em 2017), e de Diabetes, VIH e Doenças Autoimunes (750 no mesmo período). Também existe um Hospital de Dia na área médica.

Na Unidade de Lamego, localizada no Hospital Distrital, construído de raiz em 2013, há uma enfermaria com 30 camas, onde trabalham cinco especialistas e um número variável de internos do Ano Comum. Jorge Freire é o adjunto da Direção de Serviço desta Unidade desde



**Olívia Cardoso**

2011, mas a sua ligação ao Serviço data de 2005.

Jorge Freire confidencia que "os principais desafios no dia-a-dia neste Hospital devem-se, sobretudo, ao facto de

este ser de pequena/média dimensão e que, por isso, não tem todos os meios complementares de diagnósticos e/ou especialidades facilmente ao nosso dispor, pelo que temos de ser muito criteriosos ao requisitá-los".



**Jorge Freire**

Também devido a esse facto, tem uma grande preocupação em traçar com precocidade uma estratégia diagnóstica para todos os novos doentes internados, para que os seus diagnósticos sejam estabelecidos o mais brevemente possível e, assim, encaminhá-los para a orientação terapêutica mais adequada, no mais curto espaço de tempo.

O médico tem esperança de usar cada vez mais o Hospital de Dia, de forma a providenciar mais tratamentos a determinadas patologias que são muito preva-

lentes na área, como as doenças crónicas do fígado e as doenças respiratórias.

Além da Consulta Externa de Medicina Interna, há consultas de Diabetes e de Doenças Autoimunes e está para breve uma de Hepatologia. No total, em 2017, foram realizadas 1734 consultas.

**Mais de 20 anos de cuidados aos doentes autoimunes de Trás-os-Montes e Alto Douro**

A Unidade de Doenças Autoimunes do Serviço foi criada em 2010, resultando da evolução da Consulta de Conetivites, iniciada no Serviço de Medicina Interna do Hospital de S. Pedro, em Vila Real, por Álvaro Ferreira e depois, em 1998, continuada por Elisa Serradeiro, passando a designar-se Consulta de Doenças Autoimunes.

Atualmente, além da Consulta da Unidade de Doenças Autoimunes em Vila Real, feita por cinco médicos, o CHTMAD dispõe de uma Consulta de Doenças Autoimunes em Chaves e de outra em Lamego.

A coordenadora da Unidade, Elisa Serradeiro explica que os doentes mais complexos e aqueles que são propostos para iniciar tratamento com biológicos são discutidos numa consulta de grupo que tem lugar semanalmente, à quarta-feira, na qual participam os internistas que integram a Unidade de Doenças Autoimunes. Participam regularmente nesta consulta outras especialidades, em particular a Nefrologia, a Pneumologia, a Dermatologia e a Reumatologia.



**Elisa Serradeiro**

A gestão do Hospital de Dia de Doenças Autoimunes, onde são feitos os tratamentos, é da Unidade. "A existência do hospital de dia permite-nos avaliar os doentes nas situações de crise e evitar que sejam in-

ternados por uma descompensação menos grave relacionada com a sua doença autoimune", menciona Elisa Serradeiro.

Em 2017, foram seguidos na Unidade de 1293 doentes, tendo sido realizadas 3147 consultas, das quais 290 foram primeiras. Na data em que foi realizada a reportagem (março de 2018), havia 106 doentes registados a fazer biológicos.

Esta Unidade organizou, em outubro de 2016, uma Reunião Multidisciplinar "Um dia com a Artrite Reumatoide", que envolveu várias especialidades do Hospital e, agora em abril, a XXIV Reunião Anual do NEDAI.

**Unidade de Hepatologia seguiu quase 3000 doentes em 2017**

José Presa coordena a Unidade de Hepatologia, que surgiu em 2007, como evolução da Consulta de Hepatologia, iniciada no ano 2000. "O início da consulta está relacionado com a elevada prevalência da doença hepática nesta região, em especial com o consumo abusivo de álcool", conta o médico, acrescentando que a sua ligação à Hepatologia no CHTMAD aconteceu no "momento zero", ou seja, no ano 2000, após regressar do Hospital Clinic em Barcelona.



**José Presa**

O espaço da Unidade tem vindo a ser melhorado, contemplando, agora, uma sala de reuniões, consultórios médicos e uma sala somente para atividade de Hospital de Dia, com cinco camas e dois cadeirões. José Presa Ramos menciona que em 2009 houve a inclusão no armamentário diagnóstico da Unidade de um aparelho de elastografia hepática. A atividade foi diversificada e a Unidade passou a contar com a Radiologia da Intervenção. Desde esse momento que, para além dos procedimentos clássicos, passou também a

efetuar biopsias ecograficamente guiadas, biopsias hepáticas transjugulares, avaliações de gradientes da pressão portal, continuando a dar apoio a consulta diariamente até as 18h00, com colheitas de sangue e ensinamentos aos doentes.

A Unidade conta com dois enfermeiros dedicados à Consulta/Hospital de Dia. Como aquela teve um crescimento importante, foram sendo incorporados médicos internistas com diferenciação sempre na área de hepatologia, adquirida quer a nível nacional (Coimbra e Lisboa) como internacional (Barcelona e Paris).

“Como achamos que a Hepatologia é uma área multidisciplinar por excelência, desenvolvemos a partilha com diferentes áreas, como a Gastrenterologia, a Radiologia de Intervenção, a Cirurgia Geral e a Oncologia. Neste sentido, dinamizamos a criação da Consulta de Grupo de Tumores Hepatobiliopancreáticos. Pretendemos, também, que a Unidade sirva como polo de atração e melhoria na formação dos nossos internos, estando também disponíveis para recebermos internos de outros hospitais”, acrescenta José Presa Ramos.

A Unidade de Hepatologia tem consulta diária em Vila Real e também um período semanal na Unidade de Chaves. No ano de 2017, foram efetuadas 4953 consultas, para um total de 2900 doentes.

Em 2018, foi dado o “pontapé de saída”

para a criação do Grupo Hepatológico Transmontano, aglutinando e ampliando os saberes das duas unidades hospitalares.

### Diabetes: meta é a criação de uma unidade integrada

Filipa Rebelo é coordenadora da Unidade Funcional da Diabetes desde outubro de 2016 e trabalha no Serviço há cerca de onze anos, altura em que iniciou o Internato Médico de Medicina Interna, tendo-se tornado assistente hospitalar em 2013.

Neste momento, existe uma consulta diferenciada de Medicina de Diabetes, na qual colaboram a própria coordenadora, Paulo Subtil, Vanessa Pires e Cátia Canelas.

Está em marcha a reorganização da Unidade Integrada da Diabetes, que se pretende que tenha uma estreita ligação com os cuidados de saúde primários, tendo já havido algumas ações de formação e cursos no centro de saúde.

O objetivo é que, no futuro, haja um internista que se dedique unicamente à Unidade de Diabetes, contando com a colaboração de médicos da mesma especialidade e de outras. Pretende-se, ainda, criar um Hospital de Dia, que seja uma “porta aberta” para que os doentes possam entrar no hospital.

Segundo a coordenadora da Unidade, o



Filipa Rebelo

projeto foi delineado já há algum tempo, mas não avançou até aqui sobretudo por falta de recursos humanos e de espaço físico.

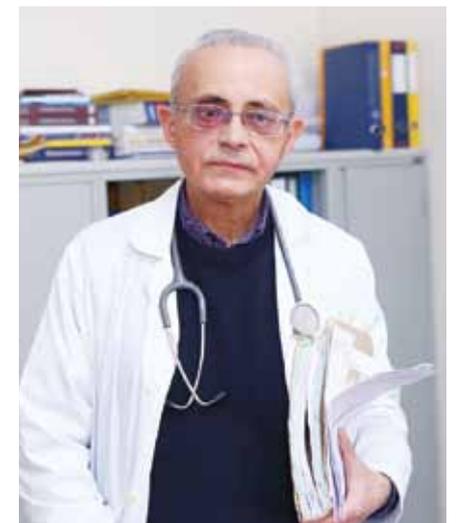
“Tem sido possível reunir com as unidades coordenadoras dos ACES. Contudo, deveria existir um plano regional para todos os doentes diabéticos, de modo a que as orientações pudessem ser uniformes entre as unidades de CSP e o hospital”, considera.

De acordo com a médica, o contacto é feito através das referências por consultas, mas tem sido dada liberdade aos médicos de família de contactar via *email* ou telefone com o hospital.

Em 2017, foram feitas cerca de 1300 consultas de Medicina Interna/Diabetes na Unidade de Vila Real.

### Serviço segue 300-350 doentes com infeção por VIH

A área do VIH/SIDA é coordenada por Fernando Guimarães. É o próprio médico que assegura em Vila Real a Consulta, contando com a colaboração de Sandra Tavares, que faz a Consulta de VIH e de coinfeção/VIH/hepatite em Chaves, bem como da infeciologista Liliana Maia, que está ligada ao Programa Nacional de Prevenção e Controlo de Infeções e das Resistências aos Antimicrobianos (PPCIRA). Segundo Fernando Guimarães, apesar de ser um quadro com recursos muito limitados, “tem feito o seguimento apropriado com auxílio de outras especialidades, conforme for necessário, e com o apoio da Enfermagem”.



Fernando Rodrigues

“Fazemos um seguimento apropriado de acordo com o princípio essencial que os doentes teriam em qualquer centro diferenciado, com mais contenção de gastos da sua parte. Muitas vezes são pessoas de fracos recursos, que de outra forma teriam de custear as deslocações e perder períodos de trabalho com frequência”, diz.

Hoje em dia, há doentes com idades mais elevadas do que há alguns anos que necessitam de apoio médico. “Como os cuidados são prestados por internistas, consegue-se fazê-lo de uma forma mais *cost effective*, ou seja, com menos dispersão de meios, de tempo e custos, tentando que os doentes percam menos tempo nos seus empregos”, afirma.

Neste momento, são seguidos cerca de 300-350 doentes na Consulta (Vila Real e

## MARCO MACEDO, ENFERMEIRO RESPONSÁVEL PELA MEDICINA A DA UNIDADE DE VILA REAL:

“Grande abrangência de patologia permite que a experiência dos enfermeiros seja muito ampla e complexa”

Marco Macedo é enfermeiro responsável pela Medicina A da Unidade de Vila Real. Em declarações à *Just News*, o profissional explica que trabalha muito em complementaridade com o enfermeiro-chefe, ou não fosse a equipa de enfermagem das alas A e B a mesma. Esta é constituída por 50 profissionais, com uma média de idades que ronda os 30 anos.

Embora admitindo que é um Serviço um pouco “pesado” fisicamente, dadas as características dos doentes, Marco Macedo destaca o facto de ter uma abrangência muito grande de patologias, o que acaba por permitir que “a experiência do enfermeiro seja muito ampla e complexa”.

“Acabamos por ter uma formação muito polivalente, o que faz com que os enfermeiros tenham bastante experiência e



acabem por colmatar lacunas noutros serviços”, realça.

O Serviço participa na formação de alunos de Enfermagem no âmbito de parcerias estabelecidas entre o CHTMAD e a Escola Superior de Enfermagem de Vila Real, a Escola Superior de Saúde da Guarda e a Escola Superior de Saúde de Viseu, sendo igualmente campo de estágio do curso de formação inicial para assistentes operacionais.

A nível de recursos humanos de Enfermagem, Marco Macedo conta que nos últimos meses foi possível “estabilizar” a equipa e, atualmente, estão perfeitamente adequados às necessidades do Serviço e da população.



Chaves). Foram realizadas, em 2017, 715 consultas.

**Em 5 anos, foram efetuadas mais de 5700 consultas de Patologia Endócrina da Grávida**

Recentemente, foi criada a Consulta de Patologia Endócrina da Grávida, conjunta entre a Medicina Interna, a Endocrinologia e a Ginecologia/Obstetrícia, e visa tratar as grávidas com patologia endócrina. José João Eira é um dos dois especialistas de MI ligado à mesma. Em entrevista, o médico, que trabalha no Serviço desde 2011, recorda que até 2013, altura em que foi criada esta consulta, as grávidas do nordeste transmontano com diabetes eram seguidas em Viseu e especialmente no Porto. “Fazemos a cobertura de uma área territorial grande, mas com a população



**José João Eira**

dispersa, onde existe uma grande dificuldade na deslocação a Vila Real”, conta, acrescentando que, inicialmente, se optou por fazer numa consulta inicial, às quintas-feiras, onde a grávida com patologia endócrina é vista pela Nutrição e



pela Ginecologia/Obstetrícia e depois pelos endocrinologistas e especialistas em MI.

“É uma consulta maioritariamente de diabetes gestacional, cerca de 60% dos casos. Os restantes 40% têm como cau-



sa o hipotireoidismo gestacional ou prévio, hipertireoidismo, que é mais raro, e diabetes prévia”, diz.

Desde 2013 até à data em que foi realizada a reportagem (março de 2018), tinham sido realizadas 5748 consultas.

**Serviço em números  
(nas três unidades)**

**RECURSOS HUMANOS** (MARÇO 2018)

Médicos especialistas: **34**  
Internos: **25**  
Enfermeiros: **cerca de 130**  
Assistentes técnicos (secretariado): **5**  
Assistentes operacionais: **55**  
Assistentes sociais: **3**

**MOVIMENTO ASSISTENCIAL** (2017)

**Consulta externa**

Primeiras consultas: **2469**  
Consultas subseqüentes: **17.737**

**Internamento**

Doentes saídos: **8821**  
Demora média de internamento: **7,8 dias**

**Taxa de ocupação global das três unidades: 96%**

**MÓNICA MESQUITA, INTERNA DO 2.º ANO DE MI:**

**“É um Serviço excelente para a formação dos internos”**

O Serviço tem idoneidade formativa nas unidades de Chaves e de Vila Real. Nos últimos anos tem recebido seis IFE de MI e um número variável de IFE de outras especialidades médicas a fazerem estágio de MI (8 a 10 por ano). Recebe também um número variável de IAC por trimestre (10-15) e, regularmente, alunos de Mestrado Integrado em Medicina de várias instituições, sobretudo do 6.º ano. Os internos que se formam neste Serviço são, de acordo com Paula Vaz Marques, habitualmente, muito bem preparados, o que advém do facto de a Medicina Interna centralizar em si o tratamento de muitas patologias que nos hospitais centrais do litoral são tratadas por outras especialidades. Por outro lado, há também um grande cuidado na seleção dos estágios que fazem e no cumprimento rigoroso do seu internato. Uma realidade que Mónica Mesquita, interna do 2.º Ano de Formação Específica de MI, confirma: “É um Serviço excelente para a formação dos internos de



MI, com especialistas muito dedicados e várias áreas de diferenciação e muita capacidade pedagógica para ensinar os internos. Além disso, há muita interação”

Realizam-se reuniões semanais em que os internos apresentam temas relevantes para a MI. Há ainda uma reunião de *Journal Club* em cada trimestre e outras regulares, habitualmente uma por trimestre, entre a direção do Serviço, os in-

ternos e o responsável pela formação dos internos, em que se discutem e debatem problemas e a sua resolução. Também há uma visita semanal à enfermaria. No que respeita ao ensino, embora não seja um hospital universitário, recebe frequentemente alunos do 6.º ano do Mestrado Integrado em Medicina e alunos de várias escolas de Enfermagem. “Temos alguns elementos do Serviço a fazer doutoramento e outros a dar aulas em algumas instituições. Além disso, fruto do reconhecimento nacional de algumas unidades deste Serviço, nomeadamente a de Hepatologia, temos tido solicitações de internos de outros hospitais para fazerem estágios, nomeadamente em Hepatologia”, menciona Paula Vaz Marques. Há uma participação ativa em vários estudos e trabalhos de investigação, alguns dos quais locais, outros multicêntricos, nacionais e internacionais, e tem também publicado artigos científicos e capítulos em manuais de forma regular.

UNIDADE INTEGRADA DE DIABETES, CENTRO HOSPITALAR OESTE – UNIDADE DE CALDAS DA RAINHA (C)

# Diminuir as amputações com o apoio

**De 15 em 15 dias, às quartas-feiras, conta-se com o apoio da Cirurgia Geral na Unidade Integrada de Diabetes (UID) do CHO-UCR. É mais uma aposta na luta contra as amputações, sobretudo as major. Paralelamente, a equipa também aposta na educação para a saúde, nem que para isso se tenha de aprender alguns passos de dança.**

Manuela Ricciulli, coordenadora da UID do CHO-CR e especialista em Medicina Interna, há muito que sonhava com a Consulta Multidisciplinar do Pé Diabético. Já era dado apoio nesta área, mas faltava ter uma equipa polivalente, com a ajuda permanente da Cirurgia. “Agora é possível dar uma resposta mais adequada à população, prevenindo-se amputações major e outras complicações que põem em causa o bem-estar e a qualidade de vida das pessoas com diabetes”, afirma. A responsável relembra que, anteriormente, já se fazia a avaliação de risco do pé, aplicando-se também alguns tratamentos, como a calosidades, unhas



Manuela Ricciulli



encravadas e fungos, na Consulta de Enfermagem de Pé Diabético. Contudo, faltava o apoio de uma cirurgiã na equipa. “A Cirurgia tem um papel fundamental nesta área e não tínhamos esse elemento”, diz.

E foi face a essa necessidade que a cirurgiã Isabel Dionísio integrou a UID, sendo, atualmente, responsável pela Consulta de Cirurgia do Pé Diabético, que existe desde junho de 2016 e que conta, quando é preciso, com a ajuda da Ortopedia e da Dermatologia.

Segundo Isabel Dionísio, “no total, já tivemos 92 doentes desde junho do ano passado, sendo que alguns já tiveram alta e mantêm apenas a vigilância para evitar recidivas e novas lesões na Consulta de Enfermagem de Pé Diabético, ao passo que outros, infelizmente, ainda precisam de muitos cuidados.”

Segundo a especialista, a maioria dos casos que chega à consulta é de idosos que já apresentam úlceras e doença arterial dos membros inferiores. “São



Isabel Dionísio

situações preocupantes que obrigam, muitas vezes, ao internamento, a anti-bioterapia endovenosa e a amputações, principalmente *minor*”, conta. Mesmo com a falta de recursos humanos, que impede um apoio da Cirurgia

Geral todos os dias úteis na UID, a cirurgiã está satisfeita com o trabalho desenvolvido até ao momento, lembrando que, em casos excecionais, se dá apoio semanal.

Espera, contudo, que no futuro se tenha ajuda da Cirurgia Vasculiar e da Podologia. “Há muitas pessoas que já apresentam doença arterial dos membros inferiores, daí considerarmos fundamental ter um cirurgião vascular na equipa, assim como um podologista”, remata.

## **Consulta de Enfermagem: observar o pé e educar para hábitos saudáveis**

Antes da consulta de cirurgia, os doentes já tinham acesso à Consulta de Enfermagem do Pé Diabético, coordenada por Elsa Ramos, enfermeira do Serviço de Ambulatório. Também esta profissional se queixa da escassez de recursos, apesar de apresentar com orgulho o espaço da consulta.

CHO-UCR)

# da Cirurgia Geral

“Além da observação do pé e do tratamento, o enfermeiro tem um papel fulcral como educador em saúde, envolvendo o utente e a família/cuidador, sempre que possível. Nesta sala ajudamos a salvar pés e a viver com diabetes”, afirma.

Esta consulta existe igualmente, nos mesmos moldes, no CHO – Peniche, que também pertence a esta UID. “Falamos todos a mesma linguagem, os procedimentos são uniformizados, porque só assim se consegue dar o melhor acompanhamento às pessoas com diabetes.”



Elsa Ramos

Quanto às sessões de educação para a saúde, Elsa Ramos defende que se deveria ter mais tempo e mais recursos. “Não estamos apenas a trabalhar no âmbito da equipa da UID, pelo que os recursos humanos de que dispomos se destinam também a outras áreas.”

## Satisfação, apesar da falta de recursos humanos

Manuela Ricciulli também reconhece que há falta de profissionais que se possam dedicar à diabetes. A coordenadora da UID e médica internista sublinha que “nem sempre se consegue ter o número suficiente de pessoas com formação nesta patologia, quer para darem apoio à Consulta de Diabetes, quer para observa-

ção e tratamento do pé diabético, para o rastreio e tratamento da retinopatia diabética, bem como na área da Nutrição”.

E, tal como a enfermeira Elsa Ramos, relembra: “Não dedicamos o nosso tempo apenas à UID, trabalhamos todos para o hospital, logo, é preciso prestar apoio em vários serviços, nomeadamente, no Internamento e nas Urgências.”

No caso da Oftalmologia, por exemplo, há quatro anos que se conseguiu, finalmente, alguém para dar resposta às várias necessidades. Mesmo assim, a equipa de cuidados oftalmológicos não consegue ainda realizar todos os rastreios necessários para prevenir e detetar atempadamente a retinopatia diabética.

Apesar das dificuldades, Manuela Ricciulli está satisfeita, porque os projetos vão surgindo. A criação da unidade coordenadora funcional da diabetes, que deve estabelecer a ponte entre cuidados primários e secundários, tem sido uma mais-valia. Outra novidade, recente, prende-se com o trabalho em Hospital de Dia, uma vez por semana. “Ainda estamos numa fase muito inicial, mas já é muito positivo estarmos a dar estes primeiros passos do que virá a ser um verdadeiro Hospital de Dia, a funcionar de segunda a sexta.”

## Uns passos de dança no combate à diabetes

Exemplo de como a equipa está empenhada e participa ativamente na luta contra a diabetes foi a sua participação da equipa num *flash mob* em pleno centro comercial das Caldas da Rainha, no ano passado, na sequência do Dia Mundial da Diabetes.

Manuela Ricciulli foi uma das “bailarinas” que estiveram “em palco”. Ao todo, foram 30 médicas, dietistas, enfermeiras e administrativas que deixaram uma mensagem: “Toca a mexer, porque a vida sedentária é um dos fatores de risco da diabetes tipo 2, além de o exercício físico melhorar a qualidade de vida de quem já tem diabetes, seja de tipo 2 ou 1.”

Além do momento de dança, preparado com a ajuda da Escola Vocacional de Dança de Caldas da Rainha, o *flash mob* incluiu a atuação de um grupo da região: Fátima Farra. Para Manuela Ricciulli, o evento não podia ter corrido melhor: “Foi muito bom, valeram bem a pena as horas de ensaio.”

Municipal das Caldas da Rainha, da Associação de Produtores de Maçãs de Alcobaça, da empresa Vítor Marques, da Liga dos Amigos do Hospital das Caldas da Rainha e de várias empresas da indústria farmacêutica.

Por fim, a coordenadora da UID ressalva ainda que o trabalho desenvolvido



Elementos da equipa da UID do CHO-UCR



Para dar apoio à equipa esteve também presente Patrícia Camarinha – aluna daquela escola, com diabetes tipo 1 e que usa uma bomba infusora de insulina – e António Curado, diretor clínico do CHO, que ainda chegou a tempo de dar uns passos de dança.

A iniciativa “Toca a Mexer” arrancou de manhã, com atividades lúdicas no Centro Escolar de Alvorninha, tendo-se seguido um *flash mob* na sala de espera da Consulta Externa do CHO-UCR. A ação contou com a colaboração da Câmara

pela equipa engloba também formação, realização de trabalhos científicos, apresentados em eventos nacionais e internacionais, assim como publicação de artigos científicos, o que exige muita dedicação e muito trabalho “fora de horas”.

Esta reportagem foi originalmente publicada no *Jornal LIVE Medicina Interna Congresso 12.ª Reunião Anual NEDM* distribuído no evento.

EM LISBOA E EM BRAGA

# A receção aos novos internos de 2018

**A SPMI organizou, em Lisboa e Braga, um curso de receção aos novos internos de Formação Específica em Medicina Interna que iniciaram o seu percurso em 2018. A iniciativa contou com a participação do Colégio da Especialidade da Ordem dos Médicos e teve lugar em janeiro.**

Em declarações à *Just News*, o coordenador do Núcleo de Estudos de Formação de Medicina Interna (NEFMI), António Martins Baptista, salientou que, mais uma vez, de norte a sul, os jovens internos de MI avaliaram o curso, que vai já na 3.ª edição, com nota positiva.

“Com esta iniciativa, os novos internos sentem-se integrados dentro da especialidade, uma vez que são recebidos pelo Colégio, pela Sociedade e pelo NEFMI”, diz, realçando que a participação tem vindo a aumentar desde a primeira edição.

“É uma satisfação ver que o número de participantes vai crescendo e que agora somos tão procurados. As salas onde habitualmente o curso se realiza começam a ficar pequenas”, acrescenta.

A estrutura do curso foi semelhante em ambas as cidades. Num dia e meio, além de se ter dado a conhecer aos novos internos a SPMI, bem como a realidade da Medicina Interna, foram abordados temas como as alterações hidroelectrolíticas, a diabetes, a importância da ventilação, as alterações do estado de consciência, a interpretação do ECG no SU e a gestão do *stress* ao longo do internato.

Em Lisboa, a sessão começou com a intervenção de Luís Campos, presidente da SPMI e diretor do Serviço de Medicina do Hospital de São Francisco Xavier, que apresentou a Sociedade. Armando Carvalho, diretor do Serviço de Medicina Interna A do CH e Universitário de Coimbra, falou sobre o Colégio da Especialidade de MI da OM, a que preside, e José Sousa, interno de MI do terceiro ano, explicou aos novos internos o papel do Núcleo de Internos de Medicina Interna (NIMI), tendo feito também uma breve

exposição sobre o Programa de Formação do IFE.

## “Jovens mais ativos e reivindicativos”

Em Braga, a iniciativa teve lugar na Escola de Medicina da Universidade de Braga (uma semana depois da receção realizada em Lisboa, na sede da SPMI), começou com uma sessão na qual participaram António Oliveira e Silva, vice-presidente da SPMI, Fernando Rosas Vieira e Pedro Guimarães Cunha, membros da Direção do Colégio da Especialidade de MI da OM, e Ricardo Fernandes, coordenador do NIMI.

Sobre os assuntos abordados, António Martins Baptista afirma: “O âmbito da MI é enorme. Os temas que escolhemos são situações muito frequentes e que geram alguma insegurança.”

José Mariz, membro da Comissão Coordenadora do Núcleo de Estudos da Formação de Medicina Interna (NEFMI), esteve mais uma vez envolvido na organização do curso que decorreu em Braga. Em declarações à *Just News*, salienta a importância das “habituais” palestras com membros da OM, da Direção da SPMI e de especialistas mais experientes que falaram sobre os direitos e deveres de um interno de MI, as opções que têm para fazer estágios, como devem organizar o seu currículo atual e final (para se proporem ao cargo de especialista).

O médico do Hospital de Braga, que integra a equipa de Investigação em Ciências da Vida e Saúde da Universidade do Minho, salienta o facto de, como é habitual, não ter sido descurada a parte da formação, dando-se ênfase a pa-



Receção em Braga



Receção em Lisboa

lestras teórico-práticas, com o objetivo de dar ferramentas aos internos para um trabalho inicial na Urgência ou para aquele doente agudo que descompensa na enfermaria.

“Hoje, os jovens estão mais ativos e reivindicativos. Colocam questões, o que é muito importante, porque isso ajuda a prevenir erros que são crassos e que, no final, podem prejudicar enormemente o currículo e a obtenção de uma boa classificação”, diz.

No total, participaram em ambas as iniciativas cerca de uma centena de internos.

# Terapêutica anticoagulante oral – um duelo de gerações

## Parte 1

A prevalência de fibrilhação auricular (FA) praticamente duplica a cada década de vida, aumentando para quase 9% aos 80-90 anos <sup>(1)</sup>. Em Portugal, a prevalência verificada de FA numa população acima dos 40 anos foi de 2.5%, estimando-se uma prevalência global de cerca de 120.000 doentes. Nesta população, mais de um terço dos doentes desconhecia sofrer da doença e em apenas 37.8% dos casos havia sido prescrito um medicamento anticoagulante para prevenção de embolia sistémica. <sup>(2)</sup>

A FA aumenta em cinco vezes o risco de AVC tromboembólico. Os doentes com AVC isquémico tromboembólico por fibrilhação auricular apresentam maior morbimortalidade e maior tempo de internamento comparativamente com outros subtipos de AVC. <sup>(3)</sup>

Os anticoagulantes orais dicumarínicos, que atuam pela via da vitamina K, de entre os quais a varfarina é o fármaco mais amplamente utilizado em Portugal, são eficazes na prevenção do AVC em doentes com fibrilhação auricular <sup>(4)</sup>. No entanto, a hemorragia associada a este tipo de fármacos tem sido uma limitação na sua utilização na prática clínica diária.

A varfarina tem um índice terapêutico baixo, bem como interações medicamentosas e dietéticas problemáticas. A avaliação do INR requer monitorização apertada para garantir eficácia ótima e a diminuição do risco de hemorragia. É precisamente a perceção do risco de hemorragia que tem conduzido à sua subutilização, particularmente nos doentes com mais alto risco de AVC, que correspondem frequentemente ao grupo de doentes que apresenta igualmente o maior risco hemorrágico, particularmente o doente idoso ou o doente frágil.

Estima-se que apenas 46% dos doentes com indicação para terapêutica anticoagulante oral no contexto de fibrilhação auricular estejam, de facto, anticoagulados e, dentro do grupo de doentes que se encontrem sob anticoagulação oral com varfarina, apenas 40% apresentam INR na faixa terapêutica <sup>(5)</sup>.

Os anticoagulantes orais de ação direta (DOAC) ultrapassam algumas das limitações da varfarina, oferecendo benefícios importantes que podem melhorar a qualidade de vida dos pacientes e dos seus cuidadores. Esta classe de fármacos inclui inibido-

res do fator II (por exemplo, dabigatrano) e inibidores do fator Xa (por exemplo, apixabano, edoxabano e rivaroxabano).

Os DOAC não requerem monitorização, têm um perfil farmacocinético (dosagem) mais previsível e têm menos interações com outros medicamentos. Além disso, têm rápido início de ação, evitando dose de carga e a necessidade de terapêutica de transição com heparina de baixo peso molecular (HBPM).

No entanto, o seu custo é substancialmente maior do que o da varfarina. Outras potenciais limitações da utilização de DOAC incluem: precauções e contraindicações específicas da classe ou medicamentosas; potencial para dosagem subterapêutica; redução da adesão devido à falta de monitorização; potenciais erros de prescrição por baixa familiaridade com os fármacos. <sup>(6)</sup>

Vários ensaios clínicos randomizados no âmbito de FA não valvular concluíram que, no geral, os DOAC têm uma eficácia semelhante à varfarina, mas que podem ter algumas vantagens com relação ao risco de hemorragia. Neste particular, quando considerados todos os estudos realizados neste âmbito, o apixabano na dosagem de 5 mg 2 vezes por dia, o dabigatrano na dosagem de 150 mg por dia, o edoxabano na dosagem de 60 mg uma vez ao dia e o rivaroxabano 20 mg uma vez ao dia, todos reduzem o risco de acidente vascular cerebral ou de embolia sistémica, em comparação com a varfarina com INR alvo 2,0-3,0.

O risco de AVC isquémico foi menor para o dabigatrano na dosagem de 150 mg 2x por dia. Na comparação indireta dos DOAC, houve evidência de um maior risco de acidente vascular cerebral ou embolia sistémica com edoxabano 60 mg uma vez ao dia e rivaroxabano 20 mg uma vez ao dia, quando comparados com o dabigatrano na dosagem de 150 mg duas vezes ao dia. <sup>(7,8)</sup>

Quando considerado o perfil de segurança, o apixabano na dosagem de 5 mg duas vezes ao dia, o dabigatrano na dosagem de 110 mg duas vezes ao dia, o edoxabano nas dosagens de 30 mg e 60 mg uma vez ao dia, todos reduzem o risco de hemorragia grave, em comparação com a varfarina com INR alvo 2,0-3,0.

Verificou-se igualmente forte evidência de que o risco de hemorragia intracraniana foi menor com o apixabano na dosagem de 5 mg duas vezes ao dia, o dabi-



**Tiago Judas**

Assistente hospitalar de MI, Serviço de Medicina do Hospital Garcia de Orta

OS ANTICOAGULANTES ORAIS DE AÇÃO DIRETA (DOAC) ULTRAPASSAM ALGUMAS DAS LIMITAÇÕES DA VARFARINA, OFERECENDO BENEFÍCIOS IMPORTANTES QUE PODEM MELHORAR A QUALIDADE DE VIDA DOS PACIENTES E DOS SEUS CUIDADORES.

## discurso direto

gatrano na dosagem de 110 mg duas vezes ao dia, o edoxabano nas dosagens de 30 e 60 mg uma vez ao dia e o rivaroxabano na dosagem de 20 mg uma vez ao dia, quando comparados com a varfarina com INR 2.0-3.0.

Apesar do melhor perfil global de segurança, verificou-se maior risco de hemorragia gastrointestinal com o dabigatrano na dosagem de 150 mg duas vezes ao dia, o edoxabano na dosagem de 60 mg uma vez ao dia e o rivaroxabano na dosagem de 20 mg uma vez ao dia, quando comparados com a varfarina INR 2,0-3,0. O risco de hemorragia gastrointestinal foi menor com 5 mg de apixabano duas vezes por dia do que com outras doses de DOAC.<sup>[9]</sup>

Com base nesta evidência, os DOAC têm sido recomendados pelas várias sociedades científicas como terapêutica de primeira linha na prevenção do tromboembolismo na fibrilhação auricular não valvular. No entanto, nenhum ensaio comparou diretamente DOAC diferentes entre si, portanto, é difícil determinar qual o fármaco que deve ser recomendado como primeira escolha para a maioria dos pacientes.

Também não está claro se os custos mais altos dos DOAC são compensados por benefícios de eficácia ou uma necessidade reduzida de monitorização, ou ambos. Além disso, os efeitos dos DOAC podem ter sido sobrestimados nos ensaios clínicos, porque alguns pacientes randomizados para braço da varfarina não foram mantidos dentro do alvo terapêutico de INR de 2,0-3,0.<sup>[9]</sup>

## Parte 2

O tromboembolismo pulmonar (TEP) é uma emergência cardiovascular relativamente comum, correspondendo à terceira maior causa de mortalidade cardiovascular. O TEP e a trombose venosa profunda (TVP) são considerados expressões da mesma doença, vulgarmente designada por tromboembolismo venoso (TEV). Em Portugal, a incidência de episódios de TEP tem vindo a aumentar nos últimos dez anos, sendo atualmente estimada em 35 por 100.000 habitantes. A taxa de mortalidade, por seu turno, tem vindo a baixar ao longo dos anos, sendo em 2013 de 17%, correspondendo a uma incidência de 8,7 por 100.000 habitantes.<sup>[10]</sup>

A estratégia clássica de tratamento anticoagulante no TEV inclui, geralmente, um anticoagulante parentérico (por exemplo, heparina de baixo peso molecular (HBPM), heparina não fracionada ou fondaparinux) por pelo menos 5 dias, em sobreposição com antagonista vitamínico K, até se atingir valor de INR >2 por pelo menos 24.

O tratamento posterior com antivitaminico K com INR ajustado deverá ser mantido por 3-6 meses. Nesta altura, a decisão de continuar com o tratamento anticoagulante depende do equilíbrio entre o risco de recorrência de TEV e o risco de hemorragia. Doentes que apresentem fatores de risco inalterados e doentes com TEV não provocado/idiopático são candidatos para manter terapêutica anticoagulante por tempo indefinido, desde que o risco de hemorragia não seja excessivo.<sup>[11]</sup>

Apesar das HBPM ou fondaparinux serem eficazes e seguros, eles requerem administração parentérica diária. Além disso, estes fármacos têm eliminação renal, pelo que a sua utilização em doentes com insuficiência renal grave pode ser problemático. Por outro lado, a necessidade de monitorização estreita do INR em doentes sob anticoagulação com antivitaminicos K apresenta as mesmas limitações do que as verificadas nos doentes com FA.

Nos últimos anos, em linha do verificado com a FA não valvular, os DOAC foram testados no tratamento do TEV em ensaios multicêntricos randomizados. No total, foram incluídos nos estudos de TEV um total de 27.127 doentes, 11.613 dos quais com o diagnóstico de TEP.<sup>[12]</sup>

Neste contexto, foram testados os seguintes anticoagulantes diretos, em comparação com a terapêutica clássica (HBPM seguido de varfarina): dabigatrano na dosagem de 150 mg 2x por dia; rivaroxabano na dosagem de 15 mg 2x por dia durante 3 semanas, seguido de 20 mg 1x por dia; apixabano na dosagem de 10 mg 2x por dia durante 7 dias, seguido de 5 mg 2x por dia; e edoxabano 60 mg 1 por/dia (reduzido para 30 mg/dia em doentes com < 60 kg, com clearance de creatinina < 50 mL/min, ou que usavam concomitantemente inibidores da glicoproteína-P).<sup>[13]</sup>

Na terapia inicial de fase aguda, uma abordagem medicamentosa única foi usada nos ensaios com rivaroxabano e apixabano, enquanto nos ensaios com dabigatrano e edoxabano o tratamento inicial incluiu tratamento de transição com HBPM nos primeiros 5 dias.<sup>[12,13]</sup>

A duração do tratamento variou entre 3 e 12 meses nos ensaios clínicos na terapia de fase aguda de TEV e entre 6 e 18 meses na terapia prolongada de TEV.<sup>[12,13]</sup>

No global, todos os DOAC testados foram tão eficazes quanto a terapia padrão, tendo mostrado eficácia comparável na prevenção de TEV, independentemente do tipo de doentes (TEP ou TVP). Não se verificaram igualmente diferenças nos resultados quando considerada a extensão anatómica (avaliada no ensaio do rivaroxabano por via da extensão imagiológica)/gravidade clínica do TEP (avaliada no ensaio do edoxabano por intermédio da determinação do NT proBNP e a presença de dilatação ventricular direita por ecocardiograma ou TC).<sup>[12]</sup>

Quando considerado o perfil de segurança, os DOAC associaram-se a um menor risco de hemorragia clinicamente relevante do que o tratamento padrão na população em geral. Verificou-se, contudo, alguma heterogeneidade estatística entre os estudos, principalmente à custa de uma maior redução do risco de hemorragia nos estudos com dabigatrano e apixabano.<sup>[12,13]</sup>

Nos estudos de terapêutica prolongada, os DOAC foram tão eficazes quanto a varfarina e mais eficazes do que o placebo na prevenção de TEV recorrente. Ainda assim,

no único estudo em que o comparador foi a varfarina (vs dabigatrano), verificou-se uma tendência para maior redução do risco de TEV no grupo da varfarina.<sup>[12,13]</sup>

Tal como esperado, também nos estudos de tratamento prolongado os DOAC mostraram menor risco de hemorragia clinicamente relevante quando comparados com a varfarina e maior risco quando comparados com placebo (ainda que no estudo com apixabano na dosagem de 2.5 mg 2x/dia o risco hemorrágico tenha sido comparável com o placebo).<sup>[12,13]</sup>

Considerando os resultados descritos e tendo em consideração uma perspetiva futurista, embora cada vez mais atual, da terapêutica da TEV, são várias as vantagens que os DOAC vêm a oferecer:

Apesar da duração recomendada de tratamento anticoagulante após episódio de TEV ser, atualmente, de 3-6 meses, em muitos doentes o risco de recorrência de TEV mantém-se elevado para lá deste período de tratamento. Isto é particularmente verdade no caso de TEV idiopático, que em muitos países é a forma de apresentação mais frequente da doença [11]. Tendo em consideração este facto, medicamentos seguros para administração a longo prazo que reduzam a recorrência da doença são desejáveis. Em face do exposto previamente, os DOACs são atualmente os fármacos de eleição para o tratamento prolongado do TEV. Ainda assim, por um lado ainda não existem orientações seguras neste sentido. Por outro lado, a necessidade de redução da dose durante o tratamento prolongado também deve ser examinada em estudos futuros.

Seguindo o tratamento tradicional de TEV, um anticoagulante parentérico é utilizado primeiro, seguido pela varfarina. Como resultado, habitualmente são necessários vários dias para ajustar o INR antes de mudar definitivamente para varfarina. Tal facto implica frequentemente que o internamento se prolongue pelo número de dias necessários para ajustar o INR para valores alvo. Em virtude da sua rapidez de ação, os DOAC (cujo efeito se inicia imediatamente após a administração) permitirão uma menor duração da hospitalização e tratamento na fase aguda, facilitando a alta precoce e/ou o tratamento ambulatorial em doentes de baixo risco de mortalidade

Se for possível usar um único medicamento durante todo o período de tratamento, os planos de tratamento podem ser consideravelmente simplificados. O tratamento em monoterapia com DOAC "ad initium" parece ser viável, pelo menos em doentes com TEV de baixo/moderado risco. No entanto, pela sua elevada mortalidade, no caso de TEP com evidência de disfunção ventricular direita, estudos adicionais são necessários para determinar se a monoterapia oral é adequada neste grupo de doentes.

Doentes neoplásicos apresentam elevado risco para TEV. Atualmente, neste grupo de doentes, as HBPM estão recomendadas como tratamento de primeira linha,

particularmente nos primeiros 6 meses de tratamento. Em alguns doentes considera-se já a possibilidade de instituição de terapêutica anticoagulante mesmo na ausência de diagnóstico de TEV, apenas pelo risco muito elevado da doença se poder vir a desenvolver, tendo em consideração o tipo, localização e estadiamento do tumor, para além de características inerentes ao próprio doente.<sup>[14]</sup> Ainda não está totalmente claro se os DOAC são tão eficazes e seguros quanto as HBPM, ainda que um estudo recente tenha comprovado a eficácia do edoxabano vs dalteparina neste grupo de doentes, ainda que com evidência de maior risco hemorrágico.<sup>[15]</sup>

Apesar destas vantagens, existem ainda áreas no espectro da doença tromboembólica venosa em que os DOAC não têm evidência comprovada, particularmente no que se refere a trombozes em locais incomuns (incluindo trombose venosa cerebral e trombose venosa esplâncnica) e aos doentes com evidência de trombofilia, quer hereditária minor (Fator V Leiden e mutação do gene da protrombina G20210A), quer hereditária major (deficiências de proteína C, proteína S e antitrombina III) e trombofilia adquirida (síndrome do anticorpo antifosfolípido). A sua utilização nestes contextos permanece controversa devido à escassez de dados disponíveis.

### Conclusão

Os anticoagulantes orais diretos oferecem inúmeros benefícios quer no tratamento do TEV, quer na prevenção de embolia cerebral em doentes com FA não valvular, tendo desde já alterado o paradigma do tratamento nestas doenças. De todo o modo, quando consideramos o perfil de cada doente, nomeadamente pelas suas doenças de base, fragilidade, idade, etc., também os efeitos dos DOAC no que diz respeito à sua eficácia e riscos podem diferir. Deste modo, mais estudos são necessários, particularmente em populações geralmente excluídas de grandes ensaios clínicos, de forma a otimizar a segurança e a facilidade de uso de novos anticoagulantes de forma mais ampla, mas também mais personalizada.

### Bibliografia:

1. Kannel W, Wolf P, Benjamin E, et al. Prevalence, incidence, prognosis, and predisposing conditions for atrial fibrillation: Population-based estimates. *Am J Cardiol* 1998;82(8A):2N-9N.
2. Bonhorst D, Mendes M, Adragão P, et al. Prevalência de fibrilhação auricular na população portuguesa com 40 ou mais anos. *Estudo FAMA. Rev Port Cardiol* 2010; 29 (03): 331-350.
3. Royal College of Physicians Sentinel Stroke National Audit Programme (SSNAP). *Clinical audit April - June 2015 report prepared by Royal College of Physicians, Clinical Effectiveness and Evaluation Unit on behalf of the Intercollegiate Stroke Working Party.* <https://www.strokeaudit.org/Documents/National/PostAcuteOrg/2015/2015-PAOrgPublicReportPhase2.asp>.
4. Hart RG, Benavente O, McBride R, Pearce LA. Antithrombotic therapy to prevent stroke in patients with atrial fibrillation: a meta-analysis. *Ann Intern Med* 1999;131:492-501.
5. National Institute for Health and Clinical Excellence. *Atrial fibrillation: the management of atrial fibrillation (CG180).* London; 2014 <https://www.nice.org.uk/guidance/cg180>.
6. Verheugt FW, Granger CB. Oral anticoagulants for stroke prevention in atrial fibrillation: current status, special situations, and unmet needs. *Lancet* 2015;386:303-10.
7. Dogliotti A, Paolasso E, Giugliano R. Current and new oral antithrombotics in non-valvular atrial fibrillation: a network meta-analysis of 79 808 patients. *Heart* 2014;5:396-405.
8. Cope S, Clemens A, Hammès F, Noack H, Jansen JP. Critical appraisal of network meta-analyses evaluating the efficacy and safety of new oral anticoagulants in atrial fibrillation stroke prevention trials. *Value Health* 2015;18:234-49.
9. López-López J, Sterne J, Thom H, et al. Oral anticoagulants for prevention of stroke in atrial fibrillation: systematic review, network meta-analysis, and cost effectiveness analysis. *BMJ* 2017; 359: j5058.
10. Gouveia M, Pinheiro L, Costa J, et al. Embolia Pulmonar em Portugal: Epidemiologia e mortalidade intra-Hospitalar. *Acta Med Port* 2016 Jul-Aug;29(7-8):432-440.
11. Kearon C, Akl EA, Comerota AJ, et al. Antithrombotic therapy for VTE disease: antithrombotic therapy and prevention of thrombosis, 9th ed: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. *Chest*. 2012;141(Suppl 2):e419S-e494S.
12. Gomez-Outes A, Suárez-Rea M, Lecumberri R, et al. Direct oral anticoagulants in the treatment of venous thromboembolism, with a focus on patients with pulmonary embolism: an evidence-based review. *Vasc Health Risk Manag*. 2014; 10: 627-639.
13. Nakamura M, Yamada N, Ito M. Novel anticoagulant therapy of venous thromboembolism: current status and future directions. *Ann Vasc Dis*. 2017 Jun 25; 10(2): 92-98.
14. Ramos J, Casey M, Bamias A, et al. The Khorana Score in Predicting Venous Thromboembolism for Patients With Metastatic Urothelial Carcinoma and Variant Histology Treated With Chemotherapy. *Clin Appl Thromb Hemost*. 2017 Oct;23(7):755-760.
15. Raskob G, Es N, Verhamme P, et al. Edoxaban for the treatment of cancer-associated venous thromboembolism. *N Engl J Med* 2018; 378:615-624.

O TROMBOEMBOLISMO PULMONAR É UMA EMERGÊNCIA CARDIOVASCULAR RELATIVAMENTE COMUM, CORRESPONDENDO À TERCEIRA MAIOR CAUSA DE MORTALIDADE CARDIOVASCULAR. O TEP E A TROMBOSE VENOSA PROFUNDA SÃO CONSIDERADOS EXPRESSÕES DA MESMA DOENÇA, VULGARMENTE DESIGNADA POR TROMBOEMBOLISMO VENOSO.

# Teixeira Veríssimo é o novo presidente da Soc

**Manuel Teixeira Veríssimo, especialista de Medicina Interna do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC), é o novo presidente da Sociedade Portuguesa de Aterosclerose (SPA), sucedendo a Alberto Mello e Silva. A tomada de posse aconteceu dia 20 de janeiro.**

Em declarações à *Just News*, o presidente cessante da SPMI, de 65 anos, afirma que a "prioridade passará por continuar o excelente trabalho efetuado pela Direção anterior, embora com a perspetiva de que cada equipa que entra tem por obrigação deixar a Sociedade melhor do que a encontrou". O novo presidente da SPA adianta que pretende fazer crescer a Sociedade não só em número de sócios, "mas também na abrangência", isto é, "tentando incluir todas as especialidades médicas ligadas

Direção continuará a investir neste campo, especialmente na área dos fatores de risco cardiovascular em geral e, "em particular, no que diz respeito às dislipidemias".

A SPA irá também, através de campanhas dirigidas ao público em geral, "tentar contribuir para a literacia em saúde dos cidadãos", principalmente na área dos fatores de risco de aterosclerose. O objetivo passa por contrariar, assim, "a tendência da sociedade moderna, marcada pelo sedentarismo e desadequada ingestão alimentar,



Manuel Teixeira Veríssimo com Polybio Serra e Silva, o primeiro presidente da SPA

à aterosclerose, como a Cardiologia, a Endocrinologia, a Medicina Interna, a Medicina Geral e Familiar e a Neurologia, entre outras, bem como diferentes áreas profissionais, nomeadamente, Farmácia, Bioquímica, Biologia, Nutrição e Desporto". Na sua opinião, "e sendo a aterosclerose uma doença multifatorial, é importante que todas as áreas interessadas na doença possam encontrar na SPA um espaço comum, que facilite a sua prevenção e tratamento".

## Investir na educação para a saúde e na investigação

Por considerar que a formação contínua dos profissionais é "fundamental", a nova

e que é cada vez mais promotora da atrogénese".

A investigação é outra área que vai merecer especial atenção da SPA, sendo mesmo intenção "estimular a investigação básica e clínica ligada à aterosclerose", nomeadamente, através da criação de bolsas de investigação e do patrocínio de estágios e formações em centros especializados.

A nova Direção é constituída por elementos oriundos de várias especialidades médicas e também de profissões não médicas da área da saúde. Como é habitual, são provenientes de instituições das regiões Norte, Centro e Sul, "verificando-se um equilíbrio na distribuição geográfica".



## Especialista em MI desde 1990

Tendo-se licenciado pela FMUC em 1980, Manuel Teixeira Veríssimo especializou-se em Medicina Interna, em 1990, e em Medicina Desportiva, em 1994. Fez depois o mestrado em Medicina do Desporto (1994) e o doutoramento em Medicina Interna (1999), ambos na FMUC. Tem a competência em Gestão de Serviços de Saúde e em Geriatria.

Nos CHUC-HUC, é chefe de serviço de MI, coordenador de enfermaria de MI, responsável pela Consulta de Geriatria e monitor da Prescrição Médica. Na FMUC é regente da disciplina de Geriatria, coordenador do Mestrado de Geriatria e coordenador adjunto do Gabinete de Gestão de Investigação.

Foi presidente da Direção da SPMI (2014-2016) e é, atualmente, vice-presidente do Conselho Regional do Centro e membro do Conselho Nacional e presidente do Colégio da Competência de Geriatria da Ordem dos Médicos. É vice-presidente da Sociedade Portuguesa de Ciências da Nutrição e Alimentação.

O especialista de Medicina Interna é ainda sócio da SPA desde a sua fundação e integra os seus corpos sociais, ininterruptamente, desde 2000, tendo pertencido a seis direções (duas como vogal, uma como secretário-geral, duas como vice-presidente e uma como presidente-eleito).



Patricia Cachado, Francisco Baptista, Carlos Rabaçal, Dora

# Associação Portuguesa de Aterosclerose



Manuel Teixeira Veríssimo e Alberto Mello e Silva



Araújo, Luciana Couto, Flávio Reis, Frederico Teixeira, Diogo Cruz, Manuel Teixeira Veríssimo, José Pereira de Moura, Patrícia Mendes, Maria João Lameiras Xete e Francisco Nóvoa

## Corpos Sociais da SPA (2018/2020)

### Direção

**Presidente:** Manuel Teixeira Veríssimo (MI – HUC, FMUC)

**Presid. eleito:** João Sequeira Duarte (Endocrinologia – H. Egas Moniz)

**Vice-presid. (Norte):** Luciana Couto (MGF – H. de VN Gaia, FMUP)

**Vice-presid. (Centro):** José Pereira de Moura (MI – (HUC, FMUC)

**Vice-presid. (Sul):** Francisco Araújo (MI – H. Beatriz Ângelo)

**Secretário-geral:** João Porto (MI – HUC)

**Tesoureiro:** Diogo Cruz (MI – H. de Santa Maria)

**Vogal (Norte):** Isabel Palma (Endocrinologia - H. Santo António)

**Vogal (Centro):** Flávio Reis (Investigador – FMUC)

**Vogal (Sul):** Patrícia Cachado (MI – H. de Santa Marta)

**Vogal (Ilhas):** Alexandra Malheiro (MI – H. do Funchal)

### Mesa da Assembleia-Geral

**Presidente:** Frederico Teixeira (farmacologista clínico, FMUC)

**1.º Secretário:** Luís Andrade (MI – H. de VN Gaia)

**2.º Secretário:** Maria João Batista (MI – H. Beatriz Ângelo)

**Suplente:** Patrícia Mendes (MI – HUC)

### Conselho Fiscal

**Presidente:** Carlos Rabaçal (Cardiologia – H. de Vila Franca de Xira)

**Vogal:** Miguel Melo (Endocrinologia – HUC, FMUC)

**Vogal:** Francisco Nóvoa (MI – H. de S. João)

**Suplente:** Dora Lameiras Xete (MI – H. Egas Moniz)

# Voluntariado médico em Timor-Leste



## André Rodrigues

Interno da Formação Específica em MI, CH Lisboa Norte - Hospital Pulido Valente

Decidi suspender o internato durante 3 meses para realização de voluntariado médico em Timor-Leste (TL), motivado por um desejo de aventura, de largar a rotina e contactar com outra realidade. Para além disso, sabia que TL era um dos países mais pobres do mundo e a liderar os piores lugares no que diz respeito a saúde. Submeti o meu pedido de licença sem vencimento, justificado e com as autorizações necessárias.

Na minha pesquisa, conheci a clínica do Bairro Pite, em Dili, coordenada por um médico com vários anos de experiência em Medicina Tropical. Encontrei ainda a missão da enfermeira irmã Cristina Macrino, numa aldeia do distrito de Bobonaro, onde coordena uma clínica de cuidados básicos. Indeciso no projeto a escolher, arrisquei abraçar ambos, entusiasmado com a possibilidade de experienciar as duas realidades. Parti para Dili no final do meu 5.º ano de especialidade.

### Bairro Pite Clinic (BPC)

A BPC foi criada em 1999 pelo Dr. Daniel Murphy, um médico americano, com o objetivo de servir a população vítima de violência causada pela ocupação indonésia. Apesar do apoio do governo, a BPC é financiada maioritariamente com doações de países vizinhos. Diariamente, mais de 200 doentes de todos os distritos recorrem à sua consulta. Outros vêm do hospital de Díli para uma segunda opinião.

A BPC tem internamento com 48 camas, divididas entre: pediatria (6), sala de partos/maternidade (6), sala de tuberculose suspeita (9) e confirmada (9), enfermaria geral (16) e sala de isolamento (2). Tem ainda um laboratório onde é possível realizar hematócrito, esfregaço de sangue periférico, sedimento urinário e várias

serologias. As restantes análises têm de ser feitas no hospital de Dili, demorando vários dias até haver resultado. Para além do Dr. Daniel, havia ainda duas médicas timorenses.

O meu horário era de segunda a sexta-feira das 8h às 18h e sábados e domingos das 8h às 13h. O dia iniciava-se com a visita clínica, onde eram avaliados todos os doentes e eram tomadas as principais decisões. Após a visita, as minhas funções eram: reobservar os doentes mais instáveis, requisitar exames, observar doentes na sala de emergência, realizar ecografias, transportar doentes para o hospital de Díli. Ao fim do dia realizava outra visita para verificar que o plano determinado de manhã tinha sido cumprido.

Apesar da língua portuguesa ser uma das línguas oficiais (para além do tétum), a verdade é que poucos timorenses falam português. Com a ajuda de tradutores locais, entre português, inglês, fui aprendendo algum *tétum* e até algumas expressões em indonésio. TL é dos países asiáticos com maior incidência de tuberculose (TB), sendo a BPC um dos centros com mais casos. Diariamente, são internados vários doentes com TB suspeita e confirmada.

As dificuldades eram permanentes, por exemplo, a realização de uma radiografia do tórax demorava dias e não existiam métodos de cultura. Eram admitidos todos os



Bairro Pite Clinic (exterior)



Dr. Daniel Murphy e uma criança com tuberculose óssea

dias crianças com desnutrição severa (TL é o país asiático com mais desnutrição), sendo frequente encontrar mais do que uma criança por cama. Na enfermaria geral a patologia infecciosa era mais prevalente, havendo casos de dengue, febre tifoide, diarreia infecciosa, pielonefrite, celulite, endometrite e até lepra. No entanto, todo o tipo de doenças eram enfrentadas diariamente.

Frequentemente, havia falta de medicamentos, como, por exemplo, alguns antibióticos, aspirina e insulina. Foram dias intensos, em que me senti um verdadeiro internista, inspirado pela dedicação e sabedoria do Dr. Daniel Murphy.

### Clínica Madre Cecília dos Santos

Após 6 semanas em Díli, segui viagem para Memo, uma aldeia montanhosa a meia hora da cidade de Maliana. A irmã Cristina Macrino é enfermeira e coordena uma pequena clínica onde tem medicação básica e sala de observação. Numa população de 6000 habitantes que não tem possibilidade de se deslocar ao hospital, esta clínica tem um papel fulcral. Durante 6 semanas, para além das consultas, ajudei a organizar e inventariar todo o material. Alguns doentes mais complexos foram transportados para Maliana.

Estive ainda 2 dias num colégio em Maumali, onde dei uma palestra sobre higiene e saúde e pude ajudar também no ensino da língua portuguesa. Fiz ainda consultas na aldeia de Tenubibi. Ajudei também no Centro Social de Memo, que dá apoio a 225 crianças, fora do âmbito médico, mas que foi igualmente gratificante.



Consultas na aldeia de Tenubibi

Partir para TL foi umas das melhores decisões que tomei na minha vida. Regressei a Portugal com o sentimento de plenitude, recheado de histórias e aventuras, mas principalmente levo os sorrisos e a intensidade com que é vivido o dia-a-dia. Certamente que esta experiência me marcará como médico e como ser humano.

# ESPAÇO INTERNOS

de Medicina Interna



## Medicina Interna... porquê?

Porquê Medicina Interna em 2018? Pela vocação? Pela vontade? Pelo conhecimento? Na minha opinião, será sempre algo maior. Na minha opinião, e na base da minha escolha, pelo desafio.

Os relatos mais antigos de algo parecido remontam às Antigas Índia e China, sendo que o termo Medicina Interna surgiu na Alemanha no final do século 19, para caracterizar um grupo de médicos que, não satisfeitos com a abordagem médica até então, caracterizada por ser meramente observacional e empírica, dedicaram-se ao estudo e tratamento de doentes e seus sintomas, aliando abordagens científica e laboratorial com cuidados à cabeceira do doente. Logo aqui se vê que a Medicina Interna é, desde as suas origens, algo tão ilimitado, capaz de absorver em si praticamente todos os ramos da própria Medicina, associada a um humanismo e altruísmo que nunca deixarão de a caracterizar. Limites? Não tem. Mas também não precisa: é isso que a torna tão "apaixonadamente desafiante". Humanismo? Exige. Ainda bem: é isso que a torna uma "ciência emotiva".

Do "alto" da minha reduzidíssima experiência profissional, um internista é muito mais que um médico. É um investigador, por não cessar o estudo das doenças, procurando novos métodos diagnósticos, novas formas de tratamento, novas formas de conforto e melhoria da qualidade de vida dos seus doentes. É um académico porque, se por um lado não deixa de estudar, por outro também não deixa de ensinar (Medicina Interna fará sempre parte dos currícula das escolas médicas e dos programas de formação de internos da maior parte das especialidades médicas). É um assistente social e psicólogo porque nunca deixará de se preocupar com o seguimento e orientação nos cuidados pós-hospitalares e estará sempre pronto para palavras de conforto e de motivação quando necessárias. É, no fundo, um super-herói porque, no meio disto tudo, ainda arranja tempo e vontade para ser pai, filho, avô, amigo, marido...

Médico. Clínico. Científico. Humano... Internista.

Desde muito cedo que soube que queria ser médico. Dizem os relatos familiares que passei à frente fases como futebolista, bombeiro, super-herói... À minha maneira, arranjei forma de ser super-herói ao querer ser médico. Crescendo com essa vontade, apenas durante o curso, e sobretudo com a sua conclusão, me deparei com a maior escolha da minha vida. Era médico, e agora? Médico de quê? Para quem? E porquê? Aqui surgiu o universo da Medicina Interna. Absorvido pela perspectiva de algo tão holístico, desafiei-me. Um desafio que me seguiria para a vida, que me poria à prova diariamente, mas, sobretudo, que me proporcionaria uma viagem pela Medicina como um todo, cheia de curvas, desvios, atalhos, interceções... Uma viagem difícil, mas, acredito, recompensadora.

Foi com esta vontade que, em junho de 2017, assinei um documento que oficializava a minha escolha. Foi com esta vontade que no dia 2 janeiro de 2018 me apresentei no Serviço de Medicina Interna da Unidade Local de Saúde do Alto Minho (Viana do Castelo) para o primeiro dia do resto da minha vida. Foi e é com esta motivação e entusiasmo que olho para o futuro como internista, acreditando que serei um bocadinho de tudo o que é preciso para o ser.

E se, naquele dia de junho, assinava um papel convicto do que estava a fazer, hoje, e para já, é com certeza que digo que o voltaria a fazer:

*Por cada porta fechada  
Logo 1 janela escancarada.  
Daqui, aprecio a vista  
De uma vida de internista.*



**Miguel Romano**  
IFE Medicina Interna

# O que o NIMI mudou na minha vida?



**Carla Araújo**

Assistente hospitalar de MI, Hospital Beatriz Ângelo.  
Segunda coordenadora do NIMI

Decidi iniciar este artigo usando um parágrafo do meu *Curriculum Vitae*, escrito em 2014: “Quando me perguntaram: qual a especialidade que vais seguir? Não tive dúvidas e respondi: vou ser Médica da Medicina... O que é isso? (questionaram amigos e familiares). Ser Médica da Medicina é exercer a mais pura, ancestral e completa de todas as áreas do saber. Ser Médica da Medicina é tudo. Respondi.”

Era eu interna do primeiro ano da especialidade, curiosa e cheia de vontade de trabalhar, quando conheci o NIMI. Fiquei logo fascinada pelos objetivos que defendia. Senti-me identificada com este grandioso projeto, que tinha nascido no seio da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna (SPMI), apadrinhado pelo Dr. António Martins Baptista.

Segundo William Osler, “a Medicina é uma ciência de incerteza e uma arte de probabilidade.” E, assim, acreditando na probabilidade de integrar este grupo, comecei logo a assistir a todas as reuniões e foi crescendo em mim o desejo de me dedicar com maior profundidade a este Núcleo.

Já com algum percurso e experiência (uma vez que sempre me dediquei a atividades organizacionais), cheguei ao meu segundo ano de Internato, altura em que me tornei coordenadora do NIMI. Tive a honra e o privilégio de o liderar durante dois mandatos, ou seja, durante 4 anos. Foi uma altura maravilhosa da minha carreira e da minha vida pessoal. O NIMI fez de mim uma pessoa mais determinada, com um orgulho enorme na especialidade que escolhi abraçar como profissão.

Cresci, conheci muitas pessoas, fiz verdadeiros amigos, os meus *Everfriends*, a quem hoje considero a minha família. Tive a oportunidade de conhecer a realidade nacional, de norte a sul do País. Senti sempre uma energia cativante, uma vontade enorme de mudar, de melhorar e de prestigiar a Medicina.

Novos projetos nasciam, se realizavam, se concretizavam. Novos caminhos se abriam. Enriqueci-me de valores com cada congresso, jornadas, cursos e reuniões. Organizei e participei em *workshops*; de formanda passei a formadora; de aprendiz passei a mentora. Entre livros, estágios, doentes, relatórios, fui ganhando uma dimensão da Medicina que nunca imaginei conseguir alcançar. Sob a minha coordenação, consolidámos o Encontro Anual de Internos de Medicina Interna (ENIMI); fundámos “A Tarde do Jovem Internista”, espaço dedicado aos internos no Congresso Nacional; estabelecemos relações de cooperação com a Sociedade Espanhola de Medicina Interna; nasceram os alicerces do projeto “Os elos de ligação”; foram estabelecidas as bases democráticas de eleição do Secretariado do NIMI; foi divulgada a nossa atividade, entre muitas outras coisas.

Senti a responsabilidade de representar Portugal na Europa, onde dentro da EFIM (European Federation of Internal Medicine) cheguei ao cargo de presidente do Grupo *Young Internists*. Nesta altura, foi possível mostrar à Europa a Medicina Portuguesa. Visitei vários países, liderei grupos de trabalho, desenvolvi o Programa Exchange, cresci ainda mais, como mulher e como médica.

“A sorte favorece uma mente preparada.” – Louis Pasteur.

Aprendi a decifrar o código do debate de ideias, onde é necessário aprender a expor e não impor as nossas próprias ideias, a saber que a sabedoria reside no respeito pela diferença.

No NIMI, sempre trabalhamos em equipa, estimulando a troca de opiniões, o cruzar de experiências.

Dei ainda mais valor a todos os nossos doentes. Considero que cada ser humano é um mundo fascinante que aguarda ser descoberto, verte lágrimas quando sofre,

tem medo e espera a nossa compreensão e mão amiga – “É muito mais importante saber que tipo de doente tem a doença do que o tipo de doença que a pessoa tem.” – Hipócrates.

Estando numa fase já mais sólida da carreira, sinto que tive um percurso diferente, singular, único. Hoje sou melhor graças a todas as ferramentas que obtive com o NIMI, projeto que decidi abraçar de corpo e alma e que sinto e sempre sentirei como meu.

Orgulho-me com cada conquista, com cada sucesso, com cada nova Coordenação.

A magia acontece porque acreditamos nela! Saber que somos capazes de alcançar tudo aquilo em que acreditamos faz-nos ser pessoas humildes e agradecidas.

E gratidão é o que eu sinto. Grata por terem acreditado em mim. Grata pela pessoa que sou hoje e pela Médica que aprendi a ser.

O NIMI mudou para melhor muitas coisas na minha vida. Sempre contei com o apoio da minha família, fonte de motivação para continuar a trabalhar e entregar-me da forma como me entrego.

Vivo de metas e de objetivos. Sentir que deixei uma semente que cresceu e se fez árvore sólida, cheia de ramificações, faz-me ter uma indiscreta sensação de missão cumprida.

Como Jovem Internista, ainda tenho muito para aprender. Espero conseguir ensinar e transmitir este sentimento às novas gerações. Citando Hipócrates: “A vida é breve; a arte vasta; a ocasião instantânea; a experiência incerta; o juízo difícil.”

Gostava de deixar uma mensagem aos mais novos: sejam mesmo jovens, vivam esta especialidade com intensidade, integrem-na na vossa vida, no vosso dia-a-dia.

Apaixonem-se pelo que fazem e sentirão que não é trabalho, é vocação.

Façam sugestões, critiquem, integrem, façam parte desta família que existe para nos tornar melhores médicos. Deem valor aos vossos próprios Hospitais, aos vossos Serviços, aos vossos Tutores. Sejam bons colegas e amigos.

O céu é o nosso limite e o Internato é vosso!

Façam o que amam, o resto acontece...

Sejam felizes como eu SOU.

Ser interno de Medicina Interna no...

# CH de Vila Nova de Gaia / Espinho

Mais uma urgência... Na televisão continuam as notícias das urgências caóticas, das horas de espera, da falta de vagas, dos doentes internados nos serviços de urgência, das cirurgias adiadas... Mas, apesar de todas as adversidades, lá nos levantamos de manhã com a certeza de que iremos marcar a diferença, que iremos ajudar alguém, que faremos tudo por aquelas pessoas, com o espírito de sacrifício e paixão que nos caracteriza.

Hoje, venho escrever-vos sobre como é ser interno de Medicina Interna no CH de Vila Nova de Gaia / Espinho (CHVNG/E). É um hospital central composto por 3 unidades: Unidade I, onde se localizam as diferentes valências do nosso serviço (internamento, consulta externa, pavilhão de ambulatório) e o Serviço de Urgência; Unidade II, onde se encontram outros serviços, como Pediatria, Ginecologia e Ortopedia; Unidade III, localizada em Espinho, que atualmente engloba algumas camas de internamento da Medicina Interna, cirurgia de ambulatório e onde se realizam também algumas consultas externas.

Os principais problemas do nosso hospital centram-se nas infraestruturas e nas condições físicas em que trabalhamos. Contudo, temos esperança que esta dificuldade seja rapidamente ultrapassada, dado que se encontra em marcha um plano de reestruturação.

Temos quatro unidades de internamento (três na Unidade I e uma na Unidade III), nas quais se encontram diferentes equipas médicas, constituídas normalmente por um especialista, um interno de formação específica e um interno do ano comum. Todas as sextas-feiras decorrem reuniões de serviço, nas quais debatemos assuntos organizacionais, apresentamos temas teóricos ou discutimos casos clínicos. Faz ainda parte do nosso horário um período de permanência, quando nos encontramos em rotação de fim de semana de urgência. É um período em que somos responsáveis pelos doentes internados, reavaliando situações mais urgentes ou no qual respondemos a pedidos de observação de doentes internados noutros serviços.

Alguns médicos do serviço integram também áreas mais especializadas, como a Unidade de Acidente Vascular Cerebral, a Unidade de Cuidados Intermediários, a Unidade de Doenças infecciosas, os Cuidados Paliativos e, mais recentemente, as unidades de Tratamento em Ambulatório e a Equipa de Hospitalização Domiciliária, que certamente serão uma mais-valia para a nossa população. Estas iniciativas vêm aproximar os cuidados hospitalares dos cuidados de saúde primários, permitindo uma melhor gestão do doente.

Relativamente à consulta externa, nos primeiros anos de internato esta é tutelada, sendo definido, pela nossa Comissão Pedagógica, um plano, para que todos tenham a oportunidade de assistir às diferentes consultas especializadas (Diabetes, Risco Vascular, Hepatologia, Insuficiência Cardíaca, Doenças Autoimunes, Tromboembolismo Pulmonar), para além da Consulta de Medicina Interna Geral.

O Serviço de Urgência é um local que nos permite crescer como médicos e, pessoalmente, é o local onde me sinto melhor, apesar de toda a confusão, do número de macas dispersas pelo corredor e da falta de recursos materiais e físicos que todos nós conhecemos. No CHVNG/E, fazemos semanalmente 12h de urgência (diurnas ou noturnas), com alguns turnos extra, quando necessário, devido à ausência de algum colega. Sendo um hospital central e com um S.serviço de Urgência polivalente, permite-nos aprender e atualizar conhecimentos nas diversas áreas, conhecer e acompanhar casos de patologias mais raras, assim como criar algoritmos de abordagem das principais síndromes de Medicina Interna.

Outra das principais vantagens de ser interno no nosso Serviço, que não podia deixar de referir, é a relação entre os internos e o espírito de solidariedade existente entre nós.



**Paula Marques Ferreira**  
 Interna do 3.º ano de MI do CHVNG/E

**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)

# Interna e Orientadora de Formação – a minha experiência



## Carina Silva

Assistente hospitalar de MI.  
CH de Vila Nova de Gaia/Espinho

Fui convidada a escrever sobre a minha experiência como interna de formação específica de Medicina Interna e como orientadora de formação: dois percursos diferentes, complexos e interligados.

Terminei o meu internato em 2013 e, atualmente, sou orientadora de dois jovens internos. São, por isso, muito recentes as memórias do meu internato, de todo o trabalho árduo, dos momentos mais difíceis e desafiantes.

Recordo sempre que, quando estava a iniciar a minha formação específica, me disseram o seguinte: “O teu internato será aquilo que tu fizeres dele.” Refleti muito sobre esta afirmação e quantos mais anos passam mais concordo com ela. Mas faria uma salvaguarda à mesma, acrescentando o seguinte: “Ter um bom orientador ajuda, e muito!”

Como interna, as maiores dificuldades que enfrentei relacionaram-se com conseguir uma adequada gestão do tempo para trabalhar, estudar, atividade científica, entre todas as tarefas que surgem nessa fase. Assim como aprender a lidar com alguns dilemas éticos, trabalhar em equipa e estar disponível para o meu Serviço.

De positivo no internato, realço toda a aprendizagem pessoal e profissional e destaco a experiência mais relevante para mim, que foi a oportunidade de realizar um estágio opcional de 3 meses no estrangeiro.

Conciliar tudo isto de forma organizada foi complexo, mas sobrevivi; tive aquele apoio tão importante: uma excelente orientadora, disponível, interessada e competente, a nível prático e teórico. E agora teria de tentar seguir o seu exemplo.

Quando me tornei orientadora, senti de imediato receio por considerar ser uma tarefa de muita responsabilidade e achei que a minha inexperiência e idade jovem poderiam ser prejudiciais.

Ser orientadora não é de todo fácil e a maior dificuldade que tenho é coordenar o meu horário da atividade assistencial e das minhas tarefas pessoais, para ter disponibilidade e tempo para o fazer de forma organizada e competente.

É muito gratificante acompanhar o crescimento dos nossos internos e sentir que podemos fazer alguma diferença no seu percurso, mas penso que existe ainda um caminho longo a percorrer nos serviços e instituições para que os orientadores possam estar bem preparados e motivados.

PUBLICIDADE



# PUBLICIDADE



