Serviço de Medicina Interna do Centro Hospitalar Universitário de São João

# LIVE MEDICINA INTERNA

DIRETOR: JOSÉ ALBERTO SOARES
QUADRIMESTRAL | MAI.-AGO. 2020
ANO 6 | NÚMERO 21 | 3 EUROS
WWW.JUSTNEWS.PT

Publicações justNews

Siga-nos hospital público

*1.º Curso Intensivo sobre a Infeção e Doença VIH*

*3.ª Reunião do Núcleo de Estudos de Doenças Respiratórias*

*Narciso Oliveira, presidente do 26.º CNMI:*

## "É PRECISO MANTER A RESILIÊNCIA PRÓPRIA DOS INTERNISTAS"

# EM 2020

# CONTINUAMOS A PROMOVER A INTEGRAÇÃO DE CUIDA

Publicações

justNews

www.justnews.pt

**PUBLICAÇÃO DE REFERÊNCIA NA ÁREA DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS.**

# DOS.

**JORNAL DISTRIBUÍDO AOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DAS UNIDADES HOSPITALARES DO SNS.**

LIVE MEDICINA FÍSICA E DE REABILITAÇÃO

Coração e Vasos
DEPARTAMENTO DE CORAÇÃO E VASOS DO CH UNIVERSITÁRIO LISBOA NORTE

LIVE MEDICINA INTERNA

WOMEN'S MEDICINE

LIVE MEDICINA INTERNA

LIVE MEDICINA FÍSICA E DE REABILITAÇÃO

LIVE MEDICINA FÍSICA E DE REABILITAÇÃO

WOMEN'S MEDICINE

Coração e Vasos
DEPARTAMENTO DE CORAÇÃO E VASOS DO CH UNIVERSITÁRIO LISBOA NORTE

Coração e Vasos
DEPARTAMENTO DE CORAÇÃO E VASOS DO CH UNIVERSITÁRIO LISBOA NORTE

LIVE MEDICINA INTERNA

WOMEN'S MEDICINE

WOMEN'S MEDICINE

LIVE MEDICINA FÍSICA E DE REABILITAÇÃO

LIVE MEDICINA INTERNA

LIVE MEDICINA INTERNA

Coração e Vasos
DEPARTAMENTO DE CORAÇÃO E VASOS DO CH UNIVERSITÁRIO LISBOA NORTE

LIVE MEDICINA FÍSICA E DE REABILITAÇÃO

LIVE MEDICINA FÍSICA E DE REABILITAÇÃO

WOMEN'S MEDICINE

Coração e Vasos
DEPARTAMENTO DE CORAÇÃO E VASOS DO CH UNIVERSITÁRIO LISBOA NORTE

justNews

# sumário


## Entrevista

06 **Narciso Oliveira**
"É preciso manter a resiliência própria dos internistas, tal como quando ficamos com os doentes difíceis"

## Reportagem

14 **Serviço de MI do Centro Hospitalar Universitário de São João**
Diferenciação agrega conhecimento a um Serviço que sonha criar a sua Clínica Cardiovascular

## Discurso Direto

23 **José Vera**
VIH – Infeção ou doença?

24 **João Gorjão Clara**
4.ª Reunião do Núcleo de Estudos de Geriatria da SPMI

25 **Cláudia Ferrão**
O pulmão nas doenças sistémicas

**Foto da capa**
Narciso Oliveira fotografado na Rua da Violinha, situada no centro histórico de Braga.

# "Antes de ser imunoalergologista, sou internista"

O autor desta afirmação foi Manuel Barbosa, que no passado dia 17 de fevereiro, na véspera de completar 70 anos, presidiu à última reunião do Serviço de Imunoalergologia do CHU Lisboa Norte, de que foi diretor durante 17 anos, sucedendo a Antero da Palma-Carlos. "Todos os dias estudo Medicina Interna", garantiu.

# Relação Médico-Doente candidata a Património Imaterial da Humanidade!

Apoiar uma futura candidatura à Unesco foi um dos objetivos da edição da obra *A relação médico-doente: um contributo da Ordem dos Médicos*. De acordo com José Poças, editor do livro, contribuir para ver a Relação Médico-Doente considerada Património Imaterial da Humanidade terá sido mesmo um dos propósitos do lançamento deste livro. A cerimónia realizou-se em fevereiro, no Salão Nobre da Câmara Municipal de Setúbal.

José Poças, que é diretor do Serviço de Doenças Infeciosas do CH de Setúbal, afirmou, no decorrer da sessão, que se trata de "uma reflexão escrita que não se restringe à explanação dos principais e perenes fundamentos em que o exercício da Medicina se deve basear".

E acrescentou: "Pretende também transmitir a noção de que a atividade clínica vive sobretudo dos seus contextos, nos quais avultam necessariamente sentimentos e realidades antagónicas, como êxitos e derrotas, esperanças e frustrações, sofrimento e alegria."

Vítor Soromenho Marques foi convidado a fazer a apresentação da obra, que em mais de 700 páginas transmite cerca de oito dezenas de reflexões sobre o tema da relação médico-doente, na sua maioria de médicos, mas incluindo também alguns nomes do mundo cultural português.

Na cerimónia esteve presente o bastonário da OM, Miguel Guimarães.

# Luís Portela recebe condecoração e lança novo livro

No discurso de encerramento da cerimónia de entrega da primeira edição do *BIAL Award in Biomedicine*, dia 3 de março, Marcelo Rebelo de Sousa surpreendeu o presidente da Fundação BIAL com a condecoração que visa galardoar altos serviços prestados à causa da educação e do ensino. Luís Portela tinha sido já agraciado como Comendador da Ordem do Mérito (1992) e com a Grã-Cruz da Ordem do Mérito (2002).

*Conversa Com Luís Portela - Viagem Pela Espiritualidade* é o título da sua última obra, recentemente lançada. Nela se transcreve uma conversa que reuniu Isabel Ponce de Leão, Luís Carlos Amaral, Luís Miguel Bernardo, Luís Neiva Santos, Manuel Novaes Cabral e Sobrinho Simões em torno do tema da espiritualidade e que teve como mote o anterior livro de Luís Portela, *Da Ciência ao Amor - Pelo esclarecimento espiritual*, que já vai na sua 12.ª edição.

***LIVE Medicina Interna***
**Diretor:** José Alberto Soares **Assessora da Direção:** Cláudia Nogueira **Assistente de Direção:** Goreti Reis **Redação:** Maria João Garcia, Miguel Anes Soares, 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 Andalucia 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
justNews

NARCISO OLIVEIRA, PRESIDENTE DO 26.º CONGRESSO NACIONAL DE MEDICINA INTERNA:

# "É preciso manter a resiliência própria dos internistas, tal como quando ficamos com os doentes difíceis"

**Após uma visita pelas ruas de Braga, a cidade que o cativou na adolescência, Narciso Oliveira fala à *Just News* da resiliência dos internistas. Uma característica que o tem ajudado, sobretudo nos últimos tempos de pandemia, que o obrigaram a lidar com um vírus desconhecido no hospital, enquanto tinha de adiar e recriar o Congresso considerado de referência da Medicina Interna portuguesa.**

***Just News* (JN) – Ser médico já era um sonho em criança?**
**Narciso Oliveira (NO) –** Não. Quis ser piloto aviador, arquiteto e muitas outras coisas.

**JN – Também gosta muito de História. Foi outra opção?**
**NO –** O meu gosto por História deve-se mais ao amor que tenho pela cidade de Braga. Não é a minha terra natal, mas vim viver para aqui quando tinha 13 anos. Sou de Vieira do Minho, como a minha mãe – o meu pai é de Póvoa de Lanhoso –, por isso, pode-se assim dizer que a região minhota é a minha zona de conforto. Mas não me passou pela cabeça seguir História. Claro que em crianças sonhamos muito e os dinossauros levaram-me a sonhar com a Antropologia e o Indiana Jones com a Arqueologia...

**JN – Apaixonou-se logo por Braga?**
**NO –** Nasci e vivi os primeiros anos numa aldeia. Lembro-me de andar pelos montes, inventando histórias de *cowboys*... Mesmo no tempo do liceu, quando já estava aqui [Braga], ia todos os fins de semana à terra. Braga não era o que é agora, até era um bocadinho assustadora... Foi um choque sair de uma aldeia, da telescola, para uma cidade – mesmo que não fosse Porto ou Lisboa – e entrar na Escola Sá de Miranda, frequentada por milhares de alunos. Mas, com o tempo, habituei-me à vida de cidade – embora não fosse ainda um grande centro urbano – e comecei a ver a beleza desta região.

**JN – Antes desta entrevista, fez-nos uma visita guiada a Braga e foi notório o conhecimento que tem da história de cada espaço da cidade. Quando é que começou a investigar?**
**NO –** Não sei... A brincar, a brincar, já estou em Braga há 40 anos! Apenas estive fora no tempo em que estudei na Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. Há coisas de que me lembro, porque surgiram quando já cá morava, e outras fui ouvindo, aprendendo. Além disso, à medida que vamos passando mais tempo numa cidade, acabamos por ganhar gosto e defendemos o lugar onde vivemos. Apercebemo-nos disso até em coisas mais corriqueiras. Esta cidade atrai muito as pessoas! Tanto que quis fazer o Internato Geral no Hospital de S. Marcos, para ficar aqui, nunca coloquei a hipótese de ir para o Porto. E não fui o único! A maioria dos meus colegas de turma bracarenses também quis ficar por cá.
No Internato Complementar, fiz um estágio no Hospital de São João e notava que a maneira de estar era muito diferente. Em Braga, estávamos todos juntos, não interessava se uns eram especialistas ou internos. No

Porto era diferente, existia uma certa hierarquia. Aqui tinha-se um ambiente muito mais familiar. Nessa altura, éramos muito menos. Hoje em dia, o Hospital de Braga já recebe muitos internos. Só este ano entraram 115 e os que vêm fazer estágios curriculares são entre 60 a 100 por ano; atualmente, já não é tão fácil, admito, manter essa proximidade dos primeiros tempos. Mas no Serviço de Medicina Interna continuamos a apostar nessa forma de estar mais familiar, o que causa alguma estranheza a quem vem de hospitais centrais.

**JN – Como surgiu o interesse pela Medicina Interna?**
**NO –** Talvez desde que vi, pela primeira vez, um *Harrison*, uma edição de capa azul escura. Não sei qual foi, mas era anterior à que tive na Faculdade. Recordo-me de perguntar de que especialidade era aquele livro

*(Continua na pág. 8)*

## Viagens e Fotografia não podem faltar

Nascido a 12 de setembro de 1964, Narciso Oliveira nasceu numa aldeia de Vieira do Minho, de onde partiu para Braga aos 13 anos. Desde então, conheceu a cidade pela qual se iria apaixonar, sobretudo pela sua História. Assistente hospitalar graduado de Medicina Interna no Hospital de Braga, onde tem feito a sua carreira, licenciou-se na FMUP, tendo feito o Internato Geral no Hospital de São Marcos e a especialidade também em Braga. Passou por estágios no IPO do Porto, no Hospital de São João e no Hospital de Santo António.
O serviço militar foi feito no mar. "Entrei para a Marinha, mas não gostei muito". Durante esse período, fez urgências no Hospital de Ponta Delgada, uma experiência diferente pela insularidade.
Colabora na Escola de Medicina da Universidade do Minho, desde o início do curso, onde ainda dá aulas. Solteiro, sem filhos, gosta de dedicar o tempo livre à família, à fotografia e a viajar. "Já fui a muitos sítios, já voltei a muitos deles..." As viagens têm de ser feitas com "calma, tempo e algum conforto", porque "já bastam as condições duras de trabalho". Face ao seu gosto pela fotografia e pela História, gosta de conhecer os locais, sobretudo à conversa com os autóctones, nunca deixando de aproveitar a Gastronomia local.
Questionado quanto ao sonho que ainda tem por realizar, diz que, para já, será "a realização do Congresso". "Neste momento, a minha preocupação é este evento", admite. Depois, se possível, que venha o descanso.

*(Continuação da pág. 7)*

e a resposta foi: "É uma especialidade que tem todas as especialidades." Então é isso mesmo que eu quero! Nunca gostei apenas de uma determinada área, apenas tinha a certeza que não queria nada cirúrgico. Na época, em Braga, havia menos especialidades de órgão no hospital, o que nos obrigava a ver todo o tipo de doenças, algumas trabalhando junto dos serviços de Medicina Interna. Recordo as reuniões de serviço, em que participavam pneumologistas e gastrenterologistas. Gostei de poder ver os mais variados casos clínicos, porque aprende-se muito.

**JN – Quando fez estágios fora de Braga, sentiu o estigma de quem vem de uma cidade que não é um grande centro urbano?**
**NO –** Sim, exceto no IPO do Porto, onde aceitavam muito bem os internos que vinham de Braga. Como estávamos habituados a ver muitos doentes, com as mais diversas patologias, éramos uma ajuda importante. Nos hospitais de São João e Santo António já olhavam mais para nós como sendo da província.

**JN – Hoje, isso ainda se sente?**
**NO –** Já não se vê tanto, até pela dimensão atual desta cidade. Aliás, acho que mesmo os de cá ainda não se aperceberam de como a cidade cresceu...

**MEDICINA INTERNA: "AINDA NÃO TEM O RECONHECIMENTO QUE MERECE"**

**JN – Como é que tem visto a evolução da especialidade de MI?**
**NO –** Em número de especialistas, cresceu muito. A nível de reconhecimento, talvez seja mais conhecida, mais difundida, mesmo entre colegas, mas ainda não tem o reconhecimento que merece. Já houve um tempo em que os alunos com melhores notas iam para MI, hoje estamos muito longe disso. Apesar de ainda haver internos com notas elevadas a optar por esta especialidade, também se vê frequentemente quem a escolha como transição. Mesmo assim, o trabalho desenvolvido pela Sociedade Portuguesa de Medicina Interna (SPMI) tem sido de louvor e tem levado muitos a escolher MI. Para isso muito contribui a receção que se faz aos internos, onde são muito

"NA ÉPOCA, EM BRAGA, HAVIA MENOS ESPECIALIDADES DE ÓRGÃO NO HOSPITAL, O QUE NOS OBRIGAVA A VER TODO O TIPO DE DOENÇAS."

acarinhados, além de perceberem que têm um plano de formação, um centro de formação, núcleos de estudo... Às vezes, tenho pena é que não aproveitem tanto o que lhes é oferecido. Penso que a relação médico-doente que se cria na MI pode, contudo, fazer muito a diferença nos próximos tempos, porque muitos dos especialistas "de órgão" já não veem tanto o órgão, mas focam-se mais na técnica. Veja-se o que acontece com a atual pandemia: os internistas têm sido fundamentais, porque o problema de fundo não é o vírus em si, mas o que o mesmo pode trazer ou que agravou.

**JN – Esta pandemia veio reforçar a importância dos internistas?**
**NO –** Para quem está a trabalhar, sim. Mas para quem decide e para a população, já não tenho tanta certeza. Fala-se de covid-19 e só aparecem imagens de unidades de Cuidados Intensivos, contudo, menos de 10% necessitam desses cuidados... Estiveram internadas milhares de pessoas nas enfermarias de Medicina Interna. Nos hospitais da periferia, os doentes com covid-19 são quase todos acompanhados por internistas, centenas de colegas estão dedicados a quem foi diagnosticado com esta doença...

**JN – Dever-se-ia, assim, mudar a imagem da MI junto da Tutela e da população?**
**NO –** Está-se a fazer um esforço nesse sentido. Por exemplo, no Congresso, um dos ajustes no Programa foi precisamente abrir um período para apresentação de trabalhos sobre covid-19. Aliás, antes desta ideia, já havia quem nos contactasse a querer partilhar experiências. Vamos também ter algumas mesas sobre covid-19. Braga foi um dos concelhos que inicialmente teve mais doentes.

## PANDEMIA: "NÃO PODEMOS FICAR INDIFERENTES A TUDO O QUE HÁ PARA ALÉM DA COVID-19"

**JN – Para si, como internista, quais foram os maiores desafios que teve que enfrentar devido à pandemia?**
**NO –** Primeiro, a incerteza, não saber que vírus é este. Inicialmente, houve muitas notícias, mas generalistas. Faltava informação científica. As primeiras semanas foram complicadas... A necessidade de alterar hábitos familiares, o receio de infetá-los... Obviamente, é muito difícil ter de lidar com este vírus desconhecido... Não vejo o meu pai há 3 meses, assim como a minha irmã ou os meus sobrinhos... Felizmente, a situação em Braga melhorou bastante e os poucos doentes internados mantêm-se no hospital não por causa da infeção por SARS-CoV-2, mas pelo agravamento de patologias pré-existentes. Tem sido duro, embora esteja mais descansado do que outros colegas, porque vivo sozinho e não tenho filhos.

**JN – O facto de ser internista ajudou a lidar com a incerteza deste vírus, já que a vossa prática clínica assenta muito no raciocínio clínico?**
**NO –** Sem dúvida! É importante saber procurar informação, digerir o que vai aparecendo nas várias revistas de referência, tentar perceber, começar a ler, descodificar, ver os artigos.

**JN – Isto não levanta a questão de que todos deviam ser internistas antes de serem especialistas?**
**NO –** Uma boa formação de base é importante para todos os médicos, mesmo os de áreas não clínicas. Ou seja, mesmo um anatomopatologista ou um patologista clínico deve conhecer a clínica. Aliás, os internos de Imunohemoterapia e os internos de Patologia Clínica agora passaram a ter também estágio de MI e a experiência no nosso serviço tem sido positiva. Se tem que ser obrigatório ser-se, antes de mais, internista? Nas especialidades médicas é importante, sim, ter-se um bom tronco comum de MI. Contudo, é preciso evitar o extremo, como aconteceu nalguns países, principalmente no norte da Europa. Há alguns anos tinham 2 ou 3 anos de MI e por isso eram todos internistas e a partir daí é que faziam a sua especialização e a ela se dedicam até hoje. Com este modelo, hoje todos se consideram internistas... mas deixaram de perceber a globalidade e complexidade do doente, particularmente dos mais idosos e nas patologias múltiplas.

**JN – Como médico, qual a avaliação que faz da estratégia nacional na luta contra a covid-19?**
**NO –** Quando não se sabe o que fazer, como diz aquele velho ditado português, "prudência e caldos de galinha nunca fizeram mal a ninguém". As pessoas têm mais medo porque não sabem bem o que é este vírus e foi importante ter havido uma fase de confinamento. Mas esta tem deixado algumas (muitas...) dúvidas. Fala-se muito em ventiladores, mas a maioria não vai precisar deste tipo de intervenção. Isto só acontece em fim de linha. A preocupação maior devia estar noutros pontos, como os transportes públicos, que mesmo com lotação andam cheios – aliás, como é possível gerir essa lotação, na prática? – e são utilizados, sobretudo, por pessoas mais vulneráveis economicamente, trabalhando em serviços que nunca pararam.

**JN – Tem-se ouvido muito a Saúde Pública, faltou a palavra de um internista para dar uma visão mais concreta do que se passa no hospital?**
**NO –** É complicado... Os médicos de Saúde Pública são igualmente importantes, obviamente. Contudo, deviam ouvir também os internistas, que tratam tantos doentes nas enfermarias, e não só. E, mais que lidar com a doença, a MI enfrenta cada vez mais um problema de internamentos sociais. Dever-se-ia pensar mais nas condições sociais, sobretudo dos mais idosos, que são os que mais ocupam as nossas camas nos hospitais. São precisas respostas para se evitar o prolongamento do internamento por questões não-clínicas, porque

*(Continua na pág. 10)*

*(Continuação da pág. 9)*

isso também é o que leva ao agravamento da condição de saúde. Para algumas medidas, outras entidades são também importantes. É uma questão que, no fundo, é política.
Veja-se o caso da pandemia: para os epidemiologistas fica toda a gente em casa, leva-se, se necessário, comida à porta, desinfeta-se tudo e assim controla-se o contágio. Mas quem é que leva essa comida? Há sempre quem esteja na linha da frente, em maior risco e, muitas vezes, são as pessoas com empregos mais precários e sem as devidas condições que permitem aos outros protegerem-se do vírus... Atualmente, o problema maior não é morrer de covid-19, mas de fome, por causa do aumento do desemprego, que leva a pensar se se compra comida ou o anticoagulante... Este vai ser o maior problema! Não basta, assim, ouvir apenas epidemiologistas, tem de haver uma visão mais global do problema. Os internistas podem e devem dar um importante contributo no que diz respeito aos problemas que se sentem nas enfermarias hospitalares.

**JN – Como médico, o que o aflige mais, uma segunda vaga ou o impacto das consequências sociais na saúde?**
**NO –** Temos que nos preparar, sem dúvida, para uma possível segunda vaga. Mas não podemos ficar indiferentes a tudo o que há para além da covid-19. Há exames e cirurgias atrasadas, alguns doentes estão pior das suas patologias crónicas, é mais complicado ter acesso a exames complementares de diagnóstico. Aqui coloca-se uma questão: há exames que, se calhar, não se vão realizar em tempo útil... Preocupa-me este impacto noutras patologias.

**JN – Acredita que poderá haver uma vacina? Na sida, que também é um vírus RNA, ainda não se conseguiu...**
**NO –** Acredito que sim, embora ainda leve o seu tempo. Antes disso, é preciso perceber se, de facto, a vacina é eficaz e segura. E mesmo quando surgir não vamos ter logo 7 biliões de vacinas. Até lá, é preciso manter as medidas de prevenção, como a higienização e o uso de máscara. Não é fácil manter estas regras durante muito tempo, mesmo para os profissionais de saúde. É uma situação estranha, perdemos muita da comunicação não-verbal, que também é importante... Mas tem que ser assim nos próximos tempos.

**JN – Considera que, além desta questão social que tem impacto na saúde, a exaustão dos profissionais de saúde pode ser um desafio a enfrentar nos próximos tempos, tendo em conta o número de horas extra que fizeram e pelas consultas que estão em atraso?**
**NO –** Sim, principalmente nas áreas cirúrgicas, que estão mais em atraso. Apesar de tudo, as especialidades mantiveram as consultas, mesmo por telefone. Não são o mesmo que uma presencial, mas sempre se manteve contacto com os doentes, mesmo com algumas dificuldades. Pode ser uma oportunidade para reforçar iniciativas com vista a reduzir desperdícios, sensibilizar a população e educar para a saúde, nomeadamente para o facto de que a solução nem sempre implica um dado exame ou intervenção cirúrgica. É altura de reforçar as iniciativas *choosing wisely*, apostar na racionalização e no não desperdício de procedimentos que não são úteis.

**CONGRESSO: "HÁ MAIS VIDA ALÉM DA COVID-19"**

**JN – Relativamente ao Congresso, vai ser híbrido...**
**NO –** Como defendo, há mais vida além da covid-19. Optámos por ser híbrido para reduzir riscos e permitir uma maior participação. Pretendemos que a maior parte das sessões sejam presenciais, que os conferencistas estejam lá, embora tenhamos de ter outros a palestrar por videoconferência. Apesar de tudo, queremos que continue a haver convívio, embora com cautela, e discussão. Nos *webinars* pode-se até ter mais audiência, mas falta tudo aquilo que se consegue nos intervalos, enquanto estão a decorrer outras sessões... As limitações impõem-nos certas regras, mas mantendo o Congresso é possível partilhar boas práticas, nomeadamente sobre tudo o que diz respeito à covid-19. Vamos também gravar as sessões científicas, contudo, as comunicações livres serão presenciais, porque a discussão dos trabalhos é mais enriquecedora dessa forma. E as sessões gravadas apenas estarão disponíveis ao final do dia.

**JN – Não acaba por ser frustrante, porque candidataram-se, foram aceites e agora de repente tudo muda?**
**NO –** É. Completamente! Estávamos a preparar um Congresso que considerávamos ter tudo para ser muito bom. Agora, tivemos que mudar muitas coisas, mas é também um desafio. A data escolhida deveu-se às limitações que tínhamos no espaço e à experiência do último Congresso Europeu, que decorreu na mesma altura e que contou com cerca de 2 mil participantes. O grande auditório é tão grande que mesmo limitando-se a 1/3 continuam a ser mais de 500 pessoas. Estamos a preparar também uma parte que não íamos utilizar para que possa haver transmissão das palestras nas áreas menores, para que, caso não haja espaço em auditório, se possa estar a assistir por videoconferência. As salas onde vão ser realizadas as comunicações orais em condições normais suportam cerca de 100 pessoas, agora ficámos limitados a 25/30. Teremos apresentação de menos comunicações para se evitar grandes concentrações; o mesmo nos pósteres.
É um pouco mais frustrante porque. em termos de trabalhos enviados para aprovação, foi o maior número que houve até hoje, mais de 2400, tendo sido aceites

**Comissão Organizadora do 26.º Congresso Nacional de Medicina Interna: Manuela Vasconcelos (secretária-geral), Narciso Oliveira (presidente) e Paulo Gouveia (tesoureiro)**

"NOS *WEBINARS* PODE-SE ATÉ TER MAIS AUDIÊNCIA, MAS FALTA TUDO AQUILO QUE SE CONSEGUE NOS INTERVALOS, ENQUANTO ESTÃO A DECORRER OUTRAS SESSÕES..."

*(Continua na pág. 12)*

Jornal Médico
DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

(Continuação da pág. 10)

mais de 1800. E isto sem contar que ainda vamos ter um período extra para trabalhos sobre covid-19, para que uma segunda vaga não nos apanhe tão desprevenidos. Neste momento, já não estamos às escuras, como nas primeiras semanas, mas ainda só temos uma vela, pequenina. Mas com mais velas vê-se melhor...

**JN – Este ano, o Prémio Nacional de Medicina Interna vai ser entregue, a título póstumo, a Pedro Marques da Silva. O que mais o marcou neste médico?**

**NO –** O Dr. Pedro Marques da Silva foi uma figura ímpar na Medicina Interna portuguesa. Aliou o conhecimento e a experiência clínica à capacidade de investigação e de educação. Foi referência absoluta na área a que se dedicou, o risco vascular. O Prémio Nacional de Medicina Interna, atribuído ainda em vida, infelizmente, entregue postumamente, significa homenagem, reconhecimento da sua competência, projeção e qualidades humanas, esperando que o seu exemplo frutifique nas novas gerações de internistas. Em boa hora é instituído pela SPMI o Prémio de Risco Vascular Dr. Pedro Marques da Silva, sendo neste Congresso atribuído por júri próprio, selecionando, de entre os trabalhos enviados ao Congresso, o melhor classificado pelos revisores. Nas futuras edições, o Prémio e a candidatura serão autónomos.

**JN – Apesar de tudo, acredita que se poderá ter um Congresso onde se aprende e se convive, mesmo com limitações?**

**NO –** Sim, se não se acreditasse não se teria avançado. Sem dúvida, havia e há muito receio, mas é preciso manter a resiliência própria de internistas, tal como quando ficamos com os doentes mais complexos e difíceis. Continuamos a lutar mesmo quando os colegas dizem: "Eu não tenho nada a oferecer." Nós damos sempre, pelo menos, uma palavra amiga. Não desistimos! Houve algumas pressões no sentido de que, se calhar, não valia a pena fazer, mas... Se as circunstâncias mudarem, que remédio, temos que cancelar. Mas, até lá, vamos manter-nos a trabalhar para que seja um Congresso de sucesso.

HOSPITAL Público
A PARTILHA DE BOAS PRÁTICAS

justNews

SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA DO CENTRO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO DE SÃO JOÃO

# Diferenciação agrega conhecime que sonha em criar a sua Clínica

***"A diferenciação dos nossos grupos de excelência pulveriza o Serviço com conhecimento", afirma Jorge Almeida, um diretor que se orgulha da vasta equipa que com ele partilha quase dois pisos inteiros do São João... não esquecendo os elementos que integram as duas unidades de cuidados intermédios do Serviço (UCIM e UAVC) e os internistas que estão fisicamente noutros locais do edifício e também em Valongo, na segunda unidade do CHUSJ. Entretanto, a criação da Clínica Cardiovascular do Serviço de Medicina Interna é um desejo com 4 anos que poderá vir a concretizar-se em breve.***

Destacando a capacidade técnica e científica do Serviço que dirige desde 2016, Jorge Almeida afirma que o mesmo possui "grupos de excelência em áreas determinantes da Medicina", responsáveis por "consultas especializadas", frisando que não se trata de "consultas específicas". E destaca aquelas que considera, pela sua dimensão, serem as maiores áreas de diferenciação: insuficiência cardíaca, hipertensão e doenças autoimunes.

Diz haver depois "nichos de conhecimento que também integramos", como a doença vascular cerebral, "que é impactante para nós, mas que, efetivamente, no que diz respeito ao ambulatório, não pertence ao Serviço de MI". São os seus internistas que asseguram, contudo, mais de metade das consultas e também – é preciso não o esquecer – o funcionamento da unidade de cuidados intermédios especificamente dedicada ao AVC, esta integrada no Serviço de MI.

"A diferenciação que conseguimos com esses grupos de excelência pulveriza depois o Serviço com conhecimento, fazendo com que consigamos tratar o todo e o particular", diz Jorge Almeida. Admite, contudo, haver "áreas do conhecimento nebulosas", como a Oncologia, em que "nós fazemos o diagnóstico, mas não conseguimos tratar".

De qualquer forma, a Oncologia foi um dos serviços com que resolveu estabelecer acordos, tendo resultado daí o "ter conseguido aumentar o naipe de doentes". E explica: "Eles dão apoio, mas os doentes agudos de Oncologia são nossos. Não eram! Mas fiz alguns acordos deste género, dentro do que eu defendo que deve ser a MI e a amplitude que ela tem."

"Nós devemos ser o garante da assistência hospitalar. Somos os mais capazes, os mais bem preparados. Temos é que ter os recursos para o fazer. Isso é que, por vezes, nos falta", sublinha o diretor do Serviço de Medicina Interna do CHUSJ. O responsável sabe exatamente o que quer, nomeadamente, "aumentar o número de médicos mais novos, para reduzir a idade média da equipa", até porque "o futuro passa por aí".

**Atingir a autossuficiência ao nível do ambulatório**

Concretizar a ideia da criação da Clínica Cardiovascular do Serviço de Medicina Interna é um objetivo em que Jorge Almeida está focado, até porque é por aí que passará o conseguir-se algo que deseja muito: a autossuficiência ao nível do ambulatório. É fácil perceber a razão de uma coisa ter que ver com a outra – a maior parte dos doentes da MI são do foro cardiovascular!

O projeto da Clínica Cardiovascular existe, "no papel", desde 2006. A ideia é simples: juntar num mesmo espaço os grupos da Insuficiência Cardíaca e da Hipertensão Arterial, mais as consultas de Tromboembolismo Venoso, que é recente, e de Risco Cardiovascular.

"Um doente nosso descompensado passará a dirigir-se diretamente à Clínica, em vez de ir para a Urgência, o que, aliás, a Consulta de IC já faz, em três períodos durante a semana. No caso da HTA, haverá uma dupla vantagem, com a aplicação do conceito de *"one day clinic"*, em que o doente referenciado pelos CSP fará todos os exames necessários

JORGE ALMEIDA: "NÓS DEVEMOS SER O GARANTE DA ASSISTÊNCIA HOSPITALAR. SOMOS OS MAIS CAPAZES, OS MAIS BEM PREPARADOS. TEMOS É QUE TER OS RECURSOS PARA O FAZER."

# nto a um Serviço Cardiovascular

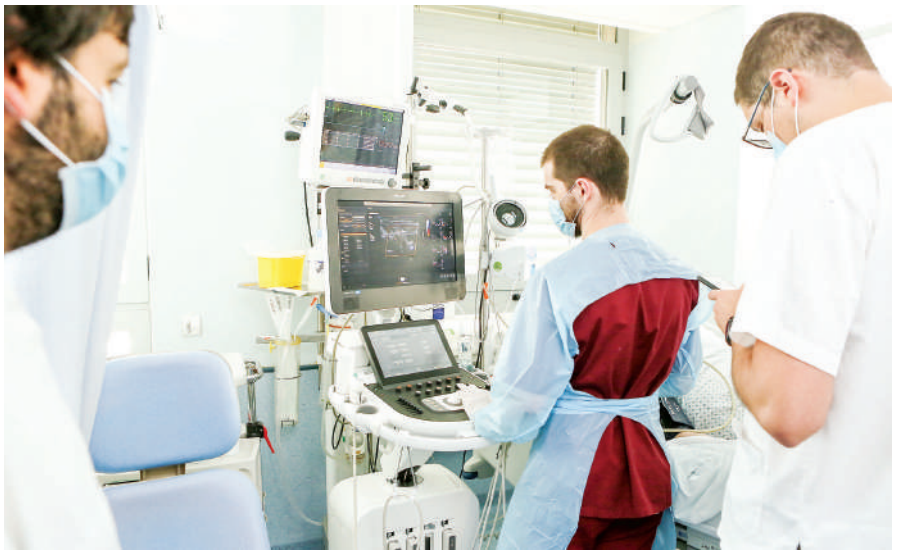
## JORGE ALMEIDA:

### "Na Medicina 2 nós éramos autossuficientes. Isso fascinou-me!"

Jorge Almeida fez 55 anos no passado mês de maio. Nasceu em Luanda e veio para Lisboa quando tinha uns 10 anos, tendo-se depois mudado para o Porto, para tirar o seu curso de Medicina. Recorda que aos 3 anos a avó materna já lhe dizia: "Vais ser médico!", mas admite que, quando entrou na FMUP, "nem sabia bem o que era Medicina".

Percebendo que cirurgião nunca haveria de ser, Jorge Almeida vacilou entre Medicina Interna e Clínica Geral, mas o estágio que fez no Serviço de Medicina 2 do Hospital de São João, cujo diretor era Falcão de Freitas, foi decisivo. "É isto que eu vou ser!", disse para si próprio.

"Na Medicina 2 havia o culto do Serviço, isto é, nós éramos autossuficientes, e isso fascinou-me", reconhece Jorge Almeida, professor auxiliar convidado da FMUP, casado com uma internista e que tem um filho que estuda Medicina em Lisboa.



no mesmo dia em que vem à consulta, sendo que, depois, ou volta para o seu médico de família, ou fica connosco", explica o diretor, adiantando que, para o arranque da Clínica Cardiovascular, "só precisa de uma estrutura física, um local de referência e técnicos", uma vez que já tem os médicos e os aparelhos necessários.

Jorge Almeida não poupa nas palavras quando se refere ao conceito de hospitalização domiciliária, que critica dizendo que "os doentes que as regras do sistema preconizam para a HD são aqueles a que nós no CHUSJ damos alta"... A proposta (que já fez!) consiste em criar uma Unidade de Cuidados Domiciliários. "O doente precisa de uma injeção, ou de completar tratamento com antibiótico, e o enfermeiro vai lá a casa ministrar-lhe o que for necessário."

O nosso interlocutor também considera que a MI "tem que crescer para dentro do hospital", deslocalizando internistas para serviços cirúrgicos – que diz estarem bem identificados –, fixando-os nas enfermarias cirúrgicas. "Nós sabemos quem são os grandes consumidores da Medicina. São quatro serviços (Ortopedia, Cirurgia Vascular, Cirurgia Geral e Neurocirurgia), que até já manifestaram a sua concordância em disporem de um

*(Continua na pág. 16)*

(Continuação da pág. 15)

internista que seria o responsável pela cogestão das camas de internamento, determinando e até antecipando os problemas", esclarece.

**"Pilares fundamentais já vinham de trás"**

Quando Jorge Almeida entra no quadro de pessoal do Hospital de São João, em 1996, havia quatro serviços de Medicina, esquema organizacional desenhado em 1978 e que se manteve até 2001, quando as Medicinas 2 e 4 deram origem ao Serviço de Medicina Interna A e as outras duas formaram o Serviço de Medicina Interna B. Pouco tempo depois (2002), o médico transitaria para o grupo que foi inaugurar a Unidade de Cuidados Intermédios, fora da esfera da MI.
Acabaria por vir a assumir a sua coordenação em 2006, quando aquela Unidade foi integrada no agora unificado Serviço de MI, cuja Direção é então assumida por Paulo Bettencourt, cargo que este manteve até 2016, quando deixou o CHUSJ. Sucedeu-lhe Jorge Almeida, que reestruturou o Serviço, criando duas enfermarias de homens (A e B) e outras duas de mulheres (A e B).
Quando o atual diretor tomou posse, o Serviço já não tinha as 400 camas de outrora, apresentando-se concentrado nos pisos 3 e 4 do São João, mais o polo de Valongo. Entretanto, a taxa de ocupação de camas de outrora (60%) subira razoavelmente (90%), acompanhada de uma redução substancial do número de médicos.
"Fiz algumas correções no que eu achava que era determinante para a minha ideia de Serviço, mas os pilares fundamentais já vinham de trás: a componente assistencial, a formação e a investigação", explica Jorge Almeida, destacando a aposta que fez na formação. Isso inclui a realização de uma dezena de reuniões científicas semanais, que têm que ver com as quatro unidades funcionais (enfermarias), as unidades de Cuidados Intermédios e de AVC e os grupos de Insuficiência Cardíaca e Doenças Autoimunes, a que se junta a reunião magna e a de casos clínicos/*Jornal club*, além das visitas e reuniões clínicas semanais
A nível assistencial, cada uma das unidades tem um coordenador médico e outro de enfermagem. No caso de Valongo, com uma tipologia de doentes específica – aguardando integração na RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados ou apresentando insuficiência socioeconómica –, a gestão das 32 camas é assegurada por um enfermeiro gestor e dois assistentes hospitalares.
Perante o elevado número de casos de doentes que obtêm alta clínica, mas que continuam a ocupar camas hospitalares, não admira que o Serviço de MI do CHUSJ tenha quatro assistentes sociais em permanência, e que "não param 5 minutos", segundo Jorge Almeida.

**Covid-19: "As coisas correram como nós antecipámos"**

É com um ar de satisfação que o diretor da MI do CHUSJ afirma à *Just News* que, relativamente à covid-19, "as coisas correram como nós antecipámos", remetendo boa parte da responsabilidade para o Conselho de Administração: "Teve a determinação e a visão de tratar o problema com uma antecipação sem par no país."
"O grupo que formava o Gabinete de Crise, no qual eu estou incluído, e onde estavam representadas, no início, quatro especialidades, começou a reunir em janeiro. As primeiras medidas que tomámos, a nível de circuitos e de compra de material, foram no início de fevereiro. Preparámo-nos para o pior. No caso do meu Serviço, tudo o que pedi me foi dado", sublinha.
A 16 de março, um primeiro setor de 29 camas no piso 3, entretanto dotado de pressão negativa, começou a ser ocupado com doentes covid-19. Dois dias foram suficientes para preparar outras 28 camas, já dispondo de pressão negativa, agora no piso de cima, também do lado nascente, cuja ocupação se iniciou uma semana depois. Por fim, a Unidade de Cuidados Intermédios de Medicina passou a tratar exclusivamente doentes covid-19, sendo que a Unidade de AVC ficou com capacidade de abordar doentes críticos, para além da doença cerebrovascular aguda, pela versatilidade do seu quadro de clínicos, composto por internistas.
Para ser mais fácil localizá-las, as camas já tinham recebido, em 2017, uma numeração seguindo a lógica aplicada nos hotéis: as do piso 3 começando em 300 e as do piso 4 em 400...

**Fernando Friões: a importância dos cuidados intermédios para a MI**

A Unidade de Cuidados Intermédios de Medicina (UCIM) também foi ocupada por doentes covid-19 durante o período mais crítico da pandemia. Para o seu coordenador, "foi desafiante porque estávamos a tratar de uma doença que ninguém conhecia e que, eventualmente, ainda pouca gente conhece hoje em dia".
Fernando Friões explica que por ali passaram, sobretudo, "os casos que necessitavam de algum tipo de suporte ventilatório não invasivo em contexto de pneumonia por SARS-CoV2 ou doentes covid-19+, assintomáticos do foro respiratório, mas com outro tipo de doenças do foro médico (enfarte agudo do miocárdio, bradi ou taquiarritmias com instabilidade clínica/hemodinâmica, AVC...)".
Se houvesse necessidade de acolher doentes covid-19 negativos com critérios para admissão em cuidados intermédios, "a Unidade de AVC encontrava-se disponível para os receber, sempre com o nosso apoio, o que sucedeu apenas pontualmente, até porque existem outras unidades de cuidados intermédios no hospital".
Fernando Friões concorda com o conceito de UCIM porque, no seu entender, "o internista tem que pugnar por ter um âmbito de intervenção o mais alargado possível e tem que se manter a fazê-lo com níveis de excelência em todas as áreas. Desde a consulta à enfermaria, até àquilo que nós fazíamos antigamente no Serviço de Urgência, que não é muito diferente do que fazemos numa unidade de cuidados intermédios".
Na sua opinião, "a partir do momento em que um Serviço de MI tenha, eventualmente de modo arbitrário, 80 a 100 camas de enfermaria, mais cedo ou mais tarde, acaba por necessitar de um local onde os doentes estejam mais vigiados, onde haja a presença física de um médico durante 24 horas e com um rácio de doente/enfermeiro mais apertado. Até porque há, crescentemente, situações mais graves do foro da MI, quer patologias crónicas agudizadas, quer patologias agudas, que necessitam de uma monitorização que não é capaz de ser feita de forma adequada em ambiente de enfermaria geral, mas que também não necessitam de ser admitidos em camas de Medicina Intensiva".

Fernando Friões, coordenador da UCIM

**Ana Margarida Mosca (int.), Catarina Jorge (int.), Ana Isabel Ferreira (int.), Jorge Almeida, Vítor Brás, Ana Faceira, Fernando Friões e Luís Flores**

Com uma duração média de internamento de 3 a 4 dias, os doentes internados nesta UCIM provêm do Serviço de Urgência, da própria enfermaria de MI, de outras enfermarias de serviços médicos, do Serviço de Medicina Intensiva, bem como de outros hospitais. Considerando o número de camas (11) adequado, Fernando Friões sublinha o facto de haver na equipa dois enfermeiros especialistas em Reabilitação, durante 6 dias na semana: "A reabilitação é essencial, sobretudo se estamos a falar de doentes com patologias respiratórias crónicas ou agudas, ou com insuficiência cardíaca, por exemplo".

A UNIDADE DE CUIDADOS INTERMÉDIOS DE MEDICINA (UCIM) FOI OCUPADA POR DOENTES COVID-19 DURANTE O PERÍODO MAIS CRÍTICO DA PANDEMIA.

**75 a 80% dos doentes da UCIM são do foro cardiovascular ou respiratório**

Transmontano, nascido em Carrazedo de Montenegro, perto de Chaves, a 1 de outubro de 1972, e "São Joanino de formação...", desde miúdo que Fernando Friões dizia que queria ser médico, o que veio a cumprir. "A MI foi uma decisão mais sustentada sobretudo no internato geral. Agradava-me a circunstância

*(Continua na pág. 18)*

## TELMA PALHEIRA, ENFERMEIRA DE REABILITAÇÃO E NO APOIO À GESTÃO:

## "Para nós, a MI é uma escola e, enquanto crescimento profissional, uma mais-valia"

Na ausência da enfermeira Graça Silva, foi Telma Palheira, uma das colegas que regularmente a substitui nas suas funções de gestora, que falou com a *Just News*. Um dos aspetos abordados prendeu-se com a diferença que existe na prestação de cuidados de reabilitação aos doentes da enfermaria – neste caso, Medicina B – Homens, no 4.º piso – e aos que estão internados na UCIM, sendo que todos os enfermeiros em ambos os locais se encontram sob a supervisão de Graça Silva.

"Os doentes dos Cuidados Intermédios obrigam-nos a ter mais disponibilidade de tempo para cada um, são mais instáveis. Estando mais descompensados, não respondem às nossas solicitações de forma tão rápida. No fundo, prestamos cuidados mais dirigidos. Na enfermaria, os doentes estão estáveis, permitindo-nos aplicar um plano de reabilitação mais alargado", explica Telma Palheira.

No caso dos idosos, "é importante trabalharmos a autonomia funcional, no sentido de permitir que readquiram a capacidade de marcha, que consigam assegurar os autocuidados no banho... Aquele doente que já andava menos bem em casa, que só dava uns passinhos agarrado a um armário, chega aqui e fica confinado à cama. Para recuperar, é muito importante a reabilitação".

Se as 21 camas da Ala Poente da Medicina B – Homens se mantiveram não covid, o mesmo não sucedeu com as 29 da Ala Nascente – para além das 11 camas da UCIM, como se sabe. Telma Palheira reconhece que "a utilização do equipamento de proteção individual, por causa do desgaste físico que originava, obrigou a uma adaptação muito grande da nossa parte, tal como o vestir e o despir do EPI e o tempo que às vezes precisávamos para que o doente nos percebesse".

Telma Palheira, 39 anos, acabou o curso de Enfermagem e foi logo trabalhar para a Medicina B – Homens do Serviço de MI do CHUSJ. Queria a área hospitalar – conseguiu! Queria o São João – também conseguiu! Por outro lado, afirma: "Para nós, a MI é uma escola e, enquanto crescimento profissional, uma mais-valia."

Durante um determinado período, até 2010, integrou "a equipa dos Intermédios". Já especialista em Reabilitação, começou a pôr em prática o que aprendeu na enfermaria e na UCIM. Diz que "é muito enriquecedor", até porque, nalguns casos, acaba por se cruzar com os mesmos doentes nos dois ambientes.

*(Continuação da pág. 17)*

de ser, provavelmente, a especialidade mais clínica que existe e a mais abrangente", justifica.
Entrou no São João como interno em 1997, acabou a especialidade em 2004 e fez o doutoramento em 2015. Diz haver uma razão histórica para que a tese que defendeu tenha sido sobre insuficiência cardíaca aguda: porque foi interno de formação específica no então Serviço de Medicina 3, particularmente ligado à patologia cardiovascular. Resta acrescentar que o seu orientador de formação no IFE e, mais tarde, no doutoramento foi Paulo Bettencourt, nessa altura já diretor de um Serviço de MI unificado.
Fernando Friões sublinha que nunca exerceu como especialista de Medicina Interna em ambiente de enfermaria, pois, quando obteve a especialidade, foi integrar uma equipa polivalente do Serviço de Urgência, trabalhando numa unidade em tudo semelhante à que agora coordena desde 2016.
Para assegurar o funcionamento da sua UCIM, em que 75 a 80% dos doentes que por ali passam são do foro cardiovascular ou respiratório, dispõe de uma equipa de 6 internistas, incluindo ele próprio, perto de 30 enfermeiros e uma dúzia de assistentes operacionais. O médico, que é pai de uma miúda com 5 anos e de um rapaz com 10, é casado com uma internista que se dedica a 100% à epidemiologia, quer a nível hospitalar como académico.

**Paulo Araújo: "Consulta de IC segue 640 doentes"**

O internista Paulo Araújo, que nasceu em Barcelos, em julho de 1967, também tem um particular interesse pela insuficiência cardíaca, como se verá já a seguir. Coordena a Consulta de IC do Serviço de MI do CHUSJ desde outubro de 2016, contando para tal com outros 10 especialistas e ainda alguns internos. Assegura que escolheu Medicina por paixão e que foi durante o curso, que iniciou na FMUP em 1985, que percebeu que se sentia atraído pela MI. Em 1993 entrou no São João como interno, tornou-se especialista em 1999, tendo depois estado um ano no Santo António e outro em Guimarães.
"Eu já estou na Consulta de IC desde que ela foi criada, em 1996, pelo Prof. António Ferreira, que foi diretor do hospital, e pelo Prof. Paulo Bettencourt, que foi diretor do Serviço de MI. Também os Profs. Fernando Friões, Ana Azevedo, Joana Pimenta, Patrícia Lourenço e Margarida Silva se doutoraram na área da IC e, portanto, nós constituímos um grupo com alguma projeção em termos de publicações em revistas internacionais", refere.
Especificamente em relação à consulta, "posso dizer que seguimos cerca de 640 doentes atualmente" e que "estamos a falar de uma patologia que tem uma taxa de mortalidades elevada, morrendo todos os anos 8 a 10% dos nossos doentes". Para além disso, "temos cerca de 180 a 200 novos casos por ano".
A Consulta de IC funciona às segundas, quartas e sextas à tarde, indo abrir agora também às terças à tarde para IC com fração de ejeção preservada. Os doentes vêm essencialmente do internamento mas também dos CSP, nomeadamente de unidades dos ACES Porto Oriental e Maia Valongo, mas também de outros locais, como Penafiel, de acordo com o protocolo de referenciação que existe. Não há lista de espera.
A idade média dos doentes é bastante alta: "Temos muitos acima dos 80 anos e até alguns com mais de 90. A idade média deve andar pelos 75. Mas também temos gente mais nova, com 40 ou 50 anos. Diz-se que uma em cada 5 pessoas virá a ter IC e, obviamente, quanto

Paulo Araújo, coordenador da Consulta de IC

mais se vive mais vai aumentar a incidência da doença."
"A regra que procuramos seguir é que todos os doentes que são internados com IC no hospital e não são já seguidos devem ser referenciados à consulta. Esse é o princípio base, refere Paulo Araújo.

**Maria João Lima: Grupo de HTA quer aplicar modelo do *"one day clinic"***

Maria João Lima, que fará brevemente 56 anos, queria ser psiquiatra quando começou o curso na FMUP, mas à medida que os anos iam passando cada vez mais se ia encantando com a Medicina Interna. Acabou o curso em 1989 e em 1997 já era internista.

O GRUPO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL É CONSTITUÍDO POR 8 ESPECIALISTAS DE MI E VÁRIOS INTERNOS DE FE EM PERÍODO DE ESTÁGIO.

Patrícia Lourenço, Luís Flores, Ana Margarida Ribeiro, Paulo Araújo, Joana Pimenta e Pedro Marques

Voltando um pouco atrás no tempo, importa registar que no início de 1993 – portanto, ainda interna –, teve de substituir uma colega que ficou de licença de maternidade e foi "obrigada" a começar a fazer Consulta de Hipertensão Arterial. "Foi angustiante, mas um desafio decisivo para o futuro", assegura. "Nas vésperas, eu revia todos os processos dos doentes que ia ter no dia seguinte e esclarecia as muitas dúvidas com os mais velhos...", recorda. Ficou a coordenar a Consulta em 2009.
Então e o que mudou nessa área desde então? "Há muito mais conhecimento, há mais soluções, mas, na minha opinião, continuam a não ser abordados os principais problemas da hipertensão. Eles são muito mais políticos, sociais e económicos. A grande questão prende-se, de facto, com o contexto em que as pessoas vivem, com o seu estilo de vida, que nem sempre podem escolher."
E o doente de hoje é diferente do doente de há 30 anos? "Muito. Nós antes tínhamos so-

bretudo pessoas de baixo estrato social, enquanto agora são de todo o tipo. Chegam-nos referenciadas pelo médico de família ou pelo próprio hospital. Está toda a gente mais sensibilizada, tanto os profissionais como os doentes, e a atividade assistencial no SNS cada vez mais prestigiada."

Maria João Lima faz um pedido: que se fale de Grupo de Hipertensão Arterial e não de Consulta. E justifica: o projeto nasce nos anos 70, envolvendo "três grandes referências na área da HTA", Falcão de Freitas, Espiga de Macedo e Agostinho Monteiro, e mobilizando um grupo de pessoas de várias áreas e que não estavam focadas apenas na atividade assistencial na consulta externa de hipertensão.

O Grupo de Hipertensão Arterial tem neste momento 8 especialistas de Medicina Interna, a contar com a sua coordenadora, e vários internos de formação específica em período de estágio. O número de consultas tem-se mantido mais ou menos estável nos últimos anos e mesmo durante o "período covid" elas foram acontecendo: "Fizeram-se todas as consultas, embora na sua grande maioria não presenciais."

Também Maria João Lima está envolvida na criação da Clínica de Medicina Cardiovascular de Medicina Interna e na aplicação do modelo do *"one day clinic"* que o seu diretor, Jorge Almeida, também referiu à *Just News*: "O doente faz todos os exames de manhã e à tarde tem uma consulta em que podemos tomar decisões e reorientá-lo para a MGF. Haverá, com certeza, alguns casos mais complexos, que justificarão o seguimento hospitalar, mas como consulta passará a ter muito menos doentes. A nossa atividade vai voltar-se muito mais para o apoio aos CSP."

**A angústia de detetar casos de covid-19 em enfermaria não covid...**

Maria João Lima também coordena uma das duas enfermarias de mulheres, mais precisamente a Medicina B, desde que o Serviço de MI do CHUSJ foi reestruturado, em 2016. A organização das equipas será, com certeza, uma das coisas que lhe dará mais trabalho.

Maria João Lima, coordenadora do Grupo de HTA

"O desenho das equipas mudou muito durante a fase mais aguda da pandemia, com a saída de muitos médicos para os grupos multidisciplinares que se formaram. Foi necessário reestruturar tudo", frisa. E sublinha que, apesar de as camas do seu setor serem não covid, com doentes cujos testes haviam dado negativo, "chegámos a fazer vários diagnósticos de covid-19, o que não é de estranhar, uma vez que a sensibilidade do teste está longe dos 100%".

(Atrás) Margarida Silva, Susana Lourenço Ferreira, Diana Ferrão (int.), Mariana Almeida (int.); (à frente) Maria João Lima, Luís Silva, Vítor Brás e Ana Faceira

"O que fizemos foi criar uma área onde colocávamos as doentes que tinham testes negativos, mas em relação às quais, sob o ponto de vista clínico, nós achávamos que havia fortes probabilidades de serem positivas. Mantínhamo-las isoladas e as equipas – quer médicas, quer de enfermagem, ou de assistentes operacionais –, quando entravam nesses espaços, iam com o equipamento de proteção individual mais diferenciado", relata.

Admitindo que também tem receio de se infetar, afirma não ter sido fácil gerir a equipa nos momentos de maior angústia, ou seja, sempre que se confirmava que alguém ali internado (num dos casos, há cerca de três semanas), ao contrário do que se presumia, afinal, tinha covid-19.

**Maria Teresa Cardoso: os 36 anos de experiência do CHUSJ em DHM**

Maria Teresa Cardoso tem a seu cargo as 50 camas da Medicina A – Mulheres, no piso 3 do São João, e a vice-coordenação do Centro de Referência de Doenças Hereditárias do Metabolismo (DHM) do CHUSJ.

Natural do Porto, conta que já em pequena desejava ser médica e que a "abordagem global do doente" foi uma das razões que a levaram a optar por Medicina Interna. Depois... "Comecei a interessar-me pela área do AVC e logo a seguir, em 2003, pela área das Doenças Hereditárias do Metabolismo, porque estas doenças são bem o exemplo de como o internista realiza cabalmente o exercício do diagnóstico que se faz na Medicina Interna. E, como são sistémicas, atingem vários órgãos e aparelhos, constituem um desafio e fazem-nos sentir super-realizados."

O CHUSJ tem 36 anos de experiência em DHM, com uma Unidade Metabólica desde 1984, inicialmente apenas pediátrica, e desde 2003 com a MI abrangendo o doente adulto. "A transição do doente metabólico para o especialista do adulto impõe-se, obrigando à formação de internistas nesta área do conhecimento, e é muito mais do que puramente administrativa, pois, exige um processo lento, quer de preparação por parte do internista, como do próprio doente, atendendo às suas características", refere Maria Teresa Cardoso.

Foi em junho de 2003 que se iniciou a organização e implementação da Consulta de DHM no Adulto no CHUSJ, a primeira a nível nacional, pioneira em termos europeus e envolvendo um grupo multi-

*(Continua na pág. 20)*

(Continuação da pág. 19)

disciplinar. "Formou-se, assim, uma consulta de grupo integrada, envolvendo os serviços de Medicina Interna e de Pediatria, constituindo-se a primeira Unidade de DHM englobando o atendimento do doente desde a infância à fase adulta", especifica Maria Teresa Cardoso, que, entretanto, passou a contar com o contributo de um segundo internista, Paulo Castro Chaves, em 2010, e de um terceiro elemento, Mariana Pintalhão, em 2019.
Criaram-se, entretanto, no Serviço de MI unidades preferenciais de internamento para estes doentes. Mais de 180 adultos a serem seguidos no Centro de Referência de DHM – que faz parte, desde 2017, da rede de referência europeia MetaBERN – e que estão integrados em registos europeus e inseridos em estudos multicêntricos internacionais e nacionais.

Maria Teresa Cardoso, vice-coordenadora do Centro de Referência de Doenças Hereditárias do Metabolismo, com Paulo Castro Chaves e Mariana Pintalhão

Enquanto presidente da Sociedade Portuguesa de Doenças Metabólicas no biénio 2018-2020, Maria Teresa Cardoso promoveu a implementação e uniformização de protocolos terapêuticos a nível nacional na área das DHM, bem como a investigação multicêntrica, estabelecendo a SPDM parcerias com as sociedades congéneres, em especial com a espanhola e a italiana.
Acrescente-se que, como delegada de Portugal na Society for the Study of Inborn Errors of Metabolism – Adult Metabolic Physician Group, a médica representa a Medicina Interna nesta estrutura europeia.
"Atualmente, verifica-se um aumento crescente do número de doentes metabólicos adultos, uma população em expansão, face à maior sobrevida e à maior capacidade diagnóstica a nível bioquímico e genético das formas leves de apresentação tardia no adulto", salienta, acrescentando:
"Evoluímos da era da Bioquímica para a era da Metabolómica e da Genómica, de um número limitado de doenças intratáveis e frequentemente fatais para um vasto número de patologias com soluções de tratamento e evolução crónica até à idade adulta, onde a MI tem um papel fundamental."

**Luísa Fonseca: "Tratamos todos os doentes com AVC"**

Luísa Fonseca sucedeu a Maria Teresa Cardoso na liderança do Núcleo de Estudos da Doença Vascular Cerebral da SPMI, mas é na qualidade de coordenadora da Unidade de AVC do Serviço de MI do CHUSJ que surge nesta reportagem. Assumiu essa responsabilidade em 2015, após a saída de António Oliveira e Silva, um dos fundadores da UAVC.
A médica garante que sempre houve um grande entendimento entre os serviços de Neurologia e de Medicina Interna e a melhor prova talvez esteja naquilo que tem acontecido nos últimos 14 anos. "Há aqui uma colaboração da MI com a Neurologia na consulta e da Neurologia com a MI no internamento", resume a nossa interlocutora.
Então é assim: por um lado, os neurologistas são responsáveis pela Consulta de Doença Vascular Cerebral e na qual os internistas colaboram; por outro, a UAVC, que pertence à MI, tem um neurologista a tempo inteiro e conta com O apoio diário da Neurologia. A Via Verde do AVC é realizada pela equipa que está de urgência de Neurologia durante o dia, ficando a mesma sob a responsabilidade da UAVC à noite.
O envolvimento de várias especialidades é uma realidade, como sublinha Luísa Fonseca: "Temos apoio diário da Medicina Física e de Reabilitação e contamos com a colaboração da Cardiologia, da Neurocirurgia, da Cirurgia Vascular, da Psicologia e do Serviço Social. Sendo um dos serviços 'core' do Centro de Referência da Neurorradiologia de Intervenção (CRe NRI), centro conjunto CH Universitário de S João / CH Universitário do Porto, temos apoio diário dessa especialidade, com encontro semanal para discussão de casos clínicos e reuniões regulares entre os serviços que integram o CRe NRI de ambos os centros hospitalares."
"Claro que os nossos doentes aqui na UAVC não têm alta diretamente para casa, normalmente são transferidos para a enfermaria (maioritariamente, Medicina ou Neurologia) ou para outros hospitais, mas é feita uma primeira avaliação das necessidades quer a nível de reabilitação, quer de apoio social. Muitos destes doentes viviam sozinhos e vão deixar de o poder fazer, portanto, há aqui muita coisa a ajustar", afirma Luísa Fonseca, cuja equipa médica é constituída por mais 4 internistas, para além do colega da Neurologia.

Luísa Fonseca, coordenadora da Unidade de AVC

## ISABEL LEITÃO, ENFERMEIRA DE REABILITAÇÃO E

## "A vantagem da MI, em termos de Reabilitação, é ser uma área muito

Quando a enfermeira em funções de chefia Virgínia Pereira está ausente, normalmente, é substituída por uma das 3 colegas especialistas em Reabilitação da Medicina A – Homens (Ala Nascente + Ala Poente), responsabilidade assumida por Isabel Leitão no dia em que foi feita esta reportagem. A equipa é constituída por 55 profissionais. Tendo a seu cargo também a Unidade de AVC – que fica localizada entre as duas alas –, nesse caso, Virgínia Pereira delega numa das especialistas de Reabilitação que integram a equipa própria de 20 enfermeiras da UAVC.

Isabel Leitão, 41 anos acabados de fazer, ainda esteve um ano num centro de saúde quando acabou o curso, tendo entretanto iniciado funções no São João em 2001, por ali se tendo mantido desde então. Em 2007 entrou na especialidade, que terminou ano e meio depois. Optou por Reabilitação, depois de concluir que não fazia sentido especializar-se em Médico-Cirúrgica.
Tem estado todos estes anos sempre ligada à enfermaria de Medicina Interna e gosta: "A vantagem da MI, em termos de Reabilitação, é ser uma área muito vasta. Apanhamos vários tipos de doentes, desde os que vêm da Unidade de AVC, ou até diretamente da Urgência, aos que têm problemas respiratórios ou aos que sofrem de uma miopatia de desuso, por exemplo. E depois temos uma grande percentagem de população idosa!"
A Ala Nascente, a parte mais nova da enfermaria de Medicina A – Homens, no piso 3, foi um dos três espaços (os outros foram a UCIM e a Ala Nascente da

Nascida no Porto, a coordenadora da UAVC estudou na FMUP, fez o internato no São João, mas depois – estávamos em 2005 – foi trabalhar para o Hospital Pedro Hispano, ali tendo ficado cerca de um ano e meio. Convidada por António Oliveira e Silva, ingressou na Unidade em setembro, dois meses depois de a UAVC ter iniciado atividade.

"A UAVC é uma unidade de cuidados intermédios dedicada ao AVC. Nós tratamos todos os doentes com AVC, independentemente das necessidades que eles tenham. Só não admitimos doentes com necessidade de ventilação invasiva. Se precisarem de ventilação não invasiva nós fazemos, se tiverem necessidade de monitorização de pressões arteriais invasivas temos essa possibilidade. Admitimos aqui na Unidade todos os doentes na fase aguda do AVC – nas primeiras 24 horas, ou um pouco mais – que exijam

*(Continua na pág. 22)*

Mariana Pintalhão, Paulo Castro Chaves, Isabel Leitão (enf.ª), Jorge Almeida, Luísa Fonseca e Maria João Salgado (enf.ª)

LUÍSA FONSECA: "ADMITIMOS NA UAVC TODOS OS DOENTES NA FASE AGUDA DO AVC – NAS PRIMEIRAS 24 HORAS, OU UM POUCO MAIS – QUE EXIJAM ALGUMA VIGILÂNCIA OU CAREÇAM DE CUIDADOS MAIS ESPECÍFICOS."

NO APOIO À GESTÃO:

vasta"

Medicina B – Homens, ambas no piso 4) a serem ocupados, temporariamente, apenas por doentes covid.

"Tivemos que reestruturar as nossas rotinas. Quando começámos a fazer reabilitação aos doentes notou-se logo uma grande diferença. Obviamente que estavam ali um pouco mais isolados, não podíamos aceder com tanta facilidade, mas eles davam-nos muito valor", reporta Isabel Leitão.

A Unidade de AVC também teve de se reajustar devido à covid, uma vez que, como se escreve noutro local destas páginas, a UCIM esteve dedicada em exclusivo aos casos de covid-19, ficando em aberto a possibilidade de ali se receberem doentes com necessidade de cuidados intermédios médicos.

Isabel Leitão salienta o facto de a UAVC ter enfermeiros de reabilitação os 7 dias da semana nos turnos diurnos e de a Medicina cobrir todas as manhãs de segunda-feira a sábado e ainda algumas tardes. "Para as tipologias de doentes aos quais temos de prestar cuidados faz toda a diferença temos este acompanhamento", frisa.

## Polo Porto

**Enfermaria - 209 camas**

**Em 2019**

**U. C. Intermédios Medicina - 11 camas**
Taxa ocupação **94,89%**
Doentes saídos **839**
Demora média internamento **3,76**
Taxa mortalidade **5,36%**

**Unidade AVC - 9 camas**
Taxa ocupação **74,34%**
Doentes saídos **753**
Demora média internamento **3,25**
Taxa mortalidade **1,33%**

## Polo Valongo

**32 camas**

## Serviço em números
**(junho de 2019)**

Médicos: **45**
Enfermeiros: **294**
Assistentes operacionais: **135**
Assistentes técnicos: **6**
Nutricionistas: **2**
Assistentes sociais: **4**
IFE Med. Interna: **33**
IFG: **120/ano**

## Atividade do Serviço

**Internamentos (2019)**

**Polo Porto**
Internamentos - 6427
Duração (dias) - 8,93
Taxa ocupação - 87,04%
Taxa mortalidade - 8,92%

**Polo Valongo**
Internamentos - 195
Duração (dias) - 35,75
Taxa ocupação - 91,65%
Taxa mortalidade - 11,28%

**Consultas (2019)**

**Medicina Interna - 7382**
1.as consultas - 1022

**Cex Valongo MI - 684**
1.as consultas - 178

**Doença Metabol. Adultos - 275**
1.as consultas - 32

**Insuficiência Cardíaca - 1803**
1.as consultas - 215

**Doenças Autoimunes - 2125**
1.as consultas - 235

**Hipertensão - 1371**
1.as consultas - 196

**Diabetes *Mellitus* – Valongo - 761**
1.as consultas - 44

**Risco Cardiovascular - 141**
1.as consultas - 29

**Tromboembolismo Venoso - 151**
1.as consultas - 54

**Doença Vasc. Cerebral** - 3208**
1.as consultas - 652

**Consultadoria interna - mais de 3300 consultas**

** Em conjunto com Neurologia e MFR: 17.901 consultas com DVC e 2630 1.as consultas

(Continuação da pág. 21)

alguma vigilância ou careçam de cuidados mais específicos", explica Luísa Fonseca.

**Passam 700 doentes/ano pelas 9 camas da UAVC**

Com um total de 9 camas, passam pela UAVC mais de 700 doentes por ano, com um tempo de internamento que não ultrapassa os 3 ou 4 dias e que normalmente é de 24 horas, no caso dos que regressam aos hospitais de origem, após tratamento endovascular. Cerca de 80% dos casos são AVC isquémicos e 15% AVC hemorrágicos (hemorragia intracerebral e hemorragia subaracnoideia). Em 2019, foram realizados mais de 170 tratamentos endovasculares (trombectomia) e cerca de 150 trombólises.
Segundo Luísa Fonseca, 50 a 60% dos doentes internados no São João por AVC são-no nesta Unidade. Os restantes podem sê-lo na Medicina, na Neurologia, ou numa Unidade de Cuidados Intensivos, em particular no caso dos AVC hemorrágicos, atendendo ao nível de cuidados de que necessitam.

Com um total de 21 enfermeiros, 4 desempenham funções de Reabilitação, sendo que 2 deles estão dedicados a 100% a essa tarefa, que é assegurada diariamente – de segunda a sexta, das 8 às 21h, e aos fins de semana, até às 14.30h.
"Conseguimos cobrir a semana toda, o que eu acho que acaba por ser uma vantagem para os doentes, porque é o que eles precisam habitualmente na fase aguda, ser estimulados para se conseguirem depois melhores resultados. Temos também apoio da terapeuta da fala e/ou fisioterapeuta sempre que necessário", refere Luísa Fonseca.
A coordenadora da UAVC chama a atenção para as vantagens de uma Unidade com estas características, inteiramente dedicada ao doente na fase aguda do AVC, em especial ao nível da enfermagem: "Com 9 camas, temos sempre 3 enfermeiros a assistir os doentes, para além do enfermeiro de Reabilitação."
"O ter uma equipa de enfermagem dedicada permite que haja uma identificação antecipada dos sinais de alerta (agravamento neurológico), o que leva à possibilidade de atuar mais precocemente perante possíveis complicações. Eles estão na primeira linha do tratamento, estão muito mais sensibilizados para os sinais de alerta do que numa unidade de cuidados intermédios polivalente. Isso acaba por ser uma mais-valia para o doente", assegura Luísa Fonseca.

## JOÃO ENES SILVA, INTERNO DO 4.º ANO DE FORMAÇÃO ESPECÍFICA EM MI:

# "É importante dizer que a MI continuou a dar resposta aos doentes não covid-19"

Filho de uma enfermeira e de um médico de Medicina Geral e Familiar que coordena uma USF em Arcos de Valdevez, já não falta muito para que João Enes Silva, 29 anos, obtenha o título de especialista em Medicina Interna. Confessa que nunca considerou a hipótese de optar por MGF: "Gosto muito mais do ambiente hospitalar, do internamento, da urgência. Durante o Ano Comum, eu já tinha decidido que ia enveredar por Medicina Interna e muito daquilo que estava a fazer nessa altura já era a pensar no que me poderia ajudar quando começasse aqui o internato."
João Enes Silva é um dos 33 internos de formação específica do Serviço de MI do CHUSJ e assume o papel de representante dos colegas, não só nesta reportagem, mas também na articulação com o diretor do Serviço. A área que acompanha há mais tempo é a da Insuficiência Cardíaca, mas participa ainda nas consultas de Doenças Autoimunes e de Hipertensão Arterial.
Apesar de fazer turnos na zona de atendimento dos doentes com suspeita de covid-19 no Serviço de Urgência, o jovem médico continuou a acompanhar os doentes não covid-19 no internamento: "A MI não deixou de dar resposta aos doentes com outras infeções ou com patologias como o AVC ou a IC descompensada. Apesar disso, o número de internamentos de doentes não covid-19 a cargo da MI diminuiu na fase inicial da pandemia."
Isso poderá ser explicado "por uma maior adesão e cumprimento terapêuti-

co dos doentes ao permanecerem mais tempo no domicílio, pela disponibilidade de todos os profissionais de saúde para teleconsulta durante este período e ainda porque o próprio isolamento poderá ter contribuído para que as pessoas tenham ficado mais resguardadas de outras infeções no geral. Infelizmente, também o receio dos doentes em recorrer aos serviços de Urgência durante o pico da pandemia terá influenciado estes números".
"Acho que é uma mensagem importante dizer que a MI continuou a dar resposta aos doentes não covid-19. Foi isso que se verificou no Hospital de São João e acredito que tenha acontecido a mesma coisa nos restantes serviços de MI do país. Claro que teve que haver um maior esforço de todos nós durante a fase mais crítica da pandemia, dado que muitos especialistas e internos foram destacados para as equipas multidisciplinares criadas para tratar os doentes covid-19, equipas que também estiveram sob grande pressão durante os meses mais críticos", sublinha João Enes Silva.

**(Atrás) Mariana Pacheco, Pedro Ribeirinho Soares, João Enes Silva, Luís Lemos, Maria Helena Ferreira; (à frente) Mariana Ferreira Almeida, Teresa Brito, Maria Inês Matos, Mariana Matos e Ana Neves**

# VIH – infeção ou doença?

A infeção VIH não é apenas uma infeção viral do sistema imunológico. É uma doença sistémica, complexa, que desafia o nosso conhecimento e as nossas capacidades.

A investigação desenvolvida desde o início da pandemia, tanto no campo do conhecimento da infeção como na pesquisa de terapêuticas mais eficazes, permitiu que, em apenas três dezenas de anos, a infeção VIH passasse de doença mortal a doença crónica. O conhecimento dos mecanismos de infeção, do ciclo de vida do VIH e a identificação de alvos terapêuticos que possibilitassem inibir a replicação viral foram passos essenciais deste processo. Mas não só a medicação antirretroviral se tornou cada vez mais eficaz, como foi possível reduzir tanto os seus efeitos adversos, como a complexidade dos esquemas terapêuticos iniciais. Como consequência direta, a má adesão ou o abandono da medicação tornaram-se cada vez menos frequentes.

As novas classes terapêuticas, como a dos inibidores da integrase e as novas gerações de fármacos de classes já existentes, permitiram o resgate de doentes que, por anteriores falências múltiplas, tinham poucas opções de tratamento. Esta maior facilidade no controlo virológico, a curto e a longo prazo, e a consequente possibilidade de recuperação imunológica têm-se refletido no decréscimo acentuado da mortalidade e no crescente aumento da esperança de vida.

Um jovem de 20 anos de idade, infetado em 1999, viveria menos 20 anos que um jovem da mesma idade, infetado nos dias de hoje. A prescrição correta e atempada de antirretrovirais continua a ser um dos elementos-chave para o controlo virológico e para a possibilidade de recuperação imunitária.

No entanto, não é ainda possível anular todo o impacto da infeção VIH. A inflamação crónica e a ativação imunológica, que persistem mesmo após o controlo virológico, adicionam-se a outros fatores de risco clássicos, tendo um impacto sistémico determinante na alta prevalência e precocidade das lesões multiorgânicas que ocorrem na doença VIH.

Tanto no seguimento em ambulatório, como nas situações agudas, é crucial a capacidade alargada de integrar e atuar sobre várias patologias. A adoção de protocolos de atuação que promovam a redução de fatores de risco, a profilaxia, o diagnóstico precoce e o tratamento atempado das comorbilidades são hoje tarefas para as quais a equipa de saúde deve adquirir competência para poder dar uma resposta eficiente.

É cada vez mais frequente, uma vez que a idade média da população com VIH tem aumentado progressivamente, a coexistência de três ou mais copatologias, nomeadamente as do foro metabólico, cardiovascular, pulmonar, renal e psiquiátrico, entre outras. A multiplicidade de consultas de especialidades, dispersas no tempo e no espaço, a duplicação de meios complementares de diagnóstico e inevitável polifarmácia são sobrecargas adicionais para uma percentagem significativa dos doentes, já confrontados com o desemprego ou a precariedade laboral, os baixos salários ou as dificuldades de deslocação.

A possibilidade de integração do tratamento das diversas copatologias no espaço de tratamento da doença crónica surge, naturalmente, como uma resposta para este problema. Alargar ao nível do ambulatório a gestão da infeção para a gestão da doença VIH, articulando e otimizando recursos e reduzindo custos pessoais e coletivos, a curto e longo prazo, parece ser um caminho a percorrer na procura da prestação de melhores cuidados assistenciais e consequente redução da morbimortalidade e aumento da qualidade de vida.

Nesta perspetiva, é fundamental revisitar áreas de conhecimento, tendo em conta a infeção VIH, tanto como agente direto de doença como fator de risco de agravamento de patologias pré-existentes. A capacidade de olhar e gerir não só a infeção, mas a doença VIH como um todo, é o desafio a vencer nos dias de hoje.

Foi neste contexto que o Núcleo de Estudos da Doença VIH, na sequência da boa adesão ao Ciclo de Reuniões Temáticas de 2018/19, se propôs organizar o 1.º Curso Intensivo sobre a Infeção e Doença VIH, que irá decorrer de 24 a 27 de setembro deste ano, em Tomar.

*José Vera*
Coordenador do Núcleo de Estudos da Doença VIH (NEDVIH) da SPMI

NÃO É AINDA POSSÍVEL ANULAR TODO O IMPACTO DA INFEÇÃO VIH. A INFLAMAÇÃO CRÓNICA E A ATIVAÇÃO IMUNOLÓGICA, QUE PERSISTEM MESMO APÓS O CONTROLO VIROLÓGICO, ADICIONAM-SE A OUTROS FATORES DE RISCO CLÁSSICOS, TENDO UM IMPACTO SISTÉMICO DETERMINANTE NA ALTA PREVALÊNCIA E PRECOCIDADE DAS LESÕES MULTIORGÂNICAS QUE OCORREM NA DOENÇA VIH.

# 4.ª Reunião do Núcleo de Estudos de Geriatria da SPMI

*João Gorjão Clara*
Coordenador do NEGERMI da SPMI

O Núcleo de Estudos de Geriatria iria realizar a sua Reunião Anual em 22 e 23 de outubro, mas a mesma foi cancelada face aos atuais condicionalismos. Contudo, o entusiasmo da equipa não esmoreceu e o objetivo de contribuir para uma melhor preparação dos profissionais de saúde na assistência aos doentes idosos reforça-se com a infeliz realidade que a Humanidade atravessa e em que os idosos são as principais vítimas. Quando a Comissão Organizadora iniciou o desenho da 4.ª Reunião estava longe de saber que tudo seria condicionado pela pandemia SARS-CoV-2. Como nas outras edições, os temas que a Organização selecionou procuravam ajudar na atualização do conhecimento e na otimização da assistência aos idosos.

A abrir iríamos ter uma mesa-redonda sobre diabetes (Diabetes no Idoso). Discutiríamos o interesse dos novos fármacos, as síndromes mais frequentemente associadas a esta doença e, tema complexo pela dificuldade na prevenção e na eficácia terapêutica, o pé diabético.

A Geriatria existe há mais de um século e ocupa, cada vez mais, um lugar de relevo na intervenção médica. No século XXI é útil ouvir o parecer do presidente do organismo de maior prestígio na Europa, a EuGMS, sobre como se difundiu a Geriatria neste continente e o modo de promover e desenvolver a Geriatria no nosso País. Com este fim iríamos ter a conferência *"Geriatrics in Europe in the 21st Century: how can EUGMS promote the development of geriatrics at local level"*.

Na segunda parte do primeiro dia da reunião seriam ainda apresentados três temas de grande atualidade. A decisão da escolha da terapêutica da osteoporose, a prevenção e tratamento da patologia que mais queixas álgicas e limitações motoras origina nos nossos doentes, que é a artrose, e no final desta mesa-redonda a controvérsia das estatinas (indicações, contraindicações, ações secundárias, prescrever?, não prescrever?)

Antes do final do Programa do primeiro dia teríamos a conferência: "Projetos para a Promoção do Envelhecimento Saudável". Assunto sempre atual, no qual os profissionais de saúde devem estar bem informados, pois, é um complemento da intervenção em Geriatria que se alarga ao aconselhamento de cuidados para a manutenção da saúde e preservação da qualidade de vida no envelhecimento.

No início do segundo dia da Reunião seriam apresentados três temas sobre a recuperação global do idoso, vítima de acidentes graves de saúde: acidente vascular cerebral, enfarte do miocárdio e fratura do colo do fémur. Diferentes assuntos em que se procuraria, em cada caso, o mesmo objetivo comum: a recuperação da autonomia.

Em seguida seria uma conferência com o título: "Geriatria em Espanha: aprender com o país vizinho e replicar". A Geriatria no país vizinho existe há mais de quarenta anos. Todos os grandes hospitais de Espanha têm unidades de Geriatria há mais de duas décadas. Foi lá que aprendemos a organizar a Consulta Multidisciplinar de Geriatria, a construir a Avaliação Geriátrica Global e a preparar e escrever o Projeto (infelizmente, ainda não completamente realizado) das unidades de Geriatria em Portugal. Vamos seguramente continuar a aprender com a experiência de Espanha, que nos seria transmitida nesta conferência.

A reunião prosseguiria com o tema: "Gestão do Doente Idoso fora do Internamento". Noutras reuniões e cursos de formação apresentámos a organização, funcionamento e resultados da Consulta de Geriatria, agora falaríamos da Visita Domiciliária, que iniciámos em 2010, e do Hospital em Casa, tema que foi objeto de estágio em Edimburgo, em 2015, de um dos organizadores da Reunião.

Em todas as especialidades médicas, os doentes idosos beneficiam do apoio do Geriatra, daí que neste segundo dia, a primeira mesa redonda seria "A Importância da Geriatria nas Outras Especialidades", tendo sido escolhidas duas, Nefrologia e Oncologia, para início de um tema que continuaremos a abordar em reuniões futuras.

Os nossos hospitais não estão preparados para o internamento de doentes com idade média de 80 anos. Quer a construção do hospital, quer a intervenção assistencial não acautelam a perda da autonomia motora, a preservação da integridade cognitiva e emocional dos idosos internados e entendemos necessário construir hospitais que estejam adaptados a esta realidade, que cada vez mais se afirmará com o envelhecimento populacional. Estas as justificações para a Conferência que se intitulava "Programa Hospitalar para Idosos (PHI)".

Como última mesa-redonda da 4.ª Reunião do Núcleo de Estudos de Geriatria da SPMI seria apresentado o tema "Alimentação no Doente Idoso com Demência". As dificuldades na administração dos alimentos, a eventual presença de disfagia, a escolha dos alimentos e forma de apresentação constituem desafios e problemas de resolução difícil na alimentação dos idosos dementes, que justificam plenamente a sua inclusão no Programa.

No terceiro dia de manhã haveria um Curso das 9 às 13 horas, sobre "Doenças Neuropsiquiátricas no Idoso".

### 3.ª REUNIÃO DO NÚCLEO DE ESTUDOS DE DOENÇAS RESPIRATÓRIAS DA SPMI

# O pulmão nas doenças sistémicas

No universo da Medicina Interna, as doenças sistémicas assumem um papel de extrema relevância pela complexidade e necessidade de gestão meticulosa do doente, das suas comorbilidades e até mesmo da sua relação com a doença. Foi nesse sentido, e com entusiasmo inerente a estas patologias, que o NEDResp decidiu avançar com este tema no âmbito da sua 3.ª Reunião, que irá realizar-se em Viana do Castelo, nos dias 30 e 31 de outubro de 2020.

Assumindo uma necessidade clara de atualização em alguns temas, com especial enfoque no envolvimento pulmonar, optamos pela abordagem de patologias com elevado impacto na morbilidade, na mortalidade e na qualidade de vida dos doentes. Para esse efeito foram selecionados três temas centrais: obesidade, doenças granulomatosas não infeciosas e imunodeficiências primárias e adquiridas.

A obesidade é um assunto premente e que merece destaque. De acordo com os dados da OMS, a obesidade triplicou desde 1975. Os dados de 2016 mostram que 39% dos adultos têm excesso de peso e 13% são obesos. No panorama português, os dados são consonantes com os da OMS: 40% da população tem excesso de peso ou obesidade. Paralelamente, assiste-se a um aumento do risco cardiovascular em doentes obesos por associação com DM tipo 2, HTA ou dislipidemia.

Do ponto de vista respiratório, existem alterações significativas na ventilação destes doentes que estão associados, entre outras, a alterações musculoesqueléticas e se associam a fenómenos de hipoventilação. É o caso da síndrome de apneia obstrutiva do sono e da síndrome de obesidade hipoventilação. Todas estas alterações contribuem para uma diminuição da qualidade de vida e para o aumento da mortalidade associada.

Por outro lado, as doenças granulomatosas que acometem o pulmão e que não assumem uma etiologia infeciosa suscitam muitas dúvidas no que diz respeito à sua etiologia. Pretende-se com esta Reunião facilitar o processo de abordagem diagnóstica das mesmas, permitindo ao internista a distinção entre as diferentes entidades possíveis. Outro dos objetivos desta mesa será deixar uma mensagem clara relativa aos atuais critérios de diagnóstico e necessidade de terapêutica dirigida à sarcoidose. Por fim, apesar da sua raridade, as vasculites granulomatosas ANCA positivo associam-se a elevada mortalidade. Em termos investigacionais, tem-se assistido a avanços significativos no tratamento dirigido, com consequente melhoria do prognóstico da doença.

A última mesa irá debruçar-se sobre a temática das imunodeficiências. Trata-se de um tema de elevada complexidade, sendo necessário um elevado índice de suspeição para o seu diagnóstico. O Núcleo pretende, de uma forma simplificada, permitir o reconhecimento e o diagnóstico das principais imunodeficiências primárias que atingem o pulmão, padrões de envolvimento e complicações associadas.

As imunodeficiências secundárias estão mais presentes no universo da Medicina Interna, podendo resultar de: doenças crónicas, infeções agudas ou crónicas, transplante ou modalidades de tratamento. Tendo em conta o atual número de doentes sob terapêutica imunossupressora e biológica, bem como sob quimioterapia, assistimos a alterações da funcionalidade e estrutura do pulmão. Este será, sem dúvida, um tema de debate muito interessante.

No dia 30 de outubro, contaremos com os atuais cursos: de inaladores e oxigenoterapia, ventilação não invasiva e função respiratória. Tendo em vista o tema da Reunião, o NEDREsp optou pela criação de um novo curso: envolvimento pulmonar nas doenças do tecido conjuntivo. O objetivo é simplificar e sistematizar a abordagem destes doentes, tendo em conta o conhecimento dos principais padrões de envolvimento, estratificação da gravidade, tratamento dirigido e critérios de referenciação para transplante pulmonar.

Trata-se de um programa complexo, ousado, mas que me parece que pode trazer novidades e acrescentar algo de novo à Medicina Interna em áreas menos exploradas.

*Cláudia Ferrão*
Secretária do NEDResp da SPMI

DO PONTO DE VISTA RESPIRATÓRIO, EXISTEM ALTERAÇÕES SIGNIFICATIVAS NA VENTILAÇÃO DESTES DOENTES QUE ESTÃO ASSOCIADOS, ENTRE OUTRAS, A ALTERAÇÕES MUSCULOESQUELÉTICAS E SE ASSOCIAM A FENÓMENOS DE HIPOVENTILAÇÃO.

# EM 2020

# CONTINUAMOS A PROMOVER A INTEGRAÇÃO DE CUIDA

Publicações

justNews

www.justnews.pt

**PUBLICAÇÃO DE REFERÊNCIA NA ÁREA DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS.**

# DOS.

**JORNAL DISTRIBUÍDO AOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DAS UNIDADES HOSPITALARES DO SNS.**

LIVE MEDICINA FÍSICA E DE REABILITAÇÃO

Coração e Vasos
DEPARTAMENTO DE CORAÇÃO E VASOS DO CH UNIVERSITÁRIO LISBOA NORTE

LIVE MEDICINA INTERNA

WOMEN'S MEDICINE

LIVE MEDICINA INTERNA

LIVE MEDICINA FÍSICA E DE REABILITAÇÃO

LIVE MEDICINA FÍSICA E DE REABILITAÇÃO

WOMEN'S MEDICINE

Coração e Vasos
DEPARTAMENTO DE CORAÇÃO E VASOS DO CH UNIVERSITÁRIO LISBOA NORTE

Coração e Vasos
DEPARTAMENTO DE CORAÇÃO E VASOS DO CH UNIVERSITÁRIO LISBOA NORTE

LIVE MEDICINA INTERNA

WOMEN'S MEDICINE

WOMEN'S MEDICINE

LIVE MEDICINA FÍSICA E DE REABILITAÇÃO

LIVE MEDICINA INTERNA

LIVE MEDICINA INTERNA

Coração e Vasos
DEPARTAMENTO DE CORAÇÃO E VASOS DO CH UNIVERSITÁRIO LISBOA NORTE

LIVE MEDICINA FÍSICA E DE REABILITAÇÃO

LIVE MEDICINA FÍSICA E DE REABILITAÇÃO

WOMEN'S MEDICINE

Coração e Vasos
DEPARTAMENTO DE CORAÇÃO E VASOS DO CH UNIVERSITÁRIO LISBOA NORTE

justNews