

A MI é considerada uma valência base do Hosp. Distrital da Figueira da Foz



Publicações

JN justNews

LIVE MEDICINA INTERNA

DIRETOR: JOSÉ ALBERTO SOARES
TRIMESTRAL | JAN./FEV./MAR. 2018
ANO 4 | NÚMERO 13 | 3 EUROS
WWW.JUSTNEWS.PT

24^o Congresso Nacional
de Medicina Interna

**31 maio /
3 junho / 2018**

Palácio de Congressos
do Algarve – Salgados

*Adelaide Belo,
assistente graduada
sénior de MI:*

**"NUM HOSPITAL DISTRITAL,
O INTERNISTA
PODE SER O QUE QUISER!"**



PUBLICIDADE



PUBLICIDADE



sumário

Entrevista

- 08** Adelaide Belo, assistente graduada sénior de MI, Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano
“Num hospital distrital, o internista pode ser o que quiser!”
- 18** Manuela Ricciulli, presidente da 12.ª Reunião do NEDM
“Na diabetes *mellitus*, não há ninguém melhor do que o internista para integrar e interligar os vários órgãos e sistemas”

Reportagem

- 26** Serviço de Medicina do Hospital Distrital da Figueira da Foz
A MI como valência base, “integrando conhecimentos e cuidados, tendo uma visão global do doente e das suas patologias”

Discurso direto

- 34** Luís Brito Avó
Doença de Pompe
- 36** Arsénio Santos
O papel dos internistas no diagnóstico e tratamento das doenças hepáticas
- 45** Elisa Serradeiro
XXIV Reunião Anual do NEDAI

Notícias

- 14** “Diretores de serviço são os motores da mudança”
Para João Araújo Correia, na 3.ª Reunião de Formação e Organização em MI

- 16** “Importa cativar os jovens internistas para a problemática da diabetes”
Manuela Ricciulli, presidente da 12.ª Reunião do NEDM
- 17** Estevão de Pape, médico internista do Hospital Garcia de Orta
Novo coordenador do NEDM-SPMI
- 20** Internista Teresa Branco
Nova presidente da APECS – Associação Portuguesa para o Estudo Clínico da SIDA
- 24** Mais de 600 médicos presentes no lançamento da associação fixa atorvastatina/perindopril/amlodipina
- 32** “Ainda são muito poucos os locais de formação em Geriatria”
Manuel Teixeira Veríssimo, presidente do Colégio de Competência de Geriatria da SPMI
- 42** Formação em Urgência marcou reunião de Coimbra
3.º Congresso Nacional da Urgência
- 43** A importância da reavaliação da medicação em cada consulta
“Polifarmácia no doente idoso” foi um dos temas em debate nos Encontros de MI 2017 do HGO
- 44** “Os médicos têm de saber habituar-se à morte e dar conforto e dignidade ao doente”
Segundo Vítor Paixão Dias, presidente do V Encontro de MI de Gaia e Espinho
- 46** Otimizar a assistência aos doentes idosos institucionalizados
Núcleo de Estudos de Geriatria da SPMI promoveu curso

Especial 24.º Congresso Nacional de Medicina Interna

- 38** Estevão de Pape
Medicina Interna 100 Margens
- 39** Conceição Escarigo
Seis sessões de *Hot Topics*
- 39** Inês Pintassilgo
Os internos de Medicina Interna no 24.º CNMI
- 40** Ana Gomes
Cursos teóricos, teórico-práticos e eminentemente práticos
- 40** Pedro Correia Azevedo
Workshops – espaços de formação prática
- 41** Rita Nortadas
Mesas-redondas

Espaço Internos

- 47** Érico Costa
Ecografia à cabeceira do doente: o novo estetoscópio
- 48** Alexandra Esteves / Joana Esteves
Emigração médica em Portugal: *nevertheless, we persist...*
- 50** Ana Nunes
Ser interno de MI no... Hospital de São Teotónio, CHTV

Informação

- 22** Associação tripla no tratamento dos doentes com hipertensão e dislipidemia
Melhorar a eficácia e a adesão para otimizar a redução de risco cardiovascular



08



16



26



32



PUBLICIDADE

GPT distinguido

O presidente do Grupo Português de Triagem (GPT), Paulo Telles de Freitas, recebeu recentemente a Medalha de Serviços Distintos do Ministério da Saúde - Grau Ouro. Em declarações à *Just News*, o médico internista e diretor do Serviço de Medicina Intensiva do Hospital Fernando Fonseca faz questão de deixar expresso que este reconhecimento público "é dirigido a todos os profissionais que trabalham com o Pro-



toloco de Triagem de Manchester e não apenas aos 400 que integram o GPT".

Este foi, aliás, o momento que marcou a sessão de encerramento da 3.ª Reunião Internacional do GPT, que decorreu em novembro: a cerimónia de entrega da Medalha de Ouro, "como forma de reconhecimento pelo trabalho que tem vindo a ser desenvolvido pelo GPT na organização da Urgência".



Foto da capa
Adelaide Belo fotografada na Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano.

Doentes crónicos complexos: HSFX premiado pelos cuidados integrados

O Programa de Gestão Integrada de Cuidados ao Doente Crónico Complexo foi um dos projetos vencedores da 11.ª edição do Prémio de Boas Práticas em Saúde, cerimónia que decorreu dia 23 de novembro. O projeto do Serviço de Medicina do Hospital de São Francisco Xavier (CHLO), dirigido por Luís Campos, envolve 3 unidades de saúde familiar do ACES Lisboa Ocidental e Oeiras.

A entrega dos prémios, uma iniciativa da Associação Portuguesa para o Desenvolvimento Hospitalar, decorreu durante a Conferência "Integração de Cuidados e Literacia em Saúde | Capacitar o Cidadão no SNS".

O objetivo do Programa, que tem o apoio da ARSLVT, passa por garantir aos doentes crónicos complexos um plano de cuidados integrados, "reduzindo o número de dias de internamento e evitando as idas desnecessárias às urgências".

O projeto faz parte de uma proposta mais ampla apresentada



pelo Serviço de Medicina do HSFX e que foi aceite pela Administração do CHLO. Consiste na criação de uma Unidade de Medicina de Ambulatório que prevê a existência de três setores: Hospitalização Domiciliária, Diagnóstico Rápido e Cuidados Integrados ao Doente Crónico.

Para uma História da Medicina em Portugal no séc. XX...



Coordenado por António Barros Veloso, chama-se mesmo assim: *Médicos e Sociedade - Para uma História da Medicina em Portugal no séc. XX*. Apresentado dia 9 de novembro, tem prefácio de Henrique Leitão, seu coeditor, em conjunto com Luiz Damas Mora e o próprio Barros Veloso. Nele participam 40 autores médicos. O lançamento do livro, editado por By The Book, foi assegurado por António Rendas, professor catedrático de Medicina, investigador e reitor cessante da Universidade NOVA de Lisboa, perante uma vasta assistência que incluiu o bastonário Miguel Guimarães e o presidente do CA da José de Mello Saúde, Salvador de Mello, entidade que apoiou o projeto.

LIVE Medicina Interna

Diretor: José Alberto Soares **Assessora da Direção:** Cláudia Nogueira **Assistente de Direção:** Coreti Reis **Redação:** Maria João Garcia, Sílvia Malheiro, Susana Catarino Mendes **Fotografia:** André Roque, Joana Jesus, Nuno Branco - Editor **Publicidade:** Ana Paula Reis, João Sala **Diretor de Produção Interna:** João Carvalho **Diretor de Produção Gráfica:** José Manuel Soares **Diretor de Multimédia:** Luís Soares **Morada:** Alameda dos Oceanos, Nº 25, E 3, 1990-196 Lisboa **LIVE Medicina Interna é uma publicação da Just News**, de periodicidade trimestral, dirigida a profissionais de saúde, isenta de registo na ERC, ao abrigo do Decreto Regulamentar 8/99, de 9/06, Artigo 12º nº 1A **Tiragem:** 5000 exemplares **Preço:** 3 euros **Depósito Legal:** 386025/14 **Impressão e acabamento:** TYPIA - Grupo Monterreina, Área Empresarial Andalucía 28320 Pinto Madrid, Espanha **Notas:** 1. A reprodução total ou parcial de textos ou fotografias é possível, desde que devidamente autorizada e com referência à *Just News*. 2. Qualquer texto de origem comercial eventualmente publicado nesta revista estará identificado como "Informação".

geral@justnews.pt
agenda@justnews.pt
Tel. 21 893 80 30
www.justnews.pt

Publicações

justNews

24^o Congresso Nacional de Medicina Interna

MEDICINA INTERNA 100 MARGENS.

31 maio /
3 junho / 2018

Palácio de Congressos
do Algarve – Salgados

ORGANIZAÇÃO



Rua Tóris Portuguesa, nº8, 2^o - Sala 7/9
1750-292 Lisboa
T: +351 21 7520570/8 | F: +351 21 7520579
W: www.spmi.pt

PRESIDENTE DA SPMI
Luís Campos

PRESIDENTE DO CONGRESSO
Estevão de Pape

SECRETÁRIOS GERAIS
Pedro Correia Azevedo
Rita Nortadas

TESOUREIRA
Conceição Escarigo

COMISSÃO ORGANIZADORA

Presidente Mário Amaro
Ana Gomes
Ana Luísa Broa
Catarina Bekerman
Elena Pirtac
Inês Pintassilgo
Melanie Ferreira
Pedro Beirão
Tiago Judas
Vitória Cunha

COMISSÃO CIENTÍFICA

Presidente Francisca Delerue
Vice-Presidente Ana Glória Fonseca
Alexandra Reis
Henrique Santos
João Namora dos Santos
Vanda Spencer

CONSULTAR PROGRAMA



SECRETARIADO

admedic+
ORGANIZAÇÃO E SECRETARIADO
DE EVENTOS

Calçada de Arroios, 16 C, Sala 3
1000-027 Lisboa
T: +351 21 842 97 10
F: +351 21 842 97 19
E: paula.cordeiro@admedic.pt
W: www.admedic.pt

AGÊNCIA DE VIAGENS OFICIAL

admedic+
Tours

Calçada de Arroios, 16 C, Sala 3
1000-027 Lisboa
T: +351 21 841 89 50
F: +351 21 841 89 59
E: paula.cordeiro@admedictours.pt
W: www.admedictours.pt | RNVVT 2526

MAJOR SPONSOR



ADELAIDE BELO, ASSISTENTE GRADUADA SÉNIOR DE MEDICINA INTERNA, UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO LITORAL ALENTEJANO (ULSLA)

“Num hospital distrital, o internista pode ser o que quiser!”

Nunca pensou ter outra profissão que não a de médica. Adelaide Belo coordena, desde o ano que passou, o Programa de Gestão de Caso da Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano (ULSLA), projeto que visa a integração de cuidados na abordagem ao doente crónico, onde o objetivo é que o doente mantenha o nível de cuidados e de monitorização no domicílio, de modo a que não necessite de ser internado. Em entrevista, a assistente graduada sénior de Medicina Interna aproveita para apelar aos jovens médicos que não tenham medo de escolher os hospitais distritais, onde, afirma, o internista “pode ser o que quiser”.

Just News (JN) – Estamos no Hospital do Litoral Alentejano. Como aconteceu a sua ligação a esta instituição?

Adelaide Belo (AB) – Formei-me em 1976. Iniciei o meu percurso nos Hospitais Cívicos de Lisboa (Ano Comum) e estive depois 30 anos no Hospital José Joaquim Fernandes / Centro Hospitalar do Baixo Alentejo, em Beja. Em 2006, fui convidada para presidente do Conselho de Administração do Hospital do Litoral Alentejano, numa fase em que estava a terminar o mandato como diretora clínica, em Beja. Resolvi aceitar o desafio, principalmente por aquilo que me foi pedido: “dar um empurrão” ao hospital mais novo do Serviço Nacional de Saúde, para que começasse a funcionar e a crescer.

JN – Como foi a experiência?

AB – Uma das condições que coloquei foi que seria eu a escolher os elementos do CA. A diretora clínica, o enfermeiro diretor e o vogal foram selecionados por mim. No fundo, a ideia foi criar um espírito de “vestir a camisola”! Nessa época, os profissionais de saúde tinham vindo, sobretudo, do antigo Hospital do Conde do Bracial (Santiago do Cacém), do Hospital Garcia de Orta (Almada) e do Hospital de São José (Lisboa), portanto, tínhamos um grupo, mas não havia uma cultura do Hospital do Litoral Alentejano e a cultura institucional é muito importante para o desenvolvimento de um hospital e para que haja motivação. Entre todos, acho

que conseguimos pôr o hospital a funcionar, embora sempre com muitas dificuldades em termos de recursos humanos e financeiros...

JN – É natural da região do Alentejo?

AB – Curiosamente, e por circunstâncias da vida, nasci em Lisboa, em 3 de outubro de 1953, mas fui criada em Alfândão, uma aldeia localizada perto de Beja, no Baixo Alentejo, onde fiz a escola primária. Depois, fui estudar para o Liceu de Évora, para casa de uma madrinha-tia. Por motivos pessoais da vida da minha madrinha, saí de lá e fui para Beja, onde terminei o liceu. Fui depois para Lisboa, onde me licenciiei e fiz parte do Ano Comum.

JN – E a Medicina, como surgiu?

AB – Não me lembro de pensar ser outra coisa na minha vida que não médica! Há uma pessoa que foi muito determinante na minha ida para Medicina, um familiar que era médico e dirigia o Instituto de Bacteriologia Dr. Câmara Pestana, já extinto. Tinha diabetes e chegou a uma altura da vida dele que era invisível e ia passar férias para Alfândão, de onde era também natural. E eu acompanhava-o, porque ele não via. Falávamos muito e isso foi determinante para eu ter ido para Medicina.

JN – E era boa aluna?

AB – Sim, apesar de não ser brilhante (risos). Mas era uma aluna que cumpria. Os meus pais viviam na aldeia



e eu fui estudar para Évora. Sabia que se chumbasse por uma razão que não fosse plausível, como por doença, voltava para a aldeia. Na cabeça dos meus pais, a minha função era estudar.

JN – Tem irmãos?

AB – Não, sou filha única.

JN – Que recordações guarda da sua infância?

AB – Boas! Os meus pais não eram ricos, mas eram de classe média. Tinham terras e uma mercearia. Portanto, nunca me faltou nada. Mas lembro-me que o que eu mais gostava era quando tinha boas notas na escola primária. A minha maior recompensa era ir à cantina



social, onde comia grão com massa (risos). As nossas férias eram passadas em Sines, onde ficava três meses com familiares. Foram uma infância e uma adolescência despreocupadas.

JN – Adaptou-se bem à ida para Lisboa e à vida académica?

AB – Fui para Lisboa em 1971, com 17 anos. Fui morar para Cascais, para a casa de uma pessoa de família. Apanhei o 25 de abril e toda a luta académica, na qual participei, à minha maneira, naturalmente. Nunca perdi ano nenhum, sempre estudei. Casei cedo, ainda em 1974. Tive o meu filho nesse ano, aos 21 anos, estava no 4.º ano de Medicina. Era biblio-

tecária do Instituto de Oftalmologia Gama Pinto, enquanto estudava.

JN – O que mais a fascina na Medicina?

AB – É o poder ajudar os outros, tratar os outros e estar com os outros!

JN – E a Medicina Interna, como aconteceu?

AB – Eu estava nos Hospitais Cívicos de Lisboa - Hospital de Santa Marta, num Serviço de Medicina Interna, em que o diretor era o Dr. Carlos George (pai do Dr. Francisco George), que tinha mais dois chefes de serviço, o Dr. Vasco Urpina e o Dr. Ludgero Pinto Bastos. Era um serviço de grande referência nacional. Na época, havia

poucos exames complementares de diagnóstico. Apoiávamo-nos muito na história clínica, no exame objetivo, no falar, no raciocinar sobre os doentes... Eu olhava para estes três médicos e pensava: “Quando for grande, quero ser como eles”.

**PROGRAMA DE GESTÃO DE CASO:
UM EXEMPLO DE INTEGRAÇÃO DE CUIDADOS**

JN – Na ULSLA, é coordenadora do Núcleo de Integração de Cuidados e também do Programa de Gestão de Caso. Desde quando desempenha cada um dos cargos?

AB – Aconteceu mais ou menos em simultâneo, em outubro de 2016, quatro anos depois da criação da ULSLA



2012. A conceção das ULS foi tentar permitir que houvesse suporte legal para que os cuidados fossem organizados, de forma a integrá-los. Contudo, embora a legislação possa ser condição necessária, nem sempre é suficiente para as coisas acontecerem e o que sucedeu na maioria das ULS foi a integração das áreas não clínicas, como, por exemplo, os recursos humanos, os serviços de instalação e equipamento, de manutenção, de aprovisionamento, etc.

JN – As áreas clínicas são, então, o grande desafio...

AB – É mais difícil, porque a matriz da nossa organização de cuidados está muito fragmentada. São os cuidados de saúde primários, são os cuidados de saúde hospitalares, os cuidados de saúde pública, os cuidados continuados... E, por vezes, são verdadeiros silos de betão. Portanto, a legislação permite e dá suporte legal a que isto possa ser mudado, mas não chega. Tendo perfeita noção disto, o CA anterior criou o Núcleo de Integração de Cuidados, que eu coordeno e que é constituído por médicos, enfermeiros, assistentes sociais e outros elementos das várias áreas dos cuidados da ULSLA.

JN – Quais são os objetivos do Núcleo?

AB – O Núcleo tenta criar pontes... ver onde é possível, no terreno, desenvolver situações de integração de cuidados. Foi dessa forma que nasceu o Programa de Gestão de Caso, há precisamente um ano, em 2017.

JN – Em que consiste este projeto?

AB – O Programa de Gestão de Caso é, essencialmente, uma grande coordenação entre os internistas e os especialistas em Medicina Geral e Familiar, juntamente com os enfermeiros hospitalares e dos CSP e os assistentes sociais, de modo a abordar os doentes crónicos. Um ano depois, os doentes e as famílias abrangidos pelo programa sentem-se apoiados. Além disso, há uma grande facilidade de comunicação entre os profissionais dos diversos locais. Consegue-se, igualmente, identificar precocemente os sinais de agudização destes doentes, evitando idas ao Serviço de Urgência, internamentos por descompensação, mesmo que isso signifique mais alguma adequação das consultas, quer hospitalares, quer dos CSP.

Na prática, houve uma redução significativa do número de idas ao Serviço de Urgência, dos internamentos por descompensação destes doentes e uma melhor adequação, quer dos meios complementares de diagnóstico e terapêutica a fazer, quer das consultas de MGF e hospitalares. É um projeto com muitas dificuldades, sobretudo porque quer os internistas, quer os médicos de família, quer os enfermeiros e os assistentes sociais continuaram a fazer o que faziam antes e mais isto!

JN – Novamente a dificuldade de recursos humanos...

AB – Sim, mas as pessoas acreditaram, abraçaram o projeto e continuam com ele, embora com muitas dificuldades.

JN – Em que locais está a ser implementado?

AB – Está implementado em Odemira e em Santiago

do Cacém e vamos agora começar em Sines. O intuito é abarcar os cinco concelhos da ULSLA, ou seja, Grândola e Alcácer do Sal. Vamos introduzir uma ferramenta que pensamos que pode dar uma mais-valia ao projeto, a telemonitorização dos doentes, por acreditarmos que pode ser importante para a deteção precoce dos sinais de alerta para atuarmos de imediato. A literatura assim o diz... E pode ser particularmente importante nesta região, devido às suas características: longas distâncias e população dispersa. Por exemplo, Santiago do Cacém é uma zona urbana. No entanto, se andarmos 20 quilómetros para dentro é o Alentejo profundo...

JN – Há outros projetos semelhantes no país?

AB – Na ULS de Matosinhos está a decorrer uma experiência semelhante e o CHLO iniciou recentemente um projeto também idêntico com o ACES Oeiras.

JN – Tem, de algum modo, parencas com a hospitalização domiciliária?

AB – O conceito de hospitalização domiciliária é outro. É o doente que tem critérios clínicos para ser internado no hospital e é internado em casa. A gestão de caso é um pouco diferente: o doente não necessita de estar hospitalizado, mas queremos que mantenha o nível de cuidados e de monitorização em casa, de modo a que não necessite de vir a ser internado.

“A TELESÁUDE NÃO É UMA SOLUÇÃO PARA OS ‘POBREZINHOS”

JN – Representou a Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) no Grupo de Trabalho de Telemedicina e, atualmente, junto do Centro Nacional de Telesaúde. Como tem sido a experiência?

AB – Há cinco anos que “tenho dois amores” (risos). Trabalho na ACSS às segundas, terças e quartas, na Unidade de Gestão do Acesso, mais precisamente ligada ao acesso às 1^{as} consultas hospitalares. Representei ainda este organismo num grupo que se chamou Grupo de Trabalho de Telemedicina e que agora avançou para o Centro Nacional de Telesaúde. E depois, às quintas e sextas, faço consulta e urgência no HLA e tenho o projeto da Gestão de Caso. Tem sido importante ver os dois lados: a parte macro, de organização central, e, depois, no terreno, como é que as coisas acontecem.

JN – Qual a relevância do trabalho realizado por este grupo?

AB – Embora a telemedicina já existisse, este grupo “mexeu as águas” para levantar a necessidade desta tecnologia. Sublinho que a telesaúde não é uma solução para os “pobrezinhos”, embora, por vezes, haja a tentação de cair neste erro. Lembro que um dos centros mais importantes e de referência de telesaúde na Europa é na Suécia e tem mais de 20 anos. Todos os países nórdicos têm programas destes muito desenvolvidos. Por sua vez, por exemplo, o sistema de saúde dos veteranos de guerra americanos tem um programa de telesaúde com gestão de caso implementado a nível nacional. A telesaúde é uma ferramenta tecnológica que, associada a processos de organização ou reorgani-

zação de cuidados, pode ser uma mais-valia, inclusive na sustentabilidade do sistema de saúde. Prevejo que, inevitavelmente, a telesaúde vai crescer e espero que o Centro Nacional de Telesaúde, também dirigido por uma internista, seja o motor da telesaúde em Portugal.

“O PROBLEMA DA URGÊNCIA É A MONTANTE E A JUSANTE DO SERVIÇO DE URGÊNCIA”

JN – A Urgência é uma das suas áreas de interesse, tendo até uma pós-graduação. Foi diretora do Serviço de Urgência do Hospital José Joaquim Fernandes / Centro Hospitalar do Baixo Alentejo e foi membro da Comissão Nacional para a Reforma do Serviço de Urgência – CTAPRU do Ministério da Saúde. Quais considera serem os maiores desafios que se colocam neste campo?

AB – Considero que o grande desafio é que a tutela não corra atrás das notícias. Eu sei que é difícil... O problema da urgência é a montante e a jusante do Serviço de Urgência. Os nossos serviços de Urgência, regra geral, estão preparados, quer em equipamento, quer em recursos humanos, para a sua missão, que é o tratamento das situações urgentes e emergentes. O problema é o que lhe cai em cima todos os dias! Assim, a montante estão todos os doentes que têm situações clínicas que não necessitam do Serviço de Urgência, podendo ser tratados com a mesma qualidade noutra local, nomeadamente nos CSP, que são a maioria dos verdes e dos azuis, ou seja, cerca de 40% da triagem de Manchester. Depois, há outro grupo, o dos doentes crónicos, com multimorbilidades, que têm de recorrer ao Serviço de

"O DOENTE VERDADEIRAMENTE URGENTE, EM PORTUGAL, É TRATADO. E É BEM TRATADO! DEIXEM ESPAÇO ÀS ESTRUTURAS, AOS EQUIPAMENTOS E AOS PROFISSIONAIS, PARA ELES TRABALHAREM BEM OS DOENTES URGENTES E EMERGENTES, E O PROBLEMA DIMINUI COMPLETAMENTE."

Urgência por não terem respostas alternativas organizadas, adaptadas às suas necessidades. Têm de ir porque estão descompensados e têm situações metabólicas que não é possível recuperar nos CSP. Considero que o esforço tem de ser o que referi há pouco: evitar a descompensação. Portanto, criar / deslocar recursos para que estes doentes sejam monitorizados e vigiados no domicílio, para que os sinais de descompensação sejam detetados a tempo, para evitar que tenham de ir ao Serviço de Urgência e que sejam internados – os chamados internamentos evitáveis.

A jusante, o problema da Urgência é o funcionamento dos serviços hospitalares, ou seja, são os doentes que ficam no Serviço de Urgência, nos SO ou nos corredores porque não têm lugar no internamento, o que os ingleses chamam “boarding”. É um problema que está relacionado com a gestão de vagas nos serviços de internamento que, por sua vez, está relacionado com as dinâmicas dos mesmos, mas também de toda a instituição e de fatores externos ao hospital – se há médicos que não estão “presos” na Urgência para poderem estar nos serviços a observar os doentes internados e a dar altas atempadas; se os meios complementares de diagnóstico do hospital respondem em tempo de modo a permitir aos serviços de internamento fazer diagnósticos mais rápidos; se a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados responde aos casos que já não necessitam de internamento num hospital de agudos e que têm de ir para outro nível de cuidados; se a Segurança Social responde aos casos de índole social que permanecem internados por falta dessa resposta. Quando nada disto responde, os serviços de internamento têm de responder sempre!

O doente verdadeiramente urgente, em Portugal, é tratado. E é bem tratado! Deixem espaço às estruturas, aos equipamentos e aos profissionais, para eles trabalharem bem os doentes urgentes e emergentes, e o problema diminui completamente. O foco é esvaziar a urgência. As urgências têm de ficar mais pequenas. Não há nada falta de profissionais na Urgência. O que é necessário é reorganizar os cuidados a montante e a jusante.

JN – No Centro Hospitalar Baixo Alentejo, dirigiu o Serviço de Medicina I e foi diretora clínica. Que memória guarda desse tempo?

AB – Foi o local onde eu cresci profissionalmente. Tenho boas recordações de todos os grupos profissionais, de tudo o que passei, aprendi e implementei lá. Aproveito para deixar uma mensagem aos novos médicos que estão neste momento a escolher o novo rumo para a sua vida: não tenham medo de escolher os hospitais distritais. Podem fazer tudo num hospital distrital, até mais. Têm mais oportunidades, porque são menos e acabam por ser mais acarinhados. A maior parte dos nossos hospitais distritais está bem equipada, tem bons serviços. O internista, num hospital distrital, pode ser o que quiser! Neste momento, temos das melhores autoestradas da Europa. Estamos perto de tudo! Eu fui para Beja ainda como policlínica, depois de ter feito o famoso Serviço Médico à Periferia em Aljustrel. Naquela altura, estive seis anos à espera da especia-

lidade. Fui mãe e o meu filho fez toda a formação em Beja, tendo-se licenciado depois em Lisboa e doutorado em Chicago. Ou seja, não perdeu nada por ter feito a sua formação em Beja. Eu sou um exemplo, como outros tantos colegas meus, de que ficar num hospital distrital não lhes retira nada, pelo contrário. Dá-lhes a hipótese de irem a outros hospitais, conhecer outras realidades, outros colegas, diretores de serviço... e isto é que é a vivência de um profissional.

JN – Na sua opinião, que fase vive a Medicina Interna atualmente?

AB – Uma fase boa, felizmente, e a própria Sociedade Portuguesa de Medicina Interna, com o seu presidente, Dr. Luís Campos, tem dado um impulso importante à Medicina Interna. Hoje, as pessoas escolhem a Medicina Interna porque querem, não porque já não têm vaga em mais lado nenhum. Aqui na ULSLA temos internos muito bons, com muito boa formação e escolheram Medicina Interna. E isso é muito bom para a especialidade, porque fortalece-a e faz com que vá sobreviver. Não tenho a mínima dúvida de que, neste momento, a MI é um pilar importantíssimo no funcionamento dos hospitais e do sistema de saúde.

Espero que a MI não se pulverize, como aconteceu em alguns países. Que tenha a capacidade de se manter num tronco comum grande e, simultaneamente, consiga a flexibilidade necessária para se adaptar aos desafios que terá pela frente, criando competências, diferenciação dos internistas... e novas áreas, como, por exemplo, da gestão de caso. Os internistas têm, efetivamente, estado ligados às novas tecnologias, como a telemedicina, bem como a outras formas de abordar a organização dos cuidados.

JN – Trabalha numa ULS. Como vê o modelo organizacional? Considera que é o que melhor se adapta a esta região?

AB – É um modelo teoricamente muito interessante. Há uma população e há uma estrutura única que organiza os cuidados para a mesma e é financiada para promover a saúde. Na organização clássica a forma de financiamento é ainda muito pela doença. Pagam por mais consultas, pelo internamento... nas ULS recebe-se um X por capitação, sendo necessário organizar os cuidados de modo a que se gaste menos. Isto faz mais sentido do que querer mais consultas ou exames, que podem não fazer falta ... o que se quer é resultados e que os doentes sejam o mais saudáveis possível.

“O MODELO QUE SE APLICA NO SERVIÇO DE URGÊNCIA A UM DOENTE AGUDO NÃO PODE SER O MESMO QUE SE APLICA A UM DOENTE TERMINAL”

JN – Fez uma pós-graduação em Cuidados Paliativos. Por que decidiu investir nesta área?

AB – É uma área relativamente nova em Portugal como saber organizado. Pode parecer anacrónico, mas muitas das pessoas que pertencem à primeira geração com formação em Cuidados Paliativos vieram do Serviço de Urgência. Algumas fizeram INEM durante anos. A verdade é que o modelo que se aplica no Serviço de



Urgência a um doente agudo não pode ser o mesmo que se aplica a um doente com necessidades paliativas. Por isso, quando houve formação específica sobre esta área eu quis fazer. No fundo, quis ir ao encontro do meu maior interesse na Medicina: tratar bem os doentes.

JN – No Hospital de Beja, foi coordenadora da Comissão de Controlo de Infecção, cargo que assumiu em 1984. Esteve também ligada, durante muitos anos, à Associação Portuguesa de Infecção Hospitalar, da qual foi sócia fundadora, em 1994. Como vê a evolução que ocorreu nesta área? Quais os dados que considera mais preocupantes atualmente?

AB – Em 1984, o controlo da infeção era uma área nova em Portugal. Nessa altura, eu e uma farmacêutica do H. de Beja partimos para um curso em Barcelona. Cinco dias por semana, durante quatro meses. Fez-se um caminho enorme em relativamente pouco tempo. Hoje, a perspetiva é completamente diferente. Passámos da

fase em que se pensava que era a vassoura e o pano de pó que faziam diminuir as infeções para aquilo que é verdadeiramente determinante, a prática clínica, ou seja, como é que nos portamos, como é que identificamos os doentes, como é que os isolamos, como usamos os antibióticos... Na minha opinião, o maior desafio que temos pela frente prende-se, precisamente, com o melhor uso dos antibióticos, ou seja, a utilização adequada às necessidades. Na ULSLA, atualmente, é também uma internista que está a coordenar a Comissão do Controlo de Infecção.

JN – Está ligada à ALENTO (Associação para a Formação em Reanimação), sendo sua sócia fundadora e membro da Direção. Quando e como surgiu?

AB – Aconteceu em 1998, mais uma vez quando estava na Urgência. Na altura, havia uma falha de saberes na área da reanimação. Cada um fazia como queria. Então, juntamente com a REANIMA (associação do



"NÃO TENHO A MÍNIMA DÚVIDA DE QUE, NESTE MOMENTO, A MEDICINA INTERNA É UM PILAR IMPORTANTÍSSIMO NO FUNCIONAMENTO DOS HOSPITAIS E DO SISTEMA DE SAÚDE."

"O MODELO QUE SE APLICA NO SERVIÇO DE URGÊNCIA A UM DOENTE AGUDO NÃO PODE SER O MESMO QUE SE APLICA A UM DOENTE COM NECESSIDADES PALIATIVAS."

Porto criada um ano antes da ALENTO), com o internista que foi o motor da mesma, em colaboração com o Conselho Europeu de Ressuscitação, formou-se em Portugal o Conselho Português de Ressuscitação, que era o braço português do Conselho Europeu de Reanimação, cuja Direção integrei. A partir daí, começou-se então a organizar a formação, de acordo com as *guidelines* do Conselho Europeu, quer do ponto de vista técnico, quer pedagógico. Em suma, a ALENTO é uma escola de reanimação acreditada pelo Conselho Europeu de Ressuscitação, que se compromete a fazer formação nessa área, de acordo com o modelo europeu, desde o suporte básico de vida ao suporte avançado e ao trauma.

"VIAJO SEMPRE QUE POSSO"

JN – Com todas as responsabilidades que tem atualmente, como é o seu dia-a-dia?

AB – Trabalho muitas horas, mas gosto muito do que faço! Gosto de continuar a fazer Urgência... Se calhar precisava de baixar um pouco o ritmo. Mas também me mantém viva, ativa...

JN – Que outros interesses tem?

AB – Gosto muito de viajar. Viajo sempre que posso. Com o marido, com as netas... Também adoro ler e fazer os meus passeios de bicicleta ou a pé, com o meu marido ou com algum grupo...

JN – Quais os seus destinos prediletos?

AB – Gosto de viajar pelo Mundo. Este ano, por exemplo, fui à Namíbia, ao Botswana, ao Zimbabué e a Cape Town. Também já fui à Índia, ao Vietname, à Patagónia, aos Parques Americanos, entre outros. Portanto, não me posso queixar (risos). O que eu combinei com o meu marido foi que, enquanto tivermos alguma agilidade, vamos a locais mais distantes, que necessitam de mais

esforço físico, de maior adaptação... Há um continente onde ainda não fui, a Oceânia, portanto, não conheço a Austrália nem a Nova Zelândia. Em princípio, em maio, vou à China, que também não conheço.

JN – Quantas netas tem?

AB – Tenho três: duas do meu filho e uma de um filho do meu marido.

JN – Que planos tem para o futuro?

AB – O meu plano é acalmar um pouco e consolidar este projeto da gestão de caso, alargá-lo e criar condições para que outros o continuem. Quero, igualmente, poder estar com os internos e internas de Medicina espetaculares que temos na ULSLA e poder ensinar-lhes o que sei e aprender com eles o que eles sabem. Penso que é sempre muito enriquecedor estar com os mais novos. Para quem é mais velho, envelhece-se menos porque se é desafiado!

PARA JOÃO ARAÚJO CORREIA, NA 3.ª REUNIÃO DE FORMAÇÃO E ORGANIZAÇÃO EM MEDICINA INTERNA:

“Diretores de serviço são os motores

Caldas da Rainha foi o local escolhido para a realização da 3.ª edição da Reunião de Formação e Organização em Medicina Interna, organizada pela Direção da SPMI, em colaboração com a Direção do Colégio de Medicina Interna da Ordem dos Médicos. O evento mobilizou diretores de serviços de Medicina Interna (MI) de Norte a Sul do país e orientadores de formação, juntando mais de uma centena de participantes.

“Os diretores de serviço são os motores da mudança. Novos caminhos que temos de trilhar passam pelos mesmos”, disse João Araújo Correia, secretário-geral da SPMI, na abertura do evento, realçando que, no entendimento da SPMI, eles são “a base de todas as mudanças possíveis na MI”.

Recordando que a primeira reunião teve lugar em Viseu e a segunda em Lisboa, o diretor do Serviço de Medicina Interna do Centro Hospitalar do Porto destacou a “grande colaboração” do Colégio de Medicina Interna da Ordem dos Médicos na elaboração do esquema destes encontros, que abordam não só questões relacionadas com a melhoria da qualidade dos serviços como também os caminhos que é necessário seguir no que respeita ao Programa de Formação e às alterações que é preciso introduzir.

Ao usar da palavra, Armando Carvalho, presidente do Colégio de Medicina Interna, salientou que “os colégios se devem articular com as sociedades científicas”, o que, aliás, está de acordo com os próprios estatutos da OM.

Aquele responsável realçou ainda o facto de a reunião em causa focar dois aspectos “fundamentais”: a qualidade e a formação.

“Em conjunto, faremos o nosso melhor para continuar a promover a Medicina Interna e a desenvolver novos desafios”, acrescentou.

A finalizar, o presidente da SPMI, Luís Campos, também realçou a importância dos diretores de serviço para a MI, assim como a necessidade de “alinhar estratégias”.



João Araújo Correia, Luís Campos e Armando Carvalho



da mudança”



O EVENTO MOBILIZOU DIRETORES DE SERVIÇOS DE MEDICINA INTERNA DE NORTE A SUL DO PAÍS E ORIENTADORES DE FORMAÇÃO, JUNTANDO MAIS DE UMA CENTENA DE PARTICIPANTES.

MANUELA RICCIULLI, PRESIDENTE DA 12.ª REUNIÃO DO NEDM-SPMI:

“Importa cativar os jovens internistas para a problemática da diabetes”

Foi com grande entusiasmo que Manuela Ricciulli encerrou a 12.ª Reunião do Núcleo de Estudos da Diabetes Mellitus da SPMI (NEDM-SPMI). A presidente do evento, que decorreu nos dias 20 e 21 de outubro, nas Caldas da Rainha, defendeu que “é importante cativar os mais novos para conhecerem melhor a problemática da diabetes, mas também para integrarem o NEDM”.

Em declarações à *Just News*, Manuela Ricciulli destacou que “foi a Reunião que conseguiu ter a participação de mais jovens, nomeadamente na apresentação de trabalhos”.

E acrescentou: “É importante cativar os jovens internistas para que haja cada vez mais especialistas na área da diabetes e também para que aumente o número de membros do NEDM. É um problema grave de saúde e somos todos importantes.” Luís Campos, presidente da SPMI, também se mostrou satisfeito com o evento e quis deixar três mensagens-chave. A primeira diz respeito ao papel dos núcleos da SPMI, como o da Diabetes. “São a expressão da força e da dinâmica da Medicina Interna e também da diversidade fenotípica dos internistas”, frisou.

Continuando, alertou para a necessidade dos núcleos apostarem na formação e na investigação e de o internista refor-

çar a ligação à Medicina Geral e Familiar. “Portugal está a tratar a doença crónica de forma fragmentária e episódica, através das Urgências. É preciso integrar cuidados e estabelecer uma maior ligação ao médico de MGF.”

Luís Campos referiu mesmo que “dentro do hospital, a especialidade mais bem preparada para reforçar a ligação à MGF é a Medicina Interna”.

Por último, alertou para o papel, que deve ser cada vez maior, do internista na prevenção da doença crónica, como é o caso da diabetes.

O evento das Caldas da Rainha ficou marcado pelo final do mandato da Direção presidida por Álvaro Coelho, tendo Estevão de Pape assumido o cargo, na sequência da assembleia-geral realizada.

A 13.ª Reunião do NEDM vai decorrer, em Santarém, nos dias 26 e 27 de outubro de 2018.



De pé: Ana Marques, Mariana Magalhães, Ana Valada Marques, Joana Louro, Manuela Ricciulli e Joana Carvão. Sentada: Vânia Junqueira

Prémio e Bolsa entregues

No fim da sessão de encerramento da 12.ª Reunião decorreu a entrega da Bolsa Helena Saldanha e do Prémio Jorge Caldeira, tarefa que esteve a cargo, respetivamente, de Margarida Bigotte e Estevão de Pape.

Bolsa Helena Saldanha

“O Microbioma na diabetes *mellitus* tipo 2: a importância transversal desde a sua génese até às complicações microvasculares”

João Pedro Figueiredo Gomes - Serviço de Medicina A do CH e Universitário de Coimbra - HUC



Prémio Jorge Caldeira

Posters com apresentação (ex aequo)

“Autoimunidade em doentes com diabetes *mellitus* tipo 1: a realidade de um Serviço de Medicina Interna”

Jorge Lourenço, Daniela Marado, Adriano Rodrigues - Serviço de Medicina B do CH e Universitário de Coimbra - HG

“Variação da glicemia durante o exercício - o efeito do treino em jejum”

Miguel Ardérius, Mariana Alves, Catarina Ardérius, Alda Jordão - Serviço de Medicina III do CH Lisboa Norte, FMUL, Faculdade de Desporto da UP

Estevão de Pape é o novo coordenador do NEDM-SPMI

Estevão de Pape, médico internista do Hospital Garcia de Orta, é o novo coordenador do Núcleo de Estudos da Diabetes Mellitus da SPMI para os próximos 3 anos, sucedendo no cargo a Álvaro Coelho. O principal objetivo do seu mandato é apostar na “diferenciação qualificada” dos médicos internistas na área da Diabetologia.

Em declarações à *Just News*, Estevão de Pape defende a criação de um programa de formação específica para quem acompanha as pessoas com diabetes. “Os especialistas em Medicina Interna que se dedicam à Diabetologia devem estar cada vez mais aptos nesta área, porque todos os estudos indicam que a doença vai aumentar nos próximos anos”, diz.

O novo responsável do NEDM relembra o estudo DIAMEDINT, da autoria do Núcleo, segundo o qual 25 a 30% das pessoas internadas nos serviços de Medicina Interna do SNS são diabéticas. “Nalguns casos, esta percentagem chegou aos 38%, mais uma razão para estes profissionais estarem atualizados.” Assim, e segundo o médico, a aposta na formação não se vai cingir ao SNS e “incluirá o setor privado”.

Para que a resposta aos doentes seja a mais adequada, Estevão de Pape garante que o NEDM vai apostar num “levantamento cadastral” do que se está

a fazer no País na área da diabetes. E sublinha: “A investigação é muito importante. Atualmente, temos muitos jovens dedicados à Diabetologia. É preciso dinamizar o estudo da diabetes.”



Álvaro Coelho e Estevão de Pape

Outro objetivo destes 3 anos é a ligação a outras entidades, como a Sociedade Portuguesa de Diabetologia, a Socie-

dade Portuguesa de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo e a Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar. Estevão de Pape coloca um especial enfoque na MGF: “É preciso criar ainda mais pontes com os médicos de família, para se conseguir mudar o atual panorama desta doença, que é preocupante.”

As entidades oficiais de saúde também não vão ser esquecidas. O médico internista quer sensibilizá-las para o contributo dos especialistas em Medicina Interna na área da Diabetologia. “O nosso papel é essencial, somos o motor do SNS e o pilar no hospital em doenças crónicas e sistémicas, como é o caso da diabetes”, acrescenta.

Vários projetos programados para os próximos 3 anos terão como base “uma equipa renovada, jovem e dinâmica, como o são os elementos do secretariado do NEDM”, segundo garante Estevão de Pape.



Estevão de Pape. Sentadas: Priscila Melo, Ana Corte Real e



Paulo Subtil, Joana Louro, Estevão de Pape, Edite Nascimento, Mário Esteves e Rita Nortadas

Novo Secretariado do NEDM:

Coordenador: Estevão de Pape (H. Garcia de Orta)

Coordenadora adjunta:
Edite Nascimento
(CH Tondela-Viseu)

Ana Lopes (CH Universitário do Algarve)

Joana Louro (CH do Oeste – Unidade Caldas da Rainha)

Mário Esteves (CH Médio Ave – Unidade Famalicão)

Paulo Subtil (CH Trás-os-Montes e Alto Douro)

Rita Nortadas (H. Garcia de Orta)

MANUELA RICCIULLI, PRESIDENTE DA 12.ª REUNIÃO ANUAL DO NÚCLEO DE ESTUDOS DA DIABETES (NE

“Na diabetes *mellitus*, não há ninguém para integrar e interligar os vários ór

Especializada em Diabetologia, Manuela Ricciulli defende que o gestor da pessoa com diabetes deve ser o especialista em Medicina Interna, face à visão holística das suas competências. E alerta para o acompanhamento menos adequado destes doentes no internamento, apesar das melhorias sentidas nos últimos tempos.

Just News (JN) – É a primeira vez que a Reunião Anual do NEDM se realiza nas Caldas da Rainha. Quais foram os grandes desafios na organização deste evento?

Manuela Ricciulli (MR) – Organizar a 12.ª Reunião do NEDM é, em si mesmo, um grande desafio, que vai desde a escolha dos temas, dos palestrantes e moderadores, do local para a realização da reunião, enfim... das mil e uma atividades que este tipo de eventos exige. Mas o maior de todos talvez seja corresponder, na totalidade, ao voto de confiança dado a esta equipa pelo coordenador do NEDM ao ter escolhido as Caldas da Rainha para organizar a reunião. Mas está a correr bem, temos apostado na qualidade, na inovação, tentando atrair os mais jovens para esta área da Medicina Interna...

JN – Há quantos anos trabalha na área da Diabetologia?

MR – Iniciei o meu Internato Complementar de Medicina Interna em 1987 e desde cedo me dediquei a esta área. Já lá vão muitos anos, mas o entusiasmo não se perdeu ao longo do tempo, pelo contrário, foi sempre aumentando, com a “ânsia” de saber e fazer mais e melhor.

JN – Quais são os principais desafios desta entidade que, no caso da diabetes tipo 2 (DM2), tem tendência para aumentar nos próximos anos?

MR – São muitos! É uma doença sistémica que atinge vários órgãos e sistemas, exigindo, por isso, o conhecimento em várias áreas do saber, que têm que se interligar através de uma abordagem multidisciplinar, tão típica do internista. Por outro lado, o avanço da ciência, com novos conhecimentos da fisiopatologia, condiciona o desenvolvimento de novos fármacos, que atuam nos vários “eixos” desta patologia, interligando-se e complementando os seus efeitos terapêuticos. Na prática, as novas classes de fármacos não excluem as anteriores, mas complementam-se entre si, o que torna muito interessante toda a abordagem da diabetes e, mais uma vez, integra a visão “holística” da Medicina Interna. O aumento do número de casos de DM2 constitui, só por si, um enorme desafio, quer pelo volume de doentes, quer pelos grupos etários atingidos: das crianças aos

adolescentes e jovens adultos até aos grupos etários mais avançados.

JN – A educação terapêutica também tem um papel preponderante...

MR – É uma pedra basilar na abordagem da diabetes, fundamental para aceitação da doença e consequente adesão ao tratamento, que não é apenas farmacológico, mas que envolve mudanças de estilo de vida, como a alimentação, a atividade física, o autocuidado, a autovigilância, o autocontrolo, etc. Enfim, o que se pretende é ensinar o doente a tratar de si próprio e isso é uma arte que tem de se ter quando se trata a diabetes.

JN – Com o envelhecimento da população, mais desafios surgem na área da Diabetologia. Para si, quais são os que podem comprometer a prevenção, o diagnóstico e o tratamento após os 65 anos?

MR – Temos que saber gerir e adaptar os objetivos terapêuticos a cada doente e, consequentemente, ver qual a terapêutica mais adequada. Tal como nos grupos etários mais jovens, também nos mais idosos a abordagem terá que ser centrada no doente, este tem de ser visto como um todo.

JN – Considera que os internistas devem ser os gestores desta doença crónica?

MR – Sim, como já disse anteriormente, a diabetes é uma doença crónica, multiorgânica, incurável, mas tratável e controlável. E quem melhor do que o internista para integrar e interligar os vários órgãos e sistemas, as várias classes de fármacos necessárias para o seu tratamento, que ultrapassa o controlo glicémico estrito, envolvendo outras medidas farmacológicas e não farmacológicas imprescindíveis na prevenção, tratamento e controlo dos fatores de risco? Só o internista, com a sua visão integradora e holística da Medicina Interna.

JN – O evento inicia-se com dois cursos pré-congresso. Um é sobre a “Abordagem da hiperglicemia no internamento”. Há muitos casos a ser diagnosticados quando as pessoas estão internadas?



Manuela Ricciulli: “É sempre possível fazer educação para a saúde e no

MR – Sim. Apesar de não ter números concretos, no estudo Diamedint, realizado em 2016 e no qual participámos, verificou-se que cerca de 1/3 dos doentes internados nos serviços de Medicina dos 31 hospitais avaliados tinham diabetes. Na nossa instituição, a prevalência foi semelhante, mas em cerca de 7% dos casos o diagnóstico não era conhecido, ou seja, foi detetado durante o internamento, o que é significativo. Apesar de não podermos extrapolar esse resultado de forma absoluta, uma vez que o estudo decorreu durante um dia, penso que poderá, de certa forma, refletir a realidade.

JN – Considera que a diabetes tem sido esquecida no internamento?

MR – Penso que em muitos hospitais não é tratada de forma adequada. No entanto, acho que vamos no “bom

DM) DA SOCIEDADE PORTUGUESA DE MEDICINA INTERNA (SPMI):

Um melhor do que o internista "órgãos e sistemas"



hospital temos que o fazer"

caminho". Saliento a importância da publicação das Recomendações Conjuntas da Sociedade Portuguesa de Diabetologia/Sociedade Portuguesa de Medicina Interna - "Abordagem e Tratamento da Hiperglicemia em Internamento", recentemente publicadas na *Revista Portuguesa de Diabetes* e na *Revista Portuguesa de Medicina Interna*, em cuja elaboração participámos ativamente, como coautoras e integrando o grupo de trabalho. Mas há ainda muito para fazer nesta área. Mais um desafio!

JN – Quer os médicos como os enfermeiros devem ter mais formação em Diabetologia?

MR – Sim. É uma patologia cuja prevalência tem vindo a aumentar, é uma doença multifacetada que exige conhecimento em várias áreas e que tem muitas especificidades, além de estar em constante progresso, impli-

cando necessidade de atualização e formação contínuas. Na nossa instituição, temos feito formação anual, obrigatória para internos e novos profissionais, que tem tido resultados muito positivos, mas, como disse, há ainda muito trabalho a fazer. Não é fácil mudar mentalidades e atitudes enraizadas há muitos anos. É possível, mas é difícil!

JN – Num hospital, onde o foco está mais nos problemas agudos, consegue-se fazer educação para a saúde, tendo em conta as necessidades e as características de cada doente, ou esse é um papel que deve passar mais pelos CSP?

MR – É sempre possível fazer educação para a saúde e no hospital temos que o fazer, tendo em conta as necessidades de cada doente: educação para a saúde e educação terapêutica andam de mãos dadas. Mas, na realidade, os CSP e a Saúde Pública deverão estar mais vocacionados para essa área, ensinando a prevenir, a controlar. Podendo chegar a mais pessoas, os cuidados primários têm maior facilidade em atuar na base da pirâmide.

JN – Como avalia o uso das novas tecnologias na diabetes?

MR – De forma positiva, muito mesmo; penso que são um grande avanço, a par dos novos fármacos, mas, logicamente, têm que ser apropriadas e adequadas a cada pessoa.

JN – Na sessão de encerramento vai decorrer, mais uma vez, a entrega do Prémio Jorge Caldeira e da Bolsa Helena Saldanha. Como profissional de saúde, quais são, no seu entender, as mais-valias deste tipo de iniciativas?

MR – Estimular os médicos mais jovens a trabalhar, a estudar, a fazer formação, a investigar, o que é importante em todas as áreas do conhecimento e, particularmente, na diabetes.

JN – Apesar do aumento previsto da DM2 nos próximos anos, pode-se esperar um futuro, de algum modo, risonho para as pessoas com diabetes?

MR – Sim e não! Com as terapêuticas e as novas tecnologias de que dispomos atualmente: sim! Mas, se não conseguirmos mudar mentalidades, investir na formação dos profissionais de saúde, na prevenção, na educação para a saúde, que terá de ser feita de forma global e pelas entidades responsáveis: não!

"É SEMPRE POSSÍVEL
FAZER EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE
E NO HOSPITAL TEMOS
QUE O FAZER."

MANUELA RICCIULLI: "A MI sempre me fascinou"

A coordenadora da Unidade Integrada da Diabetes do Centro Hospitalar do Oeste – Unidade das Caldas da Rainha dá-nos a conhecer o que faz nos seus tempos livres e a razão que a levou a escolher a Medicina Interna e a Diabetologia.

Idade: 58 anos

Naturalidade: Coimbra

Hobbies: Leitura, música, jardinagem, bordados, viagens (muitos hobbies, mas pouco tempo...)

Porquê a Medicina Interna e a diabetes?

A Medicina Interna sempre me fascinou e me atraiu, porque permite ver o doente ou a pessoa como um todo e não "por partes": todos nós temos coração, pulmões, estômago, intestinos, rins, pâncreas, etc.! Por isso, é importante podermos relacionar e integrar as patologias que podem afetar os vários órgãos, não os considerando separadamente. Exige muito estudo, muito trabalho, atualização permanente, logo, é um desafio constante.

A diabetes, como é uma doença sistémica, que atinge vários órgãos e sistemas, implica essa aquisição de conhecimentos diversificados em várias áreas do saber, o que encaixa perfeitamente no espírito da Medicina Interna. A Medicina Interna e a Diabetes andam de mãos dadas, formam um casal perfeito.

Esta entrevista foi originalmente publicada no *Jornal LIVE Medicina Interna Congresso* distribuído no evento.

Internista Teresa Branco é a nova presidente da APECS

A Associação Portuguesa para o Estudo Clínico da SIDA (APECS) tem uma nova Direção para o biénio 2018-2019, sendo que a sua atual presidente é Teresa Branco, especialista em Medicina Interna do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca. A médica sucede no cargo a Joaquim Oliveira, que presidiu à Associação durante dois mandatos sucessivos (2014-2015 e 2016-2017).

Em declarações à *Just News*, Teresa Branco destaca que a nova Direção inclui elementos de várias especialidades da Medicina, assim como uma enfermeira. É intenção, também, convidar "pessoas de outras classes profissionais que trabalham diariamente na área da infeção por VIH para integrar os grupos de trabalho que se vão estabelecer (assistentes sociais, farmacêuticos, psicólogos)". "A APECS é uma associação com características únicas, que pretende reunir to-



António Diniz, Ana Horta, Teresa Branco, Catarina Esteves e Nuno Marques

das as especialidades e profissões ligadas à infeção por VIH", afirma. Considera ser mesmo "fundamental conseguir trazer para a APECS todas as classes profissionais que lidam com a infeção por VIH para trabalhar em conjunto questões fundamentais, nomeadamente, a tentativa de melhorar a qualidade de vida das pessoas infetadas".

E faz questão de destacar que "os médicos precisam de todos os outros profissionais que lidam com a infeção por VIH para poderem prestar cuidados com qualidade."

O grande foco da Direção encabeçada por Teresa Branco é assegurar que os cuidados de saúde que têm vindo a ser providenciados aos infetados não baixem de qualidade. Para tal, refere, "vamos ter de nos debruçar sobre parâmetros de avaliação da qualidade e sobre questões tão simples como a equidade e a acessibilidade ao tratamento em todos os centros".

E sublinha: "Se não tratarmos todos os infetados, estamos a deixar que a cadeia de transmissão continue."



Teresa Branco e Joaquim Oliveira

Corpos Sociais da APECS (biénio 2018-2019)

Direção

Presidente: Teresa Branco, H. Fernando Fonseca, Medicina Interna
Vice-presidente: António Diniz, CH Lisboa Norte, Pneumologia
Tesoureiro: Nuno Marques, H. Garcia de Orta, Infeciologia
Secretária: Ana Horta - CH do Porto, Infeciologia
Vogal: Catarina Esteves - Hospital de Cascais, Enfermagem

Conselho Fiscal

Presidente: António Vieira - CH e Universitário de Coimbra, Infeciologia
Vogal: Maria José Manata, CH Lisboa Central, Infeciologia
Vogal: Carmela Pineiro, CH de São João, Infeciologia

Assembleia-Geral

Presidente: Joaquim Oliveira, CH e Universitário de Coimbra, Infeciologia
Secretária: Maria João Aleixo, H. Garcia de Orta, Infeciologia
Vogal: Isabel Ramos, CH e Universitário de Coimbra, Infeciologia

TERESA BRANCO: "O SER UMA DOENÇA DIFERENTE FAZ COM QUE MUITAS PESSOAS NÃO CHEGUEM AOS CUIDADOS DE SAÚDE."

Teresa Branco nasceu em 21 de janeiro de 1959, em Lisboa. Licenciou-se em Medicina pela FMUL (1983), especializou-se em Medicina Interna nos Hospitais Cívicos de Lisboa (1992) e fez um mestrado em VIH/SIDA na Universidade de Barcelona (1999).

De 1992 a 2006 foi assistente hospitalar graduada de Medicina Interna nos HCL, tendo fundado a Consulta de Imunodeficiência do Hospital do Desterro. Desde 2006 que trabalha no Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca. Está ligada à APECS desde há vários anos, tendo integrado várias direções, inclusive as duas últimas.



PUBLICIDADE



PUBLICIDADE



PUBLICIDADE

ASSOCIAÇÃO FIXA ATORVASTATINA/PERINDOPRIL/AMLODIPINA

Mais de 600 médicos presentes no lançamento de novo fármaco

Neil Poulter, presidente da Sociedade Internacional de Hipertensão, esteve em Portugal para participar no simpósio de lançamento da associação fixa atorvastatina/perindopril/amlodipina. Largas centenas de convidados, entre médicos de família, cardiologistas e especialistas de Medicina Interna, participaram neste evento organizado pela Servier e que teve como moderador o diretor do Serviço de Cardiologia do Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga, Luís Martins. Jorge Polónia, internista do Hospital Pedro Hispano (ULS de Matosinhos), proferiu uma palestra sobre “HTA e dislipidemia: novas formas de abordar estes dois fatores de risco major”.



Luís Martins, Neil Poulter e Jorge Polónia





PUBLICIDADE

SERVIÇO DE MEDICINA DO HOSPITAL DISTRITAL DA FIGUEIRA DA FOZ

A Medicina Interna como valência “integrando conhecimentos e cuidados, tendo uma visão global do doente e das suas patologias”



O internista assume um papel fundamental para o funcionamento do Hospital Distrital da Figueira da Foz, onde a Medicina Interna é considerada uma valência base, tendo como função, segundo a diretora do Serviço de Medicina, Amélia Pereira, “integrar conhecimentos e cuidados, tendo uma visão global do doente e das suas patologias”.

Tendo como missão “prestar cuidados de saúde diferenciados, de qualidade, em articulação com os cuidados de saúde primários e outros hospitais da rede, a doentes da área médica e a problemas médicos de doentes de outras especialidades, nomeadamente cirúrgicas, utilizando adequadamente os recursos humanos e materiais disponíveis”, o Serviço de Medicina

do HDFF procura os princípios de eficácia e eficiência, bem como a melhoria contínua dos cuidados, de acordo com a expectativa e as necessidades dos doentes. O internamento tem um papel determinante na sua atividade. “Estando vocacionada para o tratamento de doentes agudos, em particular nas vertentes da observação, diagnóstico e terapêutica, a MI presta cui-

base, ados, tendo uma patologias”



dados diferenciados e, muitas vezes, cuidados intensivos”, destaca Amélia Pereira. Segundo a responsável, uma das grandes dificuldades que enfrentou quando assumiu a direção do Serviço, a 13 de junho de 2007, após a saída de Bento Pinto, anterior diretor, prendia-se com a escassez do número de camas e de recursos humanos, que não estava ajus-

tado à procura de cuidados médicos, situação que ainda agora se mantém. A lotação é hoje de 34 camas na enfermaria de Medicina, mais quatro nas Especialidades Cirúrgicas, tendo também sob a sua responsabilidade 12 na Unidade de Internamento de Curta Duração (UICD), que inclui a Unidade de AVC e a Unidade de Cuidados Intermédios, e três camas

AMÉLIA PEREIRA:

“Optei pela MI ciente de que esta seria uma especialidade com uma visão globalizante do doente”

Amélia Pereira nasceu a 2 de outubro de 1954, em Lapa do Lobo; Canas de Senhorim, Nelas. Licenciou-se em Medicina em 1977 e, mais recentemente, em 2015, fez o doutoramento em Ciências da Saúde / Medicina Interna/Oncologia. Confessa que, quando pensou ser médica, não sabia exatamente aquilo que a esperava. “Entrei para a Faculdade com a única perspetiva que me dera o meu médico – a visão do ‘João Sema-

cionais, pessoal administrativo e dos serviços técnicos, com quem tenho trabalhado foi possível vencer as várias etapas da minha vida profissional. Também os doentes, principal motor da minha atividade, disponibilidade e necessidade de aprendizagem, têm sido parte importante da minha evolução pessoal e profissional. Com o seu exemplo, experiência, estímulo e incentivo à minha atividade, tenho aprendido a ser médica”, menciona.



na’: um homem polivalente, disponível a qualquer hora do dia ou da noite, que ajudava o seu doente nas múltiplas vicissitudes da vida, desde o nascer até à morte”, recorda.

Ao escolher, alguns anos depois, a Medicina, como a profissão a exercer, Amélia Pereira conta que fê-lo consciente de que o futuro seria bem diferente daquilo que conhecia.

“Vivi muitos momentos de dificuldade e frustração, mas estes têm sido vencidos pela alegria que me dá o desempenho da profissão que escolhi”, diz. Segundo a médica, a par do esforço pessoal desenvolvido, o trabalho em equipa permitiu-lhe uma maior realização pessoal e profissional.

“Só com a colaboração de todos, médicos, enfermeiros, assistentes opera-

Terminado o curso, Amélia Pereira conta que a vivência hospitalar, o trabalho em equipa que esta lhe proporcionou, o contacto com múltipla tecnologia, a grande quantidade de informação que os avanços da Medicina lhe trazem diariamente a levaram a fazer uma opção por uma especialidade.

“Optei pela Medicina Interna ciente de que esta seria uma especialidade com uma visão globalizante do doente, o que, penso, é imprescindível para uma correta identificação e resolução dos problemas. O seu papel integrador, a capacidade de gestão da doença são igualmente importantes”, refere.

Música, leitura, desporto, viagens, fotografia, bordados, canto, cavaquinho e voluntariado na área médica são alguns dos interesses da médica.

de Oncologia nas Especialidades Médicas, o que se tem mostrado “claramente insuficiente para as necessidades”.

“A casuística dos últimos anos revela que o número de doentes internados no hospital e da responsabilidade do Serviço de Medicina tem vindo a aumentar progressivamente, tendo havido frequentemente a necessidade de afetar camas noutros setores do hospital para estes doentes, incluindo Ortopedia e a antiga enfermaria de Obstetrícia, entretanto encerrada”, salienta.

A médica tem defendido junto da Administração o aumento do número de camas que, de acordo com o histórico do hospital, com taxas de ocupação quase sempre superiores a 100%, deveria situar-se entre as 56 e as 60.

Por sua vez, a existência de um quarto de isolamento para doentes infetados no Serviço de Especialidades Médicas tem sido suficiente para as solicitações que tem havido em termos de isolamento deste tipo de doentes. No entanto, a médica entende que é necessária a construção de um quarto de isolamento para doentes imunodeprimidos (nomeadamente neutropénicos), “carência existente há muito tempo”, havendo um projeto aprovado pela Administração para a sua construção.

Até agora, tem-se considerado como modelo de trabalho a divisão por setores, com equipas dedicadas, o que melhor se adapta a médicos com diferentes tipos de horário (com e sem trabalho na Urgência), sendo que a maioria tem uma grande parte do horário dedicado ao Serviço de Urgência (SU), o que implica não estar diariamente na enfermaria. Assim, explica, “o trabalho é desenvolvido em equipa, de modo a colmatar as ausências de alguns dos médicos nalgumas manhãs da semana”.

Amélia Pereira defende que, “no futuro, toda a patologia da área médica em internamento deve estar sob a responsabilidade dos internistas, que deverão ser os gestores do doente, articulando-se com as diferentes especialidades para a resolução de problemas específicos. No entanto, para já, os recursos humanos disponíveis não permitem, ainda, que seja possível essa evolução”.

A atividade do Serviço incide também, obviamente, no ambulatório, com um maior envolvimento na Consulta Externa, que além da Consulta de Medicina inclui as consultas de Diabetes, de Pé Diabético, de Medicina de Agudos, de Oncologia Médica, de Doenças Autoimunes, de Hepatopatia/Terapêutica e de Decisão Terapêutica Oncológica. Os internistas atuam

também no Hospital de Dia (Geral, de Oncologia e de Diabetes) e no SU.

Para a Consulta Externa, o Serviço de Medicina não dispõe de um espaço próprio, estando os médicos dispersos por várias áreas do hospital, situação que, de acordo com a diretora do Serviço, “tem dificultado a planificação e preparação da Consulta de maneira uniforme para todos os médicos”.

Nos últimos tempos, o Serviço tem apostado na formação dos internistas em ecofast, em cuidados paliativos e fibroscan, áreas em que Amélia Pereira pretende investir ainda mais. A médica quer ainda promover os cuidados paliativos e o internamento domiciliário. Por outro lado, a adequação dos recursos humanos às tarefas a implementar é outro investimento que urge ser feito.

O internista na Urgência

O internista tem um papel essencial na equipa de Urgência no HDFF, mas, segundo Amélia Pereira, necessita de melhores condições de trabalho, nomeadamente no balcão de atendimento de Medicina.

O SU funciona com uma sala de observações e uma de atendimento de Medicina, com três postos de trabalho. “O tipo de doentes que por nós é observado e orientado tem habitualmente múltiplos problemas de saúde, muitas vezes com situações críticas e em risco de vida, muito dependente e quase sempre a necessitar de longos períodos de permanência no SU para análises, soroterapia, ou outras medidas terapêuticas, nomeadamente, de reanimação e vigilância intensiva”, refere.

E prossegue: “Será necessário reforçar a equipa com médicos com disponibilidade de horário para a Urgência, para evitar a sobrecarga de turnos que alguns estão a praticar.”

Amélia Pereira refere que também é necessário um maior apoio de enfermagem e de assistentes operacionais, frequentemente insuficientes para as necessidades, o que conduz a que “muitas vezes o trabalho demore mais que o desejável”. Um outro problema é a acumulação de doentes na sala de observações que, conforme refere, “parece só ser ultrapassável quando o hospital disponibilizar mais camas de Medicina Interna”.

Qualidade valeu acreditação pela ACSA International

Desde janeiro de 2017 que o Serviço de Medicina do HDFF é acreditado pela



ACSA International - Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía. Segundo a sua diretora, há um conjunto de procedimentos que têm como objetivo promover uma melhoria contínua da qualidade do serviço prestado aos utentes pelos quais é responsável.

Estes incluem, entre outros, “o respeito pela privacidade e confidencialidade; a segurança do doente nos seus múltiplos aspetos (terapêutica, visitas setoriais no internamento); a garantia da acessibilidade e continuidade assistencial; a garantia da informação sobre os vários aspetos relacionados com o seu problema de saúde; o estabelecimento de processo de tomada de decisão ativa, incluindo nele o consentimento informado e o pedido de segunda opinião; a discussão de questões organizativas para melhoria da qualidade do trabalho, tanto do ponto de vista do doente quanto dos profissionais envolvidos”.

Amélia Pereira pretende apostar na qualidade das altas clínicas, nomeadamente, em três aspetos principais: “No seu

RUI FERREIRA, INTERNO:

“Como temos um Serviço muito diverso, acabamos por contactar com várias patologias”

Rui Ferreira está no Serviço de Medicina do HDFF desde 2013, estando para breve o exame do 5.º ano da formação. Natural de Cantanhede, licenciou-se na Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.

Para o médico interno, de 29 anos, a experiência tem sido positiva: “Como temos um Serviço muito diverso, acabamos por contactar com várias patologias.”

Embora Rui Ferreira considere que “a diversidade de tarefas e de competências é interessante, o volume de trabalho aumenta, mas as equipas não acompanham esse crescimento”, o que se traduz numa sobrecarga grande, que dificulta todas as outras tarefas necessárias.

A qualidade da formação no Serviço de Medicina Interna do HDFF é elevada,

prova disso são as boas classificações que os internos têm conseguido e o facto de serem reconhecidos.





planeamento, desde o início do internamento, de acordo com os parâmetros de disfuncionalidade previsíveis (à semelhança do que já acontece na Unidade de AVC), na sua articulação com familiares e Serviço Social e também na melhoria dos registos clínicos informatizados.”

Cerca de duas décadas a acompanhar os doentes oncológicos

Remonta a 1979 a ligação de Fátima Guedes ao HDFS e a 1982 o seu vínculo ao Serviço de Medicina, ano em que iniciou o Internato. Atualmente, é a responsável pela área da Oncologia no Hospital de Dia. Com a diferenciação do Serviço, a médica, natural de Coimbra, iniciou uma ligação mais forte à Oncologia. “Há cerca de 20 anos tínhamos dificuldade em orientar os nossos doentes com problemas oncológicos. O primeiro que tratámos foi uma senhora com linfoma de Hodgkin”, lembra. Em 2004, foi criado um espaço físico para o Hospital de Dia, com 12 cadeirões, que

Resultados “bastante satisfatórios” relativamente à infeção

Para além da atividade como internista, Helena Santos lidera o Grupo Coordenador Local do PPCIRA (Programa de Prevenção e Controlo de Infeção e Resistência Antimicrobiana), sendo que entre 2007 e 2013 já exercia funções de coordenadora da extinta Comissão de Controlo de Infeção (CCI). Para a médica, a infeção hospitalar (infeção associada aos cuidados de saúde) possui uma importância relevante, o que se tem consolidado ano após ano. “Tendo em conta o flagelo da resistência antimicrobiana, que constitui verdadeiramente uma ameaça global, estimo que muitos mais recursos deverão ser canalizados para esta área nos próximos anos (do ponto de vista qualitativo e quantitativo), pois, de contrário, as consequências poderão vir a ser

desastrosas a muito breve prazo, ao nível global. E as autoridades sabem-no bem!” A nível local, a médica conta que foram produzidas várias normas e orientações ao longo dos últimos anos, em matéria de prevenção e controlo de infeção, tendo-se dado início à vigilância epidemiológica da infeção. Mais recentemente, foram elaboradas também orientações em relação às boas práticas de antibioterapia, implementando um Programa de Assistência Antibiótica (PAPA) desde 2014. São igualmente feitas auditorias regulares e programas de formação em Prevenção e Controlo de Infeção e Resistência Antimicrobiana. “Temos resultados bastante satisfatórios nos últimos seis anos relativa-



Helena Santos

mente à infeção e, nos últimos três, em relação ao consumo de antibióticos”, aponta.

não se destina apenas à Oncologia, embora a maior parte dos tratamentos que ali são feitos seja dessa área. Há depois uma sala com três camas para os doentes mais debilitados ou quimioterapias mais agressivas. No Hospital de Dia é tratada a patologia oncológica digestiva e hematológica. Os doentes são seguidos desde que são diagnosticados até ao final do tratamento e, quando isso acontece, até ao fim da sua vida, embora “a área dos Cuidados Paliativos não esteja, ainda, completamente organizada”.

É também responsável pela equipa de Cuidados Paliativos intra-hospitalares. “Os enfermeiros do Hospital de Dia têm possibilidade de ir a casa dos doentes oncológicos em fim de vida e, se for necessário, podem fazer-se acompanhar por um médico”, explica Fátima Guedes. Para o Hospital de Dia são drenados os doentes da Consulta de Oncologia (feita por três internistas), da Consulta de Ginecologia (a cargo de uma médica ginecologista) e da Consulta de Urologia (da responsabilidade de uma urologista). Também se realiza uma Consulta de Decisão Terapêutica em conjunto com o Serviço de Cirurgia do HDFF.

O IPO de Coimbra dá apoio na realização de radioterapia e é realizada uma consulta em tempo real para algumas patologias. Por sua vez, o Serviço de Hematologia do CHUC dá apoio na área de Hematologia e o Serviço de Cirurgia 2 do



Fátima Guedes

mesmo centro hospitalar recebe e opera os doentes com metástases hepáticas. Fátima Guedes considera importante que os doentes tenham possibilidade de ser

tratados o mais próximo possível de casa e com um tratamento o mais personalizado possível, embora admita que há patologias mais raras que devem ser acompanhadas em unidades de referência. No entanto, refere, “com o evoluir da Medicina, e com o surgimento de cada vez mais terapêuticas, que são também cada vez mais caras, começa a tornar-se difícil fazer esse tipo de tratamento em hospitais que não têm financiamento para a Oncologia”.

A nossa entrevistada destaca o envolvimento do Serviço em ensaios clínicos da área da Oncologia. Neste momento, está a participar numa investigação de nível internacional onde colaboram também outras instituições nacionais, como a Fundação Champalimaud, os três IPO e o Serviço de Hematologia do CHUC. Salienta também o bom ambiente que se vive no Hospital de Dia e a ligação que se cria com os doentes oncológicos, sendo até organizados convívios que contam com o apoio de voluntários.

Recorda o caso de uma doente que passou por ali que é bailarina e que organizou espetáculos de solidariedade, tendo a verba angariada sido utilizada para comprar um equipamento que provoca uma refrigeração do couro cabeludo, para diminuir ou impedir a queda de cabelo. Lamenta, porém, que a diferenciação que tem ocorrido no Serviço não se tenha feito acompanhar de um aumento de recursos humanos.

Unidade de Internamento de Curta Duração recebeu 780 doentes/ano nos últimos três anos

Abílio Gonçalves é responsável pela Unidade de Internamento de Curta Duração (UICD), que inclui a Unidade de AVC tipo B e a Unidade de Cuidados Intermédios. O internista de 55 anos lembra que a Unidade de AVC foi criada em outubro de 2006 e tem como critérios de internamento os AVC agudos na fase inicial. Começou por ser uma unidade tipo C, mas em julho de 2016 começou a fazer fibrinólise, tendo passado a tipo B. A Unidade de Cuidados Intermédios foi criada em junho de 2014, destinando-se a doentes instáveis sem necessidade de cuidados intensivos, tendo também critérios de admissão e de exclusão. Conforme foi referido atrás, a UICD tem 12 camas. Teoricamente, três são da Unidade de AVC, quatro são Unidade de Cuidados Intermédios e as restantes são para doentes com internamento previsivelmente curto. Nos últimos três anos,

foram internados na UICD, em média, 780 doentes por ano.

Abílio Gonçalves recorda que o objetivo inicial da UICD era que os doentes não estivessem internados mais de três dias, o que é difícil de conseguir, na medida em que na Intermédia os doentes são mais instáveis e precisam de estar internados mais tempo (sete dias, em média). Nos últimos três anos, o tempo médio de internamento global da UICD foi de 4,3 dias. A equipa da UICD é constituída por três internistas e um interno da especialidade, embora, diariamente, ali se encontrem dois elementos. Habitualmente, estão dois enfermeiros.

No futuro, Abílio Gonçalves espera que seja possível dar resposta fora do tempo útil



Abílio Gonçalves

da enfermaria, particularmente aos doentes da Unidade de Cuidados Intermédios, ou seja, ter uma equipa em permanência durante 24 horas. Neste momento, são os médicos da Urgência que dão essa resposta a partir das 18 horas. Na opinião do médico, “este poderá ser um embrião para criar uma Unidade de Cuidados Intensivos”. No que respeita ao AVC, está neste momento a fazer o que é desejável numa unidade de tipo B. Cerca de 20% dos doentes estão a fazer fibrinólise. “A Urgência Interna funciona muito à custa da Urgência Externa, ou seja, o médico que está nesta última, muitas vezes, tem de dar apoio à primeira”, diz, acrescentando que a falta de recursos para assegurar toda a Urgência é a grande dificuldade.

Diabetes é uma das áreas com maior desenvolvimento

O assistente graduado de Medicina Interna Ferraz e Sousa iniciou o Internato

JOSÉ MANUEL ARANHA, ENFERMEIRO CHEFE:

“Um de vários desafios é fazer mais com menos”

José Manuel Aranha é o enfermeiro chefe do Serviço de Medicina, estando responsável pelas 34 camas da Enfermagem de Medicina. As suas tarefas assentam, essencialmente, em três pilares fundamentais: a gestão dos recursos humanos, de materiais e de cuidados assistenciais.

Gere não só a equipa de enfermagem, constituída por 22 elementos (incluindo o próprio), mas também a de assistentes operacionais, que neste momento são 12. O enfermeiro, de 56 anos, relata que, habitualmente, estão seis enfermeiros na prestação de cuidados de manhã, três à tarde e dois à noite, havendo sempre um responsável destacado em cada um destes períodos horários, a quem cabe fazer a distribuição dos doentes a cuidar pelos enfermeiros e assistentes operacionais (de manhã é sempre José Manuel Aranha).

“Um de vários desafios é fazer mais

com menos”, afirma, desenvolvendo que a realidade se torna cada vez mais difícil pela tipologia de doentes que, refere, “são muito carenciados, requerem muitos cuidados e frequentemente em fim de vida”.



Geral no Serviço de Medicina do HDFS em 1984, tendo terminado a especialidade em 1993. Já Rosário Marinheiro está ligada ao Serviço de Medicina Interna desde 1983, altura em que iniciou o seu Internato da Especialidade. Estão ambos ligados à diabetes.

Desde 1995 que Rosário Marinheiro é responsável pela Consulta da Diabetes, criada, em 1976, por Bento Pinto. É feita por quase todos os internistas do Serviço, contando, igualmente, com a colaboração dos internos de Formação Específica em MI. Por ano, são realizadas, em média, cerca de 2700 consultas, com seguimento de cerca de 1300 doentes.

A internista lembra que a diabetes era a “menina dos olhos” de Bento Pinto. “Todos os médicos que passavam pelo Serviço tinham formação em diabetes. Todos começamos a fazer consultas em diabetes muito cedo”, menciona.

Há também uma Consulta de Pé Diabético, que é multidisciplinar, onde participam uma internista, uma podologista, uma cirurgiã geral e que conta, também, com o apoio de um consultor de Ortopedia. Quando há necessidade, os doentes são referenciados ao Serviço de Oftalmologia.

Ferraz e Sousa está ligado ao Hospital de Dia desde o início e é, atualmente, o coordenador da Unidade Integrada da Diabetes desde que esta foi criada, há quatro anos.

No início, quando os doentes com diabetes descompensavam ou quando iniciavam o tratamento com insulina eram internados porque não tinham Hospital de Dia. Desde que abriu o Hospital de



Amélia Pereira com o anterior diretor do Serviço, Bento Pinto

tempo inteiro com formação em diabetes. Em média, por ano, são efetuadas cerca de 1700 sessões no Hospital de Dia, número que tem vindo a aumentar gradualmente.

“A educação terapêutica é fundamental para identificar alguns erros e para iniciar a terapia”, destaca Ferraz e Sousa, para quem a principal dificuldade se



Rosário Marinheiro

prende com os recursos humanos, quer enfermeiros, quer médicos. “Queríamos ter um médico em permanência no Hospital de Dia. E, neste momento, isso ainda não é possível. E não sei quando irá ser, com os recursos que temos”, afirma.

No âmbito da UID, têm sido levadas a cabo várias ações de formação, quer para profissionais de saúde, quer para cuidadores dos lares. Adicionalmente, tem-se estimulado a realização de sessões clínicas e têm sido elaborados pro-

colos que pretendem ser transversais a todo o hospital (nas áreas da hipoglicemia e da hiperglicemia).

Fora do hospital, a UID tem colaborado com os CSP e com a comunidade, nomeadamente, através da Unidade Coordenadora e Funcional da Diabetes, ligada ao ACES do Baixo Mondego.

A Unidade tem estado envolvida noutros projetos, nomeadamente em parceria com a Câmara Municipal da Figueira da Foz, um dos quais foi direcionado para a prevenção e o tratamento da diabetes nos idosos.

Para Rosário Marinheiro, é “essencial” cativar os médicos mais novos para esta área. “Acho que todos somos poucos para esta epidemia”, frisa.

Unidade em números (2017)

CONSULTA EXTERNA

Primeiras consultas: 2396
Consultas subsequentes: 9721

HOSPITAL DE DIA

Diabetes

Sessões: 1784
Doentes: 704

Imunohemoterapia

Sessões: 313
Doentes: 105

Oncologia

Sessões que não geram GDH médicos: 1387
Doentes: 246

Outras

Sessões: 723
Doentes: 266

Quimioterapia

Sessões: 895
Doentes: 95

Internamento

Doentes com alta: 1183

Ensino, o “motor para a atualização constante” dos elementos do Serviço

Nos últimos anos, o Serviço tem criado protocolos com algumas faculdades para ensino pré-graduado a alunos do 6.º ano do Mestrado Integrado de Medicina. Realiza, ainda, mestrados de outros profissionais de saúde no Serviço. Para Amélia Pereira, “o ensino, nomeadamente pré-graduado e pós-graduado, é um motor para atualização constante dos vários elementos”.

Por sua vez, diz, “a formação pós-graduada na área da Medicina Interna é fundamental para que os novos especialistas venham a ter uma visão globalizante e integradora das patologias de doentes complexos cada vez mais comuns nos nossos serviços”.

A investigação, particularmente clínica, também é muito relevante na dinâmica do Serviço, particularmente para a reflexão da atividade médica diária. A investigação científica tem igualmente algum peso, contando, para tal, com parcerias com a Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra e com a Escola de Saúde e Tecnologia de Coimbra, realizando ainda alguns projetos de iniciativa do Serviço.



Ferraz e Sousa

Dia, a educação do doente e a introdução de insulina são efetuadas ali, havendo duas enfermeiras alocadas a

MANUEL TEIXEIRA VERÍSSIMO, PRESIDENTE DO COLÉGIO DA COMPETÊNCIA DE GERIATRIA DA SPMI:

“Ainda são muito poucos os locais

Quem trata de idosos deve reconhecer as suas particularidades, defendeu Manuel Teixeira Veríssimo, presidente do Colégio da Competência de Geriatria da Ordem dos Médicos, na abertura da 2.ª Reunião do Núcleo de Estudos de Geriatria (GERMI) da SPMI, que decorreu em Aveiro, de 16 a 18 de novembro.

Na opinião daquele responsável, que representou o bastonário da OM, como membro do Conselho Nacional, todos os médicos devem saber de Geriatria, devendo aquela ser, por isso, uma disciplina ensinada não só no pré-graduado, o que, segundo referiu, “acontece na maioria das faculdades portuguesas”, mas também no pós-graduado.

Para Manuel Teixeira Veríssimo, sobretudo as especialidades mais generalistas, porque lidam com os idosos, têm de ter uma formação mais avançada em Geriatria, nomeadamente a Medicina Geral e Familiar e a Medicina Interna.

É necessário, para tal, que existam locais onde possa ser feita essa formação que, conforme disse o internista do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC), em Portugal, ainda são poucos, embora nos últimos tempos tenham surgido alguns e haja perspectivas de serem

criados outros. “Estamos atrasados na área da Geriatria, mas a caminhar com um pouco mais de velocidade”, afirmou. Referiu ainda que, no nosso País, a diferenciação em competência, como acontece atualmente, “está muito bem”: “Na Europa, há países onde a Geriatria é uma especialidade, outros onde é uma subespecialidade e outros ainda onde é uma competência. Considero que o importante é agregar e não dispersar.”

Uma opinião que é partilhada pelo presidente da SPMI, Luís Campos, outro dos intervenientes na sessão de abertura: “Criar especialidades no contexto dos países do Sul, nomeadamente em Portugal, onde não há um tronco comum de Medicina Interna, como existe no Centro ou no Norte da Europa, é fragmentar ainda mais os cuidados e obrigar um licenciado a enveredar por uma área de especialização, por vezes, com um



Comissão Organizadora: Sofia Duque, João Gorjão Clara, Lia Marques, Eduardo Haghghi e Paulo Almeida



Intervenientes na sessão de abertura da reunião: Luís Campos, Miguel Capão Filipe, Teixeira Veríssimo, Mário Pinto e João Gorjão Clara



de formação em Geriatria”



elevado *burnout*, sem possibilidade de retorno.”

Por sua vez, João Gorjão Clara, coordenador do GERMI, reconheceu que a criação da competência pela OM foi “um passo fundamental para a Geriatria começar a ganhar terreno no nosso País”, contudo, revelou acreditar que, “mais cedo ou mais tarde, a OM vai reconhecer a Geriatria como especialidade médica”, o que “já acontece na maioria dos países civilizados do Mundo”.

Em representação do Presidente da República, na qualidade de seu assessor, Mário Pinto, que além de ser médico está a concluir o doutoramento na área da Geriatria, lembrou que, atualmente, na Europa, existem apenas dois países em que não há cadeira de Geriatria no ensino da Medicina, Portugal e a Grécia. “Estamos expectantes que as autorida-

des consigam olhar com mais interesse para este tema tão importante para a saúde dos portugueses”, acrescentou. O Município de Aveiro esteve representado por Miguel Capão Filipe, vereador da Saúde e também ele especialista de Medicina Interna, que se encarregou de dar as boas-vindas aos participantes. A 2.ª Reunião do GERMI contou com mais de uma centena de participantes.



RECONHECER A FORMA TARDIA NO ADULTO

Doença de Pompe



Luís Brito Avô

Coordenador do Núcleo de Estudo das Doenças Raras da SPMI

A doença de Pompe (DP) é uma glicogenose/doença de sobrecarga lisossomal causada pela deficiência da enzima lisossomal α -glicosidase-ácida (AGA). Esta deficiência resulta numa acumulação de glicogénio no músculo e outros órgãos, com consequente miopatia.

É uma doença autossómica recessiva, que resulta da mutação no gene da AGA localizado no cromossoma 17; há mais de 350 mutações identificadas. A mutação c. -32T > G (IVS1-13T > G) ocorre em cerca de 50% dos doentes Pompe de início tardio. O gene da AGA codifica a enzima AGA, responsável pela degradação lisossomal do glicogénio.

A mutação do gene condiciona diminuição da atividade da enzima, com consequente acúmulo de glicogénio. Esta sobrecarga lisossomal resulta em duas vias patogénicas distintas: rutura da membrana lisossomal (com extravasamento citoplasmático das enzimas hidrolíticas) e alteração do processo de autofagia, com *deficit* do acoplamento autofagosomas/lisossomas e acumulação tecidual destes organelos carregados de glicogénio não metabolizado.

Conhecem-se dois fenótipos distintos: a forma infantil manifesta-se antes de um ano de idade e caracteriza-se por uma atividade de AGA < 1% do normal, conduzindo à morte por insuficiência cardiorrespiratória, geralmente antes do ano de vida.

A forma de início tardio manifesta-se após um ano de vida e a atividade da enzima pode variar (1-40%); a apresentação clínica é mais heterogénea e a idade de início variável, embora seja uma doença progressiva, que poderá conduzir à morte por insuficiência respiratória.

A prevalência na população em geral não é conhecida e varia consoante as formas clínicas de apresentação e os grupos étnicos. A incidência da forma infantil clássica varia desde 1/138.000 na população holandesa e 1/33.333 na população de Taiwan. A forma tardia tem uma incidência estimada de 1/57.000. Não existem dados de prevalência na população portuguesa. Considerando os dados existentes a nível internacional, é expectável uma incidência superior à encontrada. Registamos, no entanto, a existência, atualmente, em Portugal de 31 doentes portadores da DP sob terapêutica enzimática de substituição.

A forma tardia da DP deve ser considerada nos adultos que apresentam uma miopatia proximal progressiva, que pode estar associada a insuficiência respiratória de gravidade variável em qualquer fase da doença. A sua apresentação é heterogénea, no entanto, é sempre progressiva e a duração da doença não se relaciona com a gravidade da mesma.

O tempo médio desde o aparecimento da primeira sintomatologia até ao diagnóstico é de 7 anos. Os sintomas iniciais são inespecíficos: fadiga generalizada, mialgias e contratura muscular. A apresentação mais comum é o envolvimento proximal dos músculos da cintura pélvica e do tronco, com perda da atividade motora grosseira, como andar, subir escadas e correr.

Posteriormente, há envolvimento dos músculos da cintura escapular. Pode surgir, em qualquer fase da doença, fraqueza dos músculos faciais, com ptose palpebral uni ou bilateral. Na avaliação clínica da DP é importante a avaliação manual da força muscular e a realização de testes funcionais básicos (avaliação da marcha e manobra de Gowers).

O diafragma e os músculos axiais para espinhais são frequentemente envolvidos. Com a progressão da doença, pelo menos, 1/3 dos doentes acaba por desenvolver insuficiência respiratória. No início, surgem alterações ventilatórias durante o período noturno, como apneia obstrutiva do sono, hipoventilação, roncopatia, cefaleia e sonolência diurna.

Em alguns doentes, a paresia do diafragma é a única manifestação clínica. A insuficiência respiratória é a principal causa de morte, estando as anomalias arteriais intracranianas em segundo lugar. O envolvimento do músculo liso da parede dos vasos das artérias cerebrais é responsável pelo aumento da incidência

de aneurismas cerebrais, sobretudo em território da circulação posterior. O envolvimento gastrointestinal pode ocorrer sob a forma de dificuldade na mastigação, com fadiga dos músculos masseterinos, reflexo faríngeo fraco ou disfagia. Ao contrário da forma infantil, a cardiomiopatia é rara e pode manifestar-se sob a forma de hipertrofia ventricular direita e alterações do ritmo.

Todos os doentes com suspeita clínica devem ser submetidos aos seguintes exames complementares: 1. Níveis séricos da enzimologia muscular (CK, ASAT, aldolase). A elevação da creatinina fosfoquinase (CK) (até 15x limite superior do normal) tem uma sensibilidade de 95%, mas é inespecífica; 2. Estudos de condução nervosa e eletromiograma. O eletromiograma (incluindo músculos paravertebrais, sobretudo lombares) revela geralmente um padrão miopático e os estudos de condução nervosa são normais; 3. Espirometria em posição sentada e decúbito dorsal, particularmente útil no estágio pré-sintomático. Uma redução da capacidade vital superior a 10% com essa variação postural sugere disfunção do diafragma; 4. Biópsia muscular, que não é obrigatória para o diagnóstico. Quando alterada, mostra um padrão de miopatia vacuolar; pode, no entanto, ser normal e não específica em 30% dos casos. Quando o estudo do doente é inconclusivo deve ser realizada. Recomenda-se que resultados negativos em doentes com quadro clínico sugestivo não devem excluir o diagnóstico e deve prosseguir-se para confirmação diagnóstica. Esta deve ser realizada, em primeira linha, através de sangue periférico em cartão DBS (*Dried Blood Spot*). Um resultado positivo (atividade enzimática reduzida) deve ser confirmado por ambos os métodos: 1. Atividade enzimática numa segunda amostra (linfócitos purificados de sangue periférico ou cultura de fibroblastos em biópsia cutânea); 2. Sequenciação do gene AGA.

Reconhecer precocemente a doença de Pompe é um desafio, uma vez que a semiologia pode ser frustre e de instalação muito progressiva e partilhada com outras doenças neuromusculares. O diagnóstico diferencial inclui outras miopatias metabólicas (doença de McArdle, miopatias mitocondriais), miopatias inflamatórias, distrofias musculares, miopatias congénitas, doença do neurónio motor ou da placa neuromuscular.

Existindo terapêutica enzimática de substituição desde 2006, que pode modificar de forma determinante o prognóstico da doença, torna-se imperativa a deteção de casos e sua referenciação.



PUBLICIDADE

O papel dos internistas no diagnóstico



Arsénio Santos

Coordenador do Núcleo de Estudo das Doenças do Fígado (NEDF) da SPMI. Internista do Serviço de Medicina Interna A dos CHUC

TEM SIDO MUITO RELEVANTE NO NOSSO PAÍS A ATIVIDADE DOS INTERNISTAS NO DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DAS DIVERSAS DOENÇAS HEPÁTICAS.

As XI Jornadas do Núcleo de Estudo das Doenças do Fígado da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna (SPMI), que decorreram em Viana do Castelo, nos passados dias 6 e 7 de outubro, tiveram um programa variado, abrangendo algumas das situações mais importantes da prática dos internistas no âmbito da patologia hepática. Discutimos diversos temas, de que se salientam:

- Encefalopatia hepática e outras causas de função cerebral alterada no doente hepático;
- Colangite biliar primária;
- Fígado gordo;
- *Acute on chronic liver failure* e transplantação hepática;
- Hemocromatose, doença de Wilson e deficiência de lipase ácida lisossomal;
- Hepatite C.

Mais do que a importância dos temas, destacaria a metodologia que adotámos na organização dos trabalhos: na maioria das sessões, tivemos, após uma palestra inicial sobre o tema abordado, a apresentação de casos clínicos previamente preparados e

estruturados, que serviram de base à discussão das questões clínicas mais relevantes. A participação, além de internistas e de internos de Medicina Interna, de especialistas de outras áreas médicas e de alguns outros técnicos de saúde permitiu um ambiente multidisciplinar que muito enriqueceu a qualidade da reunião.

A atualização de conhecimentos, a apresentação de trabalhos originais, a partilha e debate de diferentes experiências e a formação eram os principais objetivos destas Jornadas e foram amplamente conseguidos. Este tipo de espaços é indispensável para a formação e aperfeiçoamento dos internistas, não apenas daqueles que dedicam particular interesse às doenças hepáticas, mas de todos em geral. E isso é verdade porque a patologia hepática representa parte significativa da casuística nos internamentos e nas consultas de Medicina Interna.

São também internistas muitos daqueles que constituem, nos serviços de urgência, a primeira linha de atendimento dos doentes com situações agudas do foro hepático e com descompensação ou complicação da



Comissão Organizadora: Carmélia Rodrigues, João Andrade, Carlos Ribeiro, Alfredo Pinto, Rogério Corga, Diana Guerra, Nelson Rodrigues

e tratamento das doenças hepáticas

doença hepática crónica. Alguns integram também as equipas médicas de transplante hepático.

Portanto, tem sido muito relevante no nosso país a atividade dos internistas no diagnóstico e tratamento das diversas doenças hepáticas. A singular preparação clínica dos internistas, com a sua capacidade para obter informação, para a avaliar e integrar, são mais-valias na abordagem das doenças do fígado, órgão central do corpo humano, responsável por múltiplas funções e interagindo com a maioria dos outros órgãos e sistemas, pelo que muitas das doenças que o afetam têm caráter sistémico e multiorgânico.

Acresce que, nos próximos anos, com o previsível crescimento do número de casos de fígado gordo, os internistas serão chamados a avaliar e a tratar muitos doentes que concomitantemente apresentarão diabetes, dislipidemias, obesidade, hipertensão arterial, cardiopatia isquémica ou doença cerebrovascular, entre outras. Mais uma vez, os internistas serão os mais bem apetrechados para abordar de forma global, integrada e sensata estes doentes pluripatológicos.



e José Trilha Campos (ausente na foto)



Medicina Interna 100 Margens



Estevão de Pape

Presidente do 24.º
Congresso Nacional
de Medicina Interna

Medicina Interna 100 Margens é a motivação do 24.º Congresso Nacional de Medicina Interna.

100 Margens significa para a Medicina Interna portuguesa não ter limites, uma energia presente, moderna e sobretudo com uma frescura de juventude dinâmica e de grande crença na especialidade, como a força motriz da vida hospitalar, mas sempre com uma visão global dentro e fora do hospital.

100 Margens implica liderança, mas implica também responsabilidade e dedicação sem limites, no viver com a Pessoa com Doença – encarando-a como o seu motivo de existência real, sempre na confluência em todas as áreas da Medicina, interligando todas as especialidades médicas, com destaque para a Medicina Geral e Familiar.

O internista dos nossos dias não pode ter limites na envolvimento hospitalar moderna, urgência no doente internado, na consulta própria e multidisciplinar e ainda na própria gestão hospitalar. No confronto diário com todas as situações de doença, somos a especialidade da frontalidade, por isso, a nossa vida não tem margens, nunca nos afastando do doente hospitalizado ou não.

Apresentamos uma organização dinâmica e jovem, com alegria própria de quem está no dia-a-dia na organização do Serviço Nacional de Saúde e na atividade privada dos dias de hoje.

O 24.º Congresso Nacional de Medicina Interna envolverá toda a temática médica que permita

encontrar motivos de modernidade e atualização de conhecimentos sem margens ou horizontes. Um programa de confluências e sem margens da multifacetada dinâmica da Medicina moderna, dando especial destaque ao jovem internista, de forma a criar a dinâmica necessária para um hospital “novo”, ainda mais atualizado e organizado.

Sessões organizadas para e, sobretudo, por internos de Medicina Interna de norte a sul e regiões autónomas serão certamente não só uma novidade como um estímulo de investigação e de clínica. Envolvimento das mais recentes atualizações em múltiplas patologias, com a participação de internistas seniores em diálogo sem margens, com sessões de nível científico elevado e atual, com o futuro presente, mas sempre sem limites.

Contamos também com o contributo de sociedades científicas congéneres da Europa, da Lusofonia e do continente Americano, trazendo também as suas experiências e atualizações mais recentes e sem margens na ciência médica moderna, que permita um melhor e maior bem-estar da pessoa com ou sem doença.

Apresentamos o 24.º Congresso Nacional de Medicina Interna Sem Limites na relação com todas as especialidades médicas com quem o internista dialoga no dia-a-dia, sempre com o doente no cimo da nossa entrega diária. A partilha com o doente e seus familiares implica um médico novo e dinâmico, deve ser a trave mestra do internista, como tal o doente estará sempre presente no horizonte da reunião major dos internistas portugueses.

O internista dos nossos dias não pode ter limites na envolvimento hospitalar moderna, urgência no doente internado, na consulta própria e multidisciplinar e ainda na própria gestão hospitalar.

**MEDICINA
INTERNA
100
MARGENS**

Um Congresso sem margens – significa exatamente que não terá limites na troca de experiências diárias e científicas, esperando a participação ativa de todos os internistas de Portugal.

Agradecemos o especial contributo de todos que, não sendo médicos, conosco colaboram no dia-a-dia, tendo também o seu lugar de destaque no 24.º Congresso Nacional de Medicina Interna.

Medicina Interna 100 Margens é isso mesmo, a Medicina Interna sem Limites.

Contamos convosco!

Almada conta convosco, Sem Margens!

**31 maio /
3 junho / 2018**

Palácio de Congressos
do Algarve – Salgados

Seis sessões de *Hot Topics*



Conceição Escarigo

Assistente hospitalar de MI, Serviço de Medicina Interna do HGO. Membro da CO do 24.º CNMI

Muitos participantes são esperados na reunião principal da MI, para partilharem experiências e para se atualizarem nas áreas mais importantes da sua prática clínica.

Além dos cursos pré-Congresso, mesas-redondas, conferências e *workshops*, vamos ter os *Hot Topics*. Serão sessões de 45 minutos, que contam com a participação de um orador e de um de moderador e que se vão focar nas últimas novidades de determinadas áreas da Medicina.

São seis sessões teóricas, que vão ter lugar na tarde do dia 1 de junho e na manhã do dia 2 de junho. Irão decorrer três em simultâneo nos dois dias. Ao todo teremos 6 *Hot Topics* e as temáticas são: Diabetes, Hipertensão, Medicina de Precisão, Insuficiência Cardíaca, VIH e Sepsis, temas fundamentais para todos os internistas, que abordam o doente de uma forma holística, não se focando apenas em determinado órgão ou sistema.

É fácil perceber a importância de temas como

Diabetes, Hipertensão Arterial e Insuficiência Cardíaca na nossa prática clínica diária, não só pela prevalência cada vez maior destas patologias na população, mas com a morbimortalidade inerente às mesmas.

Noutra área distinta entram os temas do doente com VIH e a Sepsis, sempre presentes e, portanto, sempre atuais.

E, por fim, a Medicina de Precisão, um tema em crescimento exponencial na nossa atualidade e que visa tratar a saúde do paciente de forma exclusiva, analisando cada caso individualmente, tendo em conta o seu histórico clínico, perfil genético e estilo de vida.

Os temas estão lançados! Estamos convencidos de que serão do interesse de todos os participantes.

Os internos de Medicina Interna no 24.º CNMI



Inês Pintassilgo

Interna de Formação Específica em MI. Membro da CO do 24.º CNMI

Os internos de Formação Específica são a força motriz dos serviços de MI e devem ser os principais atores da procura de conhecimento científico e da construção de um pensamento crítico em Medicina Interna.

Por outro lado, as exigências formativas inerentes ao internato médico estabelecem os internos de MI como importantes autores da produção científica nacional e, simultaneamente, os principais interessados em usufruir de uma oferta formativa de elevada qualidade.

Sendo este Congresso, a nível nacional, o mais importante espaço de partilha de saberes em Medicina Interna, o papel dos internos não pode, necessariamente, ser colocado em segundo plano. Desta forma, a Comissão Organizadora do 24.º CNMI tentou, de uma forma pioneira, dar um papel de relevo aos internos e, desta forma, aproximar o Congresso daquilo que são as suas necessidades.

Foi criado um grupo de trabalho constituído por internos de MI para construir um conjunto de propostas que visassem inovar a estrutura do Congresso. Deste processo surgiu, entre outras, a ideia da existência de *workshops* práticos, informais, sobre temas da prática clínica do dia-a-dia, que permitam aos internos uma experiência formativa interativa e dinâmica.

Simultaneamente, o programa científico do 24.º CNMI pretende responder a algumas das mais prementes questões formativas de um interno de MI, com especial destaque para os *Hot Topics*, a existência de uma mesa-redonda sobre “Interno e

tutor – perspetivas e expectativas” e a “Tarde do jovem internista”, assim como o vasto leque de cursos pré-Congresso existentes.

Por uma Medicina Interna 100 margens!

As exigências formativas inerentes ao internato médico estabelecem os internos de MI como importantes autores da produção científica nacional.

Cursos teóricos, teórico-práticos e eminentemente práticos



Ana Gomes

Assistente hospitalar de MI, Serviço de Medicina Interna do HGO. Membro da CO do 24.º CNMI

No 24.º CNMI, vamos ter uma variada panóplia de cursos, dirigidos sobretudo aos internos da especialidade, mas não só. Com a duração de um e de dois dias, haverá cursos teóricos, teórico-práticos ou cursos eminentemente práticos, como o Curso de Acessos Venosos Ecoguiados ou o Curso Básico de Ecografia na Avaliação do Doente Crítico. De entre os cursos de um dia, outras temáticas abordadas serão as Urgências e Emergências Endócrinas, Tromboembolismo Venoso, Vasculites, Intoxicações, Insulinoterapia, Ventilação Não-Invasiva e Insuficiência Cardíaca. Dirigido em particular aos especialistas, teremos o Curso para Orientadores de Formação em Medicina Interna e, numa vertente mais

académica, mas essencial em termos curriculares, o Curso sobre Como Escrever um Artigo Científico. Com a duração de dois dias, teremos o Curso Básico de Cuidados Paliativos, o Curso de Patologia Médica na Grávida, o Curso de Antibioterapia, o Curso de Sepsis e Infeção Grave, o Curso de Abordagem ao Doente VIH e, sempre transversal, o Curso de Suporte Avançado de Vida. Os cursos serão mais um momento importante do 24.º Congresso de Medicina Interna, que permitirão aos participantes aprofundar os seus conhecimentos em áreas muito específicas e adquirir ferramentas para uma melhor prática clínica diária. Esperamos que participem!

Workshops – espaços de formação prática



Pedro Correia Azevedo

Assistente hospitalar de MI, Serviço de Medicina Interna do HGO. Membro da CO do 24.º CNMI

especialidade é a capacidade de intervir em vários fóruns, permitindo a orientação efetiva da maioria dos problemas médicos. Essa orientação só pode ser feita baseada na melhor evidência científica. Assim, neste Congresso, pretendemos promover espaços de formação prática, com a realização de *workshops*. Estes espaços terão acesso limitado a 30 pessoas. Será objetivo destas sessões rever, em uma hora, sob um ponto de vista muito prático e concreto, alguns temas do nosso quotidiano clínico. Mais do que a simples exposição de saber, pretendemos que estas sessões sejam orientadas de forma muito sistematizada para aquilo que é a atividade prática de um médico de MI em contexto de enfermaria, urgência ou consulta. A apresentação e os comentários estarão à

responsabilidade de clínicos com provas dadas nas suas áreas – será uma excelente oportunidade de formação e de partilha. Serão abordados temas frequentes na MI, como sejam urgências neurológicas, exame reumatológico, fármacos em Psiquiatria, temas básicos de Dermatologia, provas de função respiratória, controlo da dor, interpretação de leucograma, abordagem do derrame pleural, eletrocardiograma, hiperglicemia no internamento, manifestações oftalmológicas de doenças sistémicas e hospitalização domiciliária. Entendemos que os congressos devem espelhar as nossas necessidades e preencher as nossas expectativas – é esta a mensagem 100 limites que espelha a nossa vontade. Para mais informações, consultem a nossa página em <https://www.spmi.pt/24congresso>.

A Comissão Organizadora do 24.º CNMI está a preparar um Congresso que espelhe a versatilidade, a diversidade e a modernidade da MI. Sob o desígnio de uma Medicina Interna 100 Margens, entendemos que a pedra de toque da nossa

31 maio /
3 junho / 2018

Palácio de Congressos
do Algarve – Salgados

Mesas-redondas



Rita Nortadas

Especialista em MI,
Serviço de Medicina
Interna e Unidade
de Hospitalização
Domiciliária do HGO.
Membro da CO
do 24.º CNMI

A Comissão Organizadora do 24.º CNMI pretendeu escolher assuntos da atualidade e do interesse geral da Medicina Interna no nosso país. Após várias reuniões de discussão e troca de opiniões, chegou-se a um consenso acerca dos temas das mesas-redondas e ficou definido que, em algumas delas, contaríamos com o apoio dos núcleos de Estudos da SPMI, com a presença de individualidades nacionais e internacionais de destaque nas diferentes matérias e com a participação de internos da Formação Específica na sua constituição.

Definimos assim 9 mesas, com temas abrangentes e que são do interesse da maioria dos internistas e dos internos. Todas estas mesas-redondas contam com dois moderadores e três ou quatro palestrantes.

Teremos uma mesa sobre “Alternativas ao internamento convencional”, onde se pretende expor alguns dos modelos de organização dos serviços de Medicina alternativos à enfermaria convencional. Exemplo disso é a Unidade de Hospitalização Domiciliária do Hospital Garcia de Orta, que foi pioneira em Portugal, hospitais de dia, unidades de Cuidados Paliativos, unidades de Insuficiência Cardíaca, entre outros. Aqui o debate assentará sobre novos caminhos a descobrir para um Serviço Nacional de Saúde mais sustentável, adaptado às necessidades dos doentes e às exigências da nossa sociedade.

Haverá uma mesa intitulada “Urgências – 100 defeitos?”, onde a ideia será refletir sobre o papel da Urgência na Medicina Interna e da Medicina Interna na Urgência; de que modo o Serviço de Urgência representa um cenário imprescindível à formação

dos internos de formação específica e qual o papel do internista nos vários serviços de Urgência do nosso país, bem como a sua estrutura e organização funcional. Nesta mesa dar-se-á a palavra a especialistas de MI e internos de Formação Específica de MI.

“Risco na gravidez ou gravidez de risco” é o nome da mesa onde se tratará de abordar o diagnóstico e a terapêutica de diversas patologias médicas na grávida, nomeadamente diabetes gestacional, pré-eclampsia e doenças autoimunes e onde se discutirá qual a sua dimensão na mulher grávida.

Na mesa “Saúde 100 fronteiras” pretende-se falar sobre temas da atualidade médica, como a globalização e o seu impacto na Saúde Pública, a saúde do migrante – o caso dos refugiados e as suas necessidades, e o acesso global a tecnologias de saúde.

Teremos uma mesa sobre doença cerebrovascular, “AVC e agora?”, onde oradores nacionais e estrangeiros nos vão dar a conhecer as últimas novidades e debater temas como AIT e AVC *minor* no idoso, critérios de seleção de doentes para tromboectomia e terapêuticas de reparação cognitiva no AVC. Será seguramente uma mesa de elevado nível de interesse científico.

Estamos convictos do alto nível científico que terá lugar em todas as mesas-redondas deste Congresso, bem como é nosso desejo conseguir alcançar as expectativas de todos os presentes.

Haverá uma mesa sobre tromboembolismo venoso, “TEV(e) ou tem? Avanços na gestão clínica do doente com TEV”, onde se tratará de levar à discussão aspetos da atualidade, contando para isso com a presença de palestrantes nacionais e internacionais, o que será seguramente enriquecedor na troca de experiências.

Falar-se-á do papel dos novos anticoagulantes orais no tratamento ambulatorio da embolia pulmonar, na abordagem do doente sintomático sem hipertensão pulmonar pós-embolia pulmonar tratada, e do tratamento da hipertensão pulmonar no tromboembolismo crónico.

Uma sétima mesa estará especialmente dedicada aos internos e à formação dos internos de Medicina Interna – “Interno e tutor: perspetivas e expectativas”. Desta mesa farão parte especialistas e internos, onde vão ter a oportunidade de expor e trocar ideias e ideais, experiências, motivações e preocupações. Estamos certos de que será uma mesa muito participada e que levantará questões da vida quotidiana dos internos e especialistas de MI, bem como sobre o futuro da nossa especialidade.

Terá também lugar uma mesa sobre patologia respiratória desde a perspetiva do internista, “Respirar no século XXI”, onde se pretende abordar temáticas de grande importância para a atividade clínica de todos os internistas. Far-se-á uma revisão sobre o pulmão na doença sistémica, as repercussões sistémicas da doença pulmonar, bem como será debatida a organização da prestação de cuidados nas doenças respiratórias.

Por último, haverá uma mesa sobre doenças autoimunes, “Nem tudo o que luz é lúpus”, que contará com a presença de vários oradores nacionais com vasta experiência nesta área. Assistiremos a apresentações sobre síndromes autoinflamatórias, imunodeficiências primárias e outras doenças autoimunes.

Estamos convictos do alto nível científico que terá lugar em todas as mesas-redondas deste Congresso, bem como é nosso desejo conseguir alcançar as expectativas de todos os presentes, envolvê-los na discussão e motivá-los para uma participação ativa e enriquecedora... 100 limites.

Formação em Urgência marcou reunião de Coimbra

A formação em Urgência foi o principal tema da última reunião do Núcleo de Estudos de Urgência e do Doente Agudo (NEUrgMI) da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna (SPMI), coordenado por Maria da Luz Brazão. O Congresso, que decorreu nos dias 14 e 15 de outubro, foi presidido por João Porto, do CHUC. O presidente da SPMI, Luís Campos, proferiu a conferência de encerramento, intitulada “Uma visão sobre os serviços de Urgência em Portugal”.



Comissão Organizadora: (atrás) Miguel Sequeira, José Eduardo Mateus, Pedro Lopes, Rui Pina, João Porto, Filipe Vilão, Patrícia Dias, Maria Amparo Castelhana; (à frente) Amélia Ferreira, Catarina Monteiro, Ana Rita Afonso, Carla Seródio, Lurdes Correia, Diana Aguiar; (ausente na foto) Pedro Correia



“POLIFARMÁCIA NO DOENTE IDOSO” FOI UM DOS TEMAS EM DEBATE NOS ENCONTROS DE MEDICINA INTERNA 2017 DO HOSPITAL GARCIA DE ORTA

A importância da reavaliação da medicação em cada consulta

A necessidade de reavaliar, em cada consulta, a medicação para se evitar os riscos de complicações na saúde dos idosos foi uma das principais conclusões dos Encontros de Medicina Interna 2017 do Hospital Garcia de Orta (HGO), reunião que decorreu entre 23 e 25 de novembro, em Almada.

De acordo com Maria Francisca Delerue, presidente do evento e diretora do Serviço de Medicina Interna do HGO, esta prática deve ser habitual quer nas consultas dos internistas como dos médicos de família.

Maria Francisca Delerue destaca a mesa-redonda onde se abordou a temática “Polifarmácia no doente idoso”, face ao envelhecimento da população. “Foi importante abordar a forma como podemos melhorar a avaliação da medicação de pessoas idosas que têm várias patologias e comorbilidades e que recorrem, com frequência, a consultas de Medicina Interna e de Medicina Geral e Familiar”, refere.

A responsável frisa o impacto positivo que esta reavaliação farmacológica, em cada consulta, pode ter na saúde dos mais idosos. “Apenas desta forma se podem prevenir complicações, estando atentos às contraindicações, às interações e efeitos secundários que podem piorar ainda mais o estado de saúde de pessoas que já estão fragilizadas”, observa.

Nesta mesa-redonda foi também apresentado um estudo, realizado por internos de Medicina Interna e de Medicina Geral e Familiar, que deu a conhecer a realidade da polifarmácia nos serviços de saúde.

Maria Francisca Delerue sublinha ainda ser “fundamental, quer para os internistas como para os médicos de família terem conhecimentos sobre o modo mais adequado de dar resposta às particularidades dos mais velhos”.

Além desta temática, estiveram também

em debate a doença cerebrovascular, a diabetes, a insuficiência cardíaca e a hipertensão (HTA). “No caso da HTA, falou-se da Consulta de HTA do HGO, relembrando quais são os casos que devem ser referenciados e os que se podem



Elementos da CO: Francisca Abecasis, Margarida Coelho, Elena Pirtac, Ana Patrícia Pereira, João Namora, Elvis Guevara, Francisca Delerue, Estevão de Pape, Ana Luísa Bora e Vitória Cunha



manter em acompanhamento nos cuidados de saúde primários”, disse. Os Encontros acontecem de dois em dois anos e contam sempre com a participação, como moderadores e palestrantes, de médicos de MGF e de internos desta



especialidade, assim como de internos de Medicina Interna. “Apostamos muito na formação”, frisa Maria Francisca Delerue.

Com cerca de 120 participantes, o evento teve, no seu primeiro dia, cursos sobre “Insulinoterapia” e “Emergências em Medicina Interna”.

SEGUNDO VÍTOR PAIXÃO DIAS, PRESIDENTE DO V ENCONTRO DE MEDICINA INTERNA DE GAIA E ESPINHO:

“Os médicos têm de saber habituar-se à morte e dar conforto e dignidade ao doente”

“A morte faz parte da vida, mas, fruto da evolução tecnológica e, em grande parte, de se considerar que o médico é onnipotente, é encarada por este como uma derrota, como algo que tem de evitar a todo o custo.” A afirmação é do internista Vítor Paixão Dias e surge no âmbito do V Encontro de Medicina Interna de Gaia e Espinho.

A questão dos “Cuidados de fim de vida” foi abordada na sessão inaugural do evento organizado pela Associação dos Médicos Internistas de Gaia, que teve lugar dias 9 e 10 de novembro, em Espinho, e foi subordinada ao tema “Medicina Interna: múltiplas faces, uma medicina”. Em declarações à *Just News*, Vítor Paixão Dias, diretor do Serviço de Medicina Interna do CHVNG/E e presidente do Encontro, acrescenta: “Por vezes, a morte é apenas o processo natural e os médicos têm de saber habituar-se a ela e dar conforto e dignidade ao doente.”

O internista realça também a conferência de encerramento, que incidiu sobre o doente crónico complexo, afirmando: “O doente não é apenas uma doença, agregando em si, geralmente, várias patologias e fragilidades associadas à sua condição.”

No seu entender, as especialidades generalistas, nomeadamente a MI e a MGF, são aquelas que estão em melhores

condições para fazer um diagnóstico de todos os problemas do doente e tentar equilibrar todas essas situações.

Referindo-se ao tema central do evento, Vítor Paixão Dias sublinha que “a MI está presente em várias áreas, mas é apenas uma medicina. Esta especialidade aborda o doente sempre na sua globalidade, esteja onde estiver, seja no internamen-



to, na consulta externa, nos cuidados paliativos ou noutra local”.

“Há múltiplas faces de intervenção e da



Organização do Encontro: Pedro Caiano (tesoureiro), Vítor Paixão Dias e Ana Rita Barbosa (secretária-geral)



situação do doente, mas a maneira como se aborda é apenas uma,” conclui.

Em discussão estiveram temáticas como

“O internista na consulta – Risco vascular em populações especiais, “O internista na enfermaria - infeção hospitalar” e “O internista em articulação com MGF pós-evento agudo”.

O Encontro, que se destina sobretudo a internos e especialistas de MI e de MGF, mas também a profissionais de outras classes, como enfermeiros, contou com cerca de 250 participantes, provenientes, na sua grande maioria, da sub-região de Entre o Douro e Vouga.

“Não temos a ambição de tornar o Encontro de Medicina Interna de Gaia e Espinho um evento nacional. O nosso objetivo é que seja um evento de referência na nossa região”, menciona.

Homenagem a Merlinde Madureira

No evento, houve espaço para uma homenagem à internista Merlinde Madureira, que trabalha no Serviço de Medicina Interna do CHVNG/E há mais de 25 anos e que, segundo Vítor Paixão Dias, tem uma vida de dedicação à Medicina e à causa pública.

“Esta simples homenagem é de inteira justiça. Homenageamos a mulher, a mãe, a sindicalista, a colega sempre atenta aos problemas do Serviço e sempre disponível para ajudar a resolvê-los, o ser humano de grande coração, cheia da tenacidade e resiliência, de Trás-os-Montes, de onde é oriunda”, refere.



XXIV Reunião Anual do NEDAI

O Núcleo de Estudos de Doenças Autoimunes (NEDAI) da SPMI realiza anualmente a sua Reunião, proporcionando a internistas ou médicos de outras especialidades dedicados a esta área da Medicina atualização de conhecimentos, troca de experiências e apresentação de trabalhos de investigação.

A coordenação do NEDAI, na XXIV edição desta Reunião, decidiu levar até ao interior do país a discussão dos problemas que se levantam no dia-a-dia de quem trata doentes com patologia do foro autoimune. Coube, então, à Unidade de Doenças Autoimunes do Centro Hospitalar de Trás-os-Montes-e-Alto-Douro (CHTMAD) a organização deste evento. Foi para nós uma honra e foi com muito entusiasmo que aceitámos este desafio.

Assim, no próximo mês de abril, de 12 a 14, irá decorrer no Teatro de Vila Real, a XXIV Reunião Anual do NEDAI.

No dia 12 de abril à tarde realizam-se os cursos pré-reunião, com diferentes populações-alvo.

Pela primeira vez, vamos ter um curso de "Doenças Autoimunes para Médicos de Família", procurando promover a proximidade entre os médicos de família e os médicos hospitalares, alertar para os sintomas ou sinais que podem fazer suspeitar de uma doença autoimune, e também informar sobre os fármacos usados no tratamento destas patologias, suas indicações e efeitos adversos.

O curso de "Capilaroscopia periungueal" está vocacionado para internos de Medicina Interna ou internistas dedicados a tratar doentes autoimunes, que aqui poderão aprender os princípios e indicações desta técnica e treiná-la.

Para os internistas ou internos que abordam estes doentes no Serviço de Urgência organizámos o curso "Doente Autoimune na Urgência".

Nos dias 13 e 14 de abril, os trabalhos prosseguem com mesas-redondas, conferências e simpósios, apresentação de comunicações orais e e-posters, um caso clínico interativo e ainda com uma sessão para doentes.

Nas mesas-redondas, discutiremos temas diversificados, tentando abranger várias temáticas da patologia autoimune. O papel dos autoanticorpos nas doenças autoimunes, os novos autoanticorpos, o seu papel no prognóstico, monitorização e decisão terapêutica vão ser debatidos na primeira mesa redonda da Reunião. A esclerose sistémica, na sua forma mais precoce ou quando refratária ao tratamento, assim como no seu envolvimento gastrointestinal, será outro tema a debater. Na mesa-redonda sobre miopatias inflamatórias

realçamos as recomendações NEDAI para o seu tratamento e na de vasculites sistémicas os aspetos práticos do diagnóstico, monitorização da atividade e o uso de biológicos no seu tratamento.

Convidámos especialistas de reconhecido mérito, na área da autoimunidade, nacionais e internacionais, para, em três conferências, nos falarem sobre tratamento de nefrite lúpica refratária ao tratamento convencional, sobre as novas perspectivas terapêuticas da síndrome de Sjögren e ainda sobre doenças autoimunes muito raras.

Teremos também um caso clínico interativo, que é um paradigma da complexidade das doenças autoimunes e da necessidade de abordagem multidisciplinar e do papel essencial do internista na sua gestão.

Nos simpósios, da responsabilidade da indústria farmacêutica, serão abordados temas relacionados com as novas terapêuticas biológicas ou novas indicações, nomeadamente na artrite reumatoide ou nas espondilartropatias.

Pela primeira vez, numa sessão para doentes, vamos reunir doentes, representantes das associações de doentes, enfermeiras do Hospital de Dia de Autoimunes e médicos. Temos como objetivo dinamizar as associações de doentes a nível regional, promover o diálogo e a troca de experiências e a partilha de dúvidas. Representantes das associações de doentes com artrite reumatoide, espondilite anquilosante, lúpus e esclerodermia falarão sobre temas como o papel das associações de doentes, o que é o lúpus, aspetos psicológicos do doente autoimune e o porquê de ter uma doença autoimune.

Tivemos este ano um número elevado, o mais elevado da história desta Reunião, de trabalhos submetidos, o que mostra o interesse crescente pelas doenças autoimunes e o empenho dos jovens internos na investigação e partilha de conhecimentos.

Nesta Reunião, vamos ter a participação de doentes, pois, é por eles que vamos estar reunidos. Convidámos também, pela primeira vez, outros intervenientes neste *puzzle* - médicos de família, enfermeiras, associações de doentes, porque acreditamos que todos podem contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos nossos doentes.

A emergência de novas doenças do foro autoimune e o aumento da sua prevalência e das terapêuticas disponíveis tornam estes encontros um ponto alto da vida dos internistas dedicados a esta patologia.

Esperamos que este programa vos cativem, que nos visitem em Vila Real e que possam também usufruir de um agradável convívio e de uma boa estadia nesta região.



Elisa Serradeiro

Coordenadora da XXIV Reunião Anual do NEDAI

NÚCLEO DE ESTUDOS DE GERIATRIA DA SPMI PROMOVEU CURSO

Otimizar a assistência aos doentes idosos institucionalizados

Otimizar a assistência aos idosos institucionalizados foi o grande objetivo do curso promovido pelo Núcleo de Estudos de Geriatria da SPMI (GERMI). Em declarações à Just News, o seu coordenador, João Gorjão Clara, saúda o facto de se ter ultrapassado “a impossibilidade que havia em Portugal de que os médicos pudessem ter formação em Geriatria”.

A sessão de formação, que decorreu na sede da SPMI, em Lisboa, no passado dia 14 de outubro, era particularmente dirigida a médicos que acompanham utentes internados em lares. No entanto, o grupo de mais de quatro dezenas de participantes incluía outros profissionais, nomeadamente enfermeiros.

O curso foi organizado por Márcia Kirzner, da Universidade da Beira Interior, que razões de saúde impediram de estar presente, tendo delegado os “ajustes finais” do evento em Sofia Duque, internista do Hospital de São Francisco Xavier, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental.

“Durante anos, critiquei a impossibilidade que havia em Portugal de que os médicos que tratam dos doentes nos lares tivessem formação em Geriatria, ao contrário do que sucede em muitos locais da Europa”, refere João Gorjão Clara.

Para este especialista em Medicina Interna, “os médicos que não têm formação nesta área obviamente que não po-

dem otimizar a assistência aos doentes idosos institucionalizados”.

Na sessão de formação, foi possível ficar a saber quais os princípios básicos da

Geriatria, bem como a realidade do doente idoso internado. Foram apresentadas noções sobre o que é a demência e o delírio, este último um “fenómeno muito

frequente nos lares”, segundo João Gorjão Clara.

Acrescenta ainda que foi abordado o problema da imobilidade, “no caso dos doentes que ficam demasiado tempo acamados, com vários tipos de patologias”.

Seriam também apresentados vários casos clínicos, que contemplaram situações de desnutrição e fragilidade (disfagia), de úlceras de pressão e de incontinência urinária e fecal. Para além de João Gorjão Clara e de Sofia Duque, o grupo de formadores incluiu Lia Marques (Hospital Beatriz Ângelo), Eduardo Haghghi (Hospital de Vila Franca de Xira) e Heidi Gruner (Hospital Curry Cabral).

No entender do coordenador do GERMI, “mais importante do que viver mais anos é viver com qualidade, sendo que isso implica que a pessoa tenha um mínimo de saúde física e psicológica e uma estabilidade emocional que lhe permita aproveitar os anos de vida que tem pela frente”.



Formadores do Curso: Heidi Gruner, Eduardo Haghghi, João Gorjão Clara, Lia Marques e Sofia Duque



Formadores e formandos da ação de formação



ESPAÇO

internos

de Medicina Interna



Ecografia à cabeceira do doente: o novo estetoscópio?

Tal como muitos outros, fiz um curso de ecografia à cabeceira do doente sem ter noção da sua potencialidade, tinha apenas curiosidade, uma vontade de saber um pouco mais sobre uma coisa nova. Pensei que fosse uma tendência passageira porque se outras especialidades usavam ecografia há tanto tempo e a Medicina Interna não é porque não seria assim tão útil. Como eu estava enganado!

Apesar das limitações por ser um curso “rápido”, foi o suficiente para me aguçar o interesse e dar vontade de pôr as mãos ao trabalho.

Comecei então a utilizar o ecógrafo nos doentes a quem o exame físico me deixava dúvidas, procurando respostas a questões muito dirigidas e específicas. A reação inicial a esta atitude, num serviço onde tal nunca tinha sido feito, foi um tanto dividida. Alguns colegas demonstraram mais curiosidade do que interesse (com insinuações frequentes de que tinha tempo livre a mais) e outros consideravam-na disparatada e desnecessária, tentando ridicularizar a situação porque nunca precisaram de o fazer.

Ouvi, muitas vezes, que a ecografia à cabeceira não tinha interesse para o doente da Medicina Interna, que a sua utilidade se restringia ao doente agudo, em ambiente de intensivos e emergência, que teria problemas com outras especialidades por estar a tentar entrar em campos que não seriam nossos e que nunca seria uma competência que me seria reconhecida enquanto internista. Curiosamente, eu não estava a procurar reconhecimento, não estava a tentar usurpar áreas de outras especialidades, estava a tentar dar o melhor ao meu doente, com um aparelho capaz de fazer avaliações rápidas, baratas e inócuas.

Com o receio de quem segue uma trilha pouco percorrida, comecei a fazer um pouco mais, usando o ecógrafo para auxiliar técnicas de dificuldade crescente.

Com tempo, ganhei a confiança e o *know how* que me permitiu auxiliar outros na sua aprendizagem e, com mais tempo ainda, convencer os incrédulos das vantagens deste método. À medida que o número de avaliações e técnicas aumentaram, a descrença inicial foi-se dissipando e os “pedidos de colaboração” foram crescendo.

O problema inicial foi então a inércia, a vontade de permanecer na área de conforto. Mas Newton tinha razão, após iniciar um movimento, a tendência é manter-se em movimento. De repente, toda a gente queria fazer cursos, as técnicas sem apoio ecográfico passaram a ser a exceção e não a regra.

Infelizmente, estamos atrasados, por muito que tudo isto possa parecer novidade, não o é. É algo já integrado na formação pré-graduada com vantagens comprovadas. Foi, inclusivamente, demonstrado que a avaliação ecocardiográfica feita por alunos de 1.º ano foi superior a um exame físico realizado por cardiologistas experientes.

Claro que, como qualquer ato médico, a ecografia tem uma curva de aprendizagem, requer dedicação e empenho, mas se não queremos ser uma versão desatualizada do médico contemporâneo estagnar não é opção.

Termino, então, questionando-me: não estará na altura de, ao fim de 200 anos de serviço, reformar a relíquia que anda à volta dos nossos pescoços? Por que razão na época do Iphone X usamos Nokias 3310?



Érico Costa

IFE em Medicina Interna
do CH Entre-o-Douro-e-Vouga

Emigração médica em Portugal: *neverthe*



Alexandra Esteves

Interna de Medicina Interna, ULS do Alto Minho, Viana do Castelo



Joana Esteves

Interna de Medicina Interna, H. de Santa Maria Maior, Barcelos

'Em Portugal, a emigração não é, como em toda a parte, a transbordação de uma população que sobra; mas a fuga de uma população que sofre.' - Eça de Queirós

O Mestrado Integrado em Medicina continua a ser o curso superior com mais procura e de mais difícil acesso em Portugal, encontrando-se todas as escolas médicas nos primeiros 12 lugares.⁽¹⁾ Esta posição deve-se, de entre vários fatores, às expectativas profissionais, académicas, sociais e financeiras relativas à profissão/vocação médica, instiladas não só pela opinião pública, mas também pelo que vai transparecendo do percurso académico e profissional dos estudantes e médicos do país.

Assim, deve-se tentar refletir sobre o facto de que em setembro de 2016, pela primeira vez desde há vários anos, tenha sido quebrada a tradicional disputa entre as diversas escolas médicas pelo lugar cimeiro nos *rankings* de acesso ao ensino superior, surgindo 2 cursos na área da Engenharia nos primeiros lugares, com o curso de Medicina colocado num respeitável 3.º lugar.⁽¹⁾

Em 2015, o Conselho Nacional do Médico Interno (CNMI) publicou um estudo em que avaliou a satisfação com o internato médico em Portugal, concluindo que a satisfação geral dos internos era elevada em relação ao internato da sua especialidade – 78% dos inquiridos referiram estar muito ou mesmo extremamente satisfeitos com a sua formação. No entanto, 81% consideravam um agravamento franco do panorama da prática clínica em Portugal nos últimos anos, tendo em conta as alterações recentes em termos de remuneração e políticas em saúde recentes, sendo que uma percentagem elevada (65%) considerava emigrar no final do seu internato – dos internos de Medicina Interna, 71% também consideravam emigrar.⁽²⁾

Não assumindo, à partida, a emigração médica como um fenómeno negativo, devemos analisar o fluxo migratório de trabalhadores da área da saúde tendo em conta o contexto em que este se insere.⁽³⁾



A estabilidade dos sistemas de saúde depende de um equilíbrio dinâmico dos vários fluxos migratórios, garantindo, assim, a flexibilidade de se adaptarem às variações das populações que servem. No World Health Report, em 2006, a OMS identificou 57 países-membros (a sua maioria países em desenvolvimento), com um

défice severo de profissionais de saúde, ainda mais agravado pela saída dos seus profissionais para países desenvolvidos, do qual se traduziam graves consequências em termos de saúde pública.⁽⁴⁾ Neste contexto, a OMS criou um código de boas práticas no recrutamento ético de profissionais de saúde a nível internacional, que, nomeadamente:

- Desencoraja o recrutamento ativo de profissionais de países-membros com deficiências estabelecidas e conhecidas de profissionais de saúde;
- Encoraja o desenvolvimento de sistemas de saúde sustentáveis, que permitam, dentro das possibilidades, a renovação dos quadros por profissionais do país de origem;
- Foca a importância de políticas de incentivos e de apoio, de forma a reter os profissionais de saúde em áreas carenciadas;
- Enfatiza a importância de uma abordagem do problema multisetorial.⁽⁵⁾

Após a sua aprovação em Assembleia-Geral da OMS em 2010, a sua implementação na Europa foi afetada pela restrição orçamental submetida aos vários sistemas de saúde nacionais pela recessão económica. Desde o Tratado de Lisboa, que facilitou a mobilidade dos cidadãos da União Europeia (UE), ao mesmo tempo que fortaleceu as medidas de controlo de imigração, o foco alterou-se para a mobilidade dos profissionais dentro do território europeu. Em conjunto com as restrições de alguns países (Chipre, Grécia, Irlanda, Lituânia, Portugal e Roménia) que reduziram o salário dos seus profissionais de saúde, exacerbando a diferença salarial entre os vários escalões profissionais e entre países da União Europeia, criaram-se as condições ideais para um *"brain-drain"* de profissionais de saúde em países europeus.⁽⁶⁾

Em países cuja estrutura formativa e de investigação é limitada, e o próprio sistema de saúde vigente carece de meios de sustentabilidade, a emigração médica, principalmente no contexto de formação e associada a estratégias de recaptação dos profissionais, permite avanços tecnológicos e estruturais, que se traduzem em melhorias dos cuidados de saúde assegurados nesse país. Na ausência de medidas de recaptação dos médicos e de planeamento estruturado, surge a erosão do corpo clínico e da sua capacidade de produção médica e científica, com conseqüente agravamento das desigualdades de acesso a cuidados de saúde.⁽³⁾

No entanto, considerando a reconhecida capacidade formativa pré e pós-graduada em Portugal, percebe-se que a emigração médica surge como resposta não só à

less, we persist...

recente existência de excedentes de profissionais, mas principalmente devido à procura de melhores condições laborais e de melhor qualidade de vida.

A maioria dos profissionais que tende a emigrar pertence a uma faixa etária mais jovem (com vida profissional e familiar menos estabelecida) e com uma perspectiva de trabalho mais ambiciosa e inovadora. Refletindo sobre os resultados de um estudo de 2009 com cerca de 750 estudantes de medicina espanhóis, os participantes apontaram como razões muito importantes como motivos para a emigração: a vontade de trabalhar num sistema de saúde melhor (36.8%), a possibilidade de trabalhar num ambiente que permite a progressão profissional (35.9%), a perspectiva de um salário melhor (32.4%) e a possibilidade de continuação dos estudos e desenvolvimento formativo (21.3%).^[7]

Citando dados da OCDE relativos a 2014, em Portugal, apresentamos um rácio de 4.4 médicos/1000 habitantes, colocando Portugal no 5.º lugar em termos de maior número relativo de médicos/habitantes. Contudo, esta noção é distorcida pelo facto de serem usados todos os profissionais inscritos na Ordem (independentemente do seu estado de atividade – aposentados, falecidos, especialistas ou internos).^[8] No Sistema Nacional de Saúde (SNS) trabalham apenas cerca de 28.000 médicos (sendo que aproximadamente um terço corresponde a médicos internos, ainda em formação) pelo que a realidade corresponde a um rácio de cerca de 1,8 médicos especialistas/1000 habitantes, o que colocaria Portugal no fundo da tabela.^[8,9]

A emigração de profissionais apresenta-se, assim, como um novo desafio a ter em conta no que se refere à sustentabilidade do próprio SNS: no caso de emigração pós-especialização, com a redução de formadores; no caso de emigração pré-especialização, com o *brain-drain* de recém-formados em Medicina e a ausência de reembolso do investimento público na sua educação ao longo de pelo menos 6 anos.

A literatura relativa à emigração médica em Portugal é escassa e, apesar de não existirem dados concretos sobre os médicos portugueses emigrados, podemos, interpretando os dados de imigração de médicos portugueses disponibilizados pela Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Económico (OCDE),^[8] e os dados divulgados já em 2016^[10] e recentemente, em 2017^[11], pelo atual bastonário da Ordem dos Médicos (OM). Assim, constatamos uma tendência franca de aumento nos últimos anos que culmina em 2016, quando cerca de 600 médicos terão pedido documentação para emigrar, refletindo um crescimento de 30% em relação ao ano de 2015. (Gráfico 1).

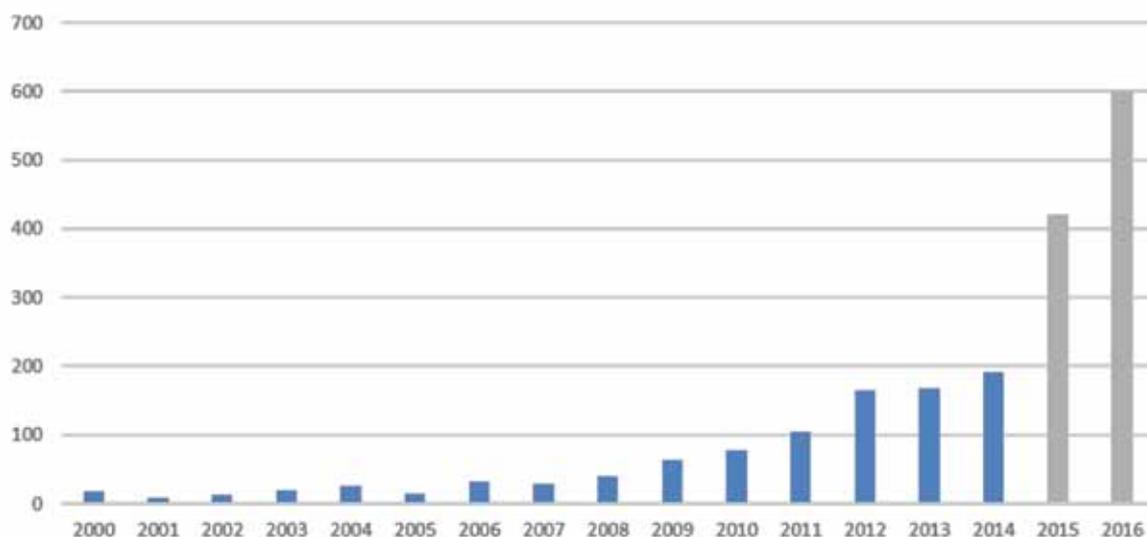
Assim, a migração representa, de forma clássica, o paradigma da globalização. O défice crónico de profissionais de saúde a nível mundial é criado por coexistirem sistemas de saúde que dependem de profissionais externos para a prestação de cuidados à sua população, em vez de investirem na formação de profissionais próprios. Desta forma, beneficiam de sistemas que podem sofrer da mesma ou mesmo de uma maior necessidade de recursos humanos, mas que não conseguem captar

todos os profissionais que formam, devido às restrições, na sua maioria económicas, às quais estão sujeitos.^[12] Não encontramos soluções rápidas, fáceis ou baratas a esta questão. Apenas investindo na formação adequada, melhorando simultaneamente as condições de trabalho dos seus profissionais é que se garante a persistência dos sistemas de saúde. A médio e longo prazo, qualquer outra opção será insustentável.

Bibliografia:

1. DGES [homepage na Internet]. Regime Geral: Ensino Superior Público Concurso Nacional de Acesso - Estatísticas 1997 a 2016; 2016 [consultado a 05/04/2017]. Disponível em: <https://www.dges.gov.pt/pt/pagina/regime-geral-ensino-superior-publico-concurso-nacional-de-acesso/>.
2. Martins MJ, Laíns I, Brochado B, Oliveira-Santos M, Pinto Teixeira P, Brandão M, et al. Satisfação com a Especialidade entre os Internos da Formação Específica em Portugal. *Acta Med Port* 2015 Mar-Apr;28(2):209-221
3. WHO Regional Office for Europe [homepage na internet]. Migration of health personnel in the WHO European Region [2009 Report]. [consultado a 05/04/2017]. Disponível em: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0010/95689/E93039.pdf.
4. WHO [homepage na internet]. The World Health Report 2006 - working together for health. [consultado a 05/04/2017]. Disponível em: <http://www.who.int/whr/2006/en/>.
5. WHO [homepage na internet]. Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel. [Sixty-third World Health Assembly - WHA63.16 May 2010]. [consultado a 05/04/2017]. Disponível em: http://www.who.int/hrh/migration/code/code_en.pdf?ua=1.
6. WHO [homepage na internet]. Migration of health workers: The WHO Code of Practice and the Global Economic Crisis. [2014]. [consultado a 05/04/2017]. Disponível em: http://www.who.int/hrh/migration/migration_book/en/.
7. Bernardini-Zambrini D, Barengo N, Bardach A, Hanna M, Núñez JM. Emigrate or not? How would the next Spanish generation of physicians decide? A study on emigration-related reasons and motivations of advanced medical students in 11 Universities in Spain. *Aten Primaria*. 2011 May; 43(5): 222-226.
8. Organisation for Economic Cooperation and Development. Health at a glance: Europe 2014. Paris [homepage na internet]. Statistics. [consultado a 05/04/2017]. Disponível em: http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT.
9. ACSS [homepage na internet]. Análise Mensal do Balanço Social (do Ministério da Saúde e do SNS). [consultado a 05/04/2017]. Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/monitorizacao-do-sns/analise-mensal-do-balanco-social/>.
10. Diário de Notícias. [homepage na internet]. Médicos: 869 foram para fora e cerca de 15 mil no privado. [publicado em 01/02/2016, consultado a 05/04/2017]. Disponível em: <http://www.dn.pt/portugal/interior/medicos-869-foram-para-para-para-e-cerca-de-15-mil-no-privado-5100118.htm>.
11. Diário de Notícias. [homepage na internet]. Médicos com vontade de emigrar aumentaram 30% em 2016. publicado em 01/02/2016, consultado a 05/04/2017]. Disponível em: <http://www.dn.pt/portugal/interior/medicos-com-vontade-de-emigrar-aumentaram-30-em-2016-5721746.html>.
12. Aluttis C, Bishaw T, Frank MW. The workforce for health in a globalized context: global shortages and international migration. *Global Health Action*. 2014;7:10.

Número de médicos portugueses emigrados



Dados de 2000 a 2014, disponibilizados pela OCDE (http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT#), que reportam apenas a existência de médicos portugueses emigrados na Alemanha, Austrália, Bélgica, Canadá, Dinamarca, Espanha, Estados Unidos, França, Hungria, Irlanda, Itália, Noruega, Reino Unido e Suíça

Gráfico 1

Ser interno de Medicina Interna no...

Hospital de São Teotónio, CHTV



Ana Nunes

Interna de formação específica em MI, 5.º ano, H. de São Teotónio, Centro Hospitalar Tondela Viseu

Olá, sou a Ana Nunes, interna de formação específica em Medicina Interna, do 5.º ano, no Hospital de São Teotónio - Viseu. Foi-me lançado o desafio de descrever o que é ser interno de Medicina nesta instituição.

Há cinco anos (sim, parece que foi ontem, mas passou à velocidade de um cometa), encontrava-me na difícil tarefa de escolher a cidade e hospital que me iriam acolher durante a especialidade que tão cedo me "escolheu".

Porquê Medicina Interna em Viseu? Aquando da escolha, de entre os pontos positivos que me cativaram a escolher Viseu para exercer a mais bela e completa das especialidades, e que continuam a ser uma realidade, são o bom espírito de equipa e camaradagem entre os internos e especialistas, equipa de enfermagem e auxiliares de ação médica.

O meu Serviço é composto por uma equipa jovem e dinâmica, sempre em constante atualização, o que se reflete na qualidade da medicina exercida e na con-

tínua formação e aprendizagem dos internos. Não posso deixar de destacar as diversas áreas de diferenciação e especialização – UAVC, Unidade de Diabetes, Consulta de D. Hepáticas e Autoimunes, entre outras.

O CHTV e o Serviço de Medicina organizam sessões clínicas onde se dá voz aos internos, sobre temas atuais e multidisciplinares.

Além da boa disposição que se vive no dia-a-dia, temos a contribuição da fantástica Serra da Estrela, que nos brinda todos os dias com os seus encantos e harmonia.

Não posso esquecer de falar da incrível cidade de Viseu, e que tão bem me recebeu, e da "família" que eu escolhi e construí, que me proporcionaram cinco anos de experiências e vivências únicas que todos os dias fazem de mim melhor pessoa e melhor médica.

#Viseuéamelhorcidadeparaseviver#

PUBLICIDADE



PUBLICIDADE





PUBLICIDADE

