

Publicações



LIVE

MEDICINA INTERNA

DIRETOR: JOSÉ ALBERTO SOARES
QUADRIMESTRAL | SET.-DEZ. 2024
ANO 9 | NÚMERO 33 | 3 EUROS
WWW.JUSTNEWS.PT

Publicação Periódica

*Luís Duarte
Costa inicia
mandato como
presidente
da SPMI após
o 30.º CNMI*

*Carlos Carneiro
sucede a José
Delgado Alves
na coordenação
do NEDAI*

*Manuel Teixeira Veríssimo,
presidente da SRCOM:*

**"SOBRECARGA
DAS URGÊNCIAS
DESESTRUTURA SERVIÇOS DE MI"**

JORNAL MÉDICO

DOS CUIDADOS DE SAÚDE INTEGRADOS

CUIDADOS PRIMÁRIOS

CUIDADOS HOSPITALARES

Jornal Médico
MARÇO 2013

O enfermeiro de família na USF
Governo quer um médico de família para quem deseja
Direção-Geral da Saúde: 12 anos
oscilocoocin
Especialistas de MGF constituem base fundamental da diabetologia clínica
USF Locomotiva com objetivos cumpridos a 100%

MAIO 2024

Jornal Médico
JULHO 2017

HOSPITAL Público
A PARTILHA DE BOAS PRÁTICAS
A arte de combater o desânimo e de inverter o rumo do défice
Profissionalismo, dedicação e empenho na Cardiologia do CHVNG/E
USF Lusitano investe em consultas ombro a ombro

MAIO 2024

CUIDADOS INTEGRADOS

Jornal Médico
MAIO 2024

DOS CUIDADOS DE SAÚDE INTEGRADOS
A PARTILHA DE BOAS PRÁTICAS ENTRE TODAS AS UNIDADES DO SNS
António Martins Baptista "A Medicina Interna entrou na sua maior crise desde os anos 70"
Fernando Salvador, diretor do Serviço de MI da ULSTMA e presidente do 30.º CNMI: "A MI e a MGF devem estar muito próximas porque partilham boa parte dos doentes"
O segredo do êxito: uma equipa que comunica e que partilha decisões
USF Lusitano investe em consultas ombro a ombro
30.º CNMI Congresso Nacional de Medicina Interna 23 - 26 Maio 2024

PROMOVER A PARTILHA DE BOAS PRÁTICAS ENTRE TODAS AS UNIDADES DO SNS NUMA ÚNICA PUBLICAÇÃO

A EVOLUÇÃO NATURAL...

sumário

Entrevista

22 Manuel Teixeira Veríssimo, presidente da Secção Regional do Centro da Ordem dos Médicos: “O problema da sobrecarga das urgências está fora das mesmas, mas reflete-se no seu funcionamento”

Eventos

08 10.ª Reunião Temática do Núcleo de Estudos de Diabetes Mellitus
Fátima, 4 de maio 2024

14 30.º Congresso Nacional de Medicina Interna
Vilamoura, 23-26 de maio 2024

32 X Congresso Nacional de Autoimunidade / XXIX Reunião Anual do NEDAI
Lisboa, 27-29 de junho 2024

40 1.ªs Jornadas de Medicina Interna da ULS de Santa Maria
Lisboa, 10-12 de abril 2024

Notícias

12 Andre C. Kalil, professor no Centro Médico da Universidade do Nebraska (EUA): “Temos muito a fazer para minimizar os danos humanos das doenças infecciosas”

20 Núcleo de Estudos de Obesidade da SPMI
Criado em abril de 2024, é coordenado por Isabel Fonseca, da ULS de Coimbra

39 Unidade de Hospitalização Domiciliária da ULS de Viseu Dão-Lafões
Projeto arrancou há 5 anos, em abril de 2019

Opinião

38 Reflexões de uma assistente social sobre hospitalização domiciliária
Fátima Ferreira



XXII

JORNADAS DO NEDVIH

4 & 5 | ABRIL 2025



Imagem da capa
Manuel Teixeira Veríssimo fotografado nas instalações da Secção Regional do Centro da OM, em Coimbra.

LIVE Medicina Interna

Diretor: José Alberto Soares **Redação:** Miguel Anes Soares, Raquel Braz Oliveira **Fotografia:** Tomás Domingues **Publicidade:** Diogo Varela **Diretor de Produção Gráfica:** José Manuel Soares **Diretor de Multimédia:** Luís Soares **Morada:** Alameda dos Oceanos, Nº 25, E 3, 1990-196 Lisboa **LIVE Medicina Interna é uma publicação da Just News**, de periodicidade quadrimestral. Dirigida a profissionais de saúde, isenta de registo na ERC, ao abrigo do Decreto Regulamentar 8/99, de 9/06, Artigo 12º nº 1A **Preço:** 3 euros **Depósito Legal:** 386025/14 **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”.

Publicações



geral@justnews.pt
agenda@justnews.pt

Tel. 21 893 80 30
www.justnews.pt

CENTRO CULTURAL DE CASCAIS

31.^o congresso nacional de CNMi medicina interna

22-25
MAIO
2025

Convento de
São Francisco,
Coimbra



UMA
LIÇÃO
DE FUTURO
E TRADIÇÃO

 **justNews**

Organização

 **SPMI**
Sociedade Portuguesa
de Medicina Interna

Agência oficial

 **factorchave**
marketing integrado

10.ª Reunião Temática do NEDM

A complexidade da diabetes na mulher

Fátima, 4 de maio 2024

Inteiramente dedicada ao debate em torno da mulher com diabetes, abordando as várias fases de vida da mesma, a última reunião temática do Núcleo de Estudos da Diabetes Mellitus da SPMI foi “globalmente um sucesso”, de acordo com a sua coordenadora.

Realizada em Fátima no primeiro sábado de maio, a 10.ª Reunião Temática do NEDM, um dos núcleos da SPMI, contou com quase centena e meia de participantes. “Um número bastante elevado para um evento com estas características, subordinado a um único tema”, segundo Mónica Reis.

O tema suscitou muita curiosidade e interesse: “Mantendo-se a sala sem-



Mónica Reis e Fátima Pinto, coordenadora adjunta do NEDM

pre repleta de participantes, notava-se na assistência um elevado interesse em escutar e adquirir mais conhecimento sobre as particularidades que envolvem a diabetes na mulher. O contributo da abordagem multidisciplinar dado pela presença dos colegas de Ginecologia e Obstetrícia que integravam o painel de palestrantes foi uma mais-valia fundamental para nós internistas”, afirmou à *Just News* a especialista.

Mónica Reis sublinhou ainda o envolvimento do Núcleo de Estudos de Medicina Obstétrica no programa do evento, participando numa mesa sobre diabetes gestacional, “dando continuidade a um dos objetivos do NEDM de uma



maior proximidade e parceria com os outros núcleos da SPMI”.

A entrada na vida adulta, em particular das adolescentes com diabetes tipo 1, habitualmente seguidas em consultas de Pediatria, e depois pela Medicina Interna ou pela Endocrinologia, “coloca-nos a nós internistas desafios sobre os quais importa refletir e aferir modos de abordagem”, considera Mónica Reis.

“No início da fase da sua vida adulta enquanto mulher, ao mesmo tempo que surgem questões relacionadas com a sua vida sexual e o planeamento familiar, verifica-se um natural crescimento da própria. Passa a recair sobre si a gestão da diabetes, deixan-

Coordenação e Secretariado do NEDM: Rita Nortadas, Rita Paulos, Mónica Reis, Isabel Lavadinho, Fátima Pinto, Conceição Escarigo, Mário Esteves, Edite Nascimento, José Guia e Rúben Reis

do de haver a partilha de responsabilidades com os pais, o que acontecia anteriormente enquanto criança e adolescente”, sublinha a médica, que coordena a Unidade Integrada de Diabetes da ULS do Estuário do Tejo, a funcionar no Hospital de Vila Franca de Xira.

“A forma como se faz o acompanhamento e a transição para outra especialidade – e, portanto, outro médico assistente – dessa jovem mulher, que, entretanto, fica responsável pela sua própria condição de saúde, é extremamente importante. Pode ficar comprometido o próprio controlo meta-

(Continua na pág. 10)

(Continuação da pág. 9)

bólico, com eventuais consequências, se esse acompanhamento não for adequado”, alerta Mónica Reis.

Mónica Reis: “A forma como se faz o acompanhamento e a transição da jovem mulher com diabetes para outra especialidade é extremamente importante.”

A menopausa, tão relevante e frequentemente esquecida, não podia deixar de ser debatida na 10.ª Reunião Temática do NEDM: “A maioria das mulheres que abordamos nas nossas consultas encontra-se nesta fase da vida e colocamos questões às quais os internistas devem estar preparados para responder.”

O “papel preponderante” da Medicina Interna

Em declarações à *Just News*, na qualidade de presidente da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna consideraria “muito interessante” o tema escolhido para este evento do NEDM. Lembrando que os internistas estão muito associados às consultas dirigidas a grávidas com diabetes, Lèlita Santos não hesita em admitir que, “realmente, pensar na mulher com diabetes que não está

grávida é importante, apresentando particularidades que a diferenciam do homem, mas a verdade é que o assunto não é debatido como devia ser”. Com uma ligação ao NEDM desde a primeira reunião realizada com vista à formação deste Núcleo da SPMI, em 1991, e continuando a ser uma das suas áreas de trabalho, Lèlita Santos reconhece que, embora sejam várias as especialidades médicas envolvidas no acompanhamento dos doentes com diabetes, nessa matéria, “a MI tem um papel preponderante”:

“A MI está muito presente logo no diagnóstico da diabetes, bem como na quantidade de doentes que nós seguimos e que temos internados nas nossas enfermarias, maioritariamente por outras patologias, sendo que estas acabam por estar, de uma forma geral, associadas à diabetes.”

Numa altura em que estava prestes a terminar o seu mandato de três anos como presidente da SPMI, com a particularidade de ter sido a primeira mulher presidente desta Sociedade, Lèlita Santos aceitou o convite para ser a figura central da tertúlia que animou a parte final da Reunião, rodeada por todos os elementos do sexo feminino que integram a Coordenação e o Secretariado do Núcleo.



Lembrando os “desafios constantes” que foi necessário encarar durante um triénio à frente da estrutura representativa dos internistas portugueses, “enfrentando algumas dificuldades que, afinal de contas, são partilhadas por toda a classe médica e pelos profissionais de saúde em geral, a responsável sublinhou que as mulheres já representam mais de 55% dos especialistas de MI.

Comunicação com as Partes Interessadas

Assunto: *Esclarecimentos relativos às comunicações da CSL Vifor sobre o Monofer/Monofar*

Caro(a) Senhor(a),

Como deve saber, a Comissão Europeia tem estado a investigar a CSL Vifor em relação a comunicações potencialmente enganosas que comparam o Ferinject com o Monofer/Monofar. Esta investigação foi concluída sem que a CSL Vifor tenha sido condenada por infração ou admitido a sua responsabilidade. No entanto, a CSL Vifor aceitou uma série de compromissos, incluindo a divulgação desta comunicação.

No contexto da sua investigação, a Comissão Europeia manifestou preocupações preliminares quanto ao facto de a CSL Vifor ter divulgado informações potencialmente enganosas relativamente à segurança do Monofer/Monofar. A este respeito, a CSL Vifor presta os seguintes esclarecimentos com o objetivo de eliminar qualquer possível confusão causada pelas suas comunicações anteriores sobre a segurança do Monofer/Monofar:

- Não existe qualquer base científica que permita considerar que o Ferinject tem um perfil de segurança superior ao do Monofer/Monofar.
- Não existe qualquer fundamento para sugerir que o Monofer/Monofar tem uma base científica limitada que ponha em causa a sua segurança, o que é evidente na autorização de introdução no mercado do Monofer/Monofar e nas sucessivas revisões dos medicamentos intravenosos com ferro efectuadas pela Agência Europeia de Medicamentos.
- De acordo com o resumo das características do medicamento (RCM) do Monofer/Monofar, aprovado pelas autoridades reguladoras competentes, o Monofer/Monofar não é um produto dextrano, derivado de dextrano ou à base de dextrano. Além disso, o Monofer/Monofar não apresenta um risco acrescido de reacções de hipersensibilidade em comparação com o Ferinject.

Esperamos que esta carta esclareça quaisquer comunicações anteriores potencialmente enganadoras sobre o Monofer/Monofar.

Em caso de dúvidas sobre o que precede ou sobre quaisquer comunicações futuras da CSL Vifor sobre o Monofer/Monofar, contactar: HCPLetter@viforpharma.com.

Com os melhores cumprimentos,

Hervé Gisserot
General Manager CSL Vifor

Vifor Pharma Management Ltd.
Flughofstrasse 61
8152 Glattbrugg
Switzerland

ANDRE C. KALIL, PROFESSOR NO CENTRO MÉDICO DA UNIVERSIDADE DO NEBRASKA (EUA):

“Temos muito a fazer para minimizar os danos humanos das doenças infecciosas”

Colmatar lacunas na gestão de doenças infecciosas e de cuidados intensivos em todos os continentes foi o tema em debate numa das sessões das Conferências do Estoril – evento que teve lugar em outubro – e em que o infeciologista Andre C. Kalil foi um dos protagonistas.

“Temos muito trabalho a fazer para minimizar os danos humanos de todas as doenças infecciosas e podemos fazê-lo, através de vacinas, de água e ar limpos, e da investigação clínica, ao encontrar formas de melhorar a saúde dos nossos doentes, seja através do diagnóstico, da terapêutica ou da prevenção”, começou por referir Andre C. Kalil, professor na Divisão de Doenças Infecciosas do Departamento de Medicina Interna, Centro Médico da Universidade do Nebraska.

Aquele especialista não tem dúvidas de que “a investigação clínica tem de ser parte da solução desde o início, isto é, logo na fase de desenvolvimento de medicamentos e de vacinas, antes de chegarmos a uma situação potencialmente prejudicial para os doentes”. Lembrando como “a prestação de cuidados é ainda incrivelmente heterogênea”, realçou como é fundamental “conhecer a variabilidade de recursos disponibilizados aos doentes em cada região, caso contrário, será muito mais complexo e difícil interpretar que terapêuticas irão funcionar”. André C. Kalil destacou que, num contexto em que “conhecemos a tecnologia e sabemos como fazer, é injustificável não termos ensaios clínicos randomizados a serem realizados em todas as partes do mundo”, o que considera ser “uma das maiores desigualdades que enfrentamos globalmente nos dias de hoje”. Na realidade, “da mesma forma que se olha para o acesso a medicamentos e vacinas, é pre-

ciso garantir igualmente o acesso aos ensaios randomizados, porque estes salvam vidas e definem o que será ou não importante para determinada população local”. Quanto ao financiamento, nota que “os próprios investigadores podem fazer parte do processo ainda durante a conceção dos ensaios, ao abordar as autoridades locais sobre a possibilidade de realizar os ensaios clínicos randomizados no seu país”. O grande objetivo é, no fundo, “dar oportunidade aos seus doentes de acederem ao medicamento que está a ser estudado, sendo que, se se verificar que é benéfico, poderão vir a ser encontradas formas de o disponibilizar à população”.

O momento do início do tratamento com antivirais “é fundamental para garantir os melhores resultados”

Uma das conclusões a que o investigador chegou analisando os estudos que têm vindo a ser realizados para avaliar a utilização dos antivirais no tratamento da COVID-19 foi precisamente a de que o momento em que se inicia a terapêutica “é fundamental para garantir os melhores resultados”.

Essa constatação é, aliás, assinalada num artigo da autoria de Andre C. Kalil e de Viviane C. Veiga, gerente executiva médica do BP Mirante, um dos hospitais de A Beneficência Portuguesa de São Paulo. Intitulado “Terapêutica da COVID-19: antivirais e moduladores da resposta imuni-

tária”, o referido artigo constitui um dos capítulos do livro *50 Perguntas Chave sobre Infecção por SARS-CoV-2*, coordenado pelos intensivistas Paulo Mergulhão e João Gonçalves Pereira e editado por Permyer Portugal.

No caso da COVID-19, o uso dos antivirais visa “evitar a progressão da doença para casos mais graves e, potencialmente, reduzir a duração e severidade dos sintomas”, sublinham Andre C. Kalil e Viviane C. Veiga, para logo referirem um estudo com 2246 doentes comparando nirmatrelvir-ritonavir com placebo. O mesmo demonstrou “uma redução significativa no risco de progressão para COVID-19 severa”, sugerindo-se que este tratamento apenas seja usado “nos primeiros cinco dias de sintomas, em pacientes com alto risco de progressão da doença”.

O NIH recomenda o uso de remdesivir em doentes covid-19 graves hospitalizados e em doentes de alto risco em ambulatório.

Entretanto, vários estudos têm avaliado o papel do remdesivir em doentes com COVID-19, nomeadamente o ACTT-1, que o comparou com placebo, envolvendo 1062 doentes. Ficou demonstrado um menor tempo para recuperação em todos os que foram tratados com remdesivir. “Diversos estudos aleatorizados foram completados após o ACTT-1 e uma nova meta-análise que utilizou os dados individuais de mais de 10 mil doentes de-



Andre C. Kalil: “A prestação de cuidados é ainda incrivelmente heterogênea”

monstrou que o remdesivir reduz significativamente a mortalidade de doentes hospitalizados, independentemente da necessidade de oxigenoterapia”, refere-se no mesmo artigo.

Também, comparado com placebo, o uso de remdesivir nos primeiros 7 dias após o início dos sintomas em doentes de alto risco não internados com COVID-19 “reduziu em 87% o risco de progressão

para admissão hospitalar ou morte” no estudo randomizado PINETREE. Aliás, com base nos ensaios ACTT-1 e PINETREE, o National Institutes of Healthcare (EUA) “recomenda a utilização de remdesivir em doentes graves hospitalizados e em doentes de alto risco em regime de ambulatório”.

A corticoterapia, por sua vez, “mostrou benefícios em doentes hospitalizados

com suplementação de oxigénio”. Concretizando, “o estudo CODEX mostrou um aumento dos dias de vida livres de ventilação mecânica num conjunto de doentes com síndrome de dificuldade respiratória aguda moderada ou grave a realizar dexametasona”. Paralelamente, também no estudo RECOVERY, avaliando a mesma substância, “verificou-se uma redução da mortalidade em doentes sob oxigenoterapia ou ventilação mecânica”. Os autores de um dos capítulos do livro *50 Perguntas Chave sobre Infecção por SARS-CoV-2* salvaguardam que, “apesar de a dexametasona ter sido o corticoide mais estudado, a hidrocortisona na dose de 200 mg/dia ou a metilprednisolona 40 mg/dia também podem ser utilizadas”.

Apesar da “catástrofe mundial causada pela COVID-19”, em retrospectiva, Viviane C. Veiga e Andre C. Kalil destacam como esta pandemia “também deixou legados positivos na ciência, principalmente na capacidade de organização dos grupos de pesquisa para estudos colaborativos, de alta qualidade técnica, que culminaram na descoberta de novas terapias”. Adicionalmente, admitem que “ficou explícita a necessidade de conduzir ensaios clínicos com metodologia adequada, para garantia da qualidade e segurança da evidência gerada”.

PUB

Temos o prazer de apresentar o livro:

50 perguntas chave sobre
INFEÇÃO POR SARS-CoV-2

LEIA O QR CODE
E DESCUBRA MAIS



FERNANDO SALVADOR, PRESIDENTE DO 30.º CNMI:

“Nenhum hospital sobrevive sem MI”

O presidente do 30.º Congresso Nacional de Medicina Interna (CNMI), que decorreu entre 23 e 26 de maio, em Vilamoura, foi bem claro ao intervir na sessão de abertura do evento. Fernando Salvador garantiu que “nenhum hospital funciona sem esta especialidade verdadeiramente integradora”.



Dirigindo-se aos congressistas na cerimónia de abertura, como presidente da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna, Lèlita Santos alertou para “o período de grandes dificuldades” que a especialidade atravessa, apelando à valorização da mesma. E sublinhou, sem hesitar, que “é na MI que estão os médicos mais resilientes e versáteis”. No entanto, frisou serem

Lèlita Santos: “É na MI que estão os médicos mais resilientes e versáteis.”



“necessárias medidas urgentes, que tardam, o que, evidentemente, proporciona desmotivação e desânimo, que podem tornar-se crónicos e irreversíveis”.

“Precisam de ser procuradas soluções no programa de formação, nas dotações dos serviços de MI, nos limites ao trabalho contínuo, no número de doentes observados por internistas, na possibilidade de formação contínua e na discriminação positiva enquanto especialidade de suporte dos hospitais”, enumerou Fernando Salvador, que dirige o Serviço de MI da ULS de Trás-os-Montes e Alto Douro, responsável pela organização desta edição do CNMI.

No seu entender, “o trabalho adicional tem de ser valorizado e têm de ser criadas estruturas físicas e até departamentais para uma melhor gestão do doente”. Para além de que “só otimizando o internamento para doentes realmente agudos, reduzindo globalmente os de índole social, teremos serviços de MI eficientes”.

Entretanto, ao usar da palavra, o bastonário da Ordem dos Médicos fez questão de reconhecer “o contributo que a MI tem dado na liderança dos serviços de Urgência”, prestando assistência “aos doentes mais graves e diferenciados”.

Carlos Cortes afirmou ainda: “É preocupante eu encontrar nos hospitais médicos de MI exaustos, incapazes de corresponder a todas as solicitações, mas que não desistem de fazer o seu trabalho.”

A ministra da Saúde quis associar-se à cerimónia de abertura do Congresso e fê-lo através de videochamada. Reconhecendo ser a MI “essencial para todo o Sistema de Saúde”, assumiu a “disponibilidade absoluta do Governo em valorizar esta especialidade de forma totalmente prioritária”.

Expressando a sua “enorme admiração e gratidão para com a MI e todos os internistas”, Ana Paula Martins insistiu

Fernando Salvador (presid.) com Andreia Costa (secret.-geral) e Paulo Carrola (tesour.) – as 3 caras de uma CO muito mais vasta, como se pode ver na foto grande da página anterior



O PR Marcelo Rebelo de Sousa e o DG da OMS, Tedros Ghebreyesus, enviaram mensagens em vídeo.



Carlos Cortes: “É preocupante eu encontrar nos hospitais médicos de MI exaustos.”

num aspeto: “O vosso papel ao longo dos anos, e em todo o país, tem sido por demais relevante.” Garantiu também estar o Ministério da Saúde empenhado em contribuir para “recriar a MI para os próximos anos”.

Serviço de MI da ULS de Coimbra organiza Congresso de 2025

O Convento de São Francisco, em Coimbra, foi o local escolhido para a realização, entre 22 e 25 de maio de 2025, do próximo CNMI, cuja organização será da responsabilidade do Serviço de MI da ULS de Coimbra.

Prémio Nacional de MI distinguiu Luís Campos, “um símbolo do ecletismo”

“Um símbolo do ecletismo e da dimensão enorme de horizontes do pensamento que um médico deveria ter como referência”, é assim que, em declarações à Just News, José Delgado Alves se refere a Luís Campos, que recebeu o Prémio Nacional de Medicina Interna 2024. Presidente da SPMI entre 2016 e 2018, o médico recebeu a maior distinção nacional atribuída a um internista durante o 30.º Congresso.

Apresentar o premiado esteve precisamente José Delgado Alves, que foi o primeiro proponente da lista de nomes que indicaram Luís Campos como alguém que “contribuiu de forma relevante para o prestígio e avanço científico da especialidade” e que “constitui um exemplo de trabalho e de dedicação profissional”, como estabelecido no Regulamento do Prémio.

O coordenador cessante do NEDAI - Núcleo de Estudos de Doenças Autoimunes da SPMI sublinha que, “paralelamente a uma atividade clínica, que ainda mantém, Luís Campos foi pioneiro em inúmeras áreas cuja intersecção com a saúde ainda era, nas respetivas épocas, insuspeitada por muitos”.

José Delgado Alves enumera “a qualidade, a organização dos sistemas de saúde – desde a conceção de unidades hospitalares até à elaboração de programas regionais de saúde e definição da rede de serviços de urgência – e, mais recentemente, o ambiente”.



Luís Campos e José Delgado Alves

Campos enquanto “professor, mestre e inspirador de várias gerações de médicos, não só pelos cargos que exerceu, mas também pelo exemplo de profissionalismo, lealdade e colaboração com que sempre pontuou a sua atividade diária”.

Não deixa de referir igualmente a sua “atividade artística notável, no âmbito da fotografia, mas não só, representada em quase uma centena de exposições nacionais e internacionais”.

Comentando à Just News a entrega da edição de 2024 do Prémio Nacional de MI, Lèlita Santos também distingue “a carreira de excelência e muito variada” do premiado. Reconhece igualmente que o seu perfil “representa muito bem a Medicina Interna”, assumindo ser

“um orgulho para a SPMI tê-lo como um dos seus membros”.

“Sempre fui um grande defensor da MI”

“Ninguém consegue fazer um bom trabalho sem boas equipas na retaguarda e é fundamentalmente a elas que se deve a atribuição deste Prémio”, afirma Luís Campos. Reconhecendo que, ao longo da sua carreira, tem procurado “diversificar o tipo de atuações, nunca deixando de ser médico”, acredita que foi “esta diversidade de empenhos” que justificou que lhe fosse entregue o Prémio.

Mostrando-se grato pelo reconhecimento dos pares pela sua atividade, diz que, ao longo dos anos, tem “procurado estabelecer a ponte entre a atividade hospitalar e a política de saúde”, tendo estado “envolvido nas principais reformas nesta área durante as últimas duas décadas”. Um dos últimos projetos em que se empenhou foi a criação, em outubro de 2022, do Conselho Português para a Saúde e Ambiente, a que preside, entidade que já reúne 85 organizações. Faz, contudo, questão em deixar claro que “o trabalho desenvolvido e todas as conquistas se deveram, essencialmente, às belíssimas equipas” com que lidou. E recorda, nomeadamente, o período em que dirigiu o Serviço de Medicina no Hospital de São Francisco Xavier (2003-2021) e também os anos em que, em acumulação, foi responsável pelo Serviço de Urgência da Zona Ocidental da Área Metropolitana de Lis-

boa (2003-2006).

Salienta igualmente todo o apoio que recebeu dos elementos do Núcleo de NEDAI – de que foi um dos fundadores, em 1993 –, enquanto seu coordenador (2003-2011), e da Direção e do Secretariado da SPMI, quando a ela presidiu (2016-2018).

Ao nível da sua especialidade, destaca, como alguns dos maiores desafios, “além do trabalho nas enfermarias e na Urgência, a criação de unidades especializadas nos serviços, a organização de modelos de cogestão dos doentes cirúrgicos, a implementação de programas para doentes crónicos complexos e a gestão da hospitalização domiciliária e dos cuidados domiciliários”. Na sua opinião, “são exemplos de novas formas organizacionais que necessitam da liderança da MI”.

Reconhecendo “a crise que a MI atravessa”, Luís Campos partilha a convicção de que de que “todos temos a mesma matriz genética, mas diversos fenótipos de ser internista”. E também se mostra seguro de que “a incerteza do futuro, o tipo de doentes de que temos que cuidar, a hiperespecialização crescente e as principais inovações organizacionais na área hospitalar necessitam do nosso modelo de MI”.

Lista de premiados

2016	Carlos Vasconcelos
2017	António Barros Veloso
2018	Armando Porto
2019	João Sá
2020	Pedro Marques da Silva (a título póstumo)
2021	António Martins Baptista
2022	Rui Victorino
2023	Jorge Cotter
2024	Luís Campos



LUÍS DUARTE COSTA CUMPRE UM MANDATO DE 3 ANOS (2024-2027)

Promover “a atratividade da MI” é uma prioridade para o novo presidente da SPMI

Luís Duarte Costa assumiu, aos 47 anos, a presidência da SPMI. Com uma ligação a esta Sociedade iniciada há perto de duas décadas, integrou os seus Corpos Sociais durante praticamente todo este período. Tendo começado como secretário adjunto, assumiu a certa altura as funções de tesoureiro e nos últimos dois mandatos foi vice-presidente sul, o que lhe permite ter “um conhecimento razoável da dinâmica da instituição”.

A tomada de posse aconteceu na assembleia-geral realizada no último dia do 30.º CNMI, a 26 de maio. Luís Duarte Costa, que coordena o Atendimento Urgente de Adultos do Hospital da Luz Lisboa desde maio de 2016, sucede a Lélita Santos, diretora do Serviço de MI da ULS de Coimbra, aplicando-se, mais uma vez, a “regra não escrita” de fazer rodar a presidência da SPMI, sucessivamente, por elementos do norte, do centro e do sul do país.

O ato eleitoral tinha decorrido no dia 10 de maio e, tal como tem sido habitual, apenas uma lista se apresentou a sufrágio, liderada, precisamente, por Luís Duarte Costa, com uma parte dos elementos dos Corpos Sociais a surgir renovada.

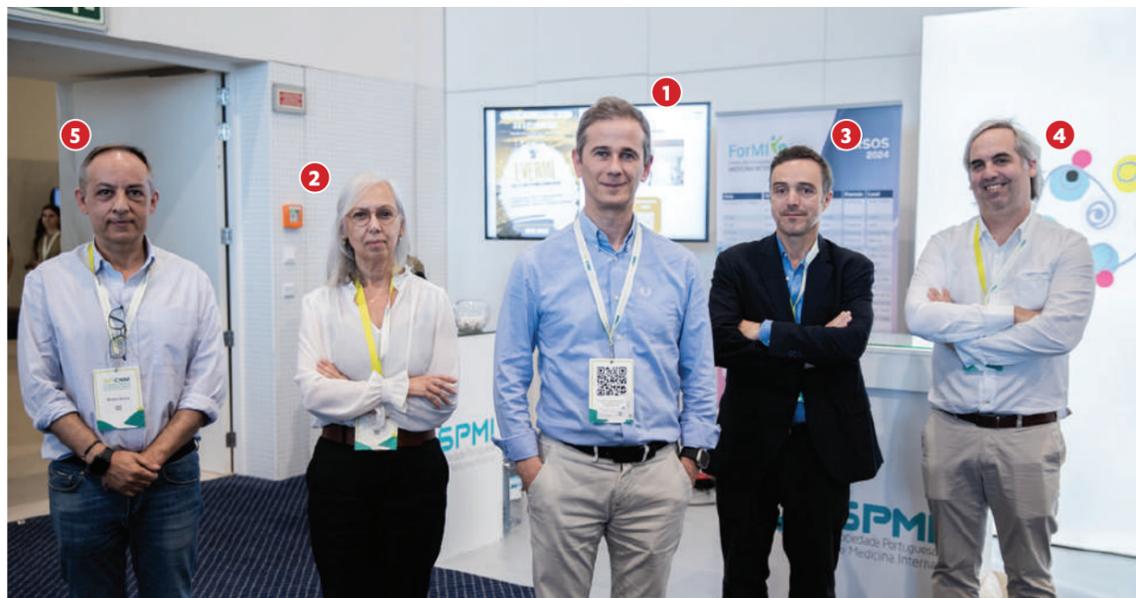
Em declarações à *Just News*, destacou como prioritário “retomar a atratividade da MI, para que todos se revejem numa



Luís Duarte Costa e Lélita Santos

especialidade fulcral a nível hospitalar”. Lembrando as “cerca de 250 vagas que nos últimos anos ficaram por preencher no concurso para a entrada em MI”, sublinhou tratar-se de “um problema que tem muito que ver com as condições de trabalho oferecidas aos internistas, que têm que ser melhoradas”.

Luís Duarte Costa considera também “muito importante aproximar a SPMI de todos os internos e especialistas de MI, independentemente de serem sócios ou não, para que possa ser desenvolvido um esforço conjunto no sentido de se criarem as condições adequadas ao desempenho da sua atividade”. Até por-



que, frisa, “a MI é uma especialidade hospitalar central no nosso Sistema de Saúde”.

O novo presidente da SPMI lidera uma instituição que “tem feito uma aposta muito grande na área da formação, sendo a mesma certificada pela DGERT”, e que “também tem crescido bastante”. Com efeito, fruto da diversidade que caracteriza esta especialidade, a SPMI integra na sua estrutura um total de 22 grupos de estudos.

Filho de um gastroenterologista e de uma pediatra, Luís Duarte Costa é natural de Lisboa e fez o seu curso de Medicina na Faculdade de Ciências Médicas, que terminou no ano 2000. Especialista de MI desde 2008, é casado com uma médica de família e tem duas filhas. Fez, entretanto, 48 anos a 22 de julho!

CORPOS SOCIAIS SPMI TRIÉNIO 2024-27

DIREÇÃO

Presidente

Luís Duarte Costa (Hospital da Luz Lisboa) ①

Vice-presidentes

Isabel Fonseca (ULS Coimbra) ②

Vasco Barreto (ULS Matosinhos) ③

Nuno Bernardino Vieira (ULS Algarve) ④

Secretário-geral

Bruno Grima (ULS Amadora-Sintra) ⑤

Secretárias-adjuntas

Mafalda Santos (ULS Entre Douro e Vouga)

Carolina Guedes (ULS Matosinhos)

Anabela Oliveira (ULS Santa Maria)

Tesoureiro

Fernando Salvador (ULS Trás-os-Montes e Alto Douro)

CONSELHO FISCAL

Presidente

Susana Marques (ULS Arrábida) Vogais

João Porto (ULS Coimbra)

Diana Fernandes (ULS Leiria)

ASSEMBLEIA-GERAL

Presidente

António Oliveira e Silva (ULS São João) Vogais

Maria Francisca Delerue (ULS Almada-Seixal)

Edite Nascimento (ULS Viseu Dão-Lafões)

Para conhecer Luís Duarte Costa um pouco melhor

A opção por Medicina Interna

– A MI foi uma escolha muito óbvia desde cedo. Lembro-me perfeitamente de, no 4.º ano, a minha primeira cadeira clínica ter sido Medicina 1. Fui para o Hospital Egas Moniz e fiquei fascinado! A proximidade que os internistas têm com os doentes é algo que não se consegue em mais nenhuma outra especialidade. A minha monitora era a Prof.ª Maria Francisca Moraes-Fontes que, nessa altura, foi uma inspiração. O estar à vontade com todos os doentes e poder ajudá-los em qualquer situação foi o que para mim ficou óbvio. A ideia foi reforçada quando comecei o Internato Geral, em 2001, no Serviço de Medicina I, no Curry Cabral. Fiz o exame em fevereiro de 2008 e vim diretamen-

te para o Hospital da Luz, que abriu em 2006. Foi a Dr.ª Natália Marto que me convidou. Ela tinha sido interna no Hospital de São José e foi para o Hospital Curry Cabral depois de acabar a especialidade.

O papel da MI dentro dos hospitais

– Todo o doente “médico” internado deveria ser acompanhado pela MI. Para mim, isso é relativamente claro e é um modelo que se tem vindo a divulgar. O que atualmente se discute mais são as áreas cirúrgicas e até onde é que a MI deve ir. Há quem defenda que a especialidade devia tomar conta de todos os doentes, o que não me parece fazer sentido. Por exemplo, um jovem de 20 anos com uma

apendicite não precisa de um internista, mas de um cirurgião. Por outro lado, uma senhora com 88 anos que tem uma fratura do colo do fémur vai necessitar, com certeza, de um internista.

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

COORDENADO POR ISABEL FONSECA

Criado o Núcleo de Estudos de Obesidade da SPMI

O Núcleo de Estudos de Obesidade (NEO) foi o mais recente a ser constituído no seio da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna, o que aconteceu em abril de 2024, sob a coordenação de Isabel Fonseca, que afirma: “Individualizar a obesidade destaca a doença, dando-lhe mais valorização e reconhecimento.”

“É importante haver um Núcleo de Estudos de Obesidade, porque se mantivermos esta doença sempre em associação com outras patologias, seja a diabetes ou a hipertensão, por exemplo, parece que os obesos são sempre diabéticos ou hipertensos, o que não é verdade”, justifica Isabel Fonseca. A internista coordena a Consulta de Doenças Nutricionais da ULS de Coimbra desde 2021, em que mais de 90% dos doentes são obesos. “Também não é verdade que a obesidade seja apenas um problema de controlo alimentar. É, sim, uma doença complexa, que se apresenta de diferentes formas e aspetos, e com diferentes riscos, de acordo com a distribuição do tecido adiposo em excesso», esclarece. Na realidade, nota que “as consequências para a saúde vão crescendo à medida que o IMC aumenta e reconhecer esta doença como complexa e multifatorial contribui para efetuar tratamentos cada vez mais individualizados e precisos. Tratar tudo por igual, considerando que todos beneficiam do mesmo tratamento, é errado e pouco eficaz”. Isabel Fonseca, que é vice-presidente da SPMI, considera que a necessidade de sensibilização para esta doença se



Isabel Fonseca

sente ao nível dos próprios médicos, que frequentemente consideram que “o doente simplesmente come demais”, ou “é obeso porque quer”. E acrescenta que “também estão pouco vocacio-

nados para o estudo e investigação na área da obesidade”.

Do seu ponto de vista, “seria importante fomentar a investigação, ter marcadores que a identifiquem, tratá-la de forma específica e conseguir modificar o seu prognóstico”. Nesse sentido, “um objetivo do NEO é também constituir-se como um grupo de trabalho que estimule a investigação e ajude a divulgar as ações que podem impulsionar a doença”.

Isabel Fonseca admite que boa parte dos seus colegas de MI “ainda olham para a obesidade como uma doença que não é sua, associando-a muito à Endocrinologia e à Nutrição”. No seu entender, “a MI tem capacidade para tratar a obesidade e as doenças que a podem acompanhar”. De forma a identificar a atenção conferida pelos serviços de MI a esta patologia, o Núcleo decidiu realizar, junto dos diretores de serviço, um levantamento do número de internistas dedicados à área e do volume de consultas realizadas.

A coordenadora do NEO considera “fundamental, pelo menos, que, interna e

externamente, se reconheça a atuação da MI nesta área, para que se identifique o valor e o peso que esta especialidade tem na definição de estratégias para tratar um doente obeso”.

“O tratamento não é bem conseguido se na equação constar apenas um médico e uma medicação”

Isabel Fonseca realça a necessidade de se criarem parcerias de investigação com outros núcleos, sobretudo com os de Diabetes Mellitus, de Nutrição Clínica e de Geriatria, “onde se enquadra a obesidade sarcopénica”, e ainda com o de Doenças do Fígado, dado que “alguns tipos de obesidade determinam alterações hepáticas importantes”.

Isabel Fonseca: “A MI tem capacidade para tratar a obesidade e as doenças que a podem acompanhar.”

do NEO, pode ser facilitada, segundo a médica, “com a figuração do modelo das ULS, se se olhar o doente desde os cuidados de saúde primários aos hospitalares”. Contudo, adverte que, “frequentemente, os doentes apenas têm nos CSP ligação ao seu médico de Medicina Geral e Familiar, não tendo outro tipo de acompanhamento, como o apoio de um nutricionista ou de um psicólogo”. Nesse âmbito, frisa que “o tratamen-

questiona: “Porque ainda não olhamos para a obesidade como uma doença crónica, que exige, à semelhança de outras, tratamento para a vida?”

O processo de criação do Núcleo de Estudos de Obesidade da SPMI, que tem agora um total de 22 grupos constituídos, levou cerca de um ano e a ideia nasceu “de forma muito espontânea”, juntando essencialmente internistas da zona centro do país no seu Secretariado.

Isabel Fonseca e os outros dois elementos do NEO que também pertencem à ULS de Coimbra – Ana Catarina Lucas e José Bernardes Correia – mantêm um contacto estreito com doentes obesos na Consulta de Doenças Nutricionais. Recebem casos referenciados da Unidade de Tratamento Cirúrgico da Obesidade e são responsáveis pela avaliação pré-operatória e pelo acompanhamento a longo prazo dos doentes operados.

Núcleo de Estudos de Obesidade Biénio 2024-2026

Coordenador:
Isabel Fonseca (ULS de Coimbra)

Secretariado:
Ana Catarina Lucas (ULS de Coimbra)
Ana Nunes (ULS de Viseu Dão-Lafões)
Catarina Ramos Oliveira (ULS de Viseu Dão-Lafões)
Gonçalo Sarmento (ULS de Entre Douro e Vouga)
João Santos (ULS da Região de Leiria)
José Bernardes Correia (ULS de Coimbra)
Leila Cardoso (ULS de São João)
Tânia Filipa Batista (ULS de Viseu Dão-Lafões)



A coordenadora do NEO com Ana Catarina Lucas e José Bernardes Correia



A constituição de protocolos de diagnóstico e tratamento, de circuitos de encaminhamento e referência nos vários níveis de cuidados de saúde, que corresponde a um dos objetivos centrais

to não é bem conseguido se na equação constar apenas um médico e uma medicação. Pelo contrário, exige um acompanhamento regular, diferenciado e com equipas multidisciplinares”. E



MANUEL TEIXEIRA VERÍSSIMO, PRESIDENTE DA SECÇÃO REGIONAL DO CENTRO DA ORDEM DOS MÉDICOS (SRCOM):

“O problema da sobrecarga das urgências está fora das mesmas, mas reflete-se no seu funcionamento”

Com um sistema hospitalocêntrico instalado, o especialista de Medicina Interna Manuel Teixeira Veríssimo, 72 anos, acredita ser preciso contrariar essa visão e perceber que a base da Saúde está nos Cuidados de Saúde Primários e na prevenção. Na sua opinião, a resolução do problema da sobrecarga das urgências para os internistas, que está interligado com o desafio anterior, deverá ser o ponto de partida para voltar a atrair os jovens médicos para a especialidade de Medicina Interna e para o SNS. A *Just News* entrevistou o ex-presidente da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna (2014-2016) na sua qualidade de atual presidente da Secção Regional do Centro da Ordem dos Médicos.

Just News (JN) – Tem-se falado muito, nos últimos tempos, nos problemas que afligem a Medicina Interna, sendo que, provavelmente, o principal terá que ver com o facto de os jovens médicos, de uma forma geral, não mostrarem grande interesse por esta especialidade. Concorda?

Manuel Teixeira Veríssimo (MTV) – Sim, será o que está mais visível, mas digamos que essa é a consequência dos problemas que tem a MI. Os jovens não a querem escolher porque, por um lado, a carreira não os motiva – isso acontece, em parte, por não serem visíveis as mais-valias... –, e, por outro, sentem que seriam sobrecarregados, nomeadamente, com o tempo passado na Urgência. Ora, isso afasta-os. E também chegam à conclusão de que não é nada compensador em termos económicos optar pela MI, ao contrário do que sucede com outras especialidades, em que é relativamente fácil ganhar dinheiro fora do SNS.

JN – Mas, em todo o caso, trata-se de uma questão que já se colocava, por exemplo, há uns dez anos, quando era presidente da SPMI...

MTV – É um fenómeno que tem vindo a evoluir e que, no fundo, é paralelo à desestruturação do próprio SNS, que já vem a funcionar mal há muitos anos, talvez há umas duas décadas, ou perto disso, e que, entretanto, foi-se repercutindo negativamente na MI. Alguns jovens médicos, principalmente nos

grandes centros, saíram do próprio SNS para ir trabalhar no privado. Portanto, tudo isto foi enfraquecendo a MI.

Na minha opinião, são várias as medidas que têm que ser tomadas para inverter a situação, mas é necessário proceder-se também a uma reforma ao nível dos hospitais, cuja organização continua a ser praticamente a mesma desde a criação do SNS. E a verdade é que muita coisa mudou e bastante: a sociedade, a ciência, a tecnologia, o tipo de doente, o próprio trabalho desenvolvido pela MI...

A MI abarca, atualmente, novas áreas, como a hospitalização domiciliária ou a consultadoria cirúrgica, que, hoje em dia, são absolutamente necessárias. E depois temos sempre presente a grande sobrecarga da Urgência, que, com o tempo aí gasto e respetivas folgas e compensações, desestruturam por completo os serviços de MI! Portanto, só com uma profunda reforma de base da saúde, em geral, e dos hospitais, em particular, o cenário poderá mudar.

JN – Mas é uma tarefa complexa!

MTV – É complexa, desde logo, porque não se obtêm resultados a curto prazo. Mas é algo que tem que ser feito porque, de facto, se a nível hospitalar a MI é a base do Sistema, estando este mal, também a MI o estará e, assim, não responderá bem ao Sistema.

(Continua na pág. 24)

(Continuação da pág. 23)

JN – E qual poderá ser o papel da Ordem dos Médicos relativamente a este assunto?

MTV – A OM identificou o problema, que é grave, porque a MI é estruturante para o SNS e para os hospitais. Por isso, entendemos que devíamos colaborar com a SPMI e com o Colégio da Especialidade de MI no sentido de procurarmos soluções que melhorem este estado

“Se a nível hospitalar a MI é a base do Sistema, estando este mal, também a MI o estará e, assim, não lhe responderá bem.”

de coisas e que favoreçam o aumento da atratividade da MI, para tentarmos alterar esta situação e os médicos não escolherem a MI. Para esse fim, foi criada uma comissão composta por elementos do Colégio de MI e da SPMI e coordenada por mim, que elaborou um documento com propostas para inverter esta tendência, documento esse já entregue à ministra da Saúde.

JN – Mas há ideias sobre o que, em concreto, poderá ser feito?

MTV – No geral, é necessário reformular a carreira médica, reorganizar os serviços de MI e os hospitais, bem como criar estímulos para a formação, a investigação e a inovação. Por outro lado, interessa resolver o problema da sobrecarga das urgências, que, importa frisar, está fora das mesmas, mas reflete-se no seu funcionamento.

JN – Fora das urgências e dos próprios hospitais, ou não?

MTV – Efetivamente, a maioria dos doentes que recorrem aos serviços de Urgência, especialmente os quase 50% que apresentam doença leve ou moderada, poderiam e deveriam ser vistos noutra local, nomeadamente, nos Cuidados de Saúde Primários.

“Este conceito de ‘equipa’ tem-se perdido muito, pois, os colegas acabam por nem sequer se cruzar no Internamento como deviam.”



É evidente que os internistas gostam de fazer urgência, ela sempre fez parte da MI, mas uma coisa é cumprir 12 horas por semana, outra é fazer dois ou três períodos de 12 horas semanalmente,

de forma sistemática, de noite. Ora, isto, para além do prejuízo da vida pessoal e familiar, desestrutura completamente o internista, não lhe deixa tempo para se organizar e trabalhar naquilo que gosta muito de fazer e que é, no fundo, a sua missão fundamental – o diagnóstico da doença, o seguir o doente no internamento e na consulta.

Também prejudica o trabalho que deve ser feito em equipa nas enfermarias, ao nível da discussão dos doentes. Aliás, este conceito de “equipa” tem-se perdido muito, pois, os colegas acabam por nem sequer se cruzar no Internamento como deviam. Era importante recuperar este aspeto.

de dúvida sobre se as queixas que apresenta são ou não indicativas de algo realmente grave, e não tendo geralmente à sua disposição, nas proximidades, e principalmente no horário noturno, um centro de saúde onde se possa dirigir em busca de ajuda, recorre então à Urgência do hospital da sua área. Claro que se deve apostar na literacia em saúde, mas este é um caminho que demora o seu tempo a dar frutos.

JN – A generalização do modelo ULS não poderá contribuir para ajudar a resolver esta questão?

MTV – Na minha perspectiva, trata-se de um bom modelo, embora a realidade numa grande cidade seja diferente do que se observa no interior do país e os grandes hospitais têm características que os distinguem dos mais pequenos. O que se pretende com esta aposta no modelo Unidade Local de Saúde é, sem dúvida, promover a integração de cuidados, tendo em conta que o doente é só um e, por isso, deve ser o sistema a levar-lhe o que ele necessita, quando necessita e no local onde necessita e não o contrário, ou seja, ser o doente a andar a bater a várias portas para tentar encontrar aquilo de que precisa.

Nós temos um sistema hospitalocêntrico, que nos faz pensar que os médicos bons estão no hospital e que aí é que se resolve tudo. Ora, é preciso contrariar essa forma de ver as coisas e perceber que a base da Saúde está nos CSP. É aí que se encontram os gestores do doente (médicos de família), que se faz a prevenção e se orienta o doente para o hospital ou para outro tipo de cuidados, quando necessário.

Tem que se mudar esse paradigma. A saúde do futuro tem que estar baseada nos CSP e na prevenção, até porque o próprio financiamento do modelo é *per capita* e não pela doença. Logo, deve ser a própria ULS a promover a prevenção, porque quantos mais utentes saudáveis houver menos se vai gastar. Portanto, o investimento tem que ser feito na prevenção e não no tratamento, seguindo a evidência de que prevenir é sempre mais fácil e barato do que tratar. Este é o conceito de ULS que eu acho não ter

JN – Mas deve-se apostar mais no reforço da capacidade de resposta das urgências hospitalares do SNS ou, tendo em conta que, pelos vistos, também a procura por estes serviços nas instituições privadas tem características semelhantes, a solução passará por investir mais na chamada literacia em saúde?

MTV – É um facto que muitas vezes se recorre à Urgência sem necessidade, na medida em que o próprio utente, se tivesse algum conhecimento – uma certa literacia em saúde –, concluiria não ser preciso.

Mas também é verdade que, em caso

passado ainda para a população e até para a gestão de algumas ULS, mas que é importante que o seja.

E deve haver linhas abertas de contacto fácil entre os médicos dos CSP e os hospitalares, facilitando decisões e percursos, com vantagens para o doente e para o Sistema. Portanto, a ULS, nesta perspectiva, pode trazer grandes vantagens. Agora, é necessário aplicar este modelo no terreno, e não é fácil, como sabemos.

“A saúde do futuro tem que estar baseada nos CSP e na prevenção.”

JN – Quando se refere a essa ligação estreita que tem que existir entre os médicos do centro de saúde e do hospital, não acha que isso depende muito do empenho pessoal dos próprios profissionais envolvidos?

MTV – Exatamente! Mas espero que, para além do empenho dos profissionais, também o modelo organizativo seja facilitador dessa envolvimento.

JN – A esse propósito, pode-se concluir que a Medicina Geral e Familiar e a Medicina Interna são duas especialidades cujos elementos se dão relativamente bem?

MTV – Sim, há uma boa relação, e isso é muito importante porque constituem a base do Sistema. E eu acho que esse bom entendimento deve ser estimulado, até porque há muitos pontos de contacto.

“TENHO A OBRIGAÇÃO DE TER UMA BOA VISÃO DO SISTEMA DE SAÚDE”

JN – Assumi, no início de 2023, as funções de presidente da Secção Regional do Centro da Ordem dos Médicos (SRCOM). Como tem sido a experiência?

MTV – Penso que as coisas têm corrido bem, sendo certo que este cargo acarreta uma responsabilidade distinta das que já tinha assumido anteriormente. Digamos que há um contacto diferente

(Continua na pág. 26)

(Continuação da pág. 25)

com a saúde, com os médicos, o que a mim também me complementa, embora eu tivesse algum conhecimento de como funciona a Ordem dos Médicos, pois, já tinha sido vice-presidente há alguns anos.

JN – Mas tem outra exposição, não é?

MTV – Tem outra exposição e um tipo de responsabilidade própria, embora eu continue a dizer que o mais importante e o mais difícil é tratar doentes. Acima de tudo! Não é ser professor ou gestor, por exemplo! E é difícil por ser um grande desafio, desde logo porque temos obrigação de manter uma atualização constante, mas também porque não há dois doentes iguais. É preciso ver que corremos sempre o risco de falhar e o falhanço pode significar consequências nefastas para o doente!

“O mais importante e o mais difícil é tratar doentes. Acima de tudo!”

O ser médico é uma profissão muito diferente da generalidade de todas as outras, porque lidamos com algo que nós não controlamos completamente e que pode ter repercussões negativas no nosso semelhante. Uma coisa é, por exemplo, um muro cair porque um engenheiro o projetou mal, outra é morrer uma pessoa!

Devo dizer que tenho a obrigação de ter uma boa visão do Sistema de Saúde porque trabalhei sempre no SNS – fiz urgência, enfermaria, consulta –, porque conheço o Sistema de Ensino, como assistente e depois professor da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, e porque, também como presidente do Conselho de Administração de dois hospitais, tive oportunidade de lidar com os problemas ligados à gestão. Agora, estou do lado do regulador, pelo menos no que se refere à qualidade dos cuidados de saúde prestados aos doentes.

JN – Qual é o seu papel como presidente da SRCOM?

MTV – Presido ao Conselho Regional, que, no fundo, é o órgão de decisão da OM na Região Centro. Esta entidade tem que estar a par dos problemas que assolam as várias estruturas de saúde nesta zona do país e intervir quando for necessário, nomeadamente quando considerar que a qualidade dos cuidados que estão a ser prestados não são os melhores, promovendo reuniões com as administrações dessas unidades e com os médicos, por exemplo.

Por outro lado, também recebemos as queixas dos utentes contra médicos, as quais avaliamos e encaminhamos, se for caso disso, para o Conselho Disciplinar. Também rececionamos queixas de médicos, ou de outras entidades, que, pelas mais diversas razões, nos contactam.

No âmbito da formação, temos a responsabilidade de avaliar a capacidade formativa das instituições da região, de forma a assegurar a sua qualidade em relação a cada uma das especialidades. Acresce ainda a missão de estimular a formação de todos os médicos, especialmente dos jovens internos, de acompanhar a atividade dos colégios de especialidade e de promover a discussão de temas que interessem aos médicos e, por vezes, também à população.

Por inerência, integramos ainda o Conselho Nacional da Ordem dos Médicos, o órgão executivo máximo da instituição. Entretanto, a Região Centro é constituída por seis distritos (Viseu, Aveiro, Leiria, Castelo Branco, Guarda e Coimbra) e em cada um deles há um Conselho Sub-regional da OM, com cujos responsáveis a SRCOM se articula.

JN – Em termos de estrutura humana, quantos funcionários trabalham neste edifício da SRCOM?

MTV – São cerca de duas dezenas.

JN – Esse é um número que se tem mantido estável ao longo do tempo?

MTV – Em certa parte, sim. Claro que vão surgindo algumas alterações e inovações, decorrentes do processo de digitalização. Mas, para além da parte



“Na OM, temos cerca de 63 mil médicos inscritos, dos quais 10.500 são da Zona Centro.”

administrativa, há muito mais atividade na SRCOM. Por exemplo, temos 11 gabinetes temáticos de apoio ao Conselho Regional do Centro – cada um deles constituído por oito a 11 médicos com conhecimento e gosto na área respetiva –, que, no fundo, funcionam como conselhos consultivos. Um deles é o de apoio ao doente, no qual os colegas procuram resolver problemas surgidos entre os doentes e os médicos ou instituições, para, por exemplo, redimir mal-entendidos. Outro é o de apoio ao médico, onde se procura resolver problemas dos médicos das mais variadas índoles ou até questões pessoais. Temos ainda o gabinete de apoio à tecnologia e informa-

ção, uma área cada vez mais sensível. O gabinete da formação, por sua vez, está responsável por identificar áreas formativas mais disruptivas e que não são tratadas no dia-a-dia, promovendo a respetiva formação. Existem ainda os gabinetes da qualidade, e de ética e deontologia, áreas de grande interesse na saúde. Apesar de não ser tão ativo, até porque está longe,

o gabinete de apoio aos médicos residentes no estrangeiro vai desenvolvendo um trabalho interessante, mantendo a SRCOM ligada aos seus médicos que estão fora do país. Outro gabinete é o da comunicação, que tem por missão coordenar a atividade editorial da SRCOM. Mais recentemente, já sob a minha presidência, foram criados dois gabinetes de apoio, um deles dirigido ao envelhecimento, uma área importante na saúde e na sociedade em geral, que tem estado a funcionar muito bem. O outro é focado na arte e na cultura, pois há muitos médicos, quer em atividade, quer já aposentados, com gosto por música, pintura, teatro, fotografia...

Devo acrescentar que, há pouco tempo, adquirimos um novo edifício com espaço de jardim, para acolher a futura sede da SRCOM. A nossa ideia é que, além do edifício, onde irão funcionar os serviços principais, possamos vir a construir um auditório, com espaço para algumas salas de formação, um espaço de exposições e uma área de Clube Médico, que contemple um restaurante e um bar.

JN – Cada Secção da OM funciona com alguma autonomia?

MTV – Sim, temos uma autonomia controlada em termos de gestão financeira e organizacional. Há regras básicas comuns às três secções, mas a partir daí cada uma tem a liberdade de gerir e inovar, obviamente dentro do que são os estatutos e regulamentos da Ordem dos Médicos. Por exemplo, as comissões consultivas ou os gabinetes são diferentes nas três secções.

Claro que há uma hierarquia em relação ao Conselho Nacional, que representa a Direção da OM e é constituído pelo presidente, que é o bastonário, um tesoureiro e um secretário nomeados pelo bastonário e ainda os presidentes e vice-presidentes das três secções.

A aprovação das grandes decisões nacionais ou de qualquer uma das secções tem que passar por este órgão e certas situações, como a compra ou venda de imóveis, ou a criação de regulamentos, especialidades, subespecialidades ou competências, terá ainda de ser sujeitas à aprovação da Assembleia de Representantes.

Nesse sentido, a compra do novo edifício, por exemplo, teve de ser aprovada pelo Conselho Nacional e, posteriormente, pela Assembleia de Representantes.

JN – Qual é o seu número de sócio da OM?

MTV – É o 23.813. Devo dizer que nós temos cerca de 63 mil médicos inscritos, dos quais 10.500 são da Zona Centro. Aliás, a esse respeito, há uma questão que estamos a procurar resolver, pois, alguns deles já terão falecido e o facto é que nem todos os óbitos nos são comunicados, pelo que haverá, de

(Continua na pág. 28)

(Continuação da pág. 27)

certeza, alguns nomes a retirar dessa lista. Portanto, o número real será, sem dúvida, um pouco menor.

“A SPMI CRESCER MUITO E EM TODOS OS ASPETOS”

JN – Então e tem boas recordações do período em que presidiu à Sociedade Portuguesa de Medicina Interna?

MTV – Sim, muito boas! Eu tenho um princípio, que consegui até agora cumprir sempre, que é deixar as instituições

“Eu tenho um princípio, que consegui até agora cumprir sempre, que é deixar as instituições a que tenho presidido um bocadinho melhor do que as encontrei.”

a que tenho presidido um bocadinho melhor do que as recebi, o que espero venha a acontecer igualmente relativamente à SRCOM. E não estou com isto a dizer que as tenho encontrado mal, mas gosto de deixar sempre mais alguma coisa! No que respeita à SPMI, que vinha num trajeto ascendente quando assumi o cargo de presidente, em 2014, e que assim tem continuado, com as suas oscilações perfeitamente normais, considero que também deixei algo mais do que aquilo que havia.

JN – No seu caso, deixou várias marcas...
MTV – A própria LIVE Medicina Interna foi lançada durante a minha presidência, bem como a revista SPMI Case Reports e o Boletim Informativo da SPMI, e procedemos à reformulação da revista Medicina Interna, com vista à indexação. Promovemos também a exposição “Medicina Interna – A Visão Global do Doente”, no antigo CHUC, que esteve igualmente exposta no navio hospital Gil Eannes, em Viana do



Castelo, durante o XXII Congresso Nacional de Medicina Interna. Também o novo Centro de Formação (FORMI), assim como o Centro de Investigação e Desenvolvimento em Medicina Interna (CIDMI) e a renovação da sede aconteceram no meu mandato como presidente, tal como a criação do Prémio Nacional de Medicina Interna, cuja ideia partiu de mim. No meu mandato iniciaram-se ainda as formações por e-learning. É importante que cada um possa ir deixando alguma coisa. E eu, que entrei para os Corpos Diretivos da SPMI em 2001, não tenho dúvidas em afirmar que a SPMI cresceu muito e em todos os aspetos. Claro que, nos últimos anos, o patrocínio da indústria farmacêutica não terá sido tão forte como já foi no passado. O grande suporte financeiro da nossa Sociedade tem sido a organização do Congres-

“Os núcleos de estudos são o sangue da SPMI!”

so anual e esse tem vindo a diminuir, fruto da redução do apoio da indústria farmacêutica. No entanto, esse défice tem sido de alguma forma compensado pelo crescente número de cursos de formação realizados, que se tornaram, por aquilo que me dizem, uma interessante fonte de receita.
JN – O número de núcleos de estudos da SPMI também não tem parado de aumentar...
MTV – Sim, é verdade! Isso é igualmente demonstrativo do seu dinamismo. Quando terminei o meu mandato, existiam 17 núcleos de estudos funcionantes, quatro dos quais criados no meu

período como presidente. Considero mesmo que os núcleos de estudos são o sangue da SPMI!
JN – Mas o surgir de tantos núcleos não poderá contribuir para alguma perda de coesão da Sociedade?
MTV – O princípio sempre foi o de manter áreas de diferenciação dentro da SPMI, embora debaixo do mesmo “chapéu”, digamos assim, e isso tem acontecido, fazendo com que tenhamos hoje mais de duas dezenas de núcleos.

“O princípio sempre foi o de manter áreas de diferenciação dentro da SPMI, embora debaixo do mesmo ‘chapéu.’”

E parece-me bem que isso aconteça. Porque os internistas, de base, devem ter uma boa formação e uma visão ampla da Medicina, mas depois poderão aprofundar o seu conhecimento numa determinada área, o que os ajuda a realizarem-se profissionalmente e enriquece o Serviço a que pertencem e a própria MI. A MI poderá ser vista como um planalto, que corresponde ao conhecimento geral, no qual crescem pequenos montes, que representam o conhecimento aprofundado em determinada área.
“DAVA-ME PRAZER ESTAR NO SERVIÇO E DESENVOLVER INICIATIVAS”
JN – Tem duas filhas gémeas, sendo uma internista e a outra ginecologista/obstetra, que cresceram com uma

(Continua na pág. 30)

(Continuação da pág. 29)

mãe oftalmologista e um pai internista. Foi-lhes sugerido, de alguma forma, que seguissem a vossa profissão?

MTV – Não, nunca foram influenciadas, nem pelo pai, nem pela mãe. Foi uma opção delas, e o mesmo aconteceu com a escolha das especialidades. Portanto, não tivemos, nesse aspeto, qualquer influência. Uma delas, a obstetra, começou bem cedo, aí pelos seus 13 ou 14 anos, a dizer que gostaria de ser médica. A irmã, por sua vez, tomou a decisão mais tarde.

JN – E, no entanto, foi a que escolheu a sua especialidade.

MTV – Exatamente! Mas não foram influenciadas, ou melhor, admito que até o possam ter sido, mas não foram, de maneira nenhuma, pressionadas por nós.

JN – Mas, na altura, terá ficado satisfeito...

MTV – Sim, claro! Obviamente que sim. A própria sociedade criou, digamos assim, um certo mito em torno desta profissão e, também por isso, muitos jovens querem tirar o curso de Medicina. E há quem o faça por duas razões principais. Uma delas é porque existe a ideia de que os médicos ganham muito dinheiro, o que não é verdade, embora isso aconteça com alguns colegas. E a outra prende-se com a expectativa de se obter alguma respeitabilidade social, o que, hoje em dia, já não tem nada que ver com o que foi no passado. Mas sim, de qualquer modo, como é evidente, tenho um grande gosto em que as minhas filhas sejam médicas.

JN – Acontece ainda que a que escolheu Medicina Interna veio a interessar-se muito pela saúde do idoso, a que está muito ligado, tendo sido, aliás, o primeiro presidente do Colégio da Competência de Geriatria da Ordem dos Médicos...

MTV – Sim, pode-se dizer que seguiu muito as minhas pisadas porque pegou na área da Geriatria, precisamente!

Logo quando terminou o curso, inscreveu-se no Mestrado de Geriatria aqui da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, de que eu era coordenador, mas também não fui eu que lhe disse para o fazer. Ela fez isso porque quis. Digamos que sentiu essa atração pela Geriatria, estando a fazer o doutoramento nessa área também. Quanto à irmã, sempre gostou de Ginecologia/Obstetrícia e seguiu essa via.

JN – Agora, enquanto presidente da SRCOM, tem-se deslocado muito pela região?

MTV – Sim, há com frequência deslocamentos e reuniões com conselhos de administração, direções de serviços e médicos. Recebemos ainda convites de representação para vários tipos de congressos ou de reuniões relacionadas com a saúde na Zona Centro, bem como para participação em fóruns de discussão sobre a temática da saúde.

Quinzenalmente, participo nas reuniões do Conselho Nacional e também de 15 em 15 dias reunimos o Conselho Regional. Sem uma periodicidade definida, sou convocado para acompanhar o bastonário em reuniões com o Governo, grupos parlamentares e várias outras instituições. Também vou sendo solicitado pelos meios de comunicação social para dar entrevistas e

“O médico, no SNS, não pode ir à unidade de saúde apenas porque tem de ir fazer consulta ou ter outra atividade para justificar o ordenado no final do mês. Isso é redutor!”

comentar certas situações relacionadas com a saúde da Região Centro. É uma função que me tem ocupado bastante tempo.

JN – E que outras atividades o ocupam?

MTV – Procuo ir ao ginásio três a qua-



tro vezes por semana. Neste momento, continuo a dar aulas, nomeadamente de Geriatria, e mantenho algumas ligações a certos grupos, por exemplo, ao Consórcio Ageing@Coimbra, do qual já fui coordenador. Continuo a integrar o Coimbra Institute for Clinical and Biomedical Research (iCIBR), da Universidade de Coimbra. Embora goste muito de fazer clínica, atualmente, pelo tempo que a SRCOM me consome, não é possível.

JN – O seu nome é indissociável do Curso Pós-Graduado sobre Envelhecimento – Geriatria Prática, que foi, manifestamente, uma iniciativa vencedora.

MTV – Esse evento foi, durante muitos anos, a maior reunião da Zona Centro, com mais de mil inscritos. Inicialmente, começou como modelo temático, em que, a cada ano, se centrava num grande tema, como a diabetes ou a hipertensão. A certa altura, focámo-nos

num âmbito mais geral – a geriatria na prática clínica.

A pandemia de covid-19 veio interromper a realização do curso, que foi retomado em 2023, tendo decorrido dentro das expectativas, a perspetiva era de que pudesse continuar. Mas, este ano, dados alguns constrangimentos relacionados com o apoio da indústria farmacêutica, decidimos não o realizar.

Este curso, embora com o apoio dos colegas, arrancou e perdurou por minha iniciativa, porque eu tinha gosto em fazê-lo. Dava-me prazer estar no Serviço e desenvolver esse tipo de ações. O médico, no SNS, não pode ir à unidade de saúde apenas porque tem de ir fazer consulta ou ter outra atividade para justificar o ordenado no final do mês. Isso é redutor! Tem de se envolver em projetos que lhe dêem prazer, que façam dele melhor médico e que contribuam para a melhoria do Serviço e dos cuidados prestados aos doentes.

MANUEL TEIXEIRA VERÍSSIMO

A paixão partilhada pela Medicina Interna, a Nutrição e o Desporto

Manuel Teixeira Veríssimo nasceu a 11 de junho de 1952, em Arazede, concelho de Montemor-o-Velho, que fica a 25 km da Figueira da Foz e de Coimbra.

Após ter passado, no correr dos seus estudos, por Arazede e pela Figueira da Foz, foi na Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra que se licenciou, em 1980. No entanto, esta escolha não foi óbvia: “A minha ideia inicial era seguir Engenharia, apenas porque era bom aluno a Matemática. Quando somos mais jovens e vimos de um meio menos urbano, relacionamos a Medicina com sangue, cortes, acidentes e, muitas vezes, esses cenários impressionam.” No entanto, logo percebeu que “essa era apenas uma parte do trabalho dos médicos e a Medicina era mesmo o caminho a seguir”.

Após ter feito um curto estágio no Hospital Arcebispo João Crisóstomo, em Cantanhede, e retirando os períodos de estágio que realizou em França e Inglaterra, sempre esteve ligado aos Hospitais da Universidade de Coimbra.

À Medicina Interna, especialidade que abraçou pela “vertente holística”, Manuel Teixeira Veríssimo juntou a Nutrição e o Desporto. Durante largos anos, manteve uma Consulta de Nutrição nos HUC e acabou por aprofundar a Nutrição no Desporto. O seu gosto particular pelo futebol levou-o, em tempos, a praticar em equipas amadoras e a ser treinador, experiências a que juntou a especialização em Medicina Desportiva, em 1994. Durante alguns anos, dirigiu o Centro de Medicina Desportiva de Coimbra, que acabou por ser a sua primeira experiência como gestor de uma entidade pública.

Identificado, entretanto, o seu interesse pela Geriatria, em 1999, a sua tese de doutoramento incidiu sobre o efeito do exercício em idosos, particularmente sobre o estudo nutricional, os lípidos, a imunologia e os aspetos trombóticos. Paralelamente, desen-



volveu uma carreira académica, na FMUC. O seu trajeto é marcado ainda pela presidência da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna, entre 2014 e 2016, da Sociedade Portuguesa de Aterosclerose, entre 2016 e 2018, e foi o primeiro presidente do Colégio da Competência de Geriatria da Ordem dos Médicos, cargo que assumiu em 2017.

Entretanto, Manuel Teixeira Veríssimo presidiu ao CA do Hospital Distrital da Figueira da Foz entre setembro de 2019 e junho de 2022, data da sua aposentação.

X Congresso Nacional de Autoimunidade XXIX Reunião Anual do NEDAI

Lisboa, 27-29 de junho 2024



Sessão de abertura

José Delgado Alves, presidente do Congresso / Reunião e coordenador do NEDAI:

"Neste momento, no meu entender, estamos em tempos difíceis, porque a frugalidade começou a ser confundida com mérito e a opulência com um objetivo de vida. Estamos em tempos difíceis porque a mediatização passou a ser a linha mais importante num currículo, porque a responsabilidade magicamente desaparece quando se pede responsabilização e porque, neste momento, uma opinião pessoal vale mais do que a ciência."

"A minha intenção, quando pensei no mote deste Congresso, foi voltar a centrar no core da decisão aquele que deve ser o responsável máximo por essa mesma decisão e mostrar que não há mérito sem responsabilidade e que não pode haver responsabilização se não houver responsabilização. As-

soberbados com o dia-a-dia e as dificuldades da nossa vida, perdemos a noção do valor mais alto que continuo a acreditar que a nossa profissão tem."

"O NEDAI é o núcleo mais antigo, fez jurisprudência na SPMI ao induzir a formação de outros núcleos."

Carlos Carneiro, coordenador eleito do NEDAI:

"É uma honra poder estar aqui e ser o próximo coordenador nacional deste Núcleo, mas certamente é maior a responsabilidade e o compromisso que tenho para com todos vós. Este secretariado que terei comigo nos próximos dois anos não é mais do que apenas uma forma de apresentação e de todos fazerem parte do mesmo."

"A autoimunidade é transversal a várias especialidades. Não podemos olhar

só para a autoimunidade na MI, temos cada vez mais o envolvimento de outras sociedades e especialidades, de forma multidisciplinar. Tal é fundamental para podermos juntar a investigação básica à investigação clínica."



Sandra Carmo Pereira, Bruno Grima, José Delgado Alves e Carlos Carneiro

"Estas reuniões não acontecem se vocês não estiverem cá, se nós não tivermos pontes entre os vários centros e partilharmos, de alguma forma, a atividade científica institucional entre todos. Esta reaproximação, a presença tanto da SPMI como de todos os outros núcleos e a possibilidade de discussão entre eles cria-nos algumas janelas e permite-nos partilhar não só trabalhos de investigação mas também discussão de outros doentes."

Bruno Grima, secretário-geral da SPMI, em representação do presidente:

"O NEDAI é um dos 22 núcleos da SPMI, mas tem a particularidade de ter sido o primeiro a surgir, em 1982, e deu aso a que outros núcleos fossem surgindo."



Elementos da ULS de Amadora-Sintra que formaram a Comissão Organizadora do evento: José Delgado Alves (presidente), Catarina Favas, Susana Oliveira, Bruno Grima, Joana Caetano, Marta Amaral, Frederico Batista e João Seródio.

"O NEDAI tem, ao longo dos anos, contribuído para a qualidade dos cuidados prestados aos doentes com doenças autoimunes sistémicas, numa distribuição regional que tenta cobrir a totalidade do país, o que é muito importante para que os doentes mais afastados dos grandes centros também possam ter cuidados diferenciados. Promove a investigação, a formação e a diferenciação das pessoas."

Sandra Carmo Pereira, vice-presidente do Conselho Regional do Sul da OM, em representação do bastonário:

"Nos últimos 20 anos, as doenças autoimunes têm visto reconhecida a sua importância, quer pelas sociedades científicas, quer pelas organizações po-

líticas e governamentais e pela população em geral. Para isso têm contribuído o investimento científico consistente de internistas com diferenciação nesta área da MI, o desenvolvimento de unidades multidisciplinares de diagnóstico e terapêutica das doenças autoimunes e ainda o envolvimento e sensibilização das administrações hospitalares, dos doentes e da população."

"Há ainda um vasto caminho a percorrer pela comunidade científica no que toca à investigação, ao diagnóstico, à terapêutica dos doentes, à formação inter pares e à divulgação junto da comunidade. Na OM, temos plena consciência da importância do NEDAI em todo este processo. Cabe-nos estar ao vosso lado, defender e melhorar as vossas condições de trabalho."

Carlos Carneiro é o novo coordenador do NEDAI

Carlos Carneiro, 44 anos, vai presidir ao NEDAI até 2026. Tomou posse do cargo precisamente durante o X Congresso Nacional de Autoimunidade / XXIX Reunião Anual do NEDAI.

A criação de pontes entre os vários centros nacionais empenhados no tratamento das patologias autoimunes e a aposta na diferenciação dos especialistas de Medicina Interna dedicados a esta área são dois grandes objetivos de Carlos Carneiro, que dirige o Departamento de Doenças Autoimunes do Grupo HPA Saúde.

“É necessário afirmar a MI como pilar do Sistema de Saúde e investir na formação de forma exigente e rigorosa, para garantir o desenvolvimento de competências individuais e coletivas, mantendo o objetivo de promover as melhores práticas em prol do doente”, considera o médico, em declarações à *Just News*.

Carlos Carneiro liderava a única lista que se apresentou a sufrágio, realizado uma semana antes do Congresso e que validou a sua eleição como coordenador daquele que é referido como sendo o núcleo mais antigo da SPMI.

Sucede a José Delgado Alves, diretor do Serviço de Medicina IV da ULS de Amadora-Sintra, que integra agora o Secretariado do NEDAI, juntamente com outros sete especialistas. Como co-coordenador surge António Marinho, da ULS de Santo António, que já coordenou este grupo no passado.

No Plano de Ação que elaborou para o biênio 2024-2026, Carlos Carneiro colocou no topo da lista a importância de se reativar o Registo Nacional de Doenças Autoimunes e de iniciar a certificação dos centros de autoimunidade.



do Grupo HPA Saúde. Há mais de uma década que exerce a função de médico do helicóptero de Emergência Médica do Algarve. Trabalhando seis dias por semana, é casado e tem dois filhos menores, considerando a família o seu “alicerce”, a quem dedica todo o tempo possível. Tendo sido um dos dinamizadores do Encontro de Autoimunidade do Algarve, está entre os fundadores da Associação Médica do Algarve. O *Immunology Network Meeting* é um dos seus mais recentes projetos, cujo primeiro ciclo de reuniões teve início em janeiro de 2024. Fortalecer os laços entre os diversos centros de autoimunidade da zona sul e criar uma rede de contactos entre os mesmos, “em prol do doente, para que este tenha acesso ao diagnóstico e à terapêutica mais precocemente”, é o grande objetivo, explica Carlos Carneiro.

Numa lista com duas dezenas de pontos em destaque, manifesta também a vontade de se elaborar um Guia do Imunologista e quer fomentar o apoio e o investimento na área da investigação básica no campo das doenças autoimunes, por exemplo.

Immunology Network Meeting é o projeto mais recente

Embora seja natural do Porto, Carlos Carneiro estudou Medicina em Coimbra e nunca mais deixou o Algarve desde que, por escolha própria, iniciou o seu internato de MI no Hospital do Barlavento Algarvio, em janeiro de 2007, com 26 anos.

Transitaria depois para o Hospital Particular do Algarve – Alvor em 2015, coordenando formalmente, desde 2022, o Departamento de Doenças Autoimunes

NEDAI

Biénio 2024-2026

COORDENAÇÃO

Coordenador: Carlos Carneiro (Hosp. Particular do Algarve, Unid. Alvor) ①

Co-coordenador: António Marinho (ULS de Santo António) ②

SECRETARIADO

Ana Campar (ULS de Santo António)

Fernando Salvador (ULS de Trás-os-Montes e Alto Douro) ③

Frederico Batista (ULS de Amadora-Sintra) ④

Glória Alves (ULS do Alto Ave) ⑤

José Delgado Alves (ULS de Amadora-Sintra) ⑥

Margarida Jacinto (ULS do Alentejo Central) ⑦

Natália Oliveira (ULS do Tâmega e Sousa) ⑧

Sofia Pinheiro (ULS de São José) ⑨



JOSÉ DELGADO ALVES, PRESIDENTE DO X CONGRESSO NACIONAL DE AUTOIMUNIDADE | XXIX REUNIÃO ANUAL DO NEDAI:

“Numa área como a da Imunologia, onde a ligação à ciência básica é cada vez maior, não nos podemos esquecer da nossa importância enquanto clínicos”

Numa altura em que as linhas de orientação são interpretadas por muitos clínicos como dogmas, José Delgado Alves, que termina agora um mandato como coordenador do Núcleo de Estudos de Doenças Autoimunes da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna (NEDAI-SPMI), destaca a importância do retorno à abordagem e avaliação clínica dos doentes. Nesta entrevista à Just News, o diretor do Serviço de Medicina IV e da Unidade de Doenças Imunomediadas Sistémicas (UDIMS) do Hospital Prof. Dr. Fernando Fonseca, ULS de Amadora-Sintra valoriza a empatia no processo de confiança entre médico e doente e releva o papel da educação no empoderamento da comunidade.

Nota: Esta entrevista a José Delgado Alves, ainda na sua qualidade de coordenador do NEDAI, foi publicada no *Jornal do X Congresso Nacional de Autoimunidade / XXIX Reunião Anual do NEDAI*, a 28 de junho 2024.

Just News (JN) – Como vê este momento em que o NEDAI realiza o seu X Congresso Nacional de Autoimunidade e XXIX Reunião Anual?

José Delgado Alves (JDA) – Por um lado, o facto de ser o X CN de Autoimunidade traduz o futuro e o crescimento do NEDAI, que viu a sua expressão ir além dos trâmites formais da SPMI e conseguiu estabelecer um Congresso assumidamente internacional. Sendo organizado por um núcleo de estudos, é preciso observar que reúne mais participantes do que congressos de muitas sociedades. Ao mesmo tempo, não deixamos de referir que se trata da XXIX Reunião Anual, porque não esquecemos a nossa história.

O NEDAI não só é o núcleo mais antigo da SPMI como promoveu a alteração dos estatutos da SPMI no sentido de se criarem os núcleos. De facto, quando um grupo de profissionais pensou, há 30 anos, em formar o NEDAI, teve de propor à SPMI a possibilidade de os es-

tatutos preverem a existência de núcleos de estudos.

JN – O NEDAI começou a promover o seu Congresso já durante a sua evolução...

JDA – Exatamente! O primeiro realizou-se em 2009, em Torres Vedras, com o objetivo de acontecer de dois em dois anos, para promover a autoimunidade portuguesa e abranger outras especialidades. Conseguimos que se tornasse num evento transversal, o que mostra que a importância da SPMI é suficientemente forte para criar este tipo de dimensão.

Enquanto, durante alguns anos, o 1.º dia era dedicado à Reunião e os seguintes ao Congresso, constatámos que a Reunião já era grande e transversal e ponderámos assumir apenas o Congresso, mas não seria justo, porque entendemos haver uma história e uma dimensão do NEDAI que deve ser recordada. As duas designações repre-



José Delgado Alves: “O futuro de qualquer país está na educação. Se eu pudesse tomar uma medida abrangente para melhorar a saúde dos portugueses, investia na educação”

sentam o futuro, sendo que a Reunião alude ainda à nossa herança e origem.

JN – Há pormenores que diferenciam este programa do das edições anteriores?

JDA – Tentamos sempre ir mudando de alguma forma a perspectiva de visão. O Congresso deste ano representa um pouco o retorno à abordagem e avaliação clínica dos doentes. Já tivemos congressos no passado cuja incidência era mais sobre aspetos de investigação translacional e até básica. Este ano, entendemos que fazia mais sentido voltar não ao *back to basics*, mas ao *back to clinics*. Numa área como a Imunologia, onde a ligação à ciência básica é cada vez maior, não nos podemos esquecer

fonte de conhecimento para tratar um doente, tal como a ciência básica também não.

A medicina não é uma ciência, mas uma prática resultante de várias ciências. Agora, a realidade começa a mudar um pouco, mas nos últimos 30 anos essa corrente tornou-se demasiado hegemónica e tomou um carácter muito definitivo. Os aspetos baseados nos ensaios clínicos puros e duros, cujas metodologias nem sempre são tão baseadas na evidência como parece, passaram a ser tidos como dogmas e verdades absolutas, o que limita a nossa forma de pensar e de evoluir.

Começamos a ter linhas de orientação que passam a ser interpretadas como regras dogmáticas de prescrição e fármacos de eficácia comprovada pela experiência clínica que são preteridos em relação a outros que, estando aprovados, não mostram o mesmo impacto clínico. Estas situações acontecem em nome de uma suposta otimização do tratamento, que mascara a gestão de custos, que nem sequer é verdadeira, porque o fármaco mais barato não é necessariamente o melhor do ponto de vista farmacoeconómico.

JN – Assume-se contra a medicina baseada na evidência?

JDA – Ao contrário do que possa parecer, não sou contra a medicina baseada na evidência. Sou contra a dogmatização dessa visão. Acho que essa é mais uma ferramenta que nos ajuda. A integração do conhecimento teórico e da sua aplicação prática, da experiência clínica e da medicina baseada na evidência (que resulta dos ensaios clínicos) é que define um bom médico! É mais difícil de avaliar? É, mas a medicina não é simples.

A minha intenção nessa conferência não é dizer que o futuro é a medicina de precisão. Provavelmente é, mas é preciso cuidado, porque a medicina é muito mais complexa do que seguir um modelo único.

Na ULS de Amadora-Sintra, estamos a criar o primeiro centro de medicina de precisão do país na área das doenças imunomediadas e o nosso intuito é analisar cada doente, porque dois indivíduos podem ter o mesmo padrão clínico, mas os mecanismos serem diferentes e começa a haver fármacos específicos consoante as situações.

Neste momento, já temos de ir mais longe, e essa é a importância da medicina de precisão. Não podemos abdicar dos aspetos clínicos que nos permitem identificar a doença, mas temos de ser capazes de ir à procura de um mecanismo específico num determinado doente para justificar um tratamento e não outro. Isto é o futuro.



Aceda à totalidade da entrevista e ao próprio Jornal do Congresso clicando na capa.

REFLEXÕES DE UMA ASSISTENTE SOCIAL SOBRE A HOSPITALIZAÇÃO DOMICILIÁRIA

A HD como estratégia na resposta a escassez de camas hospitalares: realidade ou utopia?

Atualmente, o aumento da esperança média de vida, resultado da melhoria das condições de higiene e dos cuidados de saúde prestados, acompanha, conseqüentemente, o envelhecimento da população. Este está associado ao aumento da prevalência de doenças crónicas, o que representa, neste momento, um sério problema para os sistemas de saúde, levando a uma sobrelotação dos serviços de urgência / serviços de internamento hospitalares e à pressão, cada vez maior, por camas hospitalares.

Como resposta, têm-se desenvolvido alternativas ao internamento convencional, onde se incluem as Unidades de Hospitalização Domiciliária (UHD). Este modelo de prestação de cuidados de saúde em casa afigura-se como uma alternativa ao internamento convencional, proporcionando assistência contínua e coordenada aos utentes que cumpram um conjunto de critérios clínicos, sociais e geográficos que permitam a sua hospitalização no domicílio, sob a responsabilidade dos profissionais de saúde que constituam uma UHD, com a concordância do doente e da família. As UHD dão resposta ao doente agudo e ao doente crónico agudizado, com patologias de elevada complexidade, mas com viabilidade de internamento no domicílio.

A hospitalização domiciliária (HD) tem mostrado inúmeras vantagens comparativamente ao internamento convencional, entre as quais uma menor taxa de infeção nosocomial, menor incidência de síndrome confusional aguda, menor risco de acamamento, menor risco de deterioração do estado funcional do doente e de desnutrição, menor risco de quedas, maior envolvimento do doente e cuidador no plano de cuidados e maior adesão à terapêutica. A literatura descreve ainda a diminuição das taxas de reinternamento hospitalar e benefício custo-efetivo como claras vantagens desta alternativa assistencial (Deleue & Correia (2018) e Cunha et al (2017).



Fátima Ferreira

Licenciada e mestre em Serviço Social.
Assistente social na ULS de São José.
Responsável pela Área de Apoio Social
do H. de Santa Marta, ULSSJ

Em Portugal, tem-se assistido nos últimos anos a uma forte aposta do Serviço Nacional de Saúde (SNS) nas UHD, estando em funcionamento 42 unidades que já deram resposta, desde 2018, a cerca de 43.500 pessoas, com uma diminuição da demora média de internamento de 9,9 para 9,7 dias. Contudo, apesar deste investimento e de ser consensual que se trata de um modelo de internamento atrativo, o planeamento operativo das estratégias organizativas e o financiamento destes serviços são, a meu ver, ainda débeis.

O modelo organizacional vigente em Portugal tem o seu foco nas características estruturais dos serviços e instituições, ao invés de responder em função das necessidades reais da população, sendo provavelmente uma das principais razões da dificuldade em alcançar uma maior cobertura. Certamente não existirá um modelo de HD ideal e passível de universalizar, dada a diversidade dos contextos socioeconómicos, contudo, é importante refletir sobre as condições familiares/relacionais, económicas e habitacionais dos doentes/famílias/cuidadores e criar condições para que

o doente possa ser tratado em casa, numa lógica de equidade de acesso.

A criação de bolsas de cuidadores para os doentes dependentes sem retaguarda familiar, a flexibilidade laboral com justificação de faltas e subsídio compensatório a familiares cuidadores, para que no período de internamento domiciliário possam acompanhar os doentes, e medidas/apoios céleres das autarquias direcionadas para reajustes ao nível habitacional, que permitam ultrapassar as possíveis barreiras que possam impedir o internamento em casa, são alguns exemplos.

A HD carece de um enfoque integral e comunitário e, para tal, é necessária a criação efetiva de canais e mecanismos de comunicação interinstitucional, entre os serviços de saúde e os serviços sociais da comunidade, de modo a garantir a verdadeira integração dos cuidados, a partilha da informação e a continuidade dos cuidados ao doente, evitando deslocamentos desnecessários aos serviços de urgência e, conseqüentemente, uma maior agilização dos processos de internamento domiciliário.

Poderá contribuir para o estreitamento destas relações interinstitucionais o alargamento dos protocolos com lares de idosos, com a possibilidade de sinalização direta de doentes para HD, e o mesmo relativamente aos cuidados de saúde primários.

As patologias elegíveis a este tipo de internamento são ainda escassas e não permitem integrar uma grande percentagem de doentes, pelo que urge continuar a investir no desenvolvimento e aquisição de dispositivos tecnológicos que permitam monitorizar os doentes à distância. Para o crescimento deste programa, importa ressaltar a importância na fidelização dos profissionais, pois, são eles o motor da transformação e da sustentabilidade das UHD.

A HD como resposta efetiva a escassez de camas hospitalares deverá ser uma aposta em Portugal, sendo para isso necessário um maior compromisso e responsabilidade de todos os envolvidos. É imperativo o estabelecimento de uma coligação estratégica e a criação de sinergias entre serviços de saúde, serviços sociais, doentes e seus familiares/cuidadores.

A HD como resposta efetiva a escassez de camas hospitalares deverá ser uma aposta em Portugal, sendo para isso necessário um maior compromisso e responsabilidade de todos os envolvidos.

Os internamentos hospitalares têm um elevado custo financeiro e emocional. Para que haja uma eficiente utilização dos recursos disponíveis e respetiva alocação dos mesmos, é imprescindível que continuem a ser realizados estudos comparativos entre o internamento convencional e o internamento domiciliário, ao nível da avaliação do impacto económico e emocional que de ambos resultam, fundamentando assim a continuação do investimento neste projeto e em medidas que possam viabilizar o aumento dos doentes tratados em domicílio.

A HD deverá fazer parte da solução como modelo baseado na proximidade ao doente e na eficiência da utilização dos recursos disponíveis.

5 anos de hospitalização domiciliária em Viseu

A Unidade de Hospitalização Domiciliária da ULS de Viseu Dão-Lafões (UHD - ULSVDL) iniciou oficialmente a sua atividade no dia 15 abril de 2019. Durante estes 5 anos, o projeto revelou-se “um enorme sucesso”, atingindo um nível de aceitação e satisfação por parte de doentes e cuidadores superior a 98%, superando, por isso, e em larga medida, o nível de satisfação existente nos modelos convencionais de internamento.

Neste período, até 15 de abril de 2024, a UHD da ULSVDL internou aproximadamente 2000 doentes nas suas casas, percorrendo mais de 350.000 km. Entretanto, foram retiradas ao modelo convencional de internamento cerca de 12.000 dias, disponibilizando vagas que de outra forma não existiriam, o que, em termos de custos, foi também bastante significativo para o SNS.

Em comunicado, a ULS de Viseu Dão-Lafões esclarece que, “muito para além dos números, esta UHD tem privilegiado de uma forma muito clara e concreta os ganhos dos doentes e das suas famílias”, ao aplicar este modelo de assistência que se “centra, efetivamente, no doente”.

A estratégia aplicada na ULSVDL tem passado por “um crescimento progressivo mas sustentado da Unidade”.

E adianta que a estratégia tem passado por “um crescimento progressivo mas sustentado da Unidade, mantendo o seu foco primordial na qualidade, na segurança e na eficiência dos cuidados prestados aos doentes das

mais diferentes áreas médicas e cirúrgicas”. O projeto teve início, como já foi referido, em 2019, com uma capacidade de 6 camas, apresentando presentemente uma disponibilidade de internamento domiciliário de 13 camas. Tal como programado, também evoluiu em termos de distância considerada segura, admitindo atualmente doentes em praticamente todos os concelhos do distrito de Viseu, desde que geograficamente se localizem a cerca de 35 minutos do Hospital de São Teotónio.

Entretanto, em 2022, a UHD estendeu a sua capacidade de internamento às ERPI (estruturas residenciais para pessoas idosas), lares e residências seniores, desde que reúnam os pressupostos gerais conhecidos para admissão em hospitalização domiciliária.

“Estes indicadores têm reforçado a excelência do trabalho realizado e a sua importância no contexto atual e de futuro na saúde em Portugal, fazendo com que este modelo não seja presentemente encarado apenas como uma alternativa ao internamento convencional, mas como a melhor solução para iniciar ou manter cuidados de nível hospitalar aos doentes elegíveis”, refere a ULSVDL, acrescentando:

“É garantida a assistência contínua de cuidados médicos e de enfermagem no domicílio do doente durante o processo agudo de doença, com claras vantagens no que diz respeito à redução de complicações inerentes aos internamentos convencionais nos hospitais e permitindo ainda uma melhor gestão das vagas hospitalares do SNS.”

Recorde-se que a hospitalização domiciliária, enquanto modelo de prestação de cuidados no domicílio ao doente com critérios para internamento hospitalar, proporciona assistência contínua e coordenada aos cidadãos doentes que, requerendo admissão hospitalar para internamento, cumpram um conjunto de critérios clínicos, sociais e geográficos que permitam a sua hospitalização em casa, sob a responsabilidade dos profissionais de saúde que constituam uma UHD.

ANTÓNIO MARTINS BAPTISTA, PRESIDENTE DAS 1.ªS JORNADAS DE MI DA ULS DE SANTA MARIA:

“A Medicina Interna entrou na sua maior crise desde os anos 70”

António Martins Baptista considera que, ultrapassada a pandemia, a Medicina Interna enfrenta uma crise sem paralelo nos últimos 50 anos. O diretor do Serviço de MI da ULSSM arrisca mesmo afirmar que “o espectro da extinção” desta especialidade “está em cima da mesa”.

Ao intervir na sessão de abertura das 1.ªs Jornadas de Medicina Interna da ULS de Santa Maria, realizadas em abril, António Martins Baptista, que presidiu ao evento, apelou à “ajuda do Governo” no sentido de ser criada “uma discriminação positiva da nossa especialidade”. No seu entender, a MI atravessa “a sua maior crise desde os anos 70”, depois do papel que desempenhou, durante a pandemia, em “manter tão baixa a mortalidade covid”, graças à “plasticidade desta especialidade, que permitiu a expansão em harmonia das enfermarias e das unidades de Cuidados Intensivos”. “Convencemos os privados de que tudo é mais fácil na gestão hospitalar quando há muita MI e eles levaram-nos uma geração inteira de internistas”, afirmou. Paralelamente, “os tais países do norte da Europa que acabaram com a MI oferecem aos nossos internistas valores dez vezes superiores ao que ganham cá, e alguns não resistem”. Para além de que “continuamos a ter uma sobrecarga de trabalho sem paralelo na enfermaria e na urgência”. “Se as declarações de que somos essenciais forem sinceras, necessitamos de um sinal rápido de discriminação positiva por parte da tutela”, insistiu. Ex-presidente da SPMI, o médico assumiu a direção do Serviço de MI da ULS de Santa Maria em setembro de 2023, quatro meses depois



da unificação dos antigos três serviços da instituição, dois no Hospital de Santa Maria e o terceiro no Pulido Valente. António Martins Baptista quis também deixar bem claro que “partir a MI em especialidades sem fim vai restringindo a nossa ação cada vez mais e minando a nossa atratividade”, acrescentando: “Áreas como a urgência e o doente agudo, a hospitalização domiciliária, os cuidados paliativos, a geriatria ou a cogestão cirúrgica deverão seguir modelos de diferenciação dentro da MI, em vez da separação inexorável e definitiva, com a criação de novas especialidades.”

“A Ordem dos Médicos está preocupada com a MI”

O bastonário da Ordem dos Médicos esteve presente na cerimónia de abertura

das Jornadas, tendo feito questão em dizer que “o papel da MI no Sistema de Saúde português também é uma preocupação da OM”. Referindo haver, neste momento, algumas especialidades “a atravessar momentos particularmente difíceis”, admitiu estar a MI incluída nesse grupo, destacando também a Saúde Pública e a Medicina Geral e Familiar. Carlos Cortes referiu ainda ter a Ordem criado uma comissão de acompanhamento para a valorização da MI, com a participação do Colégio da Especialidade de MI e da SPMI.

“Nestes últimos anos, visitei praticamente todos os hospitais do SNS e confesso que não gostei do que vi relativamente à MI. Eu não queria usar palavras desadequadas, mas muitas vezes sinto que o internista serve para ‘tapar bura-

cos’. Ora, a MI é uma especialidade absolutamente fundamental, não concebida mesmo que haja algum hospital sem a presença de internistas”, comentou Carlos Cortes.

João Eurico da Fonseca, diretor da FMUL, também marcou presença na abertura das Jornadas, não deixando de sublinhar, desde logo, a “importância

Carlos Cortes: “Eu não queria usar palavras desadequadas, mas muitas vezes sinto que o internista serve para ‘tapar buracos.’”

enorme que a MI tem para a educação médica pré e pós-graduada”. E mais: “A Faculdade deve fazer tudo o que puder para o desenvolvimento da MI, para garantir que os internos e especialistas se sintam bem e atraídos para continuar neste campus.” O responsável salientou que, no âmbito do protocolo de colaboração existente com a ULS de Santa Maria, a FMUL quer



António Martins Baptista, Rui Tato Marinho, Carlos Cortes, Carlos das Neves Martins, João Eurico da Fonseca e António Pais de Lacerda



“passar a oferecer formação diferenciada de acordo com cada especialidade médica”. Neste caso, “há recursos importantes do ponto de vista da simulação que podem ser transversalmente utilizados também pelos internos de MI”.

Estimular a participação de internos e jovens especialistas de MI no programa doutoral da Faculdade é, igualmente, algo em que João Eurico da Fonseca quer apostar. Até porque, no seu entender, “a presença da MI no nosso campus é crítica, tal como na educação e na ciência”.

“A Unidade de Cuidados Intermédios de MI vai ser uma realidade”

Tendo a seu lado, na mesa, o diretor clínico da área dos Cuidados Hospitalares da ULS de Santa Maria, Rui Tato Marinho, que assumiu a figura de presidente de Honra das Jornadas, o presidente do CA da instituição anunciou:

(Continua na pág. 42)

(Continuação da pág. 41)

“A Unidade de Cuidados Intermédios de MI vai ser uma realidade e o Hospital de Dia é uma prioridade para a qual vamos encontrar uma solução nas próximas semanas.”



Carlos das Neves Martins respondia assim ao pedido apresentado pouco antes por António Martins Baptista relativamente a dois projetos que o diretor do Serviço de MI classificava como “cruciais para a nossa missão e motivação das novas gerações”.

“Tudo isso é importante, só que o essencial é o capital humano e, nesse



contexto, temos ainda um longo caminho a percorrer, como aqui já foi dito. Porque, a par destas decisões mais estruturais, temos que começar a trabalhar as estruturantes, sob pena de virmos a ter boas instalações e não possuímos recursos humanos em quantidade e qualidade”, afirmou Carlos das Neves Martins, salientando: “Devemos centrar a nossa atividade no bem-estar do doente, mas é essencial que na mesma linha esteja o bem-estar do profissional. Portanto, em simultâneo, precisamos de introduzir a tecnologia na vossa atividade, com sistemas de informação que ajudem à vossa missão, rápidos, fiáveis, que vos deem horas para se dedicarem mais aos doentes, à investigação, à vossa formação ou tempo de estudo.”

O presidente do CA da ULS de Santa Maria salientou que “a melhoria das



condições de trabalho tem que ser acompanhada pela evolução tecnológica, terminando com um conjunto de constrangimentos que não fazem sentido e que vos retiram, em média, 20 a 30% daquilo que é chamado o tempo produtivo”. E ficou a promessa: “Esta será uma questão a resolver ainda este ano!”



Idealizado por António Pais de Lacerda, projeto surgiu antes da pandemia

António Pais de Lacerda, presidente executivo das 1.ªs Jornadas de Medicina Interna da ULS de Santa Maria (JoMI'24), recua no tempo para revelar que a ideia de organizar o evento era antiga e ganhou forma ainda antes de a pandemia por SARS-CoV-2 ter sido declarada.



JoMI'24: Patrício Aguiar (presid. C. Cient.), António Martins Baptista (presid.), Marisa Silva (presid. CO), António Pais de Lacerda (presid. executivo) Ana Júlia Pedro (presid. C. de Orçamento) e Nuno Reis Carreira (secret. CO)

Nessa altura, a MI do então CHU de Lisboa Norte distribuía-se por três serviços autónomos, embora integrados num Departamento com outras áreas médicas. No Hospital de Santa Maria existia a Medicina I, dirigida por Leonor Carvalho, e a Medicina II, cujo diretor interino era Pais de Lacerda. No Hospital de Pulido Valente funcionava a Medicina III, sob a direção de Glória Silva. Esta organização manter-se-ia até 4 de maio de 2023,

quando a Administração extinguiu os três serviços de MI, unificando-os num só.

Como a iniciativa de realizar as Jornadas tinha partido de Pais de Lacerda, rapidamente ficou assente que seria o

seu Serviço a encarregar-se da 1.ª edição do evento, prevista para 2020, rodando depois essa tarefa, futuramente, pelas diferentes Medicinas.

“Entretanto, surgiu a pandemia e os serviços desestruturaram-se um pouco. Tivemos que aumentar muito o número de camas, em particular na Medicina II, sendo que em pouco tempo praticamente todo o Serviço ficou dedicado à covid-19. Alguns meses depois, também a Medicina I teve que receber grande número desses doentes. Enfim, as preocupações eram outras e, por isso, não se avançou com as Jornadas!”, exclama o médico.

A chegada ao CHULN de António Martins Baptista, para dirigir o atual e único Serviço de MI, impulsionou o retomar de um dos projetos que Pais de Lacerda tencionava implementar no seu Serviço, recuperando e relançando a ideia das Jornadas, “que agora se concretizou com todo o sucesso”, sublinha.

“As várias comissões criadas em fun-

ção do evento foram então estruturadas para terem colegas dos três serviços que existiam anteriormente. Foi tudo feito em conjunto”, frisa.

Licenciado pela FMUL, curso que terminou em 1978, António Pais de Lacerda fez toda a sua formação no SNS, em Santa Maria, reconhecendo que foi o contacto com o internista e cardiolo-

António Pais de Lacerda: “As comissões criadas em função do evento foram estruturadas para terem colegas dos três serviços que existiam.”

gista Fernando de Pádua que o levou a optar por MI, que percebeu ser “pedra angular fundamental na medicina hospitalar, mais do que qualquer outra especialidade”.

Tendo assumido formalmente a direção do Serviço de Medicina II em novembro de 2020, o presidente executivo das JoMI'24 aposentou-se da

Função Pública no passado dia 25 de fevereiro, por ter atingido o limite de idade. Mantém, contudo, a ligação à ULSSM e à FMUL.

A importância das Jornadas

António Martins Baptista incentivou e apoiou a organização das 1.ªs Jornadas de MI da ULSSM desde o primeiro momento. Para além de se dirigirem aos internos e especialistas de MI, o responsável adianta que o seu programa foi construído a pensar em toda a comunidade científica, inclusive a MGF. “É muito importante que um Serviço de MI com a dimensão deste organize umas Jornadas anuais, onde se possa não só fazer a súmula do que se vai aprendendo e de toda a nova ciência que vai surgindo ao longo do ano como também transmitir a todos os colegas externos muito do nosso

know-how”, considera. Apesar de ter presidido à reunião, António Martins Baptista, que dirige o Serviço desde setembro de 2023, sublinha que, “embora a preparação do evento tenha envolvido todos os nossos profissionais, a sua idealização e o grande trabalho de organização foram da responsabilidade do Dr. António Pais Lacerda e da sua equipa”. Desde a unificação, o Serviço está organizado em quatro áreas, cada uma com o seu coordenador. Três delas estão localizadas no Hospital de Santa Maria e a quarta no Pulido Valente, possuindo esta última 48 das 263 camas totais.

31.^o congresso nacional de CNMI medicina interna

**22-25
MAIO
2025**

Convento de
São Francisco,
Coimbra



**UMA
LIÇÃO
DE FUTURO
E TRADIÇÃO**

Organização



SPMI
Sociedade Portuguesa
de Medicina Interna

Agência oficial

factorchave^o
marketing integrado