



**LIVE**

# MEDICINA INTERNA

Publicações

**JN** justNews

DIRETOR: JOSÉ ALBERTO SOARES  
QUADRIMESTRAL | JAN.-ABR. 2019  
ANO 5 | NÚMERO 17 | 3 EUROS  
WWW.JUSTNEWS.PT



**CAMI**  
1.º Curso de  
Atualização  
em MI

**JOSÉ PEDRO  
TADEU**  
Hospitalização  
domiciliária:  
(naturalmente)  
responsabilidade  
da MI

*Luís Duarte Costa, vice-presidente (sul) da SPMI:*

**"A SPMI TEM CONSEGUIDO  
DEMONSTRAR AS MAIS-VALIAS  
DA MEDICINA INTERNA"**

# 25<sup>o</sup> CONGRESSO NACIONAL DE MEDICINA INTERNA



**23 A 26  
MAIO 2019**

CENTRO DE CONGRESSOS  
DO ALGARVE

**VILAMOURA**

## ORGANIZAÇÃO



Rua Tóbis Portuguesa, nº8, 2º - Sala 7/9  
1750-292 Lisboa  
T: +351 21 7520570/8 | F: +351 21 7520579  
W: [www.spmi.pt](http://www.spmi.pt)

## PRESIDENTE

Armando de Carvalho

## SECRETÁRIO GERAL

João Porto

## TESOUREIRA

Patrícia Dias

## COMISSÃO ORGANIZADORA

Dilva Silva  
Elsa Gaspar  
Fátima Silva  
Filipe Vilão  
João Madaleno  
João Melo  
Patrícia Carvalho  
Rogério Ferreira  
Rui Pina

## COMISSÃO CIENTÍFICA

Adélia Simão  
Ana Figueiredo  
Armando Carvalho  
Arsénio Santos  
Jorge Crespo  
Jorge Fortuna  
José Pereira de Moura  
Lèlita Santos  
Pedro Ribeiro  
Rui M. Santos  
Teixeira Veríssimo  
Coordenadores Núcleos de Estudo da SPMI

## Secretariado



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](mailto:paula.cordeiro@admedic.pt)  
W: [www.admedic.pt](http://www.admedic.pt)

## Consultar Programa



## Inscrições

[www.spmi.pt/25congresso](http://www.spmi.pt/25congresso)

# sumário

## Entrevista

### 04 Luís Duarte Costa

“A proximidade que os internistas têm com os doentes é algo que não se consegue em mais nenhuma outra especialidade”

## Reportagem

### 14 Serviço de Medicina 3 do CH Universitário do Algarve – Unidades de Portimão e de Lagos

Medicina Interna centraliza o controlo ao doente em todo o hospital

## Notícias

### 11 X Jornadas do Serviço de MI do CH Barreiro/Montijo

Aproximar a MI e a MGF

### 12 XXV Reunião do Núcleo de MI dos Hospitais Distritais

Realizada em Aveiro, foi subordinada ao tema “A MI e os canais que nos ligam”

### 20 NEDF - Núcleo de Estudos das Doenças do Fígado

Aveiro organizou XII Reunião

### 22 SPMI assinalou 67.º aniversário promovendo o Mês da MI

Dezembro passa a ser referenciado como o Mês da MI

### 23 13.ª Reunião anual do NEDM homenageou Manuel João Gomes

Organizada pelo Núcleo de Diabetes do Hospital Distrital de Santarém

### 24 Curso de Atualização em MI vai integrar plano de formação da SPMI

Orientado sobretudo para internos nos últimos anos de formação e especialistas de MI

### 25 XVI Curso Pós-Graduado sobre Envelhecimento

Realizou-se em Coimbra nos dias 20 e 21 de setembro

### 26 Diretores de serviço e orientadores de formação reunidos em Aveiro

“Medicina Interna de Alto Valor e o novo Programa de Formação” foi o tema da reunião

## Discurso direto

### 10 José Pedro Tadeu

Hospitalização Domiciliária: (naturalmente) responsabilidade da MI

### 21 Joana Espírito Santo

Nódulo hepático em fígado cirrótico

## Porto recebeu VIII Simpósio do NEDR

O último encontro do Núcleo de Estudos de Doenças Raras da SPMI aconteceu no Porto, nos dias 30 de novembro e 1 de dezembro. Para além de Luís Brito Avô, a Comissão Organizadora incluiu Luísa Pereira e Patrício Aguiar (na foto).



## Medicina Obstétrica realizou 1.ª Jornadas



O recém-criado Núcleo de Estudos de Medicina Obstétrica da SPMI promoveu as suas primeiras Jornadas nos dias 9 e 10 de novembro, no Estoril. “Grávidas na Urgência” seria o tema central da reunião, que foi presidida por Inês Palma dos Reis, coordenadora do NEMO, que aparece na foto com os elementos da Comissão Organizadora (CO) e da Comissão Científica (CC): Alice Sousa (CC), Catarina Conceição (CO), José Filipe Guia (CC), Inês Palma dos Reis, Filipa Lourenço (CO), Inês Felizardo Lopes (CO), Sofia Mateus (CO), Pedro Correia Azevedo (CO), Ana Oliveira (CO) e (ausente na foto) Augusta Borges (CC).



Foto da capa  
Luís Duarte Costa fotografado no interior do Hospital da Luz.



### LIVE Medicina Interna

**Diretor:** José Alberto Soares **Assessora da Direção:** Cláudia Nogueira **Assistente de Direção:** Goreti Reis **Redação:** Maria João Garcia, Sílvia Malheiro, Susana Catarino Mendes **Fotografia:** Joana Jesus, Nuno Branco - Editor **Publicidade:** Ana Paula Reis, João Sala **Diretor de Produção Interna:** João Carvalho **Diretor de Produção Gráfica:** José Manuel Soares **Diretor de Multimédia:** Luís Soares **Morada:** Alameda dos Oceanos, Nº 25, E 3, 1990-196 Lisboa **LIVE Medicina Interna é uma publicação da Just News**, de periodicidade quadrimestral, 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



LUÍS DUARTE COSTA, VICE-PRESIDENTE (SUL) DA SOCIEDADE PORTUGUESA DE MEDICINA INTERNA:

# “A SPMI tem conseguido demonstrar as mais-valias da Medicina Inter



# strar na”



**Com 42 anos feitos em 22 de julho último, Luís Costa Duarte é um dos três vice-presidentes da SPMI e o mais jovem elemento da atual Direção. Filho de pais médicos e “alfacinhas”, nasceu em Lisboa, onde sempre viveu, estudou e trabalha. Coordena o Atendimento Médico Permanente (Serviço de Urgência) do Hospital da Luz, em Lisboa, e há um ano e meio, estávamos então no verão de 2017, “virou” vegetariano. Ele, a mulher (especialista de MGF) e as duas filhas menores.**

**Just News (JN) – Quando iniciou a sua ligação à SPMI?**

**Luís Duarte Costa (LDC) –** Fui para a Sociedade pela mão do Dr. António Martins Baptista, em 2006/2007, na altura em que aquele assumia o cargo de secretário-geral. Estava no Internato no Hospital Curry Cabral e ele era o subchefe da minha equipa de urgência. Formei-me em 2000 e estou inscrito na SPMI desde que entrei na especialidade, que concluí em 2008. Comecei por ser secretário-adjunto.

Ao princípio, tinha alguma dificuldade em perceber o meu papel. A minha participação começou por ser ajudar, de forma muito discreta, na organização do Congresso Nacional de Medicina Interna, o que me motivou, sobretudo pelo empenho que o Dr. António Martins Baptista tem e que consegue contagiar toda a gente! Fui conhecendo as pessoas e ganhando algum papel na Sociedade, tendo assumido, depois, a função de tesoureiro, antes da anterior Direção, presidida pelo Dr. Luís Campos, na qual não tive qualquer função.

**JN – Não hesitou em aceitar o cargo de vice-presidente (Sul) na atual Direção?**

**LDC –** Não, aceitei no imediato, pelo facto de me permitir tentar ajudar um pouco a Medicina Interna.

**JN – Tem muita responsabilidade neste cargo?**

**LDC –** Sim, mas é partilhada por muita gente. Tenho mais trabalho de casa...

**JN – E representa o presidente nalgumas ocasiões...**

**LDC –** O Dr. João Araújo Correia tem tentado distribuir o “jogo”, de modo a que não fique tudo centralizado numa pessoa. Hoje em dia, o enorme número de sócios que temos movimenta muita atividade. Temos vários núcleos, reuniões, o Congresso Nacional... é um trabalho quase a tempo inteiro! Há muitos assuntos que têm de ser tratados pelo Dr. João Araújo Correia,

mas há bastantes situações em Lisboa em que eu tento representá-lo.

Outra coisa boa que também aconteceu foi conseguirmos ter uma pessoa a trabalhar a tempo inteiro na SPMI, e refiro-me ao Eng. Nuno Neves. Eu notava falta de alguém que controlasse tudo quando fui tesoureiro. As secretárias (Cristina, Adelina, Ana Pedreiro e Ana Silva) são ótimas, mas faltava alguém que assumisse funções de coordenação. O Dr. Luís Campos conseguiu trazer para a Sociedade o Eng. Nuno Neves, que tem sido claramente uma aposta ganha.

**“A SPMI TEM CONSEGUIDO MOSTRAR QUE A MI TEM PESSOAS TÃO BOAS OU MELHORES QUE OUTRAS ESPECIALIDADES PARA SEGUIR DETERMINADOS DOENTES”**

**JN – A Sociedade cresceu bastante nestes últimos anos...**

**LDC –** Cresceu. No entanto, a questão é que, embora a SPMI tenha imensas mais-valias, também sente alguns perigos. Cabe aos internistas lutar pelos interesses da MI e de toda a Medicina em Portugal, como defende o Dr. António Martins Baptista. A MI está um pouco “apertada” entre várias especialidades que têm áreas comuns de interesse. Ao longo dos anos, esta hiperespecialização a que a Medicina obriga, por conhecimentos cada vez mais minuciosos, mas para situações cada vez de menor dimensão, conduz a que, por vezes, a MI esteja em “guerra” com outras especialidades, sendo a mais conhecida a Reumatologia.

Julgo que a SPMI tem conseguido mostrar a quem de direito que a MI tem pessoas tão boas ou melhores que outras especialidades para seguir determinados doentes. O exemplo das doenças autoimunes é perfeito,

*(Continua na pág 6)*

(Continuação da pág 5)

ficando claro que há lugar para todos. É óbvio que há doenças reumatológicas cujo foco são as articulações, mas há outras em que claramente não é, podendo pôr em risco alguns órgãos vitais, e quem está mais bem preparado para isso são os internistas. Por se tratar de uma especialidade generalista, dá ferramentas aos internistas que lhes permitem ver uma insuficiência cardíaca ou respiratória num doente com lúpus, por exemplo.

**JN – Como é que a SPMI deve gerir essa relação com a Reumatologia?**

**LDC –** Em primeiro lugar, evitando o negativismo e o confronto, que não nos leva a lado nenhum. Mas não nos deixamos levar por conversas sem sentido. O que fazemos quando alguém nos diz que não sabemos fazer algo é demonstrar (felizmente, com alguma facilidade!!) que está errado.

Temos muitas pessoas da MI com doutoramento da área das doenças autoimunes, com provas mais que dadas, com artigos escritos e que seguem muitos doentes. Além disso, temos internistas espalhados por todo o país e conseguimos tratar muitos, e muito bem, estes doentes. Por outro lado, temos na SPMI o Núcleo de Estudos de Doenças Autoimunes, com uma projecção internacional e que consegue chamar às reuniões que organiza, e com toda a legitimidade, especialistas reconhecidos internacionalmente.

Se o termo “holístico” é visto como uma enorme mais-valia, muitas vezes também é “atacado” por estes hiperespecialistas que se dedicam a áreas muito particulares e que tentam desautorizar a MI de tratar não só estas patologias do foro da Reumatologia como de outras áreas (Hepatologia, por exemplo).

**JN – Estas questões também se têm colocado com a Cardiologia?**

**LDC –** Curiosamente, tal como noutras áreas, como a Neurologia, por exemplo, também na Cardiologia nunca houve qualquer problema. Porque esta, se calhar, tem já muitas técnicas e muito trabalho com que se preocupar e, na parte clínica, os cardiologistas compreendem que a MI pode acompanhar os doentes em conjunto. No Hospital da Luz, por exemplo, a MI tem todos os doentes da área médica internados ao seu cuidado, mas é óbvio que, se precisar de um ecocardiograma ou de uma ajuda clínica, tem de solicitar o apoio do cardiologista. A SPMI tem conseguido chamar a atenção de toda a comunidade para a mais-valia da MI que, tal como a Medicina Geral e Familiar, é considerada uma especialidade basilar do SNS.

**“NOS ÚLTIMOS TEMPOS, TEM HAVIDO ALGUMA PROXIMIDADE ENTRE A MGF E A MI”**

**JN – Em relação à MGF, qual é a sua visão?**

**LDC –** Curiosamente, quando entrei na especialidade, em 2004, lembro-me que uma das reuniões organizadas pelo Dr. António Martins Baptista, no Hotel

dos Templários, em Tomar, teve como objetivo avaliar os pontos fortes e fracos, as ameaças e as oportunidades de uma ligação estreita entre a MI e a MGF. Nessa altura, concluímos que a MI tem de apostar na MGF.

**JN – A MI está hoje mais próxima da MGF?**

**LDC –** Estivemos sempre muito afastados. Há uns anos, nos hospitais, víamos que a MGF referenciava mais para determinadas especialidades do que para a MI. Nos últimos tempos, tem havido alguma proximidade, fruto também do trabalho da MI. Recentemente, com a questão dos transtornos nas urgências, lançámos um desafio à Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar, que aceitou, de elaborar um documento em conjunto, enviado para a ministra da Saúde com um pedido de audiência, chamando a atenção para o facto de que o que acontece todos os anos excepcionalmente nas urgências não é, na realidade, nada excepcional, havendo muitas razões para que assim seja.

**JN – Que razões são essas?**

**LDC –** Portugal é o país da OCDE com mais idas às urgências por 100 mil habitantes. Estamos a falar de um valor astronómico, duas vezes acima do segundo, que vem imediatamente abaixo, e isto tem consequências graves para a saúde dos doentes. Sobretudo porque no meio de toda a confusão de doentes que não deviam ter ido à urgência com situações menos graves estão alguns casos muito graves. E quando temos o dobro da capacidade de um serviço de urgência os doentes mais graves são perdidos no meio da confusão. Por isso, o documento que elaborámos foi muito importante.

Nos centros de saúde/USF, 40% das consultas são situações agudas. Houve uma altura em que se achou que, com a abertura das USF, este problema se iria resolver, mas isso não aconteceu. Os próprios MF advertiram para a importância de coisas tão simples como ter uma central telefónica. A verdade é que estes profissionais, por vezes, querem marcar consultas de situações agudas e não têm um secretário clínico para o fazer.

Depois, a nível hospitalar, uma das medidas pode ser criar consultas não programadas de especialidade. Há indivíduos com situações agudas, que têm de ser resolvidas em poucas horas, mas que são muito dirigidas a uma especialidade. Dessa forma, não teriam de passar pela Urgência. Além disso, é necessário apostar na educação à população e não premiar, do ponto de vista financeiro, os episódios de urgência.

O tema não é linear, mas algo tem de se fazer. A pessoa sabe que vai ao centro de saúde e o médico observa, ausculta, faz uma boa observação clínica, ouve com atenção e dá-lhe alta com um medicamento. Se for à urgência, é vista de uma forma mais rápida, mas com a prescrição de um raio x e de umas análises. Na sua cabeça, é isso que está certo e na vez seguinte já não vai ao centro de saúde. E sempre que vemos alguém nas urgências com uma amigdalite ou uma gripe e pedimos



exames estamos a passar a ideia de que são necessários exames complementares, quando isso não é bem assim. A medicina deve ser baseada numa boa anamnese e numa boa observação.

**“A MI FOI UMA ESCOLHA MUITO ÓBVIA DESDE CEDO”**

**JN – É natural de Lisboa?**

**LDC –** Sim. Nasci e sempre vivi em Lisboa. Os meus pais também nasceram na cidade, a minha mãe no Bairro Alto, o meu pai na freguesia do Castelo. Eu e os meus dois irmãos estudámos no Colégio São João de Brito até ao 9.º ano. Fiz o secundário na Escola Herculano de Carvalho, que agora se chama António Damásio, nos Olivais. Fiz a licenciatura na Faculdade de Ciências Médicas de Lisboa.

**JN – Quando decidiu seguir Medicina?**

**LDC –** Os meus pais são médicos e em casa sempre falaram de Medicina e de casos de doentes que tinham. Por outro lado, eu sempre me interessei pela área de



Ciências. Houve uma altura, antes do secundário, em que quase desisti da ideia de ir para Medicina porque achava que isso seria uma cópia dos meus pais e que devia evitar isso. Mas depois concluí que era mesmo para Medicina que queria ir.

**JN – Os seus pais também são internistas?**

**LDC –** Não. O meu pai é gastroenterologista e a minha mãe pediatra.

**JN – Os seus irmãos seguiram a mesma área?**

**LDC –** Um é engenheiro e outro trabalha na gestão informática na área bancária.

**JN – E a Medicina Interna, como aconteceu?**

**LDC –** A MI foi uma escolha muito óbvia desde cedo. Lembro-me perfeitamente de, no 4.º ano, a minha primeira cadeira clínica ter sido Medicina 1. Fui para o Hospital Egas Moniz e fiquei fascinado! A proximidade que os internistas têm com os doentes é algo que não se consegue em mais nenhuma outra es-

**"A MEDICINA DEVE SER  
BASEADA NUMA BOA  
ANAMNESE E NUMA BOA  
OBSERVAÇÃO."**

pecialidade. A minha monitora era a Prof.ª Maria Francisca Moraes-Fontes que, nessa altura, foi uma inspiração. O estar à vontade com todos os doentes e poder ajudá-los em qualquer situação foi o que para mim ficou óbvio. A ideia foi reforçada quando comecei o Internato Geral, em 2001, no Serviço de Medicina I, no Curry Cabral. Fiz o exame em fevereiro de 2008 e vim diretamente para o Hospital da Luz, que abriu em 2006. Foi a Dr.ª Natália Marto que me convidou. Ela tinha sido interna no Hospital de São José e foi para o Hospital Curry Cabral depois de acabar a especialidade.

**JN – Na sua opinião, qual deveria ser o papel da MI dentro dos hospitais?**

**LDC –** A Medicina Interna deveria acompanhar todo o doente "médico" internado. Para mim, isso é relativamente claro e é um modelo que se tem vindo a divulgar. O que atualmente se discute mais são as áreas

*(Continua na pág 8)*

(Continuação da pág 7)

cirúrgicas e até onde é que a MI deve ir. Há quem defenda que a especialidade devia tomar conta de todos os doentes, o que não me parece fazer sentido. Por exemplo, um jovem de 20 anos com uma apendicite não precisa de um internista, mas de um cirurgião. Por outro lado, uma senhora com 88 anos tem uma fratura do colo do fémur vai necessitar, de certeza, de um internista.

O papel da MI na consultoria das especialidades de cirurgia tem de ser bem definido. Há uma série de trabalhos sobre *co-management*, como aquele que está a ser desenvolvido pela diretora do Serviço de MI do Hospital da Luz, Dr.<sup>a</sup> Alexandra Bayão Horta, que está a fazer um doutoramento nessa área.

Lembro-me de um caso que me chocou, no Hospital Curry Cabral, quando dávamos apoio à Ortopedia, no contexto de uma "consultoria cega". Uma senhora tinha sido internada para pôr uma prótese e estava com uma rigidez brutal. Quando chegou ao internamento, pararam toda a medicação do domicílio, incluindo a do Parkinson, colocando em risco a vida da doente. Há áreas da patologia cirúrgica em que um internista faz toda a diferença, mas há outras em que pode perturbar a relação entre o doente e o cirurgião responsável.

**"NÃO CONSIGO IDENTIFICAR QUE A URGÊNCIA TENHA TODO O CONHECIMENTO NECESSÁRIO PARA CRIAR UMA ESPECIALIDADE"**

**JN – Como está organizada a Urgência no Hospital da Luz?**

**LDC –** A urgência externa designa-se por Atendimento Médico Permanente, mas tem todos os critérios para se chamar Serviço de Urgência. Em 2018, no final dos 12 meses, tivemos uma média/dia de 203 adultos. Nas últimas semanas, teve uma média de 230. Já é uma Urgência com alguma complexidade.

**JN – A equipa é 100% dedicada à Urgência?**

**LDC –** Temos uma equipa heterogénea. Não sou a favor do modelo de equipa dedicada. Temos duas áreas funcionais: o balcão e o SO. No balcão estão médicos de várias especialidades (sobretudo MGF) que formam uma equipa com a MI que está em SO e com uma série de outras especialidades que dão apoio. Estes médicos constituem uma equipa que tem uma rotatividade 1xsemana no AMP. Para mim, é o melhor sistema!

**JN – Desde quando coordena a Urgência?**

**LDC –** Desde maio de 2016.

**JN – Era uma área da sua eleição?**

**LDC –** Foi sempre uma área de que eu gostei. Já no Internato Geral fiz o curso do INEM e trabalhei durante alguns anos na VMER. Gosto muito da urgência e se um dia o Hospital da Luz tiver uma urgência extra-hospitalar espero estar lá!



**JN – Como foi a experiência de trabalhar na VMER?**

**LDC –** O interesse surgiu no 2.º ano do Internato Geral. Tinha uns amigos que faziam VMER e eu pensei: "Tenho de experimentar!" Candidatei-me, fiz o curso e comecei a trabalhar na VMER de Lisboa, que está estacionada na Avenida de Roma. Foi muito giro! Passado pouco tempo, o Hospital Curry Cabral abriu uma VMER e, enquanto lá estive, também fiz. Aprendi muito, nomeadamente no que respeita ao treino em reanimação e em suporte avançado de vida.

Foi uma escola muito importante para mim. Hoje, se houver no hospital uma paragem cardiorrespiratória o procedimento já é muito autónomo. O papel de liderança de uma equipa de reanimação é fundamental, nomeadamente, sabendo bem as prioridades e ditar tarefas com calma, numa altura em que toda a gente

**"O PAPEL DA MI NA CONSULTORIA DAS ESPECIALIDADES DE CIRURGIA TEM DE SER BEM DEFINIDO."**



está stressada... Aprendi isso no tempo em que estive na VMER.

**JN – A urgência é uma emergência mais confortável?**

**LDC –** É uma emergência com mais capacidades. O problema é que na Urgência aparece de tudo. Há situações emergentes, urgentes, pouco urgentes e outras nada urgentes. Esse é o drama da Urgência e um dos motivos pelos quais eu não gosto de ter equipas fixas. Quando se está a ver repetidamente doentes, a pessoa tem de estar concentrada durante muito tempo e isso é bastante difícil. Por isso, fazer muitas horas de seguida na Urgência não é aconselhável. Nunca trabalhei num serviço de Urgência com equipas fixas, mas a sensação que tenho é que, às tantas, aceita-se a confusão de todos os dias como algo normal e as pessoas baixam os braços. Não pode ser assim, por-

que temos de estar muito alerta para “separar o trigo do joio” e, por outro lado, é preciso tratar bem as pessoas. Caso contrário, chega uma altura em que, devido ao *burnout*, que, por vários motivos, nas urgências é claramente pior, começam, eventualmente, a surgir os erros.

Além disso, eu não consigo identificar que na área da Urgência se tenha todo o conhecimento necessário para criar uma especialidade, que é outra preocupação que temos na SPMI. Deparamo-nos com um pouco de tudo, mas não é por eu ser, por exemplo, confrontado com uma fratura que serei ortopedista, que é, como é óbvio, quem sabe tratar bem uma fratura. Se estivermos perante um enfarte que precisa de um cateterismo, nunca serei eu a fazê-lo. Para mim, a especialidade de Urgência não faz sentido e acho que é um erro trágico, se acontecer. Tenho a mesma opinião relativamente às equipas fixas, pelos motivos que referi atrás.

**JN – É mais fácil coordenar uma Urgência num hospital privado do que num público?**

**LDC –** Tem mais-valias e um pequeno defeito. A grande vantagem é que as pessoas estão cá porque querem. Para quem coordena, ter um colaborador que trabalha por obrigação é uma chatice. Outra coisa que é mais fácil de gerir no privado prende-se com a organização dos horários, que é muito mais flexível. Permite-me agilizá-los tendo em conta a afluência, ou seja, os picos de afluência. Depois, até consigo premiar os bons elementos. A única desvantagem é que, ao contrário dos hospitais públicos, em que a enorme maioria dos médicos que trabalha na Urgência são do hospital (talvez cerca de 80%) e os restantes contratados para suprimir algumas falhas, no setor privado temos o oposto, quase 80% dos médicos são externos.

**JN – Quais são as consequências?**

**LDC –** Face a esta realidade, tenho de ter uma equipa mais heterogénea, constituída por mais elementos, e construir o horário de acordo com as possibilidades de cada um. Nestes últimos anos, consegui ultrapassar esta dificuldade. Sempre que tenho algum médico que quer vir trabalhar o que eu lhe peço é o compromisso de aceitar um horário o mais fixo possível, para não ter estas oscilações. Por isso é que os gestores gostam sempre das equipas fixas. Na Urgência de adultos tenho, neste momento, cerca de 100 médicos. Se tivesse só colegas fixos, se calhar, bastavam 30 ou 40, mas para os doentes era pior.

O que vejo das equipas fixas é que no primeiro ano as pessoas estão “às mil maravilhas” porque, além de ser vantajoso do ponto de vista económico, trabalham 40 horas, vão ao hospital 2 ou 3 dias e depois têm muito tempo livre. Funciona muito bem durante uns anos. Mas chega uma altura em que as pessoas desistem, porque a Urgência é pesada, há mais *burnout*.

**JN – Como é o seu dia-a-dia na Urgência?**

**LDC –** Chego por volta das 8h00, recebo a passagem

de turno e os doentes que estão no SO ficam à minha responsabilidade. Um dia por semana, neste caso, à 2.ª feira, faço 24 horas. Nos outros dias estou no SO entre as 8h00 e as 17h00 e procuro dar apoio aos médicos que se encontram nos balcões. Tenho sempre alguém da MI para me ajudar. Depois, asseguro a consulta de MI à 4.ª e à 5.ª feira e tenho consulta pós-AMP (pós-urgência), para reavaliações rápidas de doentes que vieram à Urgência que achámos que não era preciso ficarem internados, mas que necessitam de ser vistos pelo episódio agudo que tiveram. Acho que esta consulta também é uma aposta ganha, pois, permite confirmar que está tudo em ordem. Os doentes gostam deste *follow up*.

**“A SPMI CONSUME ALGUM TEMPO, MAS É UM TEMPO QUE ME DÁ PRAZER”**

**JN – Com esta nova responsabilidade na SPMI, tem menos tempo livre?**

**LDC –** Na verdade, sim. A SPMI consome algum tempo, mas é um tempo que me dá prazer. Além da função de vice-presidente, estou como editor associado da *Revista de Medicina Interna* e como editor responsável da *Revista Online de Casos Clínicos em Medicina Interna (RCCMI)*. Uma grande parte das sextas-feiras à tarde é passada na Sociedade, dia da semana em que também acontecem as reuniões da Direção.

**JN – Quais são os seus hobbies?**

**LDC –** Faço desporto há alguns anos. É o meu escape. O resto do tempo é dedicado à minha família. Tenho duas filhas, com 13 e 9 anos, e sou casado com uma especialista em MGF...

**JN – Que tipo de desporto pratica?**

**LDC –** Faço ginásio. Comecei a fazer por achar que era importante para a minha saúde. Quando fui ao ginásio pela primeira vez, fizemos uma avaliação física e o PT perguntou quando fora a última vez que fizera desporto. E eu respondi que tinha sido 20 anos antes, na altura em que entrara para a faculdade!

**JN – É vegetariano. Como é que aconteceu?**

**LDC –** Tive a influência da minha mulher, que me mostrou um documentário, “Cowspiracy”, que alerta para o facto de a produção maciça da pecuária ser a grande causa das alterações ambientais. Hoje em dia, a defesa do consumidor é cada vez mais um aspeto importante da nossa sociedade e percebemos que estamos a colocar em risco a nossa saúde quando comemos muita proteína animal, sobretudo pela maneira como é produzida. Quando vimos o documentário foi um despertar para essa realidade. Aproveitámos as férias de verão de 2017 para estudar o assunto e desde essa altura que eu, a minha mulher e as minhas filhas somos vegetarianos. Note-se que a DGS já recomenda e obriga a que as escolas públicas tenham uma dieta vegetariana. A Sociedade Europeia de Cardiologia também já aconselha que se reduza o consumo de carne.

# Hospitalização Domiciliária: (naturalmente) responsabilidade da MI



**José Pedro Tadeu**

Coord. médico da Unidade de Hospitalização Domiciliária (UHD) do CH de Entre o Douro e Vouga. Assist. hospitalar de MI

COM A ESTRATÉGIA NACIONAL PARA A HOSPITALIZAÇÃO DOMICILIÁRIA, A MEDICINA INTERNA E O SEU ATOR PRINCIPAL, O INTERNISTA, VEEM-SE CONFRONTADOS COM A NECESSIDADE DE SE ROMPEREM COM PARADIGMAS.

A 3 de outubro de 2018 decorreu a apresentação da Estratégia Nacional para a Hospitalização Domiciliária, onde 23 hospitais assinaram o compromisso de iniciarem esta atividade num futuro próximo. Atendendo a que as unidades do Hospital Garcia de Orta e do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho já se encontravam em atividade nesta data, esta medida elevaria o número de hospitais com estes serviços para 25. Enquadrado pelo Decreto-Lei 9323-A/2018 e pela NOC 020/2018, o CHEDV tornou-se no terceiro hospital do país a disponibilizar aos seus doentes a possibilidade de ficarem internados nas suas casas, desde o dia 2 de novembro de 2018.

Apesar da grande variabilidade entre dimensão, recursos humanos e materiais, bem como área de cobertura dos hospitais envolvidos, surge uma associação praticamente transversal destes projetos aos serviços de Medicina Interna. Esta parece-me uma evolução natural, atendendo ao que já é observado a nível hospitalar – o doente polimórbido torna-se desafiante para qualquer clínico, obrigando a uma apreciação holística que se está a tornar progressivamente mais complexa.

Duas das grandes questões que coloco a mim próprio sempre que me é proposta a admissão de um doente para a UHD são se, genuinamente, conseguimos assegurar que não existirá uma redução do nível de cuidados e se seremos capazes de gerir a “imprevibilidade” associada a qualquer internamento. É nestes dois pontos que sinto que a minha formação enquanto internista me permite ter a segurança para, de forma assertiva, fazer uma avaliação transversal ao meu doente, não só na sua vertente mórbida, mas também das suas dimensões social e psicológica, ambas fatores muito pesados a ter em conta.

Neste novo modelo de internamento surgem também oportunidades únicas para promover a educação para a saúde. Quem, para além do internista, estaria capacitado para avaliar a evolução clínica da pneumonia que leva à admissão do doente, explicar-lhe que “ter a tiroide” é, na realidade, um hipotireoidismo, ensiná-lo a manusear a sua nova caneta pré-cheia de insulina e a realizar um mapa glicémico, explorar a sua gaveta de medicação, eliminando redundâncias e minimizando a iatrogenia, ajudando ainda a ter uma alimentação mais adaptada à sua condição pluripatológica?

A abrangência da especialidade também permite que estes moldes de internamento cheguem ao máximo de pessoas interessadas. Se limitássemos a nossa atividade

de a doentes puramente cardiológicos, pneumológicos ou hematológicos, seria muito difícil justificar o investimento necessário para o desenvolvimento do projeto.

Contudo, nem tudo é fácil e natural neste tipo de iniciativas inovadoras. Com a Estratégia Nacional para a Hospitalização Domiciliária, a Medicina Interna e o seu ator principal, o internista, veem-se confrontados com a necessidade de se romperem com paradigmas:

– O médico hospitalar estático, devendo este tornar-se um membro de pleno direito da saúde comunitária e promotor genuíno de saúde na sua vertente holística, intervindo a um nível basal das famílias portuguesas – dentro de suas casas.

– O hospital enquanto local de prestação de cuidados, sendo que a mudança desta crença enraizada na população é extremamente difícil. É missão das equipas de Hospitalização Domiciliária garantirem que o doente se sente apoiado, que pode confiar o seu cuidado às pessoas envolvidas e que a mudança dos moldes de internamento é, de facto, promotor de melhor saúde e melhores *outcomes* clínicos.

Enquanto internista, sinto, mais uma vez, que a evolução da prestação de cuidados de saúde hospitalares em Portugal está dependente da minha atuação e dos meus colegas. Que temos que aceitar essa missão com humildade, responsabilidades científica e social, focados em cada vez mais “cuidarmos” ao invés de “tratarmos”. Esse desígnio é mais facilitado quando podemos cuidar o nosso doente em sua casa, minimizando as agressões física e emocional com consequências, muitas vezes, nefastas, associadas ao internamento convencional.

Também a nossa satisfação enquanto profissionais de saúde é exponenciada – os nossos doentes acarinham-nos, os seus cuidadores procuram-nos para esclarecer dúvidas para as quais nunca acharam espaço para serem esclarecidas, presenciamos o obstáculo que umas simples escadas representam, em como a medicação habitual é “um branco pequenino e um vermelho redondo” para quem nunca foi à escola, ajudamos o neto a fazer os trabalhos de casa porque o avô, nosso utente, não está a conseguir ajudá-lo – relembra-nos que o importante na vida não são as notas de alta e os horários das consultas. É saber que tocar alguém, levemente, no rosto, é suficiente para aliviar a dor e fazer com que o seu dia seja melhor. Por outras palavras – humaniza-nos.

X JORNADAS DO SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA DO CH BARREIRO/MONTIJO

# Aproximar a MI e a MGF

Aproximar a MI e a MGF foi o objetivo central das X Jornadas do Serviço de MI do CH Barreiro/Montijo, explica Fátima Campante, diretora do Serviço. Na sua 10.ª edição, dias 24 e 25 de setembro, a temática incidiu sobre "MI e MGF: duas perspetivas, uma realidade".

A internista salientou, na sessão de abertura das Jornadas, que "as diferentes perspetivas da MI e da MGF devem existir, mas desde que estejam inter-relacionadas". Na sua opinião, é crucial serem ultrapassadas certas barreiras:

"É preciso quebrar formalismos entre colegas, porque só assim se consegue melhorar o diálogo entre as duas especialidades, para que se possa dar resposta aos problemas que afetam a nossa população."

Recordando que se trata já da sua 10.ª edição, Fátima Campante afirmou que a realização da reunião é um exemplo de como a equipa do Serviço de Medicina Interna está motivada e de como esse é um elemento essencial face a algumas dificuldades que têm enfrentado:



Elementos da CO: Carolina Andrade, Ruth Feio, Sónia Pegas, Carla Nobre, Fátima Campante, Célia Carmo e Fabian Rodriguez



Luís dos Santos Pinheiro



Raquel Bettencourt e Frederico Rosa

"O último ano foi o *annus horribilis*, com a saída de quatro especialistas, mas, mesmo assim, conseguimos dar resposta às várias solicitações, como consultas, urgências, consultoria e até a própria realização das Jornadas."

Quem também reconheceu este empenho foi Luís dos Santos Pinheiro, diretor clínico do CHBM, que, em resposta às preocupações de Fátima Campante, sublinhou que "o ano foi difícil, mas nunca esteve em causa a resposta às necessidades da população".

Continuando, referiu que "a saída não se deveu à sua insatisfação, mas ao facto de terem tido uma boa formação no CHBM, acabando por ficar no radar de terceiros". Não deixou de felicitar a equipa pelo seu empenho na atividade assistencial e também formativa.

Para finalizar, o diretor clínico apontou como fundamental a relação entre instituições. "Mais do que a interpenetração multiprofissional do hospital, devemos apostar num trabalho interinstitucional, porque os atores da saúde não são apenas os seus profissionais, mas todas as entidades com responsabilidades junto da população."

Da área da MGF, esteve presente Raquel Bettencourt, em representação do presidente do ACES Arco Ribeirinho. A médica afirmou que é "com enorme satisfação que se vê uma grande inter-relação entre os cuidados primários e os secundários e a aposta na transversalidade dos cuidados do doente num sistema que se pretende que seja de vaivém entre as unidades de saúde e o hospital".

Na sessão de abertura participou ainda Frederico Rosa, presidente da Câmara Municipal do Barreiro, que enalteceu a importância da abordagem multidisciplinar em saúde, "um caminho difícil, mas que tem de ser feito".

REALIZADA EM AVEIRO, FOI SUBORDINADA AO TEMA “A MI E OS CANAIS QUE NOS LIGAM”

# XXV Reunião do Núcleo de MI dos Hosp

**Foi a segunda vez que coube a Aveiro organizar a Reunião Nacional do Núcleo de Medicina Interna dos Hospitais Distritais (NMIHD), que decorreu nos dias 9 e 10 de novembro. O tema central foi “A MI e os canais que nos ligam”, reportando-se, sobretudo, às ligações da MI à MGF e a outras especialidades.**

O evento ficou claramente marcado pela comemoração do 25.º aniversário do NMIHD, pelo que, no decorrer da Reunião, teve lugar um “Aveiro de Honra” e uma conferência que contou com a participação de sócios fundadores do Núcleo, que lembraram como tudo aconteceu. A explicação é dada por Beatriz Pinheiro, presidente do evento e responsável pela Medicina I, que integra o Serviço de MI do CH do Baixo Vouga.



Beatriz Pinheiro

Em declarações à *Just News*, a especialista lembra que o Núcleo é constituído por um grupo de médicos que, em outubro de 1993, iniciaram em Portalegre esta Reunião “com o objetivo de incentivar a colaboração científica, clínica e de investigação entre os vários hospitais distritais do SNS”.



“Hoje em dia, é fácil comunicar, mas, há 25 anos, havia maiores dificuldades e era necessário trocarmos ideias com outros colegas que estavam noutros hospitais para defender boas práticas e nos mantermos atualizados”, refere, salientando que, “atualmente, o cariz da reunião é mais científico e de gestão e organização hospitalar”.

“Montar a Reunião não é fácil, mas contamos com um grupo de colegas que têm imensa energia, particularmente os internos, dos quais temos muito orgulho. Porque os mais novos serão os mais velhos dos tempos que vêm e que terão de continuar com a organização do evento, pois, não queremos que termine, pelo menos para recordar que também se trabalha bem nos hospitais distritais”, sublinha Beatriz Pinheiro.

“Num hospital distrital, estamos mais próximos quer dos gestores, quer dos utentes. Todos têm um nome porque o número de profissionais é menor do que nos hospitais centrais”, afirma.

Tal como nos anos anteriores, “selecionou-se um conjunto de temas que preocupam, neste momento, os internistas, quer aqueles que desenvolvem atividade nos hospitais centrais, quer em hospitais distritais”.

O evento arrancou com a apresentação de comunicações orais/posters, seguido da conferência “O microbioma da Enfermaria de MI e os micro-organismos multirresistentes: novos antibióticos ou novas atitudes?”.

De acordo com Beatriz Pinheiro, “os micro-organismos estão cada vez menos sensíveis e mais resistentes e inteligentes e, como tal, temos de utilizar os antibióticos de uma forma muito racional



Elementos da CO da 25.ª Reunião Nacional do NMIHD

# Hospitais Distritais

para evitar a propagação das multiresistências e das infeções”.

Outra das temáticas foi “A MI como epicentro de tratamento de síndromes”. Sobre este assunto, a médica faz questão de recordar que a MI é a especialidade generalista dos hospitais, ou seja, “toca nos doentes de todas as outras especialidades”. “A função do internista é ver o doente de uma forma global”, refere, desenvolvendo que, dentro deste tópico, falar-se-á sobre três síndromes – cardiorrenal, hepatorenal e da fragilidade.

Os participantes são oriundos de várias entidades: CH Tondela-Viseu, USF Beira Ria, ULS Castelo Branco e CH do Médio Tejo.

Falou-se, igualmente, sobre insuficiência cardíaca e as novas abordagens terapêuticas que existem para tratar o problema. Segundo Beatriz Pinheiro, a IC tem uma prevalência elevada, nomeadamente na população que é seguida pela MI, que é mais idosa.

Numa sessão centrada no tema “Quando as *guidelines* não chegam, é o médico que decide”, foram focadas temáticas



Fazendo jus ao lema da reunião, uma das mesas-redondas foi dedicada à “rede de canais” que ligam a MI aos diferentes cuidados de saúde na área da diabetes. “A diabetes é uma patologia crónica que atinge mais de 50% dos doentes vistos pela MI. Apresentam polipatologia e também são diabéticos”, destaca, desenvolvendo que foram abordados os canais que ligam a MI à MGF, bem como à Cirurgia, “que assume particular importância no pé diabético”, e à Nefrologia.

relevantes da prática clínica do dia-a-dia do internista, nomeadamente a hipocoagulação no doente frágil, a decisão de não reanimar e o “*primum non nocere*” (uma das máximas do Juramento de Hipócrates).

“São temas que não estão protocolizados, onde, muitas vezes, é o bom senso, o conhecimento e a discussão em grupo que devem prevalecer na decisão de alguns pontos tão importantes dos nossos doentes”, comenta a médica.

## 1.º Congresso do Serviço de Medicina Intensiva do HFF

O Serviço de Medicina Intensiva (SMI) do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca (HFF) realizou, nos dias 23 e 24 de novembro, o seu 1.º Congresso. De acordo com o seu diretor, o internista Paulo Freitas, o evento teve como alvo todos os profissionais de saúde que pretendem desenvolver o seu conhecimento do doente crítico.

em cuidados intensivos; partilhar experiências no cuidar do doente crítico, sobretudo nas áreas que têm sofrido maior desenvolvimento tecnológico e científico; promover a reflexão entre o nosso quotidiano e o estado da arte em unidades de cuidados intensivos (UCI); e melhorar os cuidados prestados ao doente crítico.



A ideia de organizar o evento surgiu em conversa entre enfermeiros e médicos sobre como o SMI poderia intervir mais e melhor junto do doente. Os principais objetivos foram, segundo o especialista, que preside ao Grupo Português de Triagem, atualizar o conhecimento

A Comissão Organizadora, na foto, integrou um conjunto de médicos (M) e enfermeiros (E) do SMI: (da esq.ª para a dir.ª) Hélio Correia (E), Sílvia Coelho (M), Eva Figueiredo (E), Paulo Freitas (M), Zita Simões (E), João Mendes (M) e Néelson Santos (E).

## Doenças infecciosas juntam entidades e sociedade civil

Unir esforços entre os profissionais de saúde e a sociedade civil na prevenção das doenças infecciosas é o objetivo da Liga de Apoio Comunitário para o Estudo das Doenças Infecciosas (LACPEDI), segundo José Poças. O internista, diretor do Serviço de Doenças Infecciosas do CH de Setúbal, é presidente do Conselho Consultivo do projeto. De acordo com José Poças, a LACPEDI existe, legalmente, desde 16 de julho, envolvendo as entidades oficiais do setor da saúde mas também a sociedade civil. Na foto, Cândido Tei-

xeira, presidente da LACPEDI, Ricardo Oliveira, presidente da CM de Setúbal, e José Poças



SERVIÇO DE MEDICINA 3 DO CENTRO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO DO ALGARVE - UNIDADES DE PORTIMÃO E LAGOS

# Medicina Interna centraliza o cont

**Integrado no Departamento Médico do Centro Hospitalar Universitário do Algarve (CHUA), o Serviço de Medicina 3, que engloba as unidades de Portimão e de Lagos, é dirigido por Luísa Arez, que está há 25 anos ligada à instituição. Testemunhou, inclusive, a mudança do antigo Hospital de Portimão para o atual. O controlo do doente é centralizado na Medicina Interna, havendo poucos que não passem por um internista.**

Fez em janeiro 12 anos que Luísa Arez, que acabou de completar 59 anos, se tornou diretora do agora Serviço de Medicina 3, integrado no Departamento Médico do CHUA. Quando o Centro Hospitalar foi criado, passou a incluir as unidades de Portimão (com 84 camas distribuídas pelos setores A e B) e de Lagos (com 40 camas).

Tinha 33 anos quando chegou ao antigo Hospital Distrital de Portimão para integrar o, na altura, Serviço de Medicina. Após a criação do CHUA passou a Medicina 4 e 2019 começa com nova alteração – designa-se agora Medicina 3, após encerramento de um dos serviços de Medicina na unidade de Faro.

A médica assistiu de perto à construção do atual edifício onde se encontra o hospital, até porque em dezembro de 1995, ainda o mesmo estava em planta, foi convidada para o cargo de adjunta do diretor clínico, função que acumulou com a direção do Serviço de Urgência.

No dia em que foi feita a mudança para o novo espaço, numa quinta-feira do mês de julho de 1999, a internista estava presente e foi ela que fechou a porta da Urgência do antigo hospital, à meia-noite em ponto. No novo, a Urgência arrancara quatro horas antes, tendo havido, portanto, um período de sobreposição de equipas.

Luísa Arez lembra que o antigo hospital era pequeno, tal como a equipa de internistas que fazia parte do Serviço de Medicina, na altura dirigido por João Moleiro. Quando ali chegou, o grupo era constituído por cinco especialistas e duas internas. Após a mudança, manteve a função de diretora da Urgência e a sua atividade enquanto internista, que conciliou também, durante quatro anos, com a função de coordenadora do setor B.

No seu entender, as condições do espaço são “ótimas”. Em Portimão, o Serviço

ocupa a totalidade do piso 5 e metade do piso 3. Os quartos têm duas ou três camas, vista para o rio e casa de banho privativa. Em Lagos, todo o internamento é da MI.

Não foi só o espaço do Serviço que cresceu nos últimos anos, mas também a nível dos recursos humanos a situação se alterou, havendo agora 19 especialistas (quatro em Lagos e 15 em Portimão) e 13 internos, número que, apesar de tudo, a sua diretora afirma ser inferior ao ideal (estimando que, idealmente, deveria haver entre 32 a 34 especialistas, até porque muitos dos internistas assumem outras funções (a própria Luísa Arez é presidente da Comissão de Farmácia e, por exemplo, um elemento foi destacado para a direção da Urgência, enquanto outro assume a coordenação da área VIH do CHUA).

No que diz respeito ao ambulatório, além dos dois hospitais de dia – de Medicina e de Diabetes –, o Serviço inclui a Consulta Externa (Medicina Interna, Diabetes, Diabetes e Gravidez, Doenças Autoimunes, Patologia Tiroideia, Imunodeficiência, Hipertensão, Hepatologia e Hemato-Oncologia).

Questionada sobre o protagonismo que os especialistas de MI assumem no Hospital de Portimão, Luísa Arez refere que, no caso concreto da Urgência, são destacados principalmente os internistas e os cirurgiões. Na restante atividade, “a MI centraliza o controlo do doente”, havendo médicos destacados para fazer consultadoria em todos os serviços. “Há poucos doentes internados no hospital que não passem pelos internistas”, diz.

## O desafio de “trocar” as crianças pelos adultos

Assumindo a responsabilidade pelo setor A do Internamento a partir de 1 de

janeiro de 2019, Helena Rita, especialista em MI, natural de Alcoutim, no Algarve, chegou ao Hospital de Portimão em 2009, depois de 20 anos no Hospital de Viseu, primeiro como interna e depois como especialista.

Licenciada pela FMUL, esteve para ser pediatra, mas, na altura, o amor falou mais alto e acabou por enveredar pela MI, por ser a vaga que na altura existia em Viseu, e onde foi colocado o seu marido, em Cirurgia Geral.



Helena Rita

Não seguiu Pediatria, mas nunca se arrependeu da decisão, sendo internista “com muito gosto”, embora reconheça tratar-se de uma profissão desgastante, não tanto do ponto de vista físico, mas mais ao nível psicológico, pela preocupação com os doentes, sobretudo numa altura em que os problemas sociais tendem a agravar-se.

Os anos passaram e a sua filha mais velha cresceu e tornou-se enfermeira. Ao acompanhá-la a uma entrevista no Hospital de Portimão, acabou por reencontrar Luísa Arez, sua colega de curso, que



lhe falou da falta de internistas e sobre a possibilidade de integrar o Serviço. Desafio que, na fase da vida em que se encontrava, fazia sentido, não só para estar junto da filha, que conseguiu o lugar no hospital, mas também para acompanhar os seus pais mais de perto.

Vai ter a seu cargo 30 camas na ala 3A, às quais se somam 12 na 3C. Entre os maiores desafios, Helena Rita destaca a organização do pessoal médico que faz parte da sua equipa, tendo em conta as folgas, as saídas para congressos, entre outras situações, bem como a gestão dos problemas do dia-a-dia, da relação com a Enfermagem e com o Serviço Social.

Num internamento onde a maior percentagem de doentes tem uma idade

(Continua na pág 16)

PORTIMÃO E DE LAGOS

# o papel do internista em todo o hospital



**LUÍSA AREZ, DIRETORA DO SERVIÇO:**

“O internista deve ser sempre a figura central numa unidade hospitalar”

Nasceu em Lagos a 21 de dezembro de 1959, onde passou toda a sua infância e adolescência. Luísa Arez licenciou-se pela FMUL e esteve dois anos como interna no Hospital de Santa Maria, tendo feito depois a formação específica em MI no Hospital de Santa Cruz, no Serviço de Medicina

ção à especialidade que iria seguir, sobretudo porque esta lhe permitiria “ver e sentir o doente no seu todo” e “fazer os grandes diagnósticos”. “Os internistas podem precisar das outras especialidades para fazer as técnicas, podem saber pouco de cada órgão, mas avaliam o doente todo. Dá-



e Nefrologia, onde ficou um ano como especialista. Quando abriu uma vaga no antigo Hospital Distrital de Portimão não hesitou em regressar às suas origens.

Desde tenra idade que percebeu que queria ser médica. Ainda em menina, um dos seus passatempos era escrever os nomes dos medicamentos.

Quando terminou o curso, durante o Internato, não teve dúvidas em rela-

-me uma grande satisfação chegar a um diagnóstico que muitas vezes ninguém pensou e conseguir tratar o doente”, afirma.

Na opinião da especialista, “o internista deve ser sempre a figura central numa unidade hospitalar”. “As outras especialidades médicas são extremamente importantes, principalmente para as técnicas mais diferenciadas, mas cabe a nós a visão holística do doente”, considera.

(Continuação da pág 14)

ênica cardíaca, pneumonia, neoplasias, entre outras), “é importante começar a planear a alta desde cedo, de modo a que possa ser dada em segurança”.

Muitas vezes, dada a situação social dos doentes, a preparação para a alta exige o envolvimento do Serviço Social e da Rede de Cuidados da Comunidade. Os casos em que os doentes precisam de ir para a Rede de Cuidados Integrados demoram tempo.

Hoje em dia, não faz urgência, mas manterá outras tarefas para além da co-

ordenação do setor A, nomeadamente a direção da Consulta Externa e Exames Especiais. Além disso, continuará a ter três períodos de Consulta Externa semanal.

**Decisões mais centradas na qualidade de vida do que na faixa etária**

Maria José Grade é natural de Lagoa, cidade que dista cerca de 5 km de Portimão, e gere desde 2005 o setor B do Internamento, com um total de 42 camas repartidas pelos pisos 3 e 5. Licenciou-se pela FMUC, fez o Internato Geral no Hospital da Figueira da Foz e a espe-

**CLÁUDIA APOLINÁRIO, ENFERMEIRA:**  
 “É importante que o enfermeiro conheça não só o estado de doença, mas todas as particularidades que envolvem o seio familiar do doente”

Enfermeira há 20 anos, Cláudia Apolinário, que nasceu no dia 19 de janeiro de 1967, começou o seu percurso no Hospital de Faro, onde esteve dois anos, até concorrer ao de Portimão, onde ficou colocada. Há dois anos que trabalha no setor C.



Cláudia Apolinário

Especializada em Enfermagem de Reabilitação, gosta particularmente de trabalhar com os doentes geriátricos e da área do AVC. Na época da gripe, utiliza muito os conhecimentos

que tem em cinesioterapia respiratória.

“O enfermeiro de reabilitação tem um papel preponderante na reabilitação e no apoio no regresso ao domicílio”, realça, explicando que cada setor de Medicina tem um enfermeiro de reabilitação. A profissional destaca, também, o facto de a Enfermagem estabelecer uma boa articulação com os médicos, assistentes sociais e fisioterapeutas. “Temos de tratar o doente na sua globalidade e de conhecer quer a esfera clínica, quer social”, menciona, realçando que as lacunas existentes na parte social têm sido atenuadas pela equipa de gestão de altas e pelos cuidados continuados, para os quais a enfermeira é elo de ligação. E salienta que os enfermeiros têm uma visão holística do doente: “É importante que o enfermeiro conheça não só o estado de doença, mas todas as particularidades que envolvem o seio familiar do doente, para podermos dar resposta e estar tudo tratado quando acontecer a alta.”

“Hoje em dia, a equipa multidisciplinar e o enfermeiro estão despertos para perceber o contexto social da pessoa, para ter uma preparação da alta e enviá-la ao domicílio, ou referenciar para uma unidade.”



cialidade no Serviço de Medicina II dos Hospitais da Universidade de Coimbra, onde permaneceu por mais dois anos como especialista. Em seguida, esteve três meses em Elvas e foi colocada em Portimão em maio de 1998.

O setor B conta com um conjunto de seis especialistas (quatro no piso 5 e dois no 3). Tal como Helena Rita, também Maria José Grade salienta o facto de os doentes internados serem cada vez mais idosos. “Vão aparecendo muitos com mais de 100 anos. Curiosamente, neste momento, na minha tira de doentes, todos têm mais de 90 anos e alguns com boa qualidade de vida, que estão internados pela primeira vez.”

Esta realidade implica que “nas decisões que tomamos hoje, mesmo no que respeita à ressuscitação e à reanimação, avaliamos muito mais a qualidade de vida do que a faixa etária”. Desde a sua passagem por Coimbra que Maria José Grade esteve sempre muito ligada às doenças autoimunes, tendo sob a sua responsabilidade não apenas a consulta desta área, mas também o hospital de dia, onde é administrada a terapêutica biológica.

“Quando cheguei ao Serviço percebi que as doenças autoimunes eram um hiato.



Maria José Grade

Os doentes não estavam organizados e por isso decidi vinculá-los a mim e orientá-los de outra forma. Nessa época, a Sociedade Portuguesa de Medicina Interna também se organizou e criou o Núcleo de Doenças Autoimunes”, recorda.

Como todas as consultas do género do país que fazem terapêutica biológica, também a do Hospital de Portimão está certificada pela DGS, tal como os especialistas que prescrevem este tipo de tratamento.



## NUNO BERNARDINO VIEIRA, RESPONSÁVEL PELA ÁREA DA FORMAÇÃO: “Sempre houve no Serviço uma grande preocupação em ter uma política de promoção da formação”

Nuno Bernardino Vieira, 40 anos, é responsável pela área da Formação no Serviço de Medicina 3, integra o Núcleo de Diabetologia e coordena o Núcleo de Patologia Tiroideia da Unidade de Portimão.

No que respeita à Formação, o especialista, que faz consulta de Diabetes e de Patologia Tiroideia, conta que sempre houve no Serviço uma grande preocupação em ter uma política de promoção desta área quer para os internos, quer para os especialistas.

Semanalmente, há reuniões com apresentação de temas científicos, casos clínicos, etc. Depois, mensalmente, há uma reunião com todos os internos, onde “é feito um acompanhamento do seu processo de evolução e discussão de problemas que possam surgir, tentando dinamizar a atividade de investigação no Serviço”.

Além disso, são organizados dois simpósios de uma tarde, que se dirigem não só aos profissionais de saúde do hospital, mas também aos colegas dos cuidados de saúde primários.



Nuno Bernardino Vieira

O médico salienta que, com a criação do CHUA, a realidade da formação mudou um pouco, havendo, atualmente, uma maior aproximação à Universidade do Algarve. “Foi criado um Consórcio entre o CHUA e o Mestrado integrado de Medicina da Universidade do Algarve que conduziu à criação do Algarve Medical Center que, numa primeira fase, está a permitir um maior contacto com a área formativa da Universidade e um ambiente propício à investigação e ao desenvolvimento dessas áreas científicas no próprio Serviço”, relata.

Segundo Nuno Bernardino Vieira, “o maior desafio é equilibrar de uma forma saudável a carga assistencial associada à Urgência, Internamento e Consulta Externa, de modo a que haja tempo disponível para fazer formação pré e pós-graduada”.

Além dos internos, o Serviço recebe os alunos do Mestrado Integrado da Universidade do Algarve e de outras faculdades do país.

O Serviço participa, ainda, em atividades de formação do hospital, nomeadamente um curso na área da diabetes e um outro para orientadores de formação, ministrado por Nuno Bernardino Vieira.

Aos 54 anos, Maria José Grade, mãe de uma filha de 20, chega a fazer 48 horas de urgência por semana, dada a carência de recursos humanos que existe. Ao longo do seu percurso, o marido, professor de História, natural de Coimbra, tem sido o seu “braço direito”.

### VIH: maior preocupação é prevenir a infeção e diagnosticar precocemente

Domitília Faria coordena, desde 2015, a área do VIH no CHUA, que engloba a atividade desenvolvida na Consulta de Imunodeficiência do Hospital de Portimão, que nasceu no seio do Serviço de Medicina 3, e da qual é responsável, e a Consulta de Imunodeficiência do Hospital de Faro, que integra elementos do Serviço de Medicina 2 e do Serviço de Infeciologia.

A médica de 61 anos, que embora seja natural de Lisboa passou a sua infância em Portimão, fez o internato da especialidade de MI no antigo Hospital Distrital de Portimão, entre 1992 e 1997, pertencendo desde essa altura ao corpo clínico do Serviço de Medicina 3. Está ligada à infeção VIH desde a criação da Consulta de Imunodeficiência em Portimão, em 1993, por Carlos Santos. Desde 2015



que é responsável por esta consulta, função que desempenhou também entre 2000 e 2002. É ainda, desde 1997, a responsável pelo Grupo de Coordenação Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos no Hospital de Portimão.

Pelo facto de o Algarve ser uma região que atrai muitas pessoas quer para trabalhar, quer para viver depois da re-

forma, há sempre muitos novos casos que, conforme Domitília Faria, não são “verdadeiros novos casos”, uma vez que muitas vezes são pessoas que já estão diagnosticadas e que eram seguidas noutros locais.

A maior preocupação é prevenir a infeção e diagnosticar precocemente, havendo uma grande percentagem da população diagnosticada em fases avançadas.

“Em Portimão, nos últimos 2 anos, cerca

de 1/3 dos novos diagnósticos ocorreu em jovens homossexuais com infeção aguda ou recente (menos de 6 meses). É bom diagnosticá-los nesta fase, porque são tratados precocemente, mas é triste que pessoas tão jovens se continuem a infetar assim, apesar de toda a informação”, lamenta.

A consulta de Profilaxia Pré-Exposição

*(Continua na pág 18)*

**INÊS SIMÕES, RECÉM-ESPECIALISTA EM MI:**

**"Na MI, gosto da parte da investigação e de estudar o doente"**

Inês Simões integrou o Serviço de Medicina 3 em outubro de 2018, após a conclusão do Internato da Formação Específica realizado no Serviço de Medicina 1.4 do Hospital de São José (CHU de Lisboa Central), depois de terminar o Mestrado Integrado em Medicina pela FMUL e o Ano Comum



Inês Simões

no CHU Lisboa Norte, tendo feito o estágio de MI no Hospital Pulido Valente. Tem ainda uma pós-graduação em Diabetes.

A médica de 32 anos, que depois do curso regressou ao local onde nasceu, conta que teve a certeza de que o seu caminho passaria pela Medicina Interna após o estágio que fez no 6.º ano no Brasil onde, conta, "com uma mão, estetoscópio e cabeça, se fazem diagnósticos brilhantes".

Assume que a Medicina Geral e Familiar talvez pudesse ter sido a sua opção. No entanto, o gosto pela urgência e a emergência, áreas abrangidas pela MI, levaram-na a escolher a especialidade. "Na MI, gosto da parte da investigação e de estudar o doente", conta. Faz três a quatro turnos de VMER mensalmente, um trabalho diferente daquele que desenvolve no hospital, em que, enquanto internista, o diagnóstico é o mais importante. "Na rua, queremos muito a estabilização, independentemente do diagnóstico", afirma.

*[Continuação da pág 17]*

foi iniciada no Hospital de Faro e no Hospital de Portimão em agosto de 2018, sendo mais um recurso disponível para prevenir novas infeções.

A responsável conta que, ao longo dos anos, tem-se mantido sempre uma boa articulação com os CSP, sensibilizando-os para a temática, em estreita colaboração com a Coordenadora Regional (ARS Algarve) para o VIH, Helena Ferreira. Neste contexto, tem sido desenvolvida formação junto dos especialistas em MGF no sentido de não esquecerem o teste do VIH na vigilância da saúde.

"Queremos diagnosticar pessoas que estão infetadas, mas que não sabem, porque não estão doentes", afirma. Igualmente, tem sido mantido um trabalho de parceria com o Centro de Rastreio Anónimo da ARS e as ONG que efetuam

testes de rastreio anónimos, de modo a assegurar o rápido encaminhamento dos utentes com testes reativos. A adesão do Município de Portimão ao projeto "Fast Track Cities", em 2018, com a par-



Domitília Faria



ceria do CHUA e de outras organizações de base comunitária, foi "mais um passo em frente na via rápida para a eliminação do VIH/SIDA".

Neste momento, em Portimão, a equipa ligada ao VIH está localizada na área da Consulta Externa e é constituída por seis especialistas de MI, duas enfermeiras, dois assistentes técnicos e um assistente operacional. A Farmácia e o Serviço Social são serviços de apoio fundamentais ao desenvolvimento das atividades desta equipa, que segue 654 doentes em tratamento (dados de dezembro 2018).

**Diabetes: consulta e hospital de dia trouxeram ganhos**

O Hospital de Dia da Diabetes foi criado no mesmo ano em que Luísa Arez assumiu a direção do Serviço, tendo sido um dos primeiros a arrancar no país. Desde o seu internato, no Hospital de Santa Cruz, no Serviço de Medicina e Nefrologia, que estava especialmente desperta para a área da diabetes, também muito acarinhada pelo antigo diretor. Neste momento, há 10 elementos da equipa a

fazer consulta de Diabetes.

Foram muitos os ganhos obtidos com a criação da Consulta e do Hospital de Dia da Diabetes, destacando-se o aumento do número de consultas e a melhoria do controlo metabólico do doente. Em 2008, o Serviço desenvolveu um estudo que tinha como objetivo avaliar o que se ganhou com a introdução destas duas valências, que nesse ano valeu o prémio de melhor comunicação clínica no Congresso Nacional de Diabetes.

Uma das conquistas mais recentes, e que constituiu uma "mais-valia", foi a criação da Consulta de Diabetes e Gravidez, por Marta Duarte, em articulação com as unidades de cuidados de saúde primários e a Consulta de Obstetria.

**Incentivar o desenvolvimento de trabalhos científicos**

O Serviço desenvolve uma grande atividade científica, apresentando anualmente, em média, 30 trabalhos em reuniões nacionais e internacionais. Além disso, segundo Luísa Arez, há sempre uma ou duas publicações por ano. "Fazemos questão de incentivar os in-



## MARTA DUARTE, RECÉM-ESPECIALISTA EM MI:

"É uma vantagem começar a fazer consulta desde cedo"

Com 31 anos feitos no último dia de 2018, Marta Duarte, natural de Portimão, mãe de uma menina com cerca de um ano e meio, iniciou a sua ligação ao Serviço de Medicina 3 no Ano Comum, depois de concluir a licenciatura na FMUL. Estava no 6.º ano do curso quando se decidiu pela MI, depois do estágio que fez na área. Concluiu a especialidade em outubro de 2018.

Marta Duarte destaca que, no Serviço, "os internos começam a fazer consulta desde cedo, o que é uma vantagem". Desde o 2.º ano que faz consulta da diabetes e em 2016 abriu a Consulta de Diabetes e Gravidez com a supervisão de Luísa Arez. A recém-especialista conta que "há muitas referências para a referida consulta em qualquer faixa etária, havendo, no entanto, uma tendência para as mulheres serem cada vez mais velhas".

Desde que concluiu o internato, o que



Cláudia Apolinário

mudou foi, sobretudo, o facto de agora ter doentes na enfermaria à sua responsabilidade e de ter também a seu cargo um interno.

ternos a desenvolver trabalhos científicos", refere, desenvolvendo que a Sociedade Portuguesa de Medicina Interna e a Sociedade Portuguesa de Diabetologia têm reconhecido o trabalho que tem vindo a ser feito.

De dois em dois anos realiza-se, na região do Algarve, uma reunião na área da Diabetes (Simpósio de Diabetes do Algarve), organizada pelo Núcleo de Formação e Investigação de Medicina Interna do Serviço de Medicina, que dirige alternado com a Unidade de Diabetologia do Hospital de Faro. Em 2018 coube a Portimão.

Luísa Arez realça também a ligação à Universidade do Algarve, que já existia ainda antes de se formar o centro hospitalar, bem como o vínculo com a Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

Há cerca de quatro anos, o Centro Hospitalar fez um acordo com os EUA, "Programa ATLANTIS", recebendo alunos do secundário que queriam seguir Medicina, com o objetivo de permitir que confirmassem se aquela que consideravam ser a sua vocação estava correta.

## População chega ao milhão no verão

As unidades de Portimão e de Lagos cobrem, na totalidade, cerca de 160 mil residentes habituais, um número que, no verão, chega ao milhão. No entanto, embora a afluência à urgência neste período seja maior (no verão acima das 300 por dia, nas outras estações 200-250/dia), não tem havido reflexos no internamento.

Uma das particularidades do Algarve prende-se com as pessoas que se deslocam das outras regiões do país para trabalhar enquanto são jovens e que acabam por trazer os pais quando envelhecem e recorrem ao hospital, mesmo sem serem residentes.

## Distância de Faro não é um problema

Embora dirigindo um Serviço inserido num CH em que a sede se localiza em Faro, Luísa Arez diz que a tarefa não tem sido complexa por esse facto, até porque foi adjunta dos últimos dois diretores clínicos, cargo que não ocupa atualmente, mas garante que a atual Direção é extremamente acessível e sensível aos problemas do Serviço. Hoje em dia, quando é necessário resolver qualquer questão, contacta diretamente com Mahomede Americano, o atual diretor clínico.

"A distância resolve-se rapidamente, quer através de uma deslocação a Faro, quer com recurso às novas tecnologias, como a videoconferência, que utilizamos na Comissão de Farmácia e Terapêutica, a qual reúne semanalmente desta forma e presencialmente em Portimão ou em Faro todos os meses."

## Serviço em números (dezembro 2018)

Camas: **124**

Especialistas de MI: **19**

Internos em Formação: **13 de MI e 2 de outras especialidades médicas**

Enfermeiros: **80**

Assistentes técnicos: **6**

Assistentes operacionais: **45**

## Movimento (2018)

Consultas: **16.054**

Internamento: **3925**

Demora média de internamento: **10,2 dias**

Sessões de Hospital de Dia: **4371**

# Aveiro organizou XII Jornadas do NEDF

Coube ao grupo de internistas de Aveiro que se dedica à Hepatologia organizar as XII Jornadas do Núcleo de Estudos das Doenças do Fígado (NEDF), que teve lugar naquela cidade no início de outubro. Segundo Rosa Jorge, que presidiu ao evento, foi um desafio “superado” e “gratificante”

Em declarações à *Just News*, a diretora do Serviço de Medicina Interna do H. In-



Rosa Jorge

fante D. Pedro/CH do Baixo Vouga afirma que as Jornadas permitiram ao grupo que integra “criar e reforçar uma rede privilegiada de contactos com profissionais de outras instituições dedicados à mesma área de interesse, a Hepatologia”.

Na sua opinião, o saldo da reunião é muito positivo, “com contributos servin-

do para melhorar as competências dos profissionais envolvidos no tratamento das doenças do fígado”.

“Todos os temas se revestiram de atualidade”, assegura, dando como exemplo a sessão intitulada “Cirrose Hepática - Evidências e Controvérsias”, com a aborda-



Sessão de abertura: Frederico Cerveira, diretor clínico do CHBV, Arsénio Santos, Rosa Jorge e Jorge Crespo (SPMI)

gem da anticoagulação e da imunização, bem como da gestão da diabetes *mellitus* nestes doentes.

Rosa Jorge aproveita a ocasião para agradecer o “voto de confiança” do coordenador do Núcleo de Estudos das Doenças do Fígado, Arsénio Santos.

O aparecimento do grupo de internistas

que em Aveiro se dedica à Hepatologia remonta a 1999, com o criar de uma Consulta de Medicina/Hepatologia, da responsabilidade de Rosa Jorge, onde os doentes deste foro passaram a ser concentrados.

“Esta iniciativa surgiu após ter efetuado um estágio no Serviço de Medicina dos

resse a outros médicos que se associaram, tornando uma iniciativa isolada numa equipa mais coesa e sólida, constituindo um grupo no qual Rosa Jorge destaca os internistas Sandra Rodrigues e Margarida Eulálio (secretária-geral das Jornadas) e, mais recentemente, Pedro Neto.



Carlos Monteverde, Adelia Simão e Armando Carvalho



**As XIII Jornadas do NEDF já estão agendadas. Terão lugar no Porto, em 4 e 5 de outubro de 2019, sob a presidência de Sofia Ferreira, da Unidade de Transplante Hepático e Pancreático do CHU do Porto.**



Elementos da Comissão Organizadora (CO) e da Comissão Científica (CC): Maria de Jesus Banza (CC), Iurie Pantazi (CC), Paulo Carrola (CC), Suzana Calretas (CC), Margarida Eulálio, Rosa Jorge, Arsénio Santos, Marta Oliveira (CO), Sandra Rodrigues (CO), Mónica Sousa (CC) e Tiago Rabadão (CO)



# Nódulo hepático em fígado cirrótico

Nódulos hepáticos são lesões hepáticas focais, áreas de tecido identificadas como anómalas em relação ao restante parênquima hepático. Os nódulos hepáticos formam um grupo heterogéneo de lesões benignas e malignas e podem ter origem nos hepatócitos, no epitélio biliar e no tecido mesenquimatoso, ou constituírem lesões secundárias de tumores malignos extra-hepáticos.

O cancro do fígado é o quinto cancro mais comum em todo o Mundo e a segunda causa de morte relacionada com cancro. O carcinoma hepatocelular contabiliza 85 a 90% de todos os tumores malignos primários do fígado e, conjuntamente com o colangiocarcinoma intra-hepático, a sua incidência tem vindo a aumentar globalmente ao longo das últimas duas décadas.

A cirrose constitui um importante fator de risco para o desenvolvimento de tumores malignos primários do fígado, sendo a prevalência desta em doentes com carcinoma hepatocelular de 85-90%. Todas as formas etiológicas de cirrose podem complicar-se com um processo maligno e, em geral, um terço dos doentes cirróticos desenvolverá um carcinoma hepatocelular ao longo da sua vida. A incidência de carcinoma hepatocelular na cirrose aumenta paralelamente com a gravidade da hepatopatia, com o aumento da pressão venosa portal e com o grau de rigidez hepática.

Todo o rastreio consiste na aplicação periódica de um teste a indivíduos em risco de desenvolver determinada condição. O seu objetivo é reduzir a mortalidade associada à doença, permitindo o diagnóstico precoce da mesma e, assim, aumentar a aplicabilidade dos tratamentos curativos disponíveis. Todo o doente cirrótico, bem como todo o doente não cirrótico com fibrose hepática avançada em risco considerável, independentemente da sua etiologia, e todos os doentes não cirróticos com hepatite B e risco intermédio-alto (score PAGE-B) de vir a desenvolver carcinoma hepatocelular devem ser integrados em programas de vigilância de tumores malignos hepáticos. O exame mais amplamente utilizado para vigilância é a ecografia abdominal, que deve ser realizada com periodicidade semestral nestes doentes.

A abordagem integrada do doente cirrótico com nódulo hepático assenta na combinação da história clínica, do exame físico do doente e dos achados imagiológicos e/ou histopatológicos da lesão. A carcinogénese hepática consiste num processo complexo, que ocorre, na maioria das vezes, em contexto de fígado cirrótico e que se relaciona com a diversidade das etiologias da hepatopatia subjacente.

A história natural do carcinoma hepatocelular na cirrose conta com uma sequência de eventos que conduz ao desenvolvimento progressivo de nódulos regenerativos, evoluindo alguns destes para nódulos displásicos de baixo grau que, subsequentemente, se podem transformar em nódulos displásicos de alto grau e, posteriormente, em carcinomas hepatocelulares. Os achados imagiológicos destas lesões estão positivamente relacionadas com as alterações do fluxo intranodular.

Em fases mais iniciais da hepatocarcinogénese existe preservação do fluxo venoso portal, mas, à medida que se evolui para estádios mais avançados, o fluxo portal torna-se progressivamente ausente e a neoangiogénese tumoral (artérias tumorais sem vénulas portais) domina, aumentando o suprimento arterial da lesão.

Todo o nódulo hepático identificado em fígado cirrótico deve ser considerado suspeito até exclusão da sua malignidade. Critérios não-invasivos de diagnóstico podem apenas ser aplicados a doentes cirróticos com nódulos hepáticos com diâmetro  $\geq 1$  cm: tamanho da lesão ( $< 1$  cm ou  $\geq 1$  cm) e comportamento vascular dinâmico da mesma. TC multifase e RM com contraste dinâmico constituem os exames com melhor *performance* diagnóstica, sendo também usados para estadiamento em caso de diagnóstico de neoplasia maligna.

O comportamento vascular dinâmico típico do carcinoma hepatocelular nestes exames consiste na hiper-captação de contraste na fase arterial e na lavagem do mesmo na fase venosa/tardia. Este critério não-invasivo tem 100% de especificidade diagnóstica e relaciona-se com o padrão de vascularização intranodular previamente descrito.

A  $\alpha$ -fetoproteína é o biomarcador serológico mais extensivamente testado no carcinoma hepatocelular. Como teste de rastreio, o seu desempenho desilude, acima dos 200 ng/mL tem valor diagnóstico e apresenta-se sobretudo como importante marcador prognóstico, associando-se a maior agressividade tumoral.

O diagnóstico histopatológico preconiza-se sempre que os métodos de diagnóstico não invasivos são inconclusivos. Como método invasivo, a sua especificidade diagnóstica é próxima de 100%, assumindo particular relevo na caracterização prognóstica dos tumores. As neoplasias malignas hepáticas resultam da acumulação de alterações mutacionais que promovem a sobrevivência, a proliferação, a invasividade e a evasão imune das células cancerígenas. Fala-se hoje em assinaturas genéticas e modificações epigenéticas



**Joana Espírito Santo**

Internista, Serviço de Medicina Interna do CH e Universitário de Coimbra

que permitem prever o comportamento biológico tumoral e inferir taxas de sobrevivência e recidiva tumoral pós-terapêutica. Com o contínuo desenvolvimento de novos biomarcadores celulares e moleculares, mais ferramentas de diagnóstico e prognóstico surgem no horizonte.

A abordagem do doente cirrótico com nódulo hepático deve ambicionar-se multidisciplinar e custo-eficaz. O futuro permitirá categorizar o doente com base em correlações clinicopatológicas e classificações morfofenotípicas mais funcionais e individualizadas na prática clínica.

# SPMI assinalou 67.º aniversário promovendo o Mês da MI

Dezembro passa a ser referenciado como o Mês da Medicina Interna, precisamente na altura do ano em que é assinalado o aniversário da SPMI, que completou 67 anos de vida no passado dia 14 de dezembro.

Segundo João Araújo Correia, também é nas últimas semanas do ano que “os

serviços de MI têm de responder ao aumento das necessidades de internamento dos serviços de Urgência, que veem a sua lotação subir em mais de 30%”.

“A Medicina Interna é já a maior especialidade médica hospitalar, representando 13% do total. A vocação do internista para o tratamento do doente agudo

ou crónico complexo faz com que possa trabalhar com qualidade em vários cenários, desde a emergência à urgência, ao internamento (hospitalar ou domiciliário), às unidades intensivas e intermédias, ou ainda nos Cuidados Continuados e Paliativos”, sublinha o presidente da SPMI.

“O nosso crescimento é imparável”, considera João Araújo Correia, referindo que a SPMI tem, neste momento, 2500 sócios e que há 940 internos em formação.

À festa de aniversário, que decorreu na sede da Sociedade, em Lisboa, não faltaram alguns dos seus ex-presidentes.



Luís Campos, Manuel Teixeira Veríssimo, Faustino Ferreira, João Araújo Correia, António Barros Veloso e António Martins Baptista



# 13.ª Reunião Anual do NEDM homenageou Manuel João Gomes

Organizada pelo Núcleo de Diabetes do Hospital Distrital de Santarém, decorreu nos dias 26 e 27 de outubro, naquela cidade ribatejana, a 13.ª Reunião Anual do NEDM. O encontro homenageou Manuel João Gomes, o médico que fundou aquele Núcleo e que assumiu, neste evento, o cargo de presidente de honra. “O pilar da Diabetologia ribatejana” é como a ele se refere Estevão Pape, coordenador do Núcleo de Estudos da Diabetes *Mellitus* da SPMI.

O responsável do NEDM considera que a diabetes vive atualmente um “momento vivo e crescente”, referindo-se às novas tecnologias de diagnóstico, autovigilância e autocontrolo, que “nascem todos os dias, fruto da investigação científica, mas também do empenho dos próprios doentes”.

Novas abordagens terapêuticas surgem “a uma velocidade vertiginosa, criando mais esperança nas pessoas com diabetes e nos profissionais que as acompanham no dia-a-dia”, sublinha Estevão Pape, acrescentando ainda que “novas classes farmacológicas fazem a esperança de uma vida diferente para quem tem diabetes”.

Integraram a Comissão Organizadora da 13.ª Reunião Anual do NEDM, constituída por onze elementos, as médicas Maria Cristina Esteves, responsável pelo Núcleo de Diabetes do Hospital Distrital de Santarém, e Maria Filomena Roque.



**Elementos da Comissão Organizadora da Reunião:**  
atrás - Nelson Rodrigues (médico), Pedro Malaca (enfermeiro) e Maria Filomena Roque (médica)  
à frente - Maria Cristina Esteves (médica), Helena Vieira Dias (médica), Ana Rita Palos (médica) e Ana Filipa Matos (médica)  
ausentes - Anabela Vieira (podologista), Carla Vitorino (enfermeira), Cristina Santos (médica) e Yahia Abuowda (médica)



Estevão Pape e Manuel João Gomes



# Curso de Atualização em MI vai integrar plano de formação da SPMI

Orientado sobretudo para internos nos últimos anos de formação e especialistas de MI, o 1.º Curso de Atualização em MI (CAMI) foi um sucesso, desde logo pela grande adesão que registou. Decorreu entre 27 de novembro e 2 de dezembro, no Seminário de Vilar, no Porto.

“A lotação inicial era de 150 pessoas, mas, por haver muita procura, alargámos aos 200 inscritos”, sublinha Luísa Eça Guimarães, presidente da

A internista do CH Póvoa de Varzim/Vila do Conde, que foi a grande impulsionadora da iniciativa, conta que o Curso surgiu de uma necessidade que a própria e outros colegas sentiram.

Com o Curso focado nas patologias mais comuns da prática clínica diária do internista, “falou-se sobre doenças autoimunes, raras, cardiovasculares, infecciosas e respiratórias e das áreas da Endocrinologia, Gastrenterologia, Hematologia, Hepatologia, Nefrologia,

Oncologia e Cuidados Paliativos, entre outras”.

“A escolha criteriosa dos temas resultou da observação de vários programas de cursos nacionais e internacionais neste âmbito e de reuniões da Comissão Organizadora e do Núcleo de Formação da SPMI que, em conjunto, desenvolveram este programa”, conta.

De referir que o programa incluiu também sessões de *Quizz*, onde o objetivo foi a aprendizagem através da elabora-

ção de um conjunto de questões relacionadas com imagens em Medicina. “É uma sessão que se pretende interativa, com o contributo de todos os intervenientes, através de votação”.

“O despertar enérgico” foi outro formato de sessão utilizado. “São breves minutos em que a audiência está entregue a um fisioterapeuta que tem como missão ‘acordar’ os formandos e promover a concentração nas sessões mais expositivas seguintes”, explica.



Luísa Eça Guimarães



Elementos da CO: Carla Araújo, Ricardo Fernandes, Luísa Eça Guimarães, Sandra Morais e Inês Chora

CO, adiantando que participaram, inclusive, internos e especialistas de MGF.

Em declarações à *Just News*, a médica refere que estiveram no Curso formandos de todas as regiões do país, incluindo os arquipélagos dos Açores e da Madeira, “e contámos ainda com a presença de uma colega de Angola”.

Tendo em conta o êxito desta primeira edição, avança que será um curso a repetir, “em princípio na mesma época do ano”, passando a fazer parte do plano anual de formação da própria SPMI.



# XVI Curso Pós-Graduado sobre Envelhecimento

Com 1200 inscritos, realizou-se, em Coimbra, nos dias 20 e 21 de setembro, mais uma edição do Curso Pós-Graduado sobre Envelhecimento – Geriatria Prática. Para o seu presidente, Manuel Teixeira Veríssimo, “é preciso levar os cuidados de saúde aos idosos”, sendo “fundamental a ligação dos cuidados hospitalares com os CSP e o sistema social no seu acompanhamento”.

O presidente de honra do XVI Curso, Fernando Santos, lembrou que “o idoso não é um problema e não está a mais na sociedade”, manifestando-se convicto de que “a criação da especialidade de Geriatria originaria um esvaziamento da Medicina Interna”.



Páscoa Pinheiro, Manuel Teixeira Veríssimo e Pedro Cantista



Manuel Teixeira Veríssimo rodeado de alguns dos elementos da equipa da Consulta de Geriatria do CHUC - João Fonseca (médico), Ana Duro (assistente social), Benilde Barbosa (médica), Helena Loureiro (nutricionista) – e dois dos percussores da área em Coimbra, Helena Saldanha e Fernando Santos



# Diretores de serviço e orientadores de formação reunidos em Aveiro

*“Medicina Interna de Alto Valor e o novo Programa de Formação” foi o tema da última reunião anual de diretores de serviço e orientadores de formação de Medicina Interna, que aconteceu dia 10 de novembro, em Aveiro. “Os serviços de Medicina Interna é que são os bastiões da formação e da qualidade assistencial”, afirmou João Araújo Correia, diretor do Serviço de Medicina Interna do CH Universitário do Porto e atual presidente da SPMI, ao intervir no encontro.*



PUBLICIDADE