

"VALORIZAR A MEDICINA INTERNA"

NOVA
DATA!

2 A 5 OUT
2021
CENTRO DE CONGRESSOS
VILAMOURA | ALGARVE

27.^o
CONGRESSO NACIONAL DE
MEDICINA
INTERNA

PUB

LIVE

MEDICINA INTERNA

DIRETOR: JOSÉ ALBERTO SOARES
QUADRIMESTRAL | JAN.-ABR. 2021
ANO 7 | NÚMERO 23 | 3 EUROS
WWW.JUSTNEWS.PT

Publicação Periódica Híbrida

Publicações
 justNews

 Siga-nos
**hospital
público**

REPORTAGEM
AO SERVIÇO DE
MI DO HOSPITAL
BEATRIZ ÂNGELO



João Sá, presidente da CC do 27.º CNMI:

**"A MI EXERCE BEM
E CONFERE ENORME SEGURANÇA
ÀS RESTANTES ESPECIALIDADES"**

JANEIRO 2021 – ÁREA DEDICADA À COVID-19 DO SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA DO CENTRO HOSPITALAR TÂMEGA E SOUSA (FOTO NUNO BRANCO)

21



ACREDITAR

Publicações



www.justnews.pt

Jornal Médico Congresso

LIVE ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA PARA O ESTUDO CLÍNICO DA SIDA

LIVE OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA

Jornal ORL

LIVE OTORRINO LARINGOLOGIA

* LIVE ALERGOLÓGIA E IMUNOLOGIA CLÍNICA

HOSPITAL Público CONGRESSO

LIVE MEDICINA INTERNA

Jornal Médico OS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

LIVE MEDICINA FÍSICA E REABILITAÇÃO

HOSPITAL Público PASTELARIA DE BOAS PRÁTICAS

WOMEN'S MEDICINE

Coração Vasos

LIVE PSIQUIATRIA E SAÚDE MENTAL

AVC durante a pandemia: MI do CHTS vence prémio

“Pretendemos transmitir confiança aos doentes e familiares, bem como aproximarmo-nos ainda mais de ambos, num momento em que as visitas aos hospitais não eram permitidas”, afirma Mari Mesquita. A diretora do Serviço de Medicina Interna do CH Tâmega e Sousa (CHTS) explica, desta forma, o que motivou a investigação realizada ao longo dos meses de junho, julho e agosto de 2020.

Intitulado “Perspetiva dos doentes e dos familiares internados por AVC, em relação ao risco de infeção por SARS-CoV-2”, o trabalho foi submetido ao 21.º Congresso do Núcleo de Estudos da Doença Vasculiar Cerebral da SPMI, tendo vencido o prémio da categoria “AVC e Investigação Básica”. De acordo com Mari Mesquita, apesar do foco na pandemia, foi decidido realizar este estudo, com o propósito de “obter a perspetiva dos doentes e familiares em

relação ao receio de infeção por SARS-CoV-2 no internamento e ao medo de a pandemia influenciar o tratamento das doenças não covid-19, neste caso, do AVC”.

Embora não quantificado, este estudo identificou que “os doentes e familiares reconheceram que existiu um efetivo atraso no acesso aos cuidados médicos no contexto de AVC agudo, o que tem impacto no tratamento e no prognóstico”, explica Mari Mesquita.

A entrega do prémio decorreu no final de novembro, numa sessão inserida no programa do Congresso do NEDVC, coordenado por Luísa Fonseca, responsável pela Unidade de AVC do Serviço de MI do CH Universitário de São João. O prémio foi atribuído a Carolina Seabra, contemplando um estágio de três meses num centro de referência europeu.



Vitor Fagundes, coordenador da Unidade de AVC, e Carolina Seabra, primeira autora do trabalho



sumário

Entrevista

08 João Sá, presidente da Comissão Científica do 27.º CNMI

Reportagem

20 Serviço de MI do Hospital Beatriz Ângelo

Notícias

31 Hospital da Luz Lisboa organiza 27.º CNMI

36 3.º Curso de Atualização em MI

37 Curso de Infecção e Doença VIH

38 Reunião dos Diretores de MI

Informação

17 Xarelto® obtém comparticipação na DAP

18 O diagnóstico precoce no mieloma múltiplo

32 Patirómero, um facilitador da utilização dos RAASI



Foto da capa João Sá fotografado no Hospital da Luz Lisboa.

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, Ana Pinto, Kamaldeep Kaur **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 híbrida da *Just News*, impressa e em formato digital (e-paper), de periodicidade quadrimestral. Dirigida a profissionais de saúde, está 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:** TYPPIA - Grupo Montereira, Área Empresarial Andalucía 28320 Pinto Madrid, Espanha **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



JOÃO SÁ, PRESIDENTE DA COMISSÃO CIENTÍFICA DO 27.º CONGRESSO NACIONAL DE MEDICINA INTERNA:

“A Medicina Interna exerce bem e confere uma enorme segurança à atividade das restantes especialidades”

Contabilizando já 45 anos de dedicação à especialidade que escolheu, João Sá teve a oportunidade, em 2006, de criar um Serviço de Medicina Interna tal como idealizava, ao ser convidado para participar no projeto de construção do Hospital da Luz Lisboa. Nesta entrevista, damos a conhecer o percurso de vida do internista que testemunhou a fundação e o progresso do SNS, que defende a importância da MI como garante de toda a atividade hospitalar e que está muito envolvido na organização do 27.º CNMI, contribuindo para o desenho de um programa científico que ultrapassa a componente técnica.

Just News (JN) – Quando recebeu o Prémio de Medicina Interna 2019, descreveram-no como um médico excecional e um colega extraordinário...

João Sá (JS) – Considero que se trata de um exagero generoso de quem sente amizade por mim. No fundo, procuro ser um bom amigo dos meus colegas e sempre gostei de proteger e ajudar os mais novos, de lhes abrir caminho e de alguma forma os entusiasmar com a profissão, cujo desempenho vejo como uma missão de vida. Faço-o desde sempre. Recordo-me de, em 1984, ainda durante o meu internato médico, quando estava no Hospital de Santa Marta, o meu superior hierárquico ter adoecido gravemente e eu ter assumido a responsabilidade de dirigir uma equipa. Desde esse momento que lido com médicos mais jovens, gostando de os ver evoluir positivamente e de sentir que são as pessoas certas em lugares de responsabilidade.

Esta é uma dimensão curricular que gosto sempre de citar porque o ato de preparar e de promover os vindouros para que sejam bons médicos é, de facto, uma missão que temos para além da obrigação clínica de cuidar dos nossos doentes. Os médicos que nós formamos vão ser os médicos dos nossos filhos e netos, pelo que temos que passar o testemunho o melhor possível e fazer com que eles cresçam mais rapidamente e sejam melhores do que nós fomos – fundamentalmente, serem melhores mais cedo. Aí reside o progresso de qualquer grupo ou organização.

JN – Porque escolheu seguir Medicina?

JS – No seio de uma família de professores e juristas, eu fui o primeiro médico, fruto de uma influência que se revelaria decisiva. Na década de 60, quando estudava no Liceu Camões, em Lisboa, a minha mãe – professora do ensino primário – adoeceu gravemente, com um mal

que na altura não tinha cura, uma doença de Hodgkin de apresentação visceral. Ao longo de cinco anos, testemunhei o acompanhamento médico, os progressos e retrocessos. Na fase final, que decorreu em nossa casa, contactei de perto com clínicos de elevado gabarito técnico e humano. Posso afirmar que foi a vivência da doença da minha mãe e o contacto com aqueles “sacerdotes” que me levaram a cursar Medicina.

JN – Como decorreu o curso?

JS – Ao passo que no Liceu Camões a nossa atividade académica era muito programada e controlada, na Faculdade geríamos o nosso tempo, o que foi uma descoberta muito interessante. Até ao quarto ano, fui aluno da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, no Hospital de Santa Maria. Nessa ocasião – estamos a falar do ano de 1973 –, o número de alunos era imenso, ultrapassando os 400, o que tornava muito difícil viabilizar as aulas práticas. Como consequência, os Hospitais Cívicos de Lisboa abriram um ciclo clínico e lá terminei o curso, realizei o Internato Geral e o de Especialidade (designação dessa época) e grande parte da minha carreira profissional.

JN – Foi uma mudança positiva...

JS – Sim, porque éramos apenas 100. Inscrevemo-nos voluntariamente e assim, em turmas mais pequenas, talvez tenhamos conseguido aprender melhor. Recordo-me, por exemplo, de sermos três a frequentar uma turma de Ginecologia e Obstetrícia e seis a de Neurologia. Saímos de lá, eventualmente, com uma tarimba em termos práticos muito adequada. Por outro lado, não era um ambiente desconhecido porque naquela época existia a tradição de, a partir do terceiro ano, os alunos

[Continua na pág. 10]



(Continuação da pág. 8)

frequentarem os serviços de Urgência dos hospitais de Santa Maria ou de São José, como aconteceu no meu caso.

No entanto, existiu alguma controvérsia: certos médicos seniores dos Hospitais Cívicos de Lisboa discordaram da instalação de um polo de ensino pré-graduado, alegando a falta crónica de condições assistenciais, cuja existência consideravam justamente prioritária. Há que lembrar que, na década de 70, os hospitais eram instituições muito modestas, com carência de equipamentos e de consumíveis, guarnecidas por profissionais mal remunerados. Apesar de esta experiência ter terminado ao fim de três

"APÓS TER ESTADO UM ANO E MEIO NO SERVIÇO MILITAR, INICIEI O INTERNATO DE ESPECIALIDADE EM MEDICINA INTERNA NO HOSPITAL DE SANTA MARTA, NUM SERVIÇO MUITO PRESTIGIADO."



ou quatro anos, para quem a vivenciou, e principalmente para mim, foi ótima, porque me abriu as portas da minha "residência profissional" de algumas décadas. Após ter estado um ano e meio no Serviço Militar, iniciei o Internato de Especialidade em Medicina Interna no Hospital de Santa Marta, num serviço muito prestigiado, dirigido pelo Dr. Carlos George, anterior enfermeiro-mor dos Hospitais Cívicos de Lisboa.

JN – O que o levou a seguir MI?

JS – Na verdade, tive algumas dúvidas. Por um lado, interessei-me pela Hematologia Clínica, quando realizei o Internato Geral de Medicina no Serviço 3 do Hospital de Santo António dos Capuchos, que era dirigido pelo Dr. Renato Valadas Pretos, personalidade da Medicina e da Cultura, que mantinha um belíssimo contacto com os doentes. Apostou na investigação clínica numa época de dificuldades, pela falta generalizada de ambição na estratégia das instituições hospitalares e pela escassez de recursos económicos. Por outro lado, tinha o gosto pela MI e tive a sorte de a Dr.ª Felicidade Graça, que tinha sido minha tutora no início do Internato Geral, avaliando o meu perfil pessoal e profissional, ter influenciado decisivamente a minha escolha.

JN – O que significa ter perfil de internista?

JS – Na altura, eu tinha uma formação razoável e interessava-me por todo o tipo de patologias. A Dr.ª Felicidade Graça pode ter identificado a minha boa ca-

pacidade de comunicação com os doentes, o meu espírito aberto e eclético e, no seu saber de pessoa mais experiente, ter percebido que, provavelmente, me enquadraria bem numa disciplina que tocava todos os capítulos da patologia e da clínica, em vez de ficar acantonado numa área de especialidade.

JN – Mais tarde, veio a dar-lhe razão...

JS – Sim, penso que foi um bom conselho. Foi uma pessoa que me ajudou muito e que não esqueço. Além dos nomes que já referi, o Dr. Fernando Lacerda Nobre, que foi meu chefe de equipa e diretor de serviço no Hospital de Santa Marta, transmitiu-me a elegância no ato do diagnóstico. Fui ainda influenciado por três cirurgiões gerais marcantes: o Dr. Jorge Girão – um príncipe perfeito da Cirurgia –, o Dr. José Manuel Mendes de Almeida – um profissional que realizava as cirurgias mais complexas e que estabelecia um contacto fantástico com os doentes –, e o Dr. Sérgio Sabido Ferreira, com quem contactei no início do meu percurso, no Hospital do Desterro, e que considero ser o cirurgião mais internista que conheci.

Estamos a falar de uma época em que não existia a ecografia, a tomografia axial computadorizada ou a ressonância magnética nuclear. Dispúnhamos quase exclusivamente da radiologia convencional, que era de qualidade excelente. A Patologia Clínica, sempre importante, era limitada na extensão e na sofisticação. De facto, a clínica tinha um enorme peso e muitos profissionais, depois de uma troca de impressões com os doentes mais ou menos pro-

funda e de aplicarem os seus sentidos, as mãos e o estetoscópio, chegavam rapidamente ao diagnóstico. Hoje, diagnosticamos mais, e mais cedo, na fase pré-clínica de muitas doenças, fruto da intervenção dos exames complementares de elevado poder discriminativo. Mais tarde, tive a influência do Dr. António Resina Rodrigues, o meu diretor dos Cuidados Intensivos, que demonstrou ser um homem muito responsável, exigente, dinâmico, inovador e marcante pela dedicação absoluta ao hospital. Há 40 anos, fundou a Unidade de Urgência Médica do Hospital de São José, que foi, de alguma forma, a mãe das unidades de Cuidados Intensivos do Centro e Sul do país.

JN – Terá sido quem o influenciou a sentir-se atraído pelo intensivismo...

JS – Sim, acabei por trabalhar pelo menos uma década e meia em Cuidados Intensivos no Hospital de São José, que vejo como uma época excelente da minha carreira. Posteriormente, tornei-me chefe de Serviço de MI desse hospital, transitando para o Serviço 2, que vim a dirigir anos depois. Corria o ano de 2000 quando o Prof. José Roquette me desafiou para a participação e intervenção no projeto do Hospital da Luz.

A PASSAGEM DO SETOR PÚBLICO PARA O PRIVADO: "UMA ORGANIZAÇÃO MAIS DINÂMICA"

JN – Como encarou a experiência de criar um Serviço de raiz?



JS – Fisicamente, o Hospital da Luz nem sequer existia, pelo que, entre 2000 e 2006, colaborámos no seu planeamento com a equipa de gestores, que recordei como um trabalho empolgante. Foi uma fase em que muito aprendi e ensinei, materializadora de sonhos antigos. A atividade clínica conheceu o seu início em dezembro de 2006 e eu realizei a primeira consulta a um doente adulto no dia 4 desse mês, uma data com peso histórico para mim.

JN – Foi fácil distanciar-se dos hospitais públicos?

JS – Devo dizer que sofri bastante. Eu estava muito ligado aos hospitais públicos, principalmente aos Hospitais Cívicos de Lisboa, pelo que a mudança não se realizou sem uma espécie de luto, que me custou imenso. Foi a casa em que me formei e em que trabalhei durante 35 anos. Devo recordar que, na sequência de um concurso de provimento de vaga de assistente hospitalar, experienciei um ano no Serviço de Medicina IV do Hospital de Santa Maria, logo que acabei a especialidade. Assim, tive a oportunidade de conhecer dois estilos institucionais diferentes – o Hospital de Santa Maria, necessariamente e também uma plataforma de ensino pré-graduado, e os Hospitais Cívicos de Lisboa, assistenciais, e uma excelente escola de pós-graduação –, o que me enriqueceu bastante em termos de cultura organizacional. Durante muito tempo, ao passar no Martim Moniz, olhando para o Hospital de São José, vinham-me as lágrimas aos olhos de saudade, porque foi ali, na vivência de todas as dificuldades, que me construí. Eu assisti à

JOÃO SÁ

A entrega à Medicina Interna

Ao longo dos seus 45 anos de carreira, João Sá dedicou-se, além da vertente clínica, à associativa e pedagógica. Após especializar-se em MI, obteve em 1990 o Diploma Europeu em Medicina Intensiva e em 2003 a competência em Gestão de Saúde pela Ordem dos Médicos. Entre um vasto currículo, destacam-se as seguintes participações no âmbito clínico:

- Internato Geral nos Hospitais Cívicos de Lisboa (1975-1977)
- Internato de MI no Hospital de Santa Marta (1979-1984)
- Assistente Hospitalar do Serviço de Medicina IV do Hospital de Santa Maria (1987-88)
- Assistente Hospitalar da Unidade de Urgência Médica do Hospital de São José (1988-1998)
- Chefe de Serviço de MI, Serviço 2 do Hospital de S. José (1998-2003)
- Diretor do Serviço de MI do Hospital de São José (2003-2007)
- Diretor clínico adjunto do CH de Lisboa Central (2004-2005)
- Diretor do Serviço de MI do Hospital da Luz Lisboa (dezembro 2006-2016)
- Diretor clínico adjunto do Hospital da Luz Lisboa (2006-2018)

Acrescem diversas componentes pedagógicas e associativas:

- Monitor das disciplinas de Anatomia Descritiva da FMUL (1970-1971) e de Histologia e Embriologia da FCM-UNL (1974-1975)
- Membro do Conselho Nacional de Ética e Deontologia Médicas da Ordem dos Médicos (1993-1999)
- Presidente da Direção da Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (1997-1998)
- 1.º Secretário da Sociedade das Ciências Médicas de Lisboa (1996-2006)
- Vogal da Direção (1994-2000) e presidente do Conselho Diretivo (2000-2003 e 2003-2006) do Colégio da Especialidade de MI da Ordem dos Médicos
- Presidente do Júri Nacional do Concurso de Admissão ao Internato da Especialidade de MI (1998-2000)
- Presidente da Comissão de Ética para a Saúde do CH de Lisboa Central (2004-2007)
- Presidente da Comissão de Ética e da Comissão de Farmácia e Terapêutica do Hospital da Luz Lisboa (2006-2012)

"DURANTE MUITO TEMPO, AO PASSAR NO MARTIM MONIZ, OLHANDO PARA O HOSPITAL DE SÃO JOSÉ, VINHAM-ME AS LÁGRIMAS AOS OLHOS DE SAUDADE, PORQUE FOI ALI, NA VIVÊNCIA DE TODAS AS DIFICULDADES, QUE ME CONSTRUI."

melhoria significativa dos hospitais, em meados da década de 80, com a aquisição de muitos equipamentos e a realização de várias obras de intervenção. No início da minha carreira, os médicos permaneciam nos hospitais apenas durante as manhãs, exceção feita aos turnos de Urgência Externa. Tudo mudou para melhor em função

do progresso e da exigência crescente em termos de acesso e de qualidade em saúde por parte das comunidades e populações. Começamos a fazer jornadas diárias e, inclusivamente, de 24 horas. Eu testemunhei a fundação e instalação do SNS e o desenvolvimento e intervenção positiva dos hospitais, uma etapa muito interessante que, infelizmente, terá terminado em meados da primeira década do século XXI.

JN – No entanto, deve ter descoberto outras vantagens no sistema privado.

JS – Efetivamente, em termos organizativos, senti uma grande diferença. Por exemplo, há 15 anos, uma TAC num hospital público demorava entre cinco a sete dias a ser realizada, o que não fazia sentido. Recordo-me bem de um dos primeiros momentos de enfermagem no Hospital da Luz em que, após ter requisitado uma TAC no processo clínico eletrónico, entre uma série de outros exames, cinco minutos volvidos o doente estava a ser transportado numa maca para efetuar o estudo. Trata-se realmente de uma organização mais dinâmica, onde o tempo é precioso para o doente em termos clínicos e económicos.

No fundo, a mudança aconteceu no topo da minha carreira – diretor de Serviço, nada mais ambicionando para além da conquista de melhores condições de

(Continua na pág. 12)

[Continuação da pág. 11]

acolhimento dos nossos doentes e de exercício clínico ajustado e de qualidade. Realmente colocaram-me um desafio muito interessante: lançar uma instituição diferente e construir equipas.

JN – Conseguiu construir o Serviço da forma que idealizava?

JS – Sim, e existiu um fator crucial que contribuiu para tal. Como se sabe, antigamente, a hospitalização privada estava muito dedicada às disciplinas cirúrgicas, como a Cirurgia Geral, a Ortopedia, a Urologia e a Otorrinolaringologia. O nosso Conselho Executivo acreditou na MI e deu-nos a possibilidade de construir um Serviço porque percebeu que a MI exerce bem e confere uma enorme segurança à atividade das restantes especialidades. Quando há qualquer efeito acessório ou complicação, a Medicina Interna e a Medicina Intensiva estão presentes. No fundo, trouxemos do setor público aquilo que era válido, nomeadamente, a dinâmica do trabalho em equipa, a realização de reuniões de tipologia diversa, o ensino pré e pós-graduado e a investigação clínica. A discussão pluridisciplinar de doenças e doentes é outro dos valores apadrinhados pela MI.

JN – Quais são as valências da MI na estrutura

do Hospital da Luz? **JS** – A nossa atividade assistencial abrange o Internamento, a Consulta Externa, o Hospital de Dia Médico e o Serviço de Urgência Externa (Atendimento Médico Permanente). Protagonizamos algumas consultas mais especializadas, como as de Doenças Autoimunes, Risco Vascular, Hipocoagulação, Medicina do Viajante e Doença Médica da Gravidez e Puerpério. Prestamos também consultoria às restantes especialidades. Este foi, desde a fundação, um aspeto que procurei implementar, porque trazia essa vivência do Hospital de São José. No fundo, nós estávamos presentes em toda a instituição. Tal também era comum no Serviço de Medicina Intensiva, onde prestávamos maioritariamente apoio a qualquer doente grave de outro Serviço, destacando a Unidade de Queimados, na minha opinião, a área mais difícil dos Cuidados Intensivos. Realmente, eu vinha muito habituado a

assegurar esse apoio, atividade muito interessante e gratificante, que nos permite diagnosticar e tratar muitos doentes das áreas cirúrgicas, que tendencialmente são mais jovens e passíveis de uma cura completa. A Urgência é partilhada entre a Medicina Interna e a MGF. Enquanto na linha da frente do Atendimento Médico Permanente está essencialmente a MGF e interventores de algumas especialidades hospitalares, a equipa de MI assegura a Sala de Observação, para onde são encaminhados os doentes com uma situação clínica mais complexa.

JN – Quando cedeu a direção do Serviço de MI do Hospital da Luz Lisboa à sua sucessora?

JS – A mudança de direção aconteceu no seguimento da constituição de um organigrama de departamentos, em 2015. Além da minha responsabilidade enquanto diretor clínico adjunto, passei a assumir também a direção do Departamento de Medicina e, nesse momento, em 2016, entreguei formalmente o Serviço de MI à Prof.^a Alexandra Bayão Horta, tal como a Unidade de Cuidados Intensivos ao Dr. José Andrade Gomes. Na realidade, ambos foram, desde o início, protagonistas maiores dos respetivos serviços. Em 2019, dei por terminadas as minhas funções como diretor do Departamento e desde então

não tenho qualquer responsabilidade hierárquica. O meu exercício atual é exclusivamente clínico.

JN – Já conhecia bem a Prof.^a Alexandra Bayão Horta?

JS – Em boa verdade, fomos os dois os fundadores do Serviço de MI. Vivemos uma época exigente porque nos primeiros meses éramos os únicos a responder a um cenário desconhecido. Aconteceu que muito rapidamente os doentes não cirúrgicos demandaram o hospital, obrigando a uma tarefa de assistência sem pausas ou folgas. Foi uma época em que não existiam fins de semana. Por força da pressão do acesso e da permanência dos doentes, a equipa foi aumentando gradualmente.

JN – Atualmente, passa muito menos tempo no Serviço...

JS – Neste momento, dedico-me essencialmente ao Ambulatório, à Consulta Externa e, por vezes, interno

doentes e procedo ao seu acompanhamento, ou solcito aos colegas mais novos que o façam. No entanto, continuo a estar presente no Serviço todos os dias e sempre que é necessário, devido a uma grande pressão de consultas ou outras ocorrências.

“TENTEI SEMPRE CONTRARIAR A BALCANIZAÇÃO DA MI”

JN – A sua dedicação à Medicina Interna incluiu ainda a presidência do Colégio da Especialidade, entre 2000 e 2006...

JS – Abracei essa responsabilidade e foi uma experiência muito interessante. Em conjunto com um grupo de colegas “militantes” da causa da MI, fizemos um trabalho reformador dos princípios e da regulação do exercício da especialidade. Penso que a remodelação do Programa de Formação Específica do Internato tenha sido a nossa conquista mais importante. Ao mesmo tempo, modificámos outras ferramentas de organização e começámos a percorrer os serviços do país, avaliando capacidades e qualidades no âmbito da obtenção de idoneidade formativa, o que me permitiu conhecer muitos internistas de Norte a Sul. No panorama atual, os colégios das especialidades têm-se manifestado e tomado posições relativamente às políticas de enfrentamento da covid-19. São

realmente estruturas muito singulares, pela relevância que lhes é reconhecida atualmente.

JN – Os colégios das especialidades devem ter um papel importante no surgimento de subespecialidades...

JS – Recuando à década de 70, quando comecei a trabalhar nos Hospitais Cívicos de Lisboa, apenas existia, em termos de especialidades médicas, a MI, a Cardiologia e a Neurologia. Assisti à criação dos serviços de especialidades não cirúrgicas, como a Nefrologia, a Hematologia, a Endocrinologia, a Pneumologia e a Gastrenterologia. Este surgimento foi impulsionado por internistas que começaram a interessar-se por determinadas áreas da clínica e em desenvolvê-las. Perdeu a MI protagonistas excelentes dessa época, mas ganharam-se especialistas distintos.

Quando fui presidente do Colégio da Especialidade de

Medicina Interna da Ordem dos Médicos, deparei-me com várias áreas de tensão. Em primeiro lugar, colocava-se a questão da formação de especialidades e subespecialidades e devo dizer que combati, por exemplo, a criação da especialidade de Geriatria e de várias subespecialidades de órgão, porque tal ia representar um empobrecimento da MI. Ao fazê-lo, iríamos perder profissionais e tipologias de doentes que gostávamos de seguir. Tentei sempre contrariar a balcanização da MI, procurando que não perdêssemos a capacidade de abordar todo o tipo de patologia. Há pouco tempo, assistimos à criação da especialidade de Medicina Intensiva, o que para mim também não faz sentido. Por outro lado, existia a questão de a responsabilidade de assegurar o Serviço de Urgência vir a recair cada vez mais sobre os internistas, porque os restantes especialistas, de uma forma geral, não gostavam ou não queriam fazê-lo, e as tutelas foram permitindo esse afastamento. Nessa fase, recebi muitas cartas e lamentos de vários diretores de Serviço a queixarem-se de que os seus serviços estavam a sofrer o impacto da alocação de internos e especialistas nas guarnições de Urgência, ameaçando a eficácia e a qualidade da assistência e do ensino pós-graduado. Esta não terá sido uma batalha ganha, mas a Urgência Médica é, efetivamente, um território de protagonismo da MI. Nos nossos dias, o Colégio da Especialidade de MI tem-se confrontado com a tentativa de criação da especialidade de Medicina de Urgência e Emergência, algo com que não concordo.

JN – Deparou-se com outras dificuldades?

JS – Recordo-me de ter percecionado uma grande incongruência relativamente ao número de vagas para a especialidade e que quem tutelava não conhecia a demografia dos especialistas, pelo que as vagas eram abertas sem qualquer rigor. Se numa fase a disponibilização era excessiva, rapidamente se limitava, configurando um movimento ondulante que não obedecia a qualquer rigor no apuramento das necessidades reais, em bruto, no país e por instituição. Os câmbios de legislação sobre aposentações, autorizando retiradas precoces e sem penalização, vieram “decapitar” alguns serviços, que viram os seus médicos mais seniores e experientes abandonar a atividade. Lembro-me de a tradição ser a de um diretor de Serviço se reformar aos 70 anos e, nessa época, começámos a assistir a reformas a partir dos 55 anos. Após dois mandatos, cessei funções em 2006, porque entendo que os cargos devem ser renovados e que não nos devemos eternizar neles. Tenho vindo a assistir à realização de um bom trabalho, tanto a nível do Colégio da Especialidade como da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna.

JN – Acredita que a MI é uma especialidade reconhecida?

JS – Penso que ainda não o será. A maior parte da população, ainda hoje, não sabe o que é um internista e confunde-nos, de certa forma, com a Medicina Geral e Familiar. Haverá, eventualmente, uma parcela de pessoas mais informadas, que gosta de dizer que tem o seu internista, mas a especialidade ainda é pouco valorizada, apesar do esforço de divulgação por parte da SPMI. O Dr. Faustino Ferreira foi o primeiro a impulsionar esta

tentativa de explicar à população o que é a MI, existindo, inclusivamente, um folheto explicativo criado pela SPMI que tenho numa das gavetas do meu gabinete e que entrego aos doentes quando me colocam essa questão. Recordo-me de, certo dia, ter dado esta explicação a um doente economista e de ele ter rematado com a expressão: “Então vocês fazem a síntese!” Realmente, também temos esse papel.

Ainda ontem recebi uma doente que vinha sem qualquer queixa aguda e que me dizia recorrer à Cardiologia, à Gastrenterologia e à Neurologia e sentir falta de alguém que fizesse a agregação de toda a informação e a conhecesse a ela de uma forma mais completa. E acrescentava ficar sempre com a sensação de que em cada especialidade existia apenas um interesse por respetiva área e não pelo todo. As pessoas começam realmente a identificar estas dificuldades e a procurar alguém que tenha um perfil mais abrangente, eclético e difuso, que faça a gestão de toda a operação clínica.

JN – Sente que com a pandemia os intensivistas “ganham pontos” face aos internistas?

JS – Penso que, até surgir este contexto, a especialidade de Medicina Intensiva não era muito conhecida pela população. Quem tinha familiares nos Cuidados Intensivos percebia que era uma área de doentes graves, críticos, mas realmente não era uma especialidade muito

“OS DOENTES COMEÇAM A PROCURAR ALGUÉM QUE TENHA UM PERFIL MAIS ABRANGENTE, ECLÉTICO E DIFUSO.”

citada. Ainda hoje acontece uma situação interessante, que é os doentes não guardarem memória da passagem pelos Cuidados Intensivos, pela sua condição clínica, por terem estado sedados ou por existir qualquer fenómeno de denegação. Quando têm alta hospitalar, ficam muito gratos ao médico que lhes entrega a Nota de Alta, mas não reconhecem o contributo de quem os acompanhou na fase mais crítica e a quem, quiçá, devem o facto de estar vivos e reabilitados.

Com o surgir desta pandemia, a população percebeu que nos casos de falta de ar e de outros sintomas os doentes têm que ser alvo de uma terapêutica mais intensa de administração de oxigénio ou até mesmo de ventilação mecânica e, hoje em dia, há uma enorme preocupação quanto ao número de camas livres nos CI. Penso que a valorização desta área aconteceu não como consequência da criação da especialidade, mas da exposição pública decorrente da pandemia atual.

O Dr. Resina Rodrigues costumava dizer que “os Cuida-

dos Intensivos são a Medicina Interna dos doentes em estado crítico”. É uma expressão muito interessante e penso que, realmente, se trata de uma MI difícil porque os doentes não estão em condições de contar as suas histórias e muitas vezes não conhecemos os seus antecedentes pessoais e familiares. Trabalhamos com pouca informação e o exame físico nem sempre é fácil e esclarecedor. E pesam muito os problemas da comunicação atípica doente-médico nesse âmbito.

27.º CNMI: “UM PROGRAMA INTERESSANTE, QUE ABRANGE TÉCNICA, ORGANIZAÇÃO, LIDERANÇA E SEGURANÇA CLÍNICA”

JN – Enquanto presidente da Comissão Científica do 27.º Congresso Nacional de MI, qual é o ponto da situação relativamente ao Programa?

JS – Neste momento, o Programa está definido e os oradores convidados. Penso que é um Programa interessante, que inclui tópicos não só da área técnica, mas também dos campos da organização, da liderança e da segurança clínica. Por vezes, as comissões organizadoras e científicas têm dificuldade em imaginar algo de novo. Estou seguro de que conseguimos girar um Programa com modernidade e inovação, que despertará um interesse generalizado a internistas e outros especialistas.

JN – Quais serão os pilares desta edição?

JS – Como sempre, teremos uma dimensão forte relativamente à doença cardiovascular, nomeadamente, a insuficiência cardíaca, o risco vascular e a diabetes *mellitus*. A patologia autoimune também será discutida por ser uma área muito querida dos internistas, ao tocar vários órgãos, a par das doenças infecciosas e das que afetam o aparelho respiratório. Este ano, serão exploradas as questões decorrentes da pandemia a SARS-CoV-2. Outros temas, como a multimorbilidade, a formação em internato, a investigação nos serviços de MI e as eternas questões dos serviços de Urgência, serão analisados por figuras de bom protagonismo nestas áreas. Por outro lado, uma vez que a SPMI tem vindo a estimular a relação da MI com a MGF e a instituição onde trabalhamos integra um Serviço de MGF, algo único a nível nacional, criámos um espaço para essa especialidade se pronunciar quanto à relação com o hospital, aos critérios de referenciação e à forma de receber doentes oriundos dos cuidados hospitalares. Efetivamente, gerimos áreas adjacentes, por vezes, sobrepostas, pelo que a discussão da relação entre pares também é uma área interessante. Como sempre, terão lugar cursos de formação pré-congresso, sempre muito pretendidos pelos internos e pelos jovens especialistas. Não posso deixar de referir que teremos uma mesa-redonda relativa à *Medicina Interna - Revista da SPMI*, que me é muito querida, que sirvo como editor-chefe há já alguns anos.

JN – E como tem corrido essa sua tarefa?

JS – Posso dizer que tem sido um trabalho interessantíssimo. Eu não tinha qualquer experiência neste campo e aprendi muito, sobretudo com a nossa consultora

[Continua na pág. 14]



do Hospital da Luz?

JS – A nossa atividade assistencial abrange o Internamento, a Consulta Externa, o Hospital de Dia Médico e o Serviço de Urgência Externa (Atendimento Médico Permanente). Protagonizamos algumas consultas mais especializadas, como as de Doenças Autoimunes, Risco Vascular, Hipocoagulação, Medicina do Viajante e Doença Médica da Gravidez e Puerpério. Prestamos também consultoria às restantes especialidades. Este foi, desde a fundação, um aspeto que procurei implementar, porque trazia essa vivência do Hospital de São José. No fundo, nós estávamos presentes em toda a instituição. Tal também era comum no Serviço de Medicina Intensiva, onde prestávamos maioritariamente apoio a qualquer doente grave de outro Serviço, destacando a Unidade de Queimados, na minha opinião, a área mais difícil dos Cuidados Intensivos. Realmente, eu vinha muito habituado a

não tenho qualquer responsabilidade hierárquica. O meu exercício atual é exclusivamente clínico.

JN – Já conhecia bem a Prof.^a Alexandra Bayão Horta?

JS – Em boa verdade, fomos os dois os fundadores do Serviço de MI. Vivemos uma época exigente porque nos primeiros meses éramos os únicos a responder a um cenário desconhecido. Aconteceu que muito rapidamente os doentes não cirúrgicos demandaram o hospital, obrigando a uma tarefa de assistência sem pausas ou folgas. Foi uma época em que não existiam fins de semana. Por força da pressão do acesso e da permanência dos doentes, a equipa foi aumentando gradualmente.

JN – Atualmente, passa muito menos tempo no Serviço...

JS – Neste momento, dedico-me essencialmente ao Ambulatório, à Consulta Externa e, por vezes, interno

doentes e procedo ao seu acompanhamento, ou solcito aos colegas mais novos que o façam. No entanto, continuo a estar presente no Serviço todos os dias e sempre que é necessário, devido a uma grande pressão de consultas ou outras ocorrências.

“TENTEI SEMPRE CONTRARIAR A BALCANIZAÇÃO DA MI”

JN – A sua dedicação à Medicina Interna incluiu ainda a presidência do Colégio da Especialidade, entre 2000 e 2006...

JS – Abracei essa responsabilidade e foi uma experiência muito interessante. Em conjunto com um grupo de colegas “militantes” da causa da MI, fizemos um trabalho reformador dos princípios e da regulação do exercício da especialidade. Penso que a remodelação do Programa de Formação Específica do Internato tenha sido a nossa conquista mais importante. Ao mesmo tempo, modificámos outras ferramentas de organização e começámos a percorrer os serviços do país, avaliando capacidades e qualidades no âmbito da obtenção de idoneidade formativa, o que me permitiu conhecer muitos internistas de Norte a Sul. No panorama atual, os colégios das especialidades têm-se manifestado e tomado posições relativamente às políticas de enfrentamento da covid-19. São

Medicina Interna da Ordem dos Médicos, deparei-me com várias áreas de tensão. Em primeiro lugar, colocava-se a questão da formação de especialidades e subespecialidades e devo dizer que combati, por exemplo, a criação da especialidade de Geriatria e de várias subespecialidades de órgão, porque tal ia representar um empobrecimento da MI. Ao fazê-lo, iríamos perder profissionais e tipologias de doentes que gostávamos de seguir. Tentei sempre contrariar a balcanização da MI, procurando que não perdêssemos a capacidade de abordar todo o tipo de patologia. Há pouco tempo, assistimos à criação da especialidade de Medicina Intensiva, o que para mim também não faz sentido. Por outro lado, existia a questão de a responsabilidade de assegurar o Serviço de Urgência vir a recair cada vez mais sobre os internistas, porque os restantes especialistas, de uma forma geral, não gostavam ou não queriam fazê-lo, e as tutelas foram permitindo esse afastamento. Nessa fase, recebi muitas cartas e lamentos de vários diretores de Serviço a queixarem-se de que os seus serviços estavam a sofrer o impacto da alocação de internos e especialistas nas guarnições de Urgência, ameaçando a eficácia e a qualidade da assistência e do ensino pós-graduado. Esta não terá sido uma batalha ganha, mas a Urgência Médica é, efetivamente, um território de protagonismo da MI. Nos nossos dias, o Colégio da Especialidade de MI tem-se confrontado com a tentativa de criação da especialidade de Medicina de Urgência e Emergência, algo com que não concordo.

JN – Deparou-se com outras dificuldades?

JS – Recordo-me de ter percecionado uma grande incongruência relativamente ao número de vagas para a especialidade e que quem tutelava não conhecia a demografia dos especialistas, pelo que as vagas eram abertas sem qualquer rigor. Se numa fase a disponibilização era excessiva, rapidamente se limitava, configurando um movimento ondulante que não obedecia a qualquer rigor no apuramento das necessidades reais, em bruto, no país e por instituição. Os câmbios de legislação sobre aposentações, autorizando retiradas precoces e sem penalização, vieram “decapitar” alguns serviços, que viram os seus médicos mais seniores e experientes abandonar a atividade. Lembro-me de a tradição ser a de um diretor de Serviço se reformar aos 70 anos e, nessa época, começámos a assistir a reformas a partir dos 55 anos. Após dois mandatos, cessei funções em 2006, porque entendo que os cargos devem ser renovados e que não nos devemos eternizar neles. Tenho vindo a assistir à realização de um bom trabalho, tanto a nível do Colégio da Especialidade como da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna.

JN – Acredita que a MI é uma especialidade reconhecida?

JS – Penso que ainda não o será. A maior parte da população, ainda hoje, não sabe o que é um internista e confunde-nos, de certa forma, com a Medicina Geral e Familiar. Haverá, eventualmente, uma parcela de pessoas mais informadas, que gosta de dizer que tem o seu internista, mas a especialidade ainda é pouco valorizada, apesar do esforço de divulgação por parte da SPMI. O Dr. Faustino Ferreira foi o primeiro a impulsionar esta

tentativa de explicar à população o que é a MI, existindo, inclusivamente, um folheto explicativo criado pela SPMI que tenho numa das gavetas do meu gabinete e que entrego aos doentes quando me colocam essa questão. Recordo-me de, certo dia, ter dado esta explicação a um doente economista e de ele ter rematado com a expressão: “Então vocês fazem a síntese!” Realmente, também temos esse papel.

Ainda ontem recebi uma doente que vinha sem qualquer queixa aguda e que me dizia recorrer à Cardiologia, à Gastrenterologia e à Neurologia e sentir falta de alguém que fizesse a agregação de toda a informação e a conhecesse a ela de uma forma mais completa. E acrescentava ficar sempre com a sensação de que em cada especialidade existia apenas um interesse por respetiva área e não pelo todo. As pessoas começam realmente a identificar estas dificuldades e a procurar alguém que tenha um perfil mais abrangente, eclético e difuso, que faça a gestão de toda a operação clínica.

JN – Sente que com a pandemia os intensivistas “ganham pontos” face aos internistas?

JS – Penso que, até surgir este contexto, a especialidade de Medicina Intensiva não era muito conhecida pela população. Quem tinha familiares nos Cuidados Intensivos percebia que era uma área de doentes graves, críticos, mas realmente não era uma especialidade muito

“OS DOENTES COMEÇAM A PROCURAR ALGUÉM QUE TENHA UM PERFIL MAIS ABRANGENTE, ECLÉTICO E DIFUSO.”

citada. Ainda hoje acontece uma situação interessante, que é os doentes não guardarem memória da passagem pelos Cuidados Intensivos, pela sua condição clínica, por terem estado sedados ou por existir qualquer fenómeno de denegação. Quando têm alta hospitalar, ficam muito gratos ao médico que lhes entrega a Nota de Alta, mas não reconhecem o contributo de quem os acompanhou na fase mais crítica e a quem, quiçá, devem o facto de estar vivos e reabilitados.

Com o surgir desta pandemia, a população percebeu que nos casos de falta de ar e de outros sintomas os doentes têm que ser alvo de uma terapêutica mais intensa de administração de oxigénio ou até mesmo de ventilação mecânica e, hoje em dia, há uma enorme preocupação quanto ao número de camas livres nos CI. Penso que a valorização desta área aconteceu não como consequência da criação da especialidade, mas da exposição pública decorrente da pandemia atual.

O Dr. Resina Rodrigues costumava dizer que “os Cuida-

dos Intensivos são a Medicina Interna dos doentes em estado crítico”. É uma expressão muito interessante e penso que, realmente, se trata de uma MI difícil porque os doentes não estão em condições de contar as suas histórias e muitas vezes não conhecemos os seus antecedentes pessoais e familiares. Trabalhamos com pouca informação e o exame físico nem sempre é fácil e esclarecedor. E pesam muito os problemas da comunicação atípica doente-médico nesse âmbito.

27.º CNMI: “UM PROGRAMA INTERESSANTE, QUE ABRANGE TÉCNICA, ORGANIZAÇÃO, LIDERANÇA E SEGURANÇA CLÍNICA”

JN – Enquanto presidente da Comissão Científica do 27.º Congresso Nacional de MI, qual é o ponto da situação relativamente ao Programa?

JS – Neste momento, o Programa está definido e os oradores convidados. Penso que é um Programa interessante, que inclui tópicos não só da área técnica, mas também dos campos da organização, da liderança e da segurança clínica. Por vezes, as comissões organizadoras e científicas têm dificuldade em imaginar algo de novo. Estou seguro de que conseguimos girar um Programa com modernidade e inovação, que despertará um interesse generalizado a internistas e outros especialistas.

JN – Quais serão os pilares desta edição?

JS – Como sempre, teremos uma dimensão forte relativamente à doença cardiovascular, nomeadamente, a insuficiência cardíaca, o risco vascular e a diabetes *mellitus*. A patologia autoimune também será discutida por ser uma área muito querida dos internistas, ao tocar vários órgãos, a par das doenças infecciosas e das que afetam o aparelho respiratório. Este ano, serão exploradas as questões decorrentes da pandemia a SARS-CoV-2. Outros temas, como a multimorbilidade, a formação em internato, a investigação nos serviços de MI e as eternas questões dos serviços de Urgência, serão analisados por figuras de bom protagonismo nestas áreas. Por outro lado, uma vez que a SPMI tem vindo a estimular a relação da MI com a MGF e a instituição onde trabalhamos integra um Serviço de MGF, algo único a nível nacional, criámos um espaço para essa especialidade se pronunciar quanto à relação com o hospital, aos critérios de referenciação e à forma de receber doentes oriundos dos cuidados hospitalares. Efetivamente, gerimos áreas adjacentes, por vezes, sobrepostas, pelo que a discussão da relação entre pares também é uma área interessante. Como sempre, terão lugar cursos de formação pré-congresso, sempre muito pretendidos pelos internos e pelos jovens especialistas. Não posso deixar de referir que teremos uma mesa-redonda relativa à *Medicina Interna - Revista da SPMI*, que me é muito querida, que sirvo como editor-chefe há já alguns anos.

JN – E como tem corrido essa sua tarefa?

JS – Posso dizer que tem sido um trabalho interessantíssimo. Eu não tinha qualquer experiência neste campo e aprendi muito, sobretudo com a nossa consultora

[Continua na pág. 14]

[Continuação da pág. 13]

técnica, a Dr.^a Helena Donato, diretora do Serviço de Documentação e Informação Científica do CHUC, que conhece muito bem a área da publicação médica e nos tem ajudado imenso.

Por outro lado, enquanto na época em que fui interno a publicação não era muito estimulada, devido aos concursos hospitalares e às exigências curriculares, entre outros motivos, os internos e os especialistas começaram a investir na área e hoje a revista é muito procurada. Desde o início do ano, temos vindo a receber duas propostas de artigos por dia. Julgo que tem vindo a melhorar progressivamente, fruto do trabalho cada vez mais apurado de elencos autorais, da excelência dos meus colegas do Conselho Editorial, das nossas con-



sultoras, da nossa secretária atenta e incansável, Ana Silva, e do apoio das direções da SPMI.

Apesar de não termos indexação no PubMed, integramos a SciELO e cumprimos os preceitos do *Committee on Publication Ethics* e todas as regras internacionais de publicação. A revista n.º 1 de 2021 marca a passagem do modelo impresso para o digital, à semelhança do que tem vindo a acontecer com outras revistas científicas. No ano passado, criámos uma edição extra sobre a pandemia, em maio, que teve um êxito fantástico. Foi, efetivamente, o número mais visitado em 2020.

JN – Identifica alguns pontos a melhorar?

JS – Recebemos, normalmente, muitos casos clínicos e artigos de opinião, pelo que temos vindo a fazer um esforço para estimular os serviços a criar artigos originais, no fundo, a materialização em escrita de alguma investigação que as equipas vão produzindo. Por outro lado, tenho fomentado o segmento “Cartas ao Editor”, que traz controvérsia e é um condimento especial da revista, uma espécie de prova de vida. Por vezes, publicamos também documentos guias. Penso ainda que faz falta introdu-

zirmos artigos escritos por médicos não portugueses porque, no fundo, a revista só poderá ser indexada no PubMed se as autoridades perceberem que ela não se cinge ao âmbito nacional, sendo lida em muitos países.

“COSTUMO DIZER QUE SOU VETERANO, MAS NÃO ME SINTO VELHO”

JN – Onde nasceu?

JS – Em Lisboa, há 68 anos, e, à exceção de um estágio de Saúde Pública que fiz em Portalegre durante três meses, toda a minha vida profissional tem decorrido nesta cidade. Costumo dizer que sou veterano, mas não me sinto velho. Continuo presente para aquilo que for necessário.

estavam centralizados no mesmo edifício. Enquanto em São José, se era necessário algo da Cardiologia, o doente tinha que ser encaminhado para o Hospital de Santa Marta; se precisava da Nefrologia, seguia para o Curry Cabral; para ser visto pela Gastrenterologia, ia para os Capuchos; em Santa Maria, esta unificação permitia uma maior facilidade em termos de gestão, nomeadamente, com demoras médias mais curtas.

Nessa época, a organização do Serviço de Urgência, responsabilizando cada equipa pelo acolhimento no seu Serviço de doentes admitidos no Internamento, permitia a criação de um contínuo assistencial que facilitava o conhecimento dos enfermos e abreviava o tempo despendido nas etapas do diagnóstico e da terapêutica. Voltei aos Hospitais Cívicos para fazer uma carreira nos Cuidados Intensivos, no Hospital de São José, porque na altura não existia uma unidade polivalente no Hospital de Santa Maria. Terei pena se não vier a assistir à inauguração do Hospital de Todos os Santos, herdeiro dos Hospitais Cívicos de Lisboa, cujo projeto já foi lançado há muito.

JN – Quando conheceu a sua mulher?

JS – Conheci-a no Hospital de Santa Marta, onde realizei o internato. Após muitos anos a exercer Enfermagem, ela é, atualmente, docente doutorada da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. A Enfermagem e a Medicina, no fundo, são carreiras paralelas. Recordo-me do hábito de, diariamente, o Dr. Carlos George, o meu diretor de Serviço no Hospital de Santa Marta, chegar ao hospital e a enfermeira-chefe lhe transmitir as ocorrências. Posteriormente, esta tradição cessou e as equipas médicas e de enfermagem passaram a fazer as passagens de testemunho de forma independente. Mas sempre entendi a enorme importância da intervenção próxima dos enfermeiros junto de doentes e familiares, tendo tido o privilégio de me cruzar com figuras notáveis da Enfermagem nacional. Trabalhámos em equipa, ombro a ombro, como se diz. Nos Cuidados Intensivos, aliás, a proximidade entre médicos e enfermeiros é tão natural e espontânea quanto essencial para a obtenção de bons resultados.

JN – Tem filhos?

JS – Temos duas filhas. Uma delas é técnica de Ortoprotésia e a outra é jurista. Elas perceberam desde cedo que Medicina e Enfermagem são tarefas absorventes, condicionando ausências longas e em momentos importantes da vida familiar. Claro que gostaria muito de ter tido uma filha médica, mas nunca fiz qualquer pressão nesse sentido. As pessoas devem fazer aquilo que as realiza e para que sentem chamamento.

JN – Já é avô?

JS – Sim, tenho dois netos, da minha filha mais velha, e vêm mais dois a caminho, um de cada filha. O mais velho tem seis anos. Gostava de ter mais tempo para me dedicar a eles, mas, por enquanto, não tem sido possível, porque a atividade clínica continua a exigir tempo e esforço pouco limitados. Mas haverá um dia em que tal vai acontecer!

“NOS CUIDADOS INTENSIVOS, A PROXIMIDADE ENTRE MÉDICOS E ENFERMEIROS É TÃO NATURAL E ESPONTÂNEA QUANTO ESSENCIAL PARA A OBTENÇÃO DE BONS RESULTADOS.”

JN – Gosta do percurso profissional que já viveu?

JS – Gosto muito. Gostei de trabalhar nos Hospitais Cívicos de Lisboa e o ano que passei no Hospital de Santa Maria foi uma revelação, porque estava perante um tipo de organização diferente, em que todos os serviços



A importância do diagnóstico precoce no mieloma múltiplo



Paulo Lúcio

Diretor da Unidade de Hemato-Oncologia da Fundação Champalimaud

O mieloma múltiplo (MM) é uma entidade cujo quadro clínico é condicionado pela proliferação clonal das células neoplásicas e, simultaneamente, pela síntese por estas células de imunoglobulinas monoclonais. Enquadra-se no espectro de doenças designadas por discrasias de células plasmocitárias.

É uma neoplasia de evolução lenta, podendo ter uma fase de evolução assintomática, que pode ser muito longa, antes da fase clinicamente mais agressiva que, por regra, está associada a uma sobrevivência de poucos anos. A história natural da doença caracteriza-se pela perturbação da hematopoiese, traduzida normalmente em anemia e no aumento da suscetibilidade a infeções, pela destruição óssea, condicionando o aparecimento de lesões líticas e hipercalemia, e também pela produção de uma proteína monoclonal (proteína M), dando origem à disfunção de órgãos, de que é exemplo paradigmático o rim.

A quantidade de proteína monoclonal produzida pelas células do mieloma varia consideravelmente de doente para doente e reproduz normalmente uma molécula de imunoglobulina completa, com cadeias pesadas e leves. Em casos mais raros, a proteína M pode ser constituída exclusivamente por cadeias leves, dificultando o seu diagnóstico e obrigando ao doseamento de cadeias leves livres plasmáticas para a sua confirmação.

Considera-se que a história natural do MM pode ser compartimentada em 3 fases distintas, com critérios de diagnóstico específicos:

- Uma fase inicial, pré-neoplásica, designada por gamapatia monoclonal de significado indeterminado (MGUS). É caracterizada pela presença de gamapatia monoclonal em quantidade inferior a 3 g/dL e pela ausência de plasmocitose medular (< 10% da celularidade da medula óssea);

- Uma fase intermédia, mieloma múltiplo indolente (sMM), definida pelo aumento do pico clonal (> 3 g/dL) ou da plasmocitose medular (> 10% da celularidade da medula óssea). Nesta fase, o risco de progressão é claramente superior ao da MGUS (50% vs 5% aos 5 anos) mas ainda não existem critérios convencionais que justifiquem o início do tratamento.

- Finalmente, a doença evolui para uma fase de MM ativo, associada a lesão de órgãos alvo e que exige tratamento imediato.

Os critérios de diagnóstico de MGUS, de sMM e de MM actualmente utilizados pela comunidade médica foram definidos pelo International Myeloma Working Group (IMWG). O diagnóstico do MM ativo requer a deteção de $\geq 10\%$ de células plasmáticas clonais da medula óssea ou de plasmacitoma ósseo ou extramedular ósseo comprovado por biópsia, e pelo menos 1 dos seguintes:

- Evidência de comprometimento de órgãos que possa ser atribuído à doença, nomeadamente hipercalemia (cálcio ≥ 11 mg/dL), disfunção renal (creatinemia > 2 mg/dL), anemia (hemoglobina < 10 g/dL ou > 2 g% abaixo do normal) e lesões osteolíticas. Estas manifestações constituem os denominados critérios CRAB ("Calcium elevated, Renal failure, Anemia, Bone lesions").

- Deteção de biomarcadores de malignidade (pelo menos um dos seguintes):

- $\geq 60\%$ de plasmócitos clonais na medula óssea

- Relação entre as cadeias leves livres patológicas/não patológicas ≥ 100 (de acordo com o teste Freelite)

- Presença de mais do que 1 lesão óssea focal por ressonância magnética (≥ 5 mm de diâmetro).

O racional que suporta a inclusão destes últimos biomarcadores nos critérios de tratamento propostos pelo IMWG em 2015 é claro – com a disponibilidade de tratamentos cada vez mais eficazes e menos tóxicos, o início do tratamento não deve ser protelado até aparecimento de lesão de órgão alvo, muitas vezes irreversível. Os cri-

térios aqui referidos estão todos associados a um risco de progressão para doença activa aos 2 anos > 80%.

Muito recentemente, e com o mesmo objectivo, foram propostos critérios ainda mais abrangentes para início de tratamento, a que os autores chamaram 2/20/20 (proteína monoclonal > 2 g/dL, relação de cadeias leves livres > 20 e infiltração da medula óssea > 20%). Doentes com pelo menos 2 destes critérios terão uma probabilidade de progressão para MM aos 2 anos de 44%, justificando-se assim o início do seu tratamento.

Esta proposta, ainda em fase de discussão na comunidade científica, sublinha a enorme importância de iniciar o tratamento cada vez mais precocemente, evitando o aparecimento de lesões como fracturas vertebrais ou falência renal, muitas vezes irreversíveis.

Pela mesma razão, também a identificação precoce de gamopatias monoclonais / MM é cada vez mais importante. De facto, muitos dos doentes chegam à Consulta de Hematologia depois de períodos relativamente longos de tratamentos com anti-inflamatórios ou analgésicos, para doenças supostamente reumáticas ou ortopédicas.

A suspeita de discrasia plasmocitária é de confirmação simples e sem necessidade do recurso a técnicas invasivas, pelo que deve ser levantada sempre que surgirem citopenias, alterações da função renal ou queixas ósseas inexplicadas.

Perfil laboratorial para despiste de MM:

- Hemograma, ureia, creatinina, ionograma, cálcio, fósforo, magnésio, eletroforese das proteínas, imunofixação sérica e urinária, doseamento de imunoglobulinas séricas, doseamento de cadeias leves livres séricas e urinárias (proteinúria de 24 horas).

- Avaliar a necessidade de recorrer a métodos invasivos, como o mielograma, ou a métodos de imagens, como a ressonância magnética de corpo inteiro, TAC de baixa dose de corpo inteiro ou PET/CT FDG.

- Equacionar a referência imediata a uma Consulta de Hematologia.

Bibliografia:

1. International Myeloma Working Group updated criteria for the diagnosis of multiple myeloma. Rajkumar et al. *Lancet Oncol* 2014; 15: e538-48.
2. International Myeloma Working Group risk stratification model for smoldering multiple. Mateos et al. *Blood Cancer Journal* 2020; 10: 102.

Pense em Mieloma Múltiplo



► **Dores lombares** ► **Dores ósseas** ► **Cansaço**

DETECÇÃO PRECOCE DE MIELOMA = Teste Freelite + Proteinograma



Quando pensar em Mieloma, pense no teste Freelite

Para saber mais visite www.wikilite.com

SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA DO HOSPITAL BEATRIZ ÂNGELO (HBA)

Modelo de gestão de camas centralizado na MI coloca o doente no cerne do sistema e demonstra potencial para expansão nacional

Ao contrário da generalidade dos hospitais, em que as várias especialidades têm camas atribuídas, no Beatriz Ângelo “as camas são dos doentes”. Quem o diz é José Lomelino Araújo, diretor do Serviço de MI do HBA, que integra esta equipa desde a abertura do hospital. Seguindo um modelo de gestão apoiado pela SPMI e pelo próprio Colégio da Especialidade e suscitando a curiosidade de muitos especialistas, os internistas da unidade hospitalar de Loures evidenciam as múltiplas vantagens e defendem a sua réplica a nível nacional.

Convidado para integrar um serviço de uma instituição “construída de raiz, sem vícios”, José Lomelino Araújo, diretor do Serviço de MI do Hospital Beatriz Ângelo desde dezembro de 2016, recorda que essa foi “uma experiência muito enriquecedora”, na medida em que a equipa era constituída por assistentes oriundos de 14 hospitais diferentes, “cada um com a sua bagagem, mas com a diferenciação e a personalidade adequadas”. Apesar de o HBA apenas ter sido inaugurado em janeiro de 2012, a sua ligação a esta estrutura começara um ano antes, a fim de “planear a construção do modelo e integrá-la”. A partir de outubro, sob a orientação do então diretor do Serviço, José Pimenta da Graça, participou na seleção dos elementos, procurando en-



contrar “profissionais que conciliassem um bom ambiente de trabalho com uma boa capacidade técnica”. O espírito de “querer fazer bem e de ser o melhor” era partilhado pela Administração, recordando-se ainda José Araújo das palavras motivacionais de Artur Morais Vaz, o presidente da Direção Executiva, que afirmava: “Juntos, podíamos vir a trabalhar no melhor hospital do mundo.” Tal dependia, na sua ótica, de “excelentes condições físicas, equipamento adequado e equipas capazes de dar resposta às solicitações”, até porque havia que cumprir os padrões de acreditação

da Joint Commission International, relativamente às parcerias público-privadas, que avalia mais de 1000 variáveis, “desde as condições do edifício à estrutura de governação clínica”. Com auditorias que se repetem a cada ano, a última mostrou “não existir qualquer não conformidade absoluta e revelou apenas oito não conformidades parciais”, revela o nosso interlocutor, salientando que tal “demonstra a preocupação muito grande em relação à qualidade, à organização e à segurança dos doentes”. Por ocasião da abertura do HBA, há quase dez anos, os primeiros profissionais a

participar no projeto foram chamados a integrar grupos de trabalho para as áreas entendidas como necessárias, onde eram convidados a partilhar a sua opinião. Com grupos constituídos por elementos da área médica, de enfermagem, de gestão e de sistemas informáticos, José Araújo destaca o “mérito da organização, que procurou ouvir os profissionais e encontrar as soluções necessárias”. Esta construção conjunta “permitiu que, perante o surgimento das primeiras adversidades, no dia-a-dia, já estivesse criada uma relação de confiança, o que muito facilitou a resolução dos

problemas que iam surgindo”. Neste âmbito, o internista recorda-se, por exemplo, do momento em que a classe médica partilhou a forma como devia ser concebido o processo clínico. Criado e adaptado para o hospital, o sistema informático, a que chamaram Tronco Comum, pretende que “todos, independentemente do lugar onde nos encontremos e da especialidade que abraçemos, partilhem a mesma ferramenta informática, estruturada para responder àquilo que definimos como adequado”.

[Continua na pág. 22]

JOSÉ LOMELINO ARAÚJO, DIRETOR DO SERVIÇO DE MI DO HBA

De Machico para Lisboa: o primeiro voo rumo à Medicina

José Araújo nasceu há 64 anos, em Machico, na Madeira. Naquela época, o único estabelecimento de ensino que lecionava a partir do 4.º ano situava-se no Funchal, limitando o acesso àqueles que viviam na capital ou a uma hora de distância, por onde passava o autocarro, como acontecia no seu caso, a 25 km de distância, na direção Este. Coincidindo o término do liceu com a revolução do 25 de abril, o madeirense viu o acesso à faculdade interrompido em 1974, tendo decidido ocupar esse período temporal dando aulas de Português ao Ciclo Preparatório – quinto e sexto anos –, que define como uma experiência enriquecedora. “Se não tivesse entrado para a faculdade no ano seguinte, já estava definido que viria a ser professor de Matemática!”, recorda.

Anteviu na Medicina uma forma de “ajudar os outros” e em outubro de 1975 começou a estudar na FMUL, tornando-se o primeiro membro da família a fazer formação superior. “O meu mundo era muito pequenino”, observa, confidenciando que a viagem de avião que então fez marcou a sua primeira saída da ilha, “algo inimaginável nos dias de hoje”. Ao contrário dos tempos anteriores e subsequentes, aquele ano ficou marcado por um acesso ilimitado ao curso, o que levou à admissão de 1200 alunos naquela faculdade... Seis anos depois, foram cerca de 600 os que concluíram Medicina, entre os quais José Araújo. “Vim muito determinado porque esta era uma realidade muito pouco comum nas minhas origens e, para os meus

pais, representava um esforço económico muito grande”, explica. Nos primeiros anos do curso, estava convencido de que iria seguir Psiquiatria, pela “capacidade de ouvir e ser confiante”, até a frequência da cadeira lhe ter mostrado que aquele não seria o caminho. No entanto, “recorro a esta

inauguração do novo edifício, que significava a “aspiração de vida daquela população”, mas, cerca de um ano depois, aceitou o repto para integrar o projeto da conceção do HBA, que veio a ser inaugurado em 2012. A par da direção do Serviço, que assumiu em dezembro de 2016, acumula com as



ferramenta no meu dia-a-dia, procurando ouvir e entender o doente e gerir a sua situação clínica”. A vontade de ter controlo sobre os doentes, o que, na sua ótica, implica “ter uma visão de conjunto”, levou-o a seguir MI. Com um pendor pela área cardiovascular, ainda equacionou ser cardiologista, mas a abrangência e a diversidade da MI prevaleceu. Após concluir a especialidade, em 1991, no Hospital de Cascais, aí se manteve durante 25 anos. Ainda testemunhou a

funções de presidente da Comissão de Auditoria Clínica e de médico auditor, sendo ainda responsável pelo Gabinete de Codificação Clínica. Os seus três filhos seguiram Medicina, embora a mais nova, a certa altura, tenha optado por Engenharia de Gestão Industrial. Nos tempos livres, procura ler e fazer exercício físico, além de se dedicar à sua casa de campo, que reúne uma vasta variedade de animais, paixão que partilha com a mulher.

(Continuação da pág. 21)

Identificada a relevância deste sistema e várias oportunidades de melhoria, a Luz Saúde, na qual se aplica a forma de gestão deste hospital, apostou na criação de um “tronco comum” para o Grupo, implementado no início de 2019, que já se encontra a funcionar em várias unidades, nomeadamente, na Grande Lisboa.

MI assegura gestão de camas do Internamento Médico-Cirúrgico

Partilhando o modelo de gestão de camas implementado pelo Hospital da Luz Lisboa, o Serviço de MI do HBA é responsável por cerca de 310 camas, distribuídas por três pisos, demonstrando “a importância que a especialidade tem na centralização da gestão do doente”, afirma José Araújo. Importa notar que estas camas não estão simultaneamente a cargo da MI, dado que, apesar de todas terem um internista atribuído, o perfil do doente internado é que estabelece se a MI deverá ser a especialidade responsável (com frequência, ficam a seu cargo cerca de 2/3 dos doentes) ou atuar apenas em regime de consultadoria. Como o diretor do Serviço sublinha, “são muitas as publicações científicas que demonstram registarem-se melhores resultados quando os doentes são acompanhados por internistas”.

Na verdade, esta filosofia de cuidados não terá sido, para si, uma novidade, na medida em que quando iniciou o seu percurso profissional no Hospital de Cascais as especialidades existentes eram em número muito limitado, contando-se apenas a Medicina Interna, a Cardiologia e a Gastroenterologia. “Essa realidade conduzia a que a MI tivesse que assegurar uma resposta a qualquer tipo de doente, pelo que eu cresci profissionalmente neste formato, que sempre defendi e apreciei e que aqui pude exponenciar porque as condições são melhores”, observa.

Na sua opinião, este formato centralizador permite “ter a certeza de que é feito o melhor possível, evitando que o doente seja prejudicado, ainda que tal não seja o intuito, apenas porque não foi tida em conta a visão conjunta”. E explica: “Frequentemente, outros especialistas perdem esta visão global e podem prescrever uma medicação adequada para a patologia a que se dedicam, que pode ter um impacto menos favorável na patologia de outra especialidade. Compete ao internista assegurar este equilíbrio

“ESTE É UM MODELO DE GESTÃO QUE SEMPRE DEFENDI E APRECIEI E QUE AQUI PUDE EXPONENCIAR”, AFIRMA JOSÉ LOMELINO ARAÚJO.

e procurar completar o puzzle, desde a vertente física à mental.”

Quanto ao diagnóstico, o nosso interlocutor destaca a importância de os exames complementares de diagnóstico terem de ser “avaliados no seu todo, pois, só aí reside a resposta”. José Araújo ressalva ainda a obrigação de estes exames apenas serem pedidos após se proceder à observação médica. “Hoje em dia, a sociedade demonstra ter uma grande necessidade de fazer exames médicos e geralmente não encara bem quando o médico não os solicita”, refere, ilustrando que tal é insensato porque “os exames têm que ser pedidos em função do que é apurado após se conversar com o doente e observá-lo”.

Além de poderem originar efeitos adversos, o internista nota que, “sem um racional, não saberemos como interpretar os resultados e a tentativa será pedir mais exames, mas, entretanto, o doente ficou para trás”. Além de essa constante solicitação não ser o caminho certo para o próprio doente, o diretor do Serviço de MI do HBA lembra que isso também não é funcional em termos orçamentais.

À exceção dos serviços de Psiquiatria, de Ginecologia/Obstetria e de Doenças Infecciosas, que têm camas atribuídas, o Serviço de MI é responsável pelas 10 alas de 31 camas do Internamento Médico-Cirúrgico. “Enquanto noutros hospitais as especialidades têm camas atribuídas, podendo acontecer a MI ter macas nos corredores enquanto há camas disponíveis num outro serviço, aqui essa realidade é inimaginável”, realça José Araújo, destacando que no modelo implementado “as camas são do hospital ou, melhor, dos doentes”. Sendo a gestão das camas da responsabilidade de uma equipa de Enfermagem, o objetivo é “privilegiar que os doentes da área cirúrgica sejam alocados ao piso 2, enquanto os restantes se dividam entre os pisos 3 e 4”, explica. No entanto, “não há camas nem serviços estanques”.



Contando com o apoio de três coordenadores, cada um deles responsável por uma ala, José Araújo diz que é o seu “Estado-Maior”. Considerando o número de camas por que estão responsáveis, admite ter cada um deles um papel equivalente ao de um diretor de serviço. É que, além de dirigirem a respetiva ala, são responsáveis por muitas outras camas distribuídas por outras alas que não a sua, dado que cada cama tem um internista atribuído, inclusivamente as de Psiquiatria e de Ginecologia/Obstetria, em regime de consultadoria.

“Se alocássemos uma ala a cada equipa estaríamos a estancar o processo, o que não é compatível com a filosofia que defendemos”, evoca. No seu entender, “esta forma de atuação obriga a uma abertura de espírito, para ir atrás do doente, onde quer que ele esteja”. Este regime de consultadoria estende-se também aos doentes com patologias muito específicas, ficando, nesses casos, sob a responsabilidade das respetivas especialidades. “Por vezes, as fronteiras não são claras, o que nos obriga a fazer um trabalho diário de interação interpares”, esclarece. Esta tarefa começa exatamente

“ESTA FORMA DE ATUAÇÃO OBRIGA A UMA ABERTURA DE ESPÍRITO, PARA IR ATRÁS DO DOENTE, ONDE QUER QUE ELE ESTEJA”, CONSIDERA O DIRETOR DO SERVIÇO.

durante uma reunião matinal, durante a qual se faz a passagem de ocorrências, em que estão presentes os médicos da Urgência Interna, o diretor do Serviço, os coordenadores e outros especialistas. Procedem juntos à definição da especialidade que fica encarregue de cada doente. “Fazemos diariamente este levantamento exaustivo, que é trabalhoso e demorado, mas igualmente estruturante em termos de segurança, equilíbrio e organização”, identifica, salientando que, face às caracte-

terísticas do modelo, “sem este cuidado, facilmente algum doente ficaria sem uma especialidade atribuída”. Nos casos de consultadoria da MI, é de realçar que qualquer médico ou enfermeiro tem acesso, para cada uma das camas, à identificação do internista responsável, do interno de FE, do respetivo coordenador, do diretor do Serviço e o contacto da Urgência Interna.

“O modelo está estruturado para que a resposta exista a qualquer momento e em qualquer lugar”, frisa José Araújo. Quando o doente é da MI, são as outras especialidades a assumir a função de consultadoria e a deter um papel importante na realização de exames complementares de diagnóstico específicos, “sobretudo se forem menos comuns ou mais complexos”. No seu entender, “o mais difícil não é definir regras, mas gerir ou alterar comportamentos, porque estamos perante fronteiras que obrigam a uma interação muito mais frequente do que acontece noutros modelos e os momentos de tensão são inevitáveis”. No entanto, “no fim do dia, estamos preocupados em atingir o mesmo fim – fazer bem, encontrar soluções e ultrapassar dificuldades”.

Dez anos volvidos, José Araújo enfatiza que o Serviço continua a ser alvo de uma grande curiosidade por parte dos seus pares, “face ao modo de funcionamento disruptivo em relação ao tradicional”. Por outro lado, “sentimos que os internistas, na sua esmagadora maioria, defendem esta ideologia”. Também a experiência da parceria público-privada (PPP), que “tem permitido uma relação de grande proximidade com os órgãos de gestão, viabilizando uma maior facilidade na identificação e resolução de alguns problemas do quotidiano e o acompanhamento mensal dos dados de produção” assenta num tipo de contrato que defende. Avaliando o panorama português, o especialista recorda que entidades insuspeitas, como o Tribunal de Contas, afirmam que o modelo PPP “é benéfico para o Estado e para os doentes”.

Aposta na formação e na reestruturação do Hospital de Dia

Servindo uma população de 278 mil habitantes, residentes nos concelhos de Odivelas, Loures, Mafra e Sobral de Monte Agraço, José Araújo identifica que



JOSÉ LOMELINO ARAÚJO: “NO FIM DO DIA, ESTAMOS PREOCUPADOS EM ATINGIR O MESMO FIM – FAZER BEM, ENCONTRAR SOLUÇÕES E ULTRAPASSAR DIFICULDADES.”

estão patentes realidades muito diferentes, que cruzam a zona urbana com a rural, sobressaindo ainda alguma multiculturalidade.

Foi logo na altura da inauguração do HBA que se identificaram duas grandes surpresas relativamente à população que serve. Por um lado, verificou-se haver um considerável número de doentes com dificuldades sociais, o que motivou a dife-

renção entre a demora média observada (desde a admissão até à alta hospitalar) e a demora média ajustada (desde a admissão até à alta clínica), dada a disparidade entre as duas, que se pode dever, por exemplo, ao atraso da alta social.

Num dado momento, foram contabilizados mais de 60 doentes em permanência prolongada, num universo de 414 camas, devido a razões sociais, o que levou, no início de 2017, à sua agregação numa ala própria, de forma a adequar o rácio de médicos e de enfermeiros, libertando recursos para prestar assistência ao doente agudo. Por outro lado, os profissionais depararam-se com patologias que apenas tinham diagnosticado num tempo muito longínquo ou com que nunca se tinham sequer deparado. “Recordo-me de termos internado dois ou três casos de escurbuta, que traduz um défice nutricional e, no fundo, uma qualidade de vida que pensávamos já não existir”, recorda José Araújo. Também as patologias da área oncológica começaram a surgir em estádios muito avançados. “Vivendo às portas de Lisboa, para nós, foi uma surpresa perceber que as pessoas não tinham acesso aos cuidados de saúde devidos”, destaca.

No entanto, há um indicador que tem demonstrado os frutos da qualidade e do rigor investidos pelos internistas junto dos doentes. Ao longo dos anos, a mortalidade observada tem demonstrado estar abaixo da esperada, o que “confere um grande conforto face ao esforço da equipa”. Foi logo no segundo ano de vida do HBA que o Serviço de MI viu a idoneidade formativa ser-lhe atribuída, o que permitiu começar a integrar internos de FE, inclusive, de outras especialidades do hospital, oferecendo igualmente estágios a internos de outras instituições. Existe ainda uma componente formativa junto dos alunos do quarto, quinto e sexto anos da FMUL. O que, por um lado, se traduz em “mais trabalho, por outro, também significa mais enriquecimento”, observa José Araújo, distinguindo que os especialistas ali formados “são motivo de um orgulho muito grande e procuramos mantê-los no hospital a título futuro”.

O investimento na formação é algo que transcende a componente académica, traduzindo-se também no “investimento necessário para que o internista que pretenda fomentar ou participar em determinada consulta temática possa ver garantida a formação necessária para a

(Continua na pág. 24)

(Continuação da pág. 23)

conseguir concretizar com a devida autonomia". Atualmente, além da Unidade de Orto geriatria, o Serviço oferece consultas de Doenças Autoimunes, Diabetes, Risco Vascular e Hepatologia. Uma das grandes ambições do diretor passa pela reestruturação do Hospital de Dia, de forma a que a presença de um internista seja uma constante, dado que, no panorama

JOSÉ LOMELINO ARAÚJO PRETENDE "ALOCAR INTERNISTAS AO HOSPITAL DE DIA A TÍTULO PERMANENTE, PARA QUE O DOENTE COM VÁRIAS VARIÁVEIS POSSA SER ACOMPANHADO DE FORMA ESTRUTURADA".

atual, a participação da MI é apenas solicitada em função da disponibilidade e da necessidade dos doentes. Estando vocacionado essencialmente para responder às especialidades de Oncologia, através da quimioterapia, e da Nefrologia, devido à hemodiálise, José Araújo pretende "alocar internistas a título permanente, para que o doente com várias variáveis possa ser acompanhado de forma estruturada e não à conta de atos individuais, como hoje acontece".

Covid-19: "um desafio monumental superado de forma soberba"

Enquanto a maioria dos hospitais tem, na sua realidade diária, algumas camas vagas em determinados serviços, este modelo de organização seguido pelo HBA leva a que, tradicionalmente, a instituição esteja lotada, sem disponibilidade de vagas. O que se tornou problemático quando foi necessário atuar para responder à covid-19. "O nosso problema não era a falta de camas covid-19, mas sim de camas no geral", indica José Araújo, o que obrigou a um maior tempo de permanência dos doentes na Urgência. Tendo estado sempre na linha da frente, a pior fase para o HBA correspondeu aos meses de janeiro e fevereiro de 2021, em

que foram contabilizados mais de 900 internados com covid-19, o mesmo número relativo a todo o ano de 2020. No auge da crise, estiveram alocadas sete alas da MI a doentes covid-19, com um pico de 291 doentes, nos primeiros dias de fevereiro, o que se traduzia em "2/3 da capacidade de internamento, o que, além de ser um elevado número absoluto, teve um grande impacto na dimensão do hospital". A redução ou a suspensão da atividade cirúrgica, programada ou não, possibilitou a libertação de espaços de recobro, que ficaram reservados a doentes covid-19 em estado mais grave, frequentemente com necessidade de ventilação não invasiva (VNI), sob a orientação dos Cuidados Intensivos. Também o Serviço de Doenças Infecciosas esteve sempre presente no acompanhamento dos doentes covid-19, enquanto a Pneumologia assegurava a resposta precisamente aos doentes com VNI entre segunda e sexta-feira, ficando a MI com essa responsabilidade aos fins de semana.

José Araújo destaca ainda a transformação do Serviço de Pediatria num espaço de adultos para receber doentes não covid-19. Na sua ótica, todas as equipas do hospital responderam "de forma soberba", sublinhando a cooperação das várias especialidades, que "saíram completamente da zona de conforto" para apoiar os internistas. Respondendo de duas formas distintas, além de as especialidades terem assumido a responsabilidade dos doentes não covid-19 – passando a MI a deter a função de consultadoria –, vários elementos disponibilizaram-se a integrar as enfermarias covid-19. Esta necessidade adveio também da atual carência de internistas – 34 seria o número ideal, contra os atuais 30, além dos internos de FE, havendo, no final de março, cinco médicas grávidas.

Olhando para trás, José Araújo avalia que o mais difícil foi "gerir os recursos humanos e as expectativas, pelo receio do que pudessem vir a acontecer, das escolhas que pudessem ter de vir a ser feitas e do incerto do amanhã". No entanto, salienta que este foi um "desafio monumental, mas igualmente enriquecedor e gratificante, a que a equipa conseguiu responder de forma soberba". O dia em que esta reportagem foi realizada, a 24 de março, ficou marcado pela redução de duas alas covid-19 para apenas uma.

Célia Machado: privilegiar a formação inter pares

Célia Machado é uma das internistas que detém a função de coordenação, a par de

outros dois colegas. No seu caso, é responsável pela enfermaria 3.1, mas, tal como os seus pares, divide-se por muitas outras. Nasceu em Santarém, há 59 anos, e após concluir o curso de Medicina, em 1989, realizou o internato de FG no Hospital Distrital de Santarém. Optando por seguir MI, pelo gosto de "estudar os doentes como um todo", desenvolveu o internato de FE no Hospital Pulido Valente e aí permaneceu, enquanto especialista, até 2009. Nessa altura, começou a trabalhar no Hospital Fernando Fonseca, um lugar que considera "uma grande escola", principalmente por ter-se deparado com patologias que "só se veem nos livros", como a raiva humana, uma situação rara com a qual se confrontou". Nos primeiros dias de 2012, abraçou o



Célia Machado

projeto do HBA quando as enfermarias ainda estavam a ser equipadas. Nessa fase, a coordenação da sua estava a cargo de Francisco Araújo e Célia Machado era uma das internistas aí alocadas. Além de se dedicar a enfermaria 3.1, apoiava ainda as 3.2, 3.3 e 3.4. Em setembro de 2020, perante a saída daquele colega, assumiu a sua posição. Atualmente, a equipa da 3.1 engloba sete assistentes hospitalares, além de vários internos de FE e de formação geral, bem como de alunos da faculdade.

Além da reunião de equipa semanal, onde são apresentados casos clínicos e discutidas as novidades terapêuticas a nível internacional, a internista destaca ainda uma outra reunião, também semanal, relativa ao internato médico, onde são convidados colegas de outras especialidades para abordarem assuntos diversos, "desde o ensino de determinado exame, que pode parecer algo básico, mas reúne vários pormenores".



Nesta fase de retoma de alguma normalidade, após a equipa ter estado muito dispersa devido às condicionantes da covid-19, Célia Machado evidencia "as saudades sentidas pelos vários elementos de trabalharem juntos".

Além de lidar com situações burocráticas, de ser um dos elos de ligação com as várias especialidades e acompanhar o Internamento, a internista realiza ainda Consulta de Diabetes, área que privilegia desde o seu internato. A estreita ligação com a equipa de Enfermagem, neste âmbito, é uma componente que realça, dado que, "nos casos em que é necessário iniciar uma insulina ou outro injetável, o enfermeiro procede ao ensino no ambiente da consulta médica e uma a duas semanas depois avalia o doente na Consulta de Enfermagem, transmitindo a informação ao médico". Como destaca, "em conjunto, aumentamos, diminuímos e alteramos terapêuticas".

Fernando Martos Gonçalves: seguir um modelo de gestão robusto

À semelhança de Célia Machado, também Fernando Martos Gonçalves integrou o Serviço ainda durante a sua constituição. Começou imediatamente por assumir a coordenação da enfermaria 4.1, "o espaço que recebeu os primeiros doentes". Além desta vertente, o internista desenvolve atividade assistencial e é ainda assis-



Fernando Martos Gonçalves

nasceu no Barreiro e estudou Medicina em Sevilha, a terra natal da mãe. Regressou a Portugal e realizou a especialidade de MI no Hospital de Santa Maria (HSM), tendo finalizado em 1992. Para si, a escolha da especialidade não foi difícil: "Acredito que a Medicina faz sentido segundo a visão holística da MI e só podia equacio-

nar ser médico enquanto internista." Após finalizar a especialidade, integrou o Serviço de Medicina Intensiva do HSM até 2000, quando foi convidado para coordenar a Unidade Funcional de MI e os Cuidados Intensivos Polivalentes do Hospital CUF Descobertas, sendo o seu responsável desde a sua criação até 2010.



A ligação que criou com o Serviço de Medicina I do HSM, liderado por João Francisco Nogueira da Costa, foi determinante para partilhar o interesse pela hipertensão arterial, que continua a fazer parte do seu dia-a-dia, no âmbito da Consulta de Risco Vascular. Acresce ser ainda especialista de Hipertensão Clínica da Sociedade Europeia de Hipertensão e exercer atualmente a função de tesoureiro da So-

iedade Portuguesa de Hipertensão.

António Martins Baptista: MI assegura elasticidade do Sistema

António Martins Baptista partilha a opinião de Fernando Martos Gonçalves quanto à importância da MI na área médica. "A minha visão de ser médico, que vai ao encontro da verdadeira acessão da palavra, quanto ao diagnóstico e à intervenção sobre a doença, é ser internista", destaca. Natural de Lisboa, foi na FMUL que estudou, concluindo o curso em 1986. Realizou o internato de FE no Hospital de Curry Cabral (HCC) e, no âmbito da MI, sempre se dedicou particularmente à Infeciologia, ao Risco Vascular e à Hepa-

Serviço em números (março de 2021)

Especialistas: **30**

IFE MI: **24**

Atividade do Serviço

Internamentos (2019)

Lotação - 310 camas
Internamento - 5766
Demora média observada (dias) - 12
Demora média ajustada (dias) - 9,4
Taxa de mortalidade - 12,1%
Taxa de reinternamento aos 30 dias - 0,3%

Consultas (2019)

Total - 16.455
1.^{as} consultas - 31,4% (5175)
Medicina Interna - 11.987 (4001)
Diabetes - 2200 (531)
Risco Vascular - 141 (103)
Hepatologia - 281 (77)
Doenças Autoimunes - 1453 (275)
Doenças Autoim. Oculares - 64 (28)
Geriatria - 329 (160)

tologia. "A MI tem a vantagem de nos dar a liberdade de nos podermos dedicar a áreas diferentes ao longo da vida porque abrange múltiplas patologias", realça. Paralelamente, interessa-se bastante pela medicina de agudos, pelo "desafio de encontrar rapidamente uma solução quando um doente está em perigo". Participou na inauguração do Hospital Fernando Fonseca, com o sonho de desenvolver uma organização baseada na MI, que acabou por não se concretizar, pela "dificuldade de revolucionar o modelo hospitalar". Fazendo parte do grupo de especialistas que defende, desde sempre, a filosofia de ser a MI o cerne da organização dos hospitais, com o apoio das outras especialidades, "colocando o doente no centro do Sistema", António Martins Baptista afirma que têm sido vários os hospitais a adotar este modelo, além do HBA, como o Hospital da Luz Lisboa, o SAMS, o Hospital Pedro Hispano e até o

(Continua na pág. 26)

(Continuação da pág. 25)

futuro Hospital de Todos os Santos. Tendo já presidido à Sociedade Portuguesa de Medicina Interna e ao respetivo Colégio da Especialidade da OM, salienta que “estas instituições são completamente a favor deste modelo”. Na sua opinião, “esta forma de gestão é tão lógica que parece insensato não se avançar para ela”. Apesar de entender que “num hospital escolar, como o HSM, pudesse fazer sentido manter o modelo tradicio-

“A CRIAÇÃO DAS ESPECIALIDADES DE MEDICINA DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA E DE MEDICINA INTENSIVA TRADUZ UM NICHO PARA DETERMINADOS MÉDICOS, MAS DIMINUI DRASTICAMENTE A ELASTICIDADE DO SISTEMA”, CONSIDERA ANTÓNIO MARTINS BAPTISTA.



António Martins Baptista

nal”, a verdade é que “traz muitos inconvenientes quanto à disparidade da ocupação dos serviços, sendo que a pandemia de covid-19 veio provar que a deslocação dos internistas pelos vários serviços onde os doentes estavam internados foi crucial para a elasticidade do Sistema”. Na sua opinião, esta flexibilidade “será muito difícil de acontecer com a existência da especialidade de Medicina de Urgência e Emergência, tal como já é complexa no caso da Medicina Intensiva”. E acrescenta que “o facto de esta última especialidade existir em Espanha há já vários anos condicionou esta plasticidade porque já não há internistas capazes de dar resposta nos Cuidados Intensi-

vos”. E complementa: “A criação destas especialidades traduz um nicho para determinados médicos, mas diminui drasticamente a elasticidade do Sistema.” Após ter trabalhado pouco mais de um ano no Hospital Fernando Fonseca, o especialista regressou ao HCC, onde se manteve até 2011, quando foi convidado a integrar este Serviço para coordenar um grupo de MI. É também responsável pela Consulta de Diabetes e pelo Internato Médico. Quanto a este último, explica que, tendo o hospital de garantir a totalidade do salário dos internos, fruto da parceria público-privada, “poderia tornar-se menos atrativo para a instituição receber internos, mas desde logo se



JOANA ISABEL MARQUES, INTERNA DO 4.º ANO DE FE EM MI:

“A organização do hospital teve impacto na minha escolha”

Joana Isabel Marques nasceu em Lisboa, há 29 anos, e entrou na FMUL, em 2010. “Ao longo do curso, percebi que a MI, por ser uma especialidade mais abrangente e encerrar patologias e diagnósticos diversificados, me entusiasmava e era o que queria para a minha vida”, refere. Após realizar o internato do Ano Comum no Hospital Fernando Fonseca, a MI foi a sua primeira escolha, optando pelo HBA. A sua ligação a este Serviço vem já do 3.º ano do curso. Sendo o hospital da sua área de residência e com o qual a FMUL tem diversos acordos, foi em Loures que realizou diversos estágios, no 3.º, 5.º e 6.º anos, ficando a conhecer a equipa e a di-

nâmica hospitalar, que muito a atraíram. “Conheci pessoas que me entusiasmaram bastante pela forma de abordar os doentes e, sem dúvida, a organização do hospital foi um dos principais fatores que teve impacto na escolha de realizar aqui a minha formação”, destaca. Quanto à eventual preferência por alguma patologia em particular, a interna do 4.º ano seguiu as pisadas da sua tutora e já integra a Consulta de Doenças Autoimunes, reconhecendo: “Apaixonei-me pela área e tenho vindo a investir nesse campo formativo.” Com o surgimento da pandemia de covid-19, Joana Isabel Marques considera que “os internos per-

deram bastante em termos formativos, até porque muitos cursos que anteriormente eram dinâmicos e práticos são impossíveis de replicar pela via virtual”. Encontrando-se, em março de 2021, a realizar um estágio na Unidade de Cuidados Intensivos, a futura internista recorda-se bem do “medo do desconhecido e do receio de levar o vírus para casa”. No entanto, salienta que encontrou “uma equipa muito unida e que fez os possíveis para que tudo corresse bem”, acrescentando que “a entreajuda entre colegas e a partilha de medos e de inseguranças foram muito enriquecedoras e fez-nos crescer”.



percebeu que estes médicos são cruciais para o desenvolvimento do hospital”. Como refere, “são os colegas mais jovens que nos fazem manter atualizados e evoluir”. Atualmente, contabilizam-se 104 internos de FE das várias especialidades, a que se somam 30 de FG, além dos estagiários de outros hospitais.

Raquel Almeida: Consulta de Risco Vascular tem capacidade de evoluir para videoconsulta

Raquel Almeida é alfacinha e escolheu estudar Medicina na FCM-UNL. Além de realizar todo o internato no CHLC, que concluiu em 2010, lá se manteve ainda durante dois anos enquanto especialista, no HCC. Foi nessa instituição que conheceu António Martins Baptista, de quem partiu o convite para integrar o HBA, em 2012, e com quem trabalhou no âmbito da Consulta de Risco Vascular. Para si, aceitar aquele desafio “fazia todo o sentido, pela oportunidade única de participar na abertura de um hospital”. E recorda o momento em que se começaram a receber os primeiros doentes no Internamento, vindos do HSM: “Foi muito emocionante e deu início a uma jornada muito desafiante, mas recompensadora.” O último ano foi, para a especialista, “particularmente difícil, porque foi a



Raquel Almeida

MI o ‘pivot’, em conjunto com os colegas de outras especialidades, a assegurar a abordagem aos doentes covid-19, enquanto outras atividades ficaram inevitavelmente para trás”. No caso da Consulta de Risco Vascular, onde se pretende “avaliar o risco vascular global do doente e identificar os fatores que sejam modificáveis para tentar reduzir esse risco, como a obesidade, o tabagismo, o sedentarismo, a dislipidemia ou a hipertensão arterial”, Raquel Almeida destaca a necessidade da referenciação precoce. Criada em 2018, esta consulta, na ótica da especialista, “é essencial no âmbito hospitalar, sobretudo para os doentes de

mais elevado risco e que, muitas vezes, têm múltiplas comorbilidades associadas, que podem ser de difícil manejo”, sendo de incentivar “uma maior interação entre o hospital e os CSP”. Por outro lado, é também frequente a referenciação partir do Internamento, “após algum evento vascular agudo, numa perspetiva de prevenção secundária”. Para o futuro, Raquel Almeida idealiza que esta Consulta possa continuar a funcionar, de forma alternada, entre regime presencial e telemedicina. Na sua opinião, este modelo permite “superar barreiras de distância de forma mais conveniente para determinados doentes, apesar de alguns desafios de comunicação”. E acrescenta: “Acredito que é possível avaliarmos os doentes neste regime, sobretudo quando já existe uma relação prévia de confiança entre médico e utente, dando-nos espaço para realizar mais consultas.”

Árcia Chipepo: a necessidade de envolvimento do doente na Consulta de Diabetes

Árcia Chipepo nasceu em Moçambique há 40 anos e o facto de lidar com a área da Saúde desde criança, ao acompanhar muitas vezes a mãe, enfermeira, no hospital, motivou-a ver na Medicina o seu rumo profissional. Após fazer os dois primeiros anos

do curso em Moçambique, mudou-se para Portugal e concluiu-o no ICBAS, em 2006. O facto de a MI ser “uma especialidade abrangente e ter o alcance de acompanhar os doentes como um todo, tentando controlar os seus múltiplos fatores de risco ou patologias”, levou-a a escolher esta especialidade, realizando o internato de FE no HCC. Assim que o concluiu, em 2013, integrou o Serviço de MI do HBA. Um ano depois passou a integrar a Consulta de Diabetes, em consequência da procura crescente pela mesma. Normalmente referenciados pela MGF, pelo Internamento e por outras consultas do HBA, pela necessidade de “ajustar a terapêutica ou orientar o doente”, a internista salienta ainda os casos de doentes encaminhados para a Consulta de Diabetes sem terem conhecimento prévio da doença, mas com complicações crónicas já estabelecidas, na maior parte das vezes irreversíveis, como a retinopatia diabética, “o que torna o seu diagnóstico precoce um fator chave na sua abordagem e gestão”. Distinguindo que a gestão dos doentes diabéticos é complexa, Árcia Chipepo defende que o contacto presencial com o doente – que a pandemia de covid-19 veio condicionar, principalmente no caso das consultas subsequentes –, é “crucial para o doente perceber melhor a atitude

(Continua na pág. 28)

MARTA FERREIRA, INTERNA DO 2.º ANO DE FE EM MI:

“Neste hospital, consigo abraçar as minhas áreas de interesse”

Marta Ferreira partilha a paixão de Joana Isabel Marques pelas doenças autoimunes. “Queria fazer o meu internato de FE num hospital que, para além de valorizar a formação, tivesse um grupo dedicado a esta área, pelo que o HBA foi uma escolha relativamente fácil, porque reunia as duas condições, além de ser uma referência entre pares”, refere. Por outro lado, “sempre gostei da emoção da Urgência e da ligação com os doentes e neste hospital consigo abraçar as minhas áreas de interesse”.

Natural de Braga, Marta Ferreira, 29 anos, estudou na Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior, na Covilhã, até 2018 e realizou o internato do Ano Comum no Hospital das Caldas da Rainha (CHOeste). “Não me lembro de desejar ser outra coisa que não médica e sempre me imaginei numa



especialidade em que a relação com o doente fosse o que mais sobressaísse”, revela, sublinhando: “Na MI, somos um bocadinho detetives, pela tentativa de

identificar o que está na origem de determinado problema, e a proximidade ao doente é essencial nessa busca.” A experiência que viveu em hospitais com uma menor dimensão e volume de especialidades levou-a a decidir fazer o internato de FE na capital. Iniciando este percurso em 2020, apenas conheceu a dinâmica normal do hospital durante os primeiros três meses, mas desde logo percebeu que o modelo adotado lhe permitia, “além de ficar muito capacitada a assistir patologias de diferentes áreas, estabelecer uma relação próxima com médicos de outras especialidades”. Quanto à pandemia de covid-19, a futura internista acredita que “na primeira vaga, movidos pelo desconhecido, o hospital adotou imediatamente uma atitude preventiva e todos estávamos muito bem preparados para as mudanças”. No

seu caso, admite nunca ter-se sentido sozinha ou desamporada, mas sim “bastante acompanhada e com muita disponibilidade por parte dos elementos mais velhos”. Para si, “a componente emocional foi a mais difícil, porque combinava as saudades da família com o volume de trabalho e o receio de podermos ser um vetor de doença”. Tendo estado vários meses sem ir a Braga, Marta Ferreira sempre privilegiou o contacto por telefone e videochamada, algo que é, aliás, prática corrente junto dos doentes. “Fomentamos essa ligação diária com as famílias e, no caso de doentes em fim de vida, permitimos sempre que desejado a visita da família”, realça. Retomando aos poucos a normalidade, a interna espera que “o modelo com que o hospital foi edificado regresse na sua plenitude”.

(Continuação da pág. 27)

de que tem que tomar". Como explica, "a comunicação através do telefone torna-se, por vezes, difícil, pela idade avançada ou pelo grau de compreensão limitado do doente". Esta problemática pode acentuar-se no caso de quem está a fazer insulina, dada a complexidade da terapêutica. Na sua ótica, a realização de mais consultas de grupo dirigidas ao esclarecimento de dúvidas poderia ser uma aposta futura, dado que, apesar do apoio crucial da equipa de Enfermagem, que verifica se o doente administra a medicação de forma adequada, "esse acompanhamento não é suficiente devido ao elevado número de doentes". O maior envolvimento destes é outra necessidade que identifica, destacando que "é muito comum transferirem a sua responsabilidade para a família ou para o médico", sendo "essencial fomentar reuniões temáticas mais esclarecedoras, para que o próprio doente conheça a sua doença e a terapêutica".



Árcia Chipeco

Árcia Chipeco destaca ainda os três grandes pilares no tratamento da diabetes – "o comportamento dietético, o exercício físico e o cumprimento da medicação" – realçando o apoio conferido pelas várias especialidades perante o surgimento de possíveis complicações, nomeadamente, nas vertentes cardíaca, oftalmológica, renal e vascular.

Carla Noronha: investir na terapêutica dirigida às doenças autoimunes no Hospital de Dia

Foi no internato de FE, no HCC, que Carla Noronha, 50 anos, descobriu o gosto pela área das doenças autoimunes, que aperfeiçoou através de vários estágios e forma-

ÁRCIA CHIPECO CONSIDERA "ESSENCIAL FOMENTAR REUNIÕES TEMÁTICAS MAIS ESCLARECEDORAS, PARA QUE O DOENTE CONHEÇA A SUA DOENÇA".

ções, incluindo um estágio no St. Thomas' Hospital, em Londres. Sendo uma "patologia complexa, que atinge vários órgãos e sistemas, exige alguma especialização para a prescrição das terapêuticas e até para pensar sobre estas doenças", explica. Integrou o HBA aquando da sua inauguração, enquanto coordenadora da Consulta de Doenças Autoimunes, quando já contabilizava sete anos enquanto especialista. Aos poucos, a equipa foi crescendo, contando atualmente com a colaboração de Ana Grilo, João Espírito Santo, Nina Fernandes, Ana Isabel Reis, Patrícia Patrício e respetivos internos. Sendo o lúpus a doença mais prevalente nos doentes que acompanha, Carla Noronha identifica ainda a artrite reumatoide, a espondilite anquilosante e a vasculite como muito prevalentes. Além da referenciação interna, através do Internamento e da Urgência, a especialista destaca ainda que são vários os especialistas que referenciam a partir da consulta, inclusivamente dos CSP. "A doença inflamatória intestinal apresenta muitas manifestações extraintestinais, nomeadamente a nível das articulações, pelo que muitos pedidos advêm da Gastroenterologia, enquanto a Dermatologia também referenciação devido ao compromisso cutâneo", esclarece. Carla Noronha distingue ainda a existência da Consulta de Doenças Autoimunes Ocular, na qual a MI colabora estreitamente com a Oftalmologia na área das uveítes. "Na mesma consulta, participam duas especialidades diferentes, analisando o doente sob o respetivo ponto de vista", destaca. Perante a complexidade da medicação imunossupressora, a especialista reconhece a necessidade de "assegurar um *follow-up* mais estreito". Além desta característi-



ca, "doentes com artrite reumatoide, artrite psoriática ou espondilite anquilosante poderão fazer terapêutica biológica, que está restrita apenas aos centros credenciados, como o nosso", complementa. Futuramente, a internista ambiciona ver o Hospital de Dia desenvolvido para este tipo de terapêuticas, dado que no panorama atual, "pela carga de trabalho inerente, nenhum especialista da área está atribuído a tempo integral". Por outro lado, visa "melhorar a formação neste domínio, de forma a receber internos de outros hospitais". A organização anual da Summer Autoimmunity School (SAIS), que este ano marca a sua sétima edição e se dirige a internos de qualquer especialidade, "tem sido uma aposta nossa, que tem despertado o interesse de muitos internos", realça.

Mónica Sousa: a colaboração multidisciplinar na Consulta de Hepatologia

Mónica Sousa, 45 anos, nasceu em Hamburgo, na Alemanha, e lá viveu até uma vinda a Portugal pelo período de um ano, durante a realização do curso de Medicina, ter sido determinante para decidir manter-se neste país desde então. Corria o ano de 1995. Entretanto, após concluir o curso na FMUL, realizou o internato de FG no Hospital de Santo André, em Leiria, onde identificou o interesse pela área das doenças hepáticas.

Concluiu o internato de FE em 2010, no Hospital Distrital de Torres Vedras, e aí se manteve até ser convidada a integrar o Serviço de MI do HBA. Ciente de que a Hepatologia "não é habitualmente uma área acompanhada pela MI, até porque a competência ainda não existe para esta especialidade", a internista mostra-se orgulhosa pela recetividade que o HBA demonstrou, logo em 2012, relativamente ao projeto de criação da consulta. "Sendo o fígado um órgão central e que pode ser origem de patologia multisistémica, reconheço a importância do contributo da MI", refere, salientando a colaboração da Gastroenterologia e ainda das Doenças Infeciosas para o sucesso da consulta. "Juntos, conseguimos criar uma consulta multidisciplinar, ao discutirmos casos clínicos e trocarmos conhecimentos", destaca. Sendo os pedidos originários, em maior número, da Urgência e do Internamento, muitas vezes "a própria Gastroenterologia encaminha para esta consulta, perante doentes mais complexos, que sofrem, por exemplo, de diabetes ou de hipertensão arterial, ou têm mais idade". A sua dedicação à Hepatologia foi crescendo de tal forma que Mónica Sousa tem vindo a intervir também no campo associativo, sendo atualmente secretária da Assembleia-Geral da Associação Portuguesa para o Estudo do Fígado e membro do secretariado do Núcleo de



Mónica Sousa

Estudos das Doenças do Fígado da SPMI. A especialista recorda o aumento da afluência de doentes que sofrem de hepatite C a partir de 2014, quando surgiram antivirais de ação direta que vieram "oferecer um tratamento altamente eficaz, muito curto e fácil". Pelo contrário, a pandemia de covid-19 veio "diminuir o número de referenciações, condicionar a realização das consultas e, principalmente no caso dos doentes com cirrose, dificultar o seguimento". Como explica, "é muito importante estar pessoalmente com estes doentes, para que deixem de ingerir bebidas alcoólicas e cumpram a medicação. Nesta fase, muitos não compareciam na teleconsulta e depois apareciam na Urgência".

VERA MATIAS, MÉDICA RESPONSÁVEL DA EQUIPA DE GESTÃO DE ALTAS: "Há um espírito de missão ao longo da nossa vida profissional"

Vera Matias tem 58 anos e sempre gostou muito da área dos cuidados continuados. "Os doentes são cada vez mais complexos, idosos e com múltiplas patologias e comorbilidades, o que exige uma maior necessidade de cuidados médicos e de enfermagem após a alta hospitalar", refere. Começou a ligar-se a esta área ainda no Hospital de Cascais, onde realizou o internato de FE, ali permanecendo durante 20 anos, após estudar na FCM-UNL. No entanto, a internista adianta que só mais tarde começou a surgir esta preocupação em Portugal: "Atendendo ao crescente isolamento da população e ao aumento da esperança média de vida, com consequente dependência funcional transitória ou prolongada, começou a surgir a necessidade de se fazer um planeamento da alta e de assegurar a continuidade de cuidados." A seu lado, na Equipa de Gestão de Altas (EGA), que inclui um secretariado e um centro de gestão, estão uma médica fisiatra, duas enfermeiras e três assistentes sociais. Após receberem informaticamente a listagem dos doentes sinalizados, trabalham no sentido de assegurar a continuidade de cuidados no ambulatório ou referenciando para a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI). Ao longo dos anos, a internista tem notado "uma crescente sensibilização,

logo, um maior número de doentes sinalizados", entendendo que tal possa ter derivado das várias formações que organizaram junto das equipas. Neste contexto pandémico, Vera Matias adianta que tem assistido a um considerável



número de doentes sinalizados devido a sequelas da covid-19. Desde janeiro, registaram-se já 180 sinalizações. O hospital conta ainda com a possibilidade de referenciação dos doentes para as Equipas de Cuidados Continuados Integrados, "equipas domiciliárias que asseguram cuidados de enfermagem, realização de pensos de feridas cirúrgicas ou de úlceras por pressão e ainda cuidados médicos ou de fisioterapia". Como enal-

tece, "trata-se de um grande auxílio porque permite agilizar mais rapidamente a alta hospitalar". Apesar de as altas para os internamentos da RNCCI serem mais morosas, a especialista adianta que o facto de o país se encontrar em estado de contingência possibilitou "uma maior agilização e rapidez na alocação dos doentes às unidades de cuidados integrados". Por outro lado, os doentes podem ainda contar com o apoio dos centros de saúde no domicílio, sendo a EGA responsável também por esta articulação. "Fazemos o contacto via telefone ou *e-mail* com cada USF, inclusivamente com unidades que não estão inseridas na nossa área de incidência, e garantimos que a prestação de cuidados seja assegurada", realça. Tendo integrado o HBA em janeiro de 2012, dedicando-se a tempo parcial à EGA, enquanto médica responsável, passou em 2016 a entregar-se a esta área a tempo completo, permanecendo apenas com a Consulta de MI, de forma cumulativa. Recordando-se das razões que a levaram a seguir esta especialidade, Vera Matias destaca "todo o processo, desde a admissão de um doente que apresenta uma série de sintomas e sinais, que, quando submetido a investigação diagnóstica, por vezes morosa, e avaliado no seu todo, nos permite chegar a um diagnóstico, muitas vezes surpreendente." Como salienta, "há um espírito de missão ao longo da nossa vida profissional".

pela Gastroenterologia e pelas Doenças Infeciosas, que está disponível durante uma semana por mês e permite "medir a elasticidade do fígado e, assim, avaliar se o doente tem cirrose".

Lia Marques: responsabilidade partilhada interdisciplinar e com as famílias caracteriza Unidade de Orto geriatria

Lia Marques nasceu em Beja há 40 anos, mas é em Lisboa que reside desde que começou a estudar Medicina na FCM-UNL. Concluiu o curso em 2004 e, se inicialmente tinha um certo fascínio pela Medicina Intensiva e pela Urgência, ao longo do internato de FE, no Hospital

Pulido Valente, foi-se interessando pela Geriatria. "Comecei a pensar nas adaptações que é urgente implementar nos cuidados médicos para assegurar que os anos adicionais de vida que a sociedade foi conquistando sejam vividos com qualidade", refere. O estágio que realizou na Unidade de Geriatria do Hospital Europeu Georges Pompidou, em Paris, que recebia doentes geriátricos agudos, ofereceu-lhe uma visão diferente da Medicina Geriátrica. Ainda no HPV, com o então diretor do Serviço de MI, João Gorjão Clara, integrou a equipa da primeira Consulta Multidisciplinar

(Continua na pág. 30)

(Continuação da pág. 29)

de Geriatria em Portugal, baseada na Avaliação Geriátrica Global.

Terminada a especialidade, em 2013, começou a trabalhar no HBA, onde integrou durante cinco anos a equipa de Urgência, até, em 2019, se tornar oficialmente membro do Serviço de MI, aquando da fundação da Unidade de Ortopediatria. Funcionando num modelo de cogestão entre a MI e a Ortopedia, trata-se essencialmente de um "percurso clínico dirigido a doentes com mais de 65 anos e com fratura da extremidade proximal do fémur".

Com uma abordagem interdisciplinar, que inclui internista, ortopedista, nutricionista, assistente social, fisioterapeuta, fisiatra, terapeuta ocupacional, farmacêutico e anestesista, Lia Marques destaca que se trata de uma "responsabilidade partilhada e juntos elaboramos um plano integrado de cuidados". Sendo a fratura do colo do fémur "um evento sentinela, que oferece a oportunidade de identificar a fragilidade do doente", a especialista salienta a desnutrição, a terapêutica potencialmente inapropriada, o compromisso cognitivo, a depressão e o isolamento social como problemáticas frequentes. Procurando "envolver as famílias precocemente no plano terapêutico", a internista destaca a importância de aquelas "identificarem as limitações dos doentes e de que forma os podem ajudar, dado que ainda está muito presente o mito de que o doente operado não pode sair da cama, o que vai contra uma das máximas da Medicina Geriátrica, de que *'bed is bad'*". Como explica, "é importante manter as rotinas de sono, assegurar o levante nas primeiras 24 horas de pós-operatório e realizar precocemente o treino de marcha". Englobando o acompanhamento no In-



Lia Marques



ternamento, mas também em Consulta, Lia Marques salienta a interação com a EGA, dado que, "por norma, estes doentes veem a sua autonomia funcional comprometida, requerendo uma continuidade de cuidados, nomeadamente em unidades de reabilitação". Em termos futuros, a especialista projeta atingir três grandes conquistas. Por um lado, "dado que o principal fator que condiciona o prognóstico é o tempo até cirurgia, queremos assegurar esta resposta nas primeiras 48 horas". Também o facto de "até 50% destes doentes desenvolverem quadros de *delirium*, uma problemática que continua a ser desvalorizada e cuja abordagem e prevenção é complexa, tem levado esta Unidade a procurar implementar medidas de prevenção, como a presença de familiares, a readaptação do espaço com referências temporais e o cumprimento dos ciclos de sono/vigília", explica. Por último, Lia Marques identifica ainda como objetivo estreitar relações com os CSP, com a implementação de parcerias formais.

Catarina Amorim: Cuidados Paliativos – uma diferenciação que enriquece a Medicina

Catarina Amorim nasceu na Figueira da Foz, mas logo aos dois anos mudou-se para Lisboa com a família. A prática de desporto de alta competição, durante a juventude, trouxe-lhe algumas lesões, que a levaram desde cedo a travar conhecimento com o mundo da Saúde, através das várias cirurgias que realizou. Por outro lado, o contacto com a realidade oncológica num membro da família mostrou-lhe "o outro lado da Medicina, associado

a uma doença crónica, que tem um alto impacto emocional no seio familiar". Estas vivências levaram-na à Medicina, na FCM-UNL, curso que concluiu em 2002. O contacto que teve com a MI, durante o internato de FG, em que se deparou com "doentes com patologias multiorgânicas, fez florescer o gosto pelo 'todo' e, em particular, pelo 'todo até ao fim', área de especial intervenção pela Medicina Paliativa, abrangendo o ato de cuidar do doente e da sua família de forma holística".



Catarina Amorim

Realizou o internato de FE no HCC e, em paralelo, investiu em formação avançada na área dos Cuidados Paliativos. Integrou o corpo clínico da Unidade de Cuidados Continuados e Paliativos do Hospital da Luz Lisboa durante cinco anos, para além da sua atividade clínica no Serviço de MI do HBA. "Quando, a nível nacional, os Cuidados Paliativos foram considerados constituintes essenciais dos cuidados de saúde gerais, por serem um imperativo ético da

promoção e defesa dos direitos humanos fundamentais – enriquecendo a Medicina e dignificando os doentes e as suas famílias –, foi obrigatória a criação de equipas multidisciplinares em todos os hospitais", explica. Nesse contexto, Catarina Amorim passou a integrar a então criada Equipa Intra-hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos (EIHSCP) do HBA, cuja coordenação veio a assumir mais tarde.

Esta equipa "presta consultadoria a todas as especialidades e acompanha os doentes e as suas famílias, colaborando no controlo sintomático, seja ele físico ou emocional, e participando ativamente no planeamento da alta hospitalar, com a possível articulação da continuidade de cuidados – quer para ambulatório, através da referência para equipas clínicas domiciliárias, quer para unidades específicas de internamento de cuidados paliativos". O objetivo será "reduzir ao máximo a possibilidade de o doente se dirigir à Urgência como estratégia alternativa à continuidade de cuidados".

Por outro lado, pela valência multidisciplinar que abrange, Catarina Amorim, em conjunto com os restantes elementos da equipa – enfermeiras, psicóloga, assistente social, farmacêutico, pedopsiquiatra e secretária de unidade –, intervém ativamente na gestão do doente e da sua família, articulando com as especialidades que lhes solicitam apoio, quer no Internamento, quer em regime de Consulta Externa, presencial ou por teleconsulta, caso se identifique essa necessidade. "Assim, no doente em ambulatório, poupamos deslocamentos desconfortáveis do doente ao hospital e reduzimos a necessidade de o cuidador faltar tantas vezes ao trabalho para o acompanhar, investindo no conforto global de todos", garante. Salientando que "os Cuidados Paliativos não se dirigem apenas a doentes com doenças crónicas ou incuráveis, mas também com doenças curáveis, cuja gestão envolva grande sofrimento e angústia existencial", Catarina Amorim aponta que "ser paliativista é exercer Medicina Paliativa em dedicação exclusiva". Neste momento, sendo a única médica integrada na equipa, "é imprescindível dotá-la de mais recursos humanos". No hospital, "os profissionais reconhecem a vantagem da precocidade da inclusão dos Cuidados Paliativos no plano integrado de cuidados do doente e têm vindo cada vez mais a solicitar o apoio da EIHSCP, o que é para nós um orgulho porque traduz um aumento na qualidade dos cuidados globais prestados no HBA", remata.

Internistas do Hospital da Luz Lisboa assumem a organização do 27.º CNMI

"Valorizar a Medicina Interna" é o lema do 27.º Congresso Nacional de Medicina Interna, que terá lugar entre 2 e 5 de outubro de 2021, em Vilamoura, depois de ter estado inicialmente programado para o final de maio, como habitualmente sucede. Pela primeira vez na história do principal evento da área em Portugal, a Comissão Organizadora é formada por internistas de um hospital privado. "Desde que abriu portas, o Hospital da Luz Lisboa (HLL) fez uma aposta absolutamente diferenciadora na Medicina Interna, tornando-a na especialidade médica central da organização clínica do hospital", afirma Alexandra Bayão Horta, presidente da 27.º CNMI, justificando assim, de certa forma, a decisão da equipa que lidera de se ter candidatado a pôr de pé, em 2021, a reunião magna da SPMI.



Alexandra Bayão Horta

Para a diretora do Serviço de MI do HLL, o desafio vai ao encontro do trabalho desenvolvido ao longo dos anos: "Todos os dias procuramos que a MI tenha cada vez mais médicos capazes de assumir o papel integrador e coordenador do tratamento hospitalar do doente." Os internistas participam assim em várias áreas, sendo responsáveis, além da consulta de ambulatório, pelo internamento de todos os doentes adultos médicos, pela assistência médica em internamento dos doentes cirúrgicos mais



27.º CNMI: Sérgio Gastão Baptista (tesoureiro), João Sá (presidente da Comissão Científica), Alexandra Bayão Horta (presidente) e Luís Duarte Costa (secretário-geral)

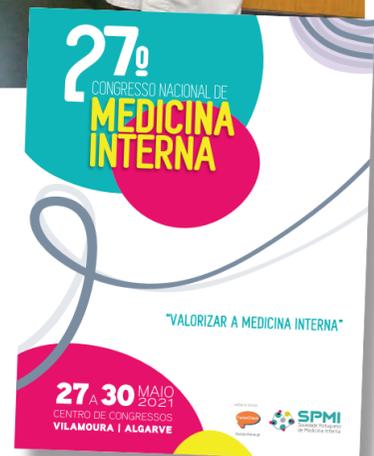


Elementos da CO do 27.º CNMI

complexos, "num sistema de cogestão com as especialidades cirúrgicas". Além de assumirem a urgência interna de adultos e a chefia das suas equipas, participam ainda nos grupos multidisciplinares de decisão terapêutica e na quase totalidade das comissões técnicas hospitalares.

Também envolvido na organização do Congresso está Luís Duarte Costa, diretor do Serviço de Urgência de Adultos, assu-

mindando as funções de secretário-geral do 27.º CNMI. Para o especialista, "valorizar a Medicina é também inovar", daí que o HLL tenha criado uma unidade de saúde familiar (USF) dentro do hospital. O médico sublinha que "a proximidade com a Medicina Geral e Familiar (MGF) é uma das apostas da SPMI, assim como do Congresso". Nesse sentido, acrescenta: "Queremos valorizar os médicos generalistas – médico de família e inter-



nista –, quer no doente agudo como no crónico." No âmbito do 27.º CNMI, serão organizados cursos pré-congresso em Vilamoura, mas também no Centro de Simulação do HLL, uma semana antes. "O internista precisa de ter uma formação contínua de qualidade, eminentemente prática e focada no doente", salienta Sérgio Garção Baptista, tesoureiro do Congresso. A Comissão Científica é presidida por João Sá, que recebeu, em 2019, o Prémio Nacional de Medicina Interna.

Patirómero, um facilitador da utilização dos RAASi



Cândida Fonseca

Coordenadora da Clínica de Insuficiência Cardíaca do Hospital de São Francisco Xavier (CHLO)

A administração de fármacos inibidores do sistema renina-angiotensina-aldosterona (*renin-angiotensin-aldosterone system inhibitors* - RAASi) nas doses máximas toleradas é muito importante porque melhora o prognóstico dos doentes com insuficiência cardíaca, aumentando a qualidade de vida e a sobrevivência e diminuindo o número de internamentos. Mais: atrasa o declínio da função renal nos doentes com doença renal crónica. Assim, é importante que sejamos capazes de titular estes fármacos até às doses que mostraram ser as mais eficazes, isto é, as doses máximas testadas nos grandes estudos e/ou toleradas pelos doentes.

Os doentes mais favorecidos por esta terapêutica são precisamente aqueles que sofrem de IC e de doença renal crónica, daí a interação importantíssima entre internistas, cardiologistas e nefrologistas.

Acontece que, muitas vezes, não conseguimos atingir as doses pretendidas de RAASi porque o doente tem uma contra-indicação, sendo a hipercalemia uma das mais frequentes. Todos os RAASi tendem a provocar hipercalemia, com risco acrescido de arritmias graves ou mesmo fatais. Acresce a preocupação com o facto de os doentes diabéticos, hipertensos, insuficientes cardíacos ou renais, só por si, também terem risco acrescido de hipercalemia, o que aumenta a importância da multidisciplinaridade.

Se, por um lado, conseguimos tratar facilmente um evento agudo de hipercalemia, num contexto de doença crónica, pelo contrário, até muito re-

centemente, não existiam fármacos disponíveis que fossem suficientemente bem tolerados e eficazes para conseguirmos diminuir a caliemia de forma sustentada e assim podermos aumentar as doses de RAASi. O dilema que se colocava era aceitarmos níveis elevados de potássio sérico e, intrinsecamente, os riscos inerentes ou, com receio, legítimo, destas consequências, diminuirmos as doses dos fármacos que melhoram o prognóstico dos doentes, minimizando os seus benefícios. Surge agora um novo fármaco, o patirómero, eficaz no controlo da caliemia a longo prazo e bem tolerado. Está disponível na farmácia hospitalar desde meados do ano passado.

A experiência que temos retirado do seu uso na prática clínica diária confirma ser um fármaco capaz de manter a caliemia nos valores normais a longo prazo, como demonstrado nos estudos aleatorizados, bem tolerado, que tem escassos efeitos acessórios, nomeadamente a nível gastrointestinal, frequentemente ligeiros e facilmente resolúveis.

Neste contexto, e com o objetivo de rever esta problemática, relembrar a importância das doses máximas de RAASi nestes grupos de doentes e evidenciar a capacidade que o patirómero tem de manter a caliemia em valores normais a longo prazo, permitindo titular os RAASi e, assim, melhorar o prognóstico dos doentes com IC e/ou DRC, um grupo de cardiologistas, internistas e nefrologistas desenvolveu, em conjunto, um algoritmo de manejo da hipercalemia associada ao tratamento com RAASi: *"Management of RAASi-associated hyperkalemia in patients with cardiovascular disease"* (*Heart Failure Reviews*. 2021 Feb 18. doi: 10.1007/s10741-020-10069-3).

O algoritmo pretende auxiliar os clínicos na utilização deste novo fármaco. Recomenda para os doentes com IC e/ou DRC e caliemia entre 4 e 5 mEq/L a titulação dos RAASi até à dose máxima testada nos grandes estudos ou até à dose máxima tolerada pelo doente, sob controlo regular da função renal e da caliemia. Uma caliemia entre 5,1 e 5,5 mEq/L, ainda que rotulada de hipercalemia ligeira, é uma "zona cinzenta". Se o doente não tiver fatores de risco associados, a indicação é para titular os RAASi, monitorizando a caliemia, eliminar os alimentos mais ricos em potássio e eventuais outras fontes geradoras de hipercalemia, nomeadamente outros fármacos que possam ser descontinuados (diuréticos retentores de potássio, digoxina, bloqueadores adrenérgicos).

No caso do doente com risco acrescido de desenvolver hipercalemia, por já ter tido, por exemplo, um primeiro episódio ou ser diabético, o procedimento será iniciar o patirómero e assim que a caliemia estiver abaixo de 5 mEq/L voltar a titular os RAASi. Esta será também a conduta a adotar perante uma caliemia entre 5,6 e 6 mEq/L. No caso dos doentes com caliemia superior a 6 mEq/L, será necessário suspender os RAASi, qualquer que seja a dose, iniciar o patirómero e só voltar a introduzir e titular os RAASi quando o patirómero tiver estabilizado a caliemia abaixo de 5 mEq/L (Fig. 1).

De salientar a necessidade, em todos os casos, de uma vigilância regular da caliemia e da função renal, bem como a necessidade de monitorizar a adesão à terapêutica, dado que a interrupção brusca do patirómero tem como efeito o aumento abrupto do valor do potássio sérico nas 24 horas após a falha da toma. É, assim, fundamental que o farmacêutico hospitalar também integre a equipa multidisciplinar que assegura cuidados aos doentes com IC e/ou DRC. Tem um papel relevante no ensino ao doente e cuidador e na monitorização da terapêutica, em geral, e do patirómero, em particular. Acreditamos que este algoritmo venha auxiliar os clínicos na decisão terapêutica, na prescrição dos RAASi aos doentes com indicação formal, bem como na integração do patirómero, num esquema terapêutico já previamente complexo. Este novo fármaco, eficaz no controlo da caliemia a longo prazo, seguro e fácil de manejar, vem permitir a utilização de doses mais eficazes de RAASi, controlando a caliemia, um fator muitas vezes impeditivo do alcance do tratamento mais eficaz.

se" (*Heart Failure Reviews*. 2021 Feb 18. doi: 10.1007/s10741-020-10069-3).

	Chronic hyperkalemia			
1. Serum K ⁺	Column A 4-5 mEq/L ⁽¹⁾	Column B Mild 5.1-5.5 mEq/L	Column C Moderate 5.6-6 mEq/L	Column D Severe > 6 mEq/L
2. Patients undergoing RAASi optimization	Not on maximal tolerated RAASi dose	Not on maximal tolerated RAASi dose	Not on maximal tolerated RAASi dose for previous hyperkalemia when up-titrating RAASi or HF and/or CKD 3b-4 ⁽²⁾ and/or DM	Whether on or not on maximal tolerated RAASi dose
3. Actions	Initiate/up-titrate RAASi Monitor K ⁺ ⁽³⁾	Initiate/up-titrate RAASi Monitor K ⁺ ⁽³⁾	Initiate/up-titrate RAASi and maintain novel potassium binders/patirómero ⁽⁴⁾ until serum K ⁺ ≤ 5.0 mEq/L ⁽⁵⁾ Monitor K ⁺ ⁽³⁾	Discontinue/Reduce RAASi and Initiate/up-titrate novel potassium binders/patirómero ⁽⁴⁾ until serum K ⁺ ≤ 5.0 mEq/L ⁽⁵⁾ Monitor K ⁺ ⁽³⁾
4. Follow-up	Maintain RAASi on maximal tolerated doses, monitor K ⁺ and renal function, and check for additional causes of hyperkalemia (K ⁺ diet content, salt substitutes, drugs impairing renal function and K ⁺ excretion)			
Normokalemia	(1) While normokalemia is usually described as a serum K ⁺ value within 3.5-5 mEq/L, in patients with HF, CKD, DM, or a combination of these, a U-shaped curve of increased mortality is associated with serum K ⁺ values above or below 4.0-5.0 mEq/L [5].			
K ⁺ and Mg monitoring	(2) 1-2 weeks after starting and after each up-titration. At 4 weeks, at 8 weeks, and 12 weeks after starting/increasing dose. Then at 6, 9, and 12 months. Four-monthly thereafter [1]. (3) At 48-72 h and repeat at week 1. Serum Mg should be monitored for at least 1 month after initiation of patirómero. (4) At 0.4 g/day, unless another treatable etiology for hyperkalemia is identified. Measure K ⁺ at 1 and 3-6 months. If serum K ⁺ > 5.0 mEq/L, up-titrate patirómero to 16.8 g/day until a maximum dose of 23.2 g/day and monitor serum K ⁺ no later than 1 week.			

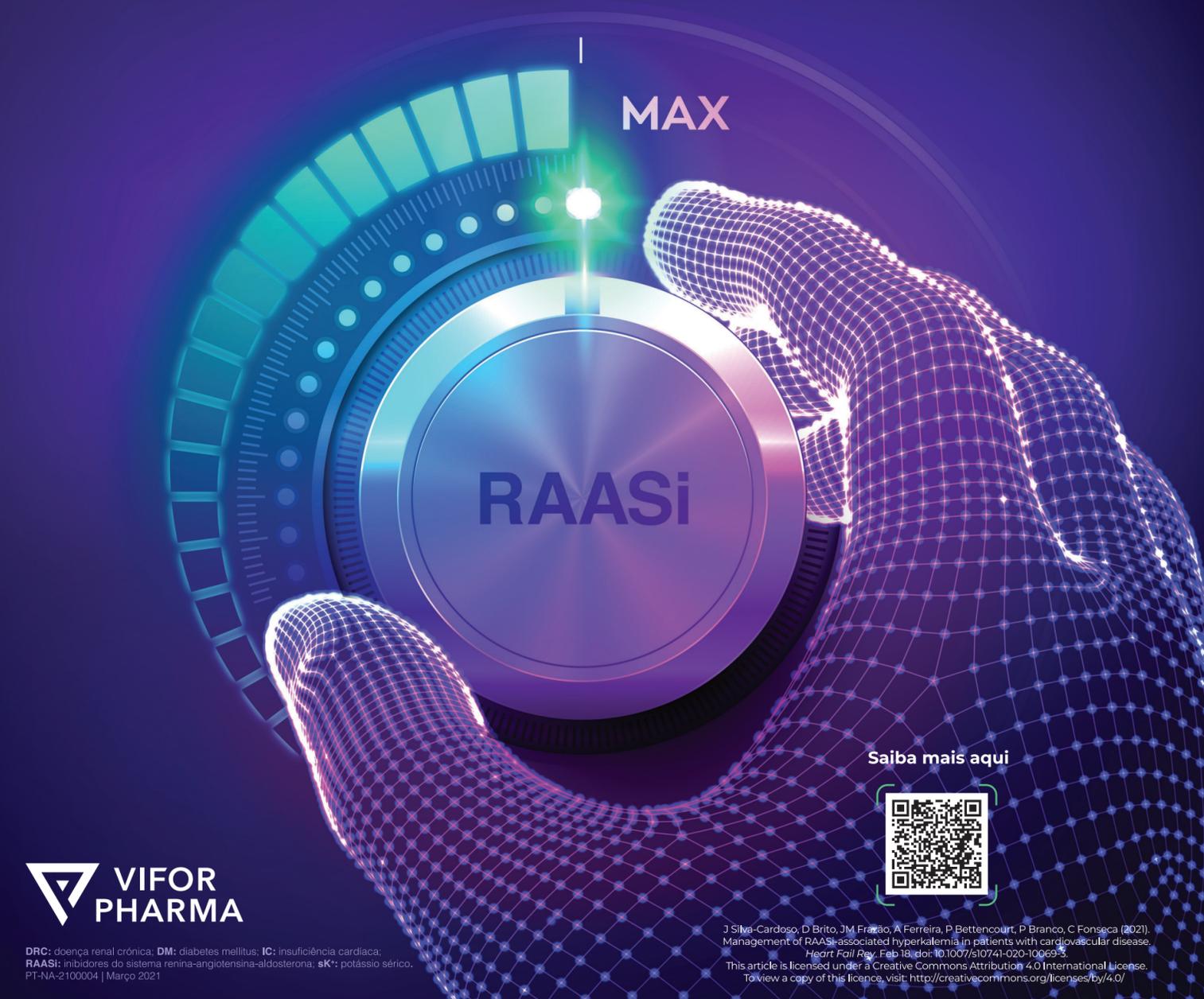
Figura 1

Os seus doentes estão OK+?

O risco de hipercalemia induzida pela terapêutica RAASi é particularmente elevado nos doentes com IC e/ou DRC e/ou DM, a que se associa um risco elevado de mortalidade para qualquer valor de sK⁺ > 5,0 mEq/L.

Por isso, é importante ter a certeza que os seus doentes estão OK⁺.

Assim, um grupo de peritos Portugueses desenvolveu um algoritmo que propõe a titulação dos RAASi para as doses máximas recomendadas, em doentes com IC e/ou DRC e/ou DM e hipercalemia crónica ou recorrente, através da utilização dos novos captadores de potássio/patirómero, que mantêm a normocaliemia.



Saiba mais aqui



DRC: doença renal crónica; DM: diabetes mellitus; IC: insuficiência cardíaca; RAASi: inibidores do sistema renina-angiotensina-aldosterona; sK⁺: potássio sérico. PT-NA-2100004 | Março 2021

J Silva-Cardoso, D Brito, JM Frade, A Ferreira, P Bettencourt, P Branco, C Fonseca (2021). Management of RAASi-associated hyperkalemia in patients with cardiovascular disease. *Heart Fail Rev*. Feb 18; doi:10.1007/s10741-020-10069-3. This article is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International license. To view a copy of this licence, visit: <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>

JULHO 2020 – UNIDADE DE CUIDADOS INTERMÉDIOS DE MEDICINA (UCIM) DO SERVIÇO DE MI DO CHUSJ (FOTO NUNO BRANCO)



21

ACREDITAR

Publicações



www.justnews.pt

Jornal Médico

LIVE ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA PARA O ESTUDO CLÍNICO DA SIDA

LIVE OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA

Jornal ORL

LIVE OTORRINO LARINGOLOGIA

* LIVE ALERGOLOGIA E IMUNOLOGIA CLÍNICA

HOSPITAL Público A PRIMAIA DE BOAS PRÁTICAS CONGRESSO

LIVE MEDICINA INTERNA

Jornal Médico DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

LIVE MEDICINA FÍSICA E REABILITAÇÃO

HOSPITAL Público A PRIMAIA DE BOAS PRÁTICAS

WOMEN'S MEDICINE

Coração Vasos

LIVE PSIQUIATRIA E SAÚDE MENTAL

3.º Curso de Atualização em Medicina Interna

Ao contrário do que sucedeu nas duas edições anteriores, a pandemia obrigou a que o CAMI 2020 tivesse que decorrer online.

A pandemia da covid-19 pode ter trocado os planos aos internos de Formação Específica em Medicina Interna, mas isso não tem que ser visto como um problema. Segundo Luísa Eça Guimarães, "também é muito importante que um internista saiba encontrar respostas numa situação tão diferente como a que vivemos".

Na sede da SPMI, em Lisboa, apenas estiveram presentes alguns elementos da Comissão Organizadora do Curso e a equipa de técnicos de imagem e som que permitiram a sua realização à distância para os 229 inscritos. No Porto, mais precisamente no Centro de Reabilitação do Norte, estavam outros membros da organização.



Nuno Bernardino Vieira, Luísa Eça Guimarães e Ricardo Louro

A médica falava à *Just News* a propósito do 3.º Curso de Atualização em Medicina Interna, evento promovido pela SPMI e de que foi uma das coordenadoras. A ação de formação teve lugar em formato *online*, entre 16 e 21 de novembro.

Particularmente dirigido a internos e a jovens especialistas de Medicina Interna, o CAMI tem como objetivo promover a atualização de conhecimentos, por exemplo, relativamente a doenças autoimunes, cardíacas, endócrinas, metabólicas e respiratórias e a áreas tão diversas

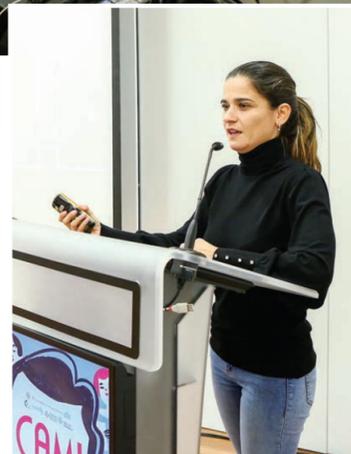
como Cuidados Paliativos, Neurologia, Geriatria, Hepatologia, Hematologia, Psiquiatria, Dermatologia, Gastroenterologia e Nefrologia.

"Face à versatilidade da MI, nem sempre é fácil estarmos a par de todas as novidades e o curso é uma forma de se fazer uma revisão e ver o que há de novo, chegando mesmo a ser uma mais-valia para quem vai fazer o exame da especialidade", considera.

Luísa Eça Guimarães, especialista de Medicina Interna do Centro Hospitalar de Póvoa do Varzim/Vila do Conde, vê nesta iniciativa mais uma ajuda importante em tempos de novos desafios. "É essencial na consolidação de conhecimentos que não dizem apenas respeito à pandemia", afirma, acrescentando que, no entanto, neste 3.º Curso, foi decidido incluir o contributo de um virologista, para que apresentasse uma visão "menos conhecida" da doença covid-19, nomeadamente no que se refere ao comportamento do vírus.

E é precisamente neste ponto que se levanta a questão que tem sido tão abordada ao longo do último ano: o impacto da pandemia na formação dos internos. Para Luísa Eça Guimarães, existem aspetos positivos que não podem ser ignorados: "Houve estágios cancelados na primeira vaga, o que obrigou a uma adaptação, mas também é muito enriquecedor aprender com tudo o que se está a passar na Saúde."

Após o 1.º CAMI, realizado no Porto, em 2018, a 2.ª edição aconteceu em Vila do



Conde e agora, em 2020, estava planeado que decorresse em Loures, mas a situação de pandemia obrigou a Comissão Organizadora a introduzir algumas alterações, como a adoção do formato digital.

"O CAMI é um curso cientificamente de qualidade, com certificação da DGERT – Direção-Geral do Emprego e das Relações de Trabalho desde o segundo ano, mas onde as pessoas podem conviver e sentir-se à vontade para colocar questões", frisa.

Neste ano de 2021, o Curso deverá vir a realizar-se no sul do país: "Como os colegas do sul não puderam ter a possibilidade de usufruir de uma formação presencial, faz todo o sentido mantermos os planos para Loures."

O CAMI é organizado no âmbito do Centro de Formação em Medicina Interna e do Núcleo de Estudos de Formação em Medicina Interna da SPMI.

JOSÉ VERA, COORDENADOR DO NEDVIH-SPMI, A PROPÓSITO DO 1.º CURSO INTENSIVO DE INFEÇÃO E DOENÇA VIH:

"Mais de 50% dos doentes com VIH continuam a ser diagnosticados tarde"

O crescimento da incidência do VIH na população idosa, devido ao aumento da esperança média de vida, é um fator de preocupação para José Vera, coordenador do Núcleo de Estudos da Doença VIH (NEDVIH) da SPMI.

O médico projeta que "dentro de 10 anos, mais de metade da nossa população de doentes terá mais de 60 anos", propiciando "o surgir de patologias associadas, como a diabetes ou a hipertensão arterial, mais precocemente".

O fundador e atual coordenador do NEDVIH salienta ser necessário "reforçar o pedido de diagnóstico precoce nas zonas de alta incidência, uma vez que mais de 50% dos doentes continuam a ser diagnosticados numa fase tardia". Estas foram algumas das questões discutidas no 1.º Curso Intensivo de Infecção e Doença VIH, realizado entre os dias 24

e 27 de setembro, no Hotel dos Templários, em Tomar.

Segundo José Vera, procurou-se com esta ação de formação debater fundamentalmente "as patologias associadas à doença VIH, bem como o controlo da infeção", sublinhando que se trata de "uma

doença sistémica, que implica olhar para o todo".

Desenhado para 30 formandos, o evento contou com a presença de uma camada jovem de internos e recém-especialistas de Medicina Interna e Doenças Infecciosas, possibilitando "o enriquecimento

de conhecimentos sobre o doente VIH, nomeadamente em contexto de internamento no Serviço de MI ou no atendimento no Serviço de Urgência". Marcado pelo debate de casos clínicos e o diálogo com os formadores, este curso esteve dividido em 10 módulos.



José Vera: "Estamos perante uma doença sistémica, que implica olhar para o todo"



Participantes no 1.º Curso Intensivo de Infecção e Doença VIH

O 2.º CURSO INTENSIVO DE INFEÇÃO E DOENÇA VIH DECORRERÁ ENTRE OS DIAS 23 E 26 DE SETEMBRO DE 2021, EM TOMAR.

JOÃO ARAÚJO CORREIA, PRESIDENTE DA SPMI, DIRIGINDO-SE AOS DIRETORES DE SERVIÇO:

“Doentes crónicos complexos devem continuar a ser o maior foco de atenção”

A Medicina Interna como especialidade generalista ou diferenciada foi o tema que dominou a última Reunião dos Diretores e Orientadores de Formação, organizada pela SPMI.

“Esta é uma reunião fundamental na vida da SPMI porque são os diretores de serviço a face mais visível da Medicina Interna em Portugal”, afirmou João Araújo Correia, presidente da SPMI, na Sessão de Abertura do encontro, que se realizou em Peniche, no passado dia 7 de novembro. E salientou serem eles a “traçar o rumo da MI, pela adoção de novas técnicas na prática clínica, ou criando unidades inovadoras de tratamento dos doentes”. Paralelamente, “têm a tarefa de manter os serviços atualizados e motivadores para especialistas e internos, sem nunca descuidarem o trabalho assistencial

e pensamento e à ação coletiva, o internista convidou, desde logo, os diretores a juntarem-se a um grupo de *whatsapp* organizado pela SPMI. João Araújo Correia aproveitou a ocasião para agradecer a presença dos diretores de serviço que se dispuseram a ser preletores – Jorge Almeida (CH Universitário de São João), Jorge Cotter (Hospital da Senhora da Oliveira – Guimarães), Luís Campos (Hospital de São Francisco Xavier – CHLO), João Santiago Correia (Hospital Sousa Martins – ULS da Guarda) e Vasco Barreto (Hospital Pedro Hispano – ULS de Matosinhos), bem como

de todos os que participaram, de forma presencial ou através da plataforma de *streaming*. Ao mesmo tempo, a direção da SPMI mostrou-se disponível para a defesa de causas relevantes para os internistas

e também para ajudar na resolução de conflitos, dado já ter existido “repercussão mediática das nossas posições, que facilitaram as mudanças pretendidas”. Lançando a temática da reunião, “Medicina Interna Generalista versus Diferenciação Reconhecida na MI – Convivência ou Incompatibilidade”, João Araújo Correia evidenciou o debate que corre quanto ao “receio de que a evolução para a agre-

gação de internistas com diferenciação similar em unidades de tratamento específico de doentes possa levar à balcanização dos serviços de MI, relegando para um plano secundário os doentes idosos, polipatológicos ou polimedicados”. Soma-se ainda a apreensão de que o trabalho continuado numa área específica possa prejudicar a carreira hospitalar do internista. No eixo contrário, aqueles que

de de permitir uma formação orientada para uma área específica” e até pelo facto de “a garantia da diversidade das patologias estar em risco”.

Como o presidente da SPMI fez questão em frisar, “pugnamos pelos internistas generalistas, que muito nos prestigiam e tornam indispensáveis para o funciona-

mento do SNS, mas, ao mesmo tempo, temos 21 núcleos de estudo, com internistas de mérito nas áreas a que se dedicaram”.



árduo das muitas centenas de doentes crónicos complexos que preenchem as enfermarias e que devem continuar a ser o seu maior foco de atenção”.

No contexto pandémico que o mundo vive, o presidente da SPMI não pôde deixar de referir, “além dos palcos mediáticos, dos *webinars* infundáveis e das mesas-redondas televisivas, o tratamento dos doentes covid-19 e de todos os outros, que na primeira vaga não deixaram de vir e que agora chegaram ainda com mais força”. Nesta situação, destacou a necessidade de os diretores de serviço terem de responder aos CA “com a aparência de controlo absoluto”. De forma a incitar ao



se mantêm como generalistas “mostram, habitualmente, sentir-se discriminados e pouco reconhecidos”. Estas dúvidas estendem-se à formação dos internos de FE, nomeadamente quanto à eventualidade de estarem a ser “prejudicados pela dispersão dos especialistas do quadro nas áreas de diferenciação a que se dedicaram”, pela “licitu-



LIVE
MEDICINA FÍSICA
E REABILITAÇÃO

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

LIVE
MEDICINA INTERNA

WOMEN'S
MEDICINE

LIVE
MEDICINA INTERNA

LIVE
MEDICINA FÍSICA
E REABILITAÇÃO

LIVE
MEDICINA FÍSICA
E REABILITAÇÃO

WOMEN'S
MEDICINE

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

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

LIVE
MEDICINA INTERNA

WOMEN'S
MEDICINE

WOMEN'S
MEDICINE

LIVE
MEDICINA FÍSICA
E REABILITAÇÃO

LIVE
MEDICINA INTERNA

LIVE
MEDICINA INTERNA

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

LIVE
MEDICINA FÍSICA
E REABILITAÇÃO

LIVE
MEDICINA FÍSICA
E REABILITAÇÃO

WOMEN'S
MEDICINE

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