



Publicações



LIVE MEDICINA INTERNA

DIRETOR: JOSÉ ALBERTO SOARES
QUADRIMESTRAL | JAN-ABR. 2020
ANO 6 | NÚMERO 20 | 3 EUROS
WWW.JUSTNEWS.PT



*Doença hepática
avançada*

*10 anos de Escola
de Verão de MI*

Vítor Branco, secretário-adjunto da SPMI:

**"QUEM TEM A INQUIETAÇÃO
DE SABER O QUE SE PASSA
É O INTERNISTA"**



PUBLICIDADE



sumário

Entrevista

04 Vítor Branco

“Quem tem a inquietação permanente de saber o que se passa realmente, e de forma integrada, é o internista”

Reportagem

14 Serviço de MI do Hospital de Braga

Um pilar de referência para o doente internado, com duas áreas de relevo: o ensino e a investigação

Discurso Direto

12 Arsénio Santos

Doença hepática avançada

22 Josep Comin-Colet

Terapia de ferro na prevenção da IC

Notícias

08 SPMI assinala 68.º aniversário

Lançamento de livro *Diabetes: O que podemos comer?*

10 XIII Jornadas do NEDF

Evento decorreu no Porto

11 Encontro Anual dos Diretores de Serviço e Orientadores de Formação

O tratamento integrado do doente crónico

20 “A situação tem melhorado, mas não está controlada”

José Vera, coordenador do Núcleo de Estudos da Doença VIH (NEDVIH) da SPMI

22 II Reunião do Núcleo de Doenças Respiratórias da SPMI

Doentes crónicos beneficiam com o seguimento por um internista

24 Escola de Verão de MI

Criada há 10 anos, já recebeu mais de 400 alunos

25 5.º Congresso Nacional de Urgência

O Serviço de Urgência e a abordagem do doente agudo

25 VI Encontro de MI de Gaia e Espinho

João Araújo Correia: “Doentes crónicos vão exigir fazer o tratamento em casa”

26 14.ª Reunião Anual do NEDM e 1.º Simpósio Ibérico de MI/Diabetes

Diabetes aproxima internistas ibéricos

Encontro do NEFORMI



“Orientação de formação: o futuro em perspetiva” foi o tema central do 1.º Encontro Anual do Núcleo de Estudos de Formação em Medicina Interna (NEFORMI) da SPMI, que se realizou no dia 30 de novembro, na sede da Sociedade. Criado em 2012, o NEFORMI é coordenado por Nuno Bernardino Vieira e tem como coordenadora adjunta Zélia Lopes. Outros oito elementos integram o secretariado. Na foto pequena, a CO do Encontro: Carla Araújo, António Martins Baptista (presidente), Susana Marques, Nuno Bernardino Vieira e Zélia Lopes.



Curso Básico de Cuidados Paliativos 2019

A aquisição de conhecimentos científicos e técnicos pertinentes e atualizados para adequar as práticas dos serviços de Medicina à prestação de cuidados ao doente crónico oncológico e não oncológico, de acordo com a filosofia e os princípios dos cuidados paliativos, foi o objetivo geral do curso que se realizou em Tomar, durante os dias 9 e 10 de novembro, coordenado pela internista Elga Freire (na foto). Foi mais uma iniciativa do Centro de Formação em Medicina Interna (FORMI).



1.º Congresso Nacional de Doenças Raras

Após oito anos a realizar um simpósio anual, o Núcleo de Estudos de Doenças Raras (NEDR) da SPMI realizou o seu 1.º Congresso Nacional em Sintra, entre 31 de outubro e 2 de novembro. Luís Brito Avô, Luísa Pereira e Patrício Aguiar (na foto) formaram a Comissão Organizadora.

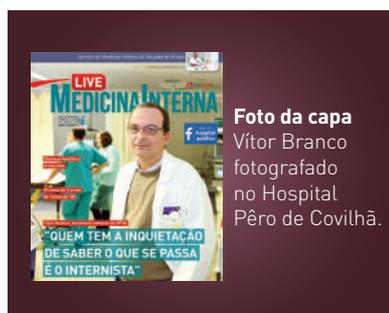


Foto da capa Vítor Branco fotografado no Hospital Pêro de Covilhã.



LIVE Medicina Interna

Diretor: José Alberto Soares **Assessora da Direção:** Cláudia Nogueira **Assistente de Direção:** Coreti Reis **Redação:** Maria João Garcia, Miguel Anes Soares, Susana Catarina 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



VÍTOR BRANCO, SECRETÁRIO-ADJUNTO DA SOCIEDADE PORTUGUESA DE MEDICINA INTERNA:

“Quem tem a inquietação permanente de saber o que se passa realmente, e de forma

Nunca sonhou ser médico, mas foi na Medicina que encontrou a sua vocação. Sendo internista no Serviço de Medicina Intensiva do Centro Hospitalar Cova da Beira – Unidade da Covilhã, admite que o conhecimento holístico inerente à Medicina Interna faz toda a diferença no contacto com os doentes. Quanto à SPMI, não podia estar mais otimista quanto ao seu futuro.

Just News (JN) – É natural de onde?

Vitor Branco (VB) – Sou de Moçambique, mas vim para Portugal, mais precisamente para Braga, em 1975, com 4 anos. Foi nessa cidade que fiz a escola até final do liceu, tendo, posteriormente, ido para Lisboa, para me formar na FMUL.

JN – Ser médico já era um sonho de criança?

VB – Não. Sou filho de professores e não tinha qualquer médico na família ou sequer algum contacto com esta área. A minha decisão surgiu mais tarde, no 9.º ano, quando tive de escolher o que queria seguir. A opção por Medicina acabou por ser “um tiro no escuro”... que deu certo. Aliás, costumo dizer que se a Medicina fosse o que são os primeiros anos do curso, muito provavelmente, não teria seguido esta carreira... Foi muito difícil fazer as cadeiras básicas. Mas, felizmente, quando começámos as cadeiras clínicas, a partir do 4.º ano, acabei por me deslumbrar com este mundo da saúde. E, hoje, passados mais de 20 anos, posso dizer que é a minha profissão, a minha vocação, e não apenas um emprego.

JN – Então e como surgiu a Medicina Interna e a Medicina Intensiva?

VB – Há coisas curiosas na vida... No Hospital de Santa Maria (HSM), onde fiz o Internato, tive a sorte de contactar com excelentes profissionais, quer do ponto de vista técnico como científico, e alguns eram internistas. Mas, ainda assim, quem mais me influenciou foi um cardiologista, o saudoso Prof. Salomão Sequerra Amram, que se preocupava muito com a aprendizagem clínica. Outra pessoa que também me marcou foi o Dr. João Frazão, que me abriu a porta para o acompanhar na equipa de Urgência no HSM. Fazíamos muito o SO, que, na época, acabava por ser uma unidade de Cuidados Intensivos e Intermédios. E foi precisamente aí que tive contacto com os internistas Dr. Ducla Soares e Prof. Brito Avô e também com o Prof. Pedro Paiva que, apesar de estar na Medicina Intensiva, era internista.

Foram todas estas vivências que me levaram à Medicina Interna, por ser uma especialidade heterogénea, sem monotonia, que permite ter uma visão holística do doente, sem nos centrarmos apenas num órgão. Fiquei fascinado com o desafio que os internos enfrentam no dia-a-dia em termos diagnósticos, o que não era habitual noutras especialidades. No fundo, vi a Medicina Interna como um jogo que nos obriga a olhar para o doente no seu todo, não nos focando apenas na doença em si. O interesse pela Medicina Intensiva acabou por ser também fruto da experiência que havia tido nas urgências do HSM. Aliás, sempre gostei muito do doente urgente-emergente-crítico, que nos obriga a perceber no imediato o que está a acontecer. Para mim, era um misto de desafio e de deslumbramento, por me lembrar da série “Serviço de Urgência”. O desafio tem de estar sempre presente e isso é possível quer na Medicina Interna, com um vasto leque de patologias, como na Medicina Intensiva.

JN – Mas pensou logo em ser internista em Cuidados Intensivos?

VB – Não. À medida que se avança na nossa carreira médica, acabamos por descobrir coisas novas. Lembro-me do anesthesiologista Dr. Dinis Cunha Leal, que é um dos fundadores da Medicina Intensiva em Portugal, dizer que é muito importante ter internistas nos Cuidados Intensivos. Na sua opinião, indicar que a pessoa tem uma insuficiência respiratória e entubá-la é um ato médico que pode ser feito por um anesthesiologista ou por um intensivista, mas quem tem a inquietação permanente de saber o que se passa realmente, e de forma integrada, é o internista.

JN – É a busca constante por algo novo...

VB – Sim, mas, naturalmente, isso exige estudo e atualização de conhecimentos. E não me refiro somente à última grande inovação, mas a um trabalho constante de revisão, não deixando de incorporar as novidades. Esta atitude de procura e de estudo é uma parte significativa do percurso do internista.



JN – A MI acaba por ser, assim, uma mais-valia para a Medicina Intensiva...

VB – Estou convencido de que sim.

“O FACTO DE SE TER A PREPARAÇÃO DE INTERNISTA É UMA MAIS-VALIA”

JN – Mas todos os intensivistas deveriam ser internistas?

nente de saber forma integrada, é o internista”



VÍTOR BRANCO

Nasceu em Moçambique, mas foi Portugal que o viu crescer

Vítor Branco tem 49 anos e está desde 2005 na Unidade da Covilhã do Centro Hospitalar Cova da Beira, mais precisamente no Serviço de Medicina Intensiva. Licenciado pela FMUL, passou pelos Hospitais da Universidade de Coimbra, pelo Hospital Infante D. Pedro de Aveiro e pelo Hospital de S. Teotónio. É assistente graduado de Medicina Interna, médico da Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER), coordenador hospitalar de Doação de Órgãos de Transplante e líder do Grupo de Acreditação da Joint Commission International.

Casado com uma médica também internista, natural de Salamanca, tem três filhas, com 18, 15 e 12 anos. “A mais velha está a estudar Música em Londres e temos vivido num misto de alegria e saudade, porque está lá há muito pouco tempo”, refere Vítor Branco. Nos tempos livres, gosta de estar com a família e de ir a concertos. “Não tenho um *hobby*, a não ser os das minhas filhas. A mais nova faz *ballet* e ando de sarau em sarau...”

Sendo natural de Moçambique, ainda não voltou à terra que o viu nascer. “Tenho vontade, mas ainda não surgiu a oportunidade. Talvez um dia...”, diz.

VB – Não acho que deva ser esse o caminho. Aliás, a Medicina Intensiva é, neste momento, uma especialidade autónoma. Estão a ser formados intensivistas e, em breve, passaremos a ter especialistas de raiz nesta área. Esta questão tem gerado alguns conflitos, mas não se deve ir por aí... Obviamente que o facto de se ter a preparação de internista é uma mais-valia, porque permite ter a tal visão holística do doente e os futuros especialistas em Intensivismo não vão ter este *back-*

"O MODELO ORGANIZACIONAL DAS VCI PODERÁ PASSAR PELO APOIO EXTERNO DA MEDICINA INTERNA."

-ground, o que acaba por originar mudanças no dia-a-dia dos Cuidados Intensivos. Provavelmente, vai ter de se alterar o modelo organizacional destas unidades, que poderá passar pelo apoio externo da Medicina Interna.

O papel do intensivista também sofrerá alterações porque, quer pelo aparato tecnológico como pelo percurso

[Continua na pág. 6]

(Continuação da pág. 5)

profissional, ele tem, hoje em dia, um estatuto clínico bastante significativo dentro do hospital, muito graças a esse conhecimento mais geral da Medicina Interna. É habitualmente chamado a tomar decisões de vida ou de morte e tem uma preparação e diferenciação que lhe confere essa autoridade. Com a atual autonomização da especialidade de Medicina Intensiva, que já tem 4 anos, o mais certo é que esse estatuto deixe de ser tão relevante. Isto não quer dizer que seja bom ou mau, mas admito que é uma perda, porque há menos aporte de conhecimento e de experiência quando se tomam decisões clínicas.

JN – O Intensivismo é uma área que exige decisões críticas, imediatas... Como se gerem as emoções?

VB – Antes de mais, deve-se fazer uma distinção... O Intensivismo, ou o doente crítico, tem alguns momentos de decisão cruciais, mas essa não é a essência dos Cuidados Intensivos. Estes cuidados propriamente ditos podem-se espalhar no tempo, apesar de, obviamente, se ter de dar especial atenção a determinados detalhes. Costumo dizer que o intensivista é um fisiologista, ou seja, quem age nos processos fisiológicos alterados através da monitorização. O stress de ter de tomar decisões imediatas acontece mais nos casos da urgência-emergência, em que uma ou mais funções vitais estão (potencialmente) ameaçadas; quando a situação se prolonga no tempo, o doente passa a ser crítico. A questão das emoções...

Podemos ser mais ou menos suscetíveis ao contexto humano do que está a acontecer, mas a melhor maneira de reagir é através da racionalização. Por exemplo, estar perante uma pessoa com muita falta de ar é angustiante. Se apenas contemplo o que está a acontecer acabo por entrar em choque, mas se começar a interpretar o problema, dando-lhe um nome científico, consigo agir como médico. Desta forma, não somos insensíveis ao sofrimento, mas gerimos as emoções, focando-nos no diagnóstico e nas opções terapêuticas. Quando corre bem, temos a recompensa de que ajudámos aquele doente. Quando corre mal, também temos de racionalizar e lembrar-nos que utilizámos as ferramentas adequadas, mas que não controlamos tudo, porque não somos deuses.

Mais uma vez digo: não somos insensíveis, mas temos que saber gerir as emoções, para o bem do doente. Diariamente, temos pessoas que percebemos que não vão resistir e que acompanhamos durante dias ou semanas e com quem até estabelecemos uma relação, mesmo quando não comunicam. Até com a própria família... Não é fácil para nós, mas esta empatia é essencial e nunca pode deixar de existir. Contudo, temos que reagir.

JN – É fácil saber quando se deve suspender um tratamento para não se ultrapassar a linha do que é eticamente aceitável?

VB – Não é nada fácil! É o mais difícil. Nós queremos fazer o bem ao doente e não o mal... Existem variadas terapêuticas e prognósticos que a Medicina desconhe-

ce, daí que não possamos dizer que existe mais ou menos probabilidade de sobrevivência. As estatísticas não existem nesta área porque os casos são todos diferentes. Podemos considerar que uma pessoa não vai conseguir sobreviver mais de 3 dias e depois, afinal, acaba por viver ainda mais 2 semanas... Daí que a definição casuística da suspensão dos tratamentos nunca deva ser um trabalho isolado, mas em equipa. É necessário ter em conta as avaliações periódicas, mas também a experiência. Nunca se pode pedir a um jovem para liderar estas situações, porque a teoria é importante, mas ainda o são mais os anos de experiência. Obviamente que também se deve ter em conta que os anos de trabalho podem ser "perigosos", quando as experiências vividas não são acompanhadas de estudo, atualização e introspeção.

"MANTENHO-ME NA VMER PORQUE GOSTO DE ESTAR COM O DOENTE EMERGENTE E CRÍTICO"

JN – Também é médico na VMER. Como surgiu esta oportunidade?

VB – Entre 2012 e 2016, tive a responsabilidade de dirigir o Serviço de Urgência do Hospital da Covilhã e foi a partir daí que aceitei essa tarefa, porque na altura a Tutela decidiu integrar os meios de emergência hospitalar, nomeadamente a VMER, na Direção da Urgência. Como não queria coordenar uma área que não estava a exercer – e também pela falta de recursos humanos –, acabei por fazer formação. Apesar de já não dirigir a Urgência, mantenho-me na VMER porque gosto de estar com o doente emergente e crítico. Quase todas as semanas faço um ou dois turnos.

JN – O que mudou, como clínico, ao ter um conhecimento mais concreto do que se passa antes de o doente chegar ao hospital?

VB – Não mudou nada de muito significativo... Mas, obviamente, ajuda a ter mais presentes alguns aspetos de que, dentro do hospital, nos podemos esquecer, como as condições em que as pessoas vivem e adoecem. A noção dessas situações surge, sobretudo, na alta hospitalar... Como vai ficar aquela pessoa, dependente, perante situações habitacionais e sociais complexas? Muitos dos doentes a quem damos apoio estão institucionalizados e ao andarmos na rua percebemos melhor o impacto de se dar alta a quem não tem as condições necessárias para a receber. Por exemplo, quem ficar dependente de um ventilador vai precisar, obrigatoriamente, de determinados meios e apoios – materiais e de cuidadores – para poder ter uma vida o mais confortável possível no domicílio ou no lar... É muito complexo.

Ainda no outro dia ouvia um colega de um hospital dizer que tem um doente internado há 14 anos e que ainda não teve alta por não se conseguirem encontrar as condições necessárias para que possa viver fora do hospital sem o seu estado de saúde piorar. Este é um aspeto mais social do que médico, mas que é essencial e que tem repercussões no estado global de saúde. Os espanhóis têm o chamado *Hospitel*, mas nós não...

JN – Também é o coordenador hospitalar de Doação de Órgãos para Transplante. Que avaliação faz da transplantação em Portugal?

VB – O modelo português facilita a doação de órgãos. Como se sabe, excetuando quem está inscrito no Registo Nacional de não Dadores (RENNDA), todos são potenciais dadores. Apesar de estarmos numa boa posição a nível internacional, nota-se que há menos



"MUITOS DOS DOENTES A QUEM DAMOS APOIO ESTÃO INSTITUCIONALIZADOS E AO ANDARMOS NA RUA PERCEBEMOS MELHOR O IMPACTO DE SE DAR ALTA A QUEM NÃO TEM AS CONDIÇÕES NECESSÁRIAS PARA A RECEBER."

doações em cadáveres. Isto deve-se ao facto de a principal causa de morte estar relacionada com acidentes tromboembólicos, como o AVC. E, nessa área, há menos pessoas a morrer após a criação da Via Verde do AVC. No fundo, há menos cadáveres que podem ser dadores. Outra questão é que as condições não são iguais em todos os hospitais, estando-se muito dependente da Neurocirurgia, que é uma especialidade que falta

em muitas unidades do país. Por exemplo, em Coimbra existem 46 dadores por 1000 habitantes. Mas são do CHUC...

Quer a nível nacional, como regional e local, tem-se apostado na formação para se dar resposta a estes desafios e acredito que podemos manter a imagem de país solidário. Outro ponto que não se pode descurar é a circulação extracorporal nos casos de paragem

JN – E os dadores em vida?

VB – Nesse campo, estamos muito pior. Curiosamente, nos países em que há mais doações em vida registam-se menos doações em cadáver. A lei do dador em vida é, de facto, muito restrita, em Portugal, estando limitada praticamente a familiares muito próximos do recetor, o que faz sentido, por causa do tráfico de órgãos. Penso que podemos melhorar nes-

JN – Nesse contacto que tem com os mais novos, sente que estão disponíveis para exercer Medicina no interior do país?

VB – Hoje em dia, a questão vai muito para além disso. Neste momento, os alunos querem emigrar. Alguns, logo no 2.º ou no 3.º ano já dizem que não querem exercer Medicina em Portugal. É verdade que não há vagas para todos, mas já nem se presume que talvez se consiga... No caso da Medicina Intensiva, só recentemente se autonomizou como especialidade e é normal que ainda não se pense, desde logo, nesta área.

A Medicina Interna já tem muitos anos e o problema não está na localização geográfica, mas na exigência que lhe está associada, tanto nos grandes como nos pequenos centros urbanos. É desafiante, mas a necessidade de atualização e a subalternização do internista acaba por levar ao desinteresse pela Medicina Interna. Essa subalternização é uma ameaça, porque acaba por tomar conta do refugio de outras especialidades. Além disso, há outras questões, que se prendem com o horário de trabalho e a sobrecarga do mesmo, ficando em causa a vida pessoal.

O internista está em todo o lado e fica com os casos que não dão brilharete... Se não conseguirmos motivar as pessoas para a importância da ética e da estética – o gosto por ajudar –, vamos ter consequências... Esta é uma problemática geracional e sociocultural, porque o médico deixou de ter um determinado estatuto social, não ganha tão bem, não tem emprego garantido... Na escolha da especialidade verifica-se – e sem desprimor – que pessoas bem qualificadas estão a optar por Patologia Clínica. E porquê? Para fugirem ao stress... A nossa profissão é extremamente desgastante do ponto de vista físico, psíquico e moral e as novas gerações têm expectativas diferentes das anteriores face à vida pessoal e laboral.



Vítor Branco e Miguel Castelo-Branco

cardiorrespiratória, que permite preservar os órgãos, apesar de a pessoa não estar viva. Isso já acontece em Portugal. É o chamado Programa de Doação com Coração Parado, que começou no Hospital de São João, no Porto, e que já arrancou no Hospital de São José, em Lisboa. Espera-se que comece também em Coimbra nos próximos tempos. Neste caso, há aqui uma margem para se conseguir mais dadores.

ta vertente, nomeadamente através da realização de campanhas.

“O INTERNISTA ESTÁ EM TODO O LADO E FICA COM OS CASOS QUE NÃO DÃO BRILHARETE...”

JN – É docente na Universidade da Beira Interior (UBI). Gosta de ensinar?

VB – Não tenho conseguido apostar na investigação, mas sempre colaborei no Ensino, logo desde os primeiros anos. Quando vim para a Covilhã, o curso de Medicina da UBI estava no 3.º ano. Note-se que tem um modelo diferente em termos de interação e de aprendizagem em comparação com outras faculdades... Sim, gosto de ensinar, mas não propriamente por causa de grandes apresentações desta ou daquela matéria. O que mais me entusiasma é a partilha de saberes, de conhecimento. Colaboro em vários blocos. Neste momento, dedico-me, sobretudo, ao da emergência-urgência-doente crítico. Não há cadeiras na UBI, mas blocos e seminários, com forte componente prática, logo também dou apoio no 6.º ano do curso, quando a parte prática tem um peso maior. Estou igualmente responsável pelas 3 semanas de estágio na Medicina Intensiva e, como a faculdade também é uma entidade formadora de Suporte Avançado de Vida da American Heart Association, sou formador em ressuscitação cardiopulmonar.

JN – Relativamente à SPMI, é secretário-adjunto. Como vê o presente e o futuro da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna?

VB – De forma muito animadora! Estou ligado aos órgãos sociais da SPMI desde o tempo do Prof. Manuel Teixeira Veríssimo, embora tenha tido contacto com a Sociedade desde a altura em que fiz o internato no Serviço do Dr. Armando Porto, que foi responsável pela sua reanimação. É justo dizer, aliás, que o Prof. Armando Porto, o Prof. Rui Santos e o Prof. Armando Carvalho foram absolutamente determinantes na minha vida e contribuíram para a escolha que fiz da Medicina Interna. Na SPMI, já vou no terceiro presidente e o que vejo é uma evolução na continuidade, num caminho de progressão. Naturalmente, com estilos diferentes, mas em cada ano que passa podemos acrescentar dinâmica e peso à SPMI. A palavra Presença é a marca distintiva do presente e do futuro, quer junto dos internistas como da população, sendo o principal exemplo. Destaco a Festa da Saúde, no verão, ou até o evento que assinala o aniversário da Sociedade, em dezembro. O FORMI tem sido também fundamental. É muito gratificante olhar para a agenda, para os cursos que se mantêm ao longo do tempo... Estou muito otimista quanto ao presente e ao futuro da SPMI!

SPMI assinala 68.º aniversário com lançamento de livro

Diabetes: O que podemos comer? é o tema do livro lançado no 68.º aniversário da SPMI, assinalado dia 14 de dezembro. Na cerimónia, o presidente da SPMI, João Araújo Correia, considerou a obra como o exemplo do “papel que os internistas podem ter na prevenção da doença e na promoção da saúde”.

Da autoria das nutricionistas Mariana Pedro, Vera Dias e Paula Almeida, o livro foi coordenado pelos internistas Estevão de Pape e Edite Nascimento, do Núcleo de Estudos da Diabetes *Mellitus* (NEDM) da SPMI.

A apresentação da obra coube a Lèlita Santos, vice-presidente da SPMI. A responsável realçou que “a diabetes afeta mais de 13% da população portuguesa, estimando-se que 44% dos casos estejam por diagnosticar, daí a importância deste trabalho”.



João Araújo Correia, Edite Nascimento, Paula Almeida, Mariana Pedro, Vera Dias, Sónia do Vale (diretora do Programa Nacional para a Diabetes) e Estevão Pape

Como acrescentou, “todas as orientações e normas da diabetes *mellitus* apontam, como medidas preventivas e no tratamento, a adoção de uma alimentação saudável, daí a relevância da Nutrição”.

Na cerimónia de aniversário, João Araújo Correia começou por salientar o impacto positivo da campanha “Dezembro, Mês da Medicina Interna”. Para o médico, não há qualquer dúvida sobre

a eficácia da campanha: “Foi muito bem compreendida pelos associados da SPMI e, fundamentalmente, pelos doentes, que sabem ser nos meses de dezembro, janeiro e fevereiro que os internistas são chamados a um trabalho acrescido, evitando verdadeiramente que o SNS colapse.”

Também frisou que “a MI é a base do sistema de saúde no hospital, podendo exercer as funções em todos os lugares



Lèlita Santos

que a instituição precise, quer na enfermaria de agudos como na de crónicos, nas consultas externas geral e setorializada, Cuidados Paliativos, Urgência ou Emergência. É uma especialidade que se ocupa do doente adulto em contexto hospitalar, com uma visão global do ponto de vista fisiopatológico, psicológico e social”.

Continuando: “Nenhum problema lhe é estranho, embora não saiba tudo em profundidade – ninguém sabe –, sendo capaz de liderar equipas e definir o perito mais adequado em determinada fase de diagnóstico ou tratamento.”

João Araújo Correia criticou o facto de a Medicina atual ser “desfragmentada”, obrigando o doente a fazer um “péripleto

por múltiplos especialistas e consultas”. Para o internista, “esta lógica é pouco eficiente e útil numa população cada vez mais envelhecida e com múltiplas doenças”.

As críticas continuaram, alertando o presidente da SPMI para o facto de a agudização das patologias crónicas ser tratada de “forma casuística” nas urgências e de os hospitais assentarem em especialidades de órgão.

No seu entender, “a estrutura organizada é espartilhada em serviços estanques, mas o trabalho clínico não pode ser desligado do contexto social, sob pena de o resultado esperado não ser atingido ou perder-se irremediavelmente ao fim de uns dias após a alta.”

Quanto ao maior número de unidades de hospitalização domiciliária, nas quais o internista tem um papel-chave, espera que “esta experiência venha a tornar evidente a necessidade do tratamento do doente crónico complexo em casa”.

Para terminar, enalteceu ainda as reuniões conjuntas da SPMI e da APMGF, que levaram à entrega de consensos quanto ao tratamento do doente crónico e do doente agudo no Ministério da Saúde, assim como o maior custo-benefício dos programas de cogestão de doentes cirúrgicos.



PUBLICIDADE

XIII Jornadas do NEDF no Porto

“Deve-se apostar na formação dos internistas na área da doença hepática avançada (DHA) porque ainda se vê algum preconceito relativamente a estes doentes e falta de preparação para os tratar”, defende Arsénio Santos. O coordenador do Núcleo de Estudos das Doenças do Fígado (NEDF) da SPMI falou à *Just News* na sequência das XIII Jornadas do NEDF que decorreram nos dias 4 e 5 de outubro, no Porto.



Arsénio Santos

Arsénio Santos destacou a temática da DHA face ao impacto desta patologia na qualidade de vida: “A doença hepática, seja qual for a sua causa, pode evoluir para cirrose e surgem inúmeras complicações, tais como hemorragias digestivas, desnutrição, fragilidade, alterações eletrolíticas, encefalopatia hepática, problemas renais, entre outros; e o internista deve estar preparado para dar resposta quer à DHA em si como a esses problemas.”

Outra temática que acabou por ser de alguma forma uma novidade foi a do “Álcool e Fígado”: “Nestas Jornadas não tínhamos tido nos últimos anos oportunidade de abordar este tema, mas achámos importante retomá-lo, sendo de assinalar que a discussão não se focou apenas nas questões do fígado em si, mas mais na problemática do alcoolismo, que é um problema de saúde pública preocupante.”

Arsénio Santos lembrou que os hábitos de consumo de álcool mudaram nos últimos anos, mas isso não implica uma redução nos indicadores: “Pelo con-



trário. Hoje em dia, os jovens tendem a optar por outro tipo de bebidas e são consumidores mais pontuais, contudo, os seus comportamentos continuam a ser de risco.”

Nas Jornadas, os mais de 100 participantes puderam também debater outros

temas, como as doenças hepáticas autoimunes e as infeções víricas. Em 2019, a organização do evento ficou nas mãos da Unidade de Transplante Hepático e Pancreático do CHUP. As próximas Jornadas já estão marcadas. Serão nos dias 2 e 3 de outubro, em Tomar.

PUBLICIDADE

ENCONTRO ANUAL DOS DIRETORES DE SERVIÇO E ORIENTADORES DE FORMAÇÃO DE MI EM TOMAR

O tratamento integrado do doente crónico

A “colaboração estreita” entre o especialista de MI e o médico de família é não só necessária como indispensável para que exista um verdadeiro “tratamento integrado do doente crónico”, considera o

gama da Urgência, sem qualidade e sem dignidade”.

No entanto, consciente da realidade, o responsável não deixa de frisar que também é necessário “estudar, em cada lo-

foi dedicada à temática das Urgências e do papel que a MI aí deve assumir.

“Sabemos que não é possível melhorar as condições de trabalho no Serviço de Urgência (SU) se não reduzirmos a

procura”, afirma o presidente da SPMI, acrescentando que “isso só pode ser conseguido com um comprometimento maior dos cuidados primários com a doença aguda não grave”.



presidente da SPMI.

João Araújo Correia, diretor do Serviço de MI do CHUP e chefe de equipa de Urgência, sublinha ser “obrigatório” que a comunicação entre a MI e a MGF seja “fluida”, para que haja “um seguimento continuado do doente crónico”.

Boa parte do último encontro anual dos diretores de serviço e orientadores de formação de MI, evento que teve lugar em Tomar no dia 9 de novembro, promovido em conjunto pela SPMI e pelo Colégio de MI da OM, foi dedicada a debater esta matéria.

Assunto muito pertinente para João Araújo Correia porque, no seu entender, sem a referida “colaboração estreita” entre o internista e o MF, “o doente crónico continuará a ser atendido de forma reativa, nas agudizações, perdido na amál-

cal, a resposta mais exequível, porque a melhor pode não ser possível”.

Por outro lado, também é preciso que a nível governamental se tenha a noção de que estes programas de integração de cuidados, “para se difundirem pelo País, como se pretende, têm que ter um quadro de financiamento definido”.

Manuel Viana, médico de família da USF São João do Porto, foi convidado para dar o seu contributo, apresentando a visão da MGF relativamente a este assunto. Integrou um painel em que representantes da ULS do Alto Minho e do Hospital de Braga procuraram transmitir aos seus colegas internistas a experiência, respetivamente, numa unidade local de saúde e num hospital que não o é.

Parte do programa do encontro de Tomar

**JOÃO ARAÚJO CORREIA
SUBLINHA SER
“OBRIGATÓRIO” QUE A
COMUNICAÇÃO ENTRE
A MI E A MGF SEJA
“FLUIDA”, PARA QUE
HAJA “UM SEGUIMENTO
CONTINUADO DO DOENTE
CRÓNICO”.**

“Não podemos continuar a conformar-nos com o facto de que menos de 10% dos recursos aos SU tenham uma observação médica prévia”, observa João Araújo Correia.

E ainda adianta que, “pelo menos enquanto a nossa realidade for esta, de centenas de doentes no SU, sem qualquer triagem e completa mistura de graus de gravidade, defendemos que não deve ser criada uma especialidade de Urgência”.

Para reforçar uma posição que sabe não ser unânime entre os internistas, João Araújo Correia sublinha que “95% dos doentes internados nos serviços de MI provêm do SU, pelo que, também por isso, os internistas têm de se manter na Urgência”.

Doença hepática avançada



Arsénio Santos

Coordenador do Núcleo de Estudos das Doenças do Fígado (NEDF) da SPMI

A história natural da cirrose caracteriza-se por uma fase que designamos de cirrose compensada, muitas vezes assintomática e que pode até permanecer indetetada durante muitos anos, até ao momento em que a deterioração da função hepática e o aumento da pressão venosa portal levam ao desenvolvimento de sinais e sintomas, tais como ascite, icterícia, encefalopatia e episódios hemorrágicos, e, nessa altura, passamos a falar de cirrose descompensada.

Se o não era já, a cirrose hepática passa claramente, nesta fase, a ser uma doença sistémica e não uma doença estritamente localizada no fígado, tais as implicações e interações com outros órgãos e sistemas. Esta transição de cirrose compensada para descompensada acontece numa razão de 5 a 7% ao ano.

Na fase de cirrose descompensada, a doença progride mais rapidamente e podem ainda surgir muitas outras complicações, de que se destacam: lesão renal aguda, infeções bacterianas, carcinoma hepatocelular, síndrome hepatopulmonar e hipertensão portopulmonar, cardiomiopatia cirrótica e *acute on chronic liver failure* (ACLF). Enquanto a sobrevivência média na cirrose compensada é superior a 12 anos, reduz-se para cerca de 2 anos na cirrose descompensada.

Assim, a primeira manifestação da cirrose pode ser tardia e surgir na forma de um episódio de descompensação grave ou de carcinoma hepatocelular. Por isso, a ideia de que a cirrose dá habitualmente queixas e se deteta sempre por alterações analíticas não é real.

Na abordagem do doente com cirrose descompensada podemos considerar quatro diferentes áreas de atuação que, na prática, são complementares e não mutuamente exclusivas:

- A eliminação ou supressão do fator etiológico que causou a doença hepática;
- A interferência nos mecanismos de lesão com o objetivo de restaurar a integridade da função celular e da arquitetura hepática;
- A atuação sobre fatores patogénicos chave que levam à descompensação da cirrose e ao desenvolvimento das complicações;
- O tratamento das complicações.

Nas últimas três décadas, verificámos uma extraordinária evolução do conhecimento e o aparecimento de novos fármacos e de novas técnicas diagnósticas e terapêuticas que alteraram radicalmente o prognóstico de muitas das situações.

A eliminação ou supressão do fator etiológico, antes possível nos casos de doença alcoólica, de esteato-hepatite não alcoólica ou de hepatotoxicidade medicamentosa, é hoje também uma realidade na generalidade dos casos de hepatite B e C, permitindo a drástica redução a curto prazo do número de casos de cirrose, de cirrose descompensada e das suas complicações. Não podemos, contudo, esquecer que os resultados destas medidas dependem bastante da fase de doença em que são adotadas, sendo obviamente menos eficazes quando implementadas na fase de cirrose descompensada, onde, apesar de tudo, diminuem o risco de descompensação e aumentam a sobrevivência.

Já a interferência nos mecanismos de lesão com o objetivo de restaurar a integridade da arquitetura hepática, nomeadamente através da supressão da inflamação, da regressão da fibrose ou da regularização da circulação arterial e portal, não é ainda hoje um objetivo atingível na prática clínica. Diversos fármacos com ação anti-inflamatória ou antifibrótica que se mostraram promissores em modelos experimentais não demonstraram ainda eficácia na prática clínica.

A atuação sobre fatores patogénicos chave para prevenir ou tratar a descompensação da cirrose e as suas complicações é hoje um dos pilares da abordagem destes doentes, através de medidas terapêuticas que antagonizam: a retenção de sódio responsável pela formação de ascite, a produção de amónia e a endotoxemia na encefalopatia, a hipovolemia após paracentese de largo volume ou na síndrome hepatorenal, a disfunção renal induzida pela peritonite bacteriana espontânea, o aumento da pressão portal responsável pela rutura de varizes esofágicas e a proliferação bacteriana ou a disbiose intestinal, responsáveis pelo aumento do risco de infeções e prováveis fatores intervenientes na fisiopatologia de algumas lesões hepáticas.

O tratamento das complicações da cirrose sofreu nos últimos anos notáveis avanços, que se devem a múltiplos fatores: ao melhor conhecimento da fisiopatologia de algumas destas situações – casos da hipertensão portal, ascite, disfunção renal e ACLF –, o que permite otimizar a abordagem diagnóstica e a terapêutica; à consolidação do papel de novos fármacos, tais como a rifaximina na profilaxia secundária da encefalopatia hepática, a terlipressina no tratamento da síndrome hepatorenal, o sorafenib no carcinoma hepatocelular avançado, a albumina no contexto de paracenteses de grande volume, de peritonite bacteriana espontânea ou de síndrome hepatorenal e o ácido obeticólico na colangite biliar primária refratária ao ácido ursodesoxicólico; à valorização dos aspetos nutricionais no manejo dos doentes com cirrose; ao aperfeiçoamento das técnicas endoscópicas para profilaxia e tratamento da hemorragia digestiva por rutura de varizes esofágicas.

Também a sistematização da abordagem diagnóstica e os avanços terapêuticos no carcinoma hepatocelular, com o recurso à ressecção cirúrgica ou ao transplante, aos tratamentos locais e locorregionais através da termocoagulação por radiofrequência ou por micro-ondas, da quimioembolização transarterial ou da radioembolização com Ítrio-90, ou às terapêuticas sistémicas com sorafenib e, mais recentemente, com regorafenib ou nivolumab, estão a alterar o prognóstico destes doentes.

E, *the last but not the least*, o transplante hepático é muitas vezes o único tratamento curativo nos doentes com doença hepática avançada irreversível. Nas últimas três décadas, tem sido também, no nosso país, a solução para um número crescente de doentes com doença hepática terminal das mais diversas etiologias. Infelizmente, o número de órgãos disponíveis é o maior fator limitante, não permitindo transplantar todos os doentes que seriam elegíveis.



PUBLICIDADE

SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA DO HOSPITAL DE BRAGA

Um pilar de referência para o doente internado com duas áreas de relevo: o ensino

No Hospital de Braga, o internista é “o especialista hospitalar por excelência”, pois, como justifica o diretor do Serviço de Medicina Interna, António Oliveira e Silva, “integra desde problemas puramente assistenciais até à gestão clínica”. A Just News foi conhecer o Serviço que este ano organiza, precisamente em Braga, o 26.º Congresso Nacional de Medicina Interna. “Pilar de referência para o doente internado”, o ensino é uma atividade importante e a investigação é promovida de forma ativa.

Natural de Oliveira de Azeméis, António Oliveira e Silva alterou a sua residência para o Porto aos 18 anos, primeiro para concretizar a licenciatura no Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar e depois o Internato Geral no Hospital de Santo António e o Internato da Especialidade no Hospital de São João, por onde ficou até 2014, assumindo diversas funções, nomeadamente, de diretor clínico, coordenador de Emergência Pré-Hospitalar, diretor do Serviço de Urgência e responsável pela Unidade de AVC.

Em 2014, foi trabalhar para o Hospital de Braga, assumindo a função de diretor do Serviço de Medicina Interna, mas optou

por manter a residência em Matosinhos, onde continua a viver.

Dois anos depois, regressou ao CHSJ para tomar posse como presidente do Conselho de Administração, função que desempenhou até março de 2019, altura em que voltou a Braga para reassumir o cargo de diretor do Serviço de MI. Enquanto esteve ausente, foi Carlos Capela que ocupou aquela posição, tendo, na opinião de António Oliveira e Silva, desenvolvido um ótimo trabalho. “Quando regressei, havia uma boa dinâmica e o Serviço assumia-se, de forma indiscutível, como pilar de referência para o doente internado”, afirma.

Durante a sua ausência, o Hospital de Braga funcionou em regime de PPP. “Não deixámos de ser um hospital do SNS, que continuou a prestar todos os serviços indispensáveis à população que serve”, afirma, esclarecendo que os doentes do foro da Medicina Interna e que são internados têm uma média de idade de 80 anos e à data da alta são identificados 12 diagnósticos/doente, o que reflete a complexidade da população internada.

O internamento do Serviço de MI divide-se em quatro alas, três com 30 camas – subdivididas por quatro equipas médicas – e uma com 12 camas – sob a responsabilidade de uma única equipa.

No que respeita à Consulta Externa, existem vários grupos de interesse: “Além da MI geral, temos as áreas de hipertensão arterial, risco vascular, infecciosologia e doenças autoimunes”, explica o diretor do Serviço, acrescentando que, embora não exista uma consulta específica, o internista Narciso Oliveira dedica-se especialmente à área das doenças raras.

Cabe à MI a coordenação do Hospital de Dia (HD). Neste momento, a responsabilidade por esta valência é de Carlos Capela, que preside também à Comissão de Farmácia e Terapêutica e faz a ligação à Escola de Medicina da Universidade do Minho. Assume ainda a presidência da Comissão Científica do Congresso Nacional de Medicina Interna 2020.

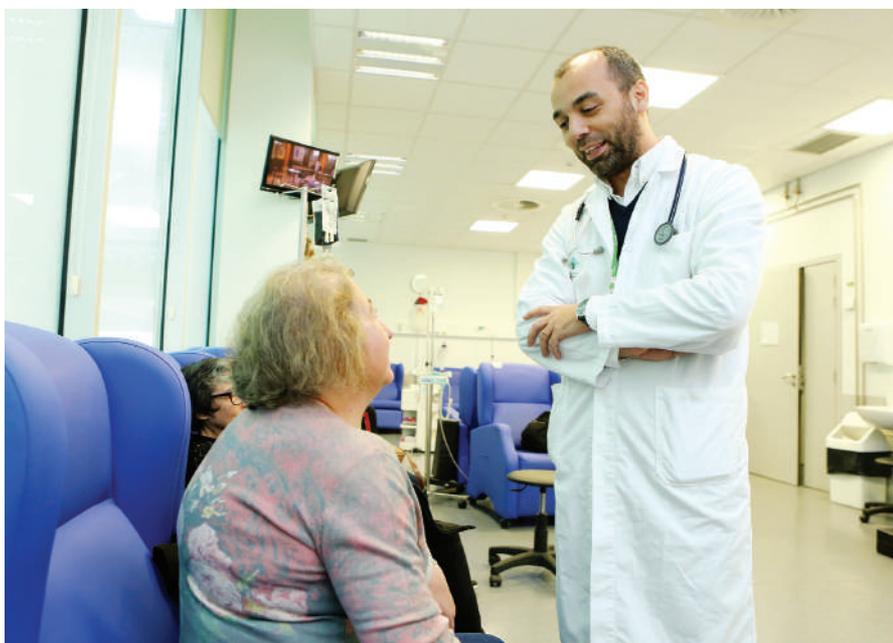
O HD é uma unidade polivalente do hospital que agrega fundamentalmente todas as especialidades médicas e cirúr-



gicas que precisem de terapêutica e/ou de técnicas diagnósticas. Está equipada com 16 unidades de tratamento, dois consultórios e um quarto para doentes mais dependentes ou mais sensíveis. Situa-se no 1.º piso do hospital, à entrada para a Consulta Externa, sendo um espaço de fácil acessibilidade aos doentes. Em declarações à *Just News*, Carlos Capela conta que a Medicina surgiu na sua vida sobretudo quando despertou para aquilo que gostaria de ser quando fosse grande, “inicialmente muito no âmbito da investigação da ciência”. O especialista revela que um dos critérios para a escolha do ICBAS para efetuar o seu curso foi a noção de que era a escola com maior componente científica.

(Continua na pág. 16)

ente internado, no e a investigação



MARIA JOSÉ CAMPINHO, ENFERMEIRA-CHEFE DO INTERNAMENTO:

“O enfermeiro que trabalha na MI tem de olhar o doente como um todo”

Maria José Campinho, enfermeira-chefe do Internamento do Serviço de MI, começou a trabalhar há 20 anos. Esteve primeiro no Hospital de São Teotónio, em Viseu, estando ligado ao Hospital de Braga há 18 anos. Gere uma equipa de aproximadamente 70 enfermeiros e 30 assistentes operacionais

A profissional, natural de Barcelos, licenciou-se na Escola Superior de Enfermagem de Viseu, tendo feito, posteriormente, a especialidade de Reabilitação, na Universidade do Minho.

“O enfermeiro que trabalha na MI tem de olhar o doente como um todo, ou seja, não pode vê-lo compartimentado”, salienta, lembrando que, na maior parte das situações, ele é mesmo muito dependente e a doença estende-se à família.

“Há uns 20 anos, a maior parte dos doentes seguidos pela MI era totalmente dependente, sendo necessário fazer tudo por eles, mas, hoje em dia, também temos jovens internados na MI com problemas sociais graves (sem abrigo e toxicodependentes, por exemplo) e outros que, não tendo essa componente sociofamiliar alterada, são internados para investigação”, observa.

No entanto, de acordo com a profis-

sional de 49 anos, o típico doente de MI tem cerca de 75 anos, ou mais, com muitas dependências e bastante morbilidade e em que a família tem dificuldades no seu cuidado. “Temos cada vez mais problemas em preparar uma alta segura para o domicílio e em capacitar o cuidador para que esta pessoa não saia da sua casa”, desabafa.



Escolheu a profissão de enfermeira para poder ajudar os outros e sente agora que ainda consegue ir mais além: “Se, através dos meus 100 colaboradores, conseguir ajudar muita gente, chegarei a muitos mais.”

(Continuação da pág. 14)

Depois, recorda, à medida que foi fazendo o curso, a paixão pelo doente e pela complexidade das suas patologias acabaram por apaixoná-lo. “Durante vários anos, foi ao doente e à doença que me dediquei. No entanto, alguns anos mais tarde, percebi que para se ser bom médico é preciso ser bom cientista. Um bom cientista faz também um bom médico”, garante. Carlos Capela trabalhou com doenças tropicais, no contexto de África, tendo lidado com deficiências importantes. “Creio que a capacidade de resistir e de trabalhar nesses contextos também me deu um *input* adicional para ser um melhor médico”, afirma, prosseguindo:

“O papel da MI no Hospital de Dia é de coordenação e agregação de todos estes processos – da admissão, do cuidado e da orientação e acompanhamento do doente no dia que passa connosco no HD. Além disso, tratamos os nossos próprios doentes no âmbito da MI, sobretudo das terapêuticas biológicas, nas reposições de ferro e noutras técnicas de diagnóstico e terapêutica.”

O HD tem vindo a crescer nos últimos anos. Em 2012, eram tratados 3500 episódios por ano, um número que subiu para 10.000 em 2019.



A Urgência Externa do Hospital de Braga é assegurada por internistas dedicados que não estão integrados no Serviço de MI. Por sua vez, “se há um doente que tem critérios de internamento, a avaliação e discussão do caso é feita com um especialista do Serviço de MI”.

Plano estratégico prevê o desenvolvimento de diversos projetos

Um dos planos iniciados em 2015 foi o alargamento do apoio da MI (pelo menos em regime de cogestão) a outros servi-

ços do hospital, como, por exemplo, à Ortopedia, à Cirurgia Vasculare e à Cirurgia Plástica.

Outra prioridade do Serviço de MI, e também do hospital, é a de criar uma área de Cuidados Intermédios, que será fundamental para “poder responder da melhor forma àqueles casos que não podem ser seguidos em Enfermaria, mas que também não pertencem ao foro dos Cuidados Intensivos”.

Também faz parte do plano estratégico do Serviço desenvolver uma cada vez maior interação e colaboração com os

cuidados de saúde primários. Na opinião do diretor do Serviço, a fragmentação de cuidados em múltiplas estruturas, de níveis diferentes, que não dialogam entre si, é um dos maiores problemas que a Saúde nacional atravessa. Esta situação resulta, por sua vez, na descontinuidade de cuidados.

A propósito desta questão, António Oliveira e Silva adianta que a intenção é realizar um projeto-piloto com uma USF que depois poderá ser alargado. “Os médicos de família têm competências na sua área de atuação, mas eles encami-

Esperados mais de 2000 participantes no CNMI 2020

O Altice Fórum Braga vai ser o palco do 26.º Congresso Nacional de Medicina Interna, que este ano se realiza em simultâneo com o 7.º Congresso Ibérico de Medicina Interna, entre 27 e 30 de agosto. Segundo António Oliveira e Silva, “é um orgulho para o hospital, para o Serviço e para a cidade que Braga tenha sido escolhida para a organização do Congresso”.

Para Narciso Oliveira, presidente da Comissão Organizadora, a maior preocupação foi sempre o programa científico, mas é claro que a logística também mereceu a maior atenção.

“Quisemos que o Congresso se realizasse em Braga porque achamos que temos condições para isso, quer relativamente à cidade como ao próprio hospital. Pensamos que temos também alguma responsabilidade, não podem ser só os outros a fazer tudo, nós também temos que fazer a nossa parte”, revela o médico, que assumiu a função de secre-

tário-geral de edição de 2005 do CNMI, igualmente organizado por Braga.

Natural de Vieira do Minho, Narciso Oliveira licenciou-se pela Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. Está ligado à Medicina Interna do Hospital de Braga desde o primeiro ano do Internato Geral, em 1990, tendo começado por pertencer ao Serviço de Medicina II.

A escolha da Medicina aconteceu ainda no liceu. No 10.º ano, as aulas de socorrismo fizeram-no despertar para a Medicina Interna. “Há 30 anos, as coisas eram um pouco diferentes. Quase não havia ecografia. Os diagnósticos assentavam, sobretudo, no raio X. Mais tarde veio a TAC, que se realizava no privado”, lembra.

A secretária-geral do Congresso, Manuela Vasconcelos, integra pela segunda vez a CO de um CNMI. A primeira aconteceu precisamente em 2005. “O trabalho foi dividido entre a CC e a CO. A maioria dos seniores estão na segun-

da, enquanto na CO estão os elementos mais jovens”, conta a médica.

Manuela Vasconcelos é responsável pela

Ala E do Serviço de MI. Além de gestora local do risco, cabe-lhe gerir as escalas do Serviço de Urgência Interna. Neste



Paulo Gouveia, Narciso Oliveira e Manuela Vasconcelos

nam bastantes doentes para consulta hospitalar e muitas vezes isso pode ser resolvido numa consulta conjunta, realizada no centro de saúde, onde o médico do hospital se desloca”, aponta.



António Oliveira e Silva

Outro dos projetos da Medicina Interna, que envolve médicos, enfermeiros e farmacêuticos, é a reconciliação terapêutica. “Muitos dos nossos doentes-tipo trazem um saco de medicamentos que tomam, muitas vezes, sem compreensão plena da prescrição”, diz, desenvolvendo que, atualmente, quando são internados,

é prescrita uma terapêutica pelo médico especialista que o recebe e que às vezes não tem informação completa sobre a medicação que fazia em ambulatório. De acordo com o responsável, isto acontece porque muitas vezes não foi fácil entrar em contacto com a família.

“O enfermeiro, nas primeiras 24 a 48 horas, através de várias fontes de informação, principalmente o doente e a família, faz o registo e comunica aos Serviços Farmacêuticos a terapêutica que o doente fazia em ambulatório. Em seguida, o farmacêutico recebe essa informação e compara-a com aquela que foi prescrita no hospital, verifica se há discrepâncias e, caso isso se verifique, alerta o médico”, explica António Oliveira e Silva. Adianta, porém, que a eventual discrepância pode ser propositada. “O doente podia fazer uma terapêutica em casa que não coincidirá com a que é prescrita no hospital por razões de apropriação relacionada com a situação clínica”, diz. Na data da alta é de novo feito o processo de reconciliação terapêutica.

Ensino e investigação são duas áreas de relevo

O ensino também constitui uma atividade importante do Serviço de MI, não só

o pré-graduado, realizado através de um protocolo com a Escola de Medicina da Universidade do Minho, como também o pós-graduado, com internos de MI e de outras especialidades.

Ana Sá é a representante dos internos de Formação Específica do Serviço de MI do Hospital de Braga, tendo o primeiro con-

(Continua na pág. 18)



momento, assume também a função de secretária-geral da Comissão Organizadora do CNMI 2020.

É médica no Hospital de Braga há 31 anos. Fez o Internato Geral no antigo Hospital de São Marcos, onde também fez a especialidade.

“Ver o doente como um todo foi sempre a minha primeira opção”, afirma, revelando: “Apaixonei-me pela MI e foi com muito gosto que pude escolher uma vaga no hospital que queria.”

“Damos apoio a todos os serviços, quer através de pedidos de colaboração, quer na Urgência Interna. No Hospital de Braga, a MI é a primeira linha para os doentes de Oncologia, Pneumologia, Nefrologia, Dermatologia e Reumatologia. Durante a noite e fim de semana, é a MI que fica responsável por estas situações, porque não há médico residente nessas especialidades. Além disso, somos nós que damos apoio em internamento, quer durante o dia, quer de noite.



Carlos Capela

De acordo com o presidente da Comissão Científica, Carlos Capela, o evento vai contar com as referências nacionais da MI nas diversas áreas: “A Sociedade Portuguesa de Medicina Interna facilita a organização do Congresso. Somos uma

rede, temos unidades, grupos e núcleos muito fortes, que permitem agregar as temáticas que se pretendem abordar no evento.”

O médico espera que o programa agrade à comunidade médica e que a mesma participe no Congresso de 2020. Serão revistos temas fundamentais e feitas atualizações que existem das referidas revisões.

Carlos Capela destaca o mote do evento: “Passo a passo, construir Congresso”. O objetivo do mesmo é introduzir, nas mesas-redondas e nos grupos de discussão, novos elementos, da inovação ao diagnóstico, à terapêutica e ao cuidado necessário a ter com os doentes, destacando a medicina domiciliária.

As suas expectativas são elevadas. Considera mesmo que “trazer à cidade o Congresso é um desafio tremendo”.

O médico realça a realização de cursos pré-congresso no fim de semana e nos

dois dias que precedem o início do Congresso. O objetivo é que as pessoas estejam mais ligadas ao evento.

O facto de este ano decorrer, em simultâneo, o Congresso Ibérico cria uma expectativa um pouco maior porque, conforme refere Narciso Oliveira, “estamos a pensar maior”.

PRESIDENTE DO CONGRESSO
Narciso Oliveira

SECRETÁRIA-GERAL
Manuela Vasconcelos

TESOUREIRO
Paulo Gouveia

PRESIDENTE DA COMISSÃO CIENTÍFICA
Carlos Capela

[Continuação da pág. 17]

tacto com o mesmo acontecido enquanto interna do Ano Comum. Atualmente, está no final do 2.º ano do IFE.

A jovem médica natural de Braga, que realizou a sua licenciatura na Universidade do Minho, destaca o facto de o trabalho ser desenvolvido com equipas fixas: “Quando ingressamos como internos, integramos uma equipa em conjunto com a Enfermagem. Conhecemos os nossos doentes e conseguimos orientá-los desde que são internados

até à alta. Ao trabalharmos em equipas fixas, forma-se um espírito de união e de cooperação.”

Destaca, também, o dinamismo do Serviço, a circunstância de fazer atividades para o exterior e o facto de receber bem quem vem de novo: “As pessoas sentem-



Ana Sá

-se úteis e bem-vindas quando passam por aqui, acabam por querer ficar e o espírito mantém-se e é transmitido aos mais novos.”

“Apesar de ser pequeno, o Serviço de MI é o maior do hospital, acabando por lidar com diversas patologias e idades.



É apaixonante termos uma panóplia de tantos doentes diferentes e cooperarmos entre equipas, o que faz com que enriqueçamos e acabemos por enriquecer assim o nosso conhecimento”, refere a médica de 27 anos.

No Serviço, a investigação é promovida de forma ativa, na medida em que se acredita que o desenvolvimento da mesma faz com que os médicos se tornem melhores clínicos, “sobretudo por usar o método científico, que é semelhante ao procedimento clínico”. Todos os inter-

nos realizam um Curso de Introdução à Investigação com a duração de duas semanas, numa colaboração com o Centro Clínico Académico da Escola de Medicina da Universidade do Minho.

“É a polivalência do internista que faz dele o especialista hospitalar por excelência”, afirma António Oliveira e Silva, mencionando, a título de exemplo, que neste momento é um internista que preside à Comissão de Farmácia e Terapêutica do Hospital de Braga e que também há um colega no Serviço da Qualidade.

JÚLIA AMORIM, ASSISTENTE TÉCNICA:

“O maior desafio é o contacto com o doente e os seus familiares”

Júlia Amorim é secretária clínica do Serviço há 10 anos, mas já trabalha no Hospital de Braga há 31, cabendo-lhe a marcação e entrega de exames, a alta dos doentes e o seu transporte.



Para a profissional, “o maior desafio é o contacto com o doente e os seus familiares”, com os quais é preciso ter sensibilidade para falar. “Por vezes, eles estão tão sensíveis que basta uma palavra dita de forma diferente...” Júlia Amorim destaca o bom ambiente e a entreatada que por ali existe.

FILIPA PEREIRA, ASSISTENTE OPERACIONAL:

“Do que mais gosto é de estar na vida do doente”

Foi no dia em que fez 18 anos que Filipa Pereira chegou ao Serviço como assistente operacional. Passaram-se dois anos e atualmente está integrada numa equipa de 30 profissionais.

São diversas as tarefas desempenhadas pelos AO, entre as quais a higienização dos doentes, o proporcionar-lhes conforto, fornecer a alimentação, fazer as altas e repor os carrinhos dos enfermeiros.

“Do que mais gosto é de estar na vida do doente”, diz, mencionando que foi isso que fez com que decidisse fazer uma licenciatura em Enfermagem, frequentando atualmente o 1.º ano.

“Já tive outras experiências em Cuidados Intensivos, mas a Medicina é dife-



rente porque podemos dialogar, saber se podemos fazer algo melhor por eles”, aponta Filipa Pereira.

Serviço em números (dezembro 2019)

- Camas: **102**
- Especialistas em Medicina Interna: **27**
- Internos de Formação Específica: **26**
- Enfermeiros: **70**
- Assistentes técnicos: **7**
- Assistentes operacionais: **33**

Atividades do Serviço (2019)

- Consultas: **10.184**
- Internamento: **3980**
- Demora média de internamento: **9,8 dias**
- Sessões de Hospital de Dia: **838**



PUBLICIDADE

JOSÉ VERA, COORDENADOR DO NÚCLEO DE ESTUDOS DA DOENÇA VIH (NEDVIH) DA SPMI:

“A situação tem melhorado, mas não está controlada”

Uma atitude mais impulsiva, um espírito depressivo, uma situação de dependência ou um mero estado de desmoralização fazem subir o risco de adoção de comportamentos de menor segurança, potenciando a possibilidade de se contrair o VIH. Por outro lado, quando um ou alguns destes fatores estão associados à própria infeção aumenta, desde logo, a possibilidade de ocorrer doença mental. No fundo, foi em torno desta lógica que se desenvolveu a intervenção de Sílvia Ouakinin, médica do CHULN, que integrou o programa do encontro que o Núcleo de Estudos da Doença VIH (NEDVIH) da SPMI promoveu, no final de setembro, em Lagos.

A sessão de abertura do evento contou com a presença do presidente da ARS Algarve, Paulo Morgado, que não deixaria de lembrar que “o VIH continua a ser um problema muito importante para o país e também para o Algarve”.

José Vera, coordenador do NEDVIH-SPMI,

considerou que “a situação tem melhorado, mas não está de maneira alguma controlada”. E justificou: “O número de novos casos de VIH tem reduzido, no entanto, é um facto que mais de metade das pessoas infetadas é diagnosticada tardiamente e isso é preocupante.” Apesar, sublinhou, do “contributo da indús-



Domitília Faria, Sara Coelho, Paulo Morgado, Luísa Arez e José Vera



tria farmacêutica e da ciência, que tem sido fundamental para o controlo da infeção pelo VIH”.

O que preocupa particularmente este especialista de MI tem que ver com os cuidados de saúde de que as pessoas com VIH/SIDA vão necessitar no futuro, pois, “a grande sobrecarga desta infeção

vai-se refletir exatamente nas patologias que nós pretendemos cobrir com este ciclo de reuniões”.

É simples de perceber o que está em causa: “A incidência de problemas cardiovasculares, neurocognitivos e renais, por exemplo, é francamente superior em relação à população não infetada.” José Vera chama-lhe “a nossa preocupação de futuro”.

“A prevenção não é só feita por quem está no hospital. É fundamental ter uma articulação entre a atividade hospitalar e a extra-hospitalar e sobretudo uma coordenação muito grande”.

Partilhando a mesa de abertura com a vereadora Sara Coelho, da CM de Lagos, e com Luísa Arez, diretora do Serviço de Medicina 3 do CHUAlgarve, coube a Domitília Faria, responsável pela área do VIH naquele centro hospitalar, representar na sessão a coordenadora regional do Programa Nacional para a Infeção VIH/SIDA, Helena Massena Ferreira.

Doença oncológica tem ocorrência desproporcionalmente elevada

“Cedo se percebeu que a doença oncológica tem, de um modo global, uma ocorrência desproporcionalmente elevada nestes doentes e os mecanismos implicados serão vários”, afirmou Isabel Germano, na sessão de abertura daquela que foi a última reunião temática do ciclo “VIH e doença de órgão – o desafio a longo prazo”, no final de novembro. A coordenadora da Consulta de Medicina/Imunodeficiência do CHULC – Hospi-

tal de São José, integrada no Serviço de Medicina 1-4, foi responsável pela organização deste encontro, integrado numa iniciativa promovida pelo NEDVIH. Fernando Maltez, coordenador da Unidade Funcional do VIH/SIDA do CHULC, felicitou o Núcleo por promover a discussão do tema e elogiou os profissionais envolvidos na Consulta. Na foto, José Vera com parte da Comissão Organizadora.





PUBLICIDADE

ONDE ESTAMOS?

Terapia de ferro na prevenção da IC

**Josep Comin-Colet**

Diretor do Departamento de Cardiologia do Hospital Universitário de Bellvitge. Membro do Grupo de Investigação BIOHEART no IDIBELL (Instituto Bellvitge de Investigação Biomédica), Barcelona

A deficiência de ferro (DF) em doentes com insuficiência cardíaca (IC) aguda e crónica, mesmo na ausência de anemia, pode agravar a doença subjacente e provocar um impacto negativo nas respostas clínicas, bem como na qualidade de vida dos doentes, não podendo, por isso, ser desprezado.

A evidência clínica mostra que a DF em doentes com IC crónica é muito comum, a prevalência estimada é de 50-60%. Apesar disto, a DF continua a ser subvalorizada e subtratada, mesmo quando as *guidelines* de 2016 da ESC (European Society of Cardiology) recomendam exames para a determinação dos níveis de ferro em todos os novos doentes diagnosticados com IC crónica.

As causas para a DF podem ser multifatoriais, como desnutrição, sobrecarga de fluidos, inflamação, doença renal e utilização de inibidores P2y12. As mulheres são mais afetadas do que os homens.

Alguns estudos demonstraram também uma associação entre os níveis da norepinefrina e uma absorção anormal de ferro em doentes com IC crónica. Assim, a DF pode ser mais do que uma comorbilidade, como sugerem os dados acumulados, que, em vez de “espetador inocente”, poderá representar um papel-chave na cascata patofisiológica que conduz à IC e que promove a sua silenciosa progressão.

As complicações da DF têm um enorme impacto na qualidade de vida e no prognóstico, mesmo após 6 me-

ses da terapia de ressincronização cardíaca. Outros estudos indicam que a DF está também associada a reduzida absorção proteica, retenção de fluidos, inflamação e utilização de antiplaquetários.

Assim, as *guidelines* de 2016 da ESC recomendam que deverá ser considerada a administração intravenosa de carboximaltose férrica (CMF) em doentes sintomáticos com HFrEF e DF (ferritina sérica < 100 µg/L, ou ferritina entre 100-299 µg/L e saturação de transferrina < 20%), de modo a reduzir os sintomas da IC, a melhorar a capacidade de exercício, a qualidade de vida, a capacidade funcional e impactar as admissões hospitalares, independentemente da função renal.

Mais estudos estão a ser desenvolvidos nesta área, como: AFFIRM-AHF (~1100 doentes com IC aguda); FAIR-HF2 (~1200 doentes com IC crónica); HEART-FID (~3000 doentes com IC); e IRONMAN (~1300 doentes com IC crónica).

Nota: Artigo originalmente publicado no Jornal do X Congresso Novas Fronteiras em Medicina Cardiovascular (fevereiro 2020)

II Reunião do Núcleo de Doenças Respiratórias da SPMI

Falando na sessão de abertura da última Reunião do Núcleo de Doenças Respiratórias (NEDResp) da SPMI, que se realizou no Porto, dias 25 e 26 de outubro, o presidente da SPMI afirmou que “os doentes respiratórios sistémicos e complexos beneficiam com o seguimento por um internista”.

João Araújo Correia também deixou claro que a Direção da SPMI está alinhada com a posição do coordenador do NEDResp, Alfredo Martins, que em recentes declarações à *Just News* sublinhou “as vantagens das pontes que se possam estabelecer com a Pneumologia”. O mesmo se passando relativamente à “necessidade de haver uma comunicação fácil entre a MI e a MGF”, promovendo “um tratamento adequado e atempado do doente respiratório”.

O presidente do Colégio da Especialidade de MI da OM, também presente na abertura da Reunião do NEDResp, aproveitou



João Araújo Correia, Armando Carvalho, Alfredo Martins, Luís Alves e Pedro Leuschner

para insistir num aspeto: “A MI tem um papel central de coordenação de tudo aquilo que se faz a um doente no âmbito hospitalar e depois na sua passagem para o ambulatório.”

Lembrando que “basta olhar para o currículo dos internos para verificar que as doenças respiratórias assumem sempre um papel crucial”, Armando Carvalho garantiu ser “uma área fundamental da

MI”. Até porque, disse, “somos seguramente a especialidade que mais doentes com patologia respiratória trata”.

A presença na mesa de abertura de Luís Alves, representante do GRESP - Grupo de Estudos de Doenças Respiratórias da APMGF veio confirmar o interesse desta estrutura representativa dos médicos de família em “participar com o NEDResp em iniciativas que possam surgir”.



Sara Montezinho, Marta Brandão Calçada e Rita Maciel (ausente na foto), vencedoras do Prémio Dr. Carlos Soares de Sousa

A CO da 2.ª Reunião do NEDResp foi presidida por Pedro Leuschner, coordenador do Grupo de Doenças Respiratórias do Centro Hospitalar Universitário do Porto.

Entretanto, foi atribuído, pela 1.ª vez, o Prémio Dr. Carlos Soares de Sousa, ex-presidente da SPMI (2000-2002), ao melhor poster, em cerimónia a que se associou a sua viúva.



PUBLICIDADE



CRIADA HÁ 10 ANOS

Escola de Verão de MI já recebeu mais de 400 alunos

Passaram 10 anos desde que foi criada a Escola de Verão de Medicina Interna (EVERMI), da responsabilidade do Núcleo de Estudos da Formação em MI (NEFMI) da SPMI, tendo o apoio do Núcleo de Internos de MI (NIMI). A última edição teve lugar de 12 a 14 de setembro, em Albernôa, Beja, como tem vindo a ser hábito.

Em declarações à *Just News*, Nuno Bernardino Vieira, coordenador do NEFMI, afirma que “a equipa que tem conduzido este projeto considera que o mesmo tem tido uma importância assinalável no crescimento da especialidade e do próprio assumir da MI como um pilar no nosso sistema de saúde”.

Ao longo de uma década, passaram pela Escola de Verão de MI mais de 400 alunos, sendo que a grande maioria já terminou o Internato. “Vamos vendo que muitos daqueles que passaram pela EVERMI vão assumindo papéis importantes, seja nos seus hospitais, seja na SPMI ou noutras sociedades científicas”, destaca.

“O grau de satisfação que guardam da Escola, tal como a forma como a recordam e as mensagens positivas que depois passam aos mais novos para também os incentivarem a participar é muito importante. Todos reconhecem que a



Elementos envolvidos na dinamização da Escola de Verão de MI

EVERMI contribui para o seu crescimento como internistas e também para o próprio crescimento pessoal”, acrescenta Nuno Bernardino Vieira.

Em 2019, além do programa habitual, houve espaço para assinalar o 10.º aniversário. “Esta edição foi montada tendo como base a avaliação que os alunos foram fazendo em escolas anteriores, acabando por adquirir um formato de *Best*

of das melhores sessões científicas”, destaca.

Além disso, refere, tentou-se, mais uma vez, que fosse um momento interativo, com formatos educacionais muito diversificados, desde o “Encontro com o Especialista” até aos *workshops* e às conferências. Em Albernôa estiveram presentes 44 internos de MI, dos quais seis espanhóis, convidados pela SEMI.

Internistas têm Catálogo de Formação para 2020

O Centro de Formação em Medicina Interna (FORMI) da SPMI lançou este ano, pela primeira vez, um Catálogo de Formação, organizado por diferentes categorias (diferenciadas em função dos objetivos de formação e do público-alvo) e organizado também por áreas formativas.



Nuno Bernardino Vieira

A par da novidade do lançamento do Catálogo de Formação, “o FORMI pretende cada vez mais abrir as portas também a outros profissionais de saúde”. Desta forma, o processo de divulgação da sua atividade formativa “será mais abrangente e ultrapassará os limites da MI”, revela Nuno Bernardino Vieira, coordenador do Núcleo de Estudos de Formação em Medicina Interna (NEFMI).

O presidente da SPMI partilha do mesmo entusiasmo relativamente à utilidade e potencial ainda por explorar do FORMI. Considera mesmo que o FORMI “tem tido um crescimento exponencial desde a sua criação, no final de 2015”. Para tal, tem também sido relevante “a colaboração inestimável dos nossos 21 Núcleos de Estudo (NE), que não param de desenvolver novos conteúdos”.

A propósito do lançamento do primeiro Catálogo de Formação, João Araújo Correia recorda a conquista pelo Centro de Formação da “muito exigente” certificação DGERT.

5.º CONGRESSO NACIONAL DE URGÊNCIA

O SU e a abordagem do doente agudo

“A sobrelotação dos serviços de urgência é complexa e multifatorial. Os problemas não são iguais em todos os serviços e merecem abordagens adaptadas a cada realidade”, afirma o administrador hospitalar Xavier Barreto.

O elemento da Direção da Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares (APAH) foi um dos intervenientes numa mesa-redonda do 5.º Congresso Nacional de Urgência, em Portimão (11 a 13 de outubro), promovido pelo Núcleo de Estudos de Urgência e do Doente Agudo (NEUrgMI) da SPMI, onde se falou sobre “O Serviço de Urgência e a abordagem do doente agudo”.

Na abertura do Congresso, que se centrou no tema “[Re]Pensar a Urgência nos 40 anos do SNS”, o seu presidente, Faustino Ferreira, frisou que “a Urgência é o ponto nevrálgico do nosso SNS, mas é também nele que são de imediato visíveis todas as disfunções”.

No seu entender, “os internistas têm sempre mostrado a sua capacidade de lidar com o caos que permanentemente



João Sá, Faustino Ferreira, Maria da Luz Brazão, Nuno Bernardino e João Araújo Correia

ocorre nos nossos serviços, mas temos de mudar a abordagem ao problema da urgência: não podemos continuar a tratar apenas sintomas, mas sim desenvolver um esforço conjunto que envolva todas as dimensões, inclusivamente política”.

Na mesma sessão, João Araújo Correia, presidente da SPMI, apresentou a visão da MI sobre a abordagem ao doente agudo no SU. O internista começou por lamentar o facto de a Urgência não se ter adaptado aos doentes que hoje a ela re-

correm, mantendo a mesma estrutura e modo de funcionamento de há 30 anos! “Os doentes de hoje são muito mais velhos, com múltiplas patologias e polifarmácia. O pior é que estes se misturam com muitos doentes agudos não graves, numa amálgama ingerível, apesar da abnegação e espírito de sacrifício dos internistas! Portanto, a prioridade maior para a melhoria dos SU é a redução da procura, que só se consegue oferecendo alternativas para o doente agudo não grave”, realçou.



As mudanças estruturais do SU, segundo João Araújo Correia, “só se darão quando houver a coragem política de dar estímulos positivos ou negativos de ordem financeira aos hospitais e aos centros de saúde, de acordo com as missões que devem desempenhar.”

Na mesma mesa-redonda, cuja presidência esteve a cargo de Paulo Morgado, presidente da ARS do Algarve, e a moderação foi da responsabilidade de Narciso Oliveira, internista do Hospital de Braga e presidente da CO do próximo Congresso Nacional de MI, Rui Nogueira, presidente da APMGF, apresentou a visão da MGF sobre o tema.

JOÃO ARAÚJO CORREIA NO VI ENCONTRO DE MI DE GAIA E ESPINHO:

“Doentes crónicos vão exigir fazer o tratamento em casa”

João Araújo Correia está convencido de que “não tardará muito que as pessoas deixem de ver no hospital o melhor local para serem tratadas as doenças crónicas de forma segura e competente”.

O presidente da SPMI arrisca mesmo dizer que “vão exigir poder fazer o tratamento nas suas casas”, uma evolução semelhante à que ocorreu no norte da Europa, lembra. No entanto, no seu entender, “é fundamental ir ao encontro do doente e também do médico de MGF, conseguindo finalmente uma comunicação eficaz entre as duas especialidades, que são a base do SNS”.

João Araújo Correia dirigia-se particularmente aos internos e especialistas de MI que assistiam à sessão de abertura do VI Encontro de MI de Gaia e Espinho. Subordinada ao tema “Medicina Interna fora de portas: ao encontro do doente”, a reunião

realizou-se nos dias 5 e 6 de dezembro, em Espinho, presidida por Vítor Paixão Dias, diretor do Serviço de MI do CHVNG/E.

O presidente da SPMI frisou mesmo que “não haverá tratamento integrado do do-



Vítor Paixão Dias e João Araújo Correia

ente crónico” sem essa “comunicação eficaz” entre o hospital e os CSP, manifestando-se “convencido de que a hospitalização domiciliária (HD) vai facilitar que tal aconteça”.

Os elogios ao Serviço de MI do CHVNG/E também não faltaram, com uma referência especial à sua Unidade de Hospitalização Domiciliária, coordenada pela internista Olga Gonçalves.

Sublinhando que, para a SPMI, “a notoriedade dos serviços é a melhor forma de a MI se afirmar e ser ouvida pelos decisores políticos”, João Araújo Correia dirigiu-se a Vítor Paixão Dias e afirmou: “O Serviço de MI do CHVNG/E teve um enorme acréscimo de meios humanos e materiais nos últimos anos, que se refletiu na criação de novas formas de organização, muitas delas já com êxito assinalável”. A mesa da sessão de abertura do VI En-



contro – evento que teve como secretária-geral Inês Rueff Rato e como tesoureira Catarina Pereira – incluiu representantes das CM de Espinho e de Gaia, respetivamente, os vereadores Lurdes Ganicho e Manuel Monteiro, e ainda Celeste Meireles Pinto, do ACES Espinho/Gaia e a representar também o ACES Gaia.

14.ª REUNIÃO ANUAL DO NEDM E 1.º SIMPÓSIO IBÉRICO DE MI/DIABETES

Diabetes aproxima internistas ibéricos

“Este é o primeiro passo de colaboração e proximidade no âmbito da diabetes”, afirma Estevão de Pape, coordenador do Núcleo de Estudos da Diabetes *Mellitus* (NEDM) da SPMI, referindo-se ao 1.º Simpósio Ibérico de Medicina Interna/Diabetes.

O médico realça que a iniciativa, que decorreu no âmbito da 14.ª Reunião Anual do NEDM, realizada em Vila Franca de Xira, nos dias 17 e 18 de outubro, foi “o início de um trabalho conjunto de âmbito científico, quer através da colaboração em estudos científicos ibéricos como de intercâmbio de formação específica em Diabetologia de médicos, e sobretudo de internos, de ambos os países”.

Para Javier Carrasco, coordenador do Grupo de Trabajo Diabetes, Obesidad y Nutrición (GDOvN) da SEMI, “o trabalho conjunto e coordenado entre ambas as sociedades científicas é uma ferramenta muito relevante para melhorar a qualidade de vida e o prognóstico dos doentes com diabetes”.

Homenagem a Álvaro Coelho

O 1.º Simpósio Ibérico ficou marcado por uma homenagem a Álvaro Coelho, pelo trabalho desenvolvido no NEDM e por ter sido o mentor de uma ligação de maior proximidade à sociedade espanhola.

Mónica Reis, presidente da Reunião e médica no Hospital de VFX, recordou o papel importante do internista no NEDM: “Agradeço a sua dedicação e a paixão que sempre transmitiu e que permite



Estevão de Pape e Mónica Reis

manter o NEDM como o núcleo da SPMI que é mais ativo e falado.”

Emocionado, Álvaro Coelho agradeceu a

homenagem, confessando que se tratou de “um momento extraordinário”. E deixou algumas palavras à atual Direção:



Álvaro Coelho

evento foi Sónia do Vale, diretora do Programa Nacional para a Diabetes da DGS. A responsável lembrou que “a diabetes *mellitus* continua a ser um problema preocupante, tendo Portugal a prevalência mais elevada da Europa”.

Falando na sessão de abertura, alertou para o facto de o combate contra esta epidemia ter de envolver todos os atores na promoção de estilos de vida saudável: “É essencial investir na literacia em saúde, quer junto da população sem doença como na pessoa com diabetes, porque nem sempre se tem noção das complicações.”

Na abertura participaram também Mónica Reis, Mário Paiva, diretor clínico do HVFX, Nuno Cardoso, da José de Mello Saúde, José Barata, diretor do Serviço de Medicina do HVFX, Fátima Antunes, da



Fátima Antunes, José Barata, Nuno Cardoso, Mário Paiva, Lèlita Santos, Mónica Reis, Estevão de Pape e Sónia do Vale



Ricardo Gómez Huelgas, Lèlita Santos, Juana Carretero, Estevão de Pape, Mónica Reis e Javier Carrasco

“A partilha entre os dois países contribui para o prestígio da MI. O internista tem um papel fundamental em qualquer sistema de saúde. Somos médicos das pessoas e não das substâncias ou dos órgãos e estamos dentro e fora do hospital.”

DGS: “É essencial investir na literacia em saúde”

Quem também marcou presença no

CM de VFX, e Lèlita Santos, vice-presidente da SPMI.

Prémio Jorge Caldeira e bolsas de apoio

Como noutros anos, foram entregues o Prémio Jorge Caldeira, a Bolsa Helena Saldanha e a Bolsa NEDM/Lilly. A novidade foi a entrega de uma Menção Honrosa no Prémio pela “qualidade do trabalho”, segundo Mónica Reis.



PUBLICIDADE



PUBLICIDADE

