A entrevista a Lèlita Santos, candidata a presidente da SPMI (2021-2024)

LIVE MEDICINA INTERNA

DIRETOR: JOSÉ ALBERTO SOARES
QUADRIMESTRAL | SET.-DEZ. 2020
ANO 6 | NÚMERO 22 | 3 EUROS
WWW.JUSTNEWS.PT
PublicaçãoPeriódicaHíbrida

Publicações
justNews

Siga-nos
hospital público

Serviço de MI do Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa

A UNIÃO E A DETERMINAÇÃO DA EQUIPA FORAM O MOTOR PARA RESPONDER À PANDEMIA

21

JULHO 2020 – UNIDADE DE CUIDADOS

AC

Publicações

justNews

www.justnews.pt

Jornal Médico Congresso

LIVE Associação Portuguesa para o Estudo Clínico da SIDA

LIVE Obstetrícia e Ginecologia

Jornal ORL

LIVE Otorrinolaringologia

LIVE Alergologia e Imunologia Clínica

Hospital Público – A Partilha de Boas Práticas – Congresso

INTERMÉDIOS DE MEDICINA (UCIM) DO SERVIÇO DE MI DO CHUSJ (FOTO NUNO BRANCO)

REDITAR

LIVE MEDICINA INTERNA
Jornal Médico DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS
LIVE MEDICINA FÍSICA E REABILITAÇÃO
HOSPITAL Público A PARTILHA DE BOAS PRÁTICAS
WOMEN'S MEDICINE
Coração e Vasos
LIVE PSIQUIATRIA E SAÚDE MENTAL

SPMI e APMGF unidos pelo doente crónico

Um momento-chave do 26.º CNMI, em Braga, foi a assinatura do Memorando de Entendimento sobre "Gestão do Doente Crónico em Portugal", entre a SPMI e a Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar, na presença do secretário de Estado da Saúde, António Lacerda Nobre. "Esta relação entre a MI e a MGF é essencial para o tratamento e para o controlo do doente crónico" afirmou João Araújo Correia, considerando Rui Nogueira (APMGF) que se trata "apenas do início de uma longa caminhada" em prol da integração de cuidados e da proximidade entre as duas especialidades.

Jornal Médico DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

sumário

Entrevista

06 **Lélita Santos**
"A maioria dos doentes covid-19 está com a MI"

Reportagem

14 **Serviço de MI do Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa**
A união e a determinação da equipa foram o motor para responder à pandemia

Discurso Direto

13 **Sara Camões**
Recordando um estágio

Notícia

23 **26.º Congresso Nacional de MI**
Braga acolheu a reunião magna da SPMI, num formato híbrido

Informação

24 **A utilização otimizada de uma *check-list* de pré-alta pode melhorar o prognóstico**
Hospitalização por insuficiência cardíaca

Foto da capa
Elementos da equipa do Serviço de MI do Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa.

LIVE Medicina Interna

Diretor: José Alberto Soares **Assessora da Direção:** Cláudia Graça **Redação:** Maria João Garcia, Miguel Anes Soares, Raquel Braz Oliveira **Fotografia:** Joana Jesus, Nuno Branco - Editor **Publicidade e Marketing:** Ana Paula Reis **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

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

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

LIVE MEDICINA FÍSICA E DE REABILITAÇÃO

WOMEN'S MEDICINE

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

justNews

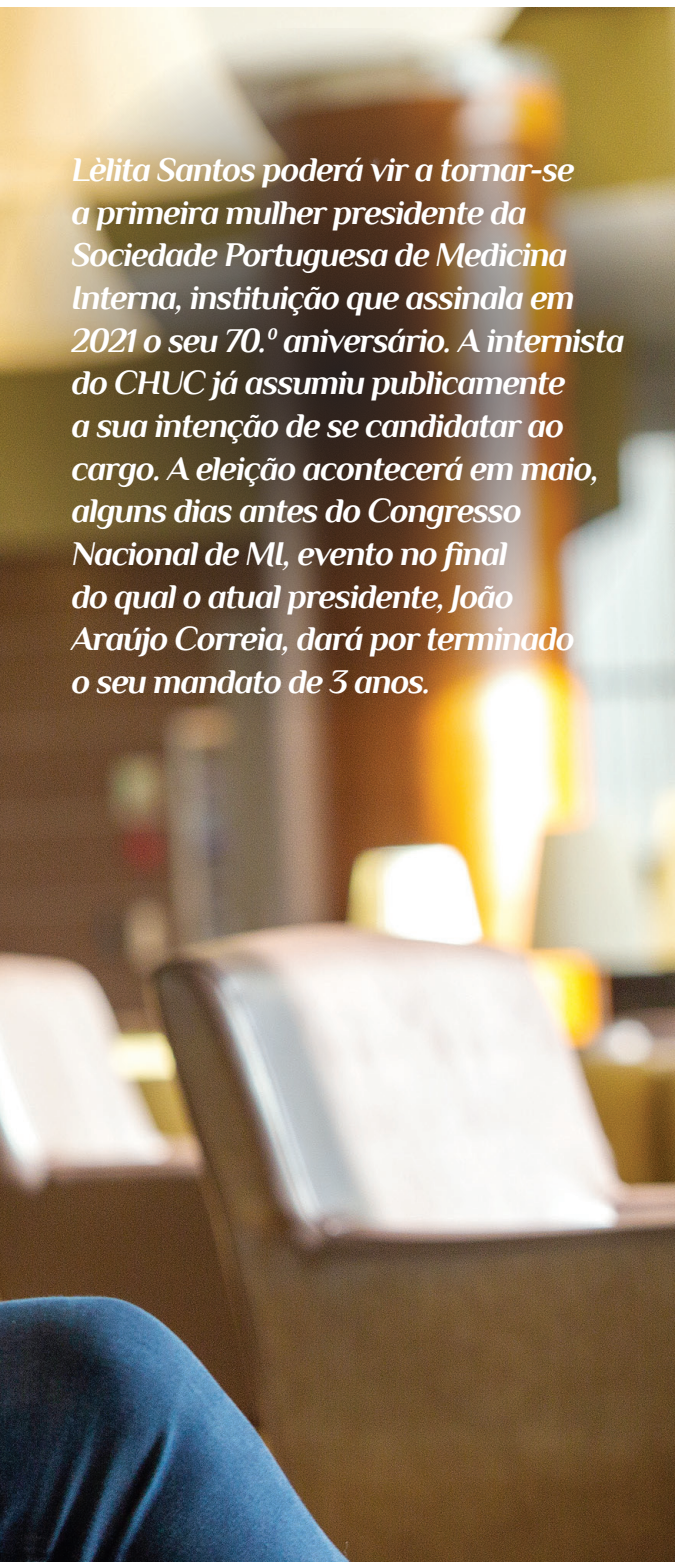
justNews

LÈLITA SANTOS, INTERNISTA DO CHUC, PROFESSORA DA FMUC, CANDIDATA A PRESIDENTE DA DIREÇÃ

"Ouve-se falar muito em falta de c Intensivos e em ventiladores... ma dos doentes covid-19 está com a M

O DA SPMI (2021-2024):

camas de s a maioria MI"



Lèlita Santos poderá vir a tornar-se a primeira mulher presidente da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna, instituição que assinala em 2021 o seu 70.º aniversário. A internista do CHUC já assumiu publicamente a sua intenção de se candidatar ao cargo. A eleição acontecerá em maio, alguns dias antes do Congresso Nacional de MI, evento no final do qual o atual presidente, João Araújo Correia, dará por terminado o seu mandato de 3 anos.

Embora seja natural do Algarve, onde nasceu num final de verão (18 de setembro), foi na zona de Lisboa que Lèlita Santos viveu e estudou durante 17 anos, nomeadamente no Liceu Nacional de Almada. Filha única, viviam-se os tempos agitados do pós-25 de abril e a sua mãe achou que Lisboa "era muito conturbada para uma rapariga e que Coimbra seria bastante mais sossegada".

Entrou na Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra em outubro de 1975 e foi ali que conheceu o seu futuro marido, "para aí no 4.º ano". Nunca haveria de deixar "o hospital que era o melhor da zona centro e muito conceituado a nível nacional". Especialista de Medicina Interna com competência em Geriatria, sempre se sentiu particularmente atraída pelas áreas da diabetes e das doenças autoimunes e fascinada pela Nutrição. Tanto que o seu doutoramento, no ano 2000, teve como base uma tese intitulada "Micronutrientes, Nutrição Humana e Diabetes *Mellitus*".

Dedicada ao hospital e à faculdade, a atividade privada nunca a atraiu. "Não me sentiria realizada", assume, considerando ser "difícil para um internista ter um consultório fora do hospital", embora reconheça que "há muitos bons internistas a fazer medicina privada".

Nesta entrevista à *Just News*, realizada no dia 19 de novembro e tendo como cenário o Hotel Vila Galé de Coimbra, Lèlita Santos admite que a ideia de se candidatar à presidência da SPMI nem sequer partiu inicialmente de si, mas logo acrescenta que, a certa altura, começou a achar que poderia ser uma mais-valia para uma Sociedade que conhece tão bem. As eleições acontecerão numa data próxima do 27.º Congresso Nacional de Medicina Interna, marcado para os últimos dias de maio, em Vilamoura.

"NUNCA ESPEREI PASSAR POR UMA PANDEMIA DESTE GÉNERO"

JN – Estes últimos meses de pandemia têm sido diferentes do normal. Nunca tinha vivido uma situação destas?

LS – É verdade. Eu acho que tem fatores muito negativos, como é evidente, mas nós, como em tudo na vida, temos também sempre que ver o lado positivo. Nunca esperei passar por uma pandemia deste género, acabando por ser um ensinamento em vários aspetos. Primeiro, por ver que os profissionais reagem inicialmente de uma forma muito motivada, com vontade de trabalhar e de ajudar os doentes e a própria instituição. Depois, claro, começam a ficar muito cansados e talvez um pouco desmotivados. É isso que eu noto a nível do meu hospital, que as pessoas não sentem o reconhecimento do sacrifício que estão a fazer. Na realidade, a nossa vida mudou muito, quer de quem está mais na linha da frente, quer de quem se encontra um pouco mais recuado, como é o meu caso, por estar mais ligada à parte organizacional e de gestão do Serviço.

JN – A sua rotina diária alterou-se muito?

LS – Bastante. Logo a partir dos primeiros dias de março. Profissionalmente e a nível pessoal. No Serviço, tivemos que alterar alguns procedimentos e temos tido muito menos convívio uns com os outros. Na organização das equipas e do serviço em geral, na minha própria inserção nessas equipas, muita coisa mudou radicalmente.

JN – Falava há pouco em falta de reconhecimento. Estava a referir-se aos profissionais de uma forma geral?

LS – Sim, claro. A toda a gente.

JN – Pensa que esta pandemia também tem servido para a MI mostrar o trabalho que desenvolve nos hospitais públicos?

LS – De facto, a MI tem estado na linha da frente nas urgências, no atendimento aos doentes com suspeita de Covid, nas enfermarias e, em alguns casos, nos próprios cuidados intensivos... Com a falta de intensivistas que se sabe existir, na realidade, a MI tem estado integrada em muitas equipas de Medicina Intensiva. E depois também encontramos a MI nas enfermarias, mesmo nas não covid. Tem tido, realmente, um papel muito importante. Nota-se mesmo que, em relação às outras especialidades, é agora muito mais reconhecida, considerada imprescindível, nomeadamente, pelos conselhos de administração dos hospitais, o próprio Governo e até a população.

JN – É isso que observa aqui no CHUC?

LS – Sinto que se reconhece que se a MI não existisse seria impossível o hospital sobreviver.

JN – Mas talvez a população em geral não tenha a mesma perceção, até porque as notícias se têm focado mais nos profissionais dos Cuidados Intensivos, ou das Doenças Infeciosas...

LS – Isso é algo que entristece os internistas. Pelo menos, a mim, pessoalmente, custa-me que nas televisões e nos jornais, ou em *webinars*, vejamos os nossos colegas intensivistas, pneumologistas e infeciologistas, que têm, sublinhe-se, um papel imprescindível nesta pandemia, enquanto os internistas não são tão solicitados para deixar o seu testemunho. A SPMI tem tido um papel importante na divulgação da MI, e especificamente agora durante a pandemia, mas ainda há muito a fazer no sentido de dar a conhecer o papel da MI na situação pandémica em que vivemos. Ouve-se falar muito em falta de camas de Intensivos e em ventiladores, por exemplo, mas a maioria dos doentes está com a MI nas enfermarias chamadas de "não críticos".

JN – E, entretanto, a MI não deixou de continuar a assistir os não covid...

LS – Efetivamente! Claro que os doentes, pelo menos no início da pandemia, não recorreram tanto às consultas e à Urgência, onde a MI também está, mas a verdade é que estamos lá. E não podia ser de outra forma. A MI faz o que sempre fez, que é ver o doente agudo na Urgência e seguir na consulta os casos crónicos mais graves e mais preocupantes, nos vários níveis das suas especificidades, e também, claro, nas enfermarias,

(Continua na pág. 8)

(Continuação da pág. 7)

acompanhando os doentes agudos que precisam de estar internados.

"ESTOU SEGURA DE QUE TORNARIA A OPTAR PELA MI"

JN – Continua convencida de que optou pela especialidade certa?
LS – Absolutamente. Ainda ontem uma colega mais nova, que está na fase de optar por uma especialidade e escolheu MI, me dizia: "Eu continuo a achar que escolhi muito bem." E eu respondi-lhe exatamente o mesmo. Estou segura de que tornaria a optar pela MI, com todos os escolhos que se conhecem. Continuo a ver-me a observar o doente no seu todo!

JN – E a sua "inclinação" para as doenças autoimunes, quando é que surgiu?
LS – Foi há muito tempo. Foi mesmo há muitos anos. Nos anos 80 ainda. Fui realizar uns estágios fora, já enquanto fazia o meu doutoramento, que na altura foi numa área muito diferente, a dos micronutrientes e diabetes, de que, aliás, também estou próxima. Deu-se a circunstância de no serviço em que eu estava também se trabalhar com doentes com patologias autoimunes. Acabei por aprender uma técnica que na altura não havia cá -- a capilaroscopia periungueal. Quando regressei a Portugal, montei essa técnica, que me ajudou a concentrar muitos casos de patologias autoimunes, com as quais eu já trabalhava quando estive no estrangeiro, primeiro em França e depois em Inglaterra. Acabei por enveredar um pouco por esse caminho. São, sem dúvida, doenças sistémicas. Eu costumo dizer que tive muita sorte porque até tenho um gosto especial pelas doenças autoimunes sistémicas e pela diabetes. Caracterizam bem aquilo que é a MI.

JN – São, no entanto, duas áreas bem diferentes no que toca à relação da MI com outras especialidades.
LS – Eu acho que toda a gente já percebeu que, no caso da diabetes, sendo uma doença tão prevalente, há necessidade de ter bastantes médicos envolvidos no seu tratamento e que, evidentemente, o saibam fazer. Neste caso, os internistas sabem tratar muito bem a diabetes, uma doença que atinge todos os órgãos, mas também os colegas de MGF, os endocrinologistas e outros. No que diz respeito às autoimunes, tem havido algum atrito que eu considero ser desnecessário e que resulta, em certa medida, de alguma falta de diálogo entre a Reumatologia e a MI. Há lugar para todos nós nos envolvermos no tratamento de doenças que são cada vez mais prevalentes. Evidentemente que os reumatologistas têm especificidades importantes, mas também é um facto que a MI consegue ver o doente no seu global, abordando a clínica sistémica e, pelo menos num primeiro momento, avalia sem necessitar de enviar a maior parte dos casos para outras especialidades. O ideal seria atuarmos em conjunto, integrando equipas multidisciplinares.
Julgo ser esse o caminho a seguir, aliás, não só para as autoimunes, mas para as várias patologias em geral. Ainda nas doenças autoimunes, e sobretudo nos hospitais maiores, isso tem sido mais difícil de conseguir. Em certas instituições mais pequenas, curiosamente, temos equipas muito conhecedoras e competentes em doenças autoimunes com internistas, que depois integram não só os reumatologistas como outras especialidades.

JN – Há uma especialidade, que não é hospitalar, também extremamente importante...
LS – Concordo. Eu acho que a Medicina Geral e Familiar e a MI se tocam muito. Basicamente, têm os mesmos doentes, assumindo a MGF um papel fundamental em matéria de prevenção e também no acompanhamento e tratamento de situações crónicas. A MGF conhece o ambiente familiar do doente e isso é fundamental. Depois temos a MI para intervir sempre que necessário e devolver o doente à MGF quando aquele já está menos agudizado.
A MGF e a MI fazem uma boa equipa e penso que, de há uns anos a esta parte, se têm sintonizado muito bem no sentido de serem prestados os cuidados de saúde mais adequados a quem deles necessita. Aliás, existem já, pelo menos, dois documentos conjuntos, um relacionado com o doente agudo e outro com o crónico, para nos orientar no sentido se saber, por exemplo, onde nos integramos e como podemos trabalhar em conjunto.

JN – Conseguir que boa parte dos doentes que procuram as urgências sejam antes atendidos nos cuidados de saúde primários é uma tarefa complicada!
LS – É, mas eu acho que chegamos lá! Penso ser uma questão de literacia para a saúde, que uma boa parte da nossa população, infelizmente, ainda não tem. É função de todos nós, nomeadamente dos médicos de família, que estão perto dos doentes, fazerem valer o seu valor no caso de patologias que agudizam, mas que não necessitam de intervenção específica, e as pessoas têm que compreender que os especialistas de MGF podem, nalguns casos, ajudar até muito mais do que o médico hospitalar.

JN – Será que se devia fazer mais para levar a MGF a participar no Congresso Nacional de MI?
LS – Sim, isso tem que ser. A MI estar mais presente nos encontros científicos da MGF e o contrário também. Aliás, nos últimos anos, temos convidado alguns colegas, sobretudo de organizações da MGF, a estarem presentes no nosso Congresso de MI e a colaboração tem sido muito proveitosa.

JN – A existência de uma especialidade como a MI é uma realidade muito própria do sul da Europa, não é? A esmagadora maioria dos países não tem MI!
LS – Isso é um facto, mas nos EUA, por exemplo, começa a apostar-se no hospitalista, uma figura muito próxima do internista, e alguns países do centro e do norte da Europa estão a procurar arranjar uma maneira de formar médicos que sejam realmente mais globais, mais integradores, e não tão afunilados nas suas competências. Já perceberam que isso é bom e... até mais barato. A

verdade é que o internista é um profissional que fica bastante económico para os serviços de saúde.

"OS NÚCLEOS DE ESTUDO SÃO, SEM DÚVIDA, A FORÇA DINAMIZADORA DA SPMI"

JN – O facto de a SPMI ter vindo a criar sucessivos núcleos de estudo é o caminho certo?
LS – Eu penso que sim. Nós temos, neste momento, 21 núcleos de estudo, o que é uma imensidão! E, curiosamente, nunca perdendo esta ideia integradora e versátil da MI, com os seus elementos a continuarem a realizar a sua consulta de MI no geral, as suas urgências, e a seguir os doentes na enfermaria. Isso é uma grande mais-valia para os doentes que tratam. Os núcleos de estudo são, sem dúvida, a força dinamizadora da SPMI, dando muita visibilidade à Sociedade e aos próprios internistas.
Incentivados pela própria Direção, já temos, inclusivamente, núcleos que, entretanto, apresentaram propostas com vista ao estabelecimento de critérios que validem situações de aptidão, ou até de competência, nas respetivas áreas. Isto é muito importante porque as pessoas se sentem reconhecidas pelos seus pares, pela população e dentro do hospital onde trabalham. Já

"ALGUNS PAÍSES DO CENTRO E DO NORTE DA EUROPA ESTÃO A PROCURAR ARRANJAR UMA MANEIRA DE FORMAR MÉDICOS QUE SEJAM REALMENTE MAIS GLOBAIS, MAIS INTEGRADORES, E NÃO TÃO AFUNILADOS NAS SUAS COMPETÊNCIAS. JÁ PERCEBERAM QUE ISSO É BOM E... ATÉ MAIS BARATO."

temos três núcleos que fizeram essas propostas e colegas a concorrer com os seus currículos: os de Medicina Obstétrica, de Urgência e do Doente Agudo e da Doença VIH. O da Diabetes *Mellitus* deverá ser o próximo.

JN – Essa aposta tão grande na dinamização dos núcleos não pode estimular à ambição de se obter a competência pela Ordem dos Médicos em determinada área, a seguir a subespecialidade e depois a especialidade?
LS – Esse é um risco. Mas o regulamento que temos para a formação de núcleos já coloca, nesse aspeto, algumas balizas. No entanto, pode haver essa tentação. Não está na perspetiva nem é um objetivo da SPMI incentivar a criação de especialidades, ou até de subespecialidades.

JN – Sabe que há quem defenda que a Geriatria devia ser uma especialidade médica...
LS – A Geriatria é um bom exemplo, porque há quem acredite realmente que devia ser criada essa especialidade. Por exemplo, em Espanha, há médicos especialistas em Geriatria. Para já, em Portugal, não me parece que tal venha a suceder. O idoso, com a sua multipatologia, precisa de internistas para o atender.

JN – Como membro da Direção da SPMI, tem estado presente em muitas reuniões dos núcleos...
LS – Realmente isso tem acontecido. Provavelmente porque estou na zona centro do país, fisicamente mais próxima dos locais onde boa parte desses encontros acontece, mas importa recordar que, na Direção, sou eu que tenho o pelouro dos núcleos, o que me dá muito gosto. Acredito muito na força dos núcleos. Têm provado uma grande dinâmica. E não me refiro apenas aos que eu integro, o das Doenças Autoimunes e o da Diabetes, os dois mais antigos da SPMI. Estou mesmo muito satisfeita com o desempenho dos núcleos, que tem sido especialmente intenso nestes últimos 4 ou 5 anos. Satisfaz-me observar o seu dinamismo e ver como as novas gerações de internistas ficam entusiasmados com a sua atividade, nunca deixando de ter a perspetiva da globalidade da MI.

JN – Apesar de nos últimos anos, mesmo já antes deste período de pandemia, se ter tornado muito mais complicado organizar uma reunião científica...
LS – De qualquer forma, tenho a perceção de que a MI é cada vez mais reconhecida pela indústria farmacêutica, que já percebeu que, em certas patologias, como, por exemplo, a hipertensão, quem trata mais doentes acabam por ser os internistas, quer nas consultas um pouco mais específicas, quer no geral. Porque nós temos o idoso com hipertensão, temos o diabético com hipertensão, temos o doente com patologia autoimune com hipertensão... o mesmo pode acontecer na diabetes ou na insuficiência cardíaca. Nós temos muitos doentes e tratamos mais, desde o internamento à consulta, do que propriamente os colegas de especialidades que se dedicam a áreas mais específicas.

"OS NOSSOS INTERNOS ESTÃO A FAZER DEMASIADOS ESTÁGIOS FORA DOS SERVIÇOS DE MI"

JN – O que pensa do crescente número de consultas específicas que acabam por evoluir muitas vezes para unidades dentro dos serviços de MI?
LS – Não acho mal. Penso que as pessoas se podem organizar, embora não devam perder a globalidade do doente, continuando a ser internistas e a fazer muitas outras coisas. O que nos diferencia é integrarmos uma unidade em que vemos o doente no global e até poder contar com o contributo de outras especialidades, que dão o seu aporte, usufruindo de uma equipa multidisciplinar.

JN – É uma questão que tem merecido algum debate...
LS – Uma coisa é certa, toda a gente já percebeu que os serviços não são estanques, que não têm fronteiras como antigamente. E isso também acontece porque o doente é um doente global e, portanto, nós temos que ser médicos globais e dialogar com os colegas de outras especialidades. E se a medicina é centrada no

(Continua na pág. 10)

(Continuação da pág. 9)

doente, é centrados no doente que nós temos que fazer medicina e não nas especialidades.

JN – 2020 vai ficar na História como sendo um ano muito atípico. A maioria dos núcleos não conseguiu fazer a sua reunião, pelo menos de forma presencial. E depois temos a circunstância de os internos terem visto a sua formação afetada.
LS – A formação foi realmente afetada, tanto na MI como relativamente às outras especialidades. Foi assim para todos. Este ano, os internos acabaram por afunilar os seus conhecimentos e estudar muito na área do covid. Acabaram por ter um treino intenso nos doentes agudos covid, na área das doenças respiratórias, o que, em todo o caso, é uma aprendizagem! Os internos de MI transmitem-me a sua angústia e acham que perderam um ano. Eu costumo dizer que não perderam nada porque tiveram uma experiência única, que lhes vai marcar a vida toda, em termos profissionais e pessoais. É sempre uma aprendizagem.
No entanto, é indiscutível que atrasaram a sua formação. Quer os internos de MI, quer os restantes, que estagiam no primeiro ano na MI e, por isso, praticamente só viram covid ou casos de doença respiratória. Houve muito menos internistas nas enfermarias e muito menos tempo para ajudar, para formar. O que me preocupa mais são esses internos que agora vão fazer a sua especialidade e que durante este ano, estando na MI, não viram o doente no global, fazendo poucos diagnósticos multissistémicos. Preocupam-me mais esses do que propriamente os internos de MI.
Também acho, por outro lado, que, os nossos internos fazem demasiados estágios fora dos serviços de MI, o que, se calhar, não é uma mais-valia para a sua formação. Isso é uma coisa que o Colégio da Especialidade de MI e a própria Ordem dos Médicos têm que analisar. Penso que, algumas vezes, eles acabam por fazer um pouco o papel do internista que falta nesse serviço, a grande ajuda que determinado especialista precisa do ponto de vista de abordagem geral ao seu doente. O que faz falta? Mais internistas que deem apoio a essas especialidades ou, se calhar, a constituição das tais equipas multidisciplinares a que já me referi.
Há estágios que são fundamentais, nomeadamente em unidades de agudos – de Medicina Intensiva, de Cuidados Intensivos Coronários, ou de AVC –, muitas até coordenadas por internistas, quando elas não existem no próprio Serviço de MI. Já alguns estágios opcionais não acho que sejam absolutamente essenciais.

"ANUNCIEI A MINHA DISPONIBILIDADE PARA COORDENAR UM GRUPO QUE SE CANDIDATA À DIREÇÃO DA SPMI"

JN – Podia candidatar-se a presidente do Colégio da Especialidade de MI da OM!
LS – Nunca pensei nisso.

JN – Mas já mostrou a intenção de concorrer à presidência da SPMI...

LS – Anunciei a minha disponibilidade para coordenar um grupo que se candidata à Direção da SPMI, melhor dizendo! E tomei essa decisão porque acho que tive uma aprendizagem muito boa na Sociedade. Considero que, apesar de tudo, tenho ideias de que, porventura, muitos internistas também comungam e que, no fundo, vêm um pouco no seguimento daquilo que foi protagonizado pelas duas direções anteriores, que eu, aliás, integrei. Conheço a Sociedade há muitos anos e conheço-a bastante bem, portanto, acho que posso dar o meu contributo, tentando que a SPMI se destaque entre as sociedades científicas nacionais. Eu só espero que haja mais colegas a candidatar-se, com outras ideias, porque seria seguramente muito interessante o debate que isso originaria.

JN – Na sua opinião, deve-se procurar que haja uma certa continuidade nas direções da SPMI?
LS – São precisas novas ideias, sem dúvida, e por isso é que as direções da Sociedade devem mudar, também para que os projetos ganhem outro dinamismo, embora dando continuidade às coisas que estavam a ser bem feitas.

JN – Há quanto tempo está na Direção da SPMI?
LS – Quando terminar este mandato, terão sido 5 anos, sempre como vice-presidente.

JN – Uma alteração significativa foi a duração do mandato de presidente ter passado de 2 para 3 anos.
LS – As direções anteriores queixavam-se muito de que não tinham tempo para acabar aquilo que tinham começado e os Estatutos foram alterados no mandato do Dr. Luís Campos. Considero esta solução preferível a fazerem-se dois mandatos seguidos. É igualmente importante não ser possível exercer o mesmo cargo na Direção mais de 2 vezes, o que promove a renovação e é fundamental para conseguir a integração dos mais jovens, de outras gerações.

" CONHEÇO A SOCIEDADE HÁ MUITOS ANOS E CONHEÇO-A BASTANTE BEM, PORTANTO, ACHO QUE POSSO DAR O MEU CONTRIBUTO, TENTANDO QUE A SPMI SE DESTAQUE ENTRE AS SOCIEDADES CIENTÍFICAS NACIONAIS."

JN – Será a primeira mulher à frente da SPMI!
LS – Se for eleita, serei, de facto, a primeira. É engraçado porque nós não tínhamos muitas médicas internistas até há umas dezenas de anos. Agora há muitas e excelentes internistas.

JN – Procura-se que a presidência vá rodando entre as três principais cidades. É **assim, não é?**
LS – Sim, há mesmo esse hábito de rodar entre Lisboa, Porto e Coimbra. E agora é a vez de Coimbra. Não está nada escrito, mas é uma coisa aceite. É uma tradição. Penso que vai ser preciso diversificar, porque é necessário pensar para além destas três cidades.

JN – É também esse, basicamente, o princípio que se aplica à organização do Congresso Nacional de Medicina Interna?

(Continua na pág. 12)

justNews

(Continuação da pág. 10)

LS – Sim. Habitualmente, alterna entre essas três regiões, havendo depois um Congresso intermédio, que em 2020 foi organizado pela MI do Hospital de Braga.

JN – A organização do próximo Congresso vai ser, pela primeira vez, assegurada por internistas de uma instituição privada, o Hospital da Luz Lisboa...

LS – Eu acho que mais uma vez se demonstra a grande falta que os internistas fazem em todas as instituições de saúde. Eventualmente, alguns hospitais privados podem não ter algumas especialidades, mas não podem deixar de ter MI, porque senão não funcionam! Esses internistas são como todos os outros, também são sócios da SPMI, e fazem igualmente parte do Colégio da Especialidade de MI... Eu acho muito bem que se comece a olhar para os hospitais privados como parte integrante do SNS, têm que dar o seu contributo da mesma forma.

JN – Tem havido muitos internistas a transitar do setor público para o privado?

LS – Há internistas que, de facto, têm saído para o sector privado. Podem ser várias as razões. Uma delas é o descontentamento com a tal falta de reconhecimento que já referi, quer do ponto de vista apenas profissional como no aspeto remuneratório. De qualquer forma, os hospitais públicos continuam, para já, a ser os que mais satisfação nos dão. Muitas vezes, os hospitais privados pretendem colocar os internistas em áreas mais específicas, como a urgência, a consulta, ou apenas numa determinada enfermaria, e o internista não gosta disso, porque é naturalmente versátil.

JN – Com a sua presença à frente da SPMI, vai haver um esforço de aproximação a especialidades como a Oftalmologia e a Nefrologia?

LS – E porque não? Até tenho essas especialidades lá em casa. Sou casada com um oftalmologista e tenho um "projeto" de nefrologista, porque ainda está no 4.º ano de internato. A SPMI e os internistas no geral são muito agregadores das outras especialidades.

JN – E conversam muito sobre estas questões?

LS – Como não podia deixar de ser! A nossa mesa de jantar, às vezes, torna-se muito "ruidosa", principalmente quando cada um quer contar o caso clínico que viu...

HOSPITAL Público
A PARTILHA DE BOAS PRÁTICAS

SERVIÇO DE DOENÇAS AUTOIMUNES SISTÉMICAS DO HOSPITAL CLÍNIC, EM BARCELONA

Recordando o meu estágio no SDAS

O caráter multissistémico das doenças autoimunes (DAI), aliado ao desafio diagnóstico e terapêutico e à complexidade do seguimento destes doentes, atribui ao internista um papel fulcral na avaliação e gestão destas doenças. Atendendo ao interesse pessoal nesta área em constante desenvolvimento, optei pela realização de um estágio de 6 meses numa unidade de excelência reconhecida internacionalmente, o Serviço de Doenças Autoimunes Sistémicas (SDAS) do Hospital Clínic, em Barcelona.

O SDAS foi criado em 1986 por um grupo de internistas, fruto da diferenciação no diagnóstico, orientação e tratamento de DAI sistémicas. É coordenado pelo Dr. Ricard Cervera, tendo desde a sua formação observado e orientado mais de 12.000 doentes, mantendo participação ativa em projetos de investigação nesta área médica. A escolha do local deveu-se à possibilidade de aliar o contacto clínico com as DAI em ambiente distinto da consulta à componente formativa intensa, que incluiu o início de um mestrado na área.

Durante o meu estágio (julho a dezembro de 2017, 4.º ano de internato) faziam parte do Serviço 6 médicos, especialistas em Medicina Interna e diferenciados em Imunologia Clínica. A este núcleo estava associado um conjunto de profissionais de múltiplas especialidades médicas, que assumem o papel de consultores, formando uma rede multidisciplinar que se desenvolve de acordo com as necessidades do doente, traduzindo a complexidade inerente à autoimunidade.

A atividade assistencial do estágio está repartida pelo internamento, hospital de dia e consulta externa (2 meses em cada para estágios de 6 meses). Não possuindo internos próprios, o grupo de internos em formação é proveniente das múltiplas especialidades do hospital, de outros hospitais de Espanha ou do estrangeiro, encontrando-se em estágio até um máximo de 9, distribuídos em grupos de 3 pelo internamento, hospital de dia e consulta.

O internamento não possui um espaço físico fixo, sendo constituído por um número de camas variável, segundo necessidade, localizadas nas enfermarias de Medicina Interna. Os internamentos são motivados por suspeita de doença autoimune, agudização da doença de base ou complicação decorrente da terapêutica imunomoduladora, sendo que os doentes seguidos pelo Serviço são sempre internados a cargo deste, independentemente do motivo de internamento médico. Para além de participar da rotina diária do internamento, cabe aos internos em estágio a apresentação semanal dos casos internados em reunião de Serviço, onde é feita uma revisão teórica dos diagnósticos mais relevantes. São diversas as reuniões multidisciplinares de discussão de casos clínicos, sendo a sua assistência estimulada.

No hospital de dia, que funciona de 2.ª a 6.ª feira, das 9h às 17h, para além dos tratamentos agendados, são realizadas consultas urgentes aos doentes seguidos pelo SDAS, com possibilidade de solicitar exames complementares de diagnóstico e administrar terapêutica, evitando o recurso destes doentes à urgência. Também são avaliados doentes de forma programada, cuja instabilidade (por descontrolo sintomático e/ou alteração da terapêutica) implica mais observações que aquelas permitidas pelo agendamento da consulta externa. Estas consultas são realizadas pelos internos em estágio, tal como a resposta aos pedidos de consultoria provenientes do internamento das diversas especialidades e urgência, sob orientação do médico responsável pelo hospital de dia.

A consulta externa decorre ao longo das manhãs, onde se espera uma participação ativa dos internos. Para além das consultas gerais, existem consultas verdadeiramente multidisciplinares, realizadas em conjunto com a Oftalmologia (uveítes) e a Obstetrícia, esta última destinada a mulheres com doenças autoimunes que se encontram grávidas ou têm essa intenção. Em ambiente de consulta externa são ainda realizadas capilaroscopias, nas quais o interno tem possibilidade de participar.

A formação e a investigação são prioridades do SDAS, que organiza desde 2009 um mestrado em doenças autoimunes, integrado no grupo de pós-graduações da Universidade de Barcelona. Tem como objetivo fornecer uma formação académica e clínica na área, exigindo a assistência a aulas teóricas e a realização de trabalhos práticos e exames finais, culminando na apresentação de uma tese de mestrado.

Com uma forte componente prática, aliada à formação teórica do mestrado e à participação ativa na discussão multidisciplinar proporcionada pelas diversas reuniões clínicas, este estágio foi extremamente completo, tendo sido uma mais-valia a realização do mesmo num centro de referência internacional.

Sara Camões
Assistente hospitalar de MI na ULS Matosinhos - Hospital Pedro Hispano

A FORMAÇÃO E A INVESTIGAÇÃO SÃO PRIORIDADES DO SDAS, QUE ORGANIZA DESDE 2009 UM MESTRADO EM DOENÇAS AUTOIMUNES, INTEGRADO NO GRUPO DE PÓS-GRADUAÇÕES DA UNIVERSIDADE DE BARCELONA.

justNews

SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA DO CENTRO HOSPITALAR DO TÂMEGA E SOUSA (CHTS)

A união e a determinação da equip à pandemia, que obrigou à reestru

A união e a determinação da equipa são as qualidades que Mari Mesquita, diretora do Serviço de MI do CHTS, se orgulha de destacar e que considera terem sido o motor para responder à pandemia de covid-19, obrigando a uma total reestruturação do espaço do Serviço. A criação de consultas temáticas foi um passo que acredita ter sido determinante para a articulação do Hospital Padre Américo e do novo Hospital de Amarante, desejando agora capacitar e estruturar a UAVC para assumir a Via Verde de AVC na sua plenitude, criar uma Unidade de Cuidados Intermédios (UCIM) e ainda captar e fixar uma nova geração de especialistas, aspeto fundamental para o futuro.

Se há algo que Mari Mesquita aponte como uma verdadeira vitória do Serviço foi a capacidade de "uniformizar o tratamento dos doentes" nos dois hospitais que constituem o Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa. Para se entenderem os antigos contrastes entre os dois, é necessário recuarmos ao ano de 2007, data em que se deu a fusão, com a criação do CHTS, e se percebeu que o outrora denominado Hospital de São Gonçalo, em Amarante, apresentava assimetrias em relação ao Hospital Padre Américo (HPA), situado em Penafiel.

"Em Amarante, existia uma demora média e uma taxa de mortalidade elevadas, uma escassa diferenciação de consultas e um quadro de recursos humanos envelhecido e parco", afirma a internista.

Em 2013, ano em que era criado o novo Hospital de Amarante (HA) e, simultaneamente, Mari Mesquita assumia a direção do Serviço de MI do CHTS, a sua prioridade foi "rentabilizar as duas instituições". Confrontada com a dificuldade em mobilizar e fixar a sua equipa no HA, devido aos mais de 60 km que dista do Porto, de onde se deslocam muitos dos médicos, apostou num sistema de rotatividade e no desenvolvimento de consultas temáticas específicas.

"Nomeei um coordenador, criei um sistema rotativo de presenças a cada três meses e estabeleci que as consultas específicas que fossem desenvolvidas no HPA tinham de ser realizadas também no HA. Por um lado, para os motivar a manter atividade naquele hospital, mas também para não os condicionar a assistir apenas doentes de cuidados pouco diferenciados", realça.

Mari Mesquita afirma que, atualmente, o HA "contempla praticamente todas as consultas temáticas que são oferecidas no HPA e disponibiliza uma atividade no ambulatório excelente, o que permite abranger um leque de doentes substancialmente maior". Sendo a primeira a dar o exemplo, a diretora desloca-se àquele hospital regularmente, para participar na reunião semanal do Serviço e para realizar a consulta de VIH, que "conta com condições excecionais e com o apoio de uma enfermeira especializada na área".

Enquanto única especialidade responsável pelas 60 camas de enfermaria daquele hospital, a que acresce a distância superior a 20 km do HPA, onde estão alocadas as unidades de cuidados diferenciados (Intensivos ou Intermédios), Mari Mesquita teve de condicionar a admissão de "doentes que tenham necessidade de ingresso neste tipo de unidades". Por esse motivo, aquele hospital foi inicialmente proscrito aos doentes com covid-19.

Com uma área de influência que abrange 520 mil habitantes (5% da população portuguesa), correspondente a "um universo de pessoas marcadamente rural, com baixos recursos económicos e inserido numa cultura hospitalocêntrica", a nossa interlocutora frisa que o Serviço de MI tem menos 100 camas do que o adequado. As 60 camas de enfermaria para internamento do HA são, por isso, "cruciais na resposta às solicitações".

Um dos objetivos da especialista neste ano de 2020 prendeu-se, exatamente, com a necessidade de alargar o apoio ao internamento às demais especiali-

...pa foram o motor para responder ...uturação do espaço e da atividade

MARI MESQUITA, DIRETORA DO SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA DO CHTS:

"Costumo dizer que já tenho netos internos"

Mari Mesquita, 55 anos, conheceu a realidade do CHTS na época em que se formou, enquanto interna de formação geral, corria o ano de 1990. Dividida entre Endocrinologia e Cardiologia, descobriu na MI uma "especialidade hospitalar abrangente", que lhe permitia não se dedicar exclusivamente a uma única patologia.

Oito anos depois, incentivada pelo então diretor do Serviço, José Moura, começou a acompanhar a área do VIH, num momento em que a terapêutica antirretrovírica acabava de surgir, e abriu uma consulta, que mantém até hoje. "Na altura, só havia um ou dois medicamentos e muito desconhecimento e estigma dos profissionais face aos doentes", recorda. Hoje, "assistimos ainda a um autoestigma por parte dos doentes".

Em 2013, assumiu a direção do Serviço, composto por muitos especialistas que havia formado. "Temos uma idade média de 41 anos. Muitos foram meus internos e hoje já eles formam vindouros", salienta, observando: "Costumo dizer que já tenho netos internos!"

Para o futuro do Serviço, ambiciona diferenciar a Unidade de AVC, tornando-a capaz de assegurar de forma autónoma a Via Verde do AVC do CHTS 24 horas e alargando e estruturando a sua capacidade. Outro dos seus objetivos é criar e desenvolver uma Unidade de Cuidados Intermédios de MI que responda a muitos doentes críticos que são, atualmente, abordados em enfermaria. Por fim, deseja conseguir captar e fixar a nova geração para a equipa.

Casada e mãe de uma filha licenciada em Economia, Mari Mesquita refere que, por viver muito perto do HPA, onde está a maior parte do tempo, sempre se dedicou intensamente ao ambiente hospitalar: "Vesti e continuo a vestir a camisola." Nos tempos livres, privilegia a leitura e a jardinagem.

dades do Departamento Médico. "Foram criados protocolos de referenciação às especialidades ou de cogestão, permitindo que os doentes sejam tratados exclusivamente pela MI, por outra especialidade ou de uma forma partilhada", salienta.

Além de capacitar o Hospital de Amarante em termos de recursos humanos, outra das estratégias que Mari Mesquita adotou para reduzir a taxa de ocupação do HPA consistiu na "elaboração de critérios de internamento e de alta hospitalar, criação de consultas temáticas/especializadas e constituição de critérios de referenciação para informação dos ACES". Como explica, uma das suas prioridades foi "reunir com os três ACES da região e procurar informar, sem nunca impor, a referenciação às nossas consultas de VIH, Diabetes, Hepatologia e Hipertensão Arterial (HTA)".

As consultas de *One Day Clinic* de HTA, Doenças Cerebrovasculares e Insuficiência Cardíaca (IC) foram alguns dos projetos por si implementados, com o apoio de jovens especialistas da equipa. "São profissionais que têm ideias e mérito e conseguem mobilizar o grupo", afirma.

Além da atividade desenvolvida na consulta externa e no internamento, o Serviço de MI, na sua atividade assistencial, integra ainda o Hospital de Dia e de-

(Continua na pág. 16)

(Continuação da pág. 15)

senvolve atividade relevante no Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica do HPA – o segundo maior da zona norte – e na Urgência Básica do HA. Definindo o SU como "um enorme consumidor de recursos e um lugar de trabalho duro", Mari Mesquita sublinha que é necessário destacar diariamente três médicos para colaborar 24 horas no SU do HPA e um médico para o HA, enquanto os internos de formação específica asseguram turnos de 12 horas.

Privilegiar a articulação e a transferência de cuidados

Mari Mesquita defende que "a maior parte dos doentes assemelha-se a uma pirâmide, em que na base podem ser abordados pelo médico de família, mas num determinado grau deverão ser tratados a nível hospitalar", podendo e devendo, "transitoriamente, haver transferência de cuidados".
Transpondo para as principais patologias que o Serviço de MI tradicionalmente aborda, realça a HTA, em que "é feita a avaliação dos doentes jovens, dos doentes com suspeita de HTA secundária ou de bata branca". Feita a avaliação, tratando aqueles que são resistentes a fármacos e realizadas três a quatro consultas, "definimos se o doente deve ser seguido pelo médico de família ou se deve ser acompanhado no hospital", afirma. No caso da diabetes, prevalece também uma articulação de cuidados.
A nível inter-hospitalar, destaca a colaboração entre especialidades no caso da IC, em que, "perante doentes que necessitam de dispositivos ou de transplantação, é feita a referenciação para o topo da pirâmide – a Cardiologia".
Também no caso das doenças autoimunes, salienta o trabalho conjunto que é feito com a Unidade de Reumatologia, em que "as doenças autoimunes mais sistémicas são acompanhadas pela MI, enquanto as doenças de órgão, como a artrite reumatoide, são direcionadas à Reumatologia".
"Não faz sentido haver disputas entre as duas especialidades", afirma, frisando que "existem múltiplas áreas de fronteira que apenas precisam de ser bem geridas".
Em relação à infeção VIH, foi estabelecido um protocolo com a Unidade de Doenças Infeciosas, em que os doentes já seguidos pela MI manteriam esse acompanhamento, enquanto as novas referenciações seriam abordadas por essa Unidade.

Pandemia de covid-19 exigiu reestruturação do Serviço

Em setembro, altura em que a *Just News* se deslocou ao CHTS, a situação pandémica era bastante mais ligeira face aos anteriores meses vividos no Serviço e aos que se seguiriam. Em novembro, quando esta reportagem está a ser escrita, a equipa vive dias difíceis, enquanto responsável por 10% dos doentes internados com covid-19 no país.
Mas recuemos ao mês de março, para se perceber qual a estrutura do Serviço e as adaptações que foram efetuadas. Com três unidades funcionais de 26 camas, onde se inclui a Unidade de AVC, no piso 9, e uma Unidade de Internamento para doentes com organismos multirresistentes no piso 7, onde já tinham sido isolados os doentes infetados e/ou colonizados com estirpes de bactéria produtoras de KPC, nessa altura, ficou definido que o piso 7 seria dedicado aos doentes covid-19.
"Expandimos a capacidade de internamento para 78 camas covid e 78 camas não covid, com a mesma equipa", conta Mari Mesquita.
Numa lógica diferente da que sucedia noutros centros hospitalares, em que eram formadas equipas multidisciplinares para acompanhar os casos covid-19, no CHTS, foi o Serviço de MI o principal responsável pelo internamento e seguimento destes doentes, apenas suportado por um especialista da Unidade de Reumatologia. Para os serviços de Pneumologia e de Doenças Infeciosas ficou a tarefa de vigiar e seguir os doentes que faziam o isolamento profilático no domicílio. Além desta missão, o Serviço de MI foi ainda solicitado para dar apoio à Unidade de Cuidados Intermédios do Departamento de Urgência e Emergência, Cuidados Intensivos.
Dando possibilidade à sua equipa de escolher realizar a atividade na Urgência, na enfermaria dedicada a doentes covid-19, cobrindo turnos de 24 horas, ou no internamento não-covid, a diretora realça a grande determinação dos profissionais: "Desmembrámo-nos, mas ficámos mais unidos."
Atingida a capacidade máxima da primeira unidade funcional com pressão negativa destinada aos doentes covid-19, rapidamente se preencheram mais duas unidades no piso 7, para alocar os mais de 70 casos covid-19 suspeitos e confirmados, correspondente às áreas vermelhas 1 e 2 e área cinzenta – esta última reservada a doentes sem confirmação de infeção por SARS-CoV-2. O piso 9, por sua vez, ficou reservado para "zonas limpas", sofrendo uma necessária redução de recursos humanos: "Cada unidade funcional deveria ter entre 4 e 5 especialistas, mas durante um período temporal a Unidade de AVC contava com apenas 2 especialistas e 2 internos, formando duas equipas, cada uma responsável por metade dos doentes."
Em junho, quando a situação pandémica começou a dar tréguas, foi tempo de

(Continua na pág. 18)

"EXPANDIMOS A CAPACIDADE DE INTERNAMENTO PARA 78 CAMAS COVID E 78 CAMAS NÃO COVID, COM A MESMA EQUIPA", CONTA MARI MESQUITA.

Hospital de Amarante: a dedicação ao ambulatório

Rui Lopes e Luciano Monteiro, ambos com 57 anos, partilham uma jornada de trabalho já longa, que incluiu o antigo Hospital de Paredes e o HPA, enquanto constituíam o extinto Centro Hospitalar do Vale do Sousa.

O ano de 1991 marcou a entrada do internista Rui Lopes no Serviço de MI daquele CH. Entretanto, iniciou atividade também no extinto Hospital de São Gonçalo, que viria a integrar o atual CHTS, e desde 2013 que coordena o Serviço de MI no Hospital de Amarante.

Rui Lopes

Enquanto responsável pelo Grupo de Gripe desde 2009, Rui Lopes foi chamado ao HPA para coordenar o início do internamento covid-19. "Estive dois meses na linha da frente, a trabalhar 7 dias por semana, 12 horas por dia", recorda. Montada a área dedicada aos doentes covid-19, regressou ao Hospital de Amarante, definido como *covid-free*. "Implementámos medidas no sentido de restringir as entradas apenas a doentes com teste negativo", indica, de forma a "manter a assistência aos doentes". "As nossas rotinas são exatamente as mesmas. A única diferença é a maior precaução a nível de higiene e desinfeção do espaço, algo positivo para o futuro", afirma, complementando, no entanto, que "o principal problema é relativo à comunicação com as famílias, por suspensão das visitas", o que o obriga a "fazer a gestão de eventuais conflitos".

Com 60 camas a seu cargo, o coordenador afirma que a rotina é semelhante à do HPA: "A única diferença não é a massa crítica, mas o tipo de doente que podemos tratar sem prejuízo do próprio", dado que "um doente que necessite de uma técnica ou do apoio mais próximo de determinada especialidade, ou de um cuidado diferenciado, não pode ser internado aqui."

Apesar de existir uma equipa disponível 24 horas por dia, "a urgência é básica, mas o doente não é, pelo que temos de estar preparados", destaca. O inverso, no entanto, também é verdadeiro, o que significa que "um doente menos diferenciado poderá ser aqui internado, mesmo que a distância seja superior".

Essencialmente dedicado ao ambulatório, com Hospital de Dia, Cirurgia de Ambulatório e Consulta Externa, Rui Lopes adianta que o hospital não está aproveitado na sua plenitude, dada a falta de profissionais. No entanto, esta limitação traduz-se numa "maior proximidade entre todos".

Luciano Monteiro vive em Amarante e é enfermeiro neste hospital há quase 34 anos: "Acabei o curso numa sexta-feira e comecei a trabalhar logo na segunda, 22 de dezembro de 1986", recorda, afirmando ter começado no Serviço de Urgência, passando depois pela Ortopedia, pela Cirurgia e ainda pela UCC de Celorico de Basto. Após ter também integrado o CA do Hospital de São Gonçalo e do HPA, desempenha, atualmente, a função de coordenador funcional dos enfermeiros e assistentes operacionais do Hospital de Amarante e é enfermeiro gestor da ala A.

O seu objetivo diário junto da equipa é "dar ênfase à segurança e à qualidade dos cuidados e tornar o trabalho mais qualificado e produtivo", ao mesmo tempo que se dedica à organização de *stocks* e de escalas e à manutenção da coesão da equipa, refere.

Procurando construir alguma inovação, Luciano Monteiro destaca os projetos em que tem vindo a apostar, desde o "Cuidar sem Parar", o "Stop Quedas" e o projeto de reabilitação que viria a lançar no início do mês de novembro, com o objetivo de "ter diariamente um enfermeiro especialista em reabilitação, no período da manhã". Algo que experienciou no Serviço de Ortopedia, no HPA, e que revelou "ter diminuído em muito a duração do internamento, o que se traduz em ganhos para o doente e para o hospital". Também a implementação do método ISBAR, que visa "identificar as barreiras de comunicação nas passagens de turno", é outro dos projetos que destaca.

Luciano Monteiro

Com 23 enfermeiros na ala A e 22 na ala B, o enfermeiro destaca que este hospital é "um dos que tem os melhores rácios de enfermeiros". A organização do Serviço a nível médico é algo que salienta também, sendo a reunião semanal com a diretora do Serviço "um momento de aprendizagem muito grande, em que os doentes são discutidos um a um".

Elementos da equipa médica

Elementos da equipa de enfermagem

(Continuação da pág. 16)

o Serviço retomar a atividade de uma forma integral e transitar totalmente, de novo, para o piso 7, enquanto o Serviço de Ortopedia, que o ocupava, subia ao piso 9, onde se manteria apenas a Unidade de AVC, permitindo "juntar a equipa e ganhar qualidade e capacidade de trabalho".

A teleconsulta, que esteve a vigorar nos primeiros meses da pandemia, deu lugar, em julho, à consulta presencial. Se durante três semanas de agosto não existiu qualquer doente infetado no Serviço, a partir de dia 22 surgiram os primeiros doentes com necessidade de internamento por covid-19.

Adquirido o conhecimento da doença e a capacidade de testagem internalizada, foi possível "diminuir o número de internados sob suspeita", encontrando-se, à data desta reportagem (setembro), ocupada apenas a unidade funcional com pressão negativa, com 13 doentes, e dois quartos cinzentos, dirigidos àqueles cujo primeiro teste é negativo, mas que requer repetição às 24 e 48 horas posteriores. Se até 9 de setembro tinham sido contabilizados 230 doentes internados, com o desenvolvimento da infeção, só no dia 3 de novembro havia 235 doentes covid-19 internados no CHTS.

Questionada, na altura, sobre se estaria preocupada com a então segunda vaga, a médica internista identificava dois problemas. Por um lado, a escassez de recursos humanos e a sua gestão diária, condicionada pela "idade média dos internistas ser de 41 anos, o que, com a reabertura das escolas, se traduzirá previsivelmente num maior absentismo para assistência aos filhos menores".

Outra questão tem que ver com a limitação de espaço para acolher doentes não-covid, dado que, "se geralmente registamos taxas de ocupação superiores a 120%, este ano teremos o adicional de tratar os doentes covid-19, além daqueles que, no inverno, contraírem gripes, infeções respiratórias e exacerbações de patologias crónicas por temperaturas extremas".

Este receio, aliás, tem por base as conclusões que já retirou da primeira vaga, em que "estão a ser recebidos doentes com neoplasias em estádios muito avançados e com doenças crónicas descompensadas, como a insuficiência cardíaca e a doença hepática".

Outra das suas preocupações relaciona-se com a componente formativa, que tem vindo a ser protelada ou realizada em moldes virtuais, condicionando a formação dos mais de 20 internos de formação específica de Medicina Interna do Serviço.

Vítor Fagundes: Via Verde do AVC acelera acesso ao tratamento

A Unidade de AVC no Hospital Padre Américo, da qual Vítor Fagundes sempre fez parte, existe há 11 anos. Dividindo a atividade da mesma em dois momentos, o coordenador da UAVC avança que, entre 2009 e 2014, o grande objetivo foi "aumentar o número de doentes submetidos a trombólise endovenosa", que, até então era reduzido, comparativamente com outras unidades.

A distância geográfica das unidades de CSP – cerca de 25% distam do hospital mais de 40 quilómetros –, condicionando o acesso ao tratamento, foi um dos desafios que a equipa da UAVC enfrentou. Para lhe dar resposta, apostou na "dinamização de campanhas de sensibilização que levassem o doente a ativar o serviço de emergência em primeira instância".

Vítor Fagundes

Elementos da Unidade de AVC

No caso do doente que é admitido até às quatro horas, a Via Verde é assegurada pela equipa de emergência, que "avalia o doente e decide a realização de trombólise endovenosa". Entre as quatro e as 24 horas, o doente é triado pela equipa do Serviço de MI de urgência, responsável também pelos doentes referenciados pelos centros de saúde e por pedidos de colaboração de outras especialidades.

Em 2015, quando as recomendações internacionais definiram a trombectomia mecânica como tratamento de primeira linha nos doentes que sofrem de AVC isquémico com oclusão de grande vaso, e sendo possível realizar esta intervenção até 24 horas depois, o grande desafio foi "a criação de pontes com os centros de Neurorradiologia de Intervenção. Isto de forma a que os doentes admitidos com mais de 4h30 pudessem ter acesso ao tratamento que é prestado nestes centros e posteriormente regressarem ao hospital para continuar o tratamento". Neste caso,

CARLOS ALBERTO, PRESIDENTE DO CA DO CHTS:

"O Serviço de MI é absolutamente fundamental no ataque à pandemia"

Carlos Alberto admite que, com as lacunas existentes num conjunto de especialidades, "o Serviço de MI posicionou-se na linha da frente e teve um papel absolutamente fundamental no ataque à pandemia".

Servindo uma população superior a 520 mil pessoas, distribuídas por 12 concelhos de quatro distritos diferentes, o presidente do CA salienta que "esta exigência assistencial obriga a um esforço muito grande". A dificuldade é ainda maior perante o limitado número de vagas definido pela tutela, refere, tendo esperança de que a autoridade reforce os recursos para o Serviço.

Unidade de AVC (2019)

Doentes admitidos **319**
Doentes adm. após trombólise **54**
Doentes adm. após trombectomia **40**
AVC isquémico **195**
AVC hemorrágico **46**

são referenciados para a UAVC do CHU de São João e ainda para o CHUPorto e para o CH de Vila Nova de Gaia/Espinho.
Analisada esta referenciação nos últimos cinco anos, ficou demonstrado que "os doentes têm acesso exatamente ao mesmo tratamento e com os mesmos resultados de recuperação funcional do que se observa nos principais estudos internacionais, em que mais de 50% dos doentes que tendencialmente ficariam com incapacidade para o resto da vida conseguem recuperar a sua autonomia funcional".
Integrada numa unidade funcional do Serviço com 26 camas, a UAVC tem 4 camas destinadas a doentes agudos e outras 4 destinadas a doentes subagudos. Com 5 assistentes hospitalares, internos de formação específica e o apoio da Neurologia em regime de consultadoria, Vítor Fagundes ressalva que esta equipa de internistas é responsável pela orientação de todos os doentes da unidade funcional. Atingindo o objetivo de integrar uma equipa médica na UAVC 24 horas, Vítor Fagundes espera conseguir aumentar o número de doentes submetidos a terapêutica de perfusão.
Apesar da época pandémica, o seu coordenador afirma que "não existiu uma quebra de afluência". Aliás, "houve situações de doentes internados por AVC que, ao mesmo tempo, receberam o diagnóstico de covid-19, dado que há um risco trombótico associado à infeção".
No entanto, havia o receio de os doentes estarem a chegar mais tardiamente ao hospital e a preocupação com a limitação das visitas. "Ver um familiar entrar numa sala de emergência na área de doentes críticos da Urgência, ser submetido a tratamento e não poder estar presente nem conhecer a equipa médica é muito difícil para o familiar e para o doente", afirma.
Foi a partir destas inquietações que a UAVC iniciou, em junho, um projeto que visava obter a perspetiva do doente face ao receio de contrair covid-19 no internamento, se este receio atrasou o acesso ao hospital e se considerava que a pandemia iria influenciar o tratamento – questões colocadas no momento da admissão, no internamento, na alta hospitalar e 15 dias depois. Quanto a conclusões, Vítor Fagundes adianta que "a primeira análise revela que os doentes atrasaram o acesso ao tratamento, mas sentiram que lhes foi disponibilizado exatamente o mesmo tratamento que teriam sem a pandemia, com toda a segurança e sem risco de infeção".

ATINGINDO O OBJETIVO DE INTEGRAR UMA EQUIPA MÉDICA NA UAVC 24 HORAS, VÍTOR FAGUNDES ESPERA CONSEGUIR AUMENTAR O NÚMERO DE DOENTES SUBMETIDOS A TERAPÊUTICA DE PERFUSÃO.

Luís Nogueira: *One Day Clinic* permite otimizar avaliação da HTA

Natural de Amarante, Luís Nogueira, 36 anos, estudou na FMUP e rapidamente identificou o gosto pela MI. Ao mesmo tempo, descobria o interesse pela HTA, recordando ainda hoje as aulas com Jorge Polónia.

Luís Nogueira

Contam-se já 10 anos desde que o coordenador da Consulta de HTA tomou contacto com a realidade do CHTS, no início do internato. Ao gosto que já trazia pela área da HTA juntou-se a experiência de ter tido como orientador da especialidade um profissional dedicado à área, o que lhe permitiu desenvolver essa atividade desde o primeiro momento: "Acompanhei a consulta desde o primeiro ano e frequentei diversas formações."
Ao contrário das restantes consultas da especialidade, Luís Nogueira afirma que a consulta de HTA tem uma grande prevalência de doentes jovens, o que se relaciona diretamente com o facto de um dos critérios de referenciação ser a HTA em doente jovem. "São situações que requerem um estudo alargado para nos certificarmos de que não existe uma causa secundária", afirma, destacando que o mais novo tem 18 anos.
O projeto *One Day Clinic*, iniciado em 2018, surgiu precisamente para tentar agilizar o acesso desta faixa etária à consulta, evitando que o doente em idade ativa tenha de faltar ao trabalho várias vezes. "No fundo, este projeto permite fazer num dia aquilo que fazíamos em três ou quatro consultas", admite o coordenador, explicando que, nesta nova dinâmica, "o doente inicia o processo com uma consulta de enfermagem, segue para a consulta médica, faz o eletrocardiograma, colhe as análises e, entre uma a duas horas depois, recebe os resultados, tem informação da medicação a tomar e agenda a consulta de reavaliação".
Implementado no Hospital de Amarante, pela capacidade do espaço, este programa era realizado uma vez por semana por dois especialistas e, em média, contabilizava 15 consultas. Interrompido com o surgimento da pandemia de covid-19, de forma a evitar aglomerações na sala de espera, Luís Nogueira ambiciona que esta iniciativa seja retomada em breve, de forma a poder continuar a "proporcionar um diagnóstico mais rápido, não sujeitando o doente a recorrer ao hospital de forma repartida".

Alice Castro: a ambição de criar uma Consulta de IC multidisciplinar

À semelhança de Luís Nogueira, também Alice Castro viu o seu orientador da especialidade influenciá-la quanto à área a que escolheria dedicar-se – neste caso, a Insuficiência Cardíaca (IC).
Nascida em Famalicão, anos mais tarde foi viver para o Porto e fez a sua formação no ICBAS. Após realizar o internato no CHUSJ, onde integrou um grupo que se dedicava à Consulta de IC, começou o seu percurso enquanto especialista no CHTS, já lá vão 18 anos. Em setembro de 2013, foi tempo de

(Continua na pág. 20)

ANA PACHECO, INTERNA DO 3.º ANO DE FORMAÇÃO ESPECÍFICA EM MI:

"A pandemia fez-nos perceber que podemos contar uns com os outros"

Natural de Paredes, Ana Pacheco, 29 anos, recorda-se de que paixão pela Medicina vem de pequenina, e as memórias que a mãe tem de a ver a tratar as bonecas são prova desse sonho. Após fazer o curso no ICBAS, o internato de ano comum no CHTS foi a porta de entrada para a especialização num lugar que identificou ser "o ideal".

Se inicialmente a atitude da interna foi de negação face à MI, pela "forte carga horária e amplitude de conhecimentos que exige", rapidamente percebeu que nenhuma outra se enquadrava tão bem nos seus propósitos: "Só a MI tem esta diversidade de patologias e de procedimentos."

Orientada por Zélia Lopes, Ana Pacheco afirma que, pela ligação que estabeleceu com a diabetes desde o início do internato, essa é provavelmente a área a que está mais atenta. No entanto, também a Geriatria, "pela complexidade de existirem múltiplos sistemas descompensados, que obrigam a um olhar completo", ou o AVC, a que se dedicou ao longo do ano anterior e culminou no reconhecimento de um trabalho sobre a trombectomia, em que colaborou, com o primeiro prémio, são outras das áreas por que a interna nutre especial carinho. "A minha dificuldade é não conseguir escolher uma área de que goste mais!", confessa.

Em relação à pandemia, admite que, inicialmente, "foi uma fase difícil, em que havia a dúvida de como é que a situação pandémica iria interferir com o internato e até que ponto iríamos ter apoio – psicologicamente, foi muito desgastante". O trabalho em equipa é a componente que Ana Pacheco destaca deste período, em que "percebemos que podemos contar uns com uns outros".

Esta componente associativa espelha-se também na participação da futura especialista no Núcleo de Internos de MI (NIMI), em que é o "elo de ligação entre os internos e o Núcleo, a nível de programação de eventos e de resolução de problemas".

(Atrás) Hugo Pinheiro, Ana Pacheco, Marina Mendes, Catarina Couto, Margarida Bela e Dinis Sarmento; (à frente) Bárbara Silva, Fátima Costa e Maria Carolina Seabra

(Continuação da pág. 19)

inaugurar a Consulta de IC, que havia proposto à Direção do Serviço no ano anterior.

Com quatro especialistas de Medicina Interna a dar apoio à consulta, são os doentes com "múltiplas comorbilidades, mais idosos, que já passaram pelo internamento" que mais acorrem à consulta, afirma. Num número inferior, encontram-se doentes mais jovens, que "não são seguidos pelo Serviço de Cardiologia porque não necessitam de intervenção".

Num futuro próximo, Alice Castro ambiciona que esta consulta se torne multidisciplinar, envolvendo "várias especialidades médicas e uma equipa de enfermagem" e idealizando que exista "uma área física no internamento e na consulta para estes doentes". Movida por este ideal, Alice Castro confessa que existe ainda alguma pressão e dificuldade no agendamento das consultas.

Alice Castro

Pedro Lopes, Alice Castro, Ricardo Meireles e Nuno Mag

Com o surgimento da pandemia de covid-19, a coordenadora da Consulta de IC esteve, entre março e junho, adstrita à área de internamento dos doentes covid-19. Nesse período, os doentes com consulta agendada que não puderam

ELSA PINTO, ENFERMEIRA GESTORA DO DEPARTAM

"É no Serviço de MI que conseguimos s

São já 29 os anos que marcam a dedicação de Elsa Pinto aos Serviços de MI. Natural de Paredes, a enfermeira de 52 anos especializou-se na área médico-cirúrgica e, ao fim de 10 anos de experiência tornou-se enfermeira-chefe, "com toda a dedicação, maturidade e força de vontade", refere.

Iniciado o seu percurso ainda no antigo Hospital de Paredes, Elsa Pinto já foi enfermeira chefe das quatro unidades funcionais do Serviço e recentemente assumiu a gestão intermédia do Departamento Médico e ainda do Departamento de Ambulatório e Ligação Funcional, procurando "fazer a ligação e comunicação entre todas as unidades funcionais que constituem os departamentos".

"Começo o meu dia no Serviço às 07h30 e procuro ir às quatro unidades, falar com as

enfermeiras gestoras, enfermeiros e assistentes operacionais", refere, salientando que "esta proximidade, partilha e dispo-

galhães

recorrer ao hospital "foram contactados pelo telefone, sendo assim possível saber como estavam e remarcar a consulta para breve, sempre que necessário", refere.

Zélia Lopes: o ativismo na área da diabetes

A paixão de Zélia Lopes pela Medicina vem de tenra idade, ao apreciar a magia do seu médico de família, percebendo que "ele conseguia deixar melhor quem estava mal". Feita a formação de Medicina Interna no ICBAS, decidiu realizar o internato de formação específica no CHTS "pela aventura, pelas gentes e pela experiência de sair de um hospital central". No entanto, aquilo que seria uma experiência de um ano acabou por prolongar-se ao longo do internato e da vida profissional: "Apaixonei-me pelas gentes da terra e pelo Serviço."
A visão holística do doente foi a característica que atraiu Zélia Lopes nesta especialidade, que viu orientada por Mari Mesquita. Contabilizados já 20 anos neste centro hospitalar, reconhece ter vivido "um percurso extraordinário, recheado de muitas oportunidades", que faz questão de descrever.
Na vertente de ambulatório, refere, "gosto muito da área do doente crónico e do diabético, em particular, e hoje sou coordenadora do grupo de medicina da Consulta de Diabetes, que se caracteriza por ser uma equipa coesa, que tem uma excelente articulação com a Endocrinologia". Em relação à programação de alta, a especialista afirma prestar "bastante atenção à transição humanizada de cuidados para o ambulatório", tendo oportunidade de integrar a equipa de Gestão de Altas quando terminou a especialidade e de assumir a sua coordenação em 2008. Também o internamento e a componente formativa são outras das suas paixões, admitindo que "poder colaborar com o Serviço na formação de internos assume um enorme valor, particularmente nos momentos mais difíceis e trabalhosos, dado que também assumo, por confiança da Direção, a coordenação de uma unidade funcional e a chefia de uma equipa de urgência".

Zélia Lopes

Para a profissional, "a MI só faz sentido com esta visão global do doente, que vai além da patologia", e salienta que um dos aspetos que a pandemia tornou visível foi "a importância da MI no puzzle dos cuidados hospitalares".
Dada a sua ligação à equipa de gestão de altas, Zélia Lopes integrou a equipa de internamento na primeira vaga da época pandémica, onde "só o espírito de grupo e de entreajuda permitiu reagir ao excesso de trabalho e a equipas muito curtas, mantendo o bem-estar pessoal, laboral e da equipa", admite a profissional.
Colaborando ativamente no Núcleo de Diabetes do CHTS, mas também nos nú-

(Continua na pág. 22)

Serviço em números
(setembro de 2020)

Especialistas: **34**
IFE MI: **20**
Enfermeiros: **136**
Assistentes operacionais: **70**
Assistentes técnicos: **10**

Atividade do Serviço

Internamentos (2019)

Lotação - 157 camas
Internamento - 7169
Demora média (dias) - 9,85
Taxa de ocupação - 123,3%
Taxa de mortalidade - 14,9%
Taxa de reinternamento aos 30 dias - 7,5%

Consultas (2019)

Total - 16.366
1.as consultas - 30,6%

Medicina Interna - 7420
1.as consultas - 2389

Doenças autoimunes - 2393
1.as consultas - 569

Hipertensão - 783
1.as consultas - 272

Insuficiência Cardíaca - 943
1.as consultas - 263

Doenças Cerebrovasculares - 1167
1.as consultas - 433

Diabetes tipo 2 - 1868
1.as consultas - 558

Hepatologia - 673
1.as consultas - 155

VIH - 605
1.as consultas - 111

MENTO DE MEDICINA:

ser verdadeiramente enfermeiros e fazer a diferença"

nibilidade contribuem para que as equipas sejam saudáveis e tracem um projeto comum, alinhado com o plano estratégico de Enfermagem". No seu dia-a-dia, além do trabalho de gestão que assegura, tem ainda tempo para "acompanhar alguns doentes, especialmente da área covid".
"É realmente o Serviço onde quero estar, em que conseguimos ser verdadeiramente enfermeiros, fazer a diferença e contribuir para o resultado desejado", admite.
Com profissionais especialistas em Enfermagem de Reabilitação e em Enfermagem Médico-Cirúrgica, são vários os projetos que têm vindo a ser desenvolvidos neste âmbito. Elsa Pinto destaca um: "Hidratação do doente com disfagia pós-AVC", iniciado na Unidade de AVC, mas rapidamente alargado às quatro unidades, que culminou na "elaboração de um panfleto educativo para incrementar a transmissão de conhecimentos ao doente e ao cuidador".
Também o projeto "Autogestão do doente com DPOC" é outro dos projetos em desenvolvimento, que visa "capacitar o doente a nível de conhecimento da própria doença, inaladores e regime terapêutico", necessidade que a pandemia tornou evidente e que, para ser consistente, careceu da realização do curso "Inaloterapia e *Cought Assist*", frequentado pela grande maioria dos enfermeiros do Departamento Médico.
Com o surgimento da pandemia de covid-19, foram constituídas equipas em espelho e as dotações foram adaptadas, conforme as necessidades. Apesar de existirem equipas fixas, Elsa Pinto sublinha que "muitos enfermeiros de outras unidades manifestaram interesse em colaborar em turnos para ganharem esse tipo de experiência e treino". Este contexto de isolamento, em que as visitas foram suspensas, também foi encarado pela equipa de enfermagem como uma oportunidade para desenvolver o projeto "Humanizar U AVC – videochamadas", que rapidamente se disseminou por todo o Departamento Médico.
A candidatura efetuada pelo Serviço para obtenção de idoneidade formativa e que nunca esmoreceu, mesmo em contexto de pandemia, é uma outra experiência que a enfermeira gestora salienta, por ter permitido "refletir sobre as práticas e estimular o acesso à excelência, organizar procedimentos, normas e protocolos e apostar na investigação, aspetos que contribuem para o desenvolvimento da profissão".

Mari Mesquita com a equipa da Consulta de Diabetes: Magda Silva, Inês Ferreira, Zélia Lopes e Francisco Bento Soares

(Continuação da pág. 21)

cleos de Diabetes *Mellitus* (NEDM) e de Urgência (NEUrgMI) da SPMI, Zélia Lopes foi convidada para cosecretária da Reunião Nacional de Diabetes e do Congresso Nacional de Urgência, adiados para 2021 em consequência da pandemia.

Criada em Gondomar, 46 anos, é casada e tem dois filhos, que faz questão de incluir na dinâmica profissional. Presença assídua nas atividades da SPMI e particularmente nas edições da EVERMI (Escola de Verão de MI), mantém harmoniosa a relação entre a família e a profissão.

André Paupério: Consulta de Doenças Cerebrovasculares atribuída por agenda de especialidade

André Paupério, 41 anos, nasceu em Valongo, licenciou-se na FMUP e conheceu o CHTS no período do internato de formação específica, em 2005. Ao longo do seu percurso, diferenciou-se na área cardiovascular, começando por realizar Consulta de HTA e posteriormente integrar a UAVC, desafio este que mantém ainda hoje, a par da Consulta de Doenças Cerebrovasculares, que coordena.

Realizada num molde tipicamente diferente, esclarece que esta consulta "funciona por agenda de especialidade e não por médico atribuído", o que não condiciona a sua realização por impossibilidade do médico. O objetivo, explica, é que "este modelo possa ser expandido a outras consultas temáticas, de caráter mais protocolar, em que o procedimento é semelhante, independentemente do profissional que o realize".

Reconhecendo a existência de "procedimentos que estavam dispersos pelas várias especialidades e espaços físicos na Consulta Externa e a necessidade de ser criado um espaço condigno", o CHTS criou um Hospital de Dia Polivalente, sito no HPA, sob direção de André Paupério. "A vantagem é conseguirmos retirar os doentes mais cedo do internamento e diminuir o recurso ao SU", aponta.

Contabilizados cerca de 180 doentes por mês em tratamento em Hospital de Dia, André Paupério avança que, "dependendo do tipo de doente, procedimento e demora, há capacidade para tratar um número de doentes muito superior".

André Paupério

No que respeita à logística inerente à pandemia de covid-19, o diretor do Hospital de Dia afirma que, dado que se trata de atividade programada, "o doente faz o rastreio à covid-19 previamente ao procedimento". No entanto, é de salientar que "o número de sessões caiu consideravelmente, dada a seleção mais cuidada dos doentes, apesar de nunca ter sido suspensa a atividade – até porque estes procedimentos não são passíveis de ser realizados através de teleconsulta".

BÁRBARA SILVA, INTERNA DO 1.º ANO DE FORMAÇÃO ESPECÍFICA EM MI:

"A MI foi, sem dúvida, uma opção do coração"

Com o desejo de se dedicar à área da Saúde, Bárbara Silva, 28 anos, fez a sua formação no ICBAS, lugar do qual afirma ter muitas saudades, considerando, inclusivamente, ter sido "uma casa para tudo aquilo que conquistei e tenho hoje".

"A MI foi, sem dúvida, uma opção do coração", admite a interna, após ter identificado a sua preferência por áreas abrangentes e hospitalares, preterindo as especialidades cirúrgicas. O CHTS foi o seu "porto de abrigo" desde janeiro e, se nos primeiros tempos "havia um horário e trabalho mais linear", rapidamente esta dinâmica se alterou, com a "divisão e reorganização do Serviço". Com novas indicações diárias, os internos viram-se separados por diferentes áreas, entre o SU, o internamento e a área dedicada aos doentes covid-19.

"Para nós, internos de 1.º ano, que ainda mal estávamos habituados às rotinas e a situações de extrema responsabilidade, foi um desafio enorme, por vezes assustador, mas igualmente gratificante, quando contribuíamos para que tudo corresse da melhor forma com o doente", afirma. E salienta: "Aquilo que me aconchegou foi a capacidade de, entre todos, encontrarmos o nosso lugar e seguirmos em frente."

Este sentido de união e capacidade de trabalho foi crucial para os períodos em que Bárbara Silva acompanhou o internamento dos doentes covid-19 durante a primeira vaga: "Nunca me senti desprotegida, mas sim profundamente útil para a sociedade, e todos os dias a equipa me apoiava e capacitava para poder ser ainda mais eficaz." E frisa: "Não há currículo que valha este sentimento". Por outro lado, a interna viu realçada "a importância da especialidade e a sua centralidade nos cuidados de saúde".

BRAGA, 27 A 30 DE AGOSTO DE 2020

26.º CNMI: o reconhecimento do papel dos internistas na pandemia

Após alguns meses de incerteza, Braga recebeu mesmo, nos últimos dias de agosto de 2020 o 26.º CNMI.

"Na verdadeira "linha da frente" no tratamento do doente covid, postaram-se os internistas, a quem o trabalho não assusta e que na consciência do bem fazer encontram o melhor antídoto para o *burnout*", afirmou João Araújo Correia, na cerimónia de abertura do 26.º Congresso Nacional de MI, realçando o papel destes especialistas, sobretudo na atual crise sanitária.

Face aos desafios impostos por um vírus que se veio a revelar sistémico, o presidente da SPMI apontou as medidas que se devem manter, independentemente de se viver ou não em plena pandemia.

António Lacerda Nobre e Narciso Oliveira

Começou por se referir às camas hospitalares, que são "preciosas e não podem ser desperdiçadas com internamentos inapropriados". Em termos organizacionais, lembrou que os departamentos e serviços de MI de maior dimensão facilitaram a criação das unidades covid.

"O modelo de MI em Portugal, com internistas de formação global sólida, competentes desde a Urgência à Enfermaria e aos Cuidados Intensivos e Paliativos, associado ao facto da MI ser a maior

João Araújo Correia

enfermaria hospitalar, foi um fator importante para a resposta estruturada do SNS", concluiu João Araújo Correia, não se esquecendo de se referir aos vários projetos e iniciativas da SPMI que não se conseguiram concretizar por causa da pandemia.

O mesmo considerou Narciso Oliveira, presidente do 26.º CNMI, que se realizou em formato híbrido. E, tal como o presidente da SPMI, sublinhou o trabalho da especialidade: "As longas horas de trabalho, a angústia, a vida em formato de recruta militar, em confinamento, e tantas vezes com a família distante, frequentemente com sentimentos de impotência e desânimo, chegaram a pôr em questão a sua realização. Contudo, a pandemia covid-19 trouxe à luz o que há muito sabemos: os internistas são essenciais."

Na sua intervenção, o secretário de Estado da Saúde, António Lacerda Nobre, fez questão de relevar o papel dos internistas, sobretudo na atual crise. "Quando a pandemia se propagou rapidamente por todos os continentes, foram determinantes na prevenção, diagnóstico e tratamento."

Na cerimónia de abertura participaram ainda Armando Carvalho, presidente do Colégio da Especialidade de MI da OM, que representou o bastonário da OM; Nicola Montano, presidente da European Federation of Internal Medicine, por videoconferência; Jesús Diéz-Manglano, vice-presidente da Sociedade Espanhola de MI; e Miguel Bandeira, em representação da CM de Braga.

justNews

HOSPITALIZAÇÃO POR INSUFICIÊNCIA CARDÍACA

A utilização otimizada de uma *che* de pré-alta pode melhorar o progn

A Novartis promoveu, no âmbito do 26.º Congresso Nacional de Medicina Interna, o simpósio "Hospitalização por insuficiência cardíaca: oportunidade única para alterar o prognóstico do doente". A sessão serviu, sobretudo, para marcar a importância do uso de* check--lists *de pré-alta no caso dos doentes hospitalizados por IC, como a recentemente criada pelo Núcleo de Estudos de Insuficiência Cardíaca da SPMI, bem como para a necessidade de os profissionais não perderem tempo, adotando uma atitude pró-ativa em relação à terapêutica modificadora de prognóstico, durante o período de hospitalização do doente.

De acordo com Paulo Bettencourt, coordenador da Unidade de Medicina Interna do Hospital CUF Porto e do Núcleo de Estudos de Insuficiência Cardíaca da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna (SPMI) e professor catedrático convidado da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, "o campo da IC tem tido uma evolução significativa nos últimos três a quatro anos. Evoluímos muito na identificação da condição clínica e nas terapêuticas que melhoram o prognóstico dos doentes com IC, nomeadamente dos que sofrem de IC com fração de ejeção reduzida".

Ainda assim, é importante que se efetive a translação para a prática clínica de todo este conhecimento adquirido, algo que nem sempre acontece. De facto, para Paulo Bettencourt, torna-se evidente que "um grande número de doentes que poderiam beneficiar de estratégias terapêuticas que melhorariam o seu prognóstico delas não usufrui, por um conjunto vasto de razões, entre as quais se salienta a inexistência de abordagens sistemáticas e com protocolos para os doentes com IC".

Uma área em que as referidas intervenções sistemáticas e protocoladas poderiam fazer a diferença (para além das soluções mais óbvias, como hospitais de dia ou consultas temáticas) é, precisamente, a da utilização de *check-lists* de pré-alta hospitalar direcionadas para o doente internado devido a IC aguda, como a que foi recentemente criada pelo Núcleo de Estudos de IC da SPMI e apresentada no Congresso de Braga.

Paulo Bettencourt, Joana Pimenta e Pedro Moraes Sarmento

"Esta *check-list* possui sete passos, que podem não ser necessariamente realizados no momento da alta, mas sobre os quais devemos pensar desde a admissão do doente, já que abordam aspetos que vão desde a qualidade de diagnóstico à definição da etiologia, ou à perceção do indivíduo como um todo. Obrigam-nos também a repensar se o doente está a beneficiar de todas as terapêuticas que modificam o prognóstico, melhoram a qualidade de vida e previnem a reospitalização. Por outro lado, forçam-nos a refletir sobre por que motivo os doentes não fazem tais terapêuticas, se for esse o caso", explicou Paulo Bettencourt.

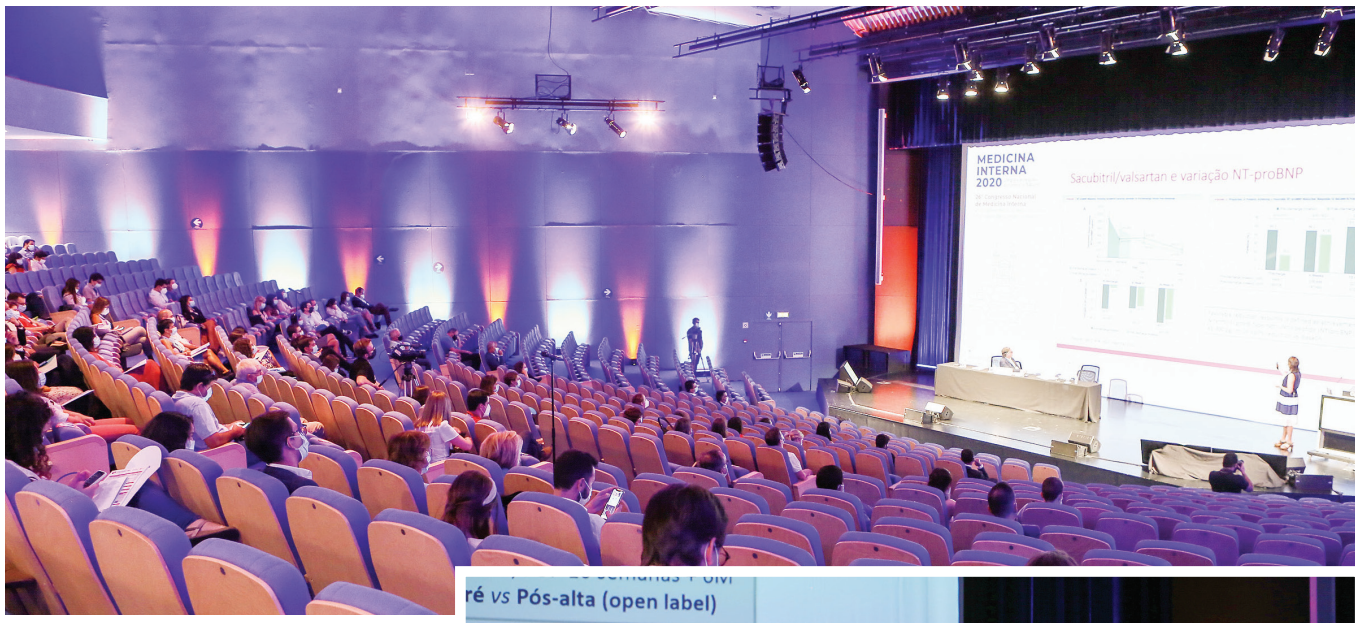
Caso clínico expõe dúvidas em torno da alta hospitalar

No sentido de melhor entender os fundamentos que estão por detrás desta ferramenta e de dar nota da sua exequibilidade prática, no quotidiano, Pedro Moraes Sarmento (internista no Hospital da Luz Lisboa, investigador da NOVA Medical School e membro do Núcleo de Estudos de IC da SPMI) e Joana Pimenta (especialista em Medicina Interna do CH Universitário de São João e coordenadora-adjunta do Núcleo de Estudos de IC da SPMI) apresentaram, durante esta sessão do 26.º Congresso Nacional de Medicina Interna, um caso clínico elucidativo da facilidade de uso e da mais-valia da referida *check-list*. Este caso referia-se a um homem reformado de 68 anos que, após revisão da medicação em consulta com o médico assistente, seis meses antes, indicava sinais de progressivo cansaço na marcha, que se viria a agravar nas últimas duas semanas, com dispneia de esforço para exercícios menores, e nos dois últimos dias com cansaço sentido durante a higiene diária e relato de episódios sucessivos de dispneia paroxística noturna.

"Era um doente já nosso conhecido da consulta, ex-fumador, hipertenso, diabético desde os 45 anos e que aos 59 teve o seu evento cardiovascular associado a

PAULO BETTENCOURT: "ESTA *CHECK-LIST* POSSUI SETE PASSOS, QUE PODEM NÃO SER NECESSARIAMENTE REALIZADOS NO MOMENTO DA ALTA, MAS SOBRE OS QUAIS DEVEMOS PENSAR DESDE A ADMISSÃO DO DOENTE."

eck-list nóstico



O NÚCLEO DE ESTUDOS DE INSUFICIÊNCIA CARDÍACA DA SPMI CRIOU UMA *CHECK-LIST* DE PRÉ-ALTA PARA DOENTES HOSPITALIZADOS POR IC.

estas comorbilidades, um enfarte agudo do miocárdio com doença de 2 vasos. Foi posteriormente revascularizado através de intervenção coronária percutânea com *stents*", informou Pedro Moraes Sarmento. O indivíduo em causa estava medicado de acordo com as recomendações, sendo um doente antiagregado, tratado com furosemida (40 mg ao dia), enalapril (10 mg duas vezes ao dia), associação de carvedilol + ivabradina (25/5 mg duas vezes ao dia), eplerenona (50 mg ao dia), rosuvastatina (20 mg ao dia) e uma associação de metformina + linagliptina (1000/2,5 mg duas vezes ao dia). O doente apresentava ingurgitamento venoso jugular superior a 10 cm, fervores crepitantes na base esquerda e no terço inferior do hemitórax direito, um tempo expiratório aumentado, uma hepatomelagia palpável (6 cm abaixo do rebordo costal) e edemas nos terços inferiores de ambas as pernas.

O que fazer perante este cenário? De acordo com Pedro Moraes Sarmento, a equipa que seguiu este doente encarou-o como enquadrado no perfil clínico hemodinâmico B, congestivo. Ainda com perfusão preservada, foi abordada a compensação respiratória, com aporte de oxigénio para garantir uma saturação superior a 94%. O doente foi tratado com uma dose de diurético duas vezes superior à que fazia em ambulatório e foram requisitados meios complementares de diagnóstico (análises, eletrocardiograma, ecocardiograma e raio-X torácico). Após a avaliação dos parâmetros do doente, foi tomada a decisão de o internar, com vista a estabilizá-lo, perceber o motivo da descompensação e otimizar a terapêutica.

Na sequência de reversão favorável do seu quadro congestivo, após quatro dias de internamento e com o doente a sentir-se francamente melhor, colocou-se a questão de saber se a alta era recomendável, se era chegado o momento adequado de enviá-lo para casa ou se era possível fazer mais e melhor em ambiente hospitalar. É aqui que entra em cena a *check-list* apurada pelo Núcleo de Estudos de IC da SPMI, cuja aplicação, ponto por ponto, no caso deste indivíduo, foi simulada por Joana Pimenta durante o simpósio.

Uma *check-list* abrangente e, por isso mesmo, imprescindível

"Nesta *check-list*, o primeiro ponto foca-se na perceção da estabilidade do doente. Só estará estável se estiver sem congestão, medicado com diuréticos orais há mais de 24 horas e com resposta correta à terapêutica, sem disfunção renal significativa ou alterações notórias na frequência e ritmo cardíacos", sublinhou Joana Pimenta.

A definição da etiologia está no centro do segundo ponto da *check-list*. Como referiu a internista do CHUSJ, "a etiologia não passa apenas por percebermos se estamos perante uma IC com FE reduzida, preservada ou intermédia. Temos de ir mais além e entender por que este doente apresenta esta tipologia de IC", se na base da condição estão doenças do miocárdio, alterações na carga (derivadas do mau controlo da HTA, por exemplo) ou arritmias.

"Na situação específica do nosso doente, a etiologia era muito óbvia e envolvia doença isquémica", acrescentou a especialista, que ressalvou o facto de o conhecimento aprofundado da etiologia, na fase que antecede a alta hospitalar, permitir uma estratificação de prognósticos e triar os doentes nos quais deve ser feito um maior investimento clínico.

A *check-list* da SPMI, aplicada em moldes demonstrativos a este doente, abarca também a identificação do fator precipitante da descompensação, a existência de comorbilidades diagnosticadas e tratadas (porque é essencial olhar para o doente como um todo), se a terapêutica está otimizada, que educação para a saúde e recomendações recebeu o doente ou os seus cuidadores e que estratégias de seguimento/*follow-up* devem ser desenhadas. No que respeita à otimização das terapêuticas, Joana Pimenta recordou os resultados dos ensaios PIONEER-HF e TRANSITION, os quais demonstraram que o início precoce de tratamento modificador do prognóstico do doente com IC aguda, com recurso a sacubitril/valsartan, logo durante o internamento, possibilita uma redução substancial dos peptídeos natriuréticos, sem interferir no processo de titulação de outros fármacos.

"Esta terapêutica tem um efeito notório ao nível dos biomarcadores da IC aguda, não só em termos da NT-proBNP, mas também da troponina T. Mostrou igualmente resultados satisfatórios na redução de eventos clínicos graves e reospitalizações futuras por IC. Trata-se de uma evidência de que podemos mudar o prognóstico do doente internado, se tomarmos atitudes mais pró-ativas em relação à terapêutica modificadora", sublinhou Joana Pimenta.

21

JULHO 2020 – UNIDADE DE CUIDADOS

AC

Publicações

justNews

www.justnews.pt

Jornal Médico Congresso

LIVE Associação Portuguesa para o Estudo Clínico da SIDA

LIVE Obstetrícia e Ginecologia

Jornal ORL

LIVE Otorrinolaringologia

LIVE Alergologia e Imunologia Clínica

Hospital Público – A Partilha de Boas Práticas – Congresso

INTERMÉDIOS DE MEDICINA (UCIM) DO SERVIÇO DE MI DO CHUSJ (FOTO NUNO BRANCO)

REDITAR

LIVE MEDICINA INTERNA
Jornal Médico DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS
LIVE MEDICINA FÍSICA E REABILITAÇÃO
HOSPITAL Público A PARTILHA DE BOAS PRÁTICAS
WOMEN'S MEDICINE
Coração e Vasos
LIVE PSIQUIATRIA E SAÚDE MENTAL

27º CONGRESSO NACIONAL DE MEDICINA INTERNA

"VALORIZAR A MEDICINA INTERNA"

27 A 30 MAIO 2021

CENTRO DE CONGRESSOS

VILAMOURA | ALGARVE

AGÊNCIA OFICIAL

FactorChave

factorchave.pt

SPMI
Sociedade Portuguesa de Medicina Interna